

**В.С. Ястребов, О.А. Митина**

**Специалисты  
психиатрического коллектива:**

**особенности работы,  
профессиональное взаимодействие,  
личностные характеристики  
и межличностные отношения**

*Методические рекомендации*



УДК 616.89  
ББК 88.4 + 56.14  
Я85

Организация-разработчик: *Научный центр психического здоровья РАМН*  
Утверждено директором НЦПЗ РАМН, акад. РАМН, проф. *А.С. Тигановым*  
*Издано при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК СА*

Авторы:

доктор медицинских наук, профессор *В.С. Ястребов*,  
младший научный сотрудник *О.А. Митина*

Рецензенты:

*Б.А. Казаковцев* – доктор медицинских наук, профессор;  
*О.В. Лиманкин* – канд. мед. наук, главный врач  
Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. П.П. Кашенко

**Ястребов В.С., Митина О.А.**

Я85 **Специалисты психиатрического коллектива: особенности работы, профессиональное взаимодействие, личностные характеристики и межличностные отношения:** Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 28 с.  
ISBN 978-5-317-04165-6

В методических рекомендациях изложены значимые характеристики основных категорий работников психиатрической службы в морально-этической сфере, профессиональной деятельности, сфере профессионального взаимодействия в коллективе. Проведен анализ индивидуально-психологических аспектов личности различных специалистов, описан основной круг предъявляемых к ним требований. Представлена специализированная программа, направленная на повышение профессиональной эффективности работающих в психиатрии специалистов и рекомендуемая для внедрения в работу коллективов психиатрического профиля.

Методические рекомендации предназначены для психиатров, психологов, работников социального звена, медсестринского персонала, организаторов здравоохранения.

УДК 616.89  
ББК 88.4 + 56.14

Подготовка оригинал-макета: *Издательство «МАКС Пресс»*  
Компьютерная верстка: *Е.П. Крынина*

Подписано в печать 30.07.2012 г.

Формат 60x90 1/16. Усл.печ.л. 1,75. Тираж 1000 экз. Заказ 286.

Издательство ООО “МАКС Пресс”. Лицензия ИД N 00510 от 01.12.99 г.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы, МГУ им. М.В. Ломоносова,  
2-й учебный корпус, 527 к. Тел. 939-3890, 939-3891. Тел./Факс 939-3891.

**ISBN 978-5-317-04165-6**

© Ястребов В.С., Митина О.А., 2012  
© НЦПЗ РАМН, 2012

## ВВЕДЕНИЕ

Вопрос о том, какими качествами и характеристиками должен обладать человек, посвятивший себя благородному и милосердному делу помощи душевнобольным, всегда занимал человечество. Описания на эту тему мы нередко встречаем в художественной и исторической литературе, по этому вопросу много пишут журналисты в периоды антипсихиатрических кампаний, об этом эмоционально говорят добровольцы и волонтеры, принимающие активное участие в помощи психически больным, наиболее часто эта проблема обсуждается в семьях психически больных, а также в психиатрической среде при подборе кадров, в ходе подготовки и воспитания молодых специалистов, при проведении образовательных программ.

Тем не менее, в зарубежной и отечественной психиатрии сложилась парадоксальная ситуация, при которой за весь период существования психиатрии в качестве клинической дисциплины и науки так и не был определен круг личностных, этических, душевных, профессиональных и иных качеств, которыми должен обладать тот или иной специалист, избравший для себя непростую и ответственную работу с психически больными.

Для определения комплексного образа специалиста психиатрической службы авторами настоящей публикации было проведено изучение индивидуально-психологических, профессиональных и морально-этических особенностей его личности, проведён анализ системы межличностного взаимодействия специалистов в коллективе. Исследование проводилось на базе психоневрологических учреждений внебольничного и стационарного профилей нескольких регионов страны<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Авторы данной работы приносят искреннюю признательность за помощь в организации данного исследования главному врачу НЦПЗ РАМН, канд. мед. наук, Заслуженному врачу РФ О.С. Румянцевой; главному врачу психиатрической больницы № 9 Э.Д. Джигоеву; главному врачу Московской областной психиатрической больницы № 8, канд. мед. наук Г.И. Шурыгину; главному врачу Тверского областного психоневрологического диспансера, докт. мед. наук Н.Е. Максимовой; главному врачу психоневрологического диспансера № 5, Заслуженному врачу РФ Л.З. Волкову; исполнительному директору РОБО «Семья и психическое здоровье», докт. мед. наук Т.А. Солохиной.

Всего было обследовано 270 чел., из них специалистов учреждений психиатрического профиля 240 чел. и 30 чел. пациентов, которые были включены в исследование с целью изучения их мнения о работниках психиатрических учреждений.

Целью настоящих рекомендаций является выделение наиболее значимых в профессиональной деятельности специалистов психиатрической службы личностных, социально-психологических характеристик, особенностей их отношений и профессионального взаимодействия, разработка на основе полученных данных программы повышения эффективности профессиональной деятельности психиатрического коллектива.

