

МИНЗДРАВ РОССИИ
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрав России)

**АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ:
ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ**

*Материалы второй международной научно-практической конференции
(ДВГМУ, 19 ноября 2015 года)*



**Хабаровск
2016**

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГОВ И ВРАЧЕЙ

И.И.Кранц

*ГУО Белорусский государственный педагогический университет
Кафедра социальной и семейной психологии*

По некоторым результатам исследований психологов и психотерапевтов, работающих с различными психосоматическими состояниями, в последние годы резко увеличилось количество людей, страдающих от депрессий и их последствий [1], [2]. Прием описание сложных случаев, имеющих клиническое выражение, все так же остается епархией медицинских работников [5]. В то же время современные публикации [3], [4] свидетельствуют о том, что ведение пациентов уже со средним уровнем выраженности депрессивного состояния, помимо фармакологического лечения, должно быть сопряжено с психотерапевтической работой. Однако, обучение психологов (за исключением специализации по клинической психологии) зачастую не включает в себя либо недостаточно представлено курсами, связанными с диагностикой и психотерапией личностных расстройств. Так и получается, что выпускники факультетов психологии опасаются братья за случаи, в основе которых лежат психосоматические нарушения, не говоря уже о случаях, традиционно относимых к личностным расстройствам.

Тем не менее, востребованность психологической работы с представителями отрасли образования и здравоохранения вполне очевидно возрастает. Все больше специалистов, так или иначе связанных в профессиональной деятельности с большими объемами недобровольной или даже вынужденной коммуникации, отмечают избыток информационного поля, что неявно, но существенно усугубляется сложившейся привычкой к постоянному, почти до уровня навязчивости, желанию проверять обновление новостных и френд-лент в различных социальных сетях и сайтах.

Представители обеих категорий – педагогические работники, а также врачи и медсестры, – ежедневно общаются с большим количеством людей. Такой переизбыток контактов в конечном итоге сложно выдерживать длительное время, либо необходимо сбрасывать накопившуюся усталость. Она может выражаться в раздражительности, бурных реакциях на в целом нейтральные обращения, скандальности, длительно сниженном настроении, апатии, внутреннем беспокойстве, усиленном питании, включающем много сладкого, курении, употреблении алкоголя, возрастании ответственности, чувстве изоляции, нежелании общаться, и даже нежелании приходить на работу и выполнять свои обязанности. Из физических факторов имеет значение инволюционный период у женщин и мужчин, сопровождающийся сложностями как в

соматической сфере, так и в психике, а также необходимость переориентироваться в жизни, к чему многие люди оказываются не готовыми [3]. У таких людей постепенно портятся отношения с коллегами, руководством, близкими людьми. Их личная и сексуальная жизнь становится неудовлетворительной, исчезает удовольствие от общения с близкими, родными, друзьями, и как следствие, привычные способы рефлексии утрачиваются, а рекреативная функция семьи уже не позволяет эффективно восстанавливать психологическое состояние в короткие сроки. Трудовая эффективность таких работников быстро падает, при том, что физически они здоровы, и предоставление им возможности отдохнуть тоже не обсуждается. Бытует мнение, что если человек физически здоров, то обязан выполнять свои функции без сбоев. Эта установка быстро приводит к возникновению психосоматических заболеваний, диагностируемых сначала функционально, затем и к органическим повреждениям, что дает страдающим людям такую долгожданную передышку и отдых. Таким образом, профессиональное выгорание, изначально являясь психологической проблемой, приводит к ухудшению физического здоровья и потере трудоспособности, вынуждая по больничным листам, потере профессионального интереса, беспечным выполнением обязанностей, уходом из профессии и другим неблагоприятным последствиям, включая алкоголизм, ключевое для работы с населением контингента – педагогов и врачей.

