

# ОТНОШЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА К БОЛЬНЫМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

**С.М. Бабин**, докт. мед. наук, **Ю.Л. Пустотин**

Областной психотерапевтический центр, Оренбург,

Областная клиническая психиатрическая больница №2, Оренбургская область, с. Старица

**E-mail:** orenopc@inbox.ru

**Изучены психологические аспекты взаимодействия участников терапевтического процесса в психиатрическом стационаре, результаты формирования оптимальной модели терапевтической среды. Обсуждаются готовность сотрудников разных категорий психиатрической клиники к социальному контакту с больными, показатели их симпатической дистанции.**

**Ключевые слова:** психиатрия, реабилитация, медсестры, персонал, психически больной, симпатическая дистанция.

Одной из форм психотерапевтической работы, внедряемой в Отделении динамической психиатрии (психотерапии), является **милиетерапия** (специфическая динамическая терапия средой). Работа немецкой клиники «Ментершвайге» (опираясь на опыт которой мы создавали отделение) строится именно вокруг динамически понимаемой терапии средой. Организация этого вида психосоциальной терапии – сложная задача. Смысл ее состоит в том, что группа пациентов под руководством сотрудника отделения создает и обсуждает реально применимый проект для последующего его воплощения. Милиетерапевтическая группа организуется вокруг рабочего проекта. Совместная деятельность является для пациента способом получения опыта в сфере отношений, источником знаний о своих слабостях и преимуществах, например в контексте работы и сотрудничества, контакта и дружбы, а также стимулом для возможных перемен. В отделении к проведению занятий в группах привлекаются не только врачи-психотерапевты, но и социальные работники, и средний медицинский персонал.

Диапазон возможных проектов довольно широк: от группового оформления стенгазеты, написания реферата до масштабных оформительских и строительных работ. В рамках милиетерапии ведущая роль отводится обсуждению с участниками возникающих трудностей, проблем, роли каждого пациента в группе, его вклада в реализацию проекта.

Этим методика отличается от терапии занятостью, поскольку не сосредотачивается на возвращении пациентам навыков труда или просто на вовлечении их в работу, а, скорее, полагается на самостоятельное общее личностное развитие пациентов. Речь идет фактически о специфической форме групповой психотерапевтической работы. Милиетерапия – непреходящий атрибут деятельности отделения психиатрического профиля.

Внедрение новых форм и методов работы в психиатрическом стационаре, переход к полипрофессиональному (бригадному) принципу организации лечебной помощи неизбежно ведет к определенным изменениям психологических аспектов взаимодействия между участниками терапевтического процесса. Эти изменения нуждаются в дальнейшем тщательном изучении для целенаправленного формирования оптимальной модели терапевтической среды. Ниже приводятся данные, полученные при изучении работы специалистов, среднего и младшего медицинского персонала психиатрической клиники Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 (ООКПБ № 2; главный врач – Л.М. Портнов). Основной исследуемой группой явился персонал отделения динамической психиатрии (психотерапии) [2]. Это отделение, открытое в 2001 г., специализируется на помощи психически больным. При его формировании мы ориентировались на структуру клиники «Динамической психиатрии Ментершвайге», созданной известным психиатром и психотерапевтом Г. Аммоном в Мюнхене (Германия), и опыт Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [1, 4, 8]. Отделение рассчитано на 31 койку, смешанное по полу. В качестве группы сравнения также были обследованы сотрудники 2 (мужского и женского) общепсихиатрических отделений и некоторые другие профессиональные группы (социальные работники, клинические психологи, средний медицинский персонал) работников стационара.

Готовность к социальному контакту с человеком, страдающим психическим расстройством, во многом определяет успешность любой профессиональной те-

рапевтической и реабилитационной деятельности. Внедрение подходов, основанных на концепции терапевтического сообщества, преодоление стигматизирующего отношения к душевнобольному базируется в первую очередь на позитивном изменении отношения сотрудников психиатрического лечебного учреждения к личности больного.