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

**Морально-этические аспекты профессиональной деятельности в психиатрии.** Важной особенностью труда работников психиатрических служб является необходимость в процессе повседневной работы решать этические вопросы. Особенности работы в системе «человек-человек», постановка стигматизирующего диагноза больному, общение с его родственниками ставит перед представителями этой гуманной профессии вопросы морально-этического характера; в то же время хорошо известны ситуации и конкретные случаи, при которых работник психиатрической службы ненамеренно или вынужденно идет на отступление от установленных канонов, превышение своих полномочий (например, в работе врача-психиатра возможны нарушения конфиденциальности, осуществление недобровольного освидетельствования или госпитализации без учета достаточных оснований, изложенных в законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

При приеме на работу психиатра или других специалистов и в ходе всей их дальнейшей деятельности наличие у них нравственно-этических ценностей является одним из основных требований, которые к ним предъявляются. Вместе с тем существует ряд обстоятельств и причин, которые делают психиатров «невосприимчивыми» к этическим аспектам своей профессии. В частности, одним из наиболее серьезных барьеров этой невосприимчивости является то, что при решении многих социальных проблем своих пациентов психиатр довольно часто вовлечен во внутренний конфликт мотивов, побуждающих его к правильному или к ошибочному поведению. Восприятие психиатром этической стороны проблем психически больных может также сдерживаться в силу каких-то личных его качеств. При этом следует отметить, что, согласно отдельным работам, в прикладном аспекте важным, хотя и достаточно спорным, является возможность обучения специалистов моральным и этическим нормам.

Таким образом, морально-этические аспекты психиатрической деятельности являются крайне сложными и не всегда очевидными. Вместе с тем, в психиатрии основой морально-этического аспекта остается ценность жизни, которая включает врачебный долг, справедливость, следование принципу «не навреди», сохранение врачебной тайны. Работа в психиатрии в силу ее специфики обуславливает необходимость в таких качествах сотрудников как эмоциональная и психическая устойчивость, терпимость, сострадание, гуманность, сопереживание, которые, согласно сложившимся традициям, выделены как совершенно необходимые профессионально-важные качества.

**Особенности работы специалистов в условиях психиатрического коллектива.** В соответствии с исторически сложившейся традицией, российский *врач-психиатр*, который, в отличие от своих зарубежных коллег, является центральной фигурой в диагностическом и лечебном процессе, обязан работать не только с самим больным, его близкими и иным окружением, но и с представителями многих государственных организаций, учреждений, общественных объединений и др. В силу недостаточного развития в нашей стране системы социальной помощи и поддержки психически больных, подавляющее число психиатров до сих пор вынуждены оказывать своим подопечным многие виды социальной помощи. В связи с этим, успешность решения многих этических, правовых, социальных проблем, которые возникают у больных и членов их семей, вопросов предоставления льгот, восстановления трудового статуса, преодоления стигматизации и др., во многом определяется уровнем компетенции психиатра в смежных с психиатрией дисциплинах (юриспруденция, трудовое и иное законодательство, социология и др.).

Особенности работы в психиатрии *медицинского психолога* связаны, в первую очередь, с организационной составляющей работы. В настоящее время при организации медико-психологической помощи используются две основных модели. В первом, более традиционном, случае медицинские психологи включены в коллективы разных подразделений психиатрических стационаров и диспансеров и подчиняются руководителям этих подразделений. Положительной

стороной подобной организации работы медицинских психологов является возможность проявления более глубокого внимания к специфике того или иного подразделения и к находящемуся в нем контингенту больных, более тесному контакту с врачами. Однако основным недостатком этой модели является то, что в этой ситуации задачи психолога часто сводятся к выполнению лишь психодиагностики и к редкому привлечению медицинского психолога ко всему комплексу терапевтических и реабилитационных мероприятий. Второй организационной моделью работы медицинских психологов в психиатрическом учреждении является создание специального психологического подразделения – отделения клинической (медицинской) психологии или лаборатории клинической (медицинской) психологии. При такой модели организации основной, наиболее существенный недостаток связан со сложностью интеграции медицинского психолога в работу того или иного подразделения психиатрического учреждения.

В современной системе психиатрической помощи решение многих социальных проблем больных возложено на недавно созданный в нашей стране *институт социальных работников* разного уровня. Перед работниками данной категории стоит широкий круг задач по организации в психиатрических стационарах терапевтической среды, режима открытых дверей, системы домашних отпусков, решению многих социальных, правовых, этических проблем больных и членов их семей. В их обязанности также входит работа по интеграции больных в общество, изменению общественного мнения о психически больных и психиатрии, привлечению внимания государственных, общественных и иных структур к нуждам и запросам больных. Важной составной частью работы сотрудников этого реабилитационного звена помощи (впрочем, как и всех остальных категории специалистов) должно быть вселение в больного надежды, оптимистичного настроения, который позволяет ему в течение длительного времени поддерживать уверенность в благоприятном исходе лечения.

Одно из центральных мест в деятельности психиатрического коллектива, которому многие известные отечественные клиницисты

всегда придавали большое значение, занимает работа *медицинской сестры*. Медицинская сестра любого психиатрического учреждения является тем специалистом, который находится в постоянном контакте с пациентами в течение достаточно продолжительного времени. Наряду со своими прямыми обязанностями по выполнению врачебных назначений, наблюдению за больными, ведению сестринской документации, медсестра ведет огромную работу по созданию комфортной для пациентов атмосферы, поддержанию контакта с другими специалистами, с родственниками и окружением больного, обеспечению своевременного и качественного обследования и комплексного лечения и мн. др. Медицинская сестра является своего рода проводником врачебной тактики ведения больных<sup>2</sup>. Медсестра является реальным помощником врача-психиатра или иного специалиста с высшим образованием, принимает активное участие в диагностическом и лечебном процессе, выполняет роль специалиста, разделяющего ответственность за создание атмосферы, в которой вся деятельность и поведение направлены на терапевтический уход за пациентом. Она выступает в роли консультанта или педагога, защитника и представителя прав и интересов пациента, просветителя, выполняющего образовательную работу с пациентами и членами их семей, участника исследовательского процесса и лица, внедряющего результаты исследований в практику. При наличии соответствующей подготовки медицинские сестры исполняют обязанности администраторов служб охраны психического здоровья, педагогов, обучающихся и воспитывающих менее опытных медицинских сестер, другой персонал и проч.

