

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Кухтенко Юлия Александровна

**ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПАЦИЕНТАМИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

14.01.06 – психиатрия

19.00.04 – медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
д.м.н., профессор Макаров В.В.

Научный консультант:
д.м.н., доцент Караваева Т.А.

Москва

2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Развитие представлений о механизмах, проявлениях и коррекции синдрома эмоционального выгорания (обзор отечественной и зарубежной литературы).....	24
1.1. История изучения синдрома эмоционального выгорания	24
1.2. Распространенность и особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.....	31
1.3. Этиология и механизмы формирования синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.....	41
1.4. Концепция синдрома эмоционального выгорания в медицинской психологии	47
1.5. Концепция синдрома эмоционального выгорания в психиатрии.....	49
1.6. Коррекция и профилактика синдрома эмоционального выгорания	58
Глава 2. Материалы и методы	64
2.1. Материалы исследования. Характеристики выборки.....	64
2.2. Методы и дизайн исследования.....	66
Глава 3. Описание методики интегративной психотерапии, разработанной для коррекции синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля	72
3.1. Обоснование интегративной психотерапии синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.....	72
3.2. Задачи и мишени интегративной психотерапии для коррекции синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля	78

3.3. Описание методики интегративной психотерапии для коррекции синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля	80
Глава 4. Результаты исследования.....	86
4.1. Результаты клинического обследования специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.....	86
4.2. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространенности синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля	93
4.3. Характеристики и особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.....	106
4.4. Характеристика экспериментальной группы.....	122
4.5. Изучение психологических особенностей у представителей различных специальностей (психологические защиты, личностная и ситуативная тревожность).....	125
4.6. Изучение общего и ситуативного компонентов тревоги, их связь с синдромом эмоционального выгорания.....	134
4.7. Динамика синдрома эмоционального выгорания и качества жизни на фоне интегративной групповой психотерапии (сравнение до – после).....	142
4.8. Исследование предикторов эффективности интегративной групповой психотерапии (результаты дискриминантного анализа).....	149
Заключение.....	158
Выводы.....	172
Практические рекомендации.....	176
Список литературы.....	178
Список сокращений.....	202

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и степень разработанности проблемы

Актуальность исследования. Феномен выгорания является предметом изучения зарубежных и отечественных специалистов в течение последних 50 лет, что подтверждает актуальность и важность данной проблемы (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Бойко В.В., 1996, 1999; Винокур В.А., 1998, 2015; Орел В.Е., 2001; Ларенцова Л.И., 2002; Скугаревская М.М., 2003, Лозинская Е.И., 2007, 2014; Лукьянов В.В., 2007; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008; Фокина Т.Ю., 2009; Исаева Е.Р., 2010; Золотухина Л.В., 2011; Васильева А.В., 2012; Вахренева О.А., 2014; Васильева Н.Г., 2016; Городнова М.Ю., 2016; Бочаров В.В., 2017; Maslach С., 1981, 1982, 2001; Freudenberger Н.Ј., 1990; Leiter М.Р., Harvie Р.Л., 1996). Гуманизация общества способствовала в 70-х годах прошлого столетия развитию концепции выгорания специалистов, которая впоследствии получила широкое признание среди теоретиков и практиков как важная социально-психологическая проблема, требующая пристального внимания и изучения (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Бойко В.В., 1996, 1999; Орел В.Е., 2001; Вассерман Л.И., 2001; Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А., [ред.] «Стресс, выгорание, совладание...», 2011; Макаров В.В., 2016; Demerouti E., 2001).

Актуальность проблемы синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) вышла на первое место по значимости в 2020 году, в связи с развитием пандемии атипичной пневмонии COVID–19, которая стала существенной угрозой для общественного здравоохранения во всем мире и оказала значительное влияние на психическое и физическое здоровье врачей (Recknor F., Gordon M. et al., 2020). В условиях высокого уровня психологических нагрузок, накопление негативных эмоций, страх быть инфицированным вирусной инфекцией, ощущение беспомощности оказывают на медицинский персонал всего мира значимое влияние, что в ряде случаев приводит к врачебным ошибкам и задержкам в

принятии тактически важных решений (Son H., Lee W.J., Kim H.S. et al., 2019). ВОЗ, организаторы здравоохранения всех стран разрабатывают рекомендации по профилактике и коррекции СЭВ у врачей и медицинского персонала, оценивая как одну из приоритетных задач.

Важной целью для организаторов здравоохранения является оказание лечебно-профилактической помощи населению, что напрямую связано с оптимизацией лечебной среды и лечебного процесса (Кабанов М.М., 1998; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997; Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Лозинская Е.И., 2007; Лукьянов В.В., 2006, 2007, 2008; Незнанов Н.Г., 2009; Городнова М.Ю., 2016; Макаров В.В., 2016; Караваева Т.А., 2014, 2017; Васильева Н.Г., 2016; Коцюбинский А.П., 2013, 2018; Шамрей В.К., Марченко А.А., 2019). Предметом изучения является сам лечебный процесс, факторы, влияющие на него, взаимодействие его участников, а также влияние лечебной среды на здоровье специалистов (Александров А.А., 1997, 2007; Вассерман Л.И., 2001; Карвасарский Б.Д., [ред.] «Психотерапия...», 2007; Эйдемиллер Э.Г., 2010, 2012; Лозинская Е.И., 2014; Вахренева О.А., 2014; Караваева Т.А., 2015; Пахтусова Е.Е., 2015; Городнова М.Ю., 2016; Матюшкина Е.Я. и соавт., 2020; Snibbe J.R. et al., 1989).

СЭВ – многокомпонентное состояние, «проявляющееся физическим и психическим истощением, деперсонализацией и редукцией профессиональных достижений, вызванное интенсивным межличностным взаимодействием при работе с людьми, которая сопровождается эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью» (Усанина С.В., 2002, с. 63). «Синдром эмоционального выгорания представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы» (Сидоров П.И., 2007, с. 129).

В литературе приводятся различные причины формирования СЭВ, которые в совокупности определяют риск и вероятность его развития для конкретного специалиста (Ларенцова Л.И., 2002; Коростылева Л.А., 2003; Сидоров П.И., 2005;

Боченков А.А. и соавт., 2006; Величковская С.Б., 2008; Поройский С.В., 2015; Purvanova R.K., Muros J.P., 2010; Ballenger-Browning K.K. et al., 2011; Pejušković V., 2011). Одной из таких причин является неудовлетворенность специалиста эффективностью и результативностью своей профессиональной деятельности, которая напрямую связана с выздоровлением пациента, стабилизацией его состояния, длительностью ремиссии. Эти условия часто невыполнимы в практической работе врача-психиатра и врача-нарколога, поскольку большая часть заболеваний пациентов относятся к нозологическим категориям, характеризующихся хроническим прогрессирующим течением, приводящим к дефицитарным состояниям, интеллектуальному, социальному и личностному снижению (Величковская С.Б., 2008; Вахренева О.А., 2014; Караваева Т.А., 2015; Городнова М.Ю., 2016; Васильева Н.Г., 2016; Шамрей В.К., Марченко А.А., 2019; Berry K., Barrowclough C., Haddock G., 2011). Профессиональные риски врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в большей степени опосредованы необходимостью создания и поддержания качественного контакта, эмоционального погружения во внутренний мир, жизнь пациента, напряжением, связанным с эмпатичным участием, конгруэнтной поддержкой пациентов, которые имеют личностные, эмоциональные и поведенческие нарушения (Garman A.N., Corrigan P.W., Morris S., 2001; Бочаров В.В., Шишкова А.М., 2016; Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С., 2017; Карягина Т.Д. и соавт., 2017; Усманова Е.Б. и соавт., 2019).

Эффективность терапевтического воздействия во многом определяется качеством взаимоотношений врача и пациента, которое зависит от множества факторов. Личностные особенности, уровень эмпатии, фрустрационная толерантность специалиста, стратегия профессионального взаимодействия, способность совладать с негативными проявлениями со стороны пациента, устойчивость к стрессорным нагрузкам являются характерными и неотъемлемыми составляющими, обеспечивающими необходимые условия для качественного контакта, глубокого понимания пациента, проведения интраперсональных интервенций (Мясищев В.Н., 1960, 2004; Ташлыков В.А., 1984; Исурина Г.Л.,

1994; Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Вассерман Л.И. и соавт, 2005, 2008; Карвасарский Б.Д., 2007; Лозинская Е.И., 2007; Величковская С.Б., 2008; Подсадный С.А., Орлов Д.Н., 2008; Юрьева Л.Н., 2008; Лукьянов В.В., 2006, 2007, 2008; Эйдемиллер Э.Г., 2012; Сазонов В.Я., 2012; Залевский Г.В., 2013; Караваева Т.А., 2014, 2017; Винокур В.А., 2015; Поддубная Т.В., 2015; Городнова М.Ю., 2016; Макаров В.В., 2016; Коцюбинский А.П. и соавт., 2018). Представления о важной роли в лечебном процессе взаимоотношений между врачом и пациентом развивалось в рамках реабилитационного направления в психиатрии, традиционно разрабатываемого Ленинградской / Санкт-Петербургской школой психиатрии и психотерапии (Ташлыков В.А., 1984; Исурина Г.Л., 1994; Александров А.А., 1997, 2007; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997; Кабанов М.М., 1998; Винокур В.А., 1998, 2015; Вассерман Л.И., 2001; Незнанов Н.Г., 2009; Эйдемиллер Э.Г. 2010, 2012; Лутова Н.Б., 2013; Караваева Т.А., 2014; Васильева Н.Г., 2018; Шамрей В.К., Марченко А.А., 2019).

Предрасполагающим фактором развития СЭВ являются особенности специфического асимметричного взаимодействия между специалистом помогающих профессий и пациентом, в котором первый вне зависимости от своих внутренних переживаний, установок, личных обстоятельств по определению должен оказывать помощь, поддержку, заботу, проявлять внимание, отзывчивость, быть постоянно включенным в эмоциональный мир и проблемы пациента, принимающего эту помощь (Умняшкина С.В., 2001; Скугаревская М.М., 2002, 2003; Ларенцова Л.И., 2002; Малыгин В.Л., Пахтусова Е.Е., Искандирова А.Б., 2008; Фокина Т.Ю., 2009; Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С., 2017; Васильева Н.Г., 2016). Учитывая большую эмоциональную и профессиональную нагрузку, а также пролонгированные высокие требования и напряжение, специалист нередко оказывается в ситуации, где его эмоциональных и физических ресурсов оказывается недостаточно, результатом этого является формирование СЭВ, который не только приводит к неэффективной профессиональной деятельности, возможности нанесения вреда пациентам, но и к нарушению психического и физиологического функционирования самого

специалиста (Мясищев В.Н., 1960, 2004; Сидоров П.И., 2005; Величковская С.Б., 2008; Юрьева Л.Н., 2008; Эйдемиллер Э.Г., 2010, 2012; Матюшкина Е.Я. и соавт., 2020).

Значительную роль в возникновении СЭВ играет исходная нервно-психическая устойчивость (НПУ) специалиста. Показатель уровня НПУ отражает риск дезадаптации личности в условиях стресса, когда система эмоционального отражения функционирует в критических условиях, вызываемых внешними и внутренними факторами, что отмечается в трудах многих исследователей (Шамрей В.К., Курпатов В.И., [ред.], 2017; Боченков А.А. и соавт., 2006; Черкасова Е.С., Сажаяев А.М., Гришин О.В., 2013; Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015; Караваева Т.А., Кухтенко Ю.А., Макаров В.В., Яковлев А.В., 2019).

Многие специалисты, изначально обладающие всеми необходимыми личностными, профессиональными качествами и навыками, в условиях «рутинного напряжения», высокой ответственности, недостаточной психологической, экономической и организационной мотивации начинают испытывать усталость от деятельности, снижение интереса к ней, раздражительность, колебания настроения, снижение работоспособности. В дальнейшем это может приводить к росту нервно-психического напряжения, истощению ресурсных механизмов, развитию СЭВ, формированию клинически очерченных пограничных психических расстройств. Имеются доказательные исследования, которые подтверждают роль СЭВ в нарушении социального и семейного функционирования, снижении качества жизни; развитии расстройств адаптации, тревожных, депрессивных состояний; злоупотреблении алкоголем, психоактивными веществами и пр. (Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А., 2011; Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2013; Озоль С.Н, Шустов Д.Н., 2014; Zapf D. et al., 2001; Onyett S., 2011; Guha M., 2011; Lipczynska S., 2011). По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «неинфекционные заболевания, связанные с работой, а также сердечно-сосудистые болезни и депрессия, обусловленные профессиональным стрессом, ведут к росту показателей продолжительной

нетрудоспособности и отсутствия на рабочем месте специалистов» (Всемирная организация здравоохранения, 2014).

Российским законодательством и нормативными актами закреплены определенные гарантии, обеспечивающие защиту и поддержку ряда специалистов, помогающих специальностей (Эйдемиллер Э.Г., 2010; Караваева Т.А., 2011; Семенова Н.В., 2014). Так для врачей-психиатров, врачей-наркологов регламентированы особые гарантии трудовой деятельности – сокращенный рабочий день, увеличенный отпуск, доплата за специфические условия труда. Не секрет, что периодически возникают дискуссии о том, насколько оправданы сегодня существующие нормативы. Научные исследования, направленные на оценку условий труда и определение имеющихся вредностей среди специалистов помогающих профессий, не так многочисленны, хотя и очень важны, для возможности формирования доказательной базы о частоте возникновения у них СЭВ и факторах, способствующих его формированию. Они создают обоснование и предпосылки для того, чтобы нормативно закрепить гарантии по охране труда и здоровья лиц, оказывающих помощь психически больным.

Степень разработанности проблемы

Проблеме СЭВ посвящено большое количество зарубежных и отечественных исследований (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Орел В.Е., 2001, 2005; Бойко В.В., 1996, 1999, 2008; Водопьянова Н.Е., 2005, 2013; Лукьянов В.В., 2006, 2007, 2008; Скугаревская М.М., 2002, 2003; Лозинская Е.И., 2007, 2014; Сазонов В.Я., 2012; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013; Васильева Н.Г., 2016; Бочаров В.В., Шишкова А.М., 2017; Maslach C., Jackson S.E., 1981; Freudenberger H.J., 1990; Awa W.L., Plaumann M., Walter U., 2010; Berry K., 2010, 2011, 2012; Greck M. et al, 2011; Biebel E.P., 2012; Ahola K., 2014; Bianchi R., 2014), которые проводились в нескольких направлениях: определение и верификация самого состояния выгорания; поиск и разработка методик для диагностики, оценки выраженности и различных составляющих СЭВ; выделение внешних и

внутренних факторов, определяющих риск возникновения выгорания; изучение предикторов формирования СЭВ. Наименьшее количество исследований посвящено разработкам программ, препятствующим развитию выгорания, или направленных на восстановление специалистов с уже сформировавшимся СЭВ (Скугаревская М.М., 2002; Водопьянова Н.Е., 2008; Волобаев В.М., 2009; Золотухина Л.В., 2011; Булыгина В.Г., 2013; Peterson U. et al., 2008).

В современных источниках и базах данных можно найти несколько тысяч исследований, посвященных СЭВ, однако далеко не все из них соответствуют критериям доказательной науки и могут быть пригодными для дальнейшего анализа. Интерес исследователей и рост публикаций все еще не дает четкого понимания дефиниции СЭВ, его критериев, механизмов, последствий. Сегодня недостаточно исследований, которые бы могли прояснить взаимосвязь между СЭВ, профессиональными кризисами и профессиональными деформациями (Александров А.А., 2009; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013; Васильева Н.Г., 2016).

Исследования показывают различную распространенность СЭВ – от 45,8 % (Morse G. et al., 2012) до 80 % специалистов в области охраны психического здоровья имеют СЭВ на разных стадиях его формирования (Юрьева Л.Н., 2006; Сидоров П.И., 2007; Королева Е.Г., Шустер Э.Е., 2007). Обращает на себя внимание тот факт, что выраженность и распространенность СЭВ онкологов (специалистов, которые часто взаимодействуют с тяжелыми, умирающими, страдающими пациентами) сопоставимы с их показателями у врачей-психиатров, вероятнее всего за счет прогрессивности большинства заболеваний, наличия у пациентов эмоционально-волевого дефекта, незначительного количества успеха в лечении, выздоровлении (Berry K., Barrowclough C., Haddock G., 2011).

Исследования в отечественной и зарубежной науке посвящены оценке распространенности СЭВ среди представителей различных медицинских специальностей – врачей онкологов, педиатров, психиатров, наркологов, физиотерапевтов, стоматологов (Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013; Городнова М.Ю., 2016; Лукьянов В.В., 2007; Постнов В.В., 2010; Сазонов В.Я., 2012;

Семёнова Н.В. и соавт., 2018; Ларенцова Л.И., 2002; Фокина Т.Ю., 2009; Kumar S., Hatcher S., Huggard P., 2005). Однако сравнительных исследований, соотнесенных с особенностями профессиональной деятельности в исследованном нами информационном поле не так много.

Среди помогающих профессий имеется ряд специальностей, которые ориентированы на пациентов с той или иной патопсихологической симптоматикой – к ним в первую очередь относятся врачи-психиатры, врачи-наркологи, врачи-психотерапевты, медицинские психологи. Каждый из этих специалистов имеет в своей профессиональной деятельности различные компетенции, функциональные задачи, уровень риска и ответственности, проводит различные интервенции, взаимодействует со специфическим контингентом пациентов, формирует специфические взаимоотношения с ними (Snibbe J.R. et al., 1989; Deary I.J., Agius R.M., Sadler A., 1996; Thomsen S. et al., 1999; Berry K., Drake R., 2010).

Изначально считалось, что причиной СЭВ являются стрессогенные условия «производственной среды» – специфические условия труда медицинского работника, организационные особенности проведения врачебных интервенций, характер отношений в коллективе, позиция руководства, система административных поощрений и наказаний, контингент пациентов, необходимость проявления эмпатии к пациенту вне зависимости от внутреннего восприятия и пр. (Лукьянов В.В., 2008; Залевский Г.В., 2013; Поддубная Т.В., 2015; Городнова М.Ю., 2016; Васильева Н.Г., 2016; Карягина Т.Д. и соавт., 2017).

Дальнейшие исследования показали значительную роль личности специалиста – ее индивидуально-психологических особенностей, ценностных ориентаций, мотивационных сценариев, фрустрационной толерантности, способности к рефлексии, к эмпатии, НПУ (Боченков А.А. и соавт., 2006; Черкасова Е.С., Сажаяев А.М., Гришин О.В., 2013; Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015; Шамрей В.К., Курпатов В.И., [ред.], 2017; Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н., 2017).

Современный этап изучения СЭВ рассматривает интеграцию различных факторов в качестве причин его развития, роль и соотношение которых необходимо учитывать в каждом отдельном случае (Сидоров П.И., 2007; Васильева Н.Г., 2016).

Источники исследованной нами научной литературы демонстрируют противоречивые данные по распространенности СЭВ среди медицинских работников, во многом это связано с несовершенством методологической базы и разными исследовательскими подходами (Юрьева Л.Н., 2006; Сидоров П.И., 2007; Королева Е.Г., Шустер Э.Е., 2007; Morse G. et al., 2012). Оценки распространенности СЭВ вне научных исследований полностью отсутствуют, поскольку в практическое здравоохранение не внедрены ни методики, позволяющие его диагностировать в рутинной практике, ни методы профилактики и лечения.

Проводимые лонгитудинальные исследования с супервизионным контролем, оценивающие критерии уменьшения производственной продуктивности, выявили снижение эффективности лечения, заключающееся в получении пациентами некачественной помощи, нарушения производственной дисциплины (прогулы, опоздания на работу, некачественное оформление документации и пр.), нарастающую соматизацию (Сидоров П.И., 2005, 2007; Матюшкина Е.Я., 2017; McManus I.C., Keeling A., Paice E., 2004; Kumar S. et al., 2011).

Изучение СЭВ проводится преимущественно стандартными методиками, которые сегодня являются «золотым стандартом», однако, они преимущественно оценивают проявления профессионального стресса, не затрагивая личностные аспекты и вопросы социального функционирования (Бойко В.В., 1996, 1999, Водопьянова Н.Е., 2013; Maslach C., Jackson S.E., 1981).

В целом, в изучении этиопатогенеза, клинических проявлений, психологических механизмов, разработки программ коррекции и стратегий лечения СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, остается много неизученных вопросов и задач,

требующих комплексного и научно обоснованного решения. Особое значение изучение СЭВ приобретает в настоящее время, когда мир охвачен пандемией COVID-19, в связи с высокой нагрузкой, которая возложена на медицинских работников.

Цель исследования: комплексная оценка СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, разработка психотерапевтической программы для его коррекции на основании выделенных мишеней и ее апробация.

Задачи исследования:

1. Провести диагностику, описать клинические проявления, ассоциированные с СЭВ, и их характеристики у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.
2. Изучить частоту встречаемости СЭВ среди специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, провести ее сравнение между врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, врачами-наркологами, медицинскими психологами, оценить взаимосвязь СЭВ с полом, возрастом, стажем профессиональной деятельности.
3. Оценить степень НПУ у исследуемых специалистов, проанализировать ее взаимосвязь с полом, возрастом, стажем профессиональной деятельности, развитием и выраженностью СЭВ.
4. Описать характеристики, структуру, степень выраженности, особенности проявления СЭВ у исследуемых групп, провести сравнительный анализ групп представителей различных специальностей.
5. Изучить личностные особенности лиц, с выявленным СЭВ (личностную и ситуативную тревожность, структуру и напряженность психологических защит, качество жизни) и проанализировать их связь с СЭВ, уровнем НПУ.
6. На основании полученных результатов исследования лиц с СЭВ, выделить мишени психотерапевтического воздействия, на основании которых разработать и апробировать психотерапевтическую программу интегративной

групповой психотерапии, оценить ее результаты (динамику проявлений СЭВ, качества жизни).

7. Изучить предикторы эффективности интегративной групповой психотерапии и разработать математический алгоритм, позволяющий предсказать ее результативность.

Научная новизна работы

Впервые было проведено сравнительное исследование особенностей формирования СЭВ среди различных специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля (врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, врачей-наркологов, медицинских психологов) и выявлена широкая распространенность изучаемых нарушений среди всех обследуемых групп. Установлена взаимосвязь между уровнем НПУ и риском развития СЭВ, а также проанализирована структура СЭВ у представителей различных специальностей, выявлены различия, связанные со спецификой профессиональной деятельности. Впервые установлено, что, в целом, более высокие степени выраженности фаз СЭВ отмечаются среди психиатров и наркологов и в меньшей степени свойственны психотерапевтам и медицинским психологам. Впервые, на основании выделенных психотерапевтических мишеней была разработана интегративная психотерапевтическая методика (включающая в себя когнитивно-поведенческую психотерапию и релаксационные техники), направленная на коррекцию СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля. Апробация предложенной методики подтвердила ее эффективность в отношении СЭВ в проведенном исследовании, продемонстрировав снижение выраженности всех фаз синдрома и редукцию имевшихся нарушений, а также повышение качества жизни специалистов во всех сферах. Впервые проведено выделение предикторов эффективности предложенной методики, что позволяет выбирать персонализированные стратегии для профилактики и психотерапии СЭВ у

специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

Теоретическая и практическая значимость работы

В результате проведенного исследования были более глубоко изучены и дополнены теоретические представления о распространенности, причинах и механизмах формирования СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля. Показано значение уровня НПУ как одного из существенных факторов риска СЭВ. Продемонстрировано, что у представителей различных специальностей имеется специфика проявлений СЭВ, что во многом обусловлено различиями в профессиональных компетенциях. Установлена взаимосвязь между уровнем ситуативной, личностной тревожности, профилем и напряженностью психологических защит и СЭВ. На основании результатов эмпирического исследования выделены мишени психотерапевтического воздействия, направленного на коррекцию СЭВ, что легло в основу разработки методики групповой интегративной психотерапии.

Полученные данные обосновывают целесообразность и необходимость ранней диагностики, профилактики и коррекции СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

На основании полученных в результате диссертационного исследования данных была апробирована оригинальная методика групповой интегративной психотерапии, предназначенная для коррекции и профилактики СЭВ у врачей различных специальностей, что может быть использовано при организации психологической, психотерапевтической и медицинской деятельности в медицинских организациях. Результаты исследования могут быть использованы в учебно-методических программах курсов по медицинской психологии, психотерапии, психиатрии, наркологии.

Полученные данные и анализ результатов внедрения практических рекомендаций в систему здравоохранения может быть основой для принятия

организационных решений по профилактике и коррекции СЭВ, разработке профессиональных социальных гарантий и нормативных документов, регулирующих условия труда специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

Методы и методология исследования

Теоретическая основа исследования базируется на представлениях об этиологии и механизмах СЭВ, разрабатываемых в отечественной и зарубежной медицинской психологии и психиатрии, и современных подходах к его коррекции и лечению (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Орел В.Е., 2001, 2005, 2011; Бойко В.В., 1999, 2004, 2008; Лукьянов В.В., 2006, 2007, 2008; Водопьянова Н.Е., 2005, 2013, 2015; Скугаревская М.М., 2002, 2003; Maslach C., 1981, 1996; Pines A., 1988; Freudenberger H.G., 1990; Schaufeli W.B., Leiter M. P., Maslach C., 2009; Onyett S., 2011; Guha M., 2011; Lipczynska S., 2011; Bianchi R., 2014). Концепция исследования согласуется с основными положениями биопсихосоциальной концепции психических нарушений (Карвасарский Б.Д., 1990, 2014, Коцюбинский А.П. и соавт., 2013; Незнанов Н.Г. и соавт., 2018; Engel G.L., 1977, 1980), концепцией личности как системы жизненных отношений (Мясищев В.Н., 1960; 2004) и представлениями о существенной роли личности врача, качества профессионального контакта в лечении пациентов психиатрического и наркологического профиля (Ташлыков В.А., 1984; Александров А.А., 2009; Эйдемиллер Э.Г., 2010, 2012).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В связи с особенностями профессиональной деятельности СЭВ значительно распространен среди специалистов, оказывающих помощь пациентам

психиатрического и наркологического профиля (врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, врачей-наркологов, медицинских психологов) и характеризуется различными клиническими проявлениями. В этих группах имеются различия по частоте встречаемости, структуре и особенностям проявления СЭВ, что обусловлено различиями в профессиональных компетенциях.

2. Вероятность развития и выраженность СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, имеет взаимосвязь с полом, возрастом, профессиональным стажем и уровнем НПУ: чем ниже у специалиста уровень НПУ, тем вероятнее у него развитие СЭВ, что целесообразно учитывать при планировании профилактических и коррекционных мероприятий.

3. Имеется взаимосвязь между уровнем личностной, ситуативной тревожности, профилем, напряженностью психологических защит и риском формирования СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

4. Разработанная на основании выделенных психотерапевтических мишеней программа интегративной групповой психотерапии способствует коррекции СЭВ и повышению качества жизни у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

Степень достоверности результатов

Достоверность научных положений и выводов обеспечена соответствием программы исследования его цели и задачам, адекватным набором современных методов исследования и подробной статистической обработкой. Используются современные методики сбора и обработки исходной информации. Степень достоверности полученных результатов определяется репрезентативным объемом выборки исследуемых (212 специалистов), что является корректным и соответствует цели и задачам исследования. Выборка является репрезентативной, численность групп обследованных является достаточной для формулирования обоснованных заключений.