С целью изучения психологического уровня готовности к положительному контакту с пациентом различных категорий сотрудников психиатриче-

ского стационара нами была использована методика «Симпатической дистанции» D. Feldes, адаптированная в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева при участии автора методики [5]. Шкала «Симпатической дистанции» состоит из 11 утверждений об отношении к психически больным, каждое из которых имеет свой установленный весовой коэффициент, максимальный при положительном выборе и минимальный – при отрицательном. При исследовании сотруднику пред-

Средние величины СД по отделениям ООКПБ №2 и возрастным группам (M±m)

Отделение	Число обследуемых	Средние величины СД	По возрасту, годы		
			21–35 лет	36–50 лет	старше 50 лет
А – Динамической психиатрии (психотерапии)	13	46,04±2,01 A>B; A>C p<0,05	44,94±2,15	49,42±1,89	–
В – 6-е	21	40,94±2,31	40,06±2,58	41,89±1,79	40,94±2,14
С – 2-е	19	40,23±2,22	39,47±1,99	39,28±2,37	41,69±2,02

Таблица 1

Средние величины СД по отделениям ООКПБ №2 и профессиональным группам (M±m)

Отделение	Число обследуемых	Средние величины СД	Средние величины СД по профессиональным группам	
			врачи	медсестры
А – Динамической психиатрии (психотерапии)	15	46,04±2,01 A>B; A>C p<0,05	49,94±2,16 A>B; A>C p<0,05	43,83±2,02 A>B; A>C p<0,05
В – 6-е	21	40,94±2,31	41,89±2,19	39,05±2,36
С – 2-е	19	40,23±2,22	41,39±2,17	39,14±2,41

Таблица 2

Средние величины СД в некоторых профессиональных группах ООКПБ №2 (M±m) в зависимости от возраста

Группа	Число обследуемых	Средние величины СД	По возрасту, годы		
			21–35 лет	36–50 лет	старше 50 лет
А – психотерапевты	11	45,75±2,79 A>B; A>C; A>E; A>F; A>G; p<0,05	44,03±2,17	49,42±2,82	–
В – психиатры	22	38,33±1,85	37,87±1,51	37,30±1,47	41,24±2,17
С – психологи	8	38,20±1,58	38,12±1,47	37,64±1,39	39,54±1,72
Д – социальные работники	9	44,87±3,13 D>B; D>C; D>E; D>F; D>G; p<0,05	44,87±3,13	–	–
Е – старшие медсестры	8	37,50±1,28	–	37,50±1,28	–
Ф – палатные медсестры	14	40,32±2,58	38,21±2,11	40,19±2,64	41,62±2,47
Г – процедурные медсестры	12	39,11±2,01	39,18±1,94	40,13±2,17	38,4±1,99
Итого			84		

Таблица 3

лагается последовательно расположить все 11 пунктов шкалы по степени положительной или отрицательной установки, нашедшей отражение в каждом утверждении по отношению к человеку, о котором известно, что он перенес психическое заболевание. Процедура обработки заключается в умножении указанной респондентом градации значимости каждого утверждения, выраженного в баллах, на весовой коэффициент, свойственный данному пункту. Далее определяется среднее арифметическое значение всех шкальных оценок как для отдельного испытуемого, так и, при необходимости, для всей исследуемой группы. В результате полученная величина является цифровым выражением «симпатической дистанции» (СД) и описывает готовность к взаимодействию с человеком, перенесшим психическое заболевание [5, 6].

Результаты исследования персонала Отделения динамической психиатрии (психотерапии), мужского и женского общепсихиатрических отделений приводятся в табл. 1 и 2.

Обращает на себя внимание то, что средние величины СД у сотрудников психиатрической клиники значительно выше таковых у персонала психиатрических больниц в конце 70-х годов [6]. Предварительно такое различие показателей

может быть объяснено теми изменениями, которые происходят в отечественной психиатрии в последние 10 лет – гуманизацией лечения, повышением социальной значимости психиатрической службы, развитием психотерапии и психосоциальной реабилитации психически больных, изменениями в подготовке врачебного и сестринского персонала. Возможно, имеет значение некоторое изменение контингента пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре.