**Профессиональное взаимодействие в психиатрическом коллективе.** Современная система психиатрической помощи построена таким образом, что больному на разных этапах течения его заболевания оказываются комплексные виды помощи, которые организуются коллективом разных по профилю специалистов. Улуч-

---

<sup>2</sup> В зарубежной практике рамки профессиональной деятельности медицинских сестер в психиатрии, в сравнении с отечественными традициями, в значительной мере расширены.



шение качества психиатрической помощи предусматривает, в первую очередь, оптимизацию работы этого коллектива междисциплинарного профиля, более добросовестное выполнение им лечебно-диагностических, психотерапевтических, реабилитационных и иных мероприятий, улучшение психологической атмосферы в этом коллективе, гуманное отношение к пациентам и их близким и др. Поэтому анализ работы этого коллектива, представляющего собой группу разных по возрасту, специальности, интересам, личным качествам специалистов в контексте обсуждаемой проблемы имеет большое значение.

Как известно, существует разная стратегия поведения сотрудников в психиатрическом коллективе. Современные принципы оказания психиатрической помощи предусматривают, с одной стороны, четкое распределение организаторских полномочий и ответственности между членами коллектива, а с другой, активное взаимодействие специалистов разных специальностей, обладающих разной профессиональной подготовкой, различным профессиональным видением окружающего.

Однако, как показывает практический опыт, в работе психиатрического коллектива существует ряд серьезных проблем. В частности, актуален вопрос взаимоотношений работников медицинского звена (врачей-психиатров, медицинских сестер) и специалистов иного профиля (психологов, работников социального звена). Так, во взаимодействии *врачей-психиатров и психологов* существуют проблемы, связанные, в первую очередь, с нечеткостью распределения полномочий, что порождает конкурентные, а не сотрудничающие, взаимоотношения. Используемая в работе разных специалистов профессиональная терминология также зачастую является узкоспециализированной и непонятной для коллег другого профиля.

Исторически сложилось так, что взаимоотношения между *врачами-психиатрами и медицинскими сестрами* имеют особый статус, который наиболее очевидно проявляется в рамках стационарных учреждений, при лечении лиц с серьезными психическими расстройствами, когда врач и медсестра являются доминантной парой, влияющей на другие междисциплинарные взаимодействия.

При этом необходимо отметить, что в работе медсестер существует круг проблем, связанных с возникновением ощущения профессиональной нереализованности, чрезмерной нагрузкой, недостаточной статусностью профессии, отсутствием специализированного обучения для работы в психиатрии и др.

Вопрос *взаимодействия специалистов по социальной работе с другими коллегами* в рамках психиатрического коллектива также имеет ряд трудностей, связанных с тем, что для отечественной психиатрии данный работник является представителем относительно новой категории специалистов, существует размытость критериев профессионального круга его обязанностей, не четко определен его статус в рабочем коллективе. Кроме того, понятие «социальный работник» до сих пор понимается окружающими двояко: им обозначается и должность в социальной службе, и вообще любой сотрудник службы социального обслуживания. При этом нельзя не отметить, что в общественном сознании усилиями СМИ формируется устойчивое представление о социальной работе как о неквалифицированном труде.

Отдельное внимание в исследовании было уделено изучению профессионального взаимодействия *по вертикали «руководитель – подчиненный»*. Хотя в целом, это взаимодействие оценивается позитивно, около 90% руководителей все же признают возникновение конфликтных ситуаций в общении с подчиненными. Так, в группах номенклатурных руководителей (53%), а также врачей-психиатров (43%) признается возможность необоснованного отказа в чем-то своим подчиненным. Игнорирование просьб подчиненных является менее популярной «мерой» и используется, в среднем, 15% респондентов обеих групп. Около 15% опрошенных руководителей отмечают, что позволяют себе «прикрикнуть на подчиненного». По данным исследования, можно сделать вывод, что конфликтное поведение со стороны руководителя провоцируют, в первую очередь, плохое выполнение подчиненными своих обязанностей, вранье и опоздания на работу. Существенно значимым является тот факт, что больше половины опрошенных психологов, медсестер и работников социального звена сообщают о том, что возникающие у них

на рабочем месте конфликтные ситуации руководством учреждения или его подразделения не разрешаются, а сохраняются в виде негативных эмоций, что в дальнейшем отрицательно сказывается на качестве выполняемой ими работы. При взаимодействии с подчиненными для руководителей наиболее приемлемыми являются патерналистский (38%) и партнерский (32%) характер взаимодействия. Однако немногим более половины респондентов (59%), выбравшие первый вариант, предпочитают использовать его «только при необходимости», тогда как 62% респондентов, выбирающих партнерский тип взаимоотношений, предпочитают использовать его всегда.

Оценивая в целом вопросы профессионального взаимодействия в психиатрическом коллективе, следует отметить, что проблема трудностей взаимоотношений, которые возникают между специалистами разных профессиональных групп, работающими совместно в психиатрическом коллективе в течение длительного времени, относится к актуальным и в практическом плане наиболее значимым. Формирование взаимоотношений в коллективе строится в соответствии с личностными особенностями специалиста, его готовностью к взаимодействию с коллегами, а также в соответствии с психологическим климатом, сформированным в каждом конкретном коллективе.

