

Проведенное исследование дало возможность сделать следующие обобщения.

Намеренные самоповреждения в изученной выборке причинялись двумя основными способами: самотравмированием (X76; X78; X83) и самоотравлением (X60; X61; X69). Самотравмирование являлось преобладающим способом самоповреждения ($p < 0,05$). В структуре намеренного самотравмирования преобладали самопорезы (X78) ($p < 0,05$). Для самоотравления в изученной выборке использовались парацетамол, аспирин, седативные препараты, моющее средство для посуды, шампунь. Неопиоидные анальгетики, жаропонижающие и противоревматические лекарственные препараты (парацетамол, аспирин) являлись преобладающими средствами самоотравления ($p < 0,05$).

Все установленные намеренные самоповреждения были реализованы респондентами в рамках парасуицидального поведения. В пользу несуицидальности причиненных самоповреждений говорят результаты изучения обстоятельств их причинения, данные самоотчета респондентов, отражающие такие параметры самоповреждения как летальность, декларируемые намерения, подготовка, реакция на совершенное действие, а также значения Шкалы суицидальных интенций Пирса и Шкалы оценки риска суицида Паттерсона.

Список литературы

1. Bertolote J. M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. 2002. October. Vol. 1, № 3. P. 181—185.

2. Sartorius N. The burden of mood disorder. Progression in the treatment of depression // XXIII CINP Congress. 2002. P. 1—4.

3. Войцех В. Ф. Суицидология. Москва : Миклош, 2007. С. 120—131.

4. Кудрявцев И. А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. 2012. № 3. С. 10—14.

5. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. С. 41—49.

6. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Козырев В. Н. Депрессии и суицидальное поведение // Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва : МИА, 2003. С. 191—210.

7. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. Москва : «Когито-Центр», 2005. С. 213—214.

8. Понизовский А. М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии. 1981. Т. 92. С. 150—167.

9. Васильев В. В., Ковалёв Ю. В., Имашева Э. Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. 2014. № 1 (14). С. 30—35.

10. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Минск : Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. 46 с.

Надійшла до редакції 04.07.2017 р.

ВОДКА Максим Євгенійович, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології ХНУ імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net

VODKA Maksym, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net

УДК 616.89-051:364-786-787.522

В. В. Вьюн ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

В. В. Вьюн

Принципы и алгоритмы психотерапевтической коррекции расстройств адаптации у врачей-интернов

V. V. Viun

Principles and algorithms of psychotherapeutic correction of adjustment disorders in internship doctors

В ході роботи розроблено та апробовано комплексну систему психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів, яка складалася з трьох послідовних етапів: психодіагностичного, психотерапевтичного та психопрофілактичного.

Психотерапевтичний комплекс включав диференційоване, залежно від варіанту дезадаптації, використання раціональної, психодинамічної, особистісно-орієнтованої, поведінкової, екзистенціальної психотерапії, когнітивного тренінгу, арт-терапії, аутогенного тренування у різних модифікаціях та психоосвіту.

Доведено ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів

Ключові слова: розлади адаптації, психодіагностика, психотерапія, психопрофілактика, лікарі-інтерни

В ходе работы разработана и апробирована комплексная система психотерапевтической коррекции расстройств адаптации у врачей-интернов, которая состояла из трех последовательных этапов: психодиагностического, психотерапевтического и психопрофилактического.

Психотерапевтический комплекс включал дифференцированное, в зависимости от варианта дезадаптации, использование рациональной, психодинамической, личностно-ориентированной, поведенческой, экзистенциальной психотерапии, когнитивного тренинга, арт-терапии, аутогенной тренировки в разных модификациях и психообразования.

Доказана эффективность предложенной системы психотерапевтической коррекции расстройств адаптации у врачей-интернов.

Ключевые слова: расстройства адаптации, психодиагностика, психотерапия, психопрофилактика, врачи-интерны

During the course of work, the complex system of psychotherapeutic correction of adjustment disorders was developed and tested in internship doctors, which consisted of three consecutive stages: psychodiagnostic, psychotherapeutic and psychoprophylaxis.

The psychotherapeutic complex included a differentiated, depending on the variant of maladjustment, the use of rational, psychodynamic, personality-oriented, behavioral, existential psychotherapy, cognitive training, art therapy, autogenous training in distinctions of modifications and psychoeducation.

The effectiveness of the proposed system of psychotherapeutic correction of adjustment disorders in internship doctors was proved.

Key words: adjustment disorders, psychodiagnostics, psychotherapy, psychoprophylaxis, internship doctors

Сучасні несприятливі соціально-економічні та політичні умови в Україні значно загострили проблему адаптації лікаря до професійної діяльності, підвищили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування [1—3].

Зміни в вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір вимагає нових підходів до післядипломної підготовки лікаря. Закон України «Про вищу освіту», прийнятий Верховною Радою України 01 липня 2014 року, дає імпульс розвитку медичної освіти. Створено умови для модернізації післядипломної медичної освіти, тому основними завданнями післядипломної освіти лікарів, особливо в період реформування, є забезпечення як поліпшення фахової підготовки лікарів-інтернів так і забезпечення медико-психологічної підтримки лікаря у період адаптації до професійної діяльності [4, 5].

Всесвітня організація охорони здоров'я називає професійний стрес хворобою XXI століття, цей вид стресу зустрічається в будь-якій професії будь-якої країни світу, досягаючи розмірів «глобальної епідемії». Міжнародна організація праці оцінює втрати внаслідок стресу в двісті мільйонів доларів щорічно [6, 7].

В сучасних умовах одним з найважливіших педагогічних завдань інститутів післядипломної освіти є робота з лікарями-інтернами, спрямована на більш швидку й успішну їх адаптацію до професійної діяльності, до нової системи соціальних відносин [8—10].

Вищевикладене зумовило актуальність і необхідність проведення цього дослідження.

Мета роботи: розроблення та апробація системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено комплексне обстеження 213 лікарів-інтернів першого року навчання Харківського національного медичного університету, 116 жінок та 97 чоловіків, віком 22—25 років (середній вік — 23 ± 2 роки).

У роботі були використані такі методи обстеження: клініко-анамнестичний; психодіагностичний з використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988); шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003), шкали професійного стресу (Д. Фонтана, 1995) та статистичний метод.

Встановлено що у більшості лікарів-інтернів (55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок) виявлено стани дезадаптації, при цьому у 9,2 % чоловіків і 12,5 % жінок діагностовано високий рівень дезадаптації, у 10,3 % чоловіків та 14,0 % жінок — виражений рівень дезадаптації, у 36,2 % чоловіків і 42,1 % жінок — помірний рівень дезадаптації. Виявлені дезадаптивні стани, на наш погляд, зумовлені не тільки специфікою адаптації до професійної діяльності, але і сучасними особливостями навчання в інтернатурі.

На базі отриманих в ході роботи даних нами систематизовано варіанти дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів.

Астенічний (25,8 % чоловіків та 22,5 % жінок) — характеризувався домінуванням слабкості, млявості, швидкої виснаженості, дратівливості, підвищеної сприйнятливості до раніше нейтральних подразників, апатії, адинамії на тлі вегетовісцеральних пароксизмів (головний біль, відчуття браку повітря, артеріальна гіпо-

тонія, відсутність апетиту), легкою вираженістю тривоги і депресії за шкалою Гамільтона.

Гіперестезичний (20,6 % чоловіків та 23,2 % жінок) проявлявся дратівливістю, нестриманістю, нетерплячістю, що підсилювалися при стомленні і напруженні, схильністю до короточасних або затяжних афективних реакцій, підвищеною чутливістю до раніше нейтральних подразників, важкою або помірно вираженою тривогою та легко вираженою депресією за шкалою Гамільтона.

Тривожно-депресивний (11,3 % та 20,6 % відповідно) визначався домінуванням загального тривожно-депресивного фону настрою, пригніченістю, дратівливістю, гіперестезіями, почуттям туги, тривоги, очікуванням нещастя, внутрішнім напруженням, занепокоєнням із неможливістю розслабитися, порушеннями сну, відзначалися важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона.

Психосоматичний (14,5 % чоловіків та 18,1 % жінок) проявляється розвитком психосоматичних захворювань, концентрацією уваги на стані соматичного неблагополуччя, чому сприяли вегетативні пароксизми, частіше кардіоваскулярного типу (тяжке відчуття здавлення, стискання у грудях), депресивні і тривожні розлади в рамках легкого епізоду за шкалою Гамільтона.

Астено-апатичний (12,3 % та 11,2 % відповідно) характеризувався проявами астенії у поєднанні з бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування на тлі зниженого настрою, апатії, помірно вираженою тривогою і депресією за шкалою Гамільтона.

Аддиктивний варіант був вірогідно більш характерним для чоловіків — 15,5 % обстежених порівняно із 4,4 % жінок, для нього були характерними надмірне вживання алкоголю, вживання наркотичних і токсичних речовин, поступова втрата ситуаційного контролю при прийомі психоактивних речовин, а також формування різних нехімічних видів залежності, депресивні і тривожні розлади в рамках легкого або помірного епізоду за шкалою Гамільтона.

На базі отриманих у ході роботи даних нами розроблено систему комплексної психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів, яка складалася з трьох послідовних етапів: психодіагностичного, психотерапевтичного та психопрофілактичного.

Психодіагностичний етап включав діагностику психічного стану інтернів, визначення психологічного підґрунтя для виникнення станів дезадаптації та встановлення варіантів дезадаптації.

Психотерапевтичний етап було спрямовано на редукцію патологічного психоемоційного стану, нівеляцію проявів дезадаптації, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування.

Психотерапевтичні програми передбачали поетапне введення психотерапевтичних методик залежно від індивідуальних особливостей хворих і змістовної частини психотерапії. При цьому завдання змістовної частини психотерапії включали принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосовуваних методів психотерапії.

Психотерапевтичний комплекс у лікарів-інтернів з астенічним та астено-апатичним варіантами дезадаптації включав використання раціональної психотерапії (класичний варіант Дюбуа П., 1912), аутогенне тренування (психотонічний варіант Шогама А. М., Мировського К. І., 1963).

При гіперестезичному варіанті використовували короткотермінову психодинамічну психотерапію (Карвасарський Б. Д., 1999), когнітивний тренінг, прогресивну м'язову релаксацію за Jacobson E., 1963), арт-терапію (малюнкові техніки).

Основними формами психотерапевтичного впливу при тривожно-депресивному варіанті були особистісно-орієнтована психотерапія (Карвасарський Б. Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994), когнітивно-поведінкова терапія Бека (Beck A. T., 2006), аутогенне тренування у модифікації Лебединського М. С., Бортнік Т. Л. (1969), арт-терапія (малюнкові техніки).

При психосоматичному варіанті використовували когнітивно-поведінкову аналітичну психотерапію (Мак-Каллоу Д., 2002), екзистенціальну психотерапію (Rogers C., 2002; Karasu T., 2006), як метод психічної саморегуляції — методику сегментарного тренінгу (Сухоруков В. І., 1984).

Психотерапевтична програма при аддиктивно-му варіанті включала непряму психотерапію (Вельвовський І. З., 1984), екзистенціальну психотерапію (Rogers C., 2002; Karasu T., 2006) та аутогенне тренування у модифікації Лебединського М. С., Бортнік Т. Л. (1969).

Невід'ємним компонентом розробленої нами психотерапевтичної програми є психоосвітні тренінги (Марута Н. О., Кожина Г. М., Коростій В. І., 2011), які включають використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, формування комунікативних вмій і навичок, розв'язання проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

Треба наголосити, що ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із організаційними та педагогічними заходами.

Метою психопрофілактичного етапу було запобігання виникненню станів дезадаптації лікарів-інтернів, підвищення їх соціально-психологічної компетентності, оптимізація міжособистісної взаємодії, психологічний супровід під час навчання в інтернатурі.

Психопрофілактичний етап включав первинну психопрофілактику — розроблення і впровадження програми медико-психологічної підтримки, оцінення особистісних особливостей лікарів-інтернів і прогнозування їхніх адаптаційних реакцій; вторинну — ранню діагностику дезадаптивних реакцій та станів, своєчасну й адекватну їх корекцію; третинну — профілактику рецидиву дезадаптивних станів лікарів-інтернів.

Результати трьохрічного катamnестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів, на тлі її проведення спостерігалася позитивна динаміка психічного стану, дезадаптивні стани редукувалися; у 92,6 % обстежених рецидивів порушень адаптації не наставало.

Список літератури

1. Кожина А. М., Маркова М. В., Гриневич Е. Г. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредитно-модульної системи освіти // Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України. 2013. № 3 (86). С. 87—93.
2. Соколова І. М. Психологічне механізми адаптації студентів : монографія. Харків : ХГМУ, 2007. 412 с.
3. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності : монографія. Вінниця : Нова книга, 2013. 132 с.
4. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : монографія / Волошин П. В., Марута Н. О., Кожина Г. М. [та ін.]. Харків, 2016. 335 с.
5. Волосовець О. П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України // Проблеми медичної науки та освіти. 2006. № 1. С. 5—12.
6. Пшук Н. Г., Камінська А. О. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 2 (73). С. 151—155.
7. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти // Актуальні проблеми психології. Т. 5, вип. 4: Психологія. Медична психологія. Генетична психологія / за ред. С. Д. Максименка. К.: Міленіум, 2005. С. 77—85.
8. Пшук Н. Г., Камінська А. О. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 84—87.
9. Вітенко І. С., Вьюн В. В. Профилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины // Там само. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 169—170.
10. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість — стан») // Вісник АПН України : Педагогіка і психологія. К.: Педагогічна преса, 2006. № 4 (53). С. 82—90.

Надійшла до редакції 12.07.2017 р.

ВЬЮН Валерій Васильович, кандидат медичних наук, доцент, директор Інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

VIUN Valerii, MD, PhD, Associate Professor, Director of Institute of Postgraduate Education of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine