УДК: 614.23:617-089:811.161.2'42

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська

СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Н. Г. Пшук, А. А. Каминская

СИСТЕМА ПСИХОКОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

N. Pschuk, A. Kaminska

SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOPROPHYLAXIS AGAINST PROFESSIONAL DISADAPTATION OF SURGICAL AND THERAPEUTIC PROFILE PHYSICIANS

На основі аналізу та узагальнення даних соціально-психологічного та психодіагностичного обстежень 192 лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації були визначені індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації, встановлено особливості особистісних копінг-ресурсів, особливості комунікативної настанови і рівня комунікативної толерантності, ідентифіковані домінуючі копінг-стратегії і паттерни поведінки лікарів відповідних соціально-професійних груп з ознаками професійної дезадаптації. На підставі отриманих даних обґрунтовано, розроблено і впроваджено систему психокорекції і психопрофілактики професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, яка становить єдину етапну послідовну систему психокорекційних та психопрофілактичних впливів, мішенями котрої визначені складові феномена психологічної дезадаптації, а саме — патологічний психоемоційний стан, негативна комунікативна настанова, патоперсонологічні особливості та дезадаптивні поведінкові паттерни.

Встановлено, що використання розробленої єдиної послідовної системи психокорекційних та психопрофілактичних впливів, що включає теоретичний, практико-орієнтований і розвиваючий блоки, дозволяє знизити прояви негативних особистісних характеристик, що перешкоджають ефективній професійній адаптації, поліпшити загальний психоемоційний стан, ставлення до професійної праці, сприяє підвищенню ефективності виконання професійної діяльності.

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю, психопрофілактика, психокорекція.

На основе анализа и обобщения данных социально-психологического и психодиагностического обследований 192 врачей хирургического и терапевтического профиля с признаками профессиональной дезадаптации были определены индивидуально-психологические предикторы формирования профессиональной дезадаптации, установлены особенности личностных копинг-ресурсов, особенности коммуникативной установки и уровня коммуникативной толерантности, идентифицированы доминирующие копинг-стратегии и паттерны поведения врачей соответствующих социально-профессиональных групп с признаками профессиональной дезадаптации. На основании полученных данных обоснована, разработана и внедрена система психокоррекции и психопрофилактики профессиональной дезадаптации врачей хирургического и терапевтического профиля, представляющая собой единую этапную последовательную систему психокоррекционных и психопрофилактических воздействий, мишенями которой определены составляющие феномена психологической дезадаптации, а именно — патологическое психоэмоциональное состояние, негативная коммуникативная установка, патоперсонологические особенности личности и дезадаптивные поведенческие паттерны.

Установлено, что использование разработанной единой последовательной системы психокоррекционных и психопрофилактических воздействий, включающей теоретический, практико-ориентированный и развивающий блоки, позволяет снизить проявления негативных личностных характеристик, препятствующих эффективной профессиональной адаптации, улучшить общее психоэмоциональное состояние, отношение к профессиональному труду, способствует повышению эффективности выполнения профессиональной деятельности.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, врачи хирургического и терапевтического профиля, психопрофилактика, психокоррекция.

On the basis of analysis and compilation of socio-psychological and psycho-diagnostic study of 192 surgeons and therapeutic profile physicians with the signs of professional disadaptation, individual psychological predictors of professional disadaptation forming, specific features of personal coping resources, communicative settings and level of communicative tolerance, dominant coping strategies and behavior patterns of physicians of relevant socio-professional groups with the signs of professional disadaptation were identified. Based on these data, system of psychological correction and psychoprophylaxis, presenting a single coherent system of corrective and psychoprophylactic actions, which identified targets were components of the psychological disadaptation phenomenon, namely pathological emotional state, negative communicative settings, maladaptive personality traits and behavioral patterns, was founded, developed and implemented to fight against professional disadaptation of surgeons and therapeutic profile physicians.

It was found that the use of a single developed coherent system of psychocorrective and psychoprophylactic impacts including theoretical, practice-oriented and developing blocks to reduce the negative manifestations of the personal characteristics that impede effective professional adaptation, improve the overall emotional state, attitudes toward professional work, enhances the effectiveness of professional activity.

Keywords: professional disadaptation, surgery and therapeutic profile physicians, psychoprophylaxis, psychological correction.

Професійна діяльність медичних працівників характеризується необхідністю роботи в умовах підвищеного інтелектуального та психоемоційного напруження [3, 4], дефіциту часу та інформації, високого рівня відповідальності за здоров'я і життя пацієнтів [9, 10]. Особливо це стосується лікарів хірургічного профілю, структура особистості яких в процесі професійної діяльності зазнає постійного психотравмуючого впливу, що обумовлено характером організації праці, психологічним тиском з боку всіх учасників лікувального процесу та сприяє формуванню синдрому професійної дезадаптації [1, 3].

© Пшук Н. Г., Камінська А. О., 2014

Професійна дезадаптація визначається як стійке порушення активного процесу пристосування індивіда до умов професійної діяльності, спричинене неможливістю реалізувати мету діяльності [2] або як будь-яке порушення динамічної рівноваги в системі «індивід — професійне середовище» [7]. Виокремлюють такі показники професійної дезадаптації: втома, виснаження; психосоматичні розлади; безсоння; негативне ставлення до роботи; збіднення репертуару робочих дій; зловживання хімічними агентами: кавою, алкоголем, тютюном; відсутність апетиту або переїдання; негативна професійна «Я-концепція»; аґресивні почуття (дратівливість, тривожність, занепокоєння, перезбудження); пригнічений настрій та пов'язані з ним емоції: цинізм, песимізм, почуття безпорадності, безнадії, апатія, субдепресія; переживання почуття провини [10]. Порушення адаптації до професійної діяльності, що є багатовимірним та інтегральним процесом, істотно позначається як на ефективності професійної діяльності окремих індивідів і робочих колективів, так і на стані здоров'я та тривалості активного періоду життя фахівця [7].

Професійна адаптація — це багаторівневий, функціонально детермінований процес адаптації до праці, що складається з фізіологічних, індивідуально-психологічних, поведінкових та соціальних компонентів [2].

До теперішнього часу проблема розвитку та специфіки проявів професійної дезадаптації у лікарів систематично не вивчена. Основна увага дослідників сконцентрована на вивченні синдрому вигоряння як одного з найбільш типових і виражених негативних проявів професійної дезадаптації в сфері лікарської діяльності [11,12]. У зв'язку з цим необхідність поглиблення теоретичних уявлень щодо психологічних чинників розвитку професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, а також розроблення методичних підходів до психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики станів психічної дезадаптації та професійної деформації особистості лікарів, що працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу є особливо актуальними завданнями медичної психології.

Метою нашого дослідження були наукове обґрунтування та розроблення засад і принципів побудови системи психокорекції та психопрофілактики професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

Роботу проведено у три етапи: на першому етапі на підставі інформованої згоди за допомогою спеціально розробленої анкети та за методикою О. Н. Родіної [5] було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з метою виявлення ознак професійної дезадаптації. На другому етапі зі всього загалу обстежених з урахуванням отриманих даних було сформовано три групи респондентів. Першу основну групу склали 97 лікарів хірургічного профілю у віці від 27 до 56 років (середній вік становив 43,1 ± 5 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 5 до 22 роки (в середньому 16,3 ± 1,1 роки). Другу основну групу склали 85 лікарів терапевтичного профілю у віці від 25 до 52 роки (середній вік становив 42,7 ± 5,1 роки), стаж роботи за спеціальністю від 3 до 21 року (в середньому 15,9 ± 1,2 роки). До групи контролю було включено 73 лікаря без ознак професійної дезадаптації у віці від 25 до 56 років (середній вік 43,7 ± 5,5 роки), стаж роботи за спеціальністю від 3 до 23 роки (в середньому 15,6 ± 1,2 роки). Критеріями включення респондентів до участі у подальшому дослідженні були відсутність хронічної соматичної патології, яка вимагала б госпіталізацій; відсутність психічних та поведінкових розладів, черепно-мозкової травми в анамнезі та психотравмуючих ситуацій впродовж останніх трьох місяців.

Методи дослідження — соціально-демографічний, соціально-психологічний, психодіагностичний, статистичний. Психодіагностичне дослідження проводилось із застосуванням таких методик: методика оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної; методика діагностики рівня невротизації Л. І. Вассермана; методика діагностики комунікативної настанови В. В. Бойко; методика визначення локусу контролю Роттера; методика психологічної діагностики копінг-механізмів E. Heim.

На третьому етапі для застосування розробленої системи психокорекції та психопрофілактики станів професійної дезадаптації респонденти з першої та другої основних груп були рандомізовані на дві підгрупи таким чином: підгрупу психокорекції — 92 осіб та контрольну підгрупу — 90 осіб.

Для статистичного оброблення даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за *t*-критерієм за традиційною методикою для параметричної та критерієм Вілкоксона для непараметричної статистики. Також оброблення отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Стьюдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами. Математичне оброблення результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакета програм "Statistica for Windows. Release 6.0" та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки SPSS 11.0.

На ґрунті аналізу й узагальнення даних соціально-психологічного та психодіагностичного обстежень нами визначені індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю; встановлено особливості особистісних копінг-ресурсів, особливості комунікативної настанови та рівня комунікативної толерантності у лікарів відповідних соціально-професійних груп в залежності від стажу професійної діяльності; ідентифіковано домінуючі копінг-стратегії та паттерни поведінки лікарів-хірургів та лікарів терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації. На підставі отриманих даних розроблялась система психопрофілактики та психокорекції станів професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з визначенням мішеней психокорекційного впливу.

У досліджуваних лікарів з ознаками професійної дезадаптації було встановлено наявність високого рівня невротизації, що виявляється соціальною невпевненістю, труднощами у спілкуванні, вираженою емоційною напруженістю, зокрема переживаннями тривоги, неспокою, роздратованості, безсилля. У процесі дослідження ми визначили модель переживання лікарями негативних емоцій за типом «замкненого кола» (рисунок).

Часте переживання негативних емоцій і дефіцит позитивних емоцій є причинами хронічного психофізіологічного напруження, психоемоційного перевантаження та виснаження. Емоційна перевтома та виснаження призводять до того, що фахівець свідомо чи несвідомо (як варіант психологічного захисту) заощаджує емоції, що призводить до редукції професійних обов'язків. Якщо редукція професійних обов'язків усвідомлюється самостійно — це призводить до появи почуття незадоволеності собою. Якщо ж редукція професійних обов'язків усвідомлюється в результаті зворотного зв'язку — зауважень з боку пацієнтів, їхніх родичів, колег по роботі, адміністрації,

Модель переживання негативних емоцій за типом «замкненого кола»

то може відбуватися погіршення взаємин і незадоволеність цими відносинами, з'являтись розчарування в професії і зниження самооцінки, посилення втоми і обмеження спілкування, переживання образи у вигляді відповідної реакції як варіант психологічного захисту (за принципом «мене не розуміють», «мені заздрять», «мене незаслужено кривдять» і т. д.), почуття самотності та ізоляції, хронічного психоемоційного напруження, погіршення фізичного здоров'я (соматопсихічні, вегетативні розлади). Погіршення фізичного здоров'я, астенія, у свою чергу, негативно впливають на ставлення до роботи, рівень працездатності і потенціюють появу негативних емоцій в процесі здійснення професійної діяльності. Розірвання описаного механізму слід вважати важливою складовою психокорекційного та психопрофілактичного впливу.

Вивчення особливостей комунікативної настанови лікарів хірургічного та терапевтичного профілю за методикою Бойко [6] виявило домінування у групах лікарів з ознаками професійної дезадаптації деяких компонентів негативної комунікативної настанови, що вказує на приховану ворожість, схильність до негативних оцінок та переживань через інших людей, наявність негативного досвіду взаємодії з комунікативними партнерами, що призвела до формування об'єктивно обґрунтованих негативних висновків щодо певних типів людей та певних ситуацій. Негативна комунікативна настанова несприятливо позначається на самопочутті учасників комунікації, що особливо виражено в умовах професійної взаємодії, коли з етичних міркувань лікар стримується, приховує свою негативну налаштованість, що призводить до психоемоційного напруження та підвищення рівня невротизації.

Серед індивідуально-психологічних предикторів формування станів професійної дезадаптації у лікарів певну роль відіграють індивідуально-психологічні особливості особистості (локус контролю). Так, у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації виявлено переважання екстернальності у сфері досягнень, професійній та міжособистісних сферах. Таким чином, при зіткненні з життєвими труднощами, в тому числі складними ситуаціями, пов'язаними з професійною діяльністю, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю частіше використовують конструктивні форми копінг-стратегій, проте лікарі з ознаками професійної дезадаптації частіше, порівняно з контрольною групою, вдаються до неадаптивних та відносно неадаптивних копінг-стратегій.

Виходячи з вищенаведених даних, було визначено мішені, цілі і засоби системи психокорекції і психопрофілактики професійної дезадаптації у лікарів хірургічного і терапевтичного профілю з метою їх розроблення та впровадження у медичну практику (табл. 1). Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися актуальними цілями психокорекції.

Таблиця 1

Мішені і зміст системи психокорекції психологічної дезадаптації лікарів хірургічного і терапевтичного профілю

Мішень	Мета	Засоби
Патологічний психоемоційний стан	Нормалізація психоемоційного стану, зниження рівня невротизації, розірвання замкненого кола переживання негативних емоцій	Арт-терапія, символдрама
Негативна комунікативна настанова	Зменшення вираженості компонентів негативної комунікативної настанови та підвищення рівня комунікативної толерантності, формування комунікативної компетентності	Групова психокорекція, психотренінг, балінтовські групи
Патоперсонологічні чинники формування професійної дезадаптації	Нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізація особистісних ресурсів самозмінення, розвиток навичок психічної саморегуляції, підвищення рівня соціальної адаптованості, відновлення задоволеності соціальними досягненнями	Групова психокорекція, психотренінг, символдрама, балінтовські групи
Дезадаптивні поведінкові паттерни	Оволодіння навичками копінгу, підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу, активація адаптивних особистісних ресурсів	Групова психокорекція, психотренінг, балінтовські групи

Засобами психокорекційного впливу було обрано: групову психокорекцію з елементами символдрами та арт-терапії, психотренінг, балінтовські групи.

За структурою система заходів психокорекції лікарів хірургічного та терапевтичного профілю складалася з чотирьох основних етапів: а) психодіагностичного; б) комплексної психологічної корекції; в) моніторингу психологічних змін; г) психопрофілактики. Кожен етап припускав різні організаційні і методичні підходи, певні цільові функції і заходи.

Перший етап (1 тиждень) — психодіагностичний, складався, по-перше, із заходів експрес-діагностики психічного стану шляхом скринінгу психопатологічних симптомів, що визначає наявність афективних, астенічних, психосоматичних та інших невротичних проявів; по-друге — комплексної психодіагностики, яка включала:

а) виокремлення клінічних особливостей та визначення ступеня професійної дезадаптації;

б) визначення індивідуально-психологічних предикторів формування професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю;

в) встановлення патоперсонологічного тла для розвитку професійної дезадаптації (особистісні копінг-ресурси, локус контролю);

г) діагностику схильності до проявів поведінкової дезадаптації (копінг-поведінка, негативна комунікативна настанова).

Другий етап (6 місяців) включав в себе комплексну психологічну корекцію, а саме, редукцію патологічного психоемоційного стану, зниження проявів професійної дезадаптації, корекцію негативних індивідуально-психологічних особливостей особистості та дезадаптивних поведінкових паттернів, що досягалось завдяки використанню елементів психодинамічної та арт-терапії, символдрами, технік релаксації, які реалізовувались як в індивідуальній, так і в груповій формі психологічної роботи, а також балінтовських груп.

На ґрунті отриманих даних нами була розроблена технологія подолання професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю. У змістовному плані система подолання професійної дезадаптації лікаря становить трикомпонентну структуру:

1. теоретичний блок, спрямований на теоретичне ознайомлення лікарів з проблемою професійної дезадаптації;

2. практико-орієнтований блок (психотренінг, групова та індивідуальна психокорекційна робота, символдрама), метою якого є застосування отриманих знань для вирішення реальних ситуацій;

3. розвиваючий блок, основою якого є тренінг як особлива форма роботи з особистістю і групою, спрямована на набуття знань, умінь і навичок, формування нових способів поведінки, активізацію особистісних ресурсів за допомогою таких методів як групова дискусія, рольові ігри, символдрама, арт-терапевтичні техніки.

Третій етап (1 раз на 6 місяців), а саме моніторинг психологічного стану, був орієнтований на динамічну оцінку (контроль) психологічного статусу лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, з урахуванням виявлених ознак професійної дезадаптації та симптомів невротизації. Як психодіагностичний інструментарій для здійснення моніторингу психологічного стану лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, було використано опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмітрієвої [5].

Четвертий етап (постійно) — *психопрофілактичний*, спрямований на запобігання виникнення професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.

Особливістю розробленої системи заходів психокорекції була її неспецифічність, тобто, відсутність вираженої диференціації в залежності від рівня професійної дезадаптації, оскільки механізм виникнення та розвитку психологічної дезадаптації є єдиним динамічним процесом, загальним для даного контингенту незалежно від стадії психологічної дезадаптації та її конкретних клінічних ознак. Рівень професійної дезадаптації був врахований під час складання індивідуального психокорекційного плану, але це впливало тільки на кількість психокорекційних занять, присвячених досягненню конкретної терапевтичної мети, а не на зміст або мішень психокорекційних інтервенцій.

Періодом визначення ефективності розроблених заходів було вибрано період 6 місяців від їх початку. За критерій ефективності було обрано вираженість проявів професійної дезадаптації та рівень невротизації.

Результати вивчення дієвості впроваджених заходів були отримані шляхом порівняльного аналізу динаміки показників до та після психокорекції (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка розподілу симптомів/ознак професійної дезадаптації до та після проведення психокорекційних заходів, (% ± *m*)

Симптом/ознака	Основна група (*n* = 92)		Група контролю (*n* = 90)	
	до психокорекції	після психокорекції	до психокорекції	через 6 місяців
Погіршення самопочуття:	92,88 ± 2,17	20,31 ± 5,03*	89,06 ± 4,03	83,33 ± 4,14
• емоційні зрушення	77,50 ± 4,13	35,94 ± 6,00*	77,56 ± 5,47	74,67 ± 4,46
• особливості окремих психічних процесів	79,69 ± 5,31	29,69 ± 5,71*	79,06 ± 4,03	73,33 ± 4,81
• зниження загальної активності	83,61 ± 4,72	32,81 ± 5,87*	84,38 ± 4,69	81,67 ± 2,98
• відчуття втоми	84,38 ± 4,54	28,13 ± 5,62*	84,38 ± 4,69	73,33 ± 4,81
Соматовегетативні порушення	96,88 ± 2,17	37,50 ± 6,05*	82,81 ± 4,87	80,00 ± 3,16
Порушення циклу «сон — бадьорість»	92,19 ± 2,17	23,44 ± 6,05*	82,81 ± 4,87	81,67 ± 4,00
Особливості соціальної взаємодії	95,31 ± 2,64	28,13 ± 5,63*	79,69 ± 5,19	78,33 ± 4,32
Зниження мотивації до діяльності	96,88 ± 2,17	23,44 ± 5,30*	76,56 ± 5,47	71,67 ± 4,82

Примітка: * — різниця достовірна ($p < 0,01$)

Як видно з наведених результатів, впровадження даної системи дозволило значно зменшити прояви професійної дезадаптації в осіб психокорекційної групи, що дає підстави зробити висновок про редукцію психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту ($p < 0,05$). Аналіз психологічних змін, що відбулися після реалізації розробленої технології подолання професійної дезадаптації, дозволяє зробити висновок про значущі зміни деяких особистісних характеристик лікарів: достовірно знизилися показники дезадаптації, самозвинувачення, неприйняття себе та інших, емоційного дискомфорту, ескапізму, інтолерантних комунікативних настанов. Ці зміни зачіпають всі основні особистісні особливості, що корелюють з професійною дезадаптацією, що свідчить про ефективність розробленої психокорекційної програми.

Дослідженням встановлено, що використання розробленої технології подолання професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, що включає в себе теоретичний, практико-орієнтований і розвиваючий блоки, дозволяє знизити прояви негативних особистісних характеристик, що перешкоджають ефективній професійній адаптації, поліпшити загальний емоційний стан, ставлення до професійної праці, сприяє більш ефективному виконанню професійної діяльності.

Дане дослідження не вичерпує проблему професійної дезадаптації лікарів і може бути продовжено як розроблення комплексної програми психологічної допомоги у подоланні професійної дезадаптації, корекції існуючих

і створення нових спеціалізованих навчальних програм для лікарів з метою розвитку адаптаційних ресурсів особистості та поглиблення знань про психологічні детермінанти професійної дезадаптації.

Список літератури

1. Бессонов С. П. Профессиональная деформация личности / С. П. Бессонов. — СПб.: Речь, 2004. — 271 с.
2. Витенко И. С. Структура дезадаптивных реакция у врачей общей практики / И. С. Витенко // Медична психологія. — 2010. — № 4. — С. 3—5.
3. Галимов А. Р. Стресс на работе у врачей-хирургов и его профилактика : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.50. — М., 2006. — 24 с.
4. Психология социальных ситуаций : хрестоматия / сост. Н. В. Гришина. — СПб.: Питер, 2001. — 403 с.
5. Практикум по психологии профессиональной деятельности : учебное пособие / под ред. Т. С. Никифорова, А. М. Дмитриевой, В. М. Снеткова. — СПб.: Изд. СПб. ун-та, 2000. — 304 с.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара : Издательский Дом «Бахрах», 1998. — 672 с.
7. Решетников А. В. Социология медицины : учебник / А. В. Решетников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.
8. Адаптация к профессиональной деятельности / Физиология трудовой деятельности // [А. Ж. Юревиц, В. С. Аверьянов, О. В. Виноградов и др.] — СПб.: Наука, 1993. — С. 209—277.
9. Balch M. Charles. Stress and Burnout Among Surgeons. Understanding and Managing the Syndrome and Avoiding the Adverse Consequences / Charles M. Balch, Julie A. Freischlag, Tait D. Shanafelt // Archives of Surgery. — April, 2009. — Vol. 144 (4). — P. 371—376.
10. Stress, burnout, and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being / [James G. IV Bittner, Zarrish Khan, Maya Babu et al.] // Bulletin of the American college of surgeons. — August, 2011. — P. 17—22.
11. Burnout syndrome among critical care healthcare workers / [Nathalie Embriaco, Laurent Papazian, Nancy Kentish-Barnes, et al.] // Current Opinion in Critical Care. — 2007. — № 13. — P. 482—488.
12. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counseling intervention for help-seeking physicians / Karin Ro E Isaksson, Reidar Tyssen, Asle Hoffart, et al.] // BMC Public Health. — 2010, 10: 213.

Надійшла до редакції 14.08.2014 р.

ПШУК Наталія Григорівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (ВНМУ ім. М. І. Пирогова), м. Вінниця, e-mail: pshuk_ng@mail.ru

КАМІНСЬКА Анна Олексіївна, асистент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, e-mail: adonidisvernalis@gmail.com

PSHUK Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia, e-mail: pshuk_ng@mail.ru

KAMINSKA Anna, Assistant of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia, e-mail: adonidisvernalis@gmail.com

УДК 616.895.8-07-08

С. О. Сазонов, Н. А. Байбарак, О. С. Серікова

ВІТЧИЗНЯНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ПРИ РІЗНИХ ЙОГО ТИПАХ (Друге повідомлення)*

С. А. Сазонов, Н. А. Байбарак, О. С. Серикова

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПРИ РАЗНЫХ ЕГО ТИПАХ (Второе сообщение)

S. O. Sazonov, N. A. Baibarak, O. S. Serikova

NATIONAL FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF DIFFERENT TYPES OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER (Second message)

Досліджено спектр діагнозів, у межах яких проводилася диференціальна діагностика при різних типах шизоафективного розладу (ШАР) у практиці роботи психіатра в Україні. Депресивний тип найчастіше диференціювали із захворюваннями спектра шизофренії, уніполярною депресією та розладами органічного ґенезу. Не завжди вірно встановлений полюс афекту. При маніакальному типі також у першу чергу диференціювали шизофренію та органічні розлади. Наявність в клінічній картині маніакального афекту деякою мірою сприяє вірній та більш швидкій діагностиці ШАР у хворих у вітчизняній практиці. Змішаний афект утруднює виокремлення афективних порушень як осьових при ШАР та більше ніж інші схиляє діагноста до встановлення шизофренії та органічних розладів.

Ключові слова: шизоафективний розлад, типи, діагностика, диференціальна діагностика.

Исследован спектр диагнозов, в рамках которых проводилась дифференциальная диагностика при различных типах шизоаффективного расстройства (ШАР) в практике работы психиатра в Украине. Депрессивный тип чаще дифференцировали с заболеваниями спектра шизофрении, униполярной депрессией и расстройствами органического генеза. Не всегда верно устанавливался полюс аффекта. При маниакальном типе также в первую очередь дифференцировали шизофрению и органические расстройства. Наличие в клинической картине маниакального аффекта в некоторой степени способствует верной и более быстрой диагностике ШАР у больных в отечественной практике. Смешанный аффект затрудняет выделение аффективных нарушений как осевых при ШАР и больше других склоняет диагноста к установлению шизофрении и органических расстройств.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, типы, диагностика, дифференциальная диагностика.

The spectrum of differential diagnosis in various types of schizoaffective disorder in the practice of the psychiatrist in Ukraine was studied. Depressive type most commonly was differentiated with schizophrenia spectrum disorders. Not always affective pole was identified correctly. In the case of manic type primarily differentiated schizophrenia and organic disorders. Manic affect somewhat facilitates correct and quicker diagnostics of schizoaffective disorder in patients in native practice. Mixed affect complicates the identification of affective disorders as axial in the clinic of schizoaffective disorder and more than others declines diagnostician to establish schizophrenia and organic disorders.

Key words: schizoaffective disorder, types, diagnostics, differential diagnostics.

* Перше повідомлення *див.* «Український вісник психоневрології» Том 21, вип. 2 (75) — 2013, стор. 61—65.

© Сазонов С. О., Байбарак Н. А., Серікова О. С., 2014