

рим з метою заволодіння його майном або тимчасового чи постійного усунення чийогось чоловіка чи дружини.

Важливо відзначити, що у випадку радянського психіатричного зловживання, а також у таких випадках, як систематичне зловживання психіатрією в Народній Республіці Китай, існує величезна «сіра зона» за участі людей які госпіталізовані або тому, що вони є невідгнаними для влади через постійні скарги (які можуть мати сварливий характер) або людей, які страждають від психічних розладів, але яких ніколи примусово не лікували і не госпіталізували. Багато жертв зловживання психіатрією в Китаї є так звані «прохачами», які їдуть до Пекіна з провінції, щоб поскаржитися на місцевих чиновників. Замість того, щоб вислухати, їх госпіталізують і залякують психіатричним лікуванням. Цілком можливо, що дехто з них або необґрунтовано висловлює скарги або має проблеми з психічним здоров'ям, але це в жодному разі не повинно бути приводом для госпіталізації та примусового лікування. В Радянському Союзі також існувала ця величезна «сіра зона». З часом постійно зростала частка радянських людей, яким

діагностували психічні захворювання. Особам, які були в такому списку, скасовували деякі з громадянських прав, часто реєстрація в такому психіатричному реєстрі перетворювалася на «чорну пляму» на все життя, їм було важко знайти роботу, житло тощо, вони ставали ізгоями для суспільства. На початку 1988 року радянський головний психіатр Олександр Чурін заявив в інтерв'ю, що 5,5 мільйона радянських громадян були в такому реєстрі, і що 30% будуть видалені з нього за два роки⁹. Проте рік по тому журнал Вогник (Огонек) навів цифру у 10,2 мільйона людей, зареєстровані як психічно хворі, і ця цифра надана Державним комітетом статистики¹⁰. В 1989 році делегація Держдепартаменту США в СРСР, яка вивчала політичне зловживання психіатрією, дійшла висновку, що серед людей, які були госпіталізовані з політичних причин, були й особи з психічними захворюваннями, але вони ніколи б не отримали такого лікування, яке їм надали¹¹.

Продовження статті – в наступних номерах журналу «Архів психіатрії»

⁹ *Corriere della Sera*, 5 квітня 1988 р.

¹⁰ «Вогник», № 16, 15–22 Квітень, 1989 р., С. 24.

¹¹ Див. доповідь США «Бюлетень по шизофренії», додаток до вип. 15, № 4, 1989 р.

ПРОПОЗИЦІЇ ПО ФУНКЦІОНУВАННЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Важливість цього питання обумовлена зростанням показників поширеності (з 2449,2 – у 2001 році до 2552,8 – у 2010 році на 100 тис. населення) розладів психіки і поведінки. Особливо це стосується розладів психіки неспихотичного характеру (з 1227,07 – у 2001 році до 1278,94 – у 2010 році на 100 тис. населення), відносно яких психотерапевтичні та медикопсихологічні заходи є провідними методами лікування. Це також стосується і таких захворювань, які досі в Україні визначаються неіснуючими у світі діагнозами «вегето-судинна дистонія», та «нейроциркуляторна дистонія».

В європейській і вітчизняній практиці провідним методом для лікування цих станів є психотерапія. Крім того, психотерапія та психологічна корекція є найменш витратними лікувальними методами, які не потребують витрат на апаратне і медикаментозне забезпечення. Виходячи з вищезазначеного, вважаємо за доцільне в умовах реформування галузі охорони здоров'я максимально розширити застосування психотерапевтичного і медико-психологічного супроводу хворих на всіх рівнях медичної допомоги.

Європейським планом дій з охорони психічного здоров'я, до якого Україна приєдналася на Конгресі в Гельсінкі (Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів охорони психічного здоров'я «Проблеми і шляхи їх вирішення». Гельсінкі, Фінляндія, 12–15 січня 2005 р.) передбачено:

1. Забезпечення послуг у галузі охорони психічного здоров'я з урахуванням вікових та гендерних особливостей службами первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованими установами, що функціонують у рамках єдиної мережі .

