

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И. М. ШУРМА

Харьковский национальный медицинский университет

Рассмотрены вопросы клинической структуры и динамики формирования состояний психической дезадаптации у руководящих работников системы здравоохранения. Описана методика их обследования и представлены полученные результаты. Выделены два основных состояния психической дезадаптации: синдром профессионального выгорания и ситуационно обусловленные состояния психической дезадаптации.

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, руководящие работники системы здравоохранения, психическая дезадаптация.

Общеизвестно, что синдром выгорания возникает в результате сложного баланса факторов и является сверхдетерминированным [1–3]. В настоящее время пристальное внимание как зарубежных, так и отечественных исследователей привлекают различные аспекты изучения синдрома выгорания, связанные с определением понятия, методиками диагностики и способами коррекции [4]. Выгорание возникает вследствие неуправляемого стресса, который вызывается разными стрессорами. Эти различные психологические воздействия постоянно суммируются во многих сферах жизнедеятельности, и если личность может реагировать на них адаптивными способами, то действует успешно, эффективно, постепенно повышая свою уверенность и функциональную активность. Если же внешние (либо внутренние) требования постоянно преобладают над ресурсами человека, состояние равновесия нарушается, возникает дезадаптивная реакция, которая со временем закрепляется и постепенно приводит к выгоранию [5–8].

Существует как минимум несколько составляющих синдрома выгорания. Личностные особенности индивидуума, социальное окружение, а также психофизиологические изменения, связанные с возрастом и соматическим состоянием, очевидно, имеют стойкую связь с возникновением протрагированного рабочего стресса и неудовлетворенности работой, которые, в свою очередь, влияют на качество оказания медицинской помощи пациентам. Однако, по мнению многих исследователей, в происхождении и течении синдрома выгорания личностные особенности индивидуума имеют намного большее значение, чем демографические характеристики и факторы рабочей среды [9].

Признаки выгорания принято делить на три группы: эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение личных достижений.

Известно, что к руководящему работнику предъявляются особые требования, поэтому в данном контексте достаточно большое значение приобретает зависимость между адаптивной личностной структурой работающего в управленческой сфере индивидуума и профессиональными условиями работы. С этой точки зрения, в частности, рассматривается утрата руководителями способности к отслеживанию и фиксации личностных реакций и адекватной способности к принятию решений в моменты сложных рабочих ситуаций вследствие синдрома выгорания.

Руководящий работник постоянно подвергается аффективным воздействиям, поскольку это является одной из основных составляющих его профессиональной деятельности. В связи с этим существует осознанная необходимость приобретать новые психологические навыки в определении своих отдельных эмоциональных реакций на различные аспекты взаимоотношений. Источником неблагоприятных реакций руководителя служит не только персонал, с которым он постоянно взаимодействует, но и собственная психологическая структура. Для того чтобы иметь возможность контролировать эмоционально насыщенные ситуации, руководитель должен быть способен переносить и понимать свои аффекты и когнитивные переживания.

Целью данного исследования явилось изучение структуры и динамики формирования различных вариантов психической дезадаптации у работников руководящего звена учреждений здравоохранения.

Нами были обследованы 200 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части лечебных учреждений г. Харькова (100) и Харьковской области (100).

Все они проходили структурированное нарративное интервьюирование и обследование по методике В. В. Бойко. Проводилось определение средних значений признаков и ошибок их репре-

зентативности, достоверность полученных результатов определяли с помощью критериев Стьюдента (различия считали достоверными при $p < 0,05$) с применением метода стандартизации.

Данные о **возрасте, месте работы и гендерном** распределении обследованных приведены в табл. 1. Среди руководящих работников и городской, и сельской сфер преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет. Были выявлены следующие различия по гендерному признаку: среди главных врачей города и области преобладали мужчины ($82 \pm 4\%$), среди заместителей главных врачей по медицинской части города и области — женщины ($78 \pm 4\%$) (значимость различий $p < 0,001$).

По результатам структурированного нарративного интервью и обследования по методике В. В. Бойко у **160 обследованных были установлены** нарушения психической адаптации. У 70 ($35,00 \pm 3,37\%$) человек эти нарушения были идентифицированы как синдром профессионального выгорания (СПВ), а у 90 ($45,00 \pm 3,51\%$) — как ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации (СОРПД).

Для исследования СПВ по методике В. В. Бойко определялись: сумма баллов, отражающих выраженность симптома выгорания, отдельно для каждого из 12 симптомов; сумма показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования выгорания; итоговый показатель синдрома выгорания — сумма показателей всех 12 симптомов.

