

Вопросы психического здоровья в работе первичного звена медицинской помощи

О.Б. Благовидова

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Резюме

Развитие семейной медицины сопровождается сменой доминирующей парадигмы мышления врача. Концепция биопсихосоциального подхода в системе общей врачебной практики подразумевает целостное восприятие здоровья человека с позиций тесной взаимосвязи биологических, психических, психологических и социокультурных факторов. На смену традиционного представления о доминирующей роли биологических факторов в возникновении и течении заболеваний постепенно приходит концепция значимости психических факторов в развитии соматической патологии.

Ключевые слова: коммуникативность, компетентность, аффилиация, эмпатия, сенситивность, уверенность, компетентность.

Issues of mental health in primary medical care.

O.B. Blagovidova

Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Development of family medicine is accompanied by change of a dominating paradigm in thinking of the doctor. Biopsychosocial approach in general medical practice implies that a person's health is a close interrelation of biological, mental, psychological and cultural factors. Traditional conception of dominance of biological factors in occurrence of a disease becomes overshadowed by a concept of the importance of mental factors in somatic pathology.

Key words: communication, competence, affiliation, empathy, sensitivity, confidence.

Координаты для связи с автором: Дальневосточный государственный медицинский университет, 35, ул. Муравьева-Амурского, Хабаровск, 680000

Включение вопросов психического здоровья в работу первичного звена становится значимой целью в политике и богатых, и малообеспеченных стран мира [54]. Масштаб распространения психических расстройств означает, что вряд ли возможно даже в отдаленной перспективе разработать планы по их лечению с использованием исключительно специализированной помощи. Например, в Великобритании насчитывается примерно 30 тысяч врачей общей практики (ВОП), каждый из которых в среднем обслуживает 2 тысячи человек населения, среди которых, по эпидемиологическим оценкам, одномоментно примерно 300–600 человек страдает депрессией и с тревожными состояниями и примерно 7 человек — хроническим психозом. В стране насчитывается примерно 2 тысячи психиатров. Таким образом, каждый психиатр должен иметь тесные связи, по крайней мере, с пятнадцатью ВОП [60]. Во многих странах службы первичной медико-санитарной помощи играют основную роль в успешном развитии профилактики психических болезней. Некоторые из примеров интеграции психиатрической и психологической помощи в ра-

боту бригад первичного медицинского звена можно найти в странах с низким уровнем доходов, где организация такой работы осуществляется под влиянием ВОЗ с применением модели государственного здравоохранения [54].

Интеграция психиатрической помощи в первичное звено влечет за собой необходимость изменения базовой подготовки врачей первичного медицинского звена. В работе Rubenstein et al. (1996) осуществлена оценка процесса реализации крупной программы внедрения психиатрической помощи в первичное звено и составлен список некоторых факторов, обеспечивающих успешное осуществление изменений: наличие сильного заинтересованного лидерства; приверженность принципам непрерывного обучения; стремление решать конфликты путем переговоров; постоянное повышение квалификации персонала; открытость для оценок и обратной связи; объединение практики оказания помощи, образования и научно-исследовательской работы [59]. Барьеры, препятствующие проведению изменений, включают в себя проблему вознаграждения за труд и отношения между собой различных специалистов [50]. Реформирование здравоохранения в нашей стране предполагает, что врач первичного звена должен обладать не только специальными медицинскими знаниями и умениями, но и профессиональной психологической компетентностью.

В отраслевой программе отечественного здравоохранения «Общая врачебная практика (семейная медицина) (ОВП/СМ)» подчеркивается, что базовым показателем профессиональной компетентности семейного врача является реализация им биопсихосоциального подхода в лечении любого заболевания и включены требования к знаниям по профилактике, диагностике и лечению распространенных психических болезней и психосоматических расстройств. В соответствии с современным определением дисциплины и требований к ОВП/СМ, профессиональная компетентность семейного врача принципиально отличается и перекрывает компетентность участкового врача (терапевта или педиатра) [33]. Передача врачу общей практики (ВОП) части объемов амбулаторной специализированной помощи меняет профессиональный статус узких специалистов, которые становятся, прежде всего, консультантами ВОП [33].