Достоверность результатов проведенных исследований также подтверждается актом проверки первичного материала (16.12.2016 г.).

Проведение исследования, его дизайн, критерии включения и исключения, форма информированного согласия одобрены ЛЭК (протокол № 3 от 15.03.2015).

Публикации и апробация результатов

По результатам диссертационной работы автором подготовлено и опубликовано 12 научных работ, из них в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ: – 5. Наиболее полно научные положения и выводы изложены в следующих работах:

1. Кухтенко Ю.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко // Психическое здоровье – 2016. – № 3. – С. 60–67.

2. Кухтенко Ю.А. Синдром эмоционального выгорания у психиатров-наркологов. Сравнительный анализ выгорания врачей-психиатров и психиатров-наркологов / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко // Наркология. – 2016. – № 4. – С. 44–48.

3. Кухтенко Ю.А. Коррекция эмоционального (профессионального) «выгорания» у врачей, занятых в сфере психического здоровья / Ю.А. Кухтенко // Психическое здоровье. – 2016. – № 7. – С. 67–72.

4. Кухтенко Ю.А. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространенности синдрома выгорания у специалистов в области психического здоровья / Т.А. Караваева, Ю.А. Кухтенко, В.В. Макаров, А.В. Яковлев // Наркология. – 2019. – № 8. С. 60–68.

5. Кухтенко Ю.А. Результаты применения интегративной групповой психотерапии для коррекции синдрома выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля / Т.А. Караваева, Ю.А. Кухтенко, В.В. Макаров, А.В. Яковлев // Наркология. – 2020. – Том 19. – №

3. С. 57–65.

Другие научные публикации:

6. Кухтенко Ю.А. Диагностика и коррекция синдрома эмоционального выгорания у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии / Ю.А. Кухтенко // Материалы к 5 Конференции молодых ученых РМАПО «Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины», апрель, 2014 года, г. Москва. Сборник статей молодых ученых РМАПО: тезисы. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, – 2014. – С. 144.

7. Кухтенко Ю.А. Исторические аспекты синдрома эмоционального выгорания / Ю.А. Кухтенко // Материалы к 6 Конференции молодых ученых РМАПО с международным участием «Современная медицина: традиции и инновации», март 2015 года, г. Москва. Сборник статей молодых ученых РМАПО: тезисы. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, – 2015. – С. 197.

8. Кухтенко Ю.А. Выявление синдрома эмоционального «выгорания» у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии / Ю.А. Кухтенко // Психотерапия. – 2014. – № 11. – С. 82–84.

9. Кухтенко Ю.А. Клиническая психотерапия и синдром эмоционального выгорания / Ю.А. Кухтенко // Независимый психиатрический журнал. – 2017. – №1. – С.80–81.

10. Кухтенко Ю.А. Модификация практики «Океан» для врачей, страдающих синдромом эмоционального (профессионального) «выгорания». Полимодалная групповая психотерапия синдрома: учебное пособие / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко. – М.: ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 2016. – 55 с.

11. Кухтенко Ю.А. Полимодалная групповая психотерапия для врачей, страдающих синдромом эмоционального выгорания: методическое пособие / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко, С.Г. Копоров. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава

России, 2019. – 55 с.

12. Получен патент на базу данных № 2016621343 от 03.10.2016 г.

Материалы диссертации доложены:

1. На Международном Конгрессе «Отечественные традиции и новации в психотерапии», Москва, 17-19 октября 2014 г. В докладе «Выявление эмоционального выгорания у врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов и клинических психологов»;

2. На Межкафедральной конференции «Ковалевские чтения» кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО, 13 ноября 2014 г. В докладе «Синдром эмоционального выгорания у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психотерапии и наркологии»;

3. На Международном Конгрессе «Интегративные процессы в большой психотерапии. Психотерапия здоровых», Москва, 15-18 октября 2015 г. В докладе «Оценка эффективности психотерапии при синдроме выгорания у лиц профессионально занимающихся с больными психиатрического и наркологического профиля»;

4. На Международном Конгрессе «Экология мозга», Москва, 15-17 мая 2015 г. «Групповой тренинг в формате мозгового штурма. Способы коррекции синдрома эмоционального выгорания»;

5. На Международном Конгрессе «Вызовы эпохи – психотерапевтическая помощь человеку, группе, обществу. Семья в зеркале психотерапии». Москва, 13-16 октября 2016 г. В докладе «Профилактика эмоционального (профессионального) «выгорания» специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля»;

6. На первом Международном Псифесте «Психология и психотерапия каждого дня и всей жизни», Москва, 13-18 ноября 2018 г. в мастер-классе «Балинтовская группа – способ решения проблемы эмоционального выгорания».

7. В докладе на Международном конгрессе «Психотерапия, Психология,

Психиатрия – на страже душевного здоровья!», Санкт-Петербург, 22-23 марта 2019 г., ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» и Восточно-Европейский Институт Психоанализа.

8. На Международном конгрессе «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств», Санкт-Петербург, 17-18 октября 2019 г. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, в докладе «Интегративная групповая психотерапия синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля».

В опубликованных работах и в автореферате научные положения и выводы диссертации изложены наиболее полно.

Внедрение в практику

Научные результаты, опубликованные в разработанных пособиях рекомендованы для использования в качестве учебно-методических пособий по медицинской психологии, психотерапии, психиатрии, наркологии в медицинских учреждениях и в качестве пособия по СЭВ для слушателей курсов повышения квалификации кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО РМАНПО.

Полученный патент на базу данных № 2016621343 от 03.10.2016 г. может быть использован в статистических отделах медицинских учреждений для облегчения получения данных о взаимосвязи НПУ и СЭВ.

Основные результаты диссертационной работы, положения и выводы внедрены в учебный процесс кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ, внедрены в образовательный процесс Учебного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», в практику работы врачей психотерапевтов и медицинских психологов Наркологического диспансера № 6 Южного административного округа г. Москвы (филиал № 6) ПТЦ ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (акт № 08/1116 от 14.11.2016 г.) и ГУЗ «Областная клиническая

психиатрическая больница Святой Софии» г. Саратова (акт № 02/01-16 от 11.01.2016 г.).

Вклад автора в проведенное исследование

Личный вклад соискателя состоит в участии во всех этапах процесса подготовки диссертации. Соискатель самостоятельно на основании анализа отечественной и зарубежной литературы определила тему научного исследования, разработала его дизайн, определила цель, задачи, этапы, методы исследования. Автором лично проведено комплексное клинико-психологическое обследование всех включенных в исследование респондентов (212 врачей-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов и клинических психологов), обработаны и интерпретированы полученные экспериментальные данные. На основании анализа результатов разработана и апробирована оригинальная психотерапевтическая методика, оценены динамические изменения после проведенного коррекционного вмешательства. По итогам научного исследования были сформулированы выводы, предложены и внедрены практические рекомендации.

Обоснование соответствия специальности паспорту научной специальности

Диссертационная работа «Диагностика и коррекция синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля» соответствует паспорту специальности 14.01.06. – «Психиатрия» и областям исследования: п. № 4 – «Клиника, диагностика и терапия психических расстройств», п. № 7 – «Организация психиатрической помощи. Профилактика психических расстройств», а также паспорту специальности 19.00.04 – «Медицинская

психология» и областям исследования: п. № 6 – «Психологическое вмешательство: психотерапия, психологическое консультирование и психокоррекция (личность психотерапевта и консультанта; психотерапевтические тактики и взаимодействие в процессе психологической помощи; психологические аспекты взаимодействия участников группового психотерапевтического процесса и его динамика; проблемы оценки эффективности психологического вмешательства)», п. № 7 – «Психологические аспекты лечебного процесса: психологические особенности врача и медицинского работника; проблемы профессионального выгорания; психологические аспекты взаимодействия персонала лечебного учреждения; профессиональные и этические аспекты взаимоотношения врача и больного; модели взаимодействия» и п. №8 – «Психогигиена, психопрофилактика, социальная реабилитация и повышение качества жизни больных: психология здоровья, факторы здорового образа жизни и отношения к здоровью; психологические аспекты сохранения и укрепления психического и соматического здоровья человека; психологические основы профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств, состояний психической дезадаптации и нарушений поведения».

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 202 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, глав результатов собственных исследований с обсуждением результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка литературы и приложений. Список литературы содержит 292 источников (из них 197 отечественных и 95 иностранных). Работа иллюстрирована 3 рисунками и 38 таблицами.

ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МЕХАНИЗМАХ, ПРОЯВЛЕНИЯХ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ (ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. История изучения синдрома эмоционального выгорания

У истоков изучения СЭВ находятся работы знаменитого врача и исследователя Г. Селье (Hans Selye) – «Очерки об адаптационном синдроме» и «Стресс без дистресса» (Селье Г., 1960; 1982), без которых на сегодняшний день развитие представлений об этом феномене вряд ли было возможным. В изданных более полувека назад работах Г. Селье описал теоретические и нейрогуморальные основы возникновения стресса у людей. Позже его представления о стрессе были расширены работами Р. Лазаруса, Р. Розенмана и М. Фридмана (Вишняков А.И., 2005), в которых было показано, что «длительное воздействие стресса приводит к таким неблагоприятным последствиям, как снижение общей психической устойчивости организма, появление чувства неудовлетворенности результатами своей деятельности, тенденция к отказу от выполнения заданий в ситуациях повышенных требований, неудач и поражений» (Плоткин Ф.Б., 2015, с. 121).

На основе учения Г. Селье были выделены несколько стадий исследуемого феномена, последовательно развивающихся на фоне воздействия стрессовых факторов:

1. стадия напряжения (тревоги) — stage «alarm reaction»,
2. стадия резистенции — «stage of resistance»,
3. стадия истощения ресурсов — «stage of exhasistion».

По Г. Селье механизм воздействия стресса на человека и животных – это цепь последовательных реакций, вовлекающих в патогенез гипоталамус, затем

гипофиз, а впоследствии и кору надпочечников, стимулируя тем самым выброс гормонов стресса: катехоламинов и глюкокортикостероидов. Таким образом, для поддержания гомеостаза важное регулирующее значение приобретает ось: гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников. По его мнению, «стресс играет важную роль в повышении кровяного давления, в возникновении сердечных приступов, язвы желудка, двенадцатиперстной кишки («стрессовые язвы») и разных типов душевных расстройств». «Каждое заболевание вызывает какую-то степень стресса, поскольку предъявляет к организму требования к адаптации. В свою очередь стресс участвует в развитии каждого заболевания» (Селье Г., 1960). Однако психосоматический аспект СЭВ, имеющий в основе своего патологического механизма стресс и дистресс, до сих пор считается недостаточно изученным.

Со времен Г. Селье взгляды на само понятие «стресса» претерпели существенные изменения в связи со значительной популяризацией данного термина. Стрессом называют не только «реакции организма на внешние воздействия», но порой и бытовые неурядицы, размолвки, и просто так называемые «жизненные трудности» (Любченко П.Н., Агафонов Б.В., 2011). Несмотря на такое повсеместное использование этого термина, продолжают фундаментальные научные исследования глубинных патологических механизмов, вызывающих психосоматические и психологические нарушения в организме и их влияние на состояние человека, его взаимодействие с окружающими и качество жизни (Вассерман Л.И., 2001).

История изучения СЭВ, насчитывает более четырех десятилетий. Принято считать, что впервые принимаемый научным сообществом термин «burnout» – «сгорание», «выгорание» – предложил Н.Ж. Freudenberger в 1974 году, охарактеризовав данное расстройство в работе «Staffburn-out» (Freudenberger Н.Ж., 1974). Он изучал явление, наблюдаемое в случае истощения энергии у профессионалов в сфере социальной помощи людям, и описал «профессиональное выгорание» медицинских работников на основании нескольких лет наблюдений за персоналом одной из клиник, занимающейся лечением наркотической

зависимости. Н.Ж. Freudenberger исследовал поведенческие, мотивационные, физические и эмоциональные симптомы СЭВ. Предложенная терминология применялась «для характеристики психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном общении с пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи» (Сидоров П.И., 2005, с. 2), тогда как ранее термин «burnout» применялся для обозначения зависимости от наркотических веществ (Freudenberger Н.Ж., 1990). «Параллельно с Н.Ж. Freudenberger в Калифорнии социальный психолог С. Maslach проводила исследование копинг-стратегий, которые используют специалисты, работающие в сфере «человек–человек», в частности рассматривались такие неэффективные аспекты копинг-стратегий, как отстраненное отношение к пациентам и деморализация. На основании обследования лиц, работающих в сфере социальных профессий (врачей-психиатров, терапевтов, медсестер, сотрудников приютов), она выделила три компонента СЭВ, о которых ей сообщила большая часть обследуемых: первый компонент касался некоторого обеднения эмоций – «Эмоциональное истощение». Второй отражал циничное (дистанцированное, безразличное, черствое) отношение к своим пациентам. Третий же затрагивал снижение личностных возможностей («Редукцию персональных достижений») – понижение профессиональной эффективности за счет эмоционального дисбаланса. Впоследствии С. Maslach с коллегами предложила использовать термин «burnout» применительно к людям, работающим в сфере «помогающих профессий»: «Burn-out» – это синдром эмоционального истощения, «деперсонализации» и снижения личностной результативности, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами «помогающих профессий» (Maslach С., 1982).

В отечественной психологии первые упоминания о феномене СЭВ можно найти еще в работах Б.Г. Ананьева 1968 года, однако в то время данные его исследования не нашли широкого отклика среди ученых. Вопросы, связанные с выгоранием специалистов, начали активно изучаться отечественными исследователями лишь с начала 90-х годов прошлого столетия, значительно позже

зарубежных исследований, которые были опубликованы уже 1970-1971 гг. (Кмить К.В., 2013; Матюшкина Е.Я., Кантемирова А.А., 2019)

Со временем рассмотрение проблемы СЭВ приобрело междисциплинарный характер, и к её изучению присоединились социологи, практикующие врачи, работники образования и даже юристы. Последовавшие публикации поначалу не носили строго научного характера.

Каждый из исследователей вносил в понятие «burnout» свое субъективное понимание проблемы, что в итоге привело к отсутствию однозначного понимания феноменологии и сути СЭВ (Perlman B., 1982). Имеющиеся противоречия и предпосылки определили необходимость разработки единой научной концепции, отражающей мультидисциплинарный подход к оценке и описанию этого состояния. В 1990 году в Кракове (Польша) прошла первая европейская конференция (First European Conference Professional Burnout), посвященная различным аспектам профессионального выгорания специалистов. По материалам этой конференции в 1993 году был опубликован сборник научных статей «Professional Burnout: Recent Developments In Theory And Research» под редакцией известных ученых (W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek), который (неоднократно переизданный) в дальнейшем послужил базисным конспектом основных представлений о состоянии выгорания и стал отправной точкой для последующих исследований, поднимающих в своих целях изучение данного вопроса. С момента публикации этого сборника СЭВ стал предметом значительного количества научных исследований и тематических монографий (Prosser D. et al., 1996; Onyett S., Pillinger T., Muijen M., 1997; Thomsen S. et al., 1999; Demerouti E. et al., 2001; Halbesleben J.R.B., Buckley M.R., 2004; Biebel E.P., 2012).

В 1993 г. на конференции в Сан-Франциско консилиумом зарубежных специалистов в сфере психического здоровья впервые была сформулирована единая концепция СЭВ, несмотря на то, что мнения ученых однозначными не были (Цит. по: Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А., 2011, [ред.]).

Концепция заключала в себе следующие положения:

1. СЭВ имеет трехкомпонентную структуру – «эмоциональное истощение», «отгороженное (дистантное) отношение к пациентам» и «редукцию персональных достижений».
2. СЭВ носит относительно необратимый характер.
3. Выгорание главным образом возникает в среде специалистов, работающих с людьми.

По мнению ряда авторов, имеется четвертый признак СЭВ – скука (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998). Другая часть ученых скуку относит к эмоции или к настроению (Аригунова Е.В., 2013). В своем исследовании М.В. Палченкова и А.В. Коньков (2016), скуку отнесли к физическим (наравне с утомляемостью и апатией) и когнитивным симптомам. Другие исследователи включают, помимо указанных, такие компоненты выгорания, как «иррациональная установка – «катастрофизация», депрессивный и тревожный компоненты» (Овчинников А.А. и соавт., 2019).

Благодаря сформировавшимся представлениям о СЭВ, с течением времени была разработана, стандартизирована и валидизирована методика МВІ («Maslach Burnout Inventory»), по сей день являющаяся «золотым стандартом» для диагностики СЭВ. С помощью МВІ удалось получить более ясное понимание о структуре данного явления и причинах, обуславливающих его возникновение (Bianchi R., 2014).

Уже начиная с 90-х годов, базируясь на данных зарубежных коллег, среди отечественных исследователей изучением СЭВ у специалистов различных профессий занимались В.Д. Вид (1998), В.В. Бойко (1996, 1999, 2004, 2008), В.Е. Орел (2001, 2005), Е.И. Лозинская (2007), В.В. Лукьянов (2006, 2007, 2008), С.А. Игумнов и др. (2008), Н.Е. Водопьянова (2008, 2013) и другие. Однако среди них также длительное время не удавалось достичь общего понимания вопроса.

С точки зрения В.В. Бойко СЭВ «является формой профессиональной деформации личности» (Бойко В.В., 1999, с. 57). Этим же исследователем была предложена концепция СЭВ в виде 12 симптомов (Бойко В.В., 1999, 2004).

Вследствие «профессионального выгорания», по мнению Т.И. Рогинской, возникает «обезличивание отношений между участниками терапевтического процесса, которое подавляет проявление гуманных форм поведения между людьми и создает угрозу для личностного развития представителей социальной профессии» (Рогинская Т.И., 2002, с. 86). П.И. Сидоров в своем исследовании отмечает, что «синдром эмоционального выгорания – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности» (Сидоров П.И., 2007, с. 129). В.В. Лукьянов (2006) характеризует СЭВ эмоциональным истощением, обесцениванием труда и снижением эффективности профессиональной деятельности. Автор указывает на тот факт, что именно развернутая фаза «Истощение» (по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) свидетельствует о сформированности СЭВ, а превалирование показателей двух других фаз синдрома говорит о включении компенсаторных возможностей для адаптации к данному состоянию. Высокие показатели фазы «Напряжение» могут претерпеть обратное развитие и под воздействием разнообразных факторов не переходить в фазу «Истощение» (Лукьянов В.В., 2008).

В.Е. Орел (2005) в этом многообразии взглядов выделяет два подхода к проблеме изучения «burnout syndrome»: клинический и исследовательский. Клинический подход основывался на изучении физических симптомов, поведенческих реакций, а также эмоциональной и мотивационной составляющей. Исследовательский подход базируется на появлении в середине 80-х годов прошлого столетия научных работ в области исследования СЭВ.

СЭВ в русскоязычной литературе имеет множество терминологических аналогов в связи с особенностями перевода, а также разнообразием мнений исследователей о семантике термина «burnout». Так, можно встретить такие вариации термина, как: «синдром перегорания» (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998, Макаров В.В., 2011), «профессиональное выгорание» (Бойко В.В., 1999; Рогинская Т.И. 2002; Сидоров П.И., 2005), «синдром психического выгорания» (Орел В.Е, 2005; Водопьянова Н.Е., 2007), «синдром эмоционального выгорания»

(Скугаревская М.М., 2002; Золотухина Л.В. 2009), «синдром профессионального выгорания», «информационный невроз», «синдром менеджера» (Михалев С.В., 2007; Бабанов С.А., 2009), «синдром выгорания» (Васильева Н.Г., 2016) и т.д. На сегодняшний день, несмотря на семантические сложности, вне зависимости от предложенной терминологии вышеуказанное определение является наиболее признанным.

Определенная согласованность между отечественными специалистами была достигнута в 2007 г. на конференции в Курске, в ходе которой появилась возможность усовершенствовать и дополнить концепцию СЭВ. В том числе было достигнуто единое мнение относительно понятия «синдром эмоционального выгорания». Принято решение применять «единый термин «синдром выгорания» без каких-либо уточняющих прилагательных», также было сформулировано его определение (Васильева Н.Г. 2016).

Тем не менее, термин «синдром эмоционального выгорания» является наиболее распространенным, часто употребляемым и МКБ 11 пересмотра содержит следующее определение синдрома эмоционального выгорания: **«Эмоциональное выгорание — это синдром, признаваемый результатом хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен»** (МКБ-11). Такая формулировка легла в основу принятия решения о применении термина «синдром эмоционального выгорания» в настоящем исследовании.

«Синдром эмоционального выгорания — состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающие вследствие хронического стресса на работе, при этом его развитие характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям (медицинские работники, учителя, психологи, социальные работники, работники правоохранительных органов, сотрудники МЧС — спасатели, пожарные)» (Бабанов С.А., 2009, с. 42).

Таким образом, в литературе «синдром эмоционального выгорания» представляет собой закономерное сочетание симптомов нарушений в

психической, соматической и социальной сферах жизни» (Сидоров П.И., 2007, с. 129). На данный момент взгляды ученых на СЭВ разнятся и представлены двумя концепциями в мировом сообществе. Одна из концепций, предложенная К. Маслач (1986), признана во всем мире и адаптирована отечественным исследователем СЭВ Н.Е. Водопьяновой (2008). Эта концепция отражает трехкомпонентную структуру синдрома (Матюшкина Е.Я. Кантемирова А.А., 2019).

Вторая модель предложена отечественным исследователем СЭВ В.В. Бойко (1996, 2004) в виде 12 симптомов, которая применяется в различных исследованиях преимущественно в нашей стране. В настоящее время недостаточно очевиден факт, имеет ли СЭВ единую, взаимодополняющую структуру или одна из моделей является неверной, кроме того, пока нет данных (исследований) по выявлению корреляций между изначальной НПУ и СЭВ.

1.2. Распространенность и особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

Предоставленные сведения зарубежных исследователей за период с 1995 по 2002 год, в журналах, охватываемых базой данных Американской психологической ассоциации PsychInfo, свидетельствуют об издании значительного количества статей на тему СЭВ, что составляет порядка 150 научных публикаций ежегодно (Shirom A. et al., 2005). В США в 2011 году проводилось когортное исследование проблемы выгорания среди врачей. При помощи «Опросника на выгорание MBI» К. Маслач было обследовано 7288 врачей различных специальностей. Было выявлено, что 45,8 % опрошенных респондентов демонстрируют симптомы СЭВ (Morse G. et al., 2012). По полученным данным из-за СЭВ коэффициент «текучести кадров» специалистов в

сфере охраны психического здоровья может колебаться от 30 % до 60 % ежегодно (Mor Barak M.E., 2001), тогда как естественная смена кадров в среднем за тот же временной промежуток составляет около 3-5 %. Эти данные демонстрируют тот факт, что «эпидемия эмоционального выгорания» наносит значительный экономический урон бюджету здравоохранения и требует обязательной профилактики и разработки методов лечения.

Значимое число исследований свидетельствует о том, что «врачи психиатры, наркологи и психотерапевты могут страдать от проблем в области психического здоровья, связанных с их профессиональной деятельностью и имеют один из самых высоких индексов категории тяжести работы» (Юрьева Л.Н., 2004, с. 91). Это приводит к более высоким показателям риска развития СЭВ, чем у специалистов в других сферах медицинской деятельности (Moore K.A., Cooper C.L., 1996; Тиллетт Р., 2004; Юрьева Л.Н., 2006; Бердяева И.А., Войт Л.Н., 2012).

По зарубежным данным, в США у 67 % работников в сфере психического здоровья была выявлена высокая степень СЭВ (Oddie S., Ousley L., 2007; Rohland B.M., 2000; Rossler W., 2012; Morse G. et al., 2012). Выгорание в системах охраны психического здоровья приводит к «экономической неэффективности» профессионалов (Gilbody S. et al., 2006), как говорилось выше, происходит это как результат повышенной смены кадров («текучести») и, как следствие, – к неэффективности назначения лечения пациентам. Это подтверждается исследованием Т.И. Галако и М.В. Зубаревой (2012), в котором показано, что существует обратно пропорциональная зависимость между выраженностью СЭВ у врачей-психиатров и нерациональным использованием ими антипсихотических препаратов: чем сильнее проявления синдрома, тем менее адекватны выбор и дозы, выписываемых психиатром антипсихотических препаратов.

Новозеландскими учеными было отмечено избегающее поведение, свойственное психиатрам, страдающим СЭВ: стремление «быть физически недоступными, избегать прямого зрительного контакта, отказываться давать прямые ответы на вопросы, что создает впечатление ранимых людей» (Fischer J., Kumar S., Hatcher S., 2007). В этом же исследовании отмечено, что при высоких

показателях по шкале «Эмоциональное истощение» у психиатров чаще всего возникают расстройства настроения. В качестве причин СЭВ, более характерных для психиатрических специальностей, рассматривались: нехватка времени и персонала, внутренний перфекционизм, межличностные факторы (напряженные и конфликтные отношения с начальством), резкие изменения в административных процессах и управлении.

Исследование иранских ученых показало, что среди работников сферы психического здоровья высокие показатели СЭВ были диагностированы в 45,6 %. У 42,5 % профессионалов обнаруживались высокие показатели по шкале «Эмоциональное истощение», а 65,5 % имели высокие показатели по шкале «деперсонализация». Несмотря на это, лишь в 21 % случаев опрошенные испытывали чувство неудовлетворенности своими профессиональными достижениями (Ashtari Z., Farhady Y., Khodae M.R., 2009).

«Эмоциональное истощение» зарубежными авторами часто рассматривается как следствие рабочего стресса, тогда как показатели по шкалам «Деперсонализация» и «Редукция персональных достижений» являются результатом отсутствия позитивной обратной связи от пациентов (Bruce S.M., Conaglen H.M., Conaglen J.V., 2005; Demerouti et al., 2001). Авторы считают, что «Эмоциональное истощение» вызывает сам процесс работы и связанные с ней стрессовые ситуации, а увеличение значений показателей шкал «деперсонализация» и «редукция персональных достижений» происходит из-за нарастающей потребности в поддержке и одобрении со стороны окружающих. Так, в некоторых странах, таких как, США (Vaccaro J.V., Clark G.H., 1987), Великобритания (Prosser D. et al., 1996), Австралия (Rey J.M., Walter G., Giuffrida M., 2004), Новая Зеландия (Kumar S. et al., 2007), в отличие от других, менее развитых стран (Bressi C. et al., 2009), отмечают нехарактерную связь (прямо пропорциональную корреляцию) между удовлетворенностью работой и показателями СЭВ у врачей-психиатров. Несмотря на высокий уровень эмоционального истощения, врачи данных стран имеют высокий уровень удовлетворенности своей работой. В долгосрочном исследовании ученых Новой

Зеландии было показано, что уровень показателя «Эмоциональное истощение» является наиболее стабильным показателем СЭВ, в отличие от показателей по шкалам «Деперсонализация» и «Редукция персональных достижений». Это говорит о том, что данные два показателя являются маркерами ухудшения состояния (Kumar S., Sinha P., Dutu G., 2013), это подтверждают выводы В.В. Лукьянова (2007) о том, что основной фундаментальной причиной СЭВ является «Эмоциональное истощение», а уже потом накладываются такие симптомы как «Деперсонализация» и «Редукция персональных достижений». Наличие двух последних свидетельствует о переходе СЭВ из условно «легкой» степени тяжести в «среднюю», либо «тяжелую». Между тем, в исследовании также делается упор на то, что управление фактором «удовлетворенность работой» может помочь в работе психиатров, так как именно такие тонкие аспекты, как удовлетворенность профессиональной деятельностью являются мишенью для коррекции эмоционального истощения специалистов.