**Значимые индивидуально-психологические аспекты личности специалиста для работы в психиатрии.** В ходе исследования были выделены профессионально важные качества личности специалистов, работающих в психиатрии, в следующих *сферах*: морально-этической, коммуникативной, волевой, эмоциональной, поведенческой, нейродинамических свойств. Согласно данным социологического опроса, наиболее значимыми оказались характеристики морально-этической сферы (28,3%), сферы волевого регулирования поведения (23,2%) и коммуникативных навыков (17,5%). Более детальный анализ показал, что для успешной работы в психиатрии необходимы следующие личностные характеристики:

1. Ориентация в работе на морально-этические ценности: гуманность, доброту, порядочность, сострадание, справедливость, со-

вестливость, терпимость, человеколюбие, любовь к больным, уважение, бескорыстность, чувство долга, милосердие, человечность, альтруизм.

2. Гибкая стратегия поведения, выстраиваемая в соответствии с позицией, занимаемой в коллективе. Для руководителей, а также для врачей-психиатров это должно выражаться в активной позиции, характеризующейся как деловитость, требовательность, настойчивость, принципиальность; для психологов и работников социального звена – в умении работать в команде; для медсестринского персонала – в способности подчиняться, точно выполнять указания.

3. Личностные особенности специалистов:

- чуткость, отзывчивость, способность к сопереживанию, эмпатия, чувствительность;

- стабильность эмоциональной сферы, оптимистичность;

- хорошая способность к волевой регуляции деятельности: исполнительность, обязательность, добросовестность и ответственность. Отдельно следует отметить, что в работе медсестринского персонала принципиально значимым являются самоконтроль эмоций и поведения (аккуратность, внимательность, дисциплинированность, пунктуальность, собранность, терпение, выдержанность);

- особенности коммуникативной сферы: доброжелательность, общительность, умение донести до пациента медицинскую информацию. В группах специалистов, работающих с пациентами «словом» (врачи-психиатры, психологи), помимо вышеперечисленных характеристик коммуникативной сферы являются такт, сопереживание, вежливость, дистанцированность в общении, простота изъяснения, гибкость, эмпатийное слушание;

- нейродинамические особенности: нервно-психическая устойчивость, проявляющаяся в высокой работоспособности, готовности к ненормированному режиму, низкой утомляемости. Хорошая память и способность к высокой концентрации внимания являются необходимыми, в первую очередь, в работе медсестринского персонала.

Следует подчеркнуть, что характеристика *личности* работающего в психиатрии специалиста является одной из важнейших.

С психологической точки зрения, быть личностью – значит иметь активную жизненную позицию, осуществлять выборы, возникающие в силу внутренней необходимости, оценивать последствия принятого решения и держать за них ответ. Применительно к характеристике врача-психиатра наиболее типичными жизненными и профессиональными его позициями могут быть следующие:

- как личность социально активная, инициативная, энергичная, в коллективе он выступает лидером, успешно выполняет основные социальные роли;
- он добросовестно работает, нравственно воспитан, ориентирован на профессиональную деятельность, но в силу отсутствия целого ряда характеристик своей личности беспомощен в реализации других социальных ролей;
- обладая конформистской направленностью и находясь во власти стереотипов и догматического мышления, он работает «постольку-поскольку»;
- в своей жизни и профессиональной деятельности он отдает приоритет потребительским интересам, материально-бытовым ценностям в ущерб духовным.

В характеристике личности врача большое значение придается его нравственно-психологическим особенностям с учетом ценностных ориентаций. Кроме этого, для успешной работы врачу-психиатру требуются такие характеристики, как сильное чувство «Я» (способность сохранять душевное равновесие в неопределенности ситуации), отсутствие предубежденности, терпеливость и ненавязчивость, ориентация на решение проблем, гибкость, эмпатия, оптимизм, спокойная твердость, чувство юмора, скромность. Процесс лечения, его стратегия, динамика, результат во многом определяются системой представлений врача-психиатра о нормах и ценностях жизни человека. В психотерапевтическом процессе важной является личная позиция врача-психиатра, его потребности и проблемы, собственный образ, которые приобретают характер одного из «терапевтических инструментов» лечения.

Для обеспечения взаимопонимания, доверительных отношений с психически больными, осуществления возможности планирования

и реализации поставленных задач с их родственниками среди специалистов психиатрической службы необходимо развитие *коммуникативной компетентности*, которая, в свою очередь, включает следующие характеристики:

- *эмпатию*, как психологическое качество, обеспечивающее адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «специалист-пациент»;
- *аффилиацию*, обозначающую потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними;
- *эмоциональную стабильность*, уравновешенность, которая помогает во взаимоотношениях с больными избегать психологических срывов, конфликтов;
- *сенситивность к отвержению*, которая характеризуется очевидной способностью воспринимать негативное отношение окружающих, в том числе, и пациентов, возникающее на определенных этапах лечения.

В качестве психологических особенностей, снижающих коммуникативную компетентность, выделяются: *тревожность*, *депрессивность*, *интровертированность*.

В практической работе врачей-психиатров и медицинских психологов особое внимание уделяется способности к *рефлексии*, которая обозначает внимание к реальному субъективному миру больного, стремление его понять, проникнуть в него, постичь истоки и психические механизмы болезненных переживаний, что и позволяет воспринимать больного как личность. С помощью рефлексии у специалиста появляется возможность выявления многих внезологических факторов у своего пациента, которые способны определять течение и исход заболевания. Такое умение понять мир переживаний больного и их истоки является важной задачей в дополнение к традиционному клиническому анализу. Важно также учитывать, что в лечебном процессе возникают предметно-рефлексивные отношения между врачом и пациентом, которые влияют как на терапевтическую деятельность врача, так и на процесс лечения пациента.