Эффективное взаимодействие ВОП и узких специалистов является важным компонентом гарантии качества медицинской помощи. При этом значительное внимание уделяется навыкам эффективной коммуникации. Неадекватная коммуникация между семейными врачами и узкими специалистами влияет на стоимость и качество медицинских услуг (повторные назначения диагностических тестов, полипрагмазия, увеличенный риск эффектов лекарственных препаратов). Согласованное мнение международной группы участников конференции в Канаде указало: увеличение общественной неудовлетворенности медицинской помощью в большей части связана с недостаточно эффективной коммуникацией; навыки коммуникации не улучшаются с простым опытом, поэтому врачи

должны овладеть определенным объемом знаний, навыков, чтобы стать эффективными коммуникаторами [33].

В существующих программах базового додипломного, последипломного и непрерывного медицинского образования нет раздела по обучению студентов, ВОП и узких специалистов процессу направления, консультации, межпрофессионального сотрудничества. Профессиональная врачебная компетентность определяется как «ряд знаний, умений и навыков, которые необходимы для того, чтобы профессиональные врачебные действия отвечали потребностям в любое время» (Определение Каталонского комитета по медицине и сопутствующим специальностям, Испания, 2000) [33]. Вместе с тем, согласно Определению Европейского отделения WONCA (2002 г.), «... врачи общей практики несут основную ответственность за обеспечение квалифицированной и непрерывной медицинской помощью каждого обратившегося за ней пациента, независимо от его возраста и пола, а также характера его заболевания. Они осуществляют медицинскую помощь пациентам с учетом особенностей их семьи, общества, в котором они проживают, культурного уровня. При обсуждении с пациентами планов лечения они учитывают физические, психологические, социальные, культурные и экзистенциальные факторы, а также эмоциональные отношения, сложившиеся в ходе предыдущих контактов с пациентом. Врачи должны принять на себя ответственность за профессиональное совершенствование и поддержание уровня своей клинической квалификации, личностных качеств и знаний, необходимых для обеспечения эффективной и безопасной медицинской помощи [33]. Таким образом, исходя из этого определения, в требования к общей профессиональной компетентности врача общей практики включены также требования и к его психологической компетентности.

По заключению различных авторов, успешная врачебная деятельность определяется такими психологическими особенностями, как высокий уровень коммуникативной компетентности, реализуемой в отношении пациентов, их родственников, а также медицинского персонала, где важную роль играют независимость и автономность врача, его уверенность в собственных силах и устойчивость в ситуации непопулярности и отвержения, в сочетании с гибкостью и пластичностью поведения в изменяющихся нестандартных профессиональных ситуациях, высокая степень устойчивости к стрессу, к информационным и эмоциональным перегрузкам, наличие развитых механизмов адаптации и компенсации с высокой значимостью экзистенциально-гуманистических ценностей, формирующих дальнюю жизненную перспективу [3, 4, 5, 11, 15, 18, 30, 39, 42, 46, 49].

Резюмируя приводимые в литературе данные, можно заключить, что основными профессиональными психологическими качествами врача должны быть: коммуникативная компетентность, аффилиация, эмоциональная стабильность, способность к эмпатии, сенситивность к отвержению и уверенность в себе.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний, но и сформированность специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, врач должен уметь с ним

взаимодействовать, добиваясь решения профессиональных целей и задач [39]. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает не только умение психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли. Эффективные коммуникации особенно важны в условиях крайне ограниченного количества времени для медицинских консультаций. В амбулаторных учреждениях, в условиях очень напряженного приема пациентов внедрение эффективных коммуникаций необходимо рассматривать как стратегию, призванную облегчить эти трудности [1, 15, 33, 39].

Аффилиация — психологическая черта, означающая способность испытывать чувство привязанности и верности, потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению», что внешне проявляется в общительности, в желании сотрудничать с другими людьми. В работе врача эта черта позволяет сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними.

Необходимым психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач–больной», является эмпатия, способность к сопереживанию, состраданию, своеобразная включенность в мир переживаний больного. Выделяют три вида эмпатии: эмоциональной, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной (познавательной), базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции [39].

Важной психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является сенситивность к отвержению, то есть способность воспринимать негативное отношение окружающих, «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больными. В то же время, сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой, иначе она будет способствовать снижению самооценки врача, снижать его адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности, что может приводить к психической травматизации и к эмоциональным расстройствам у самого врача и негативно отразиться на качестве его работы [39].