Разумеется, что профессиональное выгорание не является исключительно индивидуальной проблемой. Потеря престижа обеих профессий, неадекватная заработная плата, чрезмерные нагрузки, которые берут специалисты, чтобы принести в семью большой доход, не всегда удовлетворительные условия труда и другие факторы не могут быть решены на уровне конкретного специалиста. И это также накладывает свой отпечаток на протекание каждого периода развития профессионального выгорания.

Рассмотрев эту схему возникновения психосоматических заболеваний, мы не можем не заметить, что в самом ее начале потребность в психологической помощи минимальна – дать человеку выговориться, рефлексировать свое состояние, «спустить пар». Затем, по мере нарастания аффекта, уже становится необходимой консультационная работа по организации и ранжированию по степени важности коммуникаций, тайм-менеджмент, изменение дневного графика или привнесение в него других способов восстановления: занятия спортом, прогулки, уединение и т.д. И только на этапе нарастания нарушения психологического состояния может потребоваться более сложная психологическая работа по выведению из депрессивного состояния, обучение навыкам обращения с собственной раздражительностью и пр. На этапе соматизации также можно оказать психологическую помощь, но, к сожалению, именно этот период люди

используют для обращения в медицинские учреждения и начало медикаментозного лечения. Рекомендацию по обращению к психологу-психотерапевту многие игнорируют, считая зачастую блажью врачей-специалистов, которые «не в состоянии поставить нормальный диагноз», а также полагая, что денежные затраты слишком велики. И только после серьезных операций и/или нескольких курсов обычно достаточно дорогого медикаментозного лечения, решают обратиться за психологической помощью.

На этом этапе психологическая и психотерапевтическая помощь начинается с сотрудничества с врачом, ведущим нашего клиента, с целью исключить либо контролировать изменение нарушений органической природы. И одной из первых сложностей возникает недоверие к психологу: «Что он(а) может сделать, если врач не смог?» или «Я сам(а) врач, и лучше знаю». К сожалению, отсутствуют исследования, статистически достоверно описывающие природу тех или иных психосоматических заболеваний для данных профессий, да и экология также оказывает свое влияние на увеличение процента полифакторных заболеваний. Тем не менее, если человек удерживается в психотерапевтическом процессе, улучшение его состояния становится очевидным, хотя и небыстрым. И к сожалению, чем позже произошло обращение за психологической помощью, тем необратимее соматические повреждения.

Специфика работы со случаями психосоматических заболеваний, достаточно индивидуальна, поскольку заболевания возникают в органе, по какой-либо причине наиболее подверженном стрессу. Однако наиболее типичным в случаях поражения органов желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы является хроническое напряжение тонических мышц и склонность к резким сокращениям соответствующей поперечно-полосатой мускулатуры. В случае расстройства настроения – потеря возможности реагирования чувств, расстройства аффективной сферы – невозможность справиться с какими-то важными переживаниями, и т.д. Во всех подобных случаях социальное влияние («Что обо мне подумают, если я хожу к психологу? Я не псих!») или личное сопротивление («За такие деньги я и сама себе помогу, с подружкой поговорю!») или «Мне уже стало легче, я выговорился, мне достаточно») мешают установлению терапевтического альянса и зачастую прерывают намечившийся контакт. Поэтому на данном этапе эффективным является вначале отреагирование переживаний, а затем обучение навыкам произвольной релаксации и знакомство с различными проявлениями чувств и эмоций. В зависимости от индивидуальных способностей и возможностей человека этот этап может быть как коротким (2-5 встреч), так и растянуться на более длительное время. Затем начинается период перестраивания стереотипных паттернов поведения и эмоционального

реагирования. Педагоги и врачи – это зачастую люди со сложившейся и достаточно ригидной системой отношений, убеждений, способов общения и правил поведения, что оправдано чрезмерно интенсивной коммуникацией в профессиональной сфере. Подобный баланс необходим, чтобы психика оставалась устойчивой, однако явно начинает мешать, когда профессиональное выгорание устойчиво нарушает испытанные и привычные возможности отдыха и психологического восстановления. Кроме того, именно на этом этапе люди начинают более ясно понимать вторичную выгоду соматизации своего психологического состояния, и прекращают работу с психологом из опасения, что изменение привычного и знакомого, хотя и болезненного состояния, приведет к слишком существенному изменению их жизни, что, безусловно, вызывает сильную тревогу и опасения, поначалу неосознанные. Как следствие возникает желание прекратить работу с психологом.