При анализе результатов исследования (здесь и далее применялся непараметрический критерий Манна–Уитни; малые выборки,  $n < 30$ ) [7] нами были обнаружены значимые различия ( $p < 0,05$ ) между величинами СД в целом у сотрудников Отделения динамической психиатрии (психотерапии) и общепсихиатрических отделений стационара (см. табл. 1). У работников отделения с психотерапевтической и реабилитационной направленностью готовность к социальному контакту с психически больным достоверно выше. Статистически значимых различий между величинами СД у сотрудников обычных психиатрических отделений обнаружено не было.

Не выявлено четкой закономерности в распределении величин СД в зависимости от возраста и соответственно стажа работы в области психиатрии (см. табл. 1). Однако эти данные нуждаются в дополнительном и более углубленном исследовании, учитывая небольшую по объему выборку, не охватывающую все возрастные группы, а также особенности комплектации и подготовки персонала Отделения динамической психиатрии (психотерапии).

При открытии отделения мы столкнулись с проблемой последипломной подготовки среднего медицинского персонала и социальных работников. Нами были сформированы и реализовывались специализированные программы подготовки сотрудников на рабочем месте, а позже, помимо отдельных образовательных и тренинговых программ, которые внедрялись в отделение, разработана и осуществляется оригинальная программа тематического усовершенствования «Психосоциальная работа в психиатрии» (72 ч) [3]. Исходя из отечественного и зарубежного опыта, в программу были включены следующие тематические блоки: понятия о психосоциальной работе и реабилитации; виды и формы психосоциальной и психотерапевтической работы; терапия средой и терапевтическое сообщество; понятия «стигмы» и «дестигматизации», «защищенное жилье» и «защищенное трудоустройство»; роль общественных организаций в реабилитации душевнобольных и их близких и др.

Можно согласиться с М.М. Кабановым и др. [6] в том, что социальная дистанция по отношению к больным в меньшей степени детерминирована та-

кими характеристиками, как пол, возраст, стаж работы, и в большей мере – содержательным опытом и представлениями, опосредованными влиянием той профессиональной и социально-культурной группы, к которой принадлежит человек.

При исследовании уровня СД в указанных отделениях у лиц различных профессиональных групп (см. табл. 2) выявлены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) между врачами и средним медицинским персоналом. Различий между профессиональными группами в общепсихиатрических отделениях обнаружено не было.

Результаты, касающиеся среднего медицинского персонала, имеют большое значение с точки зрения формирования лечебного коллектива и терапевтической среды в отделении. Уровень СД у персонала ниже, чем у врачей. Различия не достигают статистической достоверности, но, очевидно, отражают особенности их подготовки и обучения. Однако анализ результатов по 3 отделениям стационара четко демонстрирует, что отношение к пациентам у медсестер в основном копирует таковое у врачебного персонала. Манера поведения и стиль контакта специалиста с больным является референтным для персонала. Следовательно, важны не только декларативные требования, предъявляемые к сотрудникам, но и постоянная демонстрация того факта, что собственное поведение и общение с душевнобольным в максимальной степени отражает теоретические установки и представления о терапевтической среде.

В частности, в отделении Динамической психиатрии (психотерапии) еженедельно в фиксированный день, в одно и то же время, проводится общее собрание, в работе которого принимают участие большинство пациентов, все врачи-психотерапевты, старшая медсестра отделения и дежурная смена персонала. Рассматриваются вопросы, в той или иной степени касающиеся всех пациентов и сотрудников. Представляются новые пациенты, обсуждаются накопившиеся за неделю вопросы, итоги групп, режим и расписание работы, намечаются планы и мероприятия на следующие дни, отмечаются особо отличившиеся пациенты, обсуждаются планы проведения праздников, оборудование помещений отделения и прогулочного двора и т.п. Периодически разбираются чрезвычайные происшествия, например нарушения режима. Именно на общих собраниях медицинский персонал видит реальную модель взаимодействия между профессионалами и пациентами, основанную на принципах уважения и разделения ответственности. Участвуя в общих собраниях, медсестры отделения ведут также групповой тренинг социальных навыков (навыков независимого проживания), принимают участие в работе совета больных.

Результаты исследования уровня СД в целом по стационару у некоторых профессиональных групп представлены в табл. 3.