Развитие семейной медицины сопровождается сменой доминирующей парадигмы мышления врача. Концепция биопсихосоциального подхода в системе общей врачебной практики подразумевает целостное восприятие здоровья человека с позиций тесной взаимосвязи биологических, психических, психологических и социокультурных факторов. На смену традиционного представления о доминирующей роли биологических факторов в возникновении и течении заболеваний постепенно приходит концепция значимости психических факторов в развитии соматической патологии [1, 3, 4, 15, 33, 37, 55, 60, 62].

В то же время, целостность человека как организма и личности не может отождествляться исключительно с выделением телесного и душевного начал его существования. Важно также принимать во внимание экзистенциальные и социокультуральные факторы: тип отношений в семье, стиль воспитания детей, особенности языковой практики и религиозных воззрений, национальные обычаи и ритуалы, систему традиционных взглядов и ценно-

стей. Именно такой, целостный, подход позволяет врачу общей практики эффективно предупреждать возникновение или утяжеление многих патологических соматических и психических состояний уже на этапе начального воздействия негативных факторов, что является реализацией стратегий первичной, вторичной и третичной профилактики [1, 15]. Биопсихосоциальный подход требует обязательной подготовки специалиста в области семейной и медицинской психологии, психотерапии.

Деятельность врача общей практики имеет ряд специфических особенностей, которые предъявляют особые требования к психологическим качествам специалиста.

Оказание непрерывной помощи в первую очередь означает: пациент может обратиться к своему врачу в любое время. Но понятие непрерывности этим не ограничивается и более широко трактуется в контексте оказания первичной помощи, включая возможность наблюдения за состоянием пациента не только в период внезапно развившегося заболевания, но и на фоне его стабилизации и улучшения. При формировании доверительных отношений между врачом и пациентом создаются условия для наблюдения за течением хронических заболеваний, предупреждения их обострения, использования методов вторичной профилактики и образовательных программ для пациента и членов его семьи. Иными словами, в общей практике объектом для реализации непрерывной помощи является сам пациент, а не его заболевание. Как указывает С.Л. Соловьева, к специфическому содержанию врачебной деятельности в России добавляется характерная для русского менталитета особенность, связанная с тем, что «врач обязан выполнять свои обязанности не только находясь на работе, в отведенном для этого месте и в отведенное для этого время, но практически всегда и везде, где окружающие информированы о его профессиональной принадлежности» [39].

Применительно к специальности ВОП, эта особенность является не только отражением традиционных российских представлений о врачебном долге, но и профессиональной обязанностью семейного врача. При этом актуальной является проблема эмоционального выгорания специалистов первичного звена – самозащитная реакция избегания (подавления) сильных чувств («staff burn-out syndrome») [10, 17, 31]. Согласно определению ВОЗ, «синдром выгорания (burn-out syndrome) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и во многих случаях суицидального поведения. Этот синдром обычно расценивается как стресс-реакция в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом» [10, 49]. H.R. Winefield, T.J. Апстеу исследовали психологическое состояние 966 врачей общей практики из Австралии. Было выявлено, что одна треть врачей отмечает у себя высокий уровень профессионального стресса, который коррелировал с возрастом, полом, отношением к работе [10]. Основным источником стресса на рабочем месте врачи общей практики из Швейцарии назвали чрезмерную нагрузку и недостаток времени в сочетании с ответственностью при принятии решений,

этические конфликты, конфликты в команде сотрудников, а также организационные недостатки в работе [10, 49, 31]. Проявления синдрома выгорания коррелировало с высоким показателем по шкале «Негативное отношение к пациентам» и низкой оценкой семьи как важного ресурса лечебного процесса [10].

Множество исследований по проблеме выгорания посвящено исследованию эмпатии. Развитая эмпатия – это ключ к успеху во всех видах деятельности, которая требует вчувствования в мир партнера по общению и понимания его переживаний [39]. Изучение взаимосвязи эмпатии и выгорания у специалистов различных социальных профессий свидетельствует, что способность вчувствования и сопереживания выступает в качестве буфера, препятствующего выгоранию [31, 39, 17]. В исследовании Branin J., Griemel E. (1990), проведенном среди медсестер в Калифорнии, была продемонстрирована эффективность проведения тренинга эмпатийного общения для уменьшения степени выгорания. После тренинга последнее уменьшилось по трем субшкалам: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция личных достижений». Наибольшее улучшение было обнаружено по третьей из перечисленных шкал. В ходе исследования установлена отрицательная корреляция между уровнем эмпатии и степенью выгорания, и наоборот: прямая зависимость между аффилиацией и степенью выгорания [17].