Разумеется, создание терапевтического альянса в подобных случаях должно включать просветительскую работу по разъяснению процессов, которые могут происходить в работе. Но не всегда удается опереться даже на высокий интеллект и образованность обращающихся педагогов и врачей. В этот момент они – страдающие люди, ищущие быстрой помощи и решения своих проблем, желающие «волшебного эликсира» вместо сопереживания и сотрудничества. Если мотивация переходит с уровня «помогите побыстрее» на уровень заинтересованности в собственном излечении, то эффективность психологической помощи вырастает в разы. Полезным в этом случае бывает включение в картину мира клиента концепции здоровья в противовес концепции вторичной выгоды от заболевания. А также разъяснение на языке клиента плюсов и минусов тех альтернатив, которые перед ним стоят. Осознанный выбор в сторону принятия помощи и возвращающегося на работу дает самую высокую мотивацию для совместной психологической работы.

Литература

1. Болезнь как язык души психосоматического больного / Н.А. Русина – Саратов, 2009 // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины : сборник научных статей / Ред. Е.А. Андриянова. – Саратов : Наука, 2009. – С. 214-222.
2. Боль и красота: от психопатологии к эстетике контакта / Д. Франчесетти // Журнал практического психолога : научно-практический журнал / ред. К.С. Крючков. – 2013. – №6 2013. – С. 6-41.
3. Соломон Э. Демон полуденный. Анатомия депрессии. Санкт-Петербург : Добрая книга, 2004 г.- 672 с.

4. Франчесетти Дж. Симптом и контакт. Клинические аспекты гештальт-терапии. М.: Институт общегуманитарных исследований, МИГТиК, 2015. - 264 с.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 4. С. 81–97.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПОРТСМЕНОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Синицына Л.В., Синицын А.А.

*ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный университет путей
сообщения»*

Кафедра Общей, юридической и инженерной психологии

Сегодня состояние физической культуры и спорта в Хабаровском крае характеризуется положительными тенденциями, связанными с развитием спортивных и физкультурных традиций, высокими достижениями спортсменов края на всероссийских и международных соревнованиях, строительством и модернизацией спортивных сооружений. Физическая культура и спорт - это универсальный способ физического и духовного оздоровления нации, однако, как показывает практика, сегодня их возможности не используются в полной мере. Следует подчеркнуть, что в Послании Президента Российской Федерации В. В. Путина Федеральному Собранию «О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государства» на 2001 год отмечается, что «... здоровье народа сегодня напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но и с самим образом жизни людей...»[1].

Сложная социально-демографическая ситуация и положение состояния здоровья населения в нашей стране, заставляют искать разные средства и пути решения проблемы. Занятия физической культурой и спортом - это превентивные средства поддержания и укрепления здоровья. Это одно из средств профилактики вредных привычек таких, как табакокурения, пьянства, токсикомании, а так же неинфекционных заболеваний (ожирения, диабета, остеопороза, сердечно-сосудистых, ишемической болезни сердца, т.д.). Данный факт всемирно признан.

Забота о развитии физической культуры и спорта в стране – это важнейшая составляющая социальной политики нашего государства. В настоящее время проводится широкомасштабная работа, постепенно обеспечивается воплощение в жизнь ценностей, норм и гуманистических идеалов, которые дают широкие возможности для удовлетворения интересов и потребностей россиян, выявления их способностей, активизации человеческого фактора.