К одним из наиболее дискуссионных вопросов врачебной практики является феномен *интуиции*, который вызывает большие

дискуссии не только среди врачей, но и среди представителей других дисциплин. Большинство авторов настаивают на необходимости использования интуиции в медицинской практике, поскольку с ее помощью можно постичь то, что отличает одного больного от других, способствует формированию представления о его индивидуальности. Такую постановку вопроса, видимо, в равной мере можно использовать и в психиатрической практике.

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует развития *врачебного (клинического) мышления*. Это понятие включает умения видеть, оценивать, определять лечебно-диагностическую проблему, учитывать все многообразие клинической картины, прогнозировать дальнейшее течение заболевания, предвосхищая возможные варианты развития заболевания и др.

Для работающих в психиатрических учреждениях сотрудников, вне зависимости от их профиля и специализации, актуальным является вопрос *темперамента*, определяемого отдельными авторами как «общая активность», которая предполагает взаимодействие человека с окружающей физической и социальной средой. Работающие в психиатрии специалисты должны обладать высокой активностью в течение всего рабочего дня, осуществлять контроль за происходящими вокруг событиями, гибко реагировать на различного рода изменения, которые происходят с психически больными. Проявления темперамента в моторной сфере приобретают решающее значение для среднего и младшего медицинского персонала, как правило, имеющего повышенные физические и психические нагрузки. К этим проявлениям относятся темп, быстрота, ритм и общее количество совершаемых движений и иных действий.

В отдельных работах, посвященных определению профессионально значимых качеств, к важным проявлениям эмоциональной стороны темперамента отнесена *эмоциональная толерантность*. При этом имеется в виду способность специалиста в условиях принятия ответственных решений, в кризисных ситуациях владеть собственными эмоциями, проявлять уравновешенность, сохранять уверенность, контроль за своими реакциями, поведением и др. приме-

нительно к врачебной практике и психологической работе выделяется понятие *коммуникативной толерантности*, т.е. способность врача или психолога переносить субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные их качества, осуждаемые поступки, чуждые стереотипы мышления.

**Особенности межличностных отношений в психиатрическом коллективе.** Анализ межличностных отношений сотрудников психиатрического коллектива выявил, что наиболее характерным типом является «сотрудничающий – конвенциональный», свойственный лицам, которые стремятся к тесному сотрудничеству с референтной группой, к дружелюбным отношениям с окружающими, проявляют чувство ответственности и готовность им помогать. В качестве «идеального» типа межличностных отношений врачи-психиатры, работники социального звена и медсестринского персонала хотели бы видеть такие черты как оптимистичность, быстроту реакций, высокую активность, выраженную мотивацию достижения, тенденции к доминированию, экстравертированность, лидерские тенденции. В оценке респондентами руководителей, в первую очередь, отмечена их уверенность в себе, умение быть хорошим советчиком, наставником и организатором. Вместе с тем, было указано на наличие у руководителей таких черт как нетерпимость к критике и переоценка собственных возможностей. Образ врачей-психиатров и психологов оценивается как властно-лидирующий, сотрудничающе-конвенциональный и ответственно-великодушный, медсестер как сотрудничающе-конвенциональный, стремящийся к тесному сотрудничеству с референтной группой, к дружелюбным отношениям с окружающими, работников социального звена как независимо-доминирующий, для которых характерны уверенность, независимость, самостоятельность, элементы конкуренции.

К наиболее проблемным, *дезорганизирующим профессиональную деятельность сферам* относятся эмоциональная (35,1%) и поведенческая (21,9%) сферы. Так, специалисты всех категорий отмечают, что в работе им мешает так называемая «эмоциональная чувствительность» (мягкость, чуткость). В группе медсестёр среди



негативных называются нерешительность, неуверенность в себе, низкая самооценка, меланхоличность. Респондентами групп руководителей и врачей-психиатров отдельно выделяется спектр агрессивных эмоций (вспыльчивость, злость, гнев, раздражительность, импульсивность, несдержанность), которые также мешают в осуществлении профессиональной деятельности. В группе психологов среди негативных особенностей эмоциональной сферы называются эмоциональная нестабильность, беспокойство. Вместе с тем, полученные данные свидетельствуют о том, что у специалистов не существует однозначного представления о том, какие особенности эмоциональной сферы являются позитивными и необходимыми в работе и какие оказывают однозначно негативное воздействие. Например, такие характеристики эмоциональной сферы как жалость, мягкость, мягкосердечность, сочувствие, чуткость, чувствительность характеризуются специалистами и как позитивно влияющие на профессиональную деятельность, и как оказывающие негативное воздействие.

Среди неэффективных поведенческих стратегий респондентами всех исследуемых групп называется стратегия «приспособления», характеризующаяся безотказностью, уступчивостью, неумением отстоять свою позицию, зависимостью от чужого мнения, нерешительностью. Стратегия «соперничества, конкуренции», заключающаяся в открытой борьбе за свои интересы, упорном отстаивании своей позиции, также оценивается как одна из наиболее негативно влияющих на осуществление профессиональной деятельности.

В ходе проведённого опроса было выявлено, что взаимно не удовлетворены отношением к своей работе респонденты групп врачей-психиатров и психологов (40,8% и 50,3% соответственно). Медсестры не удовлетворены отношением к их работе со стороны врачей-психиатров (48,9%), немногим более 30% респондентов группы работников социальной сферы чувствует неуважение со стороны администрации учреждения, в котором они работают.