Если расположить обследованные профессиональные группы в порядке убывания показателя СД, то получится следующее. Наивысший показатель СД – у врачей-психотерапевтов, далее – в порядке убывания следуют социальные работники, палатные медсестры, врачи-психиатры и клинические психологи (у них – почти одинаковые показатели) и на последнем месте – процедурные и старшие медсестры.

Обнаруживаются значимые различия ( $p < 0,05$ ) между величиной СД у врачей-психотерапевтов и социальных работников и всеми остальными профессиональными группами сотрудников ООКПБ №2. Анализ результатов по возрасту и стажу работы не проводился в связи с неравномерным численным составом групп.

Длительная планомерная работа с врачами-психотерапевтами стационара, направленная на формирование иного стиля взаимодействия с пациентами, нашла отражение в результатах. Кроме того, готовность к социальному контакту с психически больным отражает практический клинический опыт ежедневной работы [6]. Чем больше специалист общается с больными в условиях, максимально приближенных к обычному общению, тем выше он оценивает возможность непредвзятого с ними контакта.

Социальные работники в силу особенностей профессиональной деятельности также достаточно интенсивно и длительно контактируют с пациентами, кроме того, их отношения часто связаны с решением бытовых вопросов, приближенных к обычной жизни вне клиники. Следует учесть и то, что социальные работники стационара за последние годы регулярно проходят последипломное обучение, в ходе которого рассматриваются различные аспекты психосоциальной терапии и реабилитации душевнобольных, основанные, в том числе, на установлении принципиально иных взаимоотношений между участниками терапевтического процесса.

В силу вышеуказанных причин уровень готовности к социальному контакту у палатных и даже процедурных медсестер несколько выше, чем у других групп специалистов. Врачи-психиатры стационара, занятые исключительно биологической терапией, демонстрируют достоверно низкий ( $p < 0,05$ ) уровень СД по сравнению с врачами-психотерапевтами. Клинические психологи в нашем случае отвечают преимущественно за диагностический аспект работы, а психокоррекционные мероприятия осуществляют врачи-психотерапевты и социальные работники. Этим также может объясняться низкий уровень СД у названных групп специалистов.

Показательно, что максимально низкие значения СД отмечаются у старших медсестер. Они заняты преимущественно административной деятельностью, и их контакты с пациентами носят формализованный и жестко структурированный характер, что не способствует улучшению отношения к психически больным.

Таким образом, готовность к социальному контакту с психически больным находится в прямой зависимости от условий организации работы и практической деятельности специалиста, включающей в себя психологические и социально-психологические аспекты взаимоотношений участников терапевтического процесса.

#### Литература

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. Перевод с нем. – СПб.: Психоневрологический НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Росс. психиатр. журн. – 2004; 3: 59–63.
3. Бабин С.М., Шувалова Т.В. Подготовка среднего медицинского персонала и социальных работников для психиатрии // Медицинская сестра. – 2009; 4: 3–6.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 2 изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2001. – 432 с.
5. Кабанов М.М., Воловик В.М., Горелик Б.М. и др. Исследование отношения к психически больным различных профессиональных групп в связи с задачами реабилитации. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. – Л., 1975. – С. 101–108.
6. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. – М.: Медицина, 1980. – 400 с.
7. Лупандин В.И. Математические методы в психологии: учебное пособие, 3-е изд., перераб. – Екатеринбург: изд-во Урал. ун., 2002. – 208 с.
8. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

#### STUDY OF THE ATTITUDE OF MENTAL HOSPITAL SPECIALISTS AND MIDDLE MEDICAL STAFF TO THE MENTALLY ILL

S.M. Babin, MD, Yu.L. Pustotin

Regional Psychotherapeutic Center, Orenburg

Orenburg Regional Mental Hospital Two, Staritsa, Orenburg

Region

**The paper gives the results of a study of the psychological aspects of the interaction of medical staff at mental hospital and the creation an optimal model of the therapeutic environment. It also discusses the readiness of the specialists, middle and junior medical staff of a mental hospital for social contact with a mentally ill subject and the values of their sympathetic distance.**

*Key words:* psychiatry, rehabilitation, nurses, staff, mentally ill subject, sympathetic distance.