Данные русскоязычных авторов, проживающих на территории стран СНГ, показывают более неблагоприятные результаты частоты возникновения СЭВ на фоне мировой статистики. По мнению П.И. Сидорова (2007), около 80 % специалистов в области охраны психического здоровья, имеют СЭВ на разных стадиях его формирования. В исследовании частоты формирования выгорания у специалистов в сфере психического здоровья (врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов), выгорание различной степени выраженности было обнаружено у 78,7 % респондентов (Скугаревская М.М., 2003). В работе Е.Г. Королевой и Э.Е. Шустера (2007) такие показатели составили 80 % (из которых у 7,8 % определялся значительно «выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям»). По данным Л.Н. Юрьевой (2006), обследовавшей психиатров, процент врачей, имеющих СЭВ в разной степени выраженности, составил 79 %.

Среди специалистов психиатрической сферы деятельности наиболее высокий уровень профессионального напряжения фиксируется у медицинского персонала, работающего в стационарах. Это связано с тем, что такие медицинские работники

интенсивно и длительно взаимодействуют с тяжелыми психическими больными, страдающими прогрессирующими расстройствами, сопровождающимися психотическими нарушениями, формированием дефекта. В условиях закрытых отделений, где пациенты долгое время находятся изолированно и не могут контактировать со своей семьей, это особенно ощутимо (Berry K., Barrowclough C., Haddock G., 2011). В.В. Бочаров и А.М. Шишкова (2016; 2017), также отмечают, что длительное пребывание в контакте с психическими больными оказывает неблагоприятное воздействие на психику лиц, осуществляющих уход за ними.

В таких условиях одной из профессиональных задач психиатрических работников является установление доверительных отношений с больными, обеспечивающих комплайнс (Лутова Н.Б., 2013; Мелехин А.И., 2016). Формирование терапевтического альянса может быть затруднительным, поскольку многие пациенты имеют выраженные проблемы в межличностном взаимодействии, неадекватные модели поведения (характеризующиеся выраженной аутоагрессией, насилием и т.д.), нарушения эмоционального реагирования. Такие отягощающие работу факторы способствуют риску развития у сотрудников стационара высоких показателей частоты возникновения и тяжести СЭВ, что, в свою очередь, определяет необходимость дополнительного обучения персонала и организации психопрофилактических мероприятий, направленных на выработку и закрепление адекватных копинг-стратегий, освоение техник релаксации и снятия напряжения, аутогенной тренировки и др., а также поддержки специалиста другими профессионалами – психологами и психотерапевтами (Berry K., Drake R., 2010).

Показатели выгорания среди врачей-психиатров по данным разных авторов могут варьировать от 50,7 % до 80%, при этом более 24 % врачей-психиатров имеют полностью сформированный синдром, состоящий из 12 симптомов по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, 2008, (Сидоров П.И., 2005; Галако Т.И., Зубарева М.В., 2012).

Впервые В.В. Бойко в 1996г. предложил следующую классификацию симптомов СЭВ:

1. Симптом «Переживания психотравмирующих обстоятельств»
2. Симптом «Неудовлетворенности собой»
3. Симптом «Загнанности в клетку»
4. Симптом «Тревоги и депрессии»
5. Симптом «Неадекватного избирательного эмоционального реагирования»
6. Симптом «Эмоционально-нравственной дезориентации»
7. Симптом «Расширения сферы экономии эмоций»
8. Симптом «Редукции профессиональных обязанностей»
9. Симптом «Эмоционального дефицита»
10. Симптом «Эмоциональной отстраненности»
11. Симптом «Личной отстраненности или деперсонализации»
12. Симптом «Психосоматических и психовегетативных нарушений»

Симптомы с первого по четвертый отражают фазу «Напряжение», с 5 по 8 симптом соответствуют фазе «Резистенция», а последние четыре симптома – фазе «Истощение» СЭВ (Бойко В.В., 1999).

Вместе с тем в отношении наркологов как представителей специалистов психиатрического профиля полученные в различных исследованиях данные, оказались неоднозначными (Игумнов и соавт., 2008; Сидоров П.И., 2007; Малыгин В.Л. и соавт., 2008; Лукьянов В.В., 2008). В частности, П.И. Сидоров (2007) обнаружил признаки выгорания у 80 % опрошенных врачей-психиатров и наркологов, в исследовании В.Л. Малыгина и соавторов (2008), было показано, что лишь у 37,5 % наркологов наблюдается сформированный СЭВ, а в работе С.А. Игумнова (2008), которая проводилась в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Минска – сформировавшегося выгорания среди наркологов во время исследования вовсе не было обнаружено.

Убедительные данные зарубежной статистики, представленные в публикациях за последние два десятилетия и приемлемые для корректного сравнения, отсутствуют, возможно, по причине того, что система организации

здравоохранения в европейской и американской культуре имеет отличную структуру в разделении обязанностей врачей и социальных работников в сфере психического здоровья (Slade M., 2009).

СЭВ, как свидетельствуют представленные результаты исследований, у врачей-наркологов имеет характерные особенности, представляя собой преимущественно картину дистресса с доминированием симптомов тревожности, враждебности и депрессивности (Малыгин В.Л. и соавт., 2008; Пахтусова Е.Е., 2015). Среди группы обследованных врачей было выявлено преобладание таких копинг-стратегий, как «Планирование решения проблемы» (29,5 %), «Поиск социальной поддержки» (23,5 %) и «Положительная переоценка» (20,5 %). Это позволило сделать вывод, что врачи-наркологи с СЭВ используют преимущественно адаптивные копинг-стратегии, которые и обеспечивают возможность оставаться в сложившейся профессиональной ситуации (Малыгин В.Л. и соавт., 2008; Лукьянов В.В., 2007; Пахтусова Е.Е., 2015). Исследования выгорания у психиатров-наркологов проводились также белорусскими исследователями. Ими были выявлены достоверные различия в значениях показателей СЭВ по возрастным показателям и стажу работы. Согласно результатам исследования С.А. Игумнова и коллег (2008), наибольшей степенью выраженности синдрома обладали психиатры-наркологи со стажем работы от 10 до 20 лет. Наименьшие показатели СЭВ продемонстрировали испытуемые со стажем работы более 20 лет, при этом у всех «возрастных» групп наибольшей степенью выраженности отличалась фаза «резистентности» по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко» (2008). Вместе с тем полностью сформировавшейся какой-либо фазы СЭВ по этой методике не выявлено ни в одной из обследованных групп. Для групп наркологов была «характерна относительно невысокая степень выраженности СЭВ при отсутствии сложившихся симптомов и сформировавшихся фаз», что свидетельствует о сравнительно адаптивном состоянии испытуемых, что также подтверждает данные о преимущественном использовании наркологами адаптивных копинг-стратегий (Игумнов С.А. и соавт., 2008). В исследовании Е.И. Лозинской, Н.Б.

Лутовой и А.В. Ханько выявлены данные, свидетельствующие об обратном развитии фаз «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация» с увеличением стажа, и увеличение показателей шкалы «Редукция персональных достижений» (Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Ханько А.В., 2014).

Выявлена также еще одна особенность в формировании СЭВ у психиатров-наркологов, заключающаяся в особой со-зависимости – стремлении способствовать больным в их поисках наиболее «легких и быстрых путей исцеления». Данные причины неизбежно приводят к формированию симптомов «неадекватного избирательного эмоционального реагирования», «эмоционально-нравственной дезориентации», входящих в фазу «Резистенция» СЭВ по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко» (2008) (Малыгин В.Л. и соавт., 2008; Постнов В.В., 2010).

Исследование Е.Р. Исаевой и И.Л. Гуреевой (2010) показало, что СЭВ с течением времени влияет на замену конструктивных копинг-стратегий на дезадаптивные. Ведущими копинг-стратегиями в данном случае являлись: самоконтроль, планирование решения проблемы и принятие ответственности на себя. Вместе с тем в исследовании было выявлено, что нарастающее состояние истощения, негативизма по отношению к пациентам сопровождалось усилением применения копинг-стратегий избегания и эмоционального дистанцирования от проблем, а также высокую степень враждебности и агрессивности.

При изучении клинических особенностей астенических расстройств было обнаружено, что как у врачей онкологов и у врачей скорой медицинской помощи, у наркологов редко встречаются проявления астении. Несмотря на это, показатели шкалы фаз «Напряжение» и «Истощение» СЭВ по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) у врачей психиатров-наркологов оказались значительно выше, чем у хирургов. Такой результат исследования, позволил сделать вывод о том, что многие из хронических соматических заболеваний у врачей данных специальностей имеют психогенный механизм. При изучении заболеваний органов кровообращения было показано, что у врачей психиатров-наркологов с увеличением расстройств системы органов

кровообращения (ИБС, ВСД) нарастает тревожная и депрессивная симптоматика, а также возникают астенические и вегетативные нарушения. При детальном изучении проявлений СЭВ, было обнаружено, что они выявляются почти у каждого второго врача – у 67,6 % опрошенных респондентов. При этом в 61,6 % случаев у обследованных врачей была полностью сформирована одна из фаз синдрома, у 3,9 % – две фазы и у 2,1 % – все три фазы синдрома были сформированы полностью (Бодагова Е.А., Говорин Н.В., 2013). Полученные данные свидетельствуют о неудовлетворительном психическом состоянии здоровья психиатров-наркологов, обусловленном характером профессиональной деятельности.

Помимо врачей психиатров и психиатров-наркологов отдельно изучались особенности эмоционального состояния врачей-психотерапевтов, которые также подвергаются серьезному стрессу во время профессиональной деятельности (Puig A. et al., 2014). Работа психотерапевта включает в себя обязательное долгосрочное эмпатичное общение с пациентами и сопереживание с ними травматических событий их жизни, что может приводить к невольному «проецированию на себя» чужих болезненных переживаний (Stebnicki M.A., 2007). В эмпирических исследованиях было показано, что в работе психотерапевтов (особенно, работающих в государственных учреждениях – исправительных и военных) может развиваться вторичная психотравматизация в связи с более выраженным тесным взаимодействием с травмирующим опытом другого человека (Biebel E.P., 2012; Jordan K., 2010; Linnerooth P.J., Mrdjenovich A.J., Moore B.A., 2011). Исследования, проведенные в разных странах, демонстрируют, что степени выраженности выгорания у психотерапевтов могут быть различными, это, вероятно, обусловлено культуральными различиями и их влиянием на выраженность СЭВ: так корейские и японские психотерапевты (Yagi D.T. et al., 2011; Carrola P.A. et al., 2012) продемонстрировали отличную от американских и китайских психотерапевтов степень выраженности выгорания (Shin H. et al., 2013; Carrola P.A. et al., 2012).

Необходимо отметить исследования, посвященные изучению СЭВ и у других специалистов, оказывающих помощь в области психического здоровья. Специфика работы психиатрической помощи в разных странах имеет свои фундаментальные различия даже на правовом уровне, что отражается на степени выгорания специалистов, которых мы можем сравнивать в психиатрическом звене. Социальные работники в разных странах выполняют не одинаковые функциональные обязанности при оказании психиатрической помощи и могут иметь как психологическое, так и медицинское образование, что позволяет рассматривать их в рамках общей статистики в определенных странах: так, в Великобритании социальные работники выполняют роль специалистов, ответственных за принятие решения о госпитализации пациента в психиатрическую клинику, тогда как в Норвегии данное решение принимает исключительно медицинский работник, следовательно, профессиональные нагрузки, профессиональная среда и влияние стрессовых факторов у них различны (Evans S. et al., 2005).

В некоторых европейских странах с хорошо развитой системой социальной защиты, в частности в Швеции и Нидерландах, выгорание является «официальным медицинским диагнозом, что предполагает включение его в учебные руководства и обучение врачей его распознаванию и лечению» (Кмить К.В., Попов Ю.В., 2013). Лицам с диагностированным выгоранием «такая легализация позволяет получать материальную компенсацию и помощь психотерапевта в рамках медицинского страхования» (Schaufeli W.B., Leiter M. P., Maslach C., 2009). На территории Российской Федерации выявление СЭВ проводится преимущественно в рамках научных исследований, профилактическая и медицинская помощь на сегодняшний день официально не предоставляется.

Таким образом, анализ научных исследований, позволяет сделать выводы, что СЭВ приводит к снижению мотивационных установок личности врача, связанных с профессиональной деятельностью и, как следствие, отражается на качестве исполняемых должностных обязанностей. От наличия СЭВ и выраженности его фаз напрямую зависит эффективность диагностического и лечебного процесса

(Юрьева Л.Н. 2004; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008; Maslach С., Wilmar S., 2001). А также учеными отмечено, что «стрессовые факторы, специфические для работников в сфере психического здоровья, могут влиять одновременно как на здоровье психиатров, так и их пациентов» (Kumar S., Hatcher S., Huggard P., 2005; Morse G. et al., 2012). Высокий уровень показателя «Эмоциональное истощение», выявляемый по методике «Опросник на выгорание MBI» К. Маслач, у работника сферы психического здоровья может также свидетельствовать о снижении удовлетворенности работой с пациентами, у которых существуют серьезные симптомы психических заболеваний (Garner B.R., Knight K., Simpson D.D., 2007). Однако проведенные исследования не дают однозначного ответа на вопросы, связанные с влиянием особенностей профессиональной деятельности на риск формирования СЭВ, что требует дальнейшего планомерного изучения и проведения дополнительных научных исследований.

1.3. Этиология и механизмы формирования синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

Обобщая данные проведенных ранее исследований, можно выделить основные факторы, лежащие в основе возникновения и формирования СЭВ у лиц, работающих в системе «человек–человек», в частности, у врачей как специалистов наиболее подверженных риску возникновения данного синдрома:

1. Неблагоприятное воздействие на психику длительного пребывания в контакте с психически больными (Бочаров В.В., Шишкова А.М., 2016; Бочаров В.В. и соавт., 2017).
2. Недостаточный профессионализм врача. Часто в такую ситуацию попадают начинающие свою деятельность молодые специалисты. Выпускники

медицинских вузов, ощущают нехватку профессиональных знаний по выбранной специальности и, кроме того не умеют противостоять эмоциональной перегрузке, возникающей при взаимодействии с пациентами, коллективом и администрацией больницы (Волкова Т.И., 2007; Величковская С.Б., 2008). Студентов-медиков, несмотря на обилие информации о том, как лечить пациентов, не обучают знаниям о том, насколько травматично может повлиять профессиональная деятельность на самого врача, не учат распознаванию у себя симптомов выгорания и умению предотвращать их (Юрьева Л.Н., 2008). Было определено, что высокие показатели СЭВ у специалистов в области психического здоровья обнаруживаются в первые годы работы. По мнению исследователей, такая ситуация требует внедрения профилактических мер и ознакомления с явлением СЭВ ещё в период обучения в высшем учебном заведении (Volpe U. et al., 2014; Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016).

3. С. Maslach (1982) видела проблему исключительно в особенностях рабочей ситуации, но не в личности самого специалиста. Однако при более детальном изучении СЭВ у медицинских работников стало очевидно, что личность индивида имеет решающую роль в формировании данного синдрома (Макаров В.В., 2001; Rejšković B., 2011): выгорание возникает у тех специалистов, личность которых не соответствует предъявляемым к ней требованиям, что является ключевым компонентом СЭВ (Сидоров П.И., 2005). Также было показано, что выбор медицинской профессии может быть обусловлен «чувством тревоги и бессилия» (Ларенцова Л.И., 2002; Фокина Т.Ю., 2009), которые возникают из-за волнений, связанных с тяжелыми болезнями и смертью членов семьи, и те врачи, чей «профессиональный выбор мотивируется скрытыми психологическими проблемами, составляют группу риска для развития психических расстройств, связанных с факторами, возникающими на рабочих местах» (Фокина Т.Ю., 2009, с. 2). Поэтому понятно, что у людей, имеющих какой-либо невротический внутриличностный конфликт, проблемы на работе будут лишь способствовать

его обострению. Разрешение этой ситуации возможно при условии гармонизации личности в целом (Ларенцова Л.И., 2002; Лукьянов В.В., 2007b)

4. Трудности адаптации к профессиональной деятельности, появляющиеся еще на стадии освоения специальности и впоследствии при длительном исполнении своих рабочих обязанностей без профессионального и личностного роста, приводит к выгоранию специалиста, что, в свою очередь, приводит к потере «жизненного смысла» и препятствует самореализации личности (Коростылева Л.А., 1998, 2005). Также следует отметить понятие «готовности к профессиональной деятельности». Данный термин обозначает под собой «интегральное состояние, проявляющееся в оптимальном сочетании нравственно-мотивационного, интеллектуального и психофизического уровней организации личности в соответствии с требованиями той или иной деятельности» (Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015, с. 65).
5. В последние десятилетия также отмечается значительное влияние индивидуальной аффективной неустойчивости личности, или так называемой нервно-психической неустойчивости в формировании реакций на стресс. Под аффективной неустойчивостью «обычно понимают предрасположенность индивида к срывам деятельности при психотравмирующих ситуациях, приводящим к нарушению афферентного синтеза, рассогласованию функции определения результатов действий и, как следствие, к искажению оценки ситуации и неадекватному профессиональному и социальному поведению» (Боченков А.А. и др., 2006, с. 47). Это понятие включает преморбидные состояния и латентную компенсированную форму легкой патологии психической деятельности. Понятие НПУ соответственно показывает риск дезадаптации личности в условиях стресса (когда система эмоционального отражения функционирует в критических условиях, вызываемых внешними и внутренними факторами) (Прохоров А.О., 2004; Шамрей В.К., Курпатов В.И., 2017; Боченков А.А., 2006; Черкасова Е.С., Сажаяев А.М., Гришин О.В., 2013; Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015; Караваева Т.А., Кухтенко Ю.А., Макаров В.В., Яковлев А.В., 2019). Полученные на

сегодняшний день данные демонстрируют зависимость уровня НПУ врачей от профиля врачебной деятельности. В исследовании С.В. Поройского и соавторов было отмечено, что «среди врачей скорой медицинской помощи больше лиц с высокими уровнями НПУ, а среди врачей не лечебного профиля – с низкими» (Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015, с. 64). Соответственно, чем больше давление среды, тем пропорционально выше должна быть НПУ индивидуума. Несоответствие между требованиями, предъявляемыми средой, и личностью конкретного специалиста, согласно концепции В.Н. Мясищева (1960) о неврозах, может приводить к формированию внутриличностного конфликта и, как следствие, появлению невротической симптоматики. Вместе с тем проблемы стрессоустойчивости, которая напрямую зависит от НПУ и вариантов оказания психологической помощи, а также вопросы саморегуляции являются центральными при преодолении СЭВ (Боченков А.А. и соавт., 2006; Черкасова Е.С., Сажаев А.М., Гришин О.В., 2013).

6. Дополнительно на проявление признаков СЭВ у врачей влияют низкий престиж профессии врача и повышенные эмоциональные нагрузки у медицинских работников (Купрякова Ю.А., 2011). Отмечено, что специалисты, работающие в стационарах, сильнее испытывают выгорание в связи с высоким объемом оказания помощи тяжелым пациентам. Изучался также вопрос влияния на показатели СЭВ рабочей нагрузки. В исследованиях последних двух десятилетий приведены противоречивые результаты, касающиеся работников в сфере психического здоровья. В одних исследованиях продемонстрирована существенная роль стресса, вызванная повышенными рабочими нагрузками, в возникновении выгорания (Asker G.M., Lawrence D., 2009). Другие же исследователи не смогли обнаружить достоверной связи между объемами рабочей нагрузки и выгоранием у лиц помогающих психиатрических специальностей, социальных работников (Onyett S., Pillinger T., Muijen M., 1997; Garner B.R., Knight K., Simpson D.D., 2007).

7. Следует отметить, что одной из значимых особенностей психиатрических профессий является высокие показатели суицидальных попыток и свершившихся суицидов среди пациентов (Bowers L. et al., 2006). Суицид пациента становится значимым стрессом для его лечащего врача. Как известно, стресс, вызванный переживанием критических жизненных событий (чем может, безусловно, стать свершившийся суицид пациента, несмотря на проводимую врачом терапию), является одним из компонентов этиопатогенеза суицидального поведения (Положий Б.С., 2015), которое, в свою очередь, может сформироваться и у работника в сфере психического здоровья. Это объясняет, почему психиатрия на протяжении вот уже нескольких десятилетий считается одной из наиболее стрессогенных медицинских специальностей, которые приводят к повышенному риску СЭВ и суицида у самих специалистов (Положий Б.С., 2015; Snibbe J.R. et al., 1989; Deary I.J., Agius R.M., Sadler A., 1996; Thomsen S. et al., 1999). По данным западной статистики, общее число самоубийц среди врачей составляет от 28 до 40 на 100 тысяч ежегодно (Огнерубов Н.А., 2013), а среди врачей-психиатров и вовсе встречается в пять раз чаще, чем в общей популяции (Боева А.В., Руженков В.А., Москвитина У.С., 2013). По исследованиям отечественных коллег 2013 года, во время опроса 1500 врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников в области психического здоровья, более 60 % не исключают для себя суицид как выход при безнадежной мучительной физической болезни. Также в рамках данного опроса был обнаружен высокий уровень эмпатии к суицидентам среди медицинских работников психиатрических лечебных заведений (Любов Е.Б., Куликов А.Н., 2013).
8. Некоторыми исследователями в качестве дополнительных факторов, влияющих на формирование СЭВ, выделяется возраст. Так, в одном из зарубежных мета-анализов была обнаружена отрицательная связь между показателями по шкале «Эмоциональное истощение» и возрастом (Brewer E.W., Shapard L., 2004) – то есть, чем меньше возраст, тем больше выгорание. Вместе с тем данные выводы авторами предлагается рассматривать с

осторожностью ввиду того, что молодые сотрудники менее подготовлены к стрессу в рабочей ситуации и ещё не обладают навыками эффективного взаимодействия с пациентами (Ballenger-Browning K.K. et al., 2011). M.L. Griffin (2010), изучавший СЭВ у работников исправительных учреждений, наоборот, обнаружил значимые корреляции показателей по шкале «Деперсонализация» с возрастом респондентов. Вместе с тем исследователи в своем обсуждении отмечают, что все демографические характеристики, менее значимы, чем такие показатели, как удовлетворенность работой (Griffin M.L. et al., 2010; Ballenger-Browning K.K. et al. 2011).

9. Имеются данные результатов исследования врачей первичного звена здравоохранения, в котором было выявлены гендерные различия в формировании симптомов (Хохлов Р.А., Минаков Э.В., Фурменко Г.И., 2009; Ballenger-Browning K.K. et al., 2011; Green A.E., 2014). Более высокие показатели по шкале «Эмоциональное истощение» методики «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008), были более характерны для женщин по сравнению с мужчинами. Один из последних мета-анализов также подтвердил, что существуют особенности различных аспектов выгорания, связанные с полом в широком диапазоне медицинских профессий: у женщин были выявлены более высокие показатели по шкале «Эмоциональное истощение», а у мужчин в большей степени отмечались высокие показатели шкалы «Деперсонализация» методики MBI (Purvanova R.K., Muros J.P., 2010). Также обнаружено, что врачи, находящиеся в браке и воспитывающие детей, имеют меньшие показатели выгорания, чем их, не состоящие в браке и бездетные коллеги (Сидоров П.И., 2007). Вместе с тем эти данные на сегодняшний день представляются неоднозначными.

10. Отсутствие эффекта от терапии у пациентов вызывает разочарование в лечебном процессе у врачей и провоцирует развитие фактора «редукции персональных достижений» СЭВ (Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016).

В настоящее время часть аспектов СЭВ является достаточно изученными, вместе с тем, исследователи в своем обсуждении отмечают, что все демографические характеристики менее значимы, чем такие показатели, как удовлетворенность работой (Griffin M.L. et al., 2010; Ballenger-Browningetal K.K., et al.. 2011), личностные черты характера (Сидоров П.И., 2007) и высокие нагрузки на местах (Купрякова Ю.А., 2011). Малоизученными на данный момент остаются проблемы стрессоустойчивости, которая напрямую зависит от НПУ и вариантов оказания психологической помощи, а также вопросы саморегуляции, являющиеся центральными при преодолении СЭВ (Черкасова Е.С., Сажаев А.М., Гришин О.В., 2013). В этом ключе важным представляется работа, направленная на изучение методов повышения стрессоустойчивости, НПУ и личностных характеристик, способствующих формированию СЭВ.

1.4. Концепция синдрома эмоционального выгорания в медицинской психологии

В психологии существует различные концепции и модели стресса в зависимости от базовых научных представлений. В теоретико-методологическом плане выделяются три основные концептуальные парадигмы. В парадигме соответствия в системе «личность–среда» (динамический подход) стресс трактуется как следствие неуравновешенности или противоречия между требованиями окружающей среды и объективными ресурсами человека. В процессуально-когнитивной парадигме ответ на стрессовое воздействие интерпретируется как процесс развития индивидуально-личностных форм адаптации к осложненным условиям деятельности, за счет использования копинг-стратегий. В парадигме регуляции состояний (регуляторный подход) – стресс понимается как «особый класс состояний, возникающих вследствие изменения механизмов регуляции деятельности и поведения» (Рогозян А.Б., 2012). Несмотря

на наличие различных взглядов и подходов, концептуальных противоречий между ними нет, скорее их можно рассматривать как различные аспекты единой динамической, многофакторной дополняемой модели стресса.

СЭВ опосредован в первую очередь развитием психологических реакций в результате перенапряжения, возникающего при межличностном взаимодействии в профессиональной деятельности. Наибольшее значение имеет феномен «эмоционального резонанса» – переживания эмоций сострадания, сочувствия, сопереживания, проявление эмпатии, аутентичности, конгруэнтности, являющийся неотъемлемым и обязательным элементом в терапевтических отношениях между врачом и пациентом (Freudenberger H.J., 1974; Бойко В.В. 1999; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008; Водопьянова Н.Е., 2009). В научной литературе можно выделить четыре группы основных теоретических подходов к описанию психологических источников (предикторов или же факторов риска) СЭВ у специалистов данной сферы: это индивидуальные, межличностные, организационные и социальные подходы. «Индивидуальные подходы обращают особое внимание на роль и процессы внутри личности, в то время как межличностные фокусируются на взаимоотношениях с другими личностями в процессе работы» (Фокина Т.Ю., 2009, с. 4). Организационные подходы акцентируют внимание на значимости исходных принципов организации лечебного процесса, тогда как социальные сосредоточиваются на более широких социальных и культурных факторах (Green A.E., 2014). По мнению Ф.Б. Плоткина (2015) эти четыре направления в подходах к проблеме выгорания не являются взаимоисключающими. Следует также отметить, что в индивидуальный уровень входит коррекция СЭВ, рассматриваемая в ключе поддержания здорового образа жизни (Бабанов С.А., 2009; Маркарян А.Г., 2012).

В научных исследованиях для описания и оценки различных аспектов СЭВ используются различные экспериментально-психологические методики (Лукьянов В.В., 2007; Игумнов С.А., 2008). Наиболее распространенными в российских исследованиях методиками диагностики состояния выгорания, являются:

1. Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), которая включает в себя 84 утверждения. Методика апробирована в диссертационных исследованиях П.И. Сидорова (2005), В.В. Лукьянова (2007), С.А. Игумнова (2008), Н.Г. Васильевой (2016) и др. Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы СЭВ и определить, к какой фазе развития стресса они относятся. Согласно представленной концепции это фазы: «Напряжение», «Резистенция», «Истощение» (Бойко В.В., 1996).

2. Адаптированный на русский язык Н.Е. Водопьяновой опросник MBI («Maslach Burnout Inventory»), который является «золотым стандартом» диагностики СЭВ (Maslach C., Jackson S.E., 1981; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008). Методика, апробированная в работах Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2001, 2008), применялась также в исследованиях: А.А. Обознова и О.В. Иноземцевой (2008), Л.В. Золотухиной (2011), А.Г. Маркарян (2012), Н.Г. Васильевой (2016) и других.

Зарубежными исследователями выделяются также несколько основных зарекомендовавших себя моделей, в рамках которых наиболее часто диагностируется СЭВ при помощи психологических опросников: 1. Трехкомпонентная модель Maslach & Jackson и опросник MBI (Maslach C., Wilmar S., 2001); 2. модель Pines и опросник «Burnout Measure» (BM) (Pines A., Aronson E., 1988); 3. модель Shirom-Melamed и 4. опросник «Shirom-Melamed Burnout Questionnaire» (SMBQ) (Shirom A. et al., 2005). Вместе с тем одним из наиболее популярных методов определения наличия признаков СЭВ у медицинских работников за рубежом является опросник «Staff Burnout Scale for Health Professionals» (Jones J., 1980).

1.5. Концепция синдрома эмоционального выгорания в психиатрии

В дополнение к психологическим моделям и концепциям существуют большое количество естественнонаучных исследований, которые рассматривают стресс с позиции физиологии, нейрогуморальных наук. «Стрессовый ответ

охватывает все уровни регуляции гомеостаза. Различные изменения наблюдаются как на молекулярном уровне, так и на уровне ЦНС. При этом участвуют симпатическая, парасимпатическая нервные системы, баро-и хеморецепторы» (Середин С.Б., 2003, с. 35). В 2006 году в НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН проводилось исследование, в рамках которого была подтверждена связь активации гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, которая запускается под воздействием стрессовых факторов, с физиологической индукцией апоптоза нейронов. Исследователи обнаружили, что при клиническом улучшении депрессивных больных изменяются и показатели клеточной гибели на фоне восстановления состояния основных гомеостатических систем организма (Семке В.Я., Иванова С.А., 2006).

В первом десятилетии XXI века с развитием современных технологий стало возможным изучение патофизиологических механизмов на молекулярном уровне, что с большой долей вероятности позволяет подойти к вопросу борьбы с негативным влиянием стресса не только с психологической и психофармакологической точки зрения. Этот факт также клинически затрагивает такие аспекты физиологии человека, как гормональный фон, наследственные факторы и гендерные особенности стрессоустойчивости (Bangasser D.A. et al., 2010; Steinman M.Q. et al., 2015). Несмотря на полученные открытия в области «физиологии стресса», многие аспекты еще недостаточно изучены. В связи с этим проблемы, вызываемые стрессовым воздействием, необходимо рассматривать мультидисциплинарно: с психологической, социальной и клинической точки зрения.

В настоящее время наиболее распространенной точкой зрения является представления о том, что СЭВ соответствует третьей стадии неспецифического адаптационного синдрома Г. Селье – «Истощение», т.е. в его крайнем проявлении – дистрессе (Селье Г., 1960, Лукьянов В.В., 2007).

Представление о СЭВ является с точки зрения психиатрии собирательным междисциплинарным понятием. Учитывая разнообразие психопатологической симптоматики, формирующей данный синдром, клинические проявления можно

отнести к различным диагностическим нозологическим формам (Подсадный С.А., Орлов Д.Н., 2008; Золотухина Л.В. 2011).

Так, в МКБ-10 эквивалентом СЭВ, является шифр Z 73.0 – «Переутомление» и подразумевающий «состояние истощения жизненных сил» (МКБ-10; Сидоров П.И., 2007; Фокина Т.Ю., 2009; Матюшкина Е.Я., Кантемирова А.А., 2019). Точнее нарушения соответствуют нозологической категории: «Расстройства приспособительных реакций в связи со стрессовыми событиями» – F43.2 (МКБ-10). Симптоматика развивается вследствие психосоциального стресса и включает в себя умеренные аффективные нарушения (тревога, депрессия, беспокойство, напряженность, гнев) и вегетативные проявления. Спектр и выраженность симптомов здесь весьма переменный и включает «подавленность настроения, настороженность или беспокойство (или комплекс этих состояний), ощущение неспособности справиться с ситуацией, запланировать все заранее» (Сидоров П.И., 2007, с. 129). Тут также может иметь место кратковременная или длительная депрессивная реакция, нарушение других эмоций и поведения с включением некоторой степени снижения способности действовать в повседневной жизни. Схожая симптоматика наблюдается при синдроме выгорания – «выявляются тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожание, повышение артериального давления» (Сидоров П.И., 2007, стр. 131). Так, в понятие СЭВ входят такие симптомы, как безразличие, недостаток эмоций, пессимизм, усиление иррационального беспокойства, и с точки зрения большинства исследователей в этом случае правомернее выставлять диагноз F43.2 (МКБ-10; Золотухина Л.В., 2011; Morse G. et al., 2012).

Ряд авторов рассматривает проблему СЭВ как проявления неврастения – F48.0 (МКБ-10; Протьюко Н.Н., Слестников С.Ю., 2008). «При этом длительность симптомов не должна превышать 6 месяцев» (МКБ-10). Такое понимание особенно близко к позиции Санкт-Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1990; Караваева Т.А., 2010, 2017; Золотухина Л.В., 2011; Васильева А.В., 2012; Вахренева О.А., 2014). В качестве патогенетических механизмов развития неврастения определяющее значение

имеет внутриличностное противоречие между требованиями личности к себе, проявляющимися перфекционизмом, и имеющимися у нее ресурсами. Динамика стадий СЭВ также соответствует этапам развития неврастения. Клинические проявления гиперстенического этапа в виде появления напряжения, раздражительности, головных болей, колебаний настроения, снижения толерантности к нагрузке в большей степени соответствует фазе «напряжение» по классификации В.В. Бойко. Гипостенические проявления – утомляемость, слабость, бессилие, рассредоточение внимания, снижение памяти, нарушения сна, – характерны для фазы «Истощение» (Бойко В.В., 1996).

Зачастую профессиональные стрессы в следствии психоэмоциональных и интеллектуальных перегрузок приводят к расстройствам адаптации, кодируемых МКБ-10 как F43.20 (Вассерман Л.И., Шамрей В.К., Марченко А.А., 2008).

Существуют концепции развития депрессивных профессиональных психических расстройств, предиктором которых является рабочее напряжение (Петрова Е.В., 2011; Bender A., Farvolden P., 2008; Sanne B. et al., 2005; Wang J., 2005). По этой причине часть специалистов относит СЭВ к депрессивным расстройствам, выделяя при этом «кратковременную депрессивную реакцию, обусловленную расстройством адаптации» (F43.20); «продолжительную депрессивную реакцию, обусловленную расстройством адаптации» (F43.21); «смешанную тревожную и депрессивную реакцию, обусловленную расстройством адаптации» (F43.22); «расстройство адаптации, обусловленное нарушениями других эмоций» (F43.23); «расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения» (F43.24); «смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации» (F 43.25) (МКБ-10; Wang J., 2005; Acker G.M., 2010). Доминирующими симптомами в этом случае являются: снижение настроения, уменьшенный или увеличенный вес, бессонница, недостаточный сон, плохое общее состояние здоровья (Сидоров П.И., 2007).

Другие специалисты склонны рассматривать СЭВ как проявления декомпенсации акцентуаций характера. Согласно МКБ-10 пересмотра, диагностический таксон Z73.1 («Акцентуированные личностные черты»)

отражает, в том числе поведенческую структуру типа А (Rosenman R., Friedman M., 1970), способствующую риску развития коронарных нарушений, которая «характеризуется неумеренной амбицией, потребностью в высоких достижениях, нетерпимостью, некомпетентностью и назойливостью» (МКБ-10). Преморбидно не каждая личность склонна к выгоранию. Известно, что этому процессу способствуют такие факторы, как личностные особенности, акцентуации характера, расстройства личности, невротическая почва, повышенная тревожность, женский пол и др. (Макаров В.В., 2001; Макарова Г.А., 2003; Сидоров П.И., 2005; Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016).

В МКБ-11 СЭВ введен в качестве нозологической единицы как «эмоциональное выгорание»:

«Эмоциональное выгорание — это синдром, признаваемый результатом хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен. Он характеризуется тремя признаками:

- ощущением мотивационного или физического истощения;
- нарастающим психическим дистанцированием от профессиональных обязанностей или чувством негативизма или цинизма к профессиональным обязанностям; а также
- снижением работоспособности.

Эмоциональное выгорание касается непосредственно профессионального контекста и не должно применяться к опыту из других сфер жизни» (МКБ-11).

Некоторые личностные особенности (такие как тревожность, излишний перфекционизм, ригидность, возбудимые черты характера) могут приводить к «невротизации» врача в условиях работы и к последующему формированию СЭВ (Сидоров П.И., 2007; Булыгина В.Г., 2013; McManus I.C., Keeling A., Paice E., 2004). К личностным детерминантам относятся также такие характеристики, как выраженная эмотивность, низкая способность к адаптации в стрессовых ситуациях, неустойчивая самооценка, дефицит самомотивации (Меркулова Н.Н., 2011). Вместе с тем существуют исследования, изучающие способность к

развитию и формированию личностных ресурсов в профессиональной деятельности врачей. Так, в исследовании В.В. Матана обследуемые врачи, обладающие достаточным количеством ресурсов, были в большей степени психологически толерантны к профессиональным нагрузкам и склонны к дальнейшему «приобретению ресурсов», что, несомненно, зависит от личностных особенностей индивида и влияет на устойчивость к формированию СЭВ (Матан В.В., 2019).

Способность к эмпатии выделяется в отдельный фактор, отсутствие которого способствует возникновению СЭВ (Лукьянов В.В., 2007а; Подсадный С.А., Орлов Д.Н., 2008; Юрьева Л.Н., 2008, Поддубная Т.В., 2015). По мнению К. Роджерса (2001), эмпатия является необходимым качеством или способностью для установления доверительных терапевтических отношений врачей с пациентом. Отмечено, что эмпатия считается одним из наиболее профессионально важных качеств медицинских работников: способность к сопереживанию и к произвольной эмоциональной отзывчивости, умение поставить себя на место другого создает основу для формирования сбалансированных межличностных отношений. Развитая эмпатия в общении врача с пациентом представляет собой общую установку на понимание не столько формальной стороны сказанного, сколько вчувствование во внутренний смысл состояния пациента (Орлов А.Б., 1993; Лукьянов В.В., 2007а; Карвасарский Б.Д., 2007 [ред.]; Полищук Ю.И., Летникова З.В., 2012). Вместе с тем, по мнению А.Б. Холмогоровой, «дефицит способности к эмпатии» является одной из негативных тенденций на современном этапе развития общества. «Эмпатия как высшая психическая функция предполагает сохранную способность понимать психические состояния других людей и при этом проявлять по отношению к ним сочувствие и заботу» (Холмогорова А.Б., 2017, с. 75).

Важность эмпатии подчеркивает и В.В. Макаров (2001), он определяет эмпатию как процесс тонкого вчувствования в психологический мир пациента, по его мнению, отсутствие эмпатии делает помощь специалиста непродуктивной. Однако автор уточняет: «Эмпатия и сопереживание, сочувствие человеку –

понятия, мало связанные друг с другом. Эмпатия – это способность «проникнуть» во внутренний мир другого человека без сопереживания» (Макаров В.В., 2001, с. 151).

М.Ю. Городнова (2016) определяет эмпатию как «совокупность эмпатических способностей, являющуюся динамической взаимосвязанной структурой, представленной врожденными (интуиция и вчувствование), рано приобретенными (спонтанный интерес к «Другому» и идентификация) и формирующимися в течение жизни (эмпатические установки и способность создавать атмосферу доверия) способностями» (с. 32). Возможность проявлять эмпатию является одним из основных профессиональных качеств специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью с пациентами психиатрического и наркологического профиля, а проблема ее развития ставится приоритетной в контексте организации обучения и супервизии профессионалов-практиков (Лукьянов В.В., 2007а; Полищук Ю.И., Летникова З.В., 2012; Залевский Г.В., 2013; Поддубная Т.В., 2015; Городнова М.Ю., 2016).

Исследование С.Б. Величковской (2008) отражает связь СЭВ и эмпатии у преподавателей ВУЗов (фактор эмпатии имел вес – 2,03 %, дисперсии – 20,4) и учителей (фактор эмпатии имел вес – 1,34 %, дисперсии – 13,5). В группе преподавателей структура СЭВ в большей степени отражает эмоциональные и социальные аспекты трудовой деятельности, а у школьных учителей – «погруженность в профессиональный труд».

По мнению В.В. Лукьянова (2007b) «эмпатия является значимым копинг-ресурсом», который оказывает стабилизирующее действие на СЭВ: для врачей с высокой степенью толерантности к выгоранию характерен оптимальный уровень эмпатии – выявляется «обратно-пропорциональная связь с симптомом «эмоционально-нравственная дезориентация» ($r = - 0,269$, $p < 0,01$) фазы резистентности и, в особенности, с симптомами «эмоционального дефицита» ($r = - 0,275$, $p < 0,01$) и «эмоциональной отстраненности» ($r = - 0,435$, $p < 0,001$) фазы «Истощение», а также с суммарным показателем ($r = - 0,258$, $p < 0,01$)» методики

«Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) (Лукьянов В.В., 2007b).

Эмпатический способ общения с другой личностью подразумевает постоянную чувствительность к меняющимся переживаниям, колебаниям и нюансам эмоционального статуса пациента, понимание особенностей его отношений к актуальным жизненным обстоятельствам (Медведская Е.И., Шерягина Е.В., 2017). В лечебном взаимодействии эмпатия позволяет выявить неосознаваемые чувства без попытки вскрыть травматические переживания (Роджерс К.Р., 2001). Большому количеству молодых врачей не свойственно применять эмпатический способ общения с пациентами, так как в медицинских ВУЗах не обучают такому взаимодействию и не указывают на его ценность, заключающуюся в способности проявлять «эмоциональную вовлеченность в психическое состояние другого человека» (Орлов А.Б., 1993; Полищук Ю.И., Летникова З.В., 2012). В связи этим вопрос развития эмпатии является приоритетным в образовательном процессе и в процессе «супервизии профессионалов-практиков» (Лукьянов В.В., 2008; Городнова М.Ю., 2016).

В исследовании О.Н. Доценко и А.А. Обознова (2008) обнаружены статистически значимые отрицательные взаимосвязи показателей удовлетворенности профессиональной деятельностью и СЭВ, а также сделано заключение, что высокие значения гуманистического и ресурсного компонентов направленности профиля личности определяют низкий уровень СЭВ.

С. Maslach (1976) указывает на подход к проблеме выгорания с точки зрения несоответствия личности и ее характеристик рабочей среде, в которой пребывает данный индивид, что соответствует концепции В.Н. Мясищева о неврозах (1960). Изменения в процессе выгорания происходят не в результате «разрушения структур личности и полном ее распаде», а в нарушении способности специалиста к адаптации, то есть в снижении НПУ (Орел В.Е., 2005).

В отечественной профпатологии и ранее рассматривались «профессиональные неврозы медицинских работников», которые определялись как «психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно

эмоционально-волевых) и нейровегетативных функций при сохранении у больного достаточно правильного понимания и критической оценки симптоматики, себя и окружающего с негрубым нарушением социальной адаптации» (Михалев С.В., 2007; Бабанов С.А., 2009), что, по мнению С.А. Бабанова (2009), идентично понятию «синдрома профессионального выгорания».

Вместе с тем часть специалистов призывает относить СЭВ к депрессивным расстройствам (Ahola K., Nakanen J., Perhoniemi R., 2014; Bianchi R., Schonfeld I. S., Laurent E., 2014). Существуют также научные работы, демонстрирующие связь между «выгоранием» как последствием стресса и физическими симптомами и такими проявлениями, как гриппоподобные нарушения и симптомы гастроэнтерита (Acker G.M., 2010), а также связь между «выгоранием» и болями в шее, спине (Peterson U. et al., 2008). Зачастую под этой симптоматикой может скрываться маскированная депрессия. Другие исследователи также отмечают очевидную взаимосвязь высокого уровня выгорания с депрессией и тревожностью (Morse G. et al., 2012).

В своем исследовании СЭВ у врачей-психиатров Л.В.Золотухина (2011) выделяет такие клинические варианты течения, как: астено-ипохондрический, обсессивно-фобический, депрессивный и деперсонализационный синдромы (по наличию ведущего синдрома), соответствующих рубрике в F40 – F48 - «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (МКБ-10).

Наблюдаемые среди специалистов разногласия не меняют сущности синдрома (Скугаревская М.М., 2003): расстройство адаптации (или расстройство приспособительных реакций) определяется МКБ-10 как «состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающее в период адаптации к значительному изменению жизни или стрессовому событию» (Сидоров П.И., 2007; Холмогорова А.Б., 2016).

Несмотря на то, что диагностические критерии данного синдрома обновляются и дополняются, описаны основные клинические проявления и

некоторые факторы риска, нозологический статус СЭВ до сих пор остается дискуссионным, так как не содержит полных диагностических критериев всех фаз данного расстройства ни в DSM-V, ни в МКБ-10 (Боева А.В., Реженков В.А., Москвитина У.С., 2013; Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016; Bianchi R., Schonfeld I.S., Laurent E., 2015), что вызывает сложности в верификации состояния, организации системы профилактической и лечебной работы, оценке эффективности проводимых мероприятий.

1.6. Коррекция и профилактика синдрома эмоционального выгорания

Одним из основных методов профилактики и коррекции СЭВ с 50-х годов прошлого века и до настоящего времени являются Балинтовские группы, внедренные М. Балинтом в Лондоне в 1950 году (Винокур В.А. и др., 1998, 2015; Лукьянов В.В., 2008), как «тренинговые семинары для врачей общей практики» (Булыгина В.Г., Макушкина О.А., 2013). Этот метод направлен на «снижение тревожности и «эмоциональной напряженности» лиц, работающих с трудным контингентом больных. В группе анализируются и разрешаются проблемы и трудности, возникающие при взаимодействии врача с пациентами. В фокусе рассмотрения лежат коммуникативные сложности, особенности межличностного общения, соблюдение границ идентичности» (Винокур В.А., 2015). Группой руководит психотерапевт или психоаналитически ориентированный психолог. При этом «исключается психотерапевтическое воздействие на личность самого врача и оценка его профессиональной деятельности» (Лукьянов В.В., 2008; Kjeldmand D., 2008). Ведущий обеспечивает создание безопасной атмосферы и условий для конструктивной работы, но активных интервенций самостоятельно не проводит (Булыгина В.Г., Макушкина О.А., 2013).

Описан также экзистенциальный вариант ведения Балинтовских групп, предложенный бельгийцем А. Moreau (1976). Он полагал, что

«психоаналитическая позиция нейтральности ведущего группы инфантилизирует ее», то есть ведущий, по его мнению, должен быть более активным. А. Moreau был против психоаналитической трактовки предлагаемого материала и являлся сторонником «вчувствования в переживания участников» в расчете на то, что таким образом отразятся тонкости коммуникации «врач–пациент» (Винокур В.А., 1998, 2015). Внимание группы здесь сосредоточено на эмоциональных реакциях участников, а не особенностях взаимоотношений с больными.

По мнению М.М. Скугаревской с целью коррекции и профилактики СЭВ преимущественно должны использоваться «лично-ориентированные методы, которые способствуют совершенствованию способностей индивидуума, и когнитивно-поведенческие – направленные на обучение человека способности противостоять стрессу через изменение своего поведения, пересмотр отношения к работе, коллегам и пациентам» (Скугаревская М.М., 2003а, с 7).

Многие исследователи изучают выгорание на протяжении уже нескольких десятилетий, однако лишь в избранных работах есть конкретное описание способов профилактики и коррекции выгорания, включающие приемы саморегуляции, самоконтроля и тренировки внимания и частично оценена их эффективность (Водопьянова, Н.Е., Старченкова Е.С., 2005; Лукьянов В.В., 2007b). Например, в исследовании Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2008), оценена эффективность тренинговой программы «Антивыгорание» в зависимости от гендерной составляющей выборки: респонденты женского пола легче осваивают «техники самоменеджмента и личностного психосинтеза, чем мужчины», а участники-мужчины проще, по сравнению с женщинами, усваивают рациональные техники и техники эмоциональной устойчивости.

Общая для всех специальностей коррекционная программа СЭВ, по мнению Н.Н. Меркуловой (2011), должна включать три этапа: подготовительный (начальный), основной и завершающий. На подготовительном этапе проводится диагностика СЭВ, а также особенностей личности работника. Был проанализирован профессиональный опыт сотрудников социальной службы, испытывающих СЭВ. По результатам исследования обнаружено, что более 60 %

работников «недостаточно информированы о его последствиях, не владеют элементарными навыками саморегуляции и релаксации, имеют низкий уровень стрессоустойчивости, малоактивны в стремлении преодолеть стресс, разрешить конфликтную ситуацию». Этим была обусловлена целесообразность применения на подготовительном этапе приемов рационально-эмоциональной поведенческой терапии.

На основном этапе сотрудники, имеющие положительную мотивацию на преодоление выгорания, участвовали в психологическом тренинге, который является ведущим компонентом коррекционной программы. Тренинговые занятия содержали также психообразовательный компонент в виде лекций и семинаров, направленных на расширение представлений о синдроме выгорания, стадиях его развития, причинах возникновения, последствиях. На завершающем этапе тренинга «формировалось позитивное отношение к действительности, через переоценку иррациональных убеждений». Среди известных моделей тренингов «антивыгорания» (как одной из эффективных) была выбрана рационально-эмоционально-поведенческая модель А. Эллиса (Меркулова Н.Н., 2011). Рассматривая СЭВ как процесс, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы (Сидоров П.И., 2005; Бабанов С.А., 2009; Maslach С., 1982), важно оценивать его фазы с позиции социально-психологической адаптации. В связи с этим все профилактические мероприятия целесообразно основывать на совокупности социальных, психологических и медицинских мероприятий. Базируясь на биопсихосоциальной парадигме и принципах персонализированного подхода, помощь лицам, у которых обнаруживаются признаки выгорания или находящихся в зоне риска, должна оказываться комплексно в психопрофилактических (тематических) или психокоррекционных группах или индивидуально (Козин В.А., 2013, Гольменко А.Д., Хаптанова В.А., Выговский Е.Л., 2015).

Вместе с тем групповая терапия обладает совершенно уникальными возможностями по сравнению с индивидуальной, так как в ходе группы создается

неповторимая среда, которая и несет психотерапевтический эффект, помноженный на количество участников. Сама группа, обладая огромным потенциалом, способствует выявлению проблем, их осознанию, принятию и последующему нахождению выхода из затруднительных ситуаций, являясь своеобразным зеркалом, в котором участники видят свои проблемы через призму проблем других людей. Для члена группы реакции других её участников являются более ценными, чем отрицательные либо положительные отзывы людей, находящихся за пределами данного сообщества. Так, зачастую психические и психологические проблемы носят межличностный характер, а в групповой деятельности как в микромодели общества все межличностные процессы можно отследить и откорректировать (Фурманов И.А., Фурманова Н.В., 2004; Кочюнас Р. 2009; Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016).

Дополнительно в рамках сочетанного подхода группа нижегородских ученых (Карпухина М.Б. и соавт., 2009) в своем исследовании рассматривали дезадаптационный синдром, включающий в себя психологические (у 70% опрошенных), тревожно-депрессивные (у 40%), вегетативные проявления (у 30%). В ходе исследования были разработаны и проведены программы психофизиологической коррекции, повышающие адаптационные возможности организма, что способствовало повышению работоспособности и снижению общей заболеваемости средних медицинских сотрудников амбулаторно-поликлинического звена. В рамках изучения практического применения методики профилактики СЭВ были проведены четырехмесячные семинары с целью обучения взаимодействию медицинского персонала с пациентами для уменьшения степени СЭВ и улучшения профессиональных коммуникации, но такие попытки не показали себя в полной мере эффективными (Berry K.A.et al., 2012).

В мета-анализе англоязычной литературы 2010 года J. Paris и A. Hoge (2010) обнаружили, что всего лишь два исследования описывают эффективность проводимых профилактических и терапевтических мероприятий в отношении выгорания у специалистов психиатрического профиля. Смысл описанных

мероприятий сводился к изменению административной системы на местах работы, семинарам по формированию навыков оказания самопомощи и краткосрочным когнитивно-поведенческим групповым сеансам. Однако достоверно эффективного практического руководства для работы со специалистами в сфере психического здоровья, имеющим все признаки СЭВ, так и не было разработано (Kumar S. et al., 2011).

В 2015 году белорусские учёные Е.Ф. Святская и Т.В. Жукова объединили и систематизировали ранее предложенные рекомендации к подходам терапии СЭВ. В их работе была структурирована врачебная тактика, позволяющая достичь снижения степени выраженности синдрома, а также предотвратить его возникновение (первичная профилактика). Данная методика работы со специалистами, имеющими признаки или риск развития СЭВ, подробно описывает рекомендации по планированию времени, профессиональному развитию, разделению ответственности, проведению тренингов межличностной коммуникации и релаксации, а также необходимости организации и структурирования досугового времени.

В 2009 году московским психотерапевтом В.М. Волобаевым был разработан вариант групповой мультимодальной психотерапии, состоящий из трех фаз (фазы разогрева, основной и завершающей фаз) и интегрирующий различные виды психотерапевтического воздействия (техник нейролингвистического программирования, гештальт-терапии, транзактного анализа, танцевально-двигательной и рационально-эмотивной поведенческой терапии), общей продолжительностью 15 недель. Терапия проводилась на различных профессиональных контингентах: педагоги, психологи, врачи, сотрудники пенитенциарной системы, менеджеры. Наиболее высокая эффективность методики отмечалась в фазах «Напряжение» и «Истощение» СЭВ, поэтому была рекомендована для лечения и профилактики данного расстройства адаптации (Волобаев В.М., 2009).

Тренинги по «антивыгоранию» были предложены также Булыгиной В.Г., Макушкиной О.А. (2013) и Даниловым А.Б. (2015).

Несмотря на проведенные исследования на сегодняшний день существует ограниченное количество методик терапии и профилактики СЭВ у работников в сфере психического здоровья, имеющих доказательно подтвержденную эффективность. В клинической методологии несколько более активно разрабатываются программы терапии выгорания у психиатров (Rosen A. et al., 2009). В пилотном исследовании 2011 года, проведенном на территории Соединенных Штатов, была разработана методика BREATHE (Salyers et al. 2011), рассчитанная на 6 недель работы со специалистами и направленная на уменьшение симптомов СЭВ посредством обучения методикам саморегуляции, показавшая положительные результаты в снижении уровня показателей шкалы «деперсонализация». Вместе с тем имеющиеся методики преимущественно ориентированы на симптоматическое воздействие, а не на патогенетическое, и не учитывают причины развития СЭВ или же направлены на профилактику развития данного синдрома, но неэффективны при уже свершившемся его развитии.

Ранее описанные результаты исследований, анализ разработанных методик профилактики и коррекции СЭВ у представителей разных специальностей отражают актуальность разработки интегративной программы коррекции СЭВ, которая учитывает различные сферы профессиональной деятельности, культуральные и личностные особенности специалиста, характер и специфику его деятельности.

Профилактика, лечение и реабилитация при СЭВ должна быть первостепенно ориентирована на улучшение 1) условий труда (на организационном уровне), 2) характера взаимоотношений внутри коллектива – (на межличностном уровне), 3) личностных реакций (на индивидуальном уровне) (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008; Скугаревская М.М., 2003). В связи с этим возникает очевидная необходимость по внедрению комплекса целого ряда оздоровительных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья врачей (Маркарян А.Г., 2012).

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Материалы исследования. Характеристики выборки

Исследование проводилось на базе кафедры психотерапии и сексологии, кафедры детской психиатрии и психотерапии, кафедры наркологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в рамках диссертационного исследования на протяжении 3 лет. Все обследуемые дали информированное согласие на обработку данных (согласно выписке из протокола № 3 заседания комитета по этике научных исследований от 17.03.2015г.).

В ходе исследования за период с января 2015г. по май 2018 г., было обследовано 212 специалистов (врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов): 151 женщина (71,2% от общего числа всех респондентов) и 61 мужчина – (28,8% от общего числа всех респондентов). Возраст обследованных – от 25 до 65 лет, средний возраст составил $39,39 \pm 9,7$ лет. Рабочий стаж обследованных – от 3 до 40 лет, средний стаж работы составил $11,49 \pm 8,071$ лет. Респонденты были разделены на 4 группы в соответствии со специальностями: 63 психиатра (29,7%), 57 психотерапевтов (26,9%), 40 наркологов (18,9%) и 52 медицинских психолога (24,5%). Все группы сравнимы по половому и возрастному составу.

Объект исследования: психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты и медицинские психологи.

Предмет исследования: синдром эмоционального выгорания, нервно-психическая устойчивость, личностные особенности специалистов.

Далее были сформированы критерии включения и исключения обследуемых специалистов из исследования.

Критерии включения в выборку:

1. Русскоговорящие мужчины и женщины в возрасте от 25 до 65 лет.
2. Стаж работы по специальности не менее 3 лет.
3. Основная специальность: врачи-психиатры, наркологи, психотерапевты и медицинские психологи.

4. Наличие информированного согласия.

Критерии не включения:

1. Отсутствие информированного согласия.
2. Стаж работы по специальности менее 3-х лет.
3. Наличие декомпенсированных соматических заболеваний.
4. Наличие выраженных психических расстройств в настоящее время и в анамнезе.
5. Расстройства адаптации, вызванные непрофессиональными причинами в последние пять лет.
6. Злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами.

Критерии исключения из исследования:

1. Отзыв информированного согласия.
2. Отсутствие возможности соблюдать программу исследования.
3. Развитие или декомпенсация тяжелых соматических нарушений или психических заболеваний.

2.2. Методы и дизайн исследования

Методы исследования: Клинический метод, включающий полуструктурированное интервью (клинико-анамнестический, клинико-патофизиологический, клинико-патогенетический), экспериментально-психологический метод, метод экспертных оценок и статистический методы.

I. Клинический (клинико-анамнестический, клинико-патофизиологический, клинико-патогенетический) метод. Проводилась клиническая и психопатологическая оценка состояния, определение структуры СЭВ (включалось наблюдение, сбор анамнестических сведений, проведение полуструктурированного интервью, заполнение регистрационной карты).

II. Экспериментально-психологический метод был представлен следующими методиками:

1) «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). С помощью этой методики выявлялся уровень СЭВ у врачей и психологов. Опросник содержит 22 утверждения, затрагивающих чувства специалистов, связанные с коммуникациями в рабочем процессе. Каждое из утверждений оценивается по шестибальной шкале от 0 – «никогда» до 6 – «всегда». Опросник состоит из трех субшкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Редукция персональных достижений». Согласно приложенному «ключу» подсчитывается сумма баллов для каждого субфактора. Для оценки степени выгорания высчитывается интегральный показатель, который отражает сумму всех шкальных оценок. Интерпретация осуществляется как для каждого отдельного показателя, так и по интегральному показателю. Максимальная сумма баллов по субшкалам: «Эмоциональное истощение» – 54 балла, «Деперсонализация» – 30 баллов, «Редукция персональных достижений» – 48 баллов. Значения интегрального показателя выгорания: низкая степень – 3-4 балла, средняя степень – 5-6 баллов, высокая степень – 7-9 баллов, крайне высокая степень – 10 баллов и выше (Водопьянова Н.Е., 2008).

2) Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), содержит в себе 84 утверждения, на которые нужно ответить «да» или «нет». Ключ включает сумму баллов (от 0 до 30) по каждому симптому выгорания. Высчитывается степень выраженности каждого симптома: 9 и менее баллов – не сложившийся симптом, 10-15 баллов – складывающийся симптом, 16 и более – сложившийся симптом. Если набрано 20 баллов – это доминирующий симптом в фазе или во всем синдроме. Для каждой из фаз высчитывается количественный показатель: 36 баллов – фаза не сформировалась, 37 - 60 – фаза в стадии формирования, 61 и более – сформировавшаяся фаза. Сумма баллов по каждой из фаз является итоговым показателем синдрома. Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы СЭВ, и определить, в какой из фаз развития данного состояния находится специалист (Бойко В.В., 2008).

3) «Методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (разработана в Ленинградской Военно-медицинской Академии им. С.М. Кирова в 1985 году В.Ю. Рыбниковым и коллегами). С помощью этой методики исследовался показатель НПУ врачей-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов. Обработка результатов осуществляется согласно ключу с правильными ответами «да» или «нет». Также методика содержит «шкалу искренности» (недостоверности).

4) Методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик (1979), в модификации Л.И. Вассермана и соавт.: «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005) для диагностики механизмов психологической защиты. По методике обработка результатов теста производилась по критериям оценки восьми механизмов психологической защиты личности, при помощи восьми отдельных шкал, учитывая положительные ответы на утверждения. Напряженность каждой психологической защиты подсчитывается по формуле $n/N \times 100 \%$, где n – число положительных ответов по шкале этой защиты, N – число всех утверждений, относящихся к этой шкале. Общая напряженность всех защит (ОНЗ) подсчитывается по формуле $n/92 \times 100\%$,

где n – сумма всех положительных ответов по опроснику («Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик (1979), в модификации Л.И. Вассермана, 2005)».

5) Методика «Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005), СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева).

6) «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавт.), включенный в методику «Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике». (СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998).

III. Метод экспертных оценок: супервизия практических психотерапевтических занятий. Интегративная групповая психотерапия проводилась под непосредственной супервизией научного руководителя, доктора медицинских наук, заведующего кафедрой психотерапии и сексологии РМАНПО Минздрава России, профессора В.В. Макарова.

IV. Статистический метод исследования применялся для определения взаимосвязи показателей и ее статистической значимости. Статистический анализ был проведен с использованием пакета программ MicrosoftExcel 2013 и IBM SPSS 11 и следующих критериев: непараметрического теста Уилкоксона (WilcoxonSignedRanksTest), Теста Дункан (Duncan'sTest), Лямбда Уилкса (Wilks' Lambda), Хи-квадрата Корреляций Пирсона, дискриминантного анализа и построением таблиц сопряженности с расчетом коэффициентов сопряженности.

Дизайн исследования:

1-й этап – анализ литературы, постановка цели и задач исследования, разработка методологической базы, выбор методов исследования и скрининг специалистов. Отбор в исследовательскую выборку респондентов, проверка их на соответствие критериев включения – невключения, подписание информированного согласия.

2-й этап – клиническое и экспериментально-психологическое обследование. Основная цель данного этапа – верифицировать наличие СЭВ, установить его основные характеристики и соотнести их с профессиональными группами, основными клинико-социальными параметрами и определить уровень НПУ специалистов. В рамках клинического метода применялись наблюдение, сбор анамнеза и полуструктурированное интервью. Заполнение тестов осуществлялось обследуемыми специалистами в специально разработанной регистрационной карте.

Экспериментально-психологический метод на этом этапе включал в себя применение трех методик:

1). «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008), позволяющий определить уровень выгорания у врачей и психологов;

2). Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), которая позволяет диагностировать ведущие симптомы СЭВ и определить на какой из фаз развития синдрома в данный момент находится обследуемый специалист;

3). «Методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова)», которая определяет уровень НПУ специалистов и показывает риск дезадаптации личности в условиях стресса.

На этом этапе из общей выборки были исключены специалисты, чьи анкеты были заполнены некорректно, а также те результаты опросов, в которых были высокие показатели по «шкале недостоверности» в «Методике нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова)». Всего в исследовательскую выборку, после оценки результатов методик было включено 212 специалистов. 3-й этап – отбор пациентов для участия в групповой психотерапии.

1. Критерии включения в психотерапевтическую группу:

- 1) Наличие у обследуемых специалистов СЭВ по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).
- 2) Подписанное информированное согласие;
- 3) Соблюдение организационных требований групповой работы (возможность регулярно посещать занятия и заполнять необходимые методики).

2. Критерии невключения в психотерапевтическую группу: не были включены респонденты, не подписавшие информированное согласие и не имеющие возможности регулярно посещать групповые занятия, а также отказавшиеся от посещения группы по личным причинам самих участников.

3. Критерии исключения из группы:

- 1) Отзыв информированного согласия;
- 2) Пропуск двух и более занятий;
- 3) Декомпенсация или развитие тяжелых соматических и психических заболеваний.

Всего в группу специалистов, проходивших групповую психотерапию, было включено 100 человек, из них 35 мужчин и 65 женщин. В группу, проходящую психотерапевтическую программу, были включены: врачи-психиатры (группа 1) – 38 (38%), врачи-психотерапевты (группа 2) – 20 (20%), врачи-наркологи (группа 3) – 22 (22%), психологи (группа 4) – 20 (20%).

4-й этап – интегративная групповая психотерапия. Проводилась в формате закрытых групп по 6-8 человек по специально разработанной и четко структурированной схеме занятий, согласно предварительно разработанной методике. Групповые занятия проводились 1 раз в неделю, в течение 8 недель (всего 8 занятий). Длительность занятий равнялась 2 часам (120 минут). Занятия во всех группах проводились одним врачом-психотерапевтом, имеющим подготовку в области когнитивно-поведенческой психотерапии и эмоционально-образной психотерапии. Дополнительно, с целью обеспечения контроля за

корректностью проводимых мероприятий и экспертной оценки, научным руководителем, доктором медицинских наук профессором В.В. Макаровым осуществлялась мониторинговая супервизия. Работа в трех группах была супервизирована в полном объеме, а в остальных – по 3 выборочных занятия. На этом этапе перед проведением психотерапии изучались личностные особенности специалистов, входивших в лечебную группу, с помощью следующих дополнительных методик:

1) методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик (1979) в модификации Л.И. Вассермана и соавторов «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005) для диагностики механизмов психологической защиты;

2) методика «Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005, СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева);

3) «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998).

До и после завершения групповой психотерапии проводилось контрольное исследование, направленное на выявление динамики показателей СЭВ и качества жизни с помощью методик:

1) «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н.Е. Водопьяновой, 2008) – для выявления уровня СЭВ;

2) «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998).

5-й этап – обработка и интерпретация полученных данных. На пятом этапе с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 21, были оценены полученные переменные контрольных тестов, применялись методы математической статистики.

ГЛАВА 3. ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, РАЗРАБОТАННОЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПАЦИЕНТАМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

3.1. Обоснование интегративной психотерапии синдрома эмоционального выгорания

Основные теоретические концепции в психотерапии относятся к базовыми психологическим направлениям — психодинамическому, когнитивно-поведенческому и экзистенциально-гуманистическому.

Интегративные процессы в психотерапии начали развиваться во второй половине прошлого столетия (Макаров В.В. и др., 2006). Представители этого подхода объединяли различные идеи, например, психофизиолога И.П. Павлова и идеи З.Фрейда в единую концепцию (Макаров В.В., 2011). Так, Ф. Кноблех (1950) предложил интегративный подход в психотерапии, «изначально сочетающий в себе несколько теорий и распространяющийся на индивидуальную, групповую и семейную формы психотерапии» (Цит. по: Макаров В.В., 2011).

Интегративный подход к психотерапии в нашей стране развивается с конца 80-х гг. прошлого столетия. Последователями интегративного метода являются представители Ленинградской-Санкт-Петербургской школы (Либих С.С., 1974; Ташлыков В.А., 1984, Карвасарский Б.Д., 1992, 2002; Исурина Г.Л., 1994; Вид В.Д., 1997; Александров А.А., 2009; Мизинова Е.Б., 2004; Бабин С.М., 2011; Лутова Н.Б., 2013; Вахренева О.А., Колотильщикова Е.А., 2014; Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А., 2014; Винокур В.А., 2015, 2017; Ильченко Е.Г., Караваева Т.А., 2017). Эта школа понимает интегративный подход как

концептуальный системный синтез, где в качестве основного (стратегического) метода используется метод психотерапии, опирающийся на какую-либо из основополагающих теоретических концепций, а другие, дополняющие методы реализуют конкретные тактические задачи, повышая тем самым общую эффективность лечения и сокращая его сроки. Существует также в реальной отечественной практике эклектическая стратегия использования методов психотерапии, при которой отсутствует целостность методологии, что является «показателем низкой профессиональной компетенции специалиста» (Катков А.Л. 2016, Ильченко Е.Г., Караваева Т.А., 2017).

В рамках Московской школы психотерапии в настоящее время развивается интегративный подход (Макаров В.В., 2006; Макарова Г.А., 2008; Катков А.Л., 2013), получивший название «Полимодальная психотерапия» (Polymodal Psychotherapy). Это направление сочетает различные «теоретические концепции, методики, техники и технологии избранных модальностей психотерапии, что образует новую систему в психотерапии» (Макаров В.В., 2001; Макаров В.В., 2006; Макарова Г.А., 2008).

Интерес к объединению различных технологий психотерапии отражен в многочисленных публикациях (Карвасарский Б. Д., 1992; Холмогорова А.Б., 2006; Макаров В.В., 2006; Макарова Г.А., 2008; Александров А.А., 2009; Ильченко Е.Г., Караваева Т.А., 2017; Herman S.M., 1997; Greck M., Scheidt L., Bolter A, Frommer J., Ulrich C., Stockum E. 2011; Prochaska J., 2013).

Преимущество интегративных подходов заключается в первую очередь в возможности направить психотерапевтические интервенции более узко, на конкретные психологические феномены (Мелехин А.И., 2016). Заранее определенные задачи и мишени психотерапии позволяют уменьшить длительность психотерапевтического воздействия и достигнуть необходимой эффективности (Ялтонская А.В., 2013; Ляшковская С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В., 2017; Лысенко И.С., Караваева Т.А., 2015; Семенова Н.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д., 2018).

На современном этапе одним из наиболее часто применяемых на практике методов является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). Существует большое количество отечественных и зарубежных публикаций, в т.ч. и мета-анализов, подтверждающих положительные результаты применения этого метода в разных сферах медицины и медицинской психологии. Вполне закономерно, что из всех психотерапевтических методов именно КПТ имеет столь существенную доказательную базу. Это обеспечивается важными аспектами: четкой структурированностью и алгоритмизацией курсов и конкретных психотерапевтических сессий с одной стороны; планированием целей и использованием в соответствии с ними конкретных психотерапевтических техник – с другой; возможностью воспроизводимости конкретной методики различными специалистами – с третьей. Все это, по мнению многих авторов, делает КПТ одним из приоритетных методов для использования в научных исследованиях (Ялтонская А.В., 2013; Вахренева О.А., 2014; Корабельникова Е.А., Данилов А.Б., 2015; Прашко Я., Можны П., Шлепецки М., 2015; Beck A., 1976).

Учитывая генетическую близость когнитивно-поведенческой психотерапии с классическими бихевиоральными представлениями, в ее методологии также используются концепции классического и оперантного обусловливания, принципы научения. Ключевая позиция состоит в исключении нежелательных видов поведения, которые возникают как результат неправильного научения в процессе воспитания, и формировании новых, более эффективных, стратегий, альтернативных способов мышления (Корабельникова Е.А., Данилов А.Б., 2015; Прашко Я., Можны П., Шлепецки М., 2015, Beck A., 1976).

Поэтому одна из важных составляющих когнитивной психотерапии – выполнение домашнего задания (Beck A., 1976). Это помогает участникам закрепить новые сведения, полученные в результате групповой психотерапии, тем самым способствуя изменению их мышления, а также отработке когнитивных и поведенческих навыков (Вахренева О.А., 2014).

Развитие интегративных подходов в КПТ способствовало формированию, так называемой «третьей волны» («Mindfulness-based cognitive therapy») –

направления КПТ, синтезированного с медитативными и релаксационными техниками тренинга сосредоточенного на актуальном моменте внимания (mindfulness) (Пуговкина О.Д., 2016; Овчинников А.А. и соавт., 2019). К сожалению, этот термин представляет лакуну в русском языке и его полноценный перевод одним словом невозможен, наиболее частый перевод – осознанность, представляет его значение в несколько искаженном виде.

По мнению А.Б. Холмогоровой (2016), подходы современной когнитивно-бихевиоральной терапии, относящиеся к поколению «третьей волны», способствуют принятию субъектом своего травматичного субъективного опыта, необходимого для снижения уровня дистресса и овладения своими эмоциональными реакциями и выстраиванию поведенческих стратегий. С этой целью предлагается использовать различные медитативные практики, включающие техники сосредоточения на собственных телесных ощущениях, дыхательные практики и упражнения, тренирующие внимание (Пуговкина О.Д., 2016).

Применение расслабляющих технологий и медитативных практик в рамках психотерапевтических методов исследуется в мире с середины прошлого столетия, вместе с тем многие из ранних исследований не носили строго научного характера. В последние годы в исследованиях применяются современные научные методы и инструменты, такие как ф-МРТ и ЭЭГ, которые способны непосредственно отражать физиологию мозга и нейронную активность у людей либо во время самого процесса медитации, либо до- и после. Так, в 2014 году был проведен большой мета-анализ по 474 исследованиям медитации. Результаты показали, что медитативные программы оказывают положительный эффект при терапии тревоги и депрессии, Вместе с тем авторами указывается отсутствие изменений поведения, связанного со стрессом (злоупотребление психоактивными веществами, режим сна) (National Center for Complementary and Integrative Health, 2016).

В своем исследовании J.D. Creswell, B.M. Way и соавторы регистрируют статистически значимую обратную связь между активацией префронтальной коры

и миндалиной у людей с высоким уровнем осознанности, в отличие от тех обследованных, чья осознанность была не на высоком уровне. Что свидетельствует в пользу гипотезы о том, что люди, занимающиеся практикой осознанности (mindfulness), лучше способны контролировать свои эмоции за счет возникновения области активности префронтальной коры и уменьшения зоны активности в области миндалины головного мозга (Creswell J.D., Way B.M., et al., 2007).

Московскими исследователями в 2016 году была разработана и предложена расслабляющая техника «Практика переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания» (Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016), которая включала комплекс дыхательных упражнений, способствующих релаксации, погружение в медитативное состояние и переключение человека со стрессовых ситуаций на свои чувства и ощущения в текущий момент (что и способствует формированию осознанности (mindfulness)). Снижение тревожности происходит по принципу реципрокной ингибиции (один из приемов КПТ), когда тревога заменяется полным расслаблением. Методика содержит комплекс дыхательных упражнений, медитативную часть и самогипноз. Упражнения методики направлены на уравнивание психики путем переключения с внешнего мира на внутренний; это необходимо для отвлечения от проблем, навязчивых мыслей, которые мешают конструктивно мыслить и, следовательно, действовать. Эта методика универсальна, подходит практически всем категориям пациентов. Показанием к применению методики является выявленный СЭВ, а также его профилактика. Противопоказания, могут быть, очерчены кругом тяжелых психических и соматических расстройств.

Разработка интегративной методики психотерапии для коррекции СЭВ у специалистов в области психического здоровья основывалась на современных теоретических и практических подходах интеграции. В качестве основного базового метода, соответствующего одному из трех концептуальных направлений, была выбрана КПТ (Beck A., 1976; Прашко Я., Можны П., Шлепецки М., 2015), позволяющая четко описать структуру и содержание проводимой психотерапии, а

также применять ее групповую краткосрочную форму. В качестве основных техник использовались: рационально-эмоциональная психотерапия, рефрейминг, дневник мыслей, позитивное воображение, смена ролей и эмпирическая проверка с целью снизить тревожность, увеличить НПУ и повысить качество жизни, а также проводилось обучение уверенности в себе и в своих способностях (Фурманов И.А., Фурманова Н.В., 2004; Смирнова Е.В., Курпатов В.И., 2015).

В качестве дополнительного метода применялась медитативная техника переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания (Макаров В.В., Кухтенко Ю.А., 2016) как метод релаксации, соответствующий когнитивно-поведенческой терапии «третьей волны».

Определение тем занятий, выбор задач и мишеней психотерапии были основаны на результатах исследований, полученных на предварительном этапе в ходе полуструктурированного интервью и результатов экспериментально-психологического обследования.

Для отработки коммуникативных навыков часть занятий проводилась в формате метода групповой дискуссии с целью выявления установок и способов межличностного взаимодействия между участниками группы. В этом ключе были рассмотрены темы «Эмпатия, апперцепция, конгруэнтное поведение врача»; «Причины возникновения СЭВ у врачей»; «Отношения между врачом и пациентом»; «Понятие о структурировании времени (тайм-менеджмент)»; «Коммуникация с пациентами. Осознание своих чувств при взаимодействии с больными людьми»; «Способы коррекции СЭВ».

Таким образом, для коррекции СЭВ предложена модель интегративной психотерапии, сочетающей в себе метод КПТ и медитативно-релаксационную технику в групповой краткосрочной форме, где основными мишенями являются снижение эмоционального напряжения, формирование адаптивных стереотипов поведения и коррекция иррациональных установок и неадекватных ожиданий, в том числе связанных и с профессиональной деятельностью.

3.2. Задачи и мишени интегративной психотерапии для коррекции синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

Задачи и мишени групповой интегративной психотерапии касаются нескольких аспектов:

1. Когнитивная сфера (интеллектуальный аспект). Включает в себя:

- а) обучение новым навыкам; осознание паттернов своего поведения и шаблонов эмоционального реагирования в различных ситуациях;
- б) формирование и замену иррациональных убеждений на конструктивные;
- в) снижение тревожности у специалистов за счет понимания, какие именно профессиональные ситуации вызывают наибольшее напряжение, тревогу и иные негативные переживания, создающие условия для возникновения и закрепления астенической симптоматики, характерной для СЭВ;
- г) повышение НПУ за счет осознания собственных потребностей, поведенческих реакций;
- д) выявление характерных защитных психологических механизмов и формирование более зрелых психологических защит; п
- е) прояснение своей роли в возникновении и сохранении конфликтных ситуаций в рабочем окружении.

2. Эмоциональная сфера. Задача изменений в этой сфере заключается в научении специалистов распознаванию, вербализации и принятию собственных эмоциональных реакций, а также преобразованию негативных эмоций в позитивные через смену неадаптивных установок.

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии в этой сфере способствует:

- а) осознанию поведенческих паттернов, замене неадаптивных шаблонов поведения на адаптивные;
- б) оптимизации процесса коммуникативного взаимодействия специалист – пациент;

в) перераспределению личностных ресурсов с целью снижения астенических проявлений СЭВ;

г) приобретению навыков структурирования времени, управления целеполаганием и планированию рабочего дня;

д) обучению специалистов эффективной саморегуляции при помощи расслабляющих технологий;

е) освоению форм поведения, направленных на стабилизацию профессиональной самооценки, устойчивости к негативной критике со стороны окружающих.

ж) обнаружению и коррекции дезадаптивных автоматических мыслей и базовых иррациональных убеждений, а также последующей коррекции поведения через замену неконструктивных убеждений конструктивными.

В целом задачи психотерапии заключаются в снижении уровня тревоги за счет осознания ее причин, изменения отношения к профессиональным ситуациям, формирования адаптивных паттернов поведения и обучения методам релаксации; замену неконструктивных убеждений конструктивными; в овладении навыками грамотного распределения времени и целеполагания; в изменении образа профессионального функционирования специалистов с упором на полученные навыки и выявленные ресурсы, а также в повышении качества их жизни.

Мишени психотерапии: На основании данных обследования были определены мишени психотерапии: наличие симптомов, входящих в структуру СЭВ, выявленные на основании обследования специалистов с помощью методик «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), низкий уровень НПУ, оцененный «Методикой определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова)», индивидуально-психологические особенности (общая и ситуативная тревожность, характер психологических защит, личностные проявления, особенности коммуникативного

взаимодействия, неадаптивные поведенческие паттерны, иррациональные установки, трудности эффективной саморегуляции).

3.3. Описание методики интегративной психотерапии для коррекции синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

1 занятие: (вводное)

1. Знакомство, принятие групповых норм. Ознакомление участников с основными принципами КПТ. Выяснение ожиданий участников от групповой терапии (15 минут).

2. Упражнение №1, направленное на осознание особенностей формирования отношений участников группы с коллегами на работе, пациентами, а также с их близким окружением. Затем проводится проективный рисуночный тест для оценки внутригрупповых ролей и характера межличностного взаимодействия, анализ полученных результатов. Общее время проведения упражнения и теста – 25 минут.

3. Дискуссия на тему «Причины, которые приводят к возникновению СЭВ», в ходе которой участники излагают свои индивидуальные представления об этиологии СЭВ с опорой на личный опыт. Длительность дискуссии – 40 минут.

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулировка домашнего задания. Предлагается ведение дневника мыслей, в который заносятся сведения о том, какие чувства и эмоции возникают у участника в процессе взаимодействия с пациентами во время рабочего дня, что позволяет отслеживать возникающие чувства в рабочем процессе (20 минут).

Заполнение дневника мыслей осуществляется по схеме (рисунок 1):

Описание ситуации, которая возникает во время взаимодействия с пациентами:	
Описание мыслей, которые возникают в момент какой-либо ситуации (так называемых «автоматических» мыслей):	
Описание эмоций, которые ощущаются в этот момент:	
Описание соматических ощущений	
Описание возможного альтернативного решения данной проблемы:	
Описание альтернативного решения, его эмоционального, когнитивного и фактического результата:	

Рисунок 1 – Дневник мыслей.

2 занятие

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей. Разбор «дневника мыслей», включает эмпирическую проверку состояния (техника КПТ, направленная на поиск альтернативного решения проблемы и нивелировку негативных (автоматических) мыслей или аргументов), использование техники позитивного воображения, для моделирования оптимального варианта разрешения ситуации (25 минут).

2. Упражнение №2 – «дискуссия между противоречивыми тенденциями», которое является приемом КПТ, позволяющим специалистам представить себя в роли пациентов, почувствовать их эмоции. Цель упражнения: налаживание коммуникации между врачом и пациентом, а также улучшение взаимопонимания с коллегами. Обсуждение с использованием обратной связи (25 минут).

3. Групповая дискуссия, разбор основной темы занятия «Отношения врач – пациент» (40 минут). Анализируются иррациональные установки долженствования. Проводится калибрование возникающих эмоций при помощи 10 балльной шкалы.

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для врачей с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулирование домашнего задания – продолжение ведения дневника мыслей, с включением техники «эмпирическая проверка состояния»(10 минут).

3 занятие

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей (25 минут).

2. Упражнение № 3 «Умение слушать и запоминать». Обсуждение с использованием обратной связи, которое включает оценку чувств (техника КПТ, позволяющая определить уровень собственной тревожности и направленная на формирование навыка объективной оценки эмоций, регулирование их выраженности) (25 минут).

3. Групповая дискуссия, разбор основной темы занятия – «Эмпатия, апперцепция, конгруэнтное поведение врача» с использованием приемов рефрейминга, изменения дисфункциональных мыслей и убеждений, формирования альтернативных способов мышления, способствующих повышению НПУ (40 минут). В частности, анализируется рабочий процесс, взаимодействие специалиста с пациентами, эффективность коммуникации, проявления и способность специалиста к эмпатии, личное отношение к проблеме ответственности пациентов за свое здоровье.

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для врачей с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулирование домашнего задания – продолжение ведения дневника мыслей, с присоединением калибровочной техники оценка чувств (10 минут).

4 занятие

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей (25 минут).

2. Упражнение №4 «Осознание вытесненных чувств» (25 минут), предназначенное для выявления и осознания своих скрытых отрицательных эмоциональных состояний.

3. Групповая дискуссия, разбор основной темы занятия «Коммуникация с пациентами. Осознание своих чувств и переживаний при взаимодействии с больными людьми» (40 минут). В ходе дискуссии применяется метод КПТ – обучение уверенности в себе и своих способностях, который способствует повышению самооценки и воздействует на компонент выгорания «редукция личностных достижений» (40 минут).

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулирование домашнего задания – продолжение ведения дневника мыслей с применением новых навыков (10 минут).

5 занятие

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей (25 минут).

2. Упражнение № 5 «Отражение и отреагирование чувств», направленное на выражение и экспрессивную передачу подавленных эмоций. В ходе проведения упражнения применяется техника КПТ — эмпирическая проверка, которая включает способы, помогающие найти рациональное решение и нивелировать негативные мысли и аргументы (25 минут).

3. Продолжение темы групповой дискуссии: «Коммуникация с пациентами. Осознание своих чувств при взаимодействии с больными людьми». Развитие темы включает в себя аспекты экологии межличностных взаимоотношений (40 минут).

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулирование домашнего задания – продолжение ведения дневника мыслей с применением новых навыков (10 минут).

6 занятие

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей (25 минут).

2. Упражнение №6 «Преобразование негативных эмоций в позитивные», во время упражнения применяется техника КПТ «позитивное воображение», которая помогает избегать отрицательных представлений и негативных мыслей, формулируя позитивные конструкторы (25 минут).

3. Групповая дискуссия, разбор основной темы занятия «Понятие о структурировании времени» – «тайм-менеджмент» с использованием обратной связи от участников группы. Участники обучаются навыкам структурирования времени, планированию и равномерному распределению дел в течение своего рабочего дня, что способствует повышению НПУ и увеличению толерантности к стрессовым нагрузкам (40 минут).

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулирование домашнего задания – продолжение ведения дневника мыслей с применением техники позитивного воображения(10 минут).

7 занятие

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей (25 минут).

2. Упражнение № 7 «Нахождение ресурсов», которое помогает найти и осознать имеющиеся личностные ресурсы и рассмотреть особенности их применения в своей трудовой деятельности. Участники отвечают на специально разработанные вопросы. Ответы калибруются с помощью 10-балльной шкалы и заносятся в дневник, который специалисты вели на протяжении всего времени групповой работы (25 минут).

3. Групповая дискуссия, разбор основной темы занятия «Способы коррекции СЭВ», в ходе которой участники предлагают эффективные способы, применяемые ими ранее и в ходе прохождения психотерапии для преодоления СЭВ (40 минут).

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для врачей с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5. Формулирование домашнего задания – продолжение ведения дневника мыслей, с присоединением калибровочных техник (10 минут).

8 занятие. Подведение итогов

1. Отчет о домашнем задании и анализ содержания дневниковых записей (25 минут).

2. Упражнение №8 «Получение удовлетворения от выполнения профессиональной деятельности» (25 минут), направленное на закрепление и интеграцию нового полученного эмоционального, когнитивного и поведенческого опыта.

3. Групповая дискуссия, обсуждение результатов терапии, обратной связи от участников об успешности формирования новых принципов и способов организации профессиональной деятельности, изменении эмоционального состояния, когнитивных оценок, поведенческих стереотипов. Заключительное слово ведущего, обобщающего индивидуальные и общегрупповые результаты психотерапевтической работы (40 минут).

4. Проведение «Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» для специалистов с синдромом эмоционального выгорания» (20 минут).

5) Формулирование планов, связанных с профессиональной деятельностью (10 минут).

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Результаты клинического обследования специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

На втором этапе исследования проводилось клиническое обследование респондентов, включающее клинико-патологический, клинико-анамнестический и клинико-патогенетический методы. Все специалисты, входящие в исследуемую выборку (N общ. = 212), оценивались с помощью полуструктурированного клинического интервью для обнаружения имеющихся жалоб, диагностики симптоматики и выявления других характеристик (длительности проявления симптомов, характера течения состояния, влияние его на социальное функционирование и т.д.). Полученные данные были зарегистрированы в специально разработанной клинической карте. Имеющиеся симптомы были разбиты на несколько групп (кластеров):

1. Общевегетативные симптомы (потливость, приливы жара-холода, колебания АД, ощущения внутренней дрожи, тремор рук, мышечное напряжение, мышечные боли, сухость во рту, головокружение, ощущение «предобморочного» состояния, похолодание конечностей, ощущения онемения, покалывания).
2. Соматовегетативные, связанные с работой систем организма (ССС, ЖКТ, ДС, мочеполовой системой) — (тахикардия, неприятные ощущения за грудиной, перебои в работе сердца, тошнота, усиление перистальтики

кишечника, урчание в животе, метеоризм, чувство нехватки воздуха, ощущение недостаточности вдоха, учащенное мочеиспускание).

3. Астенические симптомы (ощущение усталости, повышенной утомляемости, вялости, апатия, снижение толерантности к нагрузкам, головные боли напряжения, боль в шейном или грудном отделе позвоночника, отсутствие бодрости в утренние часы, снижение веса, нарушения сна).
4. Когнитивные симптомы (снижение концентрации внимания, трудность сосредоточения, ухудшение памяти, снижение скорости ассоциаций, затруднение в принятии простых решений, формальный подход к выполнению работы).
5. Эмоциональные симптомы (тревога, колебания настроения, раздражительность, эмоциональная лабильность, слезливость, гневливость, сенсорная раздражительность, беспокойство, ощущение напряжения, невозможности расслабиться, чувство нервозности, усиление эмоционального реагирования на незначительные стрессоры или, наоборот, недостаток эмоций, пессимизм, безразличие, беспомощность, безнадежность, отсутствие аппетита, чувство вины, депрессия, потеря профессиональных перспектив).

Длительность клинических проявлений соответствовала различным срокам и не коррелировала с интенсивностью симптоматики. У 62 (29,2%) проявления имели длительное течение – от трех лет и выше ($3,0 \pm 11,49$), у 58 (27,4%) респондентов – от одного до трех лет ($1,0 \pm 2,97$) и у 67 (31,6%) – от месяца до года ($0,1 \pm 0,968$). Полностью отсутствовали жалобы у 25 (11,8%) респондентов.

Характер проявления симптоматики был различным. У 49 (23,1%) обследуемых симптомы присутствовали постоянно, у 65 (30,7%) проявления симптоматики носили волнообразный характер, у 73 (34,4%) респондентов симптоматика обнаруживалась эпизодически.

Оценивалось влияние имеющихся симптомов на социальное функционирование: 62 (29,2%) респондента считали, что имеющиеся проявления значительно влияют на их социальное функционирование, 71 (33,5%) отмечали умеренное влияние, 54 (25,5%) – незначительное влияние на социальное функционирование.

В таблицу 1 – «Характеристики клинических проявлений у специалистов общей выборки (n=187)» – были включены только те специалисты, у которых были выявлены жалобы.

Таблица 1 – Характеристики клинических проявлений у специалистов общей выборки (n=187)

Длительность проявлений симптомов	более 3 лет	от 1года до 3 лет	д до 1 года	Итого
	62 (29,2%)	58 (27,4%)	67(31,6%)	187 (88,2%)
Характер проявления симптоматики	непрерывное течение	волнообразное течение	эпизодические проявления	Итого
	49 23,1%	65 30,7%	73 34,4%	187 (88,2%)
Влияние симптомов на социальное функционирование	сильное	умеренное	незначительное	Итого
	62 (29,2%)	71 (33,5%)	54 (25,5%)	187 (88,2%)

Таблица 2 – Частота клинических симптомов у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля (Нобщ.=212)

Симпто- мы	Общевегетати- вные	Соматовегета- тивные	Астеничес- кие	Когнитив- ные	Эмоциональные
Группа 1 (n=63)	17 (27%) ¹	18 (28,6%)	33 (52,4%) ^{2,3}	23 (33,3%)	18 (28,6%)
Группа 2(n=57)	27 (47,4%) ¹	14 (24,5%)	15 (26,3%) ²	20 (35,1%)	22 (38,6%)
Группа 3(n=40)	17 (42,5%)	12 (30%)	17 (42,5%)	19 (47,5%)	12 (30%)
Группа 4(n=52)	20 (38,5%)	13 (25%)	16 (30,8%) ³	16 (30,8%)	23 (44,2%)
Итого (Нобщ. =212)	81 (38,2%)	57 (26,9%)	81(38,2%)	78(36,8%)	75 (35,4)%

Критерий Фишера:

¹между группами 1 и 2 $\phi^*_{эмп} = 2,33$;

²между группами 1 и 2 $\phi^*_{эмп} = 2,965$;

³между группами 1 и 4 $\phi^*_{эмп} = 2,359$

Полученные эмпирические значения ϕ^* находятся в зоне значимости ($p < 0,05$).

Среди 212 специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля (врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, врачей-наркологов и медицинских психологов), чаще выявлялись обшевегетативные и астенические симптомы – у 81 (38,2%) респондентов. Соматовегетативные симптомы наблюдались у 57 (26,9%), астенические – у 81 (38,2%), когнитивные – у 78 (36,8%), эмоциональные – у 75 (35,4)% респондентов. Значимые различия в представленности клинических проявлений между профессиональными группами отмечались по нескольким переменным. У врачей-психотерапевтов по сравнению

с врачами-психиатрами чаще встречались общевегетативные нарушения ($p<0,05$), у врачей-психиатров по сравнению с врачами психотерапевтами и наркологами чаще отмечались астенические проявления ($p<0,05$) – 33 (52,4%) (таблица 2).

Среди 212 обследованных респондентов, на основании результатов «Опросника на выгорание МВІ (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) признаки СЭВ были выявлены у 166 лиц (78,3%) (подробное описание полученных результатов по выявлению среди респондентов СЭВ представлено в разделе 4.2. Дополнительно выявлялась частота встречаемости клинических симптомов у специалистов, имеющих признаки СЭВ по данным этой методики.

Таблица 3 – Частота клинических симптомов у специалистов, имеющих признаки синдрома эмоционального выгорания по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) (n=166)

Специальности	Общевегетативные симптомы	Соматовегетативные симптомы	Астенические симптомы	Когнитивные симптомы	Эмоциональные симптомы
Группа 1 (n=54)	13 (24,1%) ¹	15 (27,8%)	28 (51,9%) ^{2,3}	14 (25,9%) ⁴	14 (25,9%) ⁶
Группа 2(n=36)	21 (58,3%) ¹	10 (27,8%)	10 (27,8%) ²	12 (33,3%)	15 (41,7%)
Группа 3(n=36)	15 (41,7%)	12 (33,3%)	13 (36,1%)	18 (50%) ^{4,5}	8 (22,2%) ⁷
Группа 4(n=40)	14 (35%)	11 (27,5%)	11 (27,5%) ³	9 (22,5%) ⁵	20 (50%) ^{6,7}
Итого (n=166)	63 (38%)	48 (28,9%)	62(37,3%)	53 (31,9%)	57 (34,3%)

Критерий Фишера:

¹ между группами 1 и 2 $\phi^*_{\text{эмп}} = 3,309$;

² между группами 1 и 2 $\phi^*_{\text{эмп}} = 2,314$

³ между группами 1 и 4 $\phi^*_{\text{эмп}} = 2,421$;

⁴ между группами 1 и 3 $\phi^*_{\text{эмп}} = 2,338$

⁵ между группами 3 и 4 $\phi^*_{\text{эмп}} = 2,538$;

⁶ между группами 1 и 3 $\phi^*_{\text{эмп}} = 2,411$;

⁷ между группами 3 и 4 $\phi^*_{\text{эмп}} = 2,568$

Полученные эмпирические значения ϕ^* находятся в зоне значимости ($p < 0,05$).

Среди специалистов, имеющих признаки СЭВ ($n=166$), чаще встречались общевегетативные 63 (38%) и астенические симптомы 62 (37,3%). Соматовегетативные жалобы были представлены у 48 (28,9%) обследуемых, астенические симптомы – у 62 (37,3%), когнитивные – у 53 (32%), эмоциональные проявления были выявлены у 57 (34,3%) респондентов. У врачей-наркологов, по сравнению с врачами-психиатрами и психологами, достоверно значимо чаще отмечались когнитивные проявления ($p < 0,05$). Астенические симптомы чаще наблюдались у врачей-психиатров по сравнению с врачами-психотерапевтами ($p < 0,05$). Среди врачей-психотерапевтов чаще выявлялись общевегетативные симптомы ($p < 0,05$), по сравнению с врачами-психиатрами. У психологов чаще, чем у врачей-наркологов и врачей-психиатров проявлялись эмоциональные симптомы ($p < 0,05$) (таблица 3).

Таким образом, у 187 из 212 специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, определялись те или иные симптоматические проявления различной длительности. Клинические проявления чаще отмечались эпизодически или носили волнообразный характер и влияли на социальное функционирование. Среди клинических проявлений преобладали общевегетативные и астенические симптомы, такая же тенденция сохранялась среди специалистов, имеющих признаки СЭВ. У врачей-психиатров чаще определялись астенические проявления, среди врачей-психотерапевтов больше было лиц с общевегетативными жалобами, у врачей-наркологов чаще представлены когнитивные симптомы, среди психологов чаще выявлялись эмоциональные нарушения ($p < 0,05$), что, возможно, связано с большим

эмоциональным откликом, в который вовлечены представители данной специальности во время рабочего процесса.

Все симптоматические появления имели донозологический уровень и не позволяли верифицировать состояние как какую-либо нозологическую категорию, согласно критериям МКБ-10.

4.2. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространенности синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

В ходе исследования был проведен статистический анализ общей выборки (N общ. = 212 человек), состоящей из четырех групп специалистов в сфере психического здоровья: 63 психиатра (29,7%), 57 психотерапевтов (26,9%), 40 наркологов (18,9%) и 52 медицинских психолога (24,5%).

Задачей было проанализировать частоту СЭВ среди представителей этих специальностей, различия в значениях НПУ, а также взаимосвязь между показателями СЭВ и НПУ, полом, возрастом и стажем работы (таблица 4).

Таблица 4 – Распределение испытуемых по полу в общей группе и группах по специальностям

Пол	Специальность					Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
Женщины	Количество	49	37	19	46	151
	% в показателе пол	32,5%	24,5%	12,6%	30,5%	100,0%
	% в специальности	77,8%	64,9%	47,5%	88,5%	71,2%
	% от общего числа	23,1%	17,5%	9,0%	21,7%	71,2%
Мужчины	Количество	14	20	21	6	61
	% в показателе пол	23,0%	32,8%	34,4%	9,8%	100,0%
	% в специальности	22,2%	35,1%	52,5%	11,5%	28,8%
	% от общего числа	6,6%	9,4%	9,9%	2,8%	28,8%
Итого	Количество	63	57	40	52	212
	% в показателе пол	29,7%	26,9%	18,9%	24,5%	100,0%

	% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% от общего числа	29,7%	26,9%	18,9%	24,5%	100,0%

Здесь и далее: Группа 1 – психиатры, Группа 2 – психотерапевты, Группа 3 – наркологи, Группа 4 – медицинские психологи.

В таблице 4 представлено распределение по полу в группе специалистов. Всего в выборке из 212 специалистов женщин было: 151 (71,2% от общего числа всех респондентов), мужчин – 61 (28,8% от общего числа всех респондентов). Все группы сравнимы по половому и возрастному составу.

Респонденты были обследованы с помощью «Методики определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова)». Достоверные отличия определялись при $p < 0,05$. В таблице 5 представлены описательные статистики в общей выборке и по группам по возрасту, стажу и выраженности.

Таблица 5 – Средние показатели стажа, возраста и выраженности НПУ в исследуемой выборке и по группам

Специальности	Показатели	Возраст	Стаж	Выраженность НПУ
Группа 1 (n=63)	Среднее	37,02	10,57	4,38**
	Станд. ошибка среднего	1,328	1,059	0,231
	Медиана	35,00	7,00	4,00
	Мода	26	3	3
	Станд.отклонение	10,538	8,405	1,835
	Минимум	26	3	1
	Максимум	65	35	8
Группа 2 (n=57)	Среднее	43,37	13,46	4,77
	Станд. ошибка среднего	1,229	1,153	0,191
	Медиана	45,00	11,00	5,00
	Мода	48	10	6
	Станд.отклонение	9,281	8,708	1,439
	Минимум	26	3	2
	Максимум	61	34	8
Группа 3	Среднее	39,70	12,83	4,38**
	Станд. ошибка среднего	1,655	1,417	0,226

(n=40)	Медиана	38,00	10,00	4,00
	Мода	30	3	5
	Станд.отклонение	10,469	8,961	1,427
	Минимум	26	3	1
	Максимум	65	40	7
Группа 4 (n=52)	Среднее	37,67	9,42	5,10**
	Станд. ошибка среднего	0,987	0,732	0,230
	Медиана	38,50	10,00	5,00
	Мода	40	3	5
	Станд.отклонение	7,120	5,278	1,660
	Минимум	25	3	2
	Максимум	55	22	8
Вся выборка (N общ.=212)	Среднее	39,39	11,49	4,66
	Станд. ошибка среднего	0,668	0,554	0,112
	Медиана	39,00	10,00	5,00
	Мода	26	3	5
	Станд.отклонение	9,732	8,071	1,634
	Минимум	25	3	1
	Максимум	65	40	8

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Всего число респондентов в выборке – 212 человек. Возраст обследованных – от 25 до 65 лет, средний возраст составил $39,39 \pm 9,7$ лет. Рабочий стаж обследованных – от 3 до 40 лет, средний стаж работы составил $11,49 \pm 8,071$ лет. Средняя степень выраженности НПУ – $4,66 \pm 1,6$. Статистических достоверных различий между группами специалистов по возрасту и стажу не отмечалось.

Имелись статистически достоверные отличия среднего балла выраженности НПУ между разными группами специалистов. Так, в группах психологов и врачей-психотерапевтов средний уровень НПУ выше ($5,10 \pm 1,66$ и $4,77 \pm 1,48$ соответственно), чем у врачей-психиатров и врачей-наркологов ($4,38 \pm 1,83$ и $4,38 \pm 1,48$ соответственно, ($p < 0,05$)).

На основании настоящей методики для каждого респондента определялся уровень НПУ (1 – низкий, 2 – средний, 3 – высокий). Среди специалистов, оказывающих помощь в сфере психического здоровья, были выявлены разные уровни НПУ, а также имелись различия между исследуемыми группами. В общей

выборке низкий уровень НПУ определялся у 8,5% обследуемых специалистов, средний у 60,8%, высокий у 30,7% (таблица 6).

Таблица 6 – Уровни НПУ в общей группе и по специальностям

Уровни НПУ		Специальности				Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
1	Количество	8	5	3	2	18
	% в уровне НПУ	44,4%**	27,8%**	16,7%**	11,1%**	100,0%
	% в специальности	12,7%**	8,8%	7,5%	3,8%**	8,5%
	% от общего кол-ва	3,8%**	2,4%	1,4%	0,9%**	8,5%
2	Количество	36	30	30	33	129
	% в уровне НПУ	27,9%	23,3%	23,3%	25,6%	100,0%
	% в специальности	57,1%	52,6%	75,0%	63,5%	60,8%
	% от общего кол-ва	17,0%	14,2%	14,2%	15,6%	60,8%
3	Количество	19	22	7	17	65
	% в уровне НПУ	29,2%**	33,8%**	10,8%**	26,2%**	100,0%
	% в специальности	30,2%	38,6%**	17,5%**	32,7%	30,7%
	% от общего кол-ва	9,0%	10,4%	3,3%	8,0%	30,7%
Итого	Количество	63	57	40	52	212
	% в уровне НПУ	29,7%	26,9%	18,9%	24,5%	100,0%
	% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% от общего кол-ва	29,7%	26,9%	18,9%	24,5%	100,0%

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Среди лиц, имеющих низкий уровень НПУ, было больше психиатров (44,4%) и значительно меньше психологов (11,1%) ($p < 0,05$); психотерапевтов было 27,8%, наркологов – 16,7%. В группе психиатров было больше ($p < 0,05$), чем

в других группах респондентов, имеющих низкий уровень НПУ –12,7%, а в группе психологов этот процент был существенно ниже – 3,8%. Среди психотерапевтов и наркологов отмечались средние, примерно одинаковые значения – 8,8% и 7,5% соответственно.

Средний уровень НПУ определялся более чем у половины обследуемых (60,8%) и был примерно одинаково представлен во всех четырех группах (врачи-психиатры – 27,9%, врачи-психотерапевты – 23,3%, врачи-наркологи – 23,3%, психологи –25,6%).

Среди лиц, имеющих высокий уровень НПУ, значимо больше было врачей-психотерапевтов – 33,8% ($p<0,05$), и меньше врачей-наркологов –10,1% ($p<0,05$). Количество врачей-психиатров и психологов с высоким уровнем НПУ между собой значимо не отличалось – 30,2% и 32,7% соответственно. Представленность лиц с высоким уровнем НПУ в профессиональных группах также имела достоверные различия. В группе врачей-психотерапевтов таких респондентов было значимо больше – 38,6% ($p<0,05$), а в группе врачей-наркологов меньше, чем во всех других группах – 17,5% ($p<0,05$). В группах врачей-психиатров и психологов около трети респондентов имели высокий уровень НПУ (30,2% и 32,7% соответственно).

Статистически значимых различий между уровнем НПУ и полом, возрастом, стажем не было обнаружено.

С целью выявления наличия СЭВ и определения его стадии, исследуемым специалистам было проведено обследование при помощи методики «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).

В результате проведенного анализа выборка была разделена на 2 подгруппы – «0» – лица, у которых по результатам этого опросника отсутствовал СЭВ, и «1» – лица, у которых СЭВ диагностирован.

Выявлено, что среди респондентов у 78,3% присутствовали признаки СЭВ что является очень высоким показателем. Среди лиц, у которых отсутствовали признаки СЭВ, достоверно чаще ($p<0,05$) преобладали врачи-психотерапевты

(45,7%) по сравнению с врачами-психиатрами, врачами-наркологами и медицинскими психологами (19,6%, 8,7%, 26,1% соответственно) (таблица 7).

Таблица 7 – Частота встречаемости синдрома эмоционального выгорания

СЭВ	Пол		Специальность				Итого
			Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
0	Женский	Количество	6	14	2	12	34
		% в показателе пол	17,6%*	41,2%*	5,9%*	35,3%*	100,0%
		% в специальности	66,7%	66,7%	50,0%	100,0%	73,9%
		% от общего числа	13,0%*	30,4%*	4,3%*	26,1%*	73,9%
	Мужской	Количество	3	7	2		12
		% в показателе пол	25,0%*	58,3%*	16,7%*	*	100,0%
		% в специальности	33,3%	33,3%	50,0%		26,1%
		% от общего числа	6,5%	15,2%	4,3%		26,1%
	Итого	Количество	9	21	4	12	46
		% в показателе пол	19,6%*	45,7%*	8,7%	26,1%*	100,0%
		% в специальности	14,4%*	36,9%*	10,0%*	23,1%*	21,7%
		% от общего числа	19,6%*	45,7%*	8,7%*	26,1%*	100,0%
1	Женский	Количество	43	23	17	34	117
		% в показателе пол	36,8%*	19,7%	14,5%*	29,1%	100,0%
		% в специальности	79,6%	63,9%	47,2%	85,0%	70,5%
		% от общего числа	25,9%*	13,9%*	10,2%*	20,5%*	70,5%
	Мужской	Количество	11	13	19	6	49
		% в показателе пол	22,4%	26,5%	38,8%*	12,2%*	100,0%
		% в специальности	20,4%	36,1%	52,8%	15,0%	29,5%
		% от общего числа	6,6%*	7,8%	11,4%	3,6%*	29,5%
	Итого	Количество	54	36	36	40	166
		% в показателе пол	32,5%*	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%
		% в специальности	85,7%*	63,1%*	90,0%*	76,9%*	78,3%
		% от общего числа	32,5%*	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%

*отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Достоверно чаще ($p < 0,05$) СЭВ был диагностирован среди врачей-психиатров по сравнению с другими группами специалистов – 32,5% из всех лиц с выявленным СЭВ. При сравнении частоты встречаемости СЭВ у представителей разных специальностей было выявлено, что врачи-наркологи (90,0%) и врачи-психиатры (85,7%) в большей степени ($p < 0,05$) подвержены этому состоянию, чем психологи (76,9%) и психотерапевты (63,1%).

В дальнейшем была исследована распространенность СЭВ среди разных специалистов в зависимости от пола. Частота встречаемости СЭВ у мужчин и женщин соответствует половому распределению выборки, что свидетельствует об отсутствии связи между СЭВ и гендерными особенностями.

Были изучены соотношения между наличием СЭВ и уровнями НПУ в общей выборке и по группам специалистов. Среди обследуемых, у которых не был диагностирован СЭВ, не встречалось лиц, имеющих по «Методике нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова)» низкий уровень НПУ. Средний уровень НПУ отмечался у 34,8%, высокий – у 65,2%. Чаще, по сравнению с другими специалистами, высокий уровень НПУ отмечался у врачей-психотерапевтов – 46,7% ($p < 0,05$).

Для специалистов, не страдающих СЭВ, высокий уровень НПУ характерен для 7 (15,2%) психиатров, 14 (30,4%) психотерапевтов, 3 (6,5%) наркологов и 6 (13,0%) медицинских психологов от общего числа всех респондентов. Вместе с тем 2 (4,3%) психиатра, 7 (15,2%) психотерапевтов, 1 (2,2%) нарколог и 6 (13,0%) медицинских психологов, не страдающих СЭВ, имеют средний уровень НПУ.

Все специалисты, имеющие низкий уровень НПУ (10,8%), оказались в группе с диагностированным СЭВ. Респондентов со средним НПУ в этой группе было 68,1%, с высоким – 21,1%. Наиболее часто низкий уровень НПУ среди респондентов с СЭВ отмечался у врачей-психиатров (44,4%) по сравнению с врачами-психотерапевтами, врачами-наркологами и психологами (27,8%, 16,7%, 11,1% соответственно).

Низкий уровень НПУ у специалистов, страдающих СЭВ, встречается у 8 (14,8%) врачей в специальности «психиатрия», у 5 (13,9%) в специальности «психотерапия», у 3 (8,3%) в специальности «наркология» и у 2 (5,0%) в специальности «медицинская психология». Средний уровень НПУ характерен для 34 (63,0%) психиатров, 23 (63,9%) психотерапевтов, 29 (80,6%) наркологов и 27 (67,5%) медицинских психологов (таблица 8).

Высокий уровень НПУ у специалистов, страдающих СЭВ, встречается у 12 (7,2%) психиатров, у 8 (4,8%) психотерапевтов, у 4 (2,4%) наркологов и у 11 (6,6%) медицинских психологов от общего числа всех респондентов.

Таблица 8 – Уровень НПУ в зависимости от наличия синдрома эмоционального выгорания в общей выборке и в группах различных специальностей

СЭВ	Уровень НПУ	Показатели	Специальность				Итого
			Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
0	2	Число обследуемых	2	7	1	6	16
		% в уровне НПУ	12,5%**	43,8%**	6,3%**	37,5%**	100,0%
		% в специальности	22,2%	33,3%	25,0%	50,0%	34,8%
		% от общего кол-ва	4,3%**	15,2%**	2,2%**	13,0%**	34,8%
	3	Число обследуемых	7	14	3	6	30
		% в уровне НПУ	23,3%**	46,7%**	10,0%**	20,0%**	100,0%
		% в специальности	77,8%	66,7%	75,0%	50,0%	65,2%
		% от общего кол-ва	15,2%**	30,4%**	6,5%**	13,0%**	65,2%
	Итого	Число обследуемых	9	21	4	12	46
		% в уровне НПУ	19,6%**	45,7%**	8,7%**	26,1%**	100,0%
		% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% от общего кол-ва	19,6%**	45,7%**	8,7%**	26,1%**	100,0%
1	1	Число обследуемых	8	5	3	2	18
		% в уровне НПУ	44,4%**	27,8%**	16,7%**	11,1%**	100,0%
		% в специальности	14,8%**	13,9%**	8,3%**	5,0%**	10,8%
		% от общего кол-ва	4,8%**	3,0%**	1,8%**	1,2%**	10,8%
	2	Число обследуемых	34	23	29	27	113
		% в уровне НПУ	30,1%	20,4%	25,7%	23,9%	100,0%
		% в специальности	63,0%**	63,9%**	80,6%**	67,5%**	68,1%

		% от общего кол-ва	20,5%**	13,9%**	17,5%	16,3%	68,1%
3		Число обследуемых	12	8	4	11	35
		% в уровне НПУ	34,3%**	22,9%	11,4%**	31,4%**	100,0%
		% в специальности	22,2%	22,2%	11,1%**	27,5%**	21,1%
		% от общего кол-ва	7,2%**	4,8%**	2,4%**	6,6%	21,1%
Итого		Число обследуемых	54	36	36	40	166
		% в уровне НПУ	32,5%	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%
		% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% от общего кол-ва	32,5%	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

В таблице 9 представлена взаимосвязь СЭВ, показателей среднего значения НПУ, возраста и стажа.

Таблица 9 – Показатели возраста, стажа, среднего значения НПУ и в зависимости от наличия синдрома эмоционального выгорания

СЭВ	Показатели	Возраст	Стаж	Среднее значение НПУ
0	Число наблюдений	46	46	46
	Среднее	40,39	12,20	5,93**
	Стандартная ошибка среднего	1,328	1,092	0,190
	Медиана	40,67	11,00	6,07
	Мода	40	3	6
	Стандартное отклонение	9,007	7,405	1,289
	Минимум	26	3	3
	Максимум	61	30	8
1	Число наблюдений	166	166	166
	Среднее	39,11	11,30	4,31**
	Стандартная ошибка среднего	0,771	0,641	0,120
	Медиана	38,15	9,32	4,29
	Мода	26	3	5
	Стандартное отклонение	9,931	8,257	1,544
	Минимум	25	3	1
	Максимум	65	40	8

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Полученные результаты свидетельствуют о том, что статистически значимые различия в возрасте и стаже у лиц с диагностированным СЭВ и без него отсутствуют. Однако отмечается достоверная разница ($p < 0,05$) в средних

значениях НПУ. В группе лиц, у которых не было СЭВ, этот показатель равен $5,93 \pm 1,29$; в группе обследуемых с признаками СЭВ – $4,31 \pm 1,54$.

Взаимосвязь уровня НПУ и наличия СЭВ подтверждается также корреляционным анализом, который демонстрирует обратную зависимость между этими переменными ($p \leq 0,01$). Данные представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Корреляционный анализ взаимосвязи возраста, стажа, синдрома эмоционального выгорания и уровня НПУ

		Уровень НПУ	Возраст	Стаж	СЭВ
Уровень НПУ	КорреляцПирсона	1	,035	,035	-,411**
	Sig. (2-tailed)	,	,610	,609	,000**
Возраст	КорреляцПирсона	,035	1	,804	-,054
	Sig. (2-tailed)	,610	,	,000	,432
Стаж	КорреляцПирсона	,035	,804	1	-,046
	Sig. (2-tailed)	,609	,000	,	,504
СЭВ	КорреляцПирсона	-,411	-,054	-,046	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,432	,504	,
	Число наблюдений	212	212	212	212

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Изучалась структура СЭВ у обследованных специалистов. Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) отражает наиболее полное представление о структуре СЭВ. С точки зрения автора методики, существуют 3 фазы СЭВ («Напряжение», «Резистенция», «Истощение»), которые соответствуют стадиям развития любого стрессового ответа. Каждая фаза подразделяется на симптомы. Рассматриваются 4 симптома в каждой фазе. (Всего 12 симптомов). Методика позволяет выявить «ведущие симптомы» и определить фазу выгорания. По методике выраженность симптомов калибруется от 0 до 30 баллов. Максимально фаза может набирать 100 баллов. По количественным показателям проводилась оценка, позволяющая установить, сформирована фаза или нет. Менее 36 баллов – фаза не сформирована, 37-60

баллов – формирование фазы, 61 и более баллов свидетельствует о полностью сформированной фазе (Бойко В.В., 2008).

В таблицах 11 и 12 представлены описательные статистики по трем основным шкалам методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), отражающим интегральный показатель – сумму баллов по каждой фазе – фазе «Напряжение», фазе «Резистенция» и фазе «Истощение» (таблица 11) и общий итоговый показатель, являющийся суммой значений всех фаз (таблица 12).

Таблица 11 – Описательные статистики интегральных показателей фаз по группам специальностей

Специальности	N	Min	Max	Mean	Std. Error	Std. Deviation	Variance
Фаза «Напряжение»							
Группа 1	63	0	91	30,30	2,51	19,926	397,053
Группа 2	57	0	49	16,44**	1,88	14,203	201,715
Группа 3	40	0	84	31,48	3,35	21,185	448,820
Группа 4	52	0	80	20,83**	2,05	14,768	218,107
Итого	212	0	91	24,47	1,28	18,602	346,032
Фаза «Резистенция»							
Группа 1	63	17	105	60,49	2,76	21,924	480,673
Группа 2	57	8	88	47,47**	2,72	20,544	422,075
Группа 3	40	16	106	63,43	4,20	26,563	705,584
Группа 4	52	17	96	46,58**	2,73	19,715	388,680
Итого	212	8	106	54,13	1,58	23,068	532,115
Фаза «Истощение»							
Группа 1	63	11	89	35,16	2,46	19,528	381,329
Группа 2	57	6	51	24,05**	1,59	12,010	144,229
Группа 3	40	11	99	38,50	2,90	18,333	336,103
Группа 4	52	6	70	28,08**	2,28	16,429	269,916
Итого	212	6	99	31,07	1,21	17,569	308,659

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Таблица 12 – Описательные статистики общего итогового показателя по группам специальностей

Специальности	N	Min	Max	Mean	Range	Std. Deviation	Variance
Группа 1	63	32	263	125,95	231	51,795	2682,756
Группа 2	57	21	175	87,96**	154	87,96	1273,034
Группа 3	40	30	288	133,40	258	55,520	3082,451
Группа 4	52	31	189	95,48	158	39,437	1555,274
Итого	212	21	288	109,67	267	49,342	2434,62

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Среднее значение итогового показателя по общей выборке ($N_{\text{общ.}}=212$) – 109,67 ($\pm 9,342$). В общей группе ($N=212$) наиболее высокие средние значения интегрального показателя шкалы отмечаются по фазе «Резистенция» – $54,13 \pm 23,06$, по фазе «Истощение» – $31,07 \pm 17,57$, наименьшие по фазе «Напряжение» – $24,47 \pm 18,60$. Это означает, что у большинства специалистов наличие тревожного напряжения приводит к избеганию эмоциональных факторов и ограничению эмоционального реагирования. В дальнейшем происходит истощение ресурсного потенциала, эмоциональная и личностная отстраненность, нарастает истощение и нарастают психосоматические и вегетативные проявления. По всем трем фазам достоверно выше ($p < 0,05$) показатели в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов. Такая же закономерность наблюдается и в отношении общего интегрального показателя. В группах врачей-психиатров и врачей-наркологов он выше – $125,95 \pm 51,79$ и $133,40 \pm 55,52$, чем у врачей-психотерапевтов – $87,96 \pm 87,96$ и психологов $95,48 \pm 39,437$ соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, было обследовано 212 специалистов, оказывающих помощь в области психического здоровья. В исследуемую выборку входили врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, врачи-наркологи, медицинские психологи. Группы существенно не отличались по возрасту, стажу, половому распределению. Большая часть специалистов имеют средний уровень НПУ (60,8%), низкий

отмечался у 8,5%, высокий – у трети обследуемых – 30,7%. При изучении уровня НПУ у представителей различных специальностей выявлено, что в целом среди психотерапевтов и психологов чаще отмечается более высокий, а в группах психиатров и наркологов более низкий уровень НПУ. Среди обследованных специалистов выявлена высокая встречаемость СЭВ – 78,3%. Наиболее часто СЭВ диагностируется у наркологов (90,0%) и психиатров (85,7%), реже у психологов (76,9%) и психотерапевтов (63,1%). Достоверно выявлено, что среди лиц, у которых отсутствуют признаки СЭВ, не отмечается низких показателей уровня НПУ. Имеется обратно пропорциональная зависимость между уровнем НПУ и СЭВ ($p < 0,01$) – при низком уровне НПУ более вероятно развитие СЭВ. Не выявлено статистической значимой связи между СЭВ и полом, возрастом, стажем работы. Результаты свидетельствуют, что низкий уровень НПУ может являться фактором риска развития СЭВ. При изучении СЭВ при помощи методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) выявлено, что наиболее выражена и чаще в структуре СЭВ встречается во всей выборке фаза «Резистенция» (интегральный показатель – $54,13 \pm 23,06$). Значения интегральных показателей по фазам и общего интегрального показателя достоверно выше ($p < 0,01$) в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов, что свидетельствует о большей распространенности и выраженности СЭВ среди этих специалистов.

4.3. Характеристики и особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля

Следующим этапом исследования было изучение характеристик и особенностей проявления СЭВ у специалистов. Среди 212 обследованных респондентов признаки СЭВ были выявлены у 166 лиц (78,3%). На основании результатов по методикам «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), были изучены степень и структура фаз СЭВ у представителей различных специальностей.

«Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) позволяет оценить выраженность проявлений по трем шкалам – «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция персональных достижений».

Шкала «Эмоциональное истощение» отражает наличие эмоционального опустошения, снижение энергетического потенциала, апатию, желание отгородиться от контактов с друзьями и коллегами, потерю интереса к работе и зачастую разочарование в ней.

Шкала «Деперсонализация» свидетельствует о циничном, черством, безразличном и отгороженном отношении к пациентам и коллегам, отсутствии желаний находить компромиссные решения во взаимоотношениях с ними.

Шкала «Редукция персональных достижений» демонстрирует отсутствие желания находить компромиссные решения во взаимоотношениях с коллегами, недостаток умения эмпатично выслушать пациента, а также неверие в собственные силы, разочарование в своей профессиональной деятельности и способности приносить пользу людям, отсутствие осознания ценности и важности

своей работы, неумение адаптироваться в рабочем коллективе и эффективно противостоять стрессовым ситуациям.

Интегральный показатель этих шкал является критерием для определения степени выгорания. Выделяют четыре степени выгорания: 0 – отсутствие выгорания (низкая степень), 1 – средняя, 2 – высокая, 3 – крайне высокая («Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). 0 степень – низкая степень в исследовании не оценивалась, так как, по сути, демонстрирует отсутствие признаков СЭВ. Согласно результатам исследования Е. Перлман и Б. Хартман (1982), существуют три «основные симптоматические категории стресса», затрагивающие три сферы существования личности: – физиологическую, аффективно-когнитивную и поведенческую.

Модель, предложенная Е. Перлман и Б. Хартман (1982), включает четыре стадии развития стресса. Первая стадия отражает 0 степень выгорания, в которой человек успешно противостоит стрессу. Вторая стадия соответствует 1 – средней степени выгорания и включает в себя восприятие, переживание стресса. На этой стадии уровень стресса не соответствует ресурсам личности. Существует внутриличностный конфликт между профессиональными возможностями «субъекта труда» и «требованиями со стороны рабочих ситуаций». Третья стадия соответствует 2 – высокой степени выгорания и включает все три вышеописанных симптоматических реакции на стресс. Четвертая стадия отражает 3 – крайне высокую степень выгорания и представляет собой результаты длительного воздействия стрессогенных факторов (Водопьянова Н.Е., 2009).

Среди специалистов, имеющих СЭВ (N=166), средняя степень определялась у 80 респондентов (48,2%), высокая – у 57 (34,3%), крайне высокая – у 29 (17,5%) (таблица 13).

Таблица 13 – Степень синдрома эмоционального выгорания у представителей различных специальностей

Степень выгорания		Специальности				Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
1	Количество	24	23	12	21	80
	% в специальности	44,4%	63,9%**	33,3%**	52,5%**	48,2%
	% от общего числа	14,5%	13,9%**	7,2%**	12,7%**	48,2%
2	Количество	21	9	13	14	57
	% в специальности	38,9%	25,0%	36,1%	35,0%	34,3%
	% от общего числа	12,7%	5,4%	7,8%	8,4%	34,3%
3	Количество	9	4	11	5	29
	% в специальности	16,7%	11,1%	30,6%**	12,5%	17,5%
	% от общего числа	5,4%	2,4%	6,6%**	3,0%	17,5%
Итого	Количество	54	36	36	40	166
	% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% от общего числа	32,5%	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Имеются различия в частоте встречаемости средней и крайне высокой степени СЭВ у представителей разных специальностей. Наиболее часто по сравнению с другими группами средняя степень СЭВ встречается у врачей-психотерапевтов – 63,9%, этот показатель достоверно выше, чем у врачей-наркологов – 33,3% ($p < 0,05$). Высокая степень СЭВ одинаково представлена среди групп респондентов. Практически треть наркологов имеет крайне высокую степень СЭВ, что значимо выше, по сравнению с другими специалистами – 30,6% ($p < 0,05$).

Отдельно анализировались особенности проявления СЭВ по шкалам «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция персональных достижений». Набранные баллы по этим шкалам отражают уровень выраженности проявлений. Низкий уровень (1) – 0-15 баллов, средний (2) – 16-24 балла, высокий (3) – 25 и выше баллов.

Уровни показателей СЭВ разнятся для мужчин и женщин, входящих в группу, и соответствуют степеням выгорания методики «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Как упоминалось выше, согласно опроснику, существует градация на низкий, средний, высокий и очень высокий уровни выгорания.

Соотношение уровней показателей по шкале «Эмоциональное истощение» у представителей различных специальностей представлено в таблице 14.

Таблица 14 – Сопряженность показателей по шкале «Эмоциональное истощение» по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и специальностей

Уровень показателя «Эмоциональное истощение»		Специальности				Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
1	Количество	9	8	5	16	38
	% в специальности	16,7%**	22,2%**	13,9%**	40,0%**	22,9%
	% от общего числа	5,4%	4,8%	3,0%	9,6%	22,9%
2	Количество	26	15	14	13	68
	% в специальности	48,1%**	41,7%	38,9%	32,5%**	41,0%
	% от общего числа	15,7%	9,0%	8,4%	7,8%	41,0%
3	Количество	19	13	17	11	60
	% в специальности	31,5%**	21,6%**	28,3%	18,3%**	30,1%
	% от общего числа	11,4%	7,8%	10,2%	6,6%	30,1%
Итого	Количество	54	36	36	40	166
	% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% от общего числа	32,5%	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%

****отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p<0,05$)**

Среди всех респондентов низкий уровень по шкале «Эмоциональное истощение» определялся у 38 человек (22,9%), средний – у 68 (41,0%), высокий у – 60 (30,1%).

Достоверно чаще низкий уровень по шкале «Эмоциональное истощение» был выявлен среди психологов – 40,0% и в меньшей степени он был характерен для врачей-наркологов с СЭВ ($p<0,05$). Средний уровень по шкале «Эмоциональное истощение» среди всех групп респондентов был приблизительно одинаков от 32,5% у психологов, до 48,1% у врачей-психиатров. Практически треть врачей-психиатров (31,5%) и врачей-наркологов (28,3%) имела высокий уровень по шкале «Эмоциональное истощение» ($p<0,05$), в меньшей степени формирование высокого уровня по этой шкале было свойственно психологам – 18,3% и врачам-психотерапевтам – 28,3% ($p<0,05$).

Соотношение уровней показателей по шкале «Деперсонализация» среди представителей различных специальностей представлено в таблице 15.

Таблица 15 – Сопряженность показателей по шкале «Деперсонализация» по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и специальностей

Показатель уровня «Деперсонализация»		Специальности				Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
1	Количество	6	6	0	2	14
	% в специальности	11,1%	16,7%**	**	5,0%**	8,4%
	% от общего числа	3,6%	3,6%		1,2%	8,4%
2	Количество	21	17	18	17	73
	% в специальности	38,9%**	47,2%	50,0%**	42,5%	44,0%
	% от общего числа	12,7%	10,2%	10,8%	10,2%	44,0%

3	Количество	27	13	18	21	79
	% в специальности	34,1%**	16,5%**	22,7%**	26,7%**	74,6%
	% от общего числа	16,3%	7,8%	10,8%	12,6%	74,6%
Итого	Количество	54	36	36	40	166
	% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% от общего числа	32,5%	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%

Во всей выборке специалистов, имеющих СЭВ, низкий уровень по шкале «Деперсонализация» выявлялся у 14 человек (8,4%), средний – у 73 (44,0%), высокий – у 79 (74,6%).

В группе врачей-наркологов не было специалистов, у которых отмечался низкий уровень по шкале «Деперсонализация», а среди психологов он определялся у 5,0% респондентов, и это отличалось от показателей в группах психиатров – 11,1% и психотерапевтов – 16,7% ($p < 0,05$).

Средний уровень по шкале «Деперсонализация» наиболее часто был характерен врачам-наркологам – 50,0% ($p < 0,05$), хотя в целом был представлен по группам почти равномерно – от 38,9% до 50,0%.

Необходимо подчеркнуть большое количество обследуемых специалистов с высоким уровнем по шкале «Деперсонализация» – 74,6%. Наиболее часто он определялся среди врачей-психиатров – 34,1% ($p < 0,05$), т.е. треть специалистов с СЭВ имеют высокий уровень по шкале «Деперсонализация». Значительно реже высокий уровень по шкале «Деперсонализация» отмечался среди врачей-психотерапевтов – 16,5% ($p < 0,05$).

Соотношение уровней показателей по шкале «Редукция персональных достижений» (РПД) среди представителей различных специальностей представлено в таблице 16.

Таблица 16 – Сопряженность показателя «Редукция персональных достижений» по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и специальностей

Уровни «Редукции персональных достижений»		Специальности				Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
1	Количество	11	10	11	10	42
	% в специальности	20,4%**	27,8%	30,6%	25,0%	25,3%
	% от общего числа	6,6%	6,0%	6,6%	6,0%	25,3%
2	Количество	34	22	16	27	99
	% в специальности	63,0%**	61,1%**	44,4%**	67,5%**	59,6%
	% от общего числа	20,5%	13,3%	9,6%	16,3%	59,6%
3	Количество	9	4	9	3	25
	% в специальности	36,0%**	16,0%**	36,0%**	12,0%**	15,1%
	% от общего числа	5,4%	2,4%	5,4%	1,8%	15,1%
Итого	Количество	54	36	36	40	166
	% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% от общего числа	32,5%	21,7%	21,7%	24,1%	100,0%

Среди всех специалистов с СЭВ низкий уровень по шкале «Редукция персональных достижений» выявляется у 42 человек (25,3%), средний – у 99 (59,6%), высокий – у 25 (15,1%).

Реже всего низкий уровень по шкале «Редукция персональных достижений» встречается у врачей-психиатров – 20,4% ($p < 0,05$) по сравнению с другими группами. Им более характерно формирование среднего и высокого уровней (63,0% и 36,0% соответственно). Средний уровень по шкале «Редукция персональных достижений» реже отмечается среди врачей-наркологов – 44,6% ($p < 0,05$) по сравнению с другими группами – врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, психологами, где показатели примерно одинаковые (63,0%, 61,1%, 67,5% соответственно). Наиболее часто высокий уровень по шкале «Редукция персональных достижений» встречается среди врачей-психиатров и

врачей-наркологов по 36,0% ($p<0,05$), что составляет треть респондентов в каждой из групп. В группах врачей-психотерапевтов и психологов этот показатель в 2 раза ниже (16,0% и 12,0% соответственно).

Таким образом, среди всех групп специалистов СЭВ чаще обнаруживался в легкой или в средней степени (48,2% и 34,4% соответственно). Тяжелая степень проявлений была установлена у 29 человек (17,5%). Наиболее часто тяжелая степень СЭВ встречалась среди врачей-наркологов и присутствовала у трети специалистов (33,3%) ($p<0,05$). Врачам-психотерапевтам более свойственно формирование легкой степени СЭВ, которая определялась у 63,9% ($p<0,05$).

Признаки эмоционального истощения в виде эмоционального опустошения, апатии, снижения энергетического потенциала, разочарования в профессиональной деятельности и снижения интереса к ней у 72,2% обследуемых специалистов присутствовали преимущественно в средней (41,1%) или высокой степени (30,1%). В меньшей степени эти проявления были свойственны психологам (40,0% из этой группы имели низкий уровень показателя «Эмоциональное истощение»). Выраженные признаки показателя «Эмоциональное истощение» в большей степени отмечались у врачей-психиатров (31,5%) и врачей-наркологов (28,8%) ($p<0,05$). У психологов (18,3%) и врачей-психотерапевтов (21,6%) выраженные проявления этих признаков достоверно обнаруживались реже ($p<0,05$).

Обращают на себя внимание полученные данные, свидетельствующие о том, что 74,6% специалистов с СЭВ имели высокий уровень по шкале «Деперсонализация», что отражает стремление дистанцироваться от коллег и пациентов, склонности к циничному восприятию окружающих, безразличному отношению к ним, раздражительности и отсутствию эмпатии. Среди представителей различных групп наиболее часто он определялся среди врачей-психиатров – 34,1% ($p<0,05$), и значительно реже у врачей-психотерапевтов – 16,5% ($p<0,05$).

Более половины всех специалистов (59,6%) имели средний уровень проявлений, оцениваемых шкалой «Редукция персональных достижений»,

которая характеризует обесценивание собственных достижений, отсутствие целеустремленности, мотивации на развитие в профессиональной деятельности, снижение толерантности к стрессовым ситуациям, безынициативность, формализацию профессиональных навыков. По данным некоторых авторов (Лукьянов В.В., 2007; Водопьянова Н.Е., 2013; Kumar S., Sinha P., Dutu G., 2013) высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о более тяжелом протекании СЭВ. Выраженные проявления были характерны у трети врачей-психиатров и врачей-наркологов по 36,0% ($p < 0,05$). В группах врачей-психотерапевтов и психологов этот показатель в 2 раза ниже (16,0% и 12,0% соответственно) ($p < 0,05$).

Изучение фаз СЭВ проводилось с помощью методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), которая позволяет выделить три фазы, которые имеют характерные симптомы. В.В. Бойко рассматривает СЭВ с позиции общего адаптационного синдрома Г. Селье. В выборку ($n=166$) были включены те специалисты, у которых уже был диагностирован СЭВ по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).

Фаза «Напряжение» методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) служит предвестником развития и запускающим механизмом формирования СЭВ. Тревожное напряжение включает следующие симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, чувство безысходности, тревогу и депрессивные проявления.

Фаза «Резистенция» методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) развивается при наличии тревожного напряжения, когда человек стремится избегать действия эмоциональных факторов с помощью ограничения эмоционального реагирования: неадекватного избирательного эмоционального реагирования, эмоционально-нравственной дезориентации, расширения сферы экономии эмоций, редукции профессиональных обязанностей.

Фаза «Истощение» методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы, появлением эмоционального дефицита, эмоциональной отстраненности, личностной дистанцированности от пациентов и коллег, психосоматическими и вегетативными проявлениями.

Таким образом, методика позволяет оценить выраженность 12 симптомов, составляющие общие показатели по 3 шкалам и суммарный индекс. Выраженность каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов; 9 и менее баллов – не сложившийся симптом, 10-15 баллов – складывающийся симптом, 16 и более – сложившийся. Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем СЭВ. Методика позволяет увидеть ведущие симптомы, к какой фазе формирования стресса они относятся и в какой фазе их наибольшее число. Фаза с наибольшим количеством баллов является ведущей в общей картине СЭВ у респондента. Суммарный индекс всех трех фаз является интегративным показателем, отражающий общую выраженность СЭВ.

Оценка каждой фазы по совокупности входящих в нее симптомов возможна в пределах от 0 до 120 баллов: 1 – фаза не сформировалась (0 - 36 баллов), 2 – фаза в стадии формирования (37 - 60 баллов), 3 – сформированная фаза (61 и более баллов).

В таблице 17 представлена сформированность фазы «Напряжение» в группах различных специальностей.

Таблица 17 – Сформированность фазы «Напряжение» по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) в группах различных специальностей

Специальности	Фаза «Напряжение»				Итого
	Показатель	1	2	3	
Группа 1	Частота	34	14	6	54
	% в специальности	63,0%**	25,9%**	11,1%**	100,0%
	% от общего числа	20,5%**	8,4%**	3,6%**	32,5%

Группа 2	Частота	29	7	0	36
	% в специальности	80,6%**	19,4%**	0**	100,0%
	% от общего числа	17,5%**	4,2%**	0**	21,7%
Группа 3	Частота	22	11	3	36
	% в специальности	61,1%**	30,6%**	8,3%**	100,0%
	% от общего числа	13,3%**	6,6%**	1,8%**	21,7%
Группа 4	Частота	34	5	1	40
	% в специальности	85,0%**	12,5%**	2,5%**	100,0%
	% от общего числа	20,5%**	3,0%**	0,6%**	24,1%
Итого	Частота	119	37	10	166
	% в специальности	71,7%**	22,3%**	6,0%**	100,0%
	% от общего числа	71,7%**	22,3%**	6,0%**	100,0%

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

У 119 (71,7%) специалистов данной выборки фаза «Напряжение» не была сформирована, у 37 (22,3 %) эта фаза была в стадии формирования, у 10 (6,0%) фаза «Напряжение» была сформирована.

Среди врачей-психиатров и наркологов наблюдается достоверно большее по сравнению с другими группами количество лиц, находящихся на стадии формирования фазы «Напряжение» – 14 (8,4%) и 11 (30,6%) и с уже сформированной фазой – 6 (11,1%) и 3 (8,3%) соответственно ($p < 0,05$). В группах врачей-психотерапевтов и психологов сравнительно больше лиц, у которых фаза «Напряжение» не была сформирована – 29 (80,6%) и 34 (85,0%) соответственно ($p < 0,05$). Среди группы врачей-психотерапевтов не было ни одного человека со сформированной фазой «Напряжение».

В таблице 18 представлена сформированность фазы «Резистенция» в группах различных специальностей.

Таблица 18 – Сформированность фазы «Резистенция» по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) в группах различных специальностей

Специальности	Фаза «Резистенция»				Итого
	Показатель	1	2	3	
Группа 1	Частота	3	24	27	54
	% в специальности	5,6%**	44,4%	50,0%**	100,0%
	% от общего числа	1,8%*	14,5%	16,3%	32,5%
Группа 2	Частота	9	14	13	36
	% в специальности	25,0%**	38,9%	36,1%	100,0%
	% от общего числа	5,4%**	8,4%	7,8%	21,7%
Группа 3	Частота	4	9	23	36
	% в специальности	11,1%	25,0%	63,9%**	100,0%
	% от общего числа	2,4%	5,4%	13,9%	21,7%
Группа 4	Частота	7	23	10	40
	% в специальности	17,5%	57,5%**	25,0%**	100,0%
	% от общего числа	4,2%	13,9%	6,0%	24,1%
Итого	Частота	23	70	73	166
	% в специальности	13,9%	42,2%	44,0%	100,0%
	% от общего числа	13,9%**	42,2%	44,0%	100,0%

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

Количество лиц со стадией формирования фазы «Резистенция» и с уже сформированной фазой, значительно выше, чем со стадией «Напряжение». В исследуемой выборке – 70 (42,2%) лиц на стадии формирования фазы «Резистенция» и у 73 (44,0%) фаза «Резистенция» сформирована, у 13,9% признаки фазы «Резистенция» отсутствуют.

Среди специалистов различных специальностей наиболее неблагоприятные показатели отмечались у врачей-психиатров и врачей-наркологов ($p < 0,05$). Среди врачей-психиатров 94,5% обследуемых находятся на стадии формирования фазы «Резистенция» (44,4%) или на стадии уже сформировавшейся фазы (50,0%). В группе врачей-наркологов более половины (63,9%) имели уже сформированную фазу «Резистенция» и четверть (25,0%) находились на стадии её формирования. Меньше всего лиц со сформированной фазой «Резистенция» находилось в группе психологов – 25,0% ($p < 0,05$), однако у более половины обследованных эта фаза находилась в стадии формирования (57,5%). Среди врачей-психотерапевтов, у 14 (38,9%) лиц отмечалось формирование стадии «Резистенция», а у 13 (36,1%) – фаза была сформирована.

В таблице 19 представлена сформированность фазы «Истощение» в группах различных специальностей.

Таблица 19 – Сформированность фазы «Истощение» по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) в группах различных специальностей

Специальности	Фаза «Истощение»				Итого
	Показатель	1	2	3	
Группа 1	Частота	30	16	8	54
	% в специальности	55,6%	29,6%	14,8%**	100,0%
	% от общего числа	18,1%	9,6%	4,8%**	32,5%
Группа 2	Частота	28	8	0	36
	% в специальности	77,8%**	22,2%	**	100,0%
	% от общего числа	16,9%	4,8%	**	21,7%
Группа 3	Частота	16	15	5	36
	% в специальности	44,4%	41,7%	13,9%**	100,0%
	% от общего числа	9,6%	9,0%	3,0%**	21,7%

Группа 4	Частота	27	9	4	40
	% в специальности	67,5%	22,5%	10,0%**	100,0%
	% от общего числа	16,3%	5,4%	2,4%	24,1%
Итого	Частота	101	48	17	166
	% в специальности	60,8%	28,9%	10,2%	100,0%
	% от общего числа	60,8%	28,9%	10,2%**	100,0%

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p < 0,05$)

В исследуемой выборке фаза «Истощение» в стадии формирования присутствовала у 48 (28,9%), сформированная фаза – у 17 (10,2%) специалистов.

Среди представителей различных специальностей фаза «Истощение» чаще отмечалась у врачей-психиатров (14,8%) и врачей-наркологов (13,9%) ($p < 0,05$). В группе врачей-наркологов по сравнению с остальными группами специалистов было достоверно значимо меньше лиц – 16 (44,4%), у которых отсутствовали признаки этой фазы ($p < 0,05$). Более хорошие показатели отмечались в группе врачей-психотерапевтов – у 28 (77,8%) не было признаков формирования фазы «Истощение». Среди группы врачей-психотерапевтов не было ни одного человека со сформированной фазой «Истощение» ($p < 0,05$).

Из всей выборки ($n=166$) у 14 (8,4%) специалистов имелось две сформированные фазы из трех, у 5 (3,0%) – были сформированы все три фазы. Среди врачей-психиатров две фазы были сформированы у 13,0%, три у 5,6%, у врачей-наркологов – 8,3% и 5,6% соответственно. Среди психологов две фазы были сформированы у 10,0%, среди врачей-психотерапевтов не было лиц, имевших две или три сформированных стадии.

В таблице 20 представлены результаты корреляционного анализа между показателями НПУ и данными методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) – общий итоговый показатель и показатели фаз «Напряжение», «Резистенция», «Истощение». Отмечается наличие обратной

взаимосвязи между выраженностью НПУ и всеми показателями СЭВ (таблица 20). Чем ниже уровень НПУ, тем более вероятно развитие всех фаз СЭВ.

Таблица 20 – Корреляционный анализ между показателями НПУ и фазами синдрома эмоционального выгорания по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008)

Сравниваемые показатели		НПУ	Итоговый показатель	Фаза «Истощение»	Фаза «Резистенция»	Фаза «Напряжение»
НПУ	Pearson Correlation	1	-,419	-,378	-,282	-,361
	Sig. (2-tailed)	,	,000**	,000**	,000**	,000**
	Частота	166	166	166	166	166
Интегральный показатель	Pearson Correlation	-,419	1	,875	,815	,726
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000	,000
	Частота	166	166	166	166	166
Фаза «Истощение»	Pearson Correlation	-,378	,875	1	,635	,502
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000	,000
	Частота	166	166	166	166	166
Фаза «Резистенция»	Pearson Correlation	-,282	,815	,635	1	,285
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,	,000
	Частота	166	166	166	166	166
Фаза «Напряжение»	Pearson Correlation	-,361	,726	,502	,285	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,
	Частота	166	166	166	166	166

** Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне – 0,01.

Таким образом, у обследуемых с диагностированным СЭВ по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) (N=166), отмечались три фазы – фаза «Напряжение», фаза «Резистенция» и фаза «Истощение». Наиболее часто как полностью сформированная встречалась фаза «Резистенция» – у % 44,0 ($p < 0,05$). Фаза «Истощение» – у 10,2%, а фаза «Напряжение» – у 6,0 %. Это свидетельствует о том, что в ситуации формирования СЭВ для специалистов в большей степени характерно избегания эмоционально значимых факторов, избирательное

эмоциональное реагирование, ограничение эмоциональных проявлений, что в свете специфики профессиональной сферы может вести к редукции профессиональных обязанностей, снижению эффективности при реализации профессиональных задач и полномочий, недостаточному качественному профессиональному и личному функционированию.

Наиболее высокие показатели как по количеству лиц на стадии формирования фаз, так и с имеющимися уже сформированными фазами отмечались в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов по сравнению с группами врачей-психотерапевтов и психологов. Эта закономерность достоверно прослеживается как в отношении всех трех фаз, так и в отношении итогового показателя, суммирующего общие результаты.

Между выраженностью СЭВ в целом, всех его фаз существует взаимосвязь с уровнем НПУ, демонстрирующая, что у лиц с низким уровнем НПУ наблюдается большая вероятность формирования СЭВ.

4.4. Характеристика экспериментальной группы

Следующим этапом исследования было изучение психологических характеристик у специалистов с СЭВ и их динамики при применении специально разработанной психотерапевтической программы интегративной групповой психотерапии. Из 166 испытуемых с диагностированным СЭВ при помощи методики «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С.Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) была сформирована выборка из 100 человек в соответствии с критериями включения. На этом этапе в исследование были включены специалисты, давшие согласие на участие в психотерапевтической программе и имеющие возможность соблюдать организационные условия.

В группу, проходящую психотерапевтическую программу, были включены специалисты всех изучаемых специальностей: врачи-психиатры – 38 (38%), врачи-психотерапевты – 20 (20%), врачи-наркологи – 22 (22%), психологи – 20 (20%).

Группы были сопоставимы по половым, возрастным характеристикам, среднему стажу профессиональной деятельности. Средние показатели возраста и стажа по группам приведены в таблице 21.

Таблица 21 – Параметры описательной статистики возраста и профессионального стажа исследуемой экспериментальной группы (n=100)

	Количество	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная ошибка	Стандартное отклонение
Возраст						
Вся группа	100	26	55	37,28	1,15	8,162
Группа1	38	27	54	34,42	1,54	6,694
Группа2	20	27	55	38,10	3,20	10,126
Группа3	22	26	54	40,00	3,04	10,080
Группа4	20	32	50	38,90	1,66	5,259

Стаж						
Вся группа	100	3	32	10,56	1,06	7,508
Группа1	38	3	28	8,58	1,48	6,466
Группа2	20	4	32	11,80	3,27	10,326
Группа3	22	3	30	13,55	2,66	8,836
Группа4	20	5	13	9,80	,92	2,898

Средний возраст описываемой выборки составил 37,28 ($\pm 1,15$) лет. Средний стаж участников экспериментальной группы составил 10,56 ($\pm 1,06$) лет.

Экспериментальная выборка отражала также основные тенденции выраженности исследуемых характеристик – таких как уровень НПУ, выраженность выгорания по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и структуры СЭВ по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008). Показатели по этим методикам в экспериментальной группе, как в целом, так и по специальностям соотносились с данными общей исследуемой выборки, что является важным условием, позволяющим оценивать в дальнейшем эффективность проводимых психотерапевтических мероприятий с учетом формирования СЭВ у представителей различных специальностей (таблица 22).

Таблица 22. Показатели уровня НПУ, интегрального показателя синдрома эмоционального выгорания, суммы баллов по фазам эмоционального выгорания в экспериментальной группе

	Количество	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартная ошибка	Стандартное отклонение
Уровень НПУ						
Вся группа	100	1	8	4,34	0,27	1,923
Группа 1	38	1	8	4,00**	0,43	1,856
Группа 2	20	2	8	4,10	0,62	1,969
Группа 3	22	1	7	4,00**	0,54	1,789
Группа 4	20	3	8	5,60**	0,60	1,897

Средние значения интегрального показателя по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008)						
Вся группа	100	3	13	7,68	,31	2,171
Группа 1	38	5	12	7,53	,50	2,170
Группа 2	20	5	13	8,10	,84	2,644
Группа 3	22	6	10	8,36**	,47	1,567
Группа 4	20	3	10	6,80**	,70	2,201
Средние показатели суммы баллов по всем фазам методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008)						
Вся группа	100	52	263	120,60	6,18	43,680
Группа 1	38	69	263	134,58**	11,96	52,142
Группа 2	20	66	133	101,00**	6,52	20,607
Группа 3	22	98	206	140,73**	9,89	32,800
Группа 4	20	52	171	91,50**	10,27	32,476

**отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ($p<0,05$)

В целом в экспериментальной группе, в которую были включены представители различных специальностей, имелось соответствие между основными показателями, отражающими как уровень НПУ, так и характеристики СЭВ, со спецификой профессиональной деятельности и профессиональными компетенциями, что позволило считать эту выборку репрезентативной в рамках настоящего исследования. Так, уровень НПУ в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов был значимо ниже, по сравнению с группой врачей-психотерапевтов и психологов ($p<0,05$). Средние значения интегрального показателя по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) также демонстрировали более высокие показатели в группе врачей-наркологов по сравнению с группой медицинских психологов ($p<0,05$). Суммарный индекс, отражающий выраженность фаз СЭВ по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), достоверно выше в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов по сравнению с группами врачей-психотерапевтов и психологов ($p<0,05$).

4.5. Изучение психологических особенностей у представителей различных специальностей (психологические защиты, личностная и ситуативная тревожность)

На этом этапе перед проведением психотерапии изучались личностные особенности специалистов, входивших в лечебную группу, с помощью следующих дополнительных методик:

1) методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик (1979), в модификации Л.И. Вассермана и соавт. «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005) для диагностики механизмов психологической защиты;

2) методика «Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, СПб. СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005);

Диагностика механизмов психологической защиты

Для диагностики механизмов психологической защиты, а также выявления взаимосвязи этого показателя с СЭВ в экспериментальной группе исследования применялась методика «Индекс жизненного стиля» / «Life Style Index», теоретическая модель которой была разработана в 1979 г. Р. Плутчиком, Г. Келлерманом, Х.Р. Конте, затем многократно авторами уточнялась и дополнялась. На сегодняшний день «Life Style Index» считается исследователями единственным (из известных) валидным и надежным тестом-опросником, количественно и систематически оценивающим полный спектр защит индивида (Романова Е.С., Гребенников Л.Р., 1996) В настоящем исследовании данная методика использовалась в модификации Л.И. Вассермана и соавторов: «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПб.: СПбНИПНИ

им. В. М. Бехтерева, 2005). Гипотеза заключалась в наличии статистически значимых связей между степенями выгорания и механизмами психологических защит. Механизмы психологической защиты понимаются как производные эмоций и, поскольку каждая из основных защит онтогенетически развивалась для сдерживания одной из базисных эмоций, играют роль регулятора внутриличностного баланса (Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R., 1979). Деструктивные психологические защиты искажают реальность, способствуя сужению выбора эмоциональных реакций субъектом, тогда как применение конструктивных психологических защит снижает риск возникновения конфликта или его обострения, что сказывается на стрессовой составляющей выгорания, снижая ее. Методика позволяет определить напряженность восьми основных механизмов психологических защит, какими являются: «отрицание», «подавление», «регрессия», «компенсация», «замещение», «интеллектуализация», «реактивное образование» и суммирующий показатель «напряженность всех защит». Реально существующие, но неразрешенные внешние и внутренние психологические конфликты определяются при значениях $N \geq 50 \%$. Данные представлены в таблицах 23-24 и на рисунке 2.

Таблица 23 – Напряженность психологических защит

	Психологические защиты								
	«Отрица- ние»	«Подав- ление	«Регрес- сия»	«Компен- сация»	«Проек- ция»	«Замеще- ние»	«Интел- лектуа- лизация»	«Реактив- ное образова- ние»	«Напряжен- ность всех защит»
Число наблюдений	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Среднее	63,832**	45,63	39,62	33,97	35,14	31,982	62,92**	34,42	43,542
Стандартная ошибка среднего	2,9690	2,778	3,141	3,237	3,252	3,0606	2,222	3,442	1,1683
Медиана	60,000	41,60	35,70	30,00	38,40	30,700	58,30	30,00	42,800
Мода	75,0	50	21	20	8	23,0	58	30	42,2
Стандартное отклонение	20,9941	19,645	22,208	22,888	22,997	21,6414	15,710	24,339	8,2614

Мини-мум	16,6	8	7	0	0	,0	33	0	30,9
Макси-мум	100,0	83	93	80	77	92,3	92	90	63,0

В целом в исследуемой выборке наблюдается средний уровень напряженности психологических защит – суммарный показатель – 43,54 ($\pm 1,16$), что, по данным В.Г. Каменской (1999), соответствует нормативным значениям (40-50%) для городского населения России. Однако два механизма психологических защит «Отрицание» ($63,83 \pm 2,96$) и «Интеллектуализация» ($62,92 \pm 2,22$) превышают пороговый показатель в 50% и являются наиболее напряженными. «Отрицание» является одной из базовых защит, направленных на отрицание некоторых фрустрирующих, вызывающих тревогу обстоятельств, какого-либо внутреннего импульса, некоторых аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются самой личностью. «Отрицание» как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. «Интеллектуализация» представляет преимущественно «умственный» способ преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации путем пресечения эмоциональных переживаний при помощи логических установок и манипуляций, даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. Авторами методики в эту шкалу были также объединены рационализация и сублимация, которые также считаются конструктивными видами психологических защит (таблица 24; рисунок 2 и рисунок 3).

Таблица 24 – Напряженность психологических защит у представителей различных специальностей

Специальности	Психологические защиты									
		Отрицание	Подавление	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивное образование	Напряженность всех защит
1 (n=38)	Среднее	64,158	49,08	39,98	38,87	39,47	33,600	58,68	28,48	44,642
	Стандартная ошибка среднего	4,5078	5,245	4,940	4,795	5,719	5,1897	2,754	3,447	1,5061
	Медиана	66,600	50,00	35,70	40,00	46,00	30,700	58,30	30,00	45,400
	Мода	75,0	50	36	20	0	23,0	75	30	41,2
	Стандартное отклонение	19,6491	22,862	21,533	20,899	24,930	22,6213	12,003	15,024	6,5649
	Минимум	33,0	8	7	9	0	,0	41	9	33,0
	Максимум	100,0	83	86	80	77	84,6	75	60	55,7
2 (n=20)	Среднее	68,310	47,49	37,17	29,00	31,52	36,280	70,74	32,00	44,310
	Стандартная ошибка среднего	6,1916	6,217	7,670	7,520	7,980	8,5628	5,143	7,717	2,8800
	Медиана	62,450	50,00	32,15	25,00	30,75	31,700	75,00	25,00	42,200
	Мода	58,3	25	14	20	8	38,4	75	20	42,2
	Стандартное отклонение	19,5795	19,660	24,256	23,781	25,234	27,0778	16,265	24,404	9,1074
	Минимум	41,6	25	14	0	0	,0	42	0	32,0
	Максимум	100,0	75	93	80	77	92,3	92	80	63,0
3 (n=22)	Среднее	56,491	47,69	46,74	36,36	39,11	29,745	59,77	47,27	45,218
	Стандартная ошибка среднего	6,4900	4,783	7,795	9,368	4,569	6,5374	5,354	9,732	2,8887
	Медиана	60,000	50,00	42,80	30,00	38,40	30,800	58,30	50,00	43,300
	Мода	58,3	42	43	0	15	,0	67	20	42,2

4 (n=20)	Стандартное отклонение	21,5249	15,865	25,854	31,072	15,153	21,6821	17,758	32,277	9,5806
	Минимум	16,6	17	14	0	15	,0	33	0	32,0
	Максимум	83,3	75	93	80	62	61,5	92	90	63,0
	Среднее	66,810	34,95	33,54	27,00	26,15	27,070	66,61	34,00	38,840
	Стандартная ошибка среднего	7,9441	4,782	5,630	4,485	7,625	4,6036	5,545	8,589	2,6316
	Медиана	59,150	41,60	28,55	25,00	15,40	27,850	66,65	30,00	35,000
	Мода	41,6	42	21	20	15	30,7	58	30	34,0
	Стандартное отклонение	25,1215	15,121	17,802	14,181	24,112	14,5578	17,535	27,162	8,3218
	Минимум	41,6	17	14	10	0	,0	33	0	30,9
	Максимум	100,0	58	57	50	77	46,1	83	80	53,6

** достоверность различий $p < 0,01$

Среди представителей различных специальностей выявлены достоверные различия в общей напряженности психологических защит, наименьшие значения этого показателя по сравнению с остальными группами отмечаются в группе психологов – $38,84 \pm 2,63$, что свидетельствует о меньшей выраженности внутриличностных конфликтов ($p < 0,01$). Спектр психологических защит в группе психологов в целом представлен равномерно на достаточно низком уровне. Максимальная напряженность общего показателя психологических защит диагностируется в группе врачей-наркологов – $45,21 \pm 2,89$, спектр защит также относительно равномерно представлен, но напряженность многих из них существенно выше. В группе врачей-психотерапевтов максимальных значений достигает выраженность такой психологической защиты как «Интеллектуализация» – $70,74 \pm 5,14$, значимо отличаясь от показателей в других группах ($p < 0,01$), можно предположить, что ее превалирование связано с определенной профессиональной спецификой. В группе врачей-наркологов, по сравнению с другими группами выше показатели по напряженности таких защит как «Регрессия» – $46,74 \pm 7,79$) и «Реактивное образование» – $42,27 \pm 9,73$)

($p < 0,01$), которые в большей степени относятся к деструктивным и предполагают или переход на более ранние формы реагирования или борьбу с неприемлемыми чувствами путем преувеличенного развития противоположных стремлений.

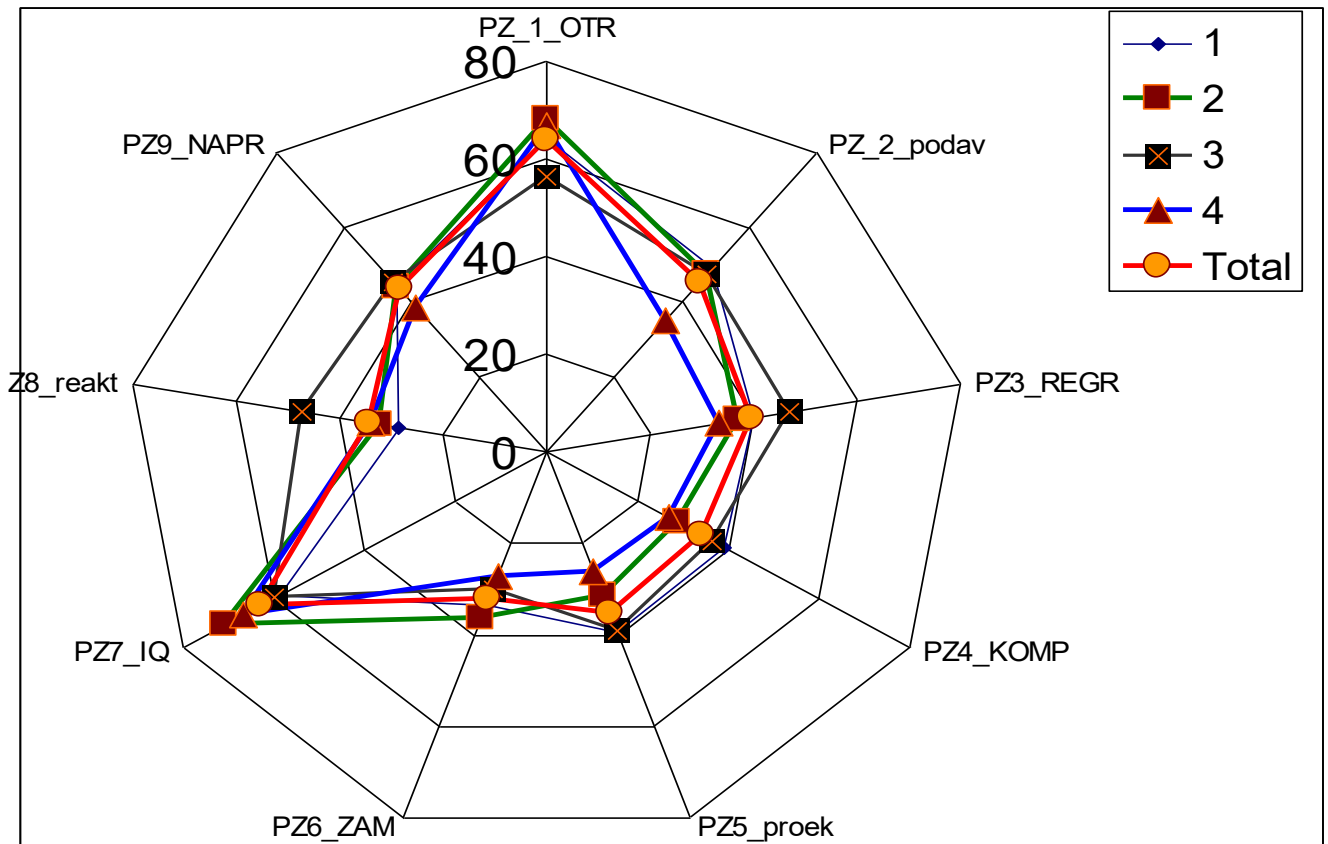


Рисунок 2* – Лепестковая диаграмма напряженности психологических защит у специалистов разных групп.

* Условные обозначения в Рисунках 2 и 3:

PZ_1_OTR – Психологическая защита «Отрицание»

PZ_2_podav – Психологическая защита «Подавление»

PZ3_REGR – Психологическая защита «Регрессия»

PZ4_KOMP – Психологическая защита «Компенсация»

PZ5_proek – Психологическая защита «Проекция»

PZ6_ZAM – Психологическая защита «Замещение»

PZ7_IQ – Психологическая защита «Интеллектуализация»

Z8_reakt – Психологическая защита «Реактивное образование»

PZ9_NAPR – Психологическая защита «Напряженность всех защит»