Особенности формирования межличностных отношений с пациентами также можно отнести к одной из наиболее проблематич-

ных сфер в системе оказания психиатрической помощи. Наиболее трудным во взаимодействии специалиста с пациентом является эмоционально-личностный аспект. В ходе анализа полученных данных были выявлены аспекты, учет которых в лечебной практике имеет огромное значение для повышения качества оказываемой помощи. Так, было установлено, что врачи-психиатры (13%), психологи (13%), медсестры (10%) признают, что на их отношение к больным влияют личные обстоятельства. В частности, специалисты этих групп отмечают, что некорректное поведение в отношении пациентов провоцируется усталостью этих специалистов (средний показатель по указанным трем группам – 29,5%), плохим настроением (аналогичный показатель – 9,76%). Значительная часть этих респондентов руководствуется при выборе стиля взаимодействия с пациентами не нуждами последних, а своими личностными особенностями и проблемами (36,6%). В среднем признают за собой некорректное поведение в отношении больных 14% респондентов от общего числа всех опрошенных.

С учётом специфики работы психиатрического коллектива и на основании приведенных выше личностных и иных характеристик работающих в нем специалистов, особенностей их межличностных отношений и профессионального взаимодействия авторами настоящей работы разработана программа, направленная на решение возникающих в этом коллективе проблем, повышение эффективности его работы.

Ниже приводятся 2 модуля этой программы.

# Программа по повышению эффективности профессиональной деятельности специалистов, работающих в психиатрии

*Целевая аудитория:* для организатора здравоохранения, психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, работника социальной службы, медицинской сестры.

## **Модуль I. Тренинг, направленный на развитие у специалиста значимых при работе с психически больными индивидуально-психологических характеристик**

### **Принципы организации работы в группе:**

- непосредственное взаимодействие участников
- активность участника
- принцип равенства позиций участников группы
- принцип проблемности задач
- моделирование
- принцип «негативного опыта»
- принцип организации коллективной деятельности
- принцип опережающего обучения
- принцип организации исследовательской позиции участника тренинга

**Процедуры:** тематическая мини-лекция, групповая дискуссия, демонстрация или игровое действие (ролевая игра).

**Основная применяемая техника:** сенситивный тренинг как тренировка межличностной чувствительности. В тренинге активно используется психологический механизм обратной связи в обучающем взаимодействии, который является отражением отношения участников к словам и игровому поведению человека. Данная связь организуется посредством безоценочных суждений, презентаций собственных взглядов и моделей действий в игровых ситуациях, эмоциональных реакций и др.

## **1.1. Теоретический блок. Важнейшие требования к личности специалиста, работающего в психиатрии.**

*Процедуры:* тематическая мини-лекция, групповая дискуссия.

*Введение:*

1. Обсуждение значимости гуманистической позиции при работе с психически больным и его родственниками, которая состоит в том, что развивающий и оздоравливающий эффект возникает в результате создания атмосферы эмпатии, искренности, самораскрытия и особых теплых взаимоотношений между специалистом и пациентом.

2. Обсуждение основных задач и принципов немедицинского (психологического) подхода к пациенту.

Согласно современным взглядам, в немедицинской психотерапии можно выделить следующие общие задачи, объединяющие различные по направленности и содержанию психотерапевтические методы:

- исследование психологических проблем пациента и оказание помощи в их решении;
- улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми;
- развитие самосознания и самоисследование пациентов для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений;
- содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

3. Обобщая многочисленные исследования профессионально важных личностных черт врачей-психиатров, психотерапевтов и психологов, можно выделить следующие:

- концентрация на пациенте, желание и способность ему помочь;
- открытость к отличным от собственных взглядам и суждениям, гибкость и терпимость;

- эмпатичность, восприимчивость, способность создавать атмосферу эмоционального комфорта;
- аутентичность поведения, то есть способность предъявлять подлинные эмоции и переживания;
- энтузиазм и оптимизм, проявляющиеся в вере в способность к изменению и развитию пациента;
- уравновешенность, терпимость к фрустрации и неопределенности, высокий уровень саморегуляции;
- уверенность в себе, позитивное самоотношение, адекватная самооценка, осознание собственных конфликтных областей, потребностей, мотивов
- богатое воображение, интуиция;
- высокий уровень интеллекта.

## 1.2. Тренировочный блок

*Процедуры:* демонстрация и/или игровое действие (ролевая игра).

### 1.2.1. Развитие рефлексии

**Практическое задание. Отражение информации и чувств говорящего по схеме «поддержка — уяснение — комментирование».**

1. Молчаливое поощрение участливым взглядом.
2. Поддержка словами (*ага, угу, да-да, ну и т.д.*).
3. Повторение последнего слова собеседника (эхо-реакция).
4. Повторение последней фразы собеседника с изменением порядка слов («зеркало»).
5. Повторение мысли говорящего другими словами (парафразирование).
6. Отражение чувств.
7. Постановка наводящих вопросов (*Что? Где? Когда? Почему?*).
8. Постановка уточняющих вопросов (*Что ты имеешь в виду? Я правильно понял, что...?*).
9. Постановка побуждающих вопросов (*Ну и что дальше?*).
10. Помощь в завершении фраз путем подсказывания слов.
11. Проявление эмоциональных реакций (*одобрительные реплики типа: «Здорово!», смех, различные восклицания*).

12. Пересказ.

13. Резюмирование.

### **1.2.2. Техники эмоциональной саморегуляции.**

*I. Эмоциональное отреагирование.* Является самым оптимальным, поскольку эмоция осознается и разряжается в деятельности. Разрядка эмоции происходит физически или вербально. Эмоциональное отреагирование ослабляет интенсивность отрицательных эмоций.

#### **Практическое задание №1. Тренировка приемов вербализации эмоций.**

А) Последовательное воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении и проговаривание всех возникающих при этом мыслей вслух.

Б) Техника «Я-сообщение». Сообщение коллеге начинается с местоимений «Я», «Мне», «Меня», далее называются испытываемые эмоции, описывается поступок коллеги, способствующий появлению названных эмоций, и, наконец, в позитивной форме (в форме утверждения, а не отрицания) перечисляются просьбы, пожелания или требования к коллеге. Если просьбы и требования не выполняются, назначаются и затем реализуются санкции, которые должны быть реалистичными и значимыми для коллеги.

*II. Эмоциональная трансформация,* которая происходит за счет конструктивного переструктурирования эмоций. Осуществляется в ситуациях, когда решение проблемы от субъекта не зависит. Это когнитивные техники, направленные на изменение мыслей, убеждений, образов, возникающих по поводу эмоциогенных событий, без изменения их причин.

#### **Практическое задание №2. Осуществление эмоциональной трансформации.**

А) переосмысление негативного события, обнаружение в нем достоинств, удач и выгод;

Б) положительное изменение восприятия оппонента, понимание его мотивов, нахождение среди них одобряемых;

В) оценка негативного события как справедливой платы за совершенные или предполагаемые действия;

Г) акцентирование позитивных последствий своей проблемы для других людей;

Д) снижение значимости проблемы, ослабление своей мотивации, снижение уровня притязаний;

Е) выбор других целей, способов достижения цели на случай неудачи, усвоение новых навыков;

Ж) воспоминание о своих успехах в других областях.

**Практическое задание №3. Когнитивная переработка проблемы.** Осуществляется при невозможности конструктивного разрешения проблемы с целью изменения отношения к проблеме, ее позитивного переструктурирования. Участнику группы необходимо заполнить специальный лист с пятью колонками:

А). Эмоции. Осознать и записать эмоции, возникшие в ходе стрессогенной ситуации. Вспомогательные вопросы: *«Что я испытывал?»*, *«Что я чувствовал?»*, *«Что со мной происходило?»*, *«Как я реагировал?»*.

Б). Мысли. Вспомнить и записать мысли, приходившие в голову в процессе стрессогенного общения. Вспомогательные вопросы: *«Что я при этом думал?»*, *«Что я себе представлял?»*, *«Каковы были мои ощущения?»*, *«Какие мысли пришли мне в голову?»*.

В). Потребности. Осознать и записать свои желания и интересы, которые оказались неудовлетворенными в результате возникновения стрессогенной ситуации. Вспомогательные вопросы: *«Каким моим стремлениям помешала данная ситуация и данное лицо?»*, *«Что я мог бы получить и не получил?»*, *«Какова моя цель?»*, *«Какие мои интересы и права нарушены в данной ситуации?»*, *«Что я хочу получить в конечном итоге?»*.

Г). Негативная сторона проблемы. Записать отрицательные результаты – ошибки в поведении, иррациональные мысли и чувства.

Д). Позитивная сторона проблемы. Записать положительные результаты – удачное поведение, достижения в мыслях и чувствах, конструктивные способы реагирования.

Обсуждение полученных результатов.

### 1.2.3. Коммуникативные навыки

#### **Практическое задание №1. Формирование взаимопонимания партнеров по общению на невербальном уровне.**

Один из участников загадывает текст, записывая его на бумагу, но передает его мимикой и жестами. Другие участники группы называют понятое.

Степень совпадения переданного и записанного текста свидетельствует об умении устанавливать контакт.

#### **Практическое задание №2. Активное слушание.**

Инструкция: «Вашему вниманию предлагается методика на определение степени выраженности умения слушать другого человека. Перед Вами 16 вопросов, на каждый из которых Вы должны ответить утверждением «да» или «нет». Следует помнить, что нет «правильных» или «неправильных» ответов, т.к. люди различны и каждый высказывает свое мнение. Главное, старайтесь отвечать честно, не пытайтесь произвести благоприятное впечатление, ответы должны соответствовать действительности. Свободно и искренно выражайте свое мнение. В этом случае Вы сможете лучше узнать себя».

1. *Ждете ли Вы терпеливо, пока другой кончит говорить и даст Вам возможность высказаться?*
2. *Спешите ли Вы принять решение до того, как поймете сущность проблемы?*
3. *Слушаете ли Вы лишь то, что Вам нравится?*
4. *Мешают ли Вам слушать собеседника Ваши эмоции?*
5. *Отвлекаетесь ли Вы, когда собеседник излагает свои мысли?*
6. *Запоминаете ли Вы вместо основных моментов беседы какие-либо несущественные?*
7. *Мешают ли Вам слушать предубеждения?*
8. *Прекращаете ли Вы слушать собеседника, когда появляются трудности в его понимании?*
9. *Занимаете ли Вы негативную позицию к говорящему?*
10. *Всегда ли Вы слушаете собеседника?*



11. Ставите ли Вы себя на место говорящего, чтобы понять, что заставило его говорить именно так?

12. Принимаете ли Вы во внимание тот факт, что у Вас с собеседником могут быть разные предметы обсуждения?

13. Допускаете ли, что у Вас и у Вашего собеседника может быть разное понимание смысла употребляемых слов?

14. Пытаетесь ли Вы выяснить тот факт, чем вызван спор: разными точками зрения, постановкой вопроса и т.п.?

15. Избегаете ли Вы взгляда собеседника в разговоре?

16. Возникает ли у Вас непреодолимое желание прервать собеседника и вставить свое слово за него или в пику ему, опередить его в выводах?

Далее подсчитывается количество ответов «Да».

*Интерпретация:*

– 6 баллов и ниже свидетельствуют о низкой степени выраженности умения слушать других, о направленности в ходе общения на себя (т. е. удовлетворение своих притязаний вне зависимости от интересов партнера). Снижена чувствительность в оценке текущей ситуации – когда молчать и слушать, а когда говорить. Необходимо обучение навыкам эффективного слушания;

– от 7 до 10 баллов – средняя степень выраженности умения слушать собеседника. Данное умение скорее проявляется ситуативно и зависит от личной значимости (заинтересованности) получаемой информации. Требуется совершенствование навыков и приемов активного слушания;

– 10 баллов и выше свидетельствуют о явно выраженном умении слушать других вне зависимости от личной значимости получаемой информации. Такой человек является эффективным работником (если в основе деятельности лежит общение с людьми).

### **Практическое задание №3. Завершающая встреча.**

Представьте себе, что занятия уже закончились, и вы расстаетесь. Но все ли вы успели сказать друг другу? Может быть, вы забыли поделиться с группой своими переживаниями? Или есть человек, мнение которого о себе вы хотели бы узнать? Или вы хотите поблагодарить кого-либо? Сделайте это «здесь и теперь».

## **Модуль 2. Организационный**

*Аудитория: приоритетно для руководителя психиатрического учреждения, заместителя руководителя психиатрического учреждения, заведующего отделением.*

**2.1. Теоретический блок.** Обсуждение необходимости интеграции психотерапевтических и психиатрических служб, на примере общемирового опыта, который свидетельствует о том, что в данном случае появляется возможность предоставить наиболее эффективный набор лечебных подходов и повысить общую эффективность психиатрического персонала на всех уровнях предоставления услуг. Кроме того, включение принципов психотерапии в арсенал инструментов психиатрического персонала позволяет решить ряд задач, которые возникают перед работниками психиатрической службы:

а) понять особенности личности, истории, нынешнего семейного и социального положения конкретных пациентов. Специальные навыки психотерапевта позволят врачам и персоналу сделать свое отношение к больному как можно более адекватным с профессиональной точки зрения;

б) расширить все виды лечения за счет понимания и развития терапевтического альянса;

в) развивать и использовать в работе саморефлексию ради понимания тревог, связанных с характером работы;

г) иметь возможность анализировать динамические процессы в психиатрическом коллективе для понимания групповых механизмов;

д) использовать методы психосоциального лечения в терапевтической среде.

Интеграция аспектов психотерапии в работу психиатрического коллектива может осуществляться путем развития специализированных навыков персонала или организации поддерживающих групп. Методические подходы, используемые в этих группах, могут стать ценным инструментом предоставляющим возможность персоналу для откровенного разговора о чувствах, которые вызывают в них пациенты, коллеги, а иногда и они сами. Целью посещения специалистами подобных групп является ясное понимание сознатель-

ных и бессознательных тенденций, которые влияют на его способность эффективно работать с пациентами, а также развиваться индивидуально и как члена группы. При этом повышается чувство личной ответственности, что является ключевым моментом для развития персонала.

Обсуждение необходимости использования психодинамического подхода с фокусированием внимания на межличностных отношениях в работе медицинских сестер с целью лучшего понимания нужд пациентов с острыми психическими заболеваниями, а также подготовки соответствующей базы для адекватных реакций.

В целом, группы по развитию чувствительности персонала совместно с проведением супервизий способствуют облегчению синдрома перегорания среди персонала, повышению знаний о межличностных взаимоотношениях, достижению качественного лечения с помощью обратной связи от коллег и анализа практики.

**2.2. Практический блок.** Организация в учреждении психиатрического профиля

регулярных образовательно-тренинговых групп, предполагающих проведение лекционных, тренинговых, супервизорских занятий. Количество участников группы: 10–15 человек. Периодичность 1–2 раза в месяц. Участники группы: все категории специалистов, включенные в лечебный и реабилитационный процессы учреждения: врачи-психиатры, психологи, работники социального звена, медсестринский персонал. Ведущий группы: психолог; отдельные тематические лекции могут быть организованы другими специалистами.

Создание необходимых информационных каналов в учреждении (информационная доска, брошюры, информационные пособия, открытые лекции для пациентов и их родственников, интернет-страница) о:

а) специалистах различного профиля, задействованных в лечебном и реабилитационном процессах, разъяснении специфики их деятельности;

б) различных программах, имеющих в лечебном учреждении, в котором находится пациент.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование индивидуально-психологических, профессиональных и морально-этических особенностей личности специалистов, работающих в психиатрии, а также анализ системы межличностного взаимодействия в психиатрическом коллективе позволили впервые в отечественной и зарубежной психиатрической практике определить комплексный образ работника психиатрических служб. Разработанная по результатам исследования программа по повышению профессиональной эффективности специалистов, работающих в психиатрии, эффективна для организации психологического сопровождения специалистов в процессе выполнения ими профессиональной деятельности, предотвращения развития профессионального выгорания и появления профессиональных деформаций. Также данная программа является хорошим вспомогательным инструментом в работе специалистов руководящего звена, так как позволяет выявлять и разрешать возникающие конфликтные ситуации в коллективе, эффективно включать в работу коллектива новых специалистов, организовывать взаимодействие между разными профессиональными группами, своевременно осуществлять информационную и образовательную работу.