2. Забезпечення доступу до психотропних препаратів і простих психотерапевтичних процедур на рівні первинної медико-санітарної допомоги при найбільш поширених, а також важких психічних розладах, особливо щодо осіб з тривалими і стабільними психічними розладами, які проживають серед інших громадян.

3. Надання за місцем проживання комплексної та ефективної лікувальної допомоги (включаючи психотерапію та медикаментозне лікування) з найменшими побічними ефектами, особливо коли мова йде про молодих людей, у яких вперше виявилась проблема психічного здоров'я.

Нині істотно зростає роль психотерапії і медичної психології як в загальній системі надання медичної допомоги населенню, так і у її спеціалізованій ланці – соціально-орієнтованій психіатричній допомозі. У структурі загальносоматичної мережі психокорекція та психотерапія повинні застосовуватися як основний метод у лікуванні таких поширених патологічних станів, як психосоматичні захворювання, невротичні і депресивні розлади, які перебігають під «маскою» соматичних захворювань.

У спеціалізованій психіатричній мережі психоко-рекція і психотерапія – єдині засоби психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади, спрямовані на відновлення рівня їх соціального функціонування і підвищення якості життя.

Ці функції в лікувально-профілактичних закладах України виконують лікарі-психотерапевти і медичні психологи. Відповідно до Наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33» від 12.03.2008 р. № 122 посади медичних психологів мають визначатися як лікарі-психологи, або практичні психологи. В узагальненому вигляді діяльність цих спеціалістів регламентується Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. № 199 (Далі – Наказ № 199), зареєстрованим Міністерством юстиції за № 577/15268 від 03.07.2008, який визначає сферу їх компетенції, а саме:

«6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація); психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний.

8.3. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров'я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Згідно з Наказом № 199 «Психологічний вплив є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сутестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

Психотерапевтичний вплив є застосуванням методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання,

психологічного преформування або сутестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

5. Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:

5.1. Психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).

5.2. Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».

5.3. Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія».

5.4. Лікар-психіатр – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психіатрія».

5.5. Лікар-нарколог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «наркологія».

5.6. Лікар-сексопатолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «сексопатологія».

Для організації діяльності медично-психологічної і психотерапевтичної служб за рівневим принципом відповідно до Закону України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 7 липня 2011 р. необхідно наступне.

- У загальносоматичній мережі на вторинному рівні:
- багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування: має бути створений кабінет лікаря – психолога/практичного психолога. Норматив – 1 лікар-психолог/практичний психолог на 200 ліжок. Контингент – хворі на гострі соматичні стани, у яких сформувалися вторинні психічні розлади – гострі реакції на стрес, депресивні, невротичні стани тощо. Лікування проводиться в умовах стаціонару.
 - лікарня планового лікування: має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога. Норматив – 1 лікар-психолог/практичний психолог і 1 лікар-психотерапевт на 200 ліжок. Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання тощо. Лікування проводиться в умовах стаціонару і продовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.
 - лікарня відновного (реабілітаційного) лікування: мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога. Нор-

матив – 1 лікар-психолог/практичний психолог і 1 лікар-психотерапевт на 200 ліжок. Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання, тощо. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

- багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування: має бути створений кабінет лікаря-психолога/практичного психолога. Норматив – 1 лікар-психолог/практичний психолог і 1 лікар-психотерапевт на 200 ліжок. Контингент – невротичні розлади дитячого віку. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

Методи, які застосовують лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на вторинному рівні:

- раціональної психотерапії;
- сімейної психотерапії;
- сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
- арт-терапія.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психокорекції, тренінгів психосоціальної реабілітації та арт-терапії можуть залучатися практичні психологи.

На третинному рівні:

- обласна лікарня (обласна дитяча лікарня): мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення. Норматив – 40 ліжок на 800 ліжок стаціонару; кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога; норматив – 1 лікар-психотерапевт і 1 лікар-психолог/практичний психолог на 200 ліжок. Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.
- консультативно-діагностичний медико-психологічний центр: мають бути створені психотерапевтичні відділення (норматив – 40 ліжок денного перебування), кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога – норматив – 1 кабінет на 30 тис. дорослого населення і 15 тис. дитячого населення. Контингент – хворі на

розлади психіки і поведінки за винятком гострих психотичних станів, хворі на вегето-судинну дистонію, психосоматичні захворювання, хворі на розлади психіки і поведінки дитячого віку. Лікування проводиться в умовах денного стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу Центру.

- клініки науково-дослідних інститутів – мають бути створені психотерапевтичне відділення (норматив – 40 ліжок), кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога (1 посада на 200 ліжок). Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

Методи, які застосовують лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні:

- раціональної психотерапії;
- сімейної психотерапії;
- сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
- арт-терапія;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
- психотерапії психодинамічного напрямку;
- групової психотерапії як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психотерапії, тренінгів психосоціальної реабілітації, арт-терапії, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, групової психотерапії можуть залучатися практичні психологи.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

У спеціалізованій психіатричній мережі:

- обласна психіатрична (психоневрологічна) лікарня: мають бути створені психотерапевтичні відділення (норматив – 60 ліжок на 800 ліжок стаціонару), кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога (норматив – 1 посада на 200 ліжок). Контингент – хворі на гострі розлади психіки і поведінки. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

Методи, які застосовують лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні у структурі спеціалізованої психіатричної допомоги.:

- раціональної психотерапії;
- сімейної психотерапії;

- сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
- арт-терапія;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
- психотерапії психодинамічного напрямку;
- групової психотерапії як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психотерапії, тренінгів психосоціальної реабілітації, арт-терапії, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, групової психотерапії можуть залучатися практичні психологи.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

Хворі на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади, депресію помірного рівня, вегето-судинну дистонію лікуються винятково в амбулаторних умовах як на вторинному, так і на третинному рівнях.

У спеціалізованій психіатричній мережі лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи і практичні психологи мають працювати як самостійно, так і у складі поліпрофесійних бригад.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальностей «медична психологія» і «психотерапія», зав. кафедри психотерапії ХМАПО, Заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. н., професор
Б.В. Михайлов

УДК: 614.23:617-089:811.161.2'42

А.О. Камінська

РОЛЬ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю, копінг-стратегії.

Досліджено структуру копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з метою визначення ролі копінг-стратегій у формуванні станів професійної дезадаптації (ПД). Як психодіагностичний інструментарій дослідження було використано опитувальник професійної дезадаптації О.Н. Родіної та методика для психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Нейм). На першому етапі обстежено 280 лікарів, на другому етапі респонденти були розподілені по групах таким чином: ОГ1 – лікарі хірургічного профілю з ознаками ПД, ОГ2 – лікарі терапевтичного профілю з ознаками ПД, КГ – лікарі без ознак ПД. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про те, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів з ознаками ПД в стресових ситуаціях частіше, порівняно з лікарями без ознак ПД, схильні використовувати копінг-стратегії «дисимуляція», «пригнічення емоцій», «самозвинувачення», «компенсація». Таким чином, в результаті дослідження було виявлено взаємозв'язок деяких варіантів копінг-стратегій і станів професійної дезадаптації.

Важливим завданням медичної психології є розробка методичних підходів до діагностики, корекції та профілактики станів психічної дезадаптації та професійної деформації особистості лікарів, які працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу. Розгляд цієї проблеми тільки в аспекті дефіциту та шкоди, яку завдає особистості професійний стрес, є очевидно недостатнім [1]. Не менш важливим є вивчення механізмів стрес-долаючої поведінки (копінгу), як однієї з усвідомлених і активних форм психологічної адаптації людини до стресогенних умов життя і професійної діяльності [1, 5–6].

Копінг-поведінка розглядається як діяльність особистості, спрямована на підтримання або збереження

балансу між вимогами середовища та ресурсами, які відповідають цим вимогам, і виявляється в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Застосування адаптивних варіантів копінг-поведінки створює сприятливі умови для подолання станів професійної дезадаптації і формування адекватних стратегій подолання професійного стресу [5].

Вивчення структури копінг-стратегій лікарів хірургічного та терапевтичного профілю може сприяти пошуку нових ресурсів для психологічної підтримки фахівців та вказати на нові напрями для дослідницької діяльності.

Метою нашого дослідження стало визначення домінуючих копінг-стратегій та їх зв'язку зі станами про-