Изучению взаимосвязей выгорания и мотивации посвящено также значительное число работ. Исследователями отмечается свойственное «выгоревшим» снижение трудовой мотивации, которое проявляется стремлением свести работу к минимуму. На большой выборке была обнаружена положительная корреляция между уровнем выгорания и мотивацией избегания неудач [17]. По мнению ряда авторов, изучение взаимосвязей и причинно-следственных отношений между вопросами мотивации и профессионального выгорания требует проведения углубленных исследований [10, 17, 31].

Оказание всеобъемлющей помощи не означает, что врач общей практики может вылечить пациента от любого заболевания, но в то же время, он может справиться с 90–95% проблем, с которыми пациент к нему обратился. Часто причины, беспокоящие пациента, лежат в плоскости психосоматических расстройств, проблем, связанных с его отношениями в семье, неправильным восприятием информации о тех или иных методах обследования или диагностики. Иногда пациент лишь хочет убедиться в обоснованности сделанных ему или его родственнику назначений или выяснить необходимость применения какого-либо лекарственного препарата, о котором он услышал по радио или телевидению [15].

Оказание помощи в контексте общества: знание особенностей сообщества, которое окружает пациента, может стать ресурсом при решении его проблем. Координация помощи: с врача общей практики начинается контакт пациента с системой здравоохранения в целом. Если врач станет своеобразным гидом в этой системе для своего пациента, будет «советчиком» и «адвокатом», защищающим интересы больного, то процесс оказания медицинской помощи в целом будет эффективнее. В британской литературе врача общей практики нередко называют «привратником», который может ограничить допуск пациента к высокотехнологичным и дорогостоящим методам лечения [57, 60]. Однако в действительности роль врача общей практики заключается в сотрудничестве с узкими специалистами, со службой скорой помощи, сотрудниками стационарного

звена, что позволяет более четко решать проблемы пациента, экономя временные и материальные ресурсы.

Профилактическая направленность является одной из важнейших задач первичного звена здравоохранения. Длительно наблюдая своих пациентов, иногда в течение почти всей их жизни, врач общей практики имеет уникальную возможность заниматься первичной профилактикой, объясняя пациенту правила здорового питания, важность физической активности, вред курения и чрезмерного употребления алкоголя. Зная особенности своих пациентов, имея доверительные с ними отношения, сформировавшиеся на протяжении длительного наблюдения, он может использовать свой авторитет и свое влияние для разъяснения значимости факторов риска развития заболевания и методов, направленных на их коррекцию, привлекая в качестве союзников членов семьи пациента.

Оказание помощи в контексте семьи: семья может оказать неоценимую поддержку пациенту с хроническим заболеванием, в то же время, появление хронического заболевания у одного из ее членов может оказать серьезное влияние на семью, изменить сложившиеся стереотипы, ставшие причиной появления проблем со здоровьем у других ее членов. Врач общей практики должен учитывать особенности жизненного цикла семьи, начиная от формирования отношений молодой пары до кризисных этапов, связанных с проблемами детей-подростков, «синдромом опустевшего гнезда» или уходом из жизни одного из супругов.

Коллегиальная работа в общей врачебной практике. Традиционное медицинское образование уделяет мало внимания подготовке врачей к сотрудничеству; не дает знаний, как руководить коллективом, чтобы достичь хорошей рабочей обстановки. Вместе с тем, многочисленными исследованиями убедительно показано, что хорошая работа в команде зачастую определяет качество медицинской помощи [15, 33, 58, 60]. Особенно важны такие вопросы, как правильная коммуникация и разделение полномочий, взаимное влияние членов команды, причины развития конфликтов и способы их разрешения, эффективное взаимодействие с другими специалистами, этика отношений в отделении общей практики [15]. Анализ профессионального врачебного «самочувствия» показывает, что даже при большом опыте и стаже работы врачей необходимость в получении новой информации и квалифицированной обратной связи от коллег по поводу качества своей деятельности достаточно велика. Эта потребность часто возрастает с увеличением стажа — более опытные врачи проявляют большую заинтересованность в обмене опытом и в конструктивном обсуждении, и тем самым, во внимании и поддержке коллег, чем молодые врачи [15].

Таким образом, вышеописанные принципы профессиональной деятельности семейного врача убедительно свидетельствуют о необходимости специальной психологической подготовки в системе обучения специальности «общая врачебная практика».

