

Профессиональная коммуникация и психотерапия в системе оказания специализированной наркологической помощи

Пособие для врачей и клинических психологов

В пособии, предназначенном для врачей и клинических психологов, участвующих в оказании специализированной медицинской, реабилитационной и психологической помощи пациентам с различными формами зависимости, а также – их созависимым родственникам, излагаются психологические механизмы профессиональной коммуникации и её особенности в наркологической клинике. Использование знаний и навыков профессионального общения с применением техник и приёмов психотерапии и психологического консультирования рассматривается как с позиции повышения эффективности работы специалиста, так и с позиции профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Введение

Известно, что оказание лечебной помощи – это прежде всего процесс психологического взаимодействия, или – **профессиональной коммуникации** лечащего с пациентом. От качества этого взаимодействия во многом зависит результат лечебной или диагностической процедуры, как и результат профилактического или реабилитационного мероприятия. Для обеспечения эффективного лечебного взаимодействия применимо использование приёмов и методов психотерапии и психологического консультирования. **Психотерапия** в последние десятилетия всё более прочно и бесспорно занимает основное место в лечении больных

различными наркологическими заболеваниями (Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н., 2002; Валентик Ю.В., 1995; Дудко Т.Н., 2002; Энтин Г.М., 1997; Макаров В.В., 1999; Карвасарский Б.Д. 2007; Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., 1991). **Наркологию** от всех остальных медицинских дисциплин отличает одна особенность, заключающаяся в том, что **проявление заболевания** – например, алкоголизма – в неконтролируемом употреблении алкоголя, в быту именуемом пьянством, **является социально осуждаемым поведением**. В сознании многих людей, прежде всего – неспециалистов, отсутствует чёткая грань, разделяющая понятия «алкоголизм как болезнь» и «пьянство как порок, недостойное и осуждаемое поведение». Результатом такого смешения и смещения этих понятий является большое количество **мифов, иллюзий, заблуждений** среди пациентов и их родственников, а также – **спекуляций и злоупотреблений** среди лиц, предлагающих помощь. Естественно, всё это в значительной мере осложняет и усугубляет клиническую картину заболевания (например – усиливая *защитные механизмы болезни, психологическое манипулирование больных*, проявления так называемой *анозогнозии*), является **препятствием для успешного лечения и реабилитации больных**. Эти же явления зачастую лежат и в основе неправильной профилактики наркологических заболеваний, когда обывательский энтузиазм в виде увлечения запугивающими методами может порой лишь провоцировать нездоровый интерес и любопытство среди подростков, превращая благие намерения в нечаянную наркопропаганду. Заблуждения, иллюзии и мифы заключаются, прежде всего, в подсознательном желании отнестись к проблеме лечения наркологического заболевания как к только лишь проблеме силы воли, проблеме нравственности и морали. «Взять себя в руки», «избавиться от вредной привычки», «раз и навсегда бросить пить» - самые типичные «формулы-лозунги» выздоровления. Нет сомнений в необходимости

концентрации волевых усилий пациента, в необходимости решения проблем нравственного характера, но если речь идёт о болезни, то одних этих мер, как минимум, недостаточно. Тем не менее, для подавляющего большинства пациентов понимание сути лечения алкоголизма или наркомании заключается только лишь в «отрезвлении и отказе от зелья». Отсюда - **стремление к поиску быстрых (и лёгких) путей** «решительного избавления от зависимости». Только лишь «Сказать алкоголю и наркотикам «нет»!» на самом деле так же недостаточно для выздоровления больного алкоголизмом или наркоманией, как если бы давать клятву «не кашлять» для больного бронхитом или пневмонией. Упоминаемые уже спекуляции со стороны «предлагающих помощь» (особенно со стороны так называемых альтернативных специалистов – целителей, знахарей и т.п.) заключаются в потакании поискам «лёгких путей исцеления и избавления». Нигде в медицине, кроме, как в отечественной наркологии не распространено предложение «одноразовой» («за один сеанс») коммерческой помощи больным. Преодоление всех этих проблем возможно при грамотном и последовательном применении в комплексной профессиональной лечебной и реабилитационной помощи основ клинической психологии (прежде всего – профессиональной коммуникации) и методов психотерапии.

Г.М.Энтин (1990) указывает, что психотерапевтическое воздействие играет решающую роль на всех этапах лечебного процесса. Кроме того, включённость психотерапевтических мер в лечебный процесс подтверждается тем, что сама по себе психотерапия без медикаментозных и других видов лечения недостаточна, то и только **лекарственное лечение без психотерапии неэффективно.**

Специалисты всё чаще упоминают так называемую биопсихосоциальную природу наркологических заболеваний, для лечения которых необходимо грамотное сочетание мер биологического, психологического и социального характера.

Современная наркология всё чаще сталкивается с проблемами *аддиктивного поведения* и так называемых *нехимических аддикций*. Актуальность этих проблем связана не только с общими механизмами развития как химических, так и нехимических видов зависимости – прежде всего таких наиболее значимых в наше время, как Интернет-зависимость, гемблинг (игромания или пристрастие к азартным играм) (Короленко Ц.П., 1991; Дереча В.А., 2001; Менделевич В.Д., 2007; Егоров А.Ю., 2007; Щеглов Ф.Г., 2007; Старшенбаум Г.В., 2006; Постнов В.В., 2003). В комплексной лечебно-реабилитационной помощи больным в наркологии становится всё более необходимым учитывать феномен так называемых заместительных аддикций. Например, при формальной ремиссии при отсутствии употребления алкоголя больной обнаруживает признаки игровой или другой формы нехимической зависимости, как правило – социально приемлемой или даже социально подкрепляемой (работоголизм). В таком случае болезнь продолжает прогрессировать, но уже при отсутствии осуждения со стороны социального окружения пациента (Короленко Ц.П., 1992; Постнов В.В., 2003). При этом *заместительная аддикция* является основой развития расстройств адаптации у больного алкоголизмом или наркоманией в ремиссии, неизбежно приближая тем самым алкогольный или наркотический срыв. И в этом случае достичь устойчивой и длительной ремиссии для наркологического больного могут помочь только меры социально-психологического характера с применением методов психотерапии.

Прежде всего, здесь имеется в виду работа с ближайшим окружением пациента в виде коррекции *созависимости*. В последние годы психотерапия

и психокоррекция созависимости занимает всё более значимое место в современной наркологии (Москаленко В.Д., 2002; Битти М., 1997; Постнов В.В., Данильчук В.В., Карпец В.В., 2005). Феномен созависимости играет очень важную роль в развитии наркологического заболевания, особенно – защитных механизмов болезни. Немалую роль она играет и в мотивации на лечение самого пациента. Чаще всего за первичной консультацией к наркологу обращаются не сами пациенты, а их созависимые родственники. Длительность и качество ремиссии также во многом зависит от созависимого окружения такого больного. Нередко срывы и рецидивы неосознанно провоцируются именно созависимыми родственниками пациента, с которыми не проводилась (либо проводилась недостаточно) психотерапевтическая работа.

Даже для специалистов, при всём разнообразии и доступности знаний о психотерапии, порой непросто бывает разобраться в том, насколько применимы, уместны и эффективны те или иные методы психотерапии для данного больного на данном этапе оказания ему специализированной помощи. Тем более неразрешимая задача становится перед самим пациентом и его близкими при выборе предлагаемых методов лечения в условиях современного здравоохранения и возможности оказания уже упоминаемых «быстрых (порой – одноразовых, «за один сеанс») коммерческих методов лечения». Отсюда и возникает специфичный только для отечественной наркологии порочный круг: поиски лёгких и быстрых путей исцеления (как одно из проявлений зависимой личности) самого больного, кроме того – поддержка со стороны ближайшего окружения (прежде всего – созависимых родственников) в стремлении к как можно более «решительному и скорому решению проблемы», а также - стремление специалистов помочь пациенту с помощью «наиболее эффективных и быстрых методов». В условиях коммерциализации и «бухгалтеризации» медицины, то есть – стремлении к

соблюдению заметной и контролируемой экономии средств, когда всё чаще звучит термин «медицинские услуги» и всё реже – «медицинская помощь», такая тенденция участия специалистов в указанном порочном аддиктивном круге не теряет, а усиливает своё значение. Этот, по сути, социально-психологический феномен влияет на то, что при наличии значимых и доказанных достижениях зарубежных и отечественных специалистов в психотерапевтической и реабилитационной помощи наркологическим больным остаётся большое количество проблем открытия новых и поддержания уже имеющихся реабилитационных центров и отделений. Необходимы меры грамотной и последовательной мотивации на полноценное курсовое, программное оказание помощи как самих пациентов, так и их созависимых родственников. Как показывает практика, не меньших усилий требуется для мотивации на участие в комплексной помощи пациентам (с учётом требований *биопсихосоциальной модели*) и многих специалистов, работающих в наркологии. Качественной и эффективной наркологической помощью может быть только при участии профессионалов разных направлений и специальностей, работающих в составе единой команды или – *полипрофессиональной бригады*. Для создания и поддержания такой команды также необходимы психотерапевтические знания и применение психотерапевтических методов.

Таким образом, необходимо различать показания, особенности применения и эффективность различных *психотерапевтических приёмов, методов, техник и процедур при профессиональном общении* в зависимости от *этапа оказания помощи* наркологическому больному и условий работы специалистов, уровня их компетентности и подготовленности с точки зрения клинической психологии и психотерапии. Дело в том, что не в каждом лечебно-профилактическом учреждении, оказывающем наркологическую помощь, есть достаточно укомплектованный

штат психотерапевтов и клинических психологов. Знание же критериев и показаний для направления к подготовленному специалисту, в соответствующий специализированный центр или отделение, а также – возможность применения отдельных психотерапевтических приёмов и техник, участие в работе комплексной полипрофессиональной бригады необходимо всем сотрудникам подобного медицинского учреждения.

Особо стоит выделить применение приёмов и методов психотерапии в профессиональной коммуникации в так называемых *психообразовательных программах* для персонала и родственников, работе по *самопрофилактике* медицинских работников наркологических учреждений (как системе предупреждения и коррекции *профессиональных стрессовых расстройств и личностных деформаций*), в работе по организации и поддержке групп само- и взаимопомощи пациентов с различными формами зависимости, прошедшими основной курс лечения и реабилитации, нуждающихся в социальной и психологической поддержке (трезвом и понимающем окружении), а также – поддержке *волонтёрского движения* в наркопрофилактике.

Цель освоения и применения профессиональной коммуникации в работе врачей психиатров-наркологов состоит в максимальном обеспечении профессиональной эффективности в процессе оказания специализированной наркологической помощи, а также – обеспечении мер профилактики эмоционального выгорания.

Показаниями к применению предлагаемого метода являются предрасполагающие факторы риска и начальные признаки эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов.

Метод практически не содержит противопоказаний к его применению.

Материально-техническое обеспечение. Для реализации освоения и применения профессиональной коммуникации как системы профилактики эмоционального выгорания необходимо наличие апробированного инструментария для психологической диагностики, - тесты, анкеты, опросники, а также ключи к ним и методы обработки данных. Проведение психокоррекционных и психотерапевтических занятий требует наличия бытовой видео- и аудиоаппаратуры с набором видео- и аудиокассет психокоррекционного и психотерапевтического содержания. Для проведения обучающих занятий требуются методические материалы, программы, демонстрационное оборудование.

Предлагаемый метод представляет собой **систему технологий**, направленную на повышение эффективности оказания профессиональной медицинской помощи наркологическим больным, их родственникам, а также - на раннее распознавание начальных признаков эмоционального выгорания и на организацию научения способам и методам адекватной самопрофилактики в деятельности специалистов, работающих в наркологии.

Особенности применения приёмов и методов психотерапии на разных этапах оказания помощи наркологическим больным

Для достижения длительной и устойчивой ремиссии при наркологических заболеваниях необходимо соблюдение преемственности и этапности при оказании специализированной наркологической помощи. Учитывая сложную природу и механизм развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, в последнее время специалисты всё чаще говорят о **биопсихосоциодуховной** модели как лечения и профилактики этих заболеваний, так и реабилитации больных (Макаров В.В., 2009). Биологическая, психологическая, социальная и духовная составляющие имеют своё, порой равнозначное с другими значение, которое нельзя недооценивать при комплексном решении наркологических проблем. Важно отметить, что методы и приёмы психотерапии применимы и нужны в любой из этих составляющих. Биологическая составляющая, подразумевающая в основном, фармакотерапию, при лечении наркологических больных обязательно включает в себя так называемый *платцебо-эффект*, необходимость сочетания психотерапии и фармакотерапии, а также – феномен *комплаенса*, заключающийся в формировании приверженности пациента к конкретному лекарству, курсу лечения или методу терапии. Последнее требует знания и применения приёмов психотерапии и психологического консультирования. Психологическая, социальная и духовная составляющие данной модели также включают в себя обязательное применение психотерапии. Разрешение психологических проблем, лежащих в основе развития химической зависимости, преодоление анозогнозии, кардинальное изменение образа жизни, привычек, привитие трезвеннических установок и ресоциализация пациента невозможны без работы в психологическом, социальном и духовном аспектах. Психотерапевтические

методы применимы в разной степени и в разном объёме при оказании помощи на всех этапах лечения и реабилитации больного.

Этап купирующего лечения требует необходимости оказания порой неотложной медицинской помощи при острых и опасных для жизни состояний, вызванных интоксикацией одурманивающими средствами и продуктами их метаболизма. При лечении алкоголизма и его осложнений, например, сюда относятся прерывание запоя, устранение абстинентных расстройств и т.п. (Альтшулер В.Б., 2002). Здесь наиболее важна роль биологической составляющей упоминаемой выше модели. Но знание и применение приёмов и методов психотерапии всеми участниками лечебного процесса уже на этом этапе имеет большое значение для адекватного **информирования** как родственников, так и самих больных, **мотивации** их на полноценное комплексное лечение и реабилитацию.

Этап восстановительного лечения направлен на нормализацию функций организма, нарушенных вследствие длительной интоксикации психоактивными веществами. Острые и опасные для жизни пациента состояния уже купированы, но имеют место быть различные психопатологические симптомы (патологическое влечение к психоактивному веществу, нарушения настроения, сна, астенические проявления, и т.п.), различные нарушения соматического характера, требующие курсового лечения. Этот же этап ещё называют этапом **становления ремиссии** (Дереча В.А., Карпец В.В., Меренков В.Н., 1998; Альтшулер В.Б., 2002). Астенизация больного, неустойчивое настроение, вероятность актуализации влечения к алкоголю или наркотикам являются препятствием, а порой и противопоказанием к применению полноценных психотерапевтических мер. Пациент в этот период не в состоянии принимать адекватные интеллектуальные, мнестические, эмоциональные, волевые и нравственные нагрузки. Этот же период может включать в себя признаки «медового месяца

в трезвости», когда пациент значительно переоценивает свои возможности, своё состояние и перспективы, принимая решение о прекращении злоупотребления и будучи твёрдо в этом уверенным (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973). При том, что ряд психотерапевтических мероприятий для пациента в этот период неприемлем, тем не менее, работа по мотивации на продолжение лечения и последующую реабилитацию, усложняющаяся указанным выше фактором переоценки своего состояния, может быть эффективной только при применении приёмов психотерапии и знаний клинической психологии. Кроме того, в этот период кроме фармакотерапии весьма востребованными могут быть сеансы психотерапии с применением **релаксации, саморегуляции** и т.п.. Дело в том, что психика больного в последнее время до лечения пребывала в изменённом состоянии сознания – алкогольном или наркотическом опьянении. Изменённые состояния сознания с помощью психотерапевтических мер в этот период лечения - будь то гипноз-сон, гипноз-отдых, медитативные, релаксационные упражнения (в том числе – на фоне принимаемых фармпрепаратов) помогают достижению энергетического, эмоционального ресурса и мягче миновать потенциально опасный с точки зрения вероятности срыва период. Во время этих же сеансов, в отличие от прямых бесед с попыткой убеждения больного в необходимости дальнейшего курсового лечения, более эффективными могут оказаться приёмы *суггестии* (формулы *косвенных внушений*, техники *нейролингвистического программирования*) с внушением основных идей терапии. В качестве этих идей, прежде всего, стоит выделить следующие. Во-первых, для успешного лечения необходимо **признание выздоровления своей проблемой** и, соответственно, принятие соответствующих решений – таких, как **отказ от дальнейшего употребления одурманивающих средств, переосмысление своих целей и ценностей, формирование трезвеннических установок**. Во-вторых – необходимость понимания того, что **трезвость нуждается в поддержании и укреплении**.

Третий этап – стабилизирующая терапия, применение мер *поддерживающего и противорецидивного* характера. На этом этапе пациент готов выдерживать упоминаемые уже нагрузки – прежде всего эмоционального, волевого и нравственного характера. Соответственно – готов участвовать в интенсивных, если нужно – длительных, глубинных психокоррекционных, психотерапевтических мероприятиях. Только в этом периоде, при наличии уже формирующейся ремиссии уместно и целесообразно проводить сеансы эмоционально-стрессовой, поведенческой психотерапии (с применением так называемых «запретительных методик»), а также – мероприятия **основного этапа реабилитации**. С формированием ремиссии меры психотерапевтического характера помогают осуществлять во взаимоотношениях персонала с пациентом **переход от принципа патернализма к партнёрскому взаимодействию**. Вспоминая о биопсихосоциодуховной модели, стоит отметить, что на этом этапе, при необходимости применять меры чисто медицинского характера – как биологической составляющей, возрастает роль психологического, социального и духовного аспектов. Это относится и к применению **методов психологической помощи** больным и их созависимым родственникам, и к психосоциальным методам в виде различных вариантов **групповой психотерапии, семейной терапии**, феномену **терапевтической среды**, применению так называемых **духовно ориентированных методов психотерапии** и т.п..

Основы профессиональной коммуникации в наркологии

Как уже указывалось, только в наркологических учреждениях (особенно – в условиях оказания анонимной помощи) **ещё до первичного обращения пациента** за специализированной помощью достаточно часто за консультацией обращаются его созависимые родственники. В любой другой отрасли медицины взрослые пациенты приходят к врачу, как правило, сами. Здесь же, в силу ряда причин – из-за боязни «постановки на учёт» с последующими ограничениями прав и свобод, из-за недостаточной мотивации на лечение со стороны пациента (либо – полного её отсутствия), «по причине его занятости» и т.п. – за помощью обращаются родственники и близкие. Нередко они же и влияют – как на уровень мотивации на лечение, так и на выбор места и метода лечения. Характерным примером является то, какие слова подбирают такие родственники в общении с наркологом, говоря о больном: «*я лечила* его в такой-то клинике», «*мы его неоднократно кодировали*» и т.п. Грамотная и терпеливая разъяснительная работа со стороны врача нарколога должна включать в себя применение доступных и простых приёмов **профессиональной коммуникации**, психотерапии и психологического консультирования.

Общение – сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку единой

стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека (Краткий психологический словарь. М., 1985). Профессиональное общение отличается от свободного или бытового общения тем, что одна из сторон обязана проявлять определённые признаки активности в таком общении и нести ответственность за результат коммуникации. В частности, в диаде «врач – пациент» это врач, обязанный соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, своеобразный кодекс поведения, независимо от его личных убеждений, предпочтений и симпатий. **Процесс** общения включает в себя **коммуникативную сторону**, заключающуюся в обмене информацией между участниками, **интерактивную сторону** – как организацию взаимодействия между людьми и **перцептивную сторону**, то есть установление взаимопонимания, восприятие партнёрами друг друга. Пациент, так же как его родственник, обращаясь за помощью или информацией, пребывая в состоянии переживания проблемы или затруднения (не говоря уже о заболевании), уже не вполне адекватно воспринимает себя, свою проблему и окружающую ситуацию. Он может быть признан вполне вменяемым и практически здоровым с точки зрения психопатологии. Но сам факт обращения за помощью в медицинское учреждение может стать основой и поводом для проявления тревоги, неопределённости, замешательства, волнения и других признаков **госпитального стресса**. Этому способствуют социально-психологические особенности в виде устоявшихся предубеждений (таких, как: «больница – это угроза, место, где делают болезненные и неприятные процедуры» и т.п.), мифов (например, «у врачей нет здоровых, есть только недообследованные, им только дай волю...»). Особенно это относится к наркологии в силу уже указанных причин. Поэтому врач обязан суметь адекватно и грамотно проинформировать обратившегося за помощью собеседника (обеспечить коммуникативную сторону общения), что возможно лишь при обеспечении условий для общения (интерактивной стороны общения).

В наркологии особенно заметно бывает то, что одна и та же информация может по-разному восприниматься разными людьми. Например, понимание о необходимости госпитализации недостаточно мотивированным на лечение нетрезвым пациентом и его взволнованными, уставшими от пьяных скандалов, рассерженными родственниками. То же может происходить с теми же людьми но в разное время и в разном состоянии. Например, при готовности спустя некоторое время, уже мотивированного того же пациента, на прохождение курса реабилитации, при непонимании его необходимости уже успокоившимися родственниками, требующими немедленной выписки больного. Отсюда – необходимость не только дать информацию, но и суметь донести её так, чтобы она была адекватно принята всеми участниками профессионального общения, то есть – обеспечить перцептивную сторону коммуникации. Обеспечение успешной профессиональной коммуникации возможно при наличии умения применять соответствующие методы, приёмы и техники психотерапии и психологического консультирования.

Прежде, чем состоится непосредственный контакт с собеседником в профессиональном общении, важен **настрой, «саморазогрев» специалиста.** В системе наркологии он важен как с точки зрения профилактики профессиональных стрессовых расстройств, так и с точки зрения эффективности профессиональной межличностной коммуникации. «Лечить не болезнь, а больного», «врач для пациента сам уже есть лекарство» - тезисы, известные любому медицинскому работнику уже со студенческой скамьи. Но отдельные составляющие, конкретные «ингредиенты» такого «лекарства» и их «рецептура» не изучаются подробно при подготовке врачей и медицинских сестёр. **Основной «инструмент» в работе медика – его собственная личность,** его знания, умение коммуницировать, то есть – общаться с пациентом, его родственниками, коллегами при обеспечении

лечебного и реабилитационного процесса. Среди основных составляющих такого «инструмента» необходимый багаж специальных **знаний** – то, что можно проверить, пополнить и закрепить на занятиях и самостоятельно, с помощью книг, пособий и т.п.. Не менее важно **умение** и **навыки** вовремя и адекватно **использовать эти знания в любой – в том числе и нестандартной, а порой и экстремальной, обстановке**, не дающей возможности посоветоваться, поразмыслить, требующей срочного принятия ответственного решения. Подобные ситуации случаются наиболее часто в неотложной наркологии, а также при профессиональном общении с пациентами в состоянии психоза, одурманивания (опьянения) или абстиненции, когда более вероятно проявление агрессивности и грубого манипулирования с их стороны. Такое умение воспользоваться знаниями возможно при твёрдом усвоении материала. Поверхностные и разрозненные знания могут оказаться неиспользованными в стрессовых условиях. Следующей, не менее важной составляющей «инструмента» специалиста, работающего в наркологии, является **внимание**, умение не только видеть и слышать происходящее во время диагностического или лечебного процесса, но и отличать детали и нюансы, способные нередко значительно влиять на результат такой работы. Именно гибкое профессиональное внимание специалиста способно активизировать и различать проявления сигналов интуиции, когда удаётся вовремя предотвратить осложнения в процессе лечения или антисоциальные и опасные действия пациентов. Кроме того, **ресурсность** и умение достигать так называемого **состояния оперативного покоя**, необходимо особенно при переключении внимания с одного объекта профессиональной деятельности на другой. Например, после напряжённого и конфликтного общения с пациентом, проявляющим признаки алкогольного опьянения, не соблюдающим коммуникативную дистанцию, проявляющего признаки агрессии и т.п., общение с другим пациентом, например, имеющим черты неуверенной в себе, тревожной личности, при отсутствии должного

«переключения» может проявиться в виде грубого нарушения врачебной этики и деонтологии. Быстро, спонтанно и автоматически такое переключение может даваться не всем и не всегда. Отсюда – необходимость освоения указанных выше навыков «переключения внимания» и соответствующего профессионального коммуникативного настроя.

Кроме элементарного «ухода за свои главным инструментом» - собственной личностью, или того, что так или иначе рассматривается в рамках предмета гигиены труда и отдыха (зачастую игнорируемого многими медицинскими работниками), важно освоение дополнительных специальных знаний и навыков самопрофилактики и профессионального коммуницирования. Вместе с тем, нельзя недооценивать фактор организационный – создание возможностей и условий для подобного «переключения». Это касается приёмов, техник **саморегуляции, отреагирования, отвлечения**, не всегда и необязательно сложных. Выделение минимального времени для такого перенастроя также важно и необходимо, конечно же, с учётом рабочего ритма врача. Стоит отметить, что при всех особенностях организации работы специалистов в условиях реформы отечественного здравоохранения, при всей важности организации этой деятельности со стороны администрации учреждения (плотность графика работы, распределение нагрузки, срочность задания и т.п.), нельзя недооценивать организацию собственного рабочего места и собственного рабочего ритма врача. В необходимых случаях вполне можно выделить минутку-другую для «приведения себя в порядок».

Для специалиста, как активного участника профессиональной коммуникации, важно обеспечить и использовать **пространство общения**. Есть совершенно разные мнения по поводу того, каким должно быть помещение для оказания психологической помощи – от идеально чистых и белых стен с минимальным количеством привлекающих внимание предметов

до пёстрого нагромождения совершенно специфических атрибутов магии и т.п.. Зная о том, что универсальных и идеальных одинаково для всех условий быть не может, считаем, что можно утилизировать (использовать) любое приспособленное помещение. Важно лишь обеспечение возможности комфортного, прежде всего – **индивидуального** общения, а так же – наличие минимального количества (либо – полного отсутствия) отвлекающих и раздражающих факторов (вроде телефонных звонков, появления в помещении третьих лиц, в том числе – из персонала и т.п.). В психологии и психотерапии с конца XX века всё чаще употребляется термин **проксемика** (от англ. proximity – «близость»), означающий восприятие личного и общественного пространства. В обеспечении пространства для общения играет роль и предоставление выбора **места** (в помещении должно быть не менее трёх стульев или кресел, чтобы у клиента было из чего выбирать), а также – **расстояния** для общения. Уметь почувствовать и определить комфортную для собеседника дистанцию очень важно для специалиста, работающего в сфере наркологии. Кроме своеобразной бессознательной личностной границы, динамично изменяющейся у каждого человека в зависимости от ряда причин, важно учитывать возможно осознаваемую собеседником потребность в дистанции (например, обусловленную неловкостью в связи с наличием запаха алкоголя), а та же – потребность в «дистанции безопасности» (расстояние вытянутой руки). В проксемике имеет значение в разных ситуациях разное **направление** (угол) общения – обращение к собеседнику «лицом к лицу», «под углом» или «обращение через пространство» - при параллельном направлении взгляда, как бы отвлекаясь, или вовсе повернувшись к собеседнику спиной. Если обращение «лицом к лицу», да ещё и с нарушением личностной дистанции (слишком близко) может насторожить или даже напугать собеседника, то общение «через спину» может привести к потере понимания и утрате инициативы со стороны профессионала, вплоть до агрессивных действий пациента,

имеющего право считать (пусть порой и неосознанно) такое обращение оскорбительным.

Не менее важно здесь и умение **удерживать выбранную коммуникативную дистанцию**. Последнее подразумевает соблюдение этических правил и норм общения. И пациенты, и их родственники, обращаясь за помощью, могут как не соблюдать вовсе никаких этических и моральных норм (особенно – в состоянии опьянения), так и быть предельно напряжены и зажаты вследствие того, что первый визит в наркологическое учреждение для них является психотравмирующим обстоятельством (вследствие боязни осуждения и возможных ограничивающих их права санкций). Навыки **удержания контакта** при профессиональном общении в наркологическом учреждении включают приёмы и особенности **невербального** (помимо выразимого с помощью слов) **общения**. Дело в том, что большое количество информации, позволяющей понимать истинные чувства и мысли собеседника, человек воспринимает по зрительному (визуальному) каналу. На отношение к собеседнику зачастую влияет первое впечатление, являющееся результатом воздействия невербальных факторов – походки, выражения лица, взгляда, манеры держаться, стиля одежды и т.д. В отличие от выбираемых слов, эти проявления поведения более спонтанны, а значит – искренни и правдивы. Из всех признаков невербального общения стоит выделить, прежде всего, те, что являются наиболее выразительными проявлениями чувств и эмоций, или – средства **кинесики**: контакт глаз, движение и выражение глаз, взгляда, выражения лица, мимика, жестикуляция, поза. **Контакт глаз** – фактор, при котором имеет значение может всё – от потребности собеседника в постоянном контакте до непереносимости прямого взгляда. Активная роль врача нарколога как профессионального коммуникатора позволяет определять и регулировать такой контакт. Если собеседник прячет глаза, либо его взгляд становится

«бегающим», стоит предпринять попытки смены тактики общения. В некоторых случаях твёрдый напористый взгляд в глаза может иметь дополнительное директивное значение (без всякой прямой связи с суггестией). Например, такое возможно при применении такого приёма психологического консультирования, как **конфронтации**, во время отказа больному в выписке рецепта на желаемое для него, но противопоказанное лекарство. **Поза и жесты (пантомимика)** специалиста в профессиональной коммуникации имеют огромное значение: от необходимости умения контактировать в открытой (без скрещивания рук и ног) позе и избегания резких, размашистых жестов для обеспечения комфортного общения до деликатного, но чёткого обозначения дистанции, что порой немаловажно в работе с пациентами в наркологии. Кроме того, поза и жесты способны играть неоценимую роль в процессе **присоединения**. Этот термин часто упоминается в литературе по эриксоновской терапии и нейролингвистическому программированию. В отличие от задач психотерапии в рамках указанных методов, для данного пособия, рассчитанного прежде всего на врачей наркологов, достаточно лишь применение некоторых элементов - для создания и удержания комфортной обстановки профессиональной коммуникации с пациентом. Присоединение – это своего рода сообщение не слишком заметными жестами или телом «я с тобой, я понимаю тебя». Например, прямое или перекрёстное, полное или частичное присоединение к позе собеседника, полное (но всегда лучше частичное) присоединение к его жестам – сразу или отсроченное их повторение. Особо стоит выделить присоединение к дыханию (например, во время пауз), к темпу речи партнёра по общению. Лучше это делать при помощи естественных телодвижений, например – едва заметным покачиванием головы, туловища, либо ступни или кисти руки.

И позы, и жесты способны нести независимую от логического содержания речи информацию об их авторе. Это могут быть свидетельства качества и интенсивности переживаний, уровня культурного и общего развития, истинной направленности отношений. В разных ситуациях жесты и позы могут сопровождать и поддерживать текст сказанного человеком. Тогда специалисты говорят о **конгруэнтном** поведении индивида. Но жесты и поза могут диссонировать со смыслом сказанного, осознаваемо или нет подвергать сомнению, а то и опровергать суть и смысл произнесённых слов. В таком случае говорят о **неконгруэнтном** поведении человека.

От врача нарколога для успешного обеспечения профессиональной коммуникации важно не просто формальное соблюдение этики и деонтологии. Кроме конгруэнтного, эмпатийного в отношении собеседников поведения может быть так же необходимо умение видеть и понимать проявления невербальных признаков конгруэнтности и неконгруэнтности в поведении собеседника в виде принимаемых поз и жестов. Это может быть весьма важным при сборе анамнеза, выяснении истинной мотивации пациента на лечение, при решении экспертных вопросов, когда пациент может быть заинтересован, в силу ряда причин, в осознаваемом или неосознаваемом сокрытии или искажении информации о себе и своём состоянии.

Мимика, вместе с другими невербальными сигналами общения, неизбежно привлекает, прежде всего, бессознательное внимание собеседника. Стоит помнить, что и при помощи мимики человек так же сообщает больше информации, чем при помощи речи. Пытаясь контролировать мимику, лучше удаётся скрывать мимические проявления нижней части лица: подбородка, губ, крыльев носа. И меньше поддаётся контролю мимика верхней части лица: глаз, век, бровей, переносицы (Макаров В.В., 2001). Для специалиста, особенно при первой встрече с

пациентом важно быть конгруэнтным, то есть, чтобы его слова и невербальные реакции (в том числе и мимика) дополняли друг друга. Но при общении с наркологическими пациентами порой приходится сдерживать некоторые спонтанно возникающие реакции и эмоции. Соответственно, дилемма: «быть спонтанным, конгруэнтным или поддерживать контакт любой ценой» требует кроме знаний психотерапии и клинической психологии постоянного совершенствования коммуникативных навыков.

Особенной темой в первичном контакте с пациентом является **прикосновение**. Область психологии невербального поведения, занимающаяся изучением жестов-прикосновений называется *такесикой*. При том, что прикосновения во-первых, реже используются в профессиональном общении, во-вторых, несут менее точную информацию о человеке, тем не менее, они нередко имеют важное значение и влияют на результат коммуникации. Для представителей некоторых психотерапевтических школ вообще существует строгий запрет на телесный контакт с пациентом. Отечественный врач психиатр-нарколог просто не имеет права на такое табу, он обязан при первичном осмотре пощупать пульс, проверить тургор кожи, исследовать целый ряд неврологических симптомов с помощью рук, пропальпировать печень пациента и т.п.. Стоит обязательно помнить, что телесный контакт может дать ощущение поддержки, но может и отталкивать. Кроме того, прикосновения специалиста могут стирать некоторые границы при неумении собеседника удерживать дистанцию.

Следующей составляющей невербального общения является группа аудиальных (воспринимаемых на слух) факторов. *Паралингвистика* (от греч. *para* – «около») – раздел языкознания, возникший на рубеже лингвистики, психологии, этнографии, антропологии и медицины в середине XX века, изучающий невербальные (неязыковые, околоязыковые) средства,

способные вместе со словами передавать дополнительную информацию речи. *Экстралингвистика* – внеязыковые средства речи. Возможно, по причине того, что и паралингвистика и экстралингвистика бурно развиваясь на стыке сразу многих наук, среди перечня проявлений в разных источниках литературы есть несогласованность отнесения их к той или иной группе. Мы предлагаем, в соответствии с целями данного пособия, называть их общим термином «аудиальные невербальные средства». В отличие от текстового содержания произносимой речи, которое более поддаётся и подвергается сознательному контролю и анализу, паралингвистические и экстралингвистические проявления чаще бывают неосознаваемыми, являясь как бы «побочным продуктом» речи и этим подчёркивают порой либо выразительность сказанного, либо – наоборот, как бы «смазывая» или перечёркивая произнесённое. Среди этих средств можно выделить **фонационные** - темп, ритм, громкость, тембр речи, интонации, они же ещё называются обязательными паралингвистическими явлениями (то есть, присутствующими в любой речи). Кашель, рыдания, всхлипывания, причмокивания, паузы в словах и предложениях, так называемые «заполнители пауз» в виде звуков «э-э», «м-м» и т.п. – это факультативные (чаще – экстралингвистические) явления. Последние могут быть как спонтанными, так и частично или полностью осознаваемыми – с целью подчёркивания, выделения своего эмоционального состояния, и, тем самым, обращения дополнительного внимания к говорящему и смыслу сказанного. Для врача нарколога бывает важно отличить как малейшие признаки смазанности речи, дизартрии – как одного из признаков, например, алкогольного опьянения, так и дифференцировать их от индивидуальной манеры речи, паралингвистических проявлений другой, ненаркологической природы. Например - вследствие неврологических заболеваний, либо – вследствие так называемой «лености речевого аппарата», когда слова произносятся недостаточно чётко вследствие волнения, сонливости и т.п..

Даже без специальных сложных психотерапевтических суггестивных навыков врачу наркологу доступны простые коммуникативные приёмы в виде модуляции, изменения громкости, темпа речи для активизации внимания пациента или собеседника. Так, например, внезапное понижение уровня громкости неизбежно привлекает внимание и заставляет прислушаться, либо попросить повторить сказанное. Замедление ритма при одновременном акценте на артикуляции (чёткости произношения) подчёркивает и усиливает приём конфронтации, когда необходимо обозначить межличностную дистанцию и пресечь попытки манипулирования со стороны собеседника. В общении с наркологическими пациентами это бывает востребовано достаточно часто в силу таких особенностей проявления наркологического заболевания, как безволие, лживость и т.п. (особенно – среди больных наркоманией на этапе купирующего или восстановительного лечения).

Вербальное установление контакта в профессиональном общении, особенно с наркологическими пациентами, полностью зависит от профессионала. В соответствии с «Законом РФ о психиатрической помощи...» специалист наркологического учреждения обязан в самом начале беседы представиться, полностью и чётко произнеся свою фамилию, имя, отчество и должность. С учётом того, что пациенты с различными формами зависимости, особенно – в состоянии алкогольного или наркотического опьянения - часто не соблюдают дистанцию в общении, важно уметь (вернее – постоянно учиться) чувствовать и соблюдать грань между эмпатией и панибратством, между строгостью и грубостью, между добротой, сочувствием и потаканием.

**Применение методов, техник и приёмов психотерапии и
психологического консультирования в процессе лечения
наркологических больных**

Одним из наиболее востребованных приёмов психологического консультирования в общении с наркологическими пациентами является

слушание. Умение слушать означает выражение искренней заинтересованности собеседником и является одной из основ обеспечения комфортного общения. Слушание бывает **пассивным**, когда собеседнику практически предоставляется **возможность быть принятым и выслушанным**. Такая потребность может быть при первом контакте с таким пациентом, который долго готовился к визиту и имеет целый набор сообщений и жалоб. Нередко пассивное слушание необходимо при общении с созависимыми родственниками наркологических больных. Для поддержания и закрепления ощущения безопасности собеседника и комфортного общения применимо **эмпатийное (рефлексивное) слушание**, когда в качестве поддержки используются жесты в виде кивания головой в такт его речи, мимические проявления соучастия и сочувствия, короткие вербальные «вставки» типа: «да-а», «так-так» и т.п.. Таким образом собеседнику даётся невербальная информация «я с тобой, я понимаю тебя, продолжай, говори». Нередко даже при первой встрече с пациентом необходимо **активное** слушание - как для сбора анамнеза, так и для достижения других целей (отвлечение от травмирующих воспоминаний, удержание разговора в конструктивном русле и т.п.). В активном слушании важно умение вовремя и тактично, не нарушая набранного темпа разговора, напоминать об основной его теме, задавать немногочисленные, правильно выстроенные вопросы. Эти же вопросы важно уметь задавать и при так называемом **психотерапевтическом интервьюировании**, имеющем более широкие задачи, нежели, например, сбор анамнеза. В.В.Макаров (2001) выделяет открытые, полузакрытые, закрытые вопросы, вопросы-меню и вопросы-фильтры. **Открытые вопросы** могут задаваться и невербально (приглашающий жест, вопросительная мимика и т.п.). Смысл открытых вопросов в предоставлении полной свободы выбора ответов и отсутствии готовых вариантов ответов. **Полузакрытые вопросы** очерчивают сферу интересов и русло беседы. Варианты таких вопросов: «Что с Вами

случилось?», «Как Вы себя чувствуете?», «Что Вас сюда привело?». По мнению В.В.Макарова, отдельные детали могут играть большую роль в общении. Так, вопрос, начинающийся со слова «как» («как Вы себя чувствуете?») более ориентирован на личность собеседника, начинающийся со слова «что» («что произошло?») - более ориентирован на факты и менее лично значим. обороты, содержащие слово с корнем «мочь» («не могли бы Вы...?», «можете ли Вы...?» и т.п.) дают дополнительные возможности в беседе, а также – смягчить более острые для собеседника вопросы. Вопрос, начинающийся со слова «почему» неизбежно вызывает некоторое сопротивление и даже подсознательный протест, приводит к излишней мобилизации левополушарной активности с последующей психологизацией (стремлением найти логическое объяснение). Многим практическим психологам и психотерапевтам хорошо известно правило: «вопрос «почему?» - это санкция на враньё». **Закрытые вопросы** предполагают получение только точного и конкретного ответа. Например, «да» или «нет» («Вы хотите пройти полный курс лечения?», «У вас *такие-то* боли?» и т.п.). Есть мнение, что закрытые вопросы заставляют обоих собеседников закрываться и превращают свободную и комфортную беседу в формальный опрос. Подобные вопросы уместно задавать в конце беседы, при подведении итогов и уточнения деталей (Макаров В.В., 2001). В таком случае, в начале беседы стоит стремиться задавать открытые вопросы, по мере формирования доверительной обстановки и комфортного общения можно применять полужакрытые, а завершать коммуникацию закрытыми вопросами. По нашему мнению, здесь уместно одно важное исключение: закрытые вопросы, способные вызывать так называемую «**да-реакцию**», то есть – безусловно утвердительный ответ, как в начале беседы, так и по мере необходимости – в дальнейшем, только укрепят коммуникацию. Примеры таких вопросов: «Вы видите это предмет?» (показывая на него), «Вы пришли на приём сами?» (если пациент действительно передвигается без посторонней помощи) и т.п..

В профессиональной коммуникации нередко используются так называемые *альтернативные вопросы*, а также *вопросы-меню* (Макаров В.В., 2001). В различных источниках по суггестии и эриксоновской терапии такие вопросы рассматриваются как варианты формул *косвенных внушений* «выбор без выбора» и «предоставление всех выборов». Мы считаем, что в обоих вариантах есть общее основное звено – **иллюзия выбора**, когда собеседнику формально предлагается некий выбор, как «логическая упаковка» для сознания. На самом деле, выбор либо между «программным вариантом» (какой и выгоден предлагающему) и заранее неприемлемым вариантом («выбор без выбора»), либо – предлагаются различные варианты того, что не обсуждается (то есть варианты одного и того же - «предоставление всех выборов»). Пример альтернативного вопроса с иллюзией выбора: «... вы собираетесь **вести трезвый образ жизни** уже сейчас, или *после выхода на инвалидность?*» - вариант выбора без выбора, выделены жирно ключевые («программные») слова (то, что не обсуждается), курсивом же выделены заранее неприемлемые альтернативы. Примеры «предоставления всех выборов»: «может быть, Вам стоит **ухаживать за всеми зубами**, или *только теми, которые нужны?*» «**примете наше предложение лечиться сейчас**, *позже, или когда хорошенько подумаете?*», «в следующий раз **Вы придёте на сеанс**, *записавшись по телефону, или придёте, когда будет удобно, либо Вам назначить время уже сейчас?*». Здесь также курсивом обозначены альтернативные варианты, а «упакованные» в них программные основы («примете предложение лечиться» и «придёте на сеанс») даже не обсуждаются. **Вопросы-фильтры**, по мнению В.В.Макарова, способны выбрать или отказаться от какой-либо темы. Например, при устойчивом темпе беседы в рамках одной темы – о лечении в стационаре – врач вдруг спрашивает: «а что Вы будете делать, когда совсем прекратите употреблять алкоголь?». Если пациент, задумавшись, начинает как-то отвечать – значит, он готов к дальнейшему разговору. Если же он теряется или отказывается об

этом говорить - значит не готов и к этой теме стоит подойти осторожнее и позже. Р.Кочюнас (1999) отмечает необходимость избегать постановки сразу нескольких вопросов, предостерегает от перенасыщенности общения вопросами. Это может переводить беседу от эмоционально окрашенных тем к обсуждению фактологии жизни. Кроме умения задавать вопросы в профессиональном общении важно владение навыком *использования пауз и молчания*. В данном случае предлагается рассматривать паузы не только и не столько в словах и предложениях, по ходу говорения (как проявления экстралингвистики), а как более сложные акты поведения, то есть паузы и молчание вне и вместо сказанного. Молчание специалиста, особенно на первой встрече для пациента почти всегда может быть очень волнительно и многозначно. Это можно сравнить с сильнодействующим лекарством, применяя которое необходимо соблюсти безопасную дозировку. Паузы и молчание в начале беседы могут усиливать напряжение, концентрировать внимание собеседника на теме разговора на особенностях контакта. Молчание в процессе разговора, или в конце его, способно помочь углубиться в тему, вспомнить – всё ли важное сказано, пополнить эмоциональные ресурсы и, возможно, решиться произнести то, что страшно, или неудобно было произнести до этого. Также, молчание в конце беседы может стать подтверждением готовности подвести итоги встречи и завершить её (Кочюнас Р., 1999; Макаров В.В., 2001).

Такой приём психологического консультирования, как **поддержка, ободрение и успокаивание**, на самом деле может иметь разные проявления, оттенки и применение, являясь как бы целой группой приёмов. Тем не менее, главой и общей чертой всех их можно считать достижение цели установления, поддержания и укрепления терапевтического контакта, а также – предоставление пациенту возможности удовлетворения потребности в поддержке и принятии. При наличии схожих признаков, эти приёмы более

сложны, чем уже описанные приёмы пассивного и эмпатийного (рефлексивного) слушания. Технически данный приём может проявляться как в виде коротких фраз типа «да, да, конечно, продолжайте», так и виде более сложных вербальных конструкций, подкрепляемых соответствующими невербальными признаками. В любом случае данный приём требует соблюдения определённых рамок его применения ввиду опасности создания у клиента ощущения не истинной поддержки а своеобразной «подпорки», если применяется слишком часто и преобладает в консультировании. В таком случае возникает ситуация зависимости клиента от специалиста, он перестаёт быть самостоятельным, не проявляет инициативу, не принимает на себя ответственности, не ищет собственных ответов (Кочюнас Р., 1999). В наркологической практике такие приёмы консультирования чаще применимы при профессиональном общении врача с родственниками пациента в период подготовки и мотивации его на госпитализацию, на этапе купирующего лечения. Ободрение и успокоение в отношении самих наркологических пациентов может стать востребованным на любых этапах лечения - как при актуализации целого ряда психопатологических симптомов, так и при преодолении различных психологических проблем. Аффективные нарушения, симптомы тревоги и депрессии у больных наркоманией и алкоголизмом, создают необходимость так называемой «суицидальной настороженности» специалистов. В таких случаях наиболее рационально вместе с мерами адекватной фармакотерапии и умение применить такие - достаточно несложные - приёмы психологической помощи. Кроме этого, приёмы психологической поддержки (без успокоения и ободрения) в отношении наркологических больных бывают востребованы в случаях динамики их мотивации на дальнейшее лечение, реабилитацию, а достижения ими успехов в работе над собой по психотерапевтической или реабилитационной программе. На этапе поддерживающего лечения, когда в отсутствие беспокоящих пациента симптомов, тем не менее, всё чаще и

острее могут актуализироваться психологические проблемы и затруднения. Не всегда есть возможность у пациента обращаться в таких случаях за помощью к психологу и психотерапевту. В процессе наблюдения и назначения поддерживающего и противорецидивного лечения врач нарколог вполне может справиться с задачей оказания необходимой в таких случаях психологической помощи.

Перефразирование и обобщение (отражение содержания), достаточно часто используемый при оказании психологической помощи приём, помогающий пациенту (клиенту) лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках (Кочюнас Р., 1999). Фактически, являясь особой формой поддержки, перефразирование и обобщение как бы создают для клиента эффект зеркала, подтверждение того, что его понимают и слушают.

Психотерапия и психокоррекция созависимости

Нередко, особенно в случаях отсутствия мотивации на лечение со стороны пациента, созависимые родственники сами нуждаются в специализированной психологической и психотерапевтической помощи. **Созависимость** – состояние человека, на жизнь которого существенно влияет наркологическое заболевание другого, близкого, совместно проживающего с ним человека (Москаленко В.Д., 1997). Наличие в данном определении созависимости «...наркологического заболевания другого, близкого, совместно проживающего... человека», предполагает дифференцирование и дистанцирование от имеющегося в международной классификации болезней 10-го пересмотра «зависимого расстройства личности» (F 60.7). Дело в том, что созависимость наркологическая, имея схожие, или даже одинаковые проявления личностных изменений с «зависимостью от другого человека», имеет особый механизм развития и, соответственно, предполагает иные пути преодоления и коррекции. Прежде всего, наличие пьянства или наркотизации как социально осуждаемого поведения является основой принятия созависимыми на себя особых ролей в семейных и межличностных отношениях. Роль «санитара психиатрического учреждения» - постоянная готовность либо оберегать других от «пьяной агрессии» своего зависимого родственника, либо – ухаживать за ним, когда он беспомощен в состоянии тяжёлого опьянения или абстиненции. Роль «социального работника» - это освоение функций связи с обществом с целью уберечь семью как систему от санкций и наказаний за «недостойное» с точки зрения социума поведение одного из членов. Здесь и попытки достать фальшивый или незаконный больничный лист (либо – справку о болезни) для

родственника, пока он алкоголизируется, и «святая ложь» сослуживцам и родственникам с целью скрыть его пьянство и т.п.. Роль «контролёра» проявляется в попытках самостоятельного воздействия на проблему пьянства и наркотизации в семье. Здесь сказывается одна из наиболее присущих созависимости функций семьи – «функция первичного социального контроля» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990). Темпы освоения обозначенных ролей, их влияние на жизнедеятельность всей семьи определяют проявление и выраженность характеристик созависимости (Москаленко В.Д., 1994; Schaefer A.W., 1986). С точки зрения профессиональной коммуникации, психотерапии и коррекции наиболее значимыми, на наш взгляд, являются «направленность вовне», «блокирование чувств», «проблемы контроля», а также - «легковерие и доверчивость». «Направленность вовне» («постоянное дежурство, без выходных и отпусков», все мысли и тревоги «о нём», о его состоянии – «какой он сегодня?») - главное препятствие для работы над собой. Забота о других и самопожертвование заставляют созависимых пренебрегать советами врачей и психологов, ограничиваться поисками «всё более эффективных средств лечения» их больных родственников. Даже при постоянном контакте с психотерапевтической группой или специалистом, они вновь обращаются за помощью как правило, не в случаях **ухудшения своего здоровья**, а в случаях **обострения «его ситуации»** и «его срывов». «Проблемы контроля» - наиболее трудная с точки зрения коррекции характеристика. Так же, как и у самих больных есть субъективная убеждённость «захочу – и брошу», созависимым наиболее трудно «отпустить» своих зависимых близких и не решать за них то, что они должны делать и решать сами. Только в рамках групповой психотерапии созависимые осознавали факт того, что своими действиями и гиперконтролем они чаще «обслуживали болезнь» своих родных, чем помогали им самим. «Блокирование чувств» - есть основная почва для проявления

психосоматических расстройств созависимых. Только длительные курсы психотерапии и психокоррекции с применением комплексных мер позволяют лишь частично справиться с этими расстройствами. В отличие от других механизмов проявления психосоматики, у созависимых всегда наиболее выражена вторичная выгода от симптомов – после проявлений чувства вины зависимых родственников. Далее практически всегда о чувстве вины за свою алкоголизацию или наркотизацию больные родственники забывают, а симптомы у созависимых лишь нарастают. «Легковерие и доверчивость» в результате смещения понятий «алкоголизм как болезнь» и «алкоголизация как порок» заставляет созависимых искать наиболее лёгких и быстрых путей решения проблем. Именно эта характеристика созависимости позволяет спекулировать на чужих бедах продавцов «чудо-лекарств» и «одноразовых методов избавления от пьянства (в том числе и заочно – «по фотографии» и т.п.). Нигде в медицине больше не выражено подобное невежество даже среди образованных людей. По нашим наблюдениям, именно родственники больных влияли на их решение отказаться от длительных реабилитационных программ в пользу очередного «кодирования».

Наличие в семье больного алкоголизмом или наркоманией не всегда может свидетельствовать о созависимости родственников. По нашим наблюдениям, проживающие отдельно родители или дети наших больных, их супруги при семейном стаже менее 5 лет, а так же – жёны больных наркоманией со сроком наркотизации менее 1-го года имели различные проявления невротических и психосоматических расстройств при отсутствии или недостаточной выраженности указанных выше признаков и характеристик созависимости. Предъявляемые ими жалобы и симптомы были более чёткими, коррегируемыми и скоротечными. Очевидно, отсутствие «совместного проживания» и длительного контакта с антисоциальными проявлениями наркологического заболевания родственников были

сдерживающими и смягчающими факторами для полного развития созависимости. Тем не менее, нередко психотерапевтическую помощь родственники наркологических больных получают сначала именно от врачей наркологов. И с точки зрения формирования мотивации больного на лечение, и с точки зрения поддержания устойчивой ремиссии после курса лечения больного, профилактики срывов и рецидивов, и с точки зрения оказания помощи самим созависимым, грамотного направления их к психотерапевту или клиническому психологу, любому врачу наркологу необходимы соответствующие знания и основные психотерапевтические навыки, прежде всего – профессионального общения.

Профессиональная коммуникация и синдром эмоционального выгорания у специалистов, работающих в наркологии

Синдром эмоционального выгорания, впервые описанный Н.И.Фреунденбергер, (1974), представляет собой "сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки" (Кочюнас Р., 1999). Вопросы проявлений и коррекции синдрома эмоционального выгорания все чаще привлекает внимание клинических психологов, психотерапевтов, психиатров (Вид В.Д., Лозинская Е.К., 1998; Трунов Д.Г., 1998; Бойко В.В., 1999; KondoК., 1991). Необходимость более глубокого и серьезного подхода к изучению этого феномена продиктована, с одной стороны, наличием при эмоциональном сгорании широкого спектра невротических и психосоматических симптомов, требующих дифференцированного подхода к их коррекции. С другой стороны, эмоциональное выгорание при отсутствии должной профилактики и терапии неизбежно приводит к снижению продуктивности в работе профессионалов многих специальностей (а иногда - и целых коллективов) - вплоть до полной их профнепригодности (McConnell E., 1982; Robertson K., 1987).

Клиническая практика показала, что врачи психиатры-наркологи, так же как и представители других профессий «высшего типа» (по классификации Шафрановой А.С., 1924), могут относиться к группе лиц, подверженных эмоциональному выгоранию. Прежде всего - по причине наличия в профессии «творческого начала» и необходимости после обучения и специализации «постоянной внеурочной работы над предметом и над собой» (Форманюк Т.В., 1994). Вместе с тем, современные условия труда врачей психиатров-наркологов имеют и другие свои особенности. Во-первых, как уже указывалось, основной спецификой наркологии является профессиональное общение с людьми, проявление заболевания и поведение которых - пьянство и наркотизация - социально осуждаются. Во-вторых, психиатрам-наркологам чаще других врачей приходится сталкиваться с психологическим манипулированием со стороны больных, особенно при выраженности у них лживости и безволия – как проявления наркологического заболевания. Здесь же стоит отметить угрозы и даже реальную опасность со стороны наркологических пациентов, особенно при тяжелой наркоманической зависимости, а также в состоянии психоза или опьянения. В-третьих, резкий рост заболеваемости наркоманиями в последние годы, появление все новых наркотических средств, с одной стороны, и новых подходов, препаратов и методов лечения, с другой, - требуют от специалистов наркологов новых и новых знаний - особенно в области фармакотерапии, психотерапии, клинической психологии, методов профилактики и реабилитации, - и это при все увеличивающихся объемах работы и нагрузках.

Цель профилактики эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов состоит в максимальном обеспечении профессиональной и личностной подготовленности к восстановлению физического и

психического здоровья и сохранению его в процессе оказания специализированной наркологической помощи.

Профилактика синдрома эмоционального выгорания представляет собой **систему технологий**, направленную на раннее распознавание начальных признаков эмоционального выгорания, на выявление факторов личностного риска, на установление тех профессиональных видов наркологической деятельности, которые в наибольшей мере способствуют развитию данного состояния, а также на организацию научения способам и методам адекватной самопрофилактики.

Данная система технологий включает в себя три подхода: образовательно-воспитательный, организационный и индивидуально-личностный.

Образовательно-воспитательный подход в профилактике эмоционального выгорания направлен на выполнение следующих задач: изучение признаков эмоционального выгорания и их клинических проявлений, проработку мотивации к профессиональной деятельности и профессионально-личностному росту врача психиатра-нарколога, освоения им коммуникативных умений, овладения техниками психологической саморегуляции, научения способам психологической и психосоматической самодиагностики и самокоррекции.

Признаки эмоционального выгорания находят свое проявление в виде групп симптомов:

1) проявления астении - эмоциональное и физическое истощение, бессонница, раздражительность, усталость, утомляемость, отсутствие аппетита;

2) проявления депрессии и тревоги - упадническое настроение, чувство безнадежности, бессмысленности своей работы, апатия, оскудение репертуара рабочих действий, желание оставить работу, нарастающие признаки цинизма;

3) аддиктивное поведение - злоупотребление чаем, кофе, табаком, алкоголем, наркотиками, а также переедание или голодание, азартное поведение, работоголизм и т.п.;

4) признаки нарушения самосознания - чувство вины, негативная Я-концепция, негативное отношение к пациентам и самой работе при усиливающемся самообвинении и снижении самооценки.

В.В.Бойко (1999) для определения фаз эмоционального выгорания берет за основу учение Ганса Селье о стрессе как неспецифической защитной реакции организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства. Первая фаза - "напряжения" включает в себя симптомы "переживания психотравмирующих обстоятельств", "неудовлетворенность собой", начальные признаки тревоги и депрессии.

Вторая фаза - "резистенции", попыток более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений. Среди признаков (симптомов) резистенции прежде всего стоит выделить "неадекватное избирательное эмоциональное реагирование". В.В.Бойко отмечает разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций - как полезном навыке - и неадекватном реагировании, что чаще воспринимается коллегами и пациентами как неуважение к их личности, то есть, переходит в плоскость нравственных оценок. Последнее, очевидно, приводит к накоплению межличностных конфликтов. Далее отмечаются симптомы: "эмоционально-нравственная дезориентация" (как логическое продолжение предыдущего), "расширение сферы экономии эмоции" (прежде

всего - когда данная форма защиты переносится вне пределов профессиональной деятельности - домой, в общение с друзьями и т.п.), симптом "редукции профессиональных обязанностей", по сути - их упрощение, так или иначе пересекающееся с эмоционально-нравственной дезориентацией.

Третья фаза - "истощения" характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме "выгорания" становится неотъемлемым атрибутом личности. Здесь отмечаются симптомы "эмоционального дефицита" (преобладание отрицательных эмоций над положительными), "эмоциональной отстраненности" (когда личность почти полностью исключает эмоции из профессиональной деятельности, в других же сферах живя полноценными эмоциями), "личностной отстраненности" (пациент воспринимается как неодушевленный предмет, объект для манипуляций), "психосоматических и психовегетативных нарушений" (эмоциональная защита уже не справляется с нагрузками и энергия эмоций перераспределяется между другими системами организма), Таким образом, он спасается от разрушительной мощи эмоциональной энергии.

Эмоциональное сгорание в наиболее выраженной степени достигает уровня "перегорания" (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998) или "выгорания" (Бойко В.В., 1999).

Клинически наиболее частое проявление эмоционального выгорания - расстройства адаптации, входящие в рубрику F43 по МКБ-10. Кроме того, эмоциональное выгорание может быть психологической основой других психических и психосоматических нарушений: невротических и депрессивных расстройств, не укладывающихся в клиническую картину расстройств адаптации, начальных признаков злоупотребления

психоактивными веществами, а также - начальных признаков артериальной гипертензии, стенокардии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, как наиболее частых психосоматических расстройств.

Эмоциональное выгорание может, при наличии основных поведенческих и эмоциональных признаков этого состояния, не достигать уровня клинических признаков расстройств адаптации или какого-либо другого заболевания, оставаясь психологическим феноменом, с точки зрения клиники - вариантом промежуточным между нормой и патологией. Тем не менее, изучение этих признаков с целью своевременных мер профилактики очень важно - как для предупреждения психических и психосоматических расстройств в дальнейшем для самого специалиста, так и для предупреждения снижения его квалификации и работоспособности.

К видам профессиональной деятельности врача психиатра-нарколога, наиболее предрасполагающим к эмоциональному выгоранию относятся:

1) работа в приемных, реанимационных отделениях и отделениях неотложной наркологической помощи в виду возможных больших перегрузок, частых осложнений и летальных исходов;

2) судебно-наркологическая и экспертная работа кроме перегрузок нередко содержит в себе конфликтные ситуации и преобладание отрицательных эмоций;

3) психотерапевтическая и психокоррекционная работа в наркологии, требующая кроме профессионализма большой эмоциональной отдачи и личностной вовлеченности;

4) профилактическая работа, особенно в условиях современных тенденций аномии и маргинализации общественного сознания, как

эмоционально затратная, особенно при выступлениях перед большой аудиторией и в прямом эфире на радио или телевидении;

5) организационная и административная, способная содержать в себе как рабочие перегрузки, так и конфликтные и экстремальные ситуации, а также – сложности, связанные с обеспечением специализированной помощи больным в условиях современного бюджетного финансирования и тенденций к коммерциализации наркологической службы.

Обозначенные участки наркологической службы требуют повышенного внимания как со стороны администрации ЛПУ, так и со стороны каждого специалиста к профилактическим мерам.

Мотивация к профессиональной деятельности и профессионально-личностному росту предназначена для осознания своего места и своей роли в оказании помощи наркологическим больным, мобилизации готовности к изменению, коррекции и совершенствованию собственных психологических и морально-нравственных установок в ходе освоения профессии. Выполнение этих задач достигается с применением тренинговой, психотерапевтической работы, групповой психотерапии в режиме психокоррекционных групп, супервизии и балинтовских групп.

Тренинг - это совокупность психотерапевтических, психокоррекционных и обучающих методов, направленных на развитие навыков самопознания и саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, коммуникативных и профессиональных умений (Психотерапевтическая энциклопедия, СПб, 1999, с.645).

Групповая психотерапия - это метод, при котором с терапевтической целью используется групповая динамика, т.е. отношения и взаимодействия членов группы как с психотерапевтом, так и между собой (Kratochvil S., 1978).

Психокоррекционная группа - малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия (Кондрашенко В.Т. с соавт., 1997). Среди психокоррекционных групп выделяют: группы для решения проблем, группы личностного роста и самосовершенствования, а также - группы **эмоционального отреагирования**, позволяющие проработать эмоциональный опыт, накапливаемый в ходе профессиональной деятельности.

Супервизия - форма консультирования психотерапевта (*или психиатра-нарколога, применяющего психотерапевтические методы и приемы* - авт.) в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой, позволяющая супервизируемому систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение (Психотерапевтическая энциклопедия, СПб, 1999, с.609).

Балинтовская группа - метод групповой тренинго-исследовательской работы, где врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

Практика показывает, что в профессиональном общении с пациентами врачи психиатры-наркологи нередко нарушают правила деонтологии, неосознанно воспринимая пьянство и наркотизацию больных не с медицинской, а с морально-нравственной точки зрения («пьянство и наркотизация как порок»), накапливая тем самым в себе признаки эмоционального сгорания в виде «негативного отношения к пациентам» и «дегуманизации». Указанные методы мотивации к профессионально-личностному росту позволяют максимально приблизить теоретические знания и закладываемые в ходе обучения идеалы (как эталоны

профессионального и этического соответствия) к реальным условиям и возможностям.

Освоение коммуникативных навыков и умений, таких как: ведение диалога и сотрудничество, умение слушать и выслушивать, конфронтация, конструктивный спор, общение с аудиторией - в том числе негативно настроенной, имеет целью повышение гибкости в профессиональном общении с разными категориями наркологических больных и их родственников, в разных условиях и в разном состоянии (таких как: депрессия, психопатическая реакция, психоз, состояния одурманивания или опьянения и др.). Тут же стоит отметить и те особенности, приёмы и техники психологического консультирования и профессиональной коммуникации, которые были обозначены в первой части данного пособия. Кроме лечебной работы эти же навыки необходимы психиатру-наркологу в осуществлении наркопрофилактики. Здесь имеются в виду и особенности профессионального общения с различными группами и категориями учащихся, подростков, родителей, специалистов - от педагогов до чиновников, а также - особенности профилактической работы в пенитенциарных учреждениях, домах-интернатах, работы с негативно и враждебно настроенной аудиторией, работы со средствами массовой информации и выступлений в прямом эфире. Опыт показывает, что подготовка к профилактическим мероприятиям, кроме чисто профессиональных аспектов требует в не меньшей степени мобилизации личностных - коммуникативных, эмоциональных и волевых ресурсов от врача психиатра-нарколога. Это касается, прежде всего, административно-организационного обеспечения мероприятия с участием нарколога. В качестве коммуникативной задачи здесь можно считать умение разъяснить, донести основные идеи грамотной наркопрофилактики до руководителей и специалистов того учреждения, где это мероприятие планируется.

Преодоление психологических тенденций «непросвещённого энтузиазма», с попыткой «напугать о последствиях», «решить все проблемы радикально и быстро», требует как раз не просто профессиональных и психологических знаний, а именно – обозначенных уже коммуникативных, эмоциональных и волевых ресурсов. Их недостаток может не только повлиять на результаты самого мероприятия, но и сказаться на общем состоянии профессионала, быть дополнительной почвой для симптомов эмоционального выгорания.

Психологическое манипулирование наркологических больных, с которым сталкивается врач психиатр-нарколог в профессиональном общении требует в образовательно-воспитательном подходе научения навыкам их распознавания и **коммуникативной гибкости** с целью оберегания личности специалиста от внутри - и межличностных конфликтов, являющихся провоцирующим фактором эмоционального выгорания.

Профессиональная или личностная защищенность в виде повышения грамотности, бдительности и умения общаться с больными в различных, в том числе и экстремальных ситуациях необходимы в подготовке врача психиатра-нарколога для обеспечения уверенности и личностной безопасности в условиях реальных угроз и возможной опасности со стороны наркологических пациентов.

Обучение вопросам самопрофилактики имеет целью научение эффективно и грамотно использовать свои профессиональные и личностные возможности, адекватно распределять и пополнять эмоциональные и энергетические ресурсы, предвидеть, предотвращать и преодолевать ситуации, способные создавать различные перегрузки, деформации, конфликты и другие профессиональные вредности.

Пересмотр своих ресурсов и ценностей, в том числе и понимания успешности своей работы, учитывая низкий процент длительных ремиссий

при лечении наркологических заболеваний необходим для профилактики «профессиональных фрустраций», восприятия своей деятельности как «бесполезной», ощущения несостоятельности и некомпетентности, а также - собственных нефармакологических аддикций.

В качестве приемов и методов самопрофилактики рекомендуется использовать: **аутогенную тренировку, медитации, самогипноз, техники свободного дыхания и восточных гимнастик (йога и др.)**. Учитывая тот факт, что для части специалистов некоторые из этих методик (свободное дыхание и восточные гимнастики) могут оказаться трудными для освоения, либо неприемлемыми ввиду других причин, можно рекомендовать использование традиционных техник массажа, а также – бани, сауны, по показаниям – моржевания.

С целью эмоциональной разгрузки и пополнения ресурсов в образовательно-воспитательном подходе профилактики эмоционального сгорания у врачей психиатров-наркологов должны быть предусмотрены занятия и мероприятия, повышающие значимость культурного и эстетического совершенствования как источника положительных эмоций высшего порядка.

Организационный подход представляет собой психогигиеническую и психопрофилактическую организацию труда врача психиатра-нарколога. Его целью является обеспечение квалифицированного и своевременного выявления и диагностики предрасполагающих и начальных признаков эмоционального выгорания, а также обеспечение возможностей их коррекции, терапии и восстановления эмоционального равновесия сотрудников. Для этого необходимо наличие подготовленного специалиста (клинического психолога, психотерапевта), кабинетов, достаточно оснащенных для психодиагностики, психокоррекционной и

психотерапевтической работы. Кроме того, организационный подход подразумевает обеспечение правовой, юридической и физической безопасности сотрудников при оказании ими специализированной наркологической помощи, как необходимого условия предупреждения экстремальных стрессовых ситуаций. Восстановление эмоционального равновесия для специалистов, работающих в наркологии возможно с помощью сеансов релаксации, обеспечения организованной работы тренажерных залов, спортивных секций и кружков для сотрудников, а также - культурных и культурно-массовых мероприятий. Обеспечение терапии, коррекции и профессионально-личностного роста достигается путем работы тренинговых, дискуссионных, динамических психотерапевтических групп, балинтовских групп и супервизии. Работа специалистов на таких мероприятиях проводится в рабочее время, необходимая для терапии и коррекции документация заводится и оформляется в соответствии с существующими законами и нормативными актами. Ответственный сотрудник - клинический психолог, психотерапевт в ходе такой профилактической работы может извещать администрацию ЛПУ об увеличении диагностируемых и проявляемых признаков эмоционального выгорания сотрудников на определенных участках работы с целью своевременного снижения уровня перегрузок и обеспечения адекватных профилактических и коррекционных мер.

Индивидуально-личностный подход в системе технологий профилактики эмоционального сгорания у врачей психиатров-наркологов имеет целью обеспечение личностной подготовленности, устойчивости к рабочим перегрузкам и научение самостоятельного их распознавания, устранения и предупреждения. Для этого требуется обучение навыкам самодиагностики, изучение вопросов соматизации эмоциональных

переживаний и их распознавание, научение контролированию стрессов и навыкам эмоционально-мышечной релаксации, саморегуляции.

Ролевой фактор, имеющий значение как в возникновении, так и в коррекции и в профилактике эмоционального сгорания в индивидуально-личностном подходе рассматривается с учетом преморбидных особенностей, акцентуации характера и темперамента личностных ресурсов и аспектов самоотношения.

Говоря о «ролевом факторе» в возникновении синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов, как показывает практика, наиболее приемлем механизм «треугольника судьбы» С. Карпмана (Стюард Я. с соавт., 1997). Смысл последнего заключается в том, что человек, принимая в каком-то поле деятельности на себя одну из ролей – «преследователя», «жертвы» или «избавителя», рано или поздно вынужден оказаться и в других ролях этого «треугольника», прежде всего – «жертвы». В таком случае, общение и сама жизнедеятельность человека может все больше протекать в деструктивном русле и приводить к самым различным проблемам, связанным со здоровьем (от уровня эмоционального выгорания в форме расстройств адаптации до физических травм и соматических катастроф - как проявление «игр третьей степени» в терминологии трансактного анализа) (Стюард Я. с соавт., 1997; Макаров В.В., 2000). Медицинские работники наркологических учреждений, имея дело с пациентами, страдающими «социально значимыми» заболеваниями в силу уже указанной выше причины (наличие тонкой и зыбкой грани между понятиями «болезнь и порок») нередко склонны неосознанно принимать на себя роль «избавителя», реже – «преследователя». Яркий пример «позиции избавителя» - основной тезис метода «кодирования» А.Р.Довженко: «Не твоя, больного, воля, а моя - врача и целителя избавит тебя от недуга». О психологической роли «преследователя» может свидетельствовать техника

выполнения многих лечебных процедур в наркологии: условно-рефлекторная терапия, эмоционально-стрессовая терапия и т.п., когда больной в ходе этих процедур может испытывать кроме неприятных телесных ощущений еще и психологическое давление, а порой даже с элементами осуждения и унижения. Роль «жертвы» в таких случаях для медицинских работников - наркологов может давать о себе знать сначала в виде фрустрации от отсутствия или недостатка эффективности директивных подходов и методов лечения. Затем - в виде все более нарастающих признаков эмоционального выгорания. Отказ от деструктивных ролей «треугольника Карпмана», принятие на себя адекватной ответственности, заключение «контракта на работу с самим собой» является надежным предупреждением проявления эмоционального выгорания.

Биологически обусловленные факторы, способствующие развитию эмоционального выгорания, проявляющиеся в склонности к эмоциональной ригидности, интенсивном восприятии обстоятельств профессиональной деятельности (наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, хронических соматических заболеваний и т.п.) способны быть учитываемыми и коррегируемыми.

Акцентуация характера и темперамента, определяемая как клинически, так и с помощью теста-опросника К. Леонгарда, также учитывается при назначении индивидуальных мер профилактики. Опросник включает 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Первая шкала характеризует гипертимность, вторая шкала показывает возбудимую акцентуацию, третья шкала говорит о глубине эмоциональной жизни, четвертая указывает на психастеническую акцентуацию, пятая выявляет повышенную тревожность, шестая - склонность к перепадам настроения, седьмая говорит об истероидной акцентуации, восьмая о неуравновешенности поведения, девятая указывает на дистимность, десятая -

силу и выраженность эмоционального реагирования. Набранные 12 и более баллов говорят о наличии акцентуации по данной шкале, 18 и более - о выраженной акцентуации. Наличие выраженных черт эмотивности, тревожности, экзальтированности и циклотимности может свидетельствовать о повышенном риске развития эмоционального сгорания у специалиста.

Стратегии поведения в конфликте, выявляемые с помощью теста-опросника Томаса, свидетельствующие о преобладании конструктивных или деструктивных тенденций в общении, также могут учитываться в индивидуальной профилактической работе. По результатам теста-опросника Томаса выявляется степень присутствия у испытуемого каждого из пяти выделенных способов регулирования конфликтов:

1) «соперничество», как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому;

2) «приспособление», означающее принесение в жертву собственных интересов ради другого;

3) «компромисс», при котором ни один из участников не оказывается в выигрыше, оба проигрывают, так как идут на взаимные уступки;

4) «избегание», для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;

5) «сотрудничество», когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Каждый из 5 вариантов описан в тесте 12 суждениями. В различных вариантах они сгруппированы в 30 пар, в каждой из которых респонденту предлагается выбрать то суждение, которое является наиболее типичным для характеристики его поведения. Количество баллов, набранных индивидом по каждой шкале, дает представление о выраженности у него тенденции к

проявлению соответствующих форм поведения в конфликтных ситуациях. Преобладание стратегий «соперничества», либо «избегания» и «приспособления» как основа накопления внутри- и межличностных конфликтов, в индивидуальной профилактике эмоционального выгорания является показанием для коррекционной и тренинговой работы. Здесь необходимо научение коммуникативным умениям, таким как: сотрудничество, конструктивный диалог, компромисс, конфронтация с позитивным разрешением конфликта.

Выявляемые с помощью «методики исследования самоотношения» особенности самопринятия, самооценности, самопривязанности и других категорий самооценки свидетельствуют как о наличии ресурсности личности специалиста-нарколога, так и о факторах, способствующих возникновению эмоционального сгорания. Прежде всего - это наличие выраженных самообвинения, внутренней конфликтности и признаков низкой самооценки. Использование в клинико-психологическом, экспериментально-психологическом исследовании тестов «личностный дифференциал» и «семантический дифференциал» позволяет объективно оценить ресурсность личности и выявить косвенные признаки эмоционального сгорания. Прежде всего, это наличие достаточно высоких показателей «оценки» при наличии меньших показателей «активности» и наиболее низких – «силы».

Кроме клинических признаков эмоционального выгорания для диагностики приемлема «методика выявления степени «эмоционального выгорания» В.Бойко». Методика представляет собой опросник, содержащий 84 суждения, на которые надо ответить «да» или «нет». «Ключ» позволяет определить сумму баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания» (переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», тревога и депрессия, неадекватное избирательное и эмоциональное реагирование, эмоционально-

нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоции, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения); подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования «выгорания» (фазы «напряжения», «резистенции» и «истощения»); находится итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания - сумма показателей всех 12 симптомов. Методика, кроме характеристики личности и наличия выраженности симптомов «выгорания», позволяет наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

С позиций описываемого метода были проведены мероприятия профилактического характера с участием 150 врачей психиатров-наркологов г.Москвы, а также Московской и Оренбургской областей. После ознакомительных семинаров и лекций на тему профилактики эмоционального выгорания и особенностей профессиональной коммуникации, с их участниками проводилось психологическое обследование с применением описанных выше методик. Затем, в зависимости от организационных возможностей, желающие принимали участие в мероприятиях «второго уровня» - индивидуальных консультациях и групповых семинарских и тренинговых занятиях по освоению коммуникативных навыков и мерам самопрофилактики. Критерии эффективности мер профилактики эмоционального выгорания: индивидуальная осведомленность специалиста о признаках и проявлениях эмоционального выгорания, работа тренинговых, психокоррекционных (прежде всего - групп эмоционального отреагирования) и психотерапевтических групп для сотрудников, балинтовских групп. Внедрение «бригадной» формы работы в наркологии может служить одним из критериев профилактики профессиональных перегрузок и эмоционального

выгорания сотрудников. Снижение заболеваемости среди персонала и текучести кадров также является одним из показателей эффективности такой профилактической работы.

Эффективность комплекса организационных, образовательных и реабилитационно-профилактических мероприятий выражаются в:

- улучшении психологического климата в коллективе;
- уменьшении количества конфликтных ситуаций с больными;
- снижение частоты обращаемости за больничными листами среди специалистов-наркологов;
- субъективном ощущении улучшения профессиональной адаптации, пересмотре своих внутренних ресурсов и ценностей, в том числе и понимания успешности своей работы, рациональном восприятии относительных неудач – нестойкости ремиссий, неожиданных срывов больных и т.д..

Литература

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – 2-е изд. – М.: Медицина. 1988 – 528 с.
2. Анонимные алкоголики. Нью-Йорк: Alcoholicsanonymous word services, inc.– 1989.
3. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. – М., - 2001. – 182 с.

4. Батищев В.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Ж. Вопросы наркологии. – 1999. - №3.
5. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных. В кн. Руководство по наркологии. Под ред Н.Н.Иванца. – М.: ИД Медпрактика, - 2002, т.2, с.187-222
6. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия. – СПб.: Братство. – 1992.
7. Берн Э. Трансактный анализ в группе. – М.: Либрирнт. – 1994.
8. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. Пер. с англ., – СПб., 1992.
9. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме. – в кн.: Лекции по наркологии. – под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н.Иванца. – М., 1995. – с.175-191.
10. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. – в кн.: Лекции по наркологии. – под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н.Иванца. – М., 1995. – с.191 - 206.
11. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – М., 1997. – 76 с.
12. Даренский И.Д., Белокрылов И.В. Психотерапевтическая программа наркологического стационара. Методические рекомендации. – М., 2001. – 26с.
13. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. . Нью-Йорк: Alcoholicsanonomous word services, inc. – 1989.

14. Дереча В.А. Человек в поисках острых ощущений. – Оренбург, 2001.
15. Дереча В.А. Психология и психопатология личности. – Оренбург, 2005.
16. Дереча В.А., Карпец В.В., Меренков В.Н. Формирование ремиссии и восстановительное лечение при алкоголизме. Пособие для врачей психиатров-наркологов. – Оренбург, 1998. – 26 с.
17. Дереча В.А., Дереча Г.И., Карпец В.В. Системный подход к организации реабилитации наркологических больных. Пособие для врачей. – Оренбург, 2002. – 36 с.
18. Дёмина М.В. «Внутренняя» картина наркологической болезни.- М., 2004. – 59 с.
19. Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. и др. Стресспсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях.// Журн. невропатологии и психиатрии - 1988 - т.88 - №2 - С. 94-97.
20. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. – М., 2001. – 38 с.
21. Дудко Т.Н., Райзман Е.М., Белокрылов И.В. и др. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров. Методические рекомендации. – М., 2006. – 74 с.
22. Дудко Т.Н., Пелипас В.Е., Ревенко В.И. Роль социального работника в процессе реабилитации наркологических больных. Методические рекомендации. – М., 1998. – 28 с.
23. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных. В кн. Руководство по наркологии. Под ред.Н.Н.Иванца. – М.: ИД Медпрактика, 2002, т.2, с.222-271.

24. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
25. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. – в кн.: Лекции по наркологии. – под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н.Иванца. – М., 1995. – с.106-121.
26. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. В кн. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: ИД Медпрактика, 2002, т.2, с.6-25.
27. Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимостей. // Психотерапия, - 2008, №8. – с.11-17.
28. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск: Высшая школа. – 1997.
29. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. // Обзор психиатрии и медицинской психологии, 1991. №1. С.8-15.
30. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения. // Обзор психиатрии и медицинской психологии, 1993. №1. С.17-29.
31. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект. – 1999.
32. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и «синдром эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных. – Автореф. дисс. . . . д-ра мед. наук. – СПб., 2007.
33. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – М.: Академический проект, 1999. – 416 с.

34. Москаленко В.Д. Созависимость в семьях наркологических больных. В кн. Руководство по наркологии. Под ред Н.Н.Иванца. – М.: ИД Медпрактика, 2002, т.2, с.187-222
35. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). – М., 2002.
36. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом.// Вопр. Наркологии. – 1995. №2 – с. 76-79.
37. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии. – Автореферат дисс. Канд.мед.наук. – Оренбург, 2003, 24 с.
38. Постнов В.В., Карпец А.В., Тухватуллина Р.Ф. Принципы организации реабилитационной помощи наркологическим больным. Пособие для врачей. – Оренбург, 2001. – 48 с.
39. Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов. Пособие для врачей. – Оренбург, 2001.
40. Постнов В.В. Синдром эмоционального выгорания в наркологической клинике. – Инф.-методическое письмо. – Оренбург, 2001.
41. Постнов В.В. Созависимость. – Оренбург, 2008.
42. Психотерапия: Учебник, 3-е изд./ Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
43. Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б.Д.Карвасарского. – 3-е изд., прераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944с.
44. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс. – 1993.

45. Руководство по психотерапии. Под ред. Рожнова В.Е. – Ташкент: «Медицина», 1985, 720 с.
46. Руководство по аддиктологии /Под ред. Проф. В.Д.Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
47. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 367 с.
48. Цетлин М.Г., Батищев В.В., Зыков О.В. Сообщества (группы) само- и взаимопомощи наркологических больных. В кн. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: ИД Медпрактика, 2002, т.2, с.290-308.
49. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма – М., Медицина, 1990 – 416 с.
50. Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом. Пособие для врачей наркологов и психотерапевтов. – М., 1997 – 100 с.
51. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя.// Вопросы психологии, 1993, 6 с.57-64.
52. Edvina I.McConnell. Burnout in the nursing profession. New York. 1992.
53. Kondo K. Burnout syndrome.//Asian Medical J. 1991 №34 (11).
54. Maher E. The burnout syndrome //Journal of consulting and clinical psychology. -№7 – 1983, p.15-20.
55. Maslash C. Burnout: The Cost of Caring. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall, 1982.