Использованная методика позволяет получить подробную картину СПВ. Показатель выраженности каждого из его симптомов находится в пределах от 0 до 30 баллов: 9 баллов и менее — не сложившийся симптом; 10–15 баллов — складывающийся симптом; 16–19 баллов — сложившийся симптом; 20–30 баллов — симптом относится к доминирующим в фазе или во всем синдроме выгорания.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов обследования — анализ показателей фаз развития стресса (напряжение, резистентность и истощение). В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов.

В результате проведенного обследования было установлено (табл. 2), что СПВ имел место у 70 руководящих работников ($35,00 \pm 3,37\%$), из них — у 30 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части Харькова ($15,00 \pm 2,52\%$ от общей численности обследованных) и у **40 главных врачей и заместителей главных врачей** по медицинской части Харьковской области ($20,00 \pm 2,83\%$ от общей численности сотрудников). СПВ чаще регистрировался среди руководящих медицинских работников области, чем города ($p < 0,05$).

Данные о структуре СОРПД, представленные в табл. 3, позволяют сделать следующие обобщения.

К астеническому варианту дезадаптации было отнесено $17,77 \pm 4,02\%$ обследованных с СОРПД.

Этот вариант характеризовался широким кругом преимущественно астенических симптомов. Сначала появлялось чувство общей усталости, как умственной, так и физической, причем оно не воспринималось субъективно как болезненное, а находило объяснение в **излишней перегруженности** неприятными переживаниями. Затем начинали присоединяться такие симптомы, как неустойчивость внимания, утомляемость, ухудшение памяти, приводящие к снижению психической продуктивности.

Отмечалось затруднение воспроизведения нужных **в данный момент данных, в особенности** имен, дат и т. п. Наблюдались забывчивость, рассеянность, отвлечение внимания на посторонние темы.

В сфере соматических ощущений отмечались чувство общей разбитости, слабости, тяжести в мышцах, вялости. Возрастала потребность в отдыхе, который, однако, не приносил бодрости и восстановления сил. Напряженная деятельность была возможна только благодаря значительному напряжению воли, «через силу». Признаки физического утомления сопровождалась цефалгическими ощущениями. Эти жалобы излагались как ощущение «тяжести в голове», переходящие головные боли различной локализации. Иногда обследуемые жаловались на нарушение сна, проявляющееся в затрудненном засыпании, раннем пробуждении или недостаточной глубине сна. Наблюдались единичные эмоциональные расстройства **в виде гипотимических эпизодов, эмоциональной лабильности, раздражительной слабости, тревоги.** Снижение продуктивности деятельности обследуемыми не воспринималось как болезненный признак, относилось ими к **ленности, слабости.** У них не возникало потребности обратиться к **врачу, хотя при тщательном расспросе эти жалобы охотно излагались.**

Обсессивно-фобический вариант был диагностирован у $26,66 \pm 4,66\%$ обследованных с СОРПД. Состояние определялось изредка возникающими переживаниями навязчивого страха с четкой фобулой на фоне выраженной тревоги. Фобии возникали при ожидании столкновения с **патогенной** ситуацией. У части обследованных фобии появлялись и в индифферентной обстановке при мысленном представлении травмирующих объектов или ситуаций. Содержание страхов было самым разнообразным: страх смерти или болезни, несчастного случая, открытых или замкнутых пространств, темноты, одиночества и т. п. Широкий был спектр социальных страхов.

В структуре данного синдрома можно было выделить несколько типов защитных поведенческих реакций. Характерным поведением было бессознательное избегание ситуаций, вызывающих или усиливающих тревогу и страх. Кроме этого, в ряде случаев использовались другие пассивные способы самозащиты: ношение лекарств и другие варианты облегчения столкновения с пугающей

Таблица 1

Распределение обследованных по возрасту, полу и месту работы (город или область)

Контингент обследованных			Возраст, лет			
			31–40	41–45	46–50	51–60
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части города, $n = 100$	Мужчины, $n = 57$	абс. ч. %	8 14,03±4,61	12 21,05±5,41	20 35,09±6,32	17 29,82±6,06
	Женщины, $n = 43$	абс. ч. %	5 11,63±4,89	12 27,9±6,84	15 34,88±7,26	11 25,58±7,27
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части области, $n = 100$	Мужчины, $n = 52$	абс. ч. %	3 5,77±3,23	24 46,15±6,91	18 34,61±6,59	7 13,46±4,73
	Женщины, $n = 48$	абс. ч. %	4 8,33±3,99	15 31,25±6,69	23 47,92±7,21	6 12,5±4,77