Большинство пациентов с психическими расстройствами обращаются за помощью скорее к интернисту, чем в службы психиатрической помощи. По различным данным, своевременная диагностика психических нарушений в общемедицинской сети проводится лишь у четверти обратившихся за помощью больных [4, 24, 37, 55, 62]. Известно, что некоторые врачи общей практики очень хорошо выявляют психические расстройства, тогда как другие большую часть из них пропускают. Большинство

врачей общей практики перебивают пациентов в первые 18 секунд беседы и в результате многие проблемы больного остаются не выявленными [61]. От того, каким образом проводится беседа с больным, зависит количество демонстрируемых им как вербальных, так и невербальных сигналов. Врачи, которые торопят больного, склонны прерывать его, задают много «закрытых» вопросов, тормозят высвобождение этих сигналов. Если же врач задает вопросы, вытекающие непосредственно из только что сообщенной больным информации, делает сочувственные, доброжелательные комментарии, когда это уместно, то больные готовы раскрыть ему свои переживания [24]. Исход беседы часто определяют такие жизненно важные вопросы, как доверие и понимание со стороны пациента, его готовность к сотрудничеству [1, 15]. Некоторые авторы указывают на важность осознания врачом своих собственных чувств и ощущений, реакций по отношению к пациенту, то есть того, что психоаналитики называют «переносом», для своевременного выявления у него психического расстройства. Например, тревожные пациенты часто имеют «ауру» безотлагательности, навязывая врачу общей практики стремление сделать что-то прямо сейчас. Предполагается, что ощущение давления или раздражения по этому поводу должно помочь при постановке диагноза. Такой подход означает, что врачи должны уметь спрашивать себя, какие чувства вызывает у них данная консультация [61].

Подготовка врачей для первичного звена в различных странах не всегда предполагает детальное изучение психиатрии и психологии. В Великобритании приблизительно половина тех, кто готовится стать врачом общей практики, посвящают шестую часть (шесть месяцев) своей трехлетней постдипломной подготовки изучению вопросов психиатрии, но даже такая подготовка соответствует не их будущей работе в первичном звене, а скорее роли специалиста стационара, имеющего дело с менее распространенными расстройствами. Перед профессиональными ассоциациями и медицинскими ВУЗами Великобритании поставлена задача проанализировать систему подготовки на предмет включения в нее существенного объема времени на изучение вопросов психиатрии и психологии в первичном звене. Указывается, что хорошим примером этому является система базовой подготовки врачей общей практики в Манчестере, разработанная Дэвидом Голдбергом [57, 60].

До последнего времени исследования были направлены на выявление и лечение психических заболеваний в общей врачебной практике, но в настоящее время подчеркивается, что важно не пренебрегать также оценкой различных стратегий укрепления психического здоровья и психопрофилактики в первичном звене среди всех возрастных групп [51, 60, 62]. Схемы прикрепления психологов к общей врачебной практике были подвергнуты оценке при лечении тревожных расстройств и при проведении когнитивной терапии при депрессии. В ряде работ описана потенциальная роль психологии в интегрированных системах оказания медицинской помощи [53, 54, 56]. В Иране, например, психологи выполняют роль контролеров качества в отношении работников первичного звена, посещая их каждый месяц с целью оказания поддержки, супервизии и проверки качества их работы [54].

Для изучения профессиональной психологической компетентности врачей применяются различные методы. Распространенным является метод супервизии, когда в результате консультирования более опытным и специально подготовленным коллегой (супервизором) профес-

сионал получает возможность рефлексировать и интегрировать свои личные способы реагирования, объективные знания, субъективный опыт и конкретные клинические ситуации. Супервизия может быть как индивидуальной, так и групповой, при этом супервизируемые сами попеременно выступают в роли супервизоров, что предполагает достаточный опыт практической работы и высокую степень самоконтроля ее участников. Преимуществом групповой формы супервизии является предоставление более многообразной и действенной обратной связи, что способствует развитию профессиональной идентичности [22]. Супервизия отличается по своим подходам от балинтовских групп, где основное внимание сосредоточено на взаимоотношениях «врач-пациент». Балинтовская группа также является широко признанным методом получения обратной связи для улучшения профессиональных психологических качеств: нацеленная на новый способ сенситивного слушания, она способствует более глубокому восприятию собственной личности и осознанию личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширяет представления о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; позволяет проводить психопрофилактику участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки. Используются такие вспомогательные материалы, как стенограммы, магнитофонные и видеозаписи, проводится психодраматическое проигрывание сложных случаев [13, 15, 22, 39]. Таким образом, как в супервизии, так и в балинтовской группе используются такие традиционные методы социально-психологической диагностики, как наблюдение (как включенное, так и невключенное, в том числе и скрытое) и эксперимент [32].