Таблица 2

Выраженность синдрома профессионального выгорания у обследованных лиц

Контингент обследованных			Показатель выраженности в баллах			
			9 и менее	10–15	16–19	20 и более
Главные врачи, и заместители главных врачей по медицинской части города, $n = 100$	Мужчины, $n = 57$	абс. ч. %	42 73,68±5,83	6 10,53±4,07	8 14,04±5,61	1 1,75±1,74
	Женщины, $n = 43$	абс. ч. %	28 65,12±7,25	7 16,28±5,63	8 18,61±5,94	— —
Главные врачи, заместители главных врачей по медицинской части области, $n = 100$	Мужчины, $n = 52$	абс. ч. %	27 51,92±6,93	10 19,23±5,47	12 23,08±5,84	3 5,77±3,23
	Женщины, $n = 48$	абс. ч. %	33 68,75±6,69	6 12,50±4,77	7 14,58±5,09	2 4,17±2,89
Всего, $n = 200$		абс. ч. %	130 65,00±3,37	29 14,50±2,49	35 17,50±2,69	6 3,00±1,20

Таблица 3

Распределение клинических вариантов реакций психической дезадаптации у работников руководящего состава учреждений здравоохранения

Варианты	Главные врачи, заместители главных врачей по медицинской части города, $n = 38$		Главные врачи, заместители главных врачей по медицинской части области, $n = 52$		Всего, $n = 90$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Астенический	10	26,32±7,14	6	11,53±4,42	16	17,77±4,02
Соматовегетативный	14	36,84±7,82	17	32,69±7,94	31	34,44±5,01
Обсессивно-фобический	9	23,69±6,89	15	28,84±6,28	24	26,66±4,66
Тревожный	5	13,16±5,48	14	26,92±6,15	19	21,11±4,31

ситуацией. Другим типом поведения лиц с обсессивно-фобическим синдромом была активная борьба со страхами, которая заключалась в попытках волевого преодоления страха перед различными ситуациями, аутопсихотерапия по типу самоотвлечения, самоубеждения, самовнушения.

В целом, обсессивно-фобический синдром включал в себя широкий круг психопатологических

феноменов. Астения, раздражительность, диссомнические расстройства, повышение (реже — снижение) идеомоторной активности составляли факультативные компоненты синдрома. Следует отметить также, что все обследованные осознавали бессомнительность собственных страхов.

К соматовегетативному варианту СОРПД, который характеризовался сочетанием различных

соматовегетативных симптомов, были отнесены 34,44±5,01% обследованных. На первый план выступали жалобы на головные боли, головокружения, неприятные ощущения в области сердца, живота, парестезии в **конечностях**, «спазмы» различной локализации, ощущения похолодания в конечностях или потливость. Наиболее типичными были тупые или пульсирующие головные боли, ощущения «сжимания», сдавливания в голове и в грудной клетке, **слабость при умеренной физической или умственной нагрузке**.

Комплекс вышеописанных нарушений не был постоянным, жалобы проявлялись в различных сочетаниях в разное время у одного и того же обследованного. Незначительная выраженность вегетативных дисфункций, полиморфизм делали невозможным их отнесение к вагоинсулярным или симпатoadреналовым кризам.

Для этого варианта СОРПД характерной была меньшая актуальность эмоционального компонента нарушений. При дополнительном интерактивном интервью обследованные сообщали **о своей раздражительности** или обидчивости, впечатлительности, не свойственных им ранее. Наблюдались колебания настроения по незначительным поводам, тревожность, страхи. Характерно, что эти невротические радикалы не обнаруживали тенденции к образованию какого-либо очерченного синдрома, сохраняя полиморфизм.

Чаще всего наиболее типичные проявления соматовегетативного варианта дезадаптации возникали в эмоционально напряженных ситуациях межличностного взаимодействия, затрагивающих индивидуально значимые ценности. При разрешении напряженной ситуации неприятные ощущения вегетативного спектра быстро проходили, в части случаев некоторое время сохранялись следовые эмоциональные реакции **в виде сниженного настроения** или раздражительности. Жалобы возникали лишь при угрозе индивидуально значимым ценностям, не отмечалось фиксации на неприятных переживаниях, через короткое время восстанавливалось ровное настроение.