Таким образом, своевременное выявление психических расстройств врачами первичного звена является актуальной проблемой общей стратегии здравоохранения. С одной стороны, это связано с масштабом распространения психических заболеваний, а также с медицинской и с социально-экономической значимостью сохранения психического здоровья населения. С другой стороны, диагностика психических расстройств в общемедицинской практике в настоящее время недостаточно эффективна: своевременное обнаружение симптомов психических расстройств проводится врачами – интернистами лишь примерно в четверти случаев. По данным литературы, среди причин несвоевременной диагностики психических заболеваний врачами первичного звена, помимо недостаточных специальных медицинских знаний в области психиатрии, существуют также и причины психологического характера. К ним относят: недостаточно высокую мотивацию врачей к профессиональному и личностному развитию, неэффективное профессиональное общение с пациентами, с коллегами, с узкими специалистами-консультантами; недостаточно хорошо развитые навыки совладания со стрессом и поведения в конфликтных ситуациях, недостаточно развитые способности к рефлексии и сензитивности в общении, недостаточно высокий уровень эмпатии [15, 24, 33, 37, 50, 54, 59, 60, 62].

Литература

1. Абхольц Х.-Х., Безель К., Бени Р. и соавт. Общепрактическая и семейная медицина. Пер. с нем. – М. 1997. – 620 с.
2. Аверин В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования.// Автореф. дис. ... д-ра психол.

наук. – СПб. – 1997.

3. Аверин В.А. Психология медицинского образования. – СПб., 1995.
4. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 256 с.
5. Берлов А. Психологические особенности современного пациента. – Врач. – 2003. – № 9
6. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. Ростов-н./Д.: «Феникс», 1996. – 448 с.
7. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. М.: ПЕР СЭ, 2001. – 511 с.
8. Бодров В. А. Психологические исследования проблемы профессионализации личности // Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала / Под ред. В.А. Бодрова. М., 1991.
9. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб., 2000.
10. Бусовикова О. П., Мартынова, Т. Н.. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников // Российский психиатрический журнал. – № 1. – 2004. – С.164–174.
11. Васюк А.Г. Психологические особенности профессионального становления личности врача. // Автореф. дис. ... канд. психол. и педаг. наук. – М. – 1993.
12. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М., 1990.
13. Винокур В.А., Чечик А.А. Трудный больной? Трудный врач? Трудный случай? //Российский семейный врач. Том 5. № 4. 2001. – С. 60-65.
14. Винокуров Л. С, Скрипнюк И.И. Организационная психология. – СПб.: Питер, 2001. – 512 с. (Серия «Хрестоматия по психологии»)
15. Гец Л., Вестин С. Руководство для преподавателей и врачей общей практики./перевод с норвежского под ред. Проф. О.Ю.Кузнецовой. – СПб.: СПб МАПО, 2005. – 352 С.
16. Демина Л.Д. Ральникова И.А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности. – М., 2004
17. Доброва О.Ю. Синдром эмоционального выгорания. – М., 2002
18. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве или социально-психологические факторы успешности деятельности врача. // Медицина. – 1999. – № 3. –С. 10–11.
19. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов: Учебник. – М.; Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2004. – 336 с.
20. Занковский А.Н. Организационная психология. М., 2002. – 648 с.
21. Ильин Е.Л. Мотивация и мотивы – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
22. Карвасарский Б.Д.(общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. – Спб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
23. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов-на-Дону. 1996.
24. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи больным депрессиями врачами первичного звена. Россия – США. 2002. – 79 с.
25. Кондаков И.М., Сухарев А.В. Методологические основания зарубежных теорий профессионального развития // Вопр. психол. 1989. № 5. С. 158–164.
26. Коррекционно-обучающие программы повышения уровня профессионального развития учителя: Учебное

- пособие /Л.М. Митина, Е.С. Асмаковец, И.В. Вачков, и др. Под. Ред. Митиной Л.М. – М.: Московский психолого-социальный институт; «МОДЭК», 2001. – 304 с.
27. Ладзина Н. Профессиональная деформация личности и ее проявления // Психология. – 2002. – № 8
28. Лисенкова Л.Ф. Психология и этика деловых отношений. – М.: Институт практической психологии, 1998. – 336 с.
29. Маслоу А.Г. Мотивация и личность / Пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999 – 479 с.
30. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. – М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 592 с.
31. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. – 2001. – Т.22, № 1. – С. 90–101.
32. Прикладная социальная психология./ Под ред. А.Н.Сухова и А.А.Деркача – М.: Издательство «Институт практической психологии», 1998. – 688 с.
33. Методические рекомендации «Основа для взаимодействия врачей общей практики и узких специалистов поликлиник и стационаров в переходный период становления общей врачебной практики (семейной медицины)». Ассоциация врачей общей практики РФ. Москва. 2004. – 31 с.
34. Пряжников Н.С. Методы активизации профессионального и личностного самоопределения. Москва-Воронеж, 2002.
35. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис, функционирование, диагностика. М., 1996. 28. изд. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003. – 320 с.
36. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии – СПб.: Питер, 2001. – 720 с.
37. Руководство по психическому здоровью в общей практике ВОЗ. (вебсайт: <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/whoguidemhpcuk/>)
38. Свирипо О.А., Туманова О.С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. – М.: Издательство Института Психотерапии Ю 2004. – 270 с.
39. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача. – СПб., 2001
40. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений: модифицированный вариант интерперсональной методики Т.Лири. – М., 1990. – 48 с.
41. Собчик Л., Волкова Т. Психодиагностика на службе кадровика // Управление персоналом. – 2001. – № 2. – С.39–44.
42. Творогова Н. Д. Нарушение психической саморегуляции медицинских работников. Синдром эмоционального выгорания // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №1. – С.34–38.
43. Тресиддер Дж. Словарь символов. М.: ФАИР-ПРЕСС, 1999. – 448 с.
44. Файзуллаев А.А. Мотивационная саморегуляция личности. – Ташкент, 1987. – 328 с.
45. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения / Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 240 с.
46. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров. // Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб. – 1994. – 16 с.
47. Шакуров Р.Х. Мотивация профессиональной деятельности: новые подходы. – М., 1994. – 423 с.
48. Шевандрин Н.И. Психодиагностика. Коррекция и развитие личности. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 512 с.
49. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. – М., 2004
50. Ashenden R., Silagy C., &Weller D. A systematic review of effectiveness of promotion lifestyle change in general practice. *Family Practice*. – 1997. Vol. 14. – P. 60–175.
51. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*. – 1999. – Vol. 50. – P. 525–534.
52. Brown, J.S.L.&Cochrane R. A comparison of people who are referred to a psychology service and those self refer to large-scale stress workshops open to the general public. *Journal of Mental Health*. 1999. – V.8. – P. 297–306.
53. Brown, J.S.L., Cochrane R.& Hancox, T. Large – scale health promotion stress workshops for the general public: A controlled evaluation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2000. –V. 28. – P. 139–151.
54. Caan W. Good for mental health: An academy for the social sciences. *Journal of Mental Health*. 2000. – V.9. – P 117–119.
55. Feder A., Olfson M., Gameroff M. et al. Medically Unexplained Symptoms in an Urban General Medicine Practice.- *Psychosomatics*, 2001; 42:261–268.
56. Friedman R., Sobel d., et al. Behavioural medicine, clinical health psychology and cost offset. *Health Psychology*. 1995.-V. 14. – P.509-518.
57. Goldberg, D.P. & Huxley, P. Common Mental Disorders – A Biopsychosocial Model. London. 1992.
58. Joseph A.DeVito. Human Communication. The Basic Course. Longman. 2000. – P. 219–260.
59. Peveler R., Carson A., Rodin G. ABC of psychological medicine: Depression in medical patients.- *BMG*, 2002; 325:149–152.
60. Roudledge & Kegan Paul. Goldberg D.& Gourney K. The General Practitioner, the Psychiatrist and the Burden of Mental Health Care. Maudsley Discussion Paper. Institute of Psychiatry, King's College, London. 2000.
61. Trevor Turner. Тревога. Ответы на ваши вопросы. El-seivier Science Limited. 2003. – 192 с.
62. Ustin B.T., Sartorius N. Mental illness in general health practice. An international study. – NY, 1995.