Тревожный вариант был выделен у 21,11±4,31% лиц с СОРПД и характеризовался доминированием

ощущений тревоги и **страха**. Зачастую это ощущалось как немотивированное чувство без содержательного пояснения. Чаще тревога развивалась постепенно, носила неопределенный характер и описывалась как тягостное предчувствие, беспокойство, внутреннее напряжение, ожидание несчастья. Тревожность касалась различных сфер жизни и была направлена на близкое и отдаленное будущее. Обследуемые опасались, что не смогут оправдать ожидания окружающих, справиться с **необходимым объемом обязанностей**. «Содержание» тревоги постоянно менялось: это были опасения по поводу своего состояния, своих действий или поступков окружающих лиц. Особенно мучительными для этих лиц были любые ситуации ожидания. Иногда разнообразные тревожные опасения приобретали сверхценный характер. Зачастую удавалось выявить идеи виновности (совершенной ошибки). Сужение диапазона эмоционального реагирования проявлялось в недостаточной реакции на события, ранее вызывавшие радость. Рассеянность, снижение концентрации внимания, и, как следствие, ухудшение памяти также были присущи данному варианту СОРПД.

Хотя непсихотические психические расстройства у **руководителей с СОРПД** характеризовались широким спектром психопатологических нарушений, выявленная симптоматика отличалась полиморфизмом, слабой выраженностью, динамичностью, зависимостью от психоэмоциональной ситуации.

Приведенные данные показывают, что 80% лиц руководящего состава имеют признаки психической дезадаптации. При этом ни у кого из обследованных не были обнаружены варианты психической дезадаптации, достигающие степени выраженных клинических невротических проявлений. У 45,00±3,51% обследованных обнаружены ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации, у 35,00±3,37% — СПВ.

Полученные результаты должны учитываться при разработке системы медико-психологического сопровождения профессиональной деятельности работников руководящего звена учреждений здравоохранения.

Список литературы

1. *Юрьева Л. Н.* Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция / Л. Н. Юрьева. — К.: Сфера, 2004. — 272 с.
2. *Гавриленко М. А.* Особенности синдрома «выгорания» у врачей-психиатров / М. А. Гавриленко // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: материалы науч.-практ. конф., посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. — Харьков, 2002. — С. 55–56.
3. *Федак Б. С.* Синдром професійного вигорання і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. С. Федак. — Харків, 2009. — 20 с.
4. Самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия / Сост. М. Л. Покрасс. — Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2000. — 656 с.
5. *Юрьева Л. Н.* Некоторые характеристики ментальности и **эмоционального состояния врачей-психиатров** / Л. Н. Юрьева // *Журн. психиатрии и медицинской психологии.* — 1999. — № 1 (5). — С. 106–109.
6. *Юрьева Л. Н.* Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины / Л. Н. Юрьева // *Вісн. Асоціації психіатрів України.* — К., 1998. — № 1. — С. 9–15.

7. *Скугаревская М. М.* Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья / М. М. Скугаревская // БМЖ.— 2002.— № 2.— С. 12–18.
8. *Тихонська І. М.* Досвід роботи групи для персоналу за типом Балінтовської у дитячому відділенні Львівської обласної державної клінічної психіатричної лікарні / І. М. Тихонська, Г. Д. Дарій, О. А. Добродняк // Форум психіатрії і психотерапії.— 2000.— Т. 2.— С. 72–74.
9. *Трунов Д. Г.* «Синдром сгорания»: позитивный подход к проблеме / Д. Г. Трунов // Журн. практического психолога.— 1998.— № 8.— С. 84–89.

ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА СИНДРОМУ ВИГОРЯННЯ У КЕРІВНИХ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

I. M. SHURMA

Розглянуто питання клінічної структури й динаміки формування стану психічної дезадаптації у керівних працівників системи охорони здоров'я. Описано методику їх обстеження і представлено отримані результати. Виділено два основних стани психічної дезадаптації: синдром професійного вигорання та ситуаційно обумовлені стани психічної дезадаптації.

Ключові слова: синдром професійного вигорання, керівні працівники системи охорони здоров'я, стан психічна дезадаптація.

FORMATION OF MENTAL DEADAPTATION AND BURN OUT SYNDROME IN SENIOR OFFICIALS OF THE HEALTH SYSTEM

I. M. SHURMA

The problems of clinical structure and dynamics of formation of states of mental deadaptation in senior officials of the health system are featured. The technique of their investigation is described. The obtained findings are presented. Two main states of mental deadaptation, i.e. burn out syndrome and situationally conditioned states of mental deadaptation were distinguished.

Key words: professional burn out syndrome, officials of the health system, mental deadaptation.

Поступила 04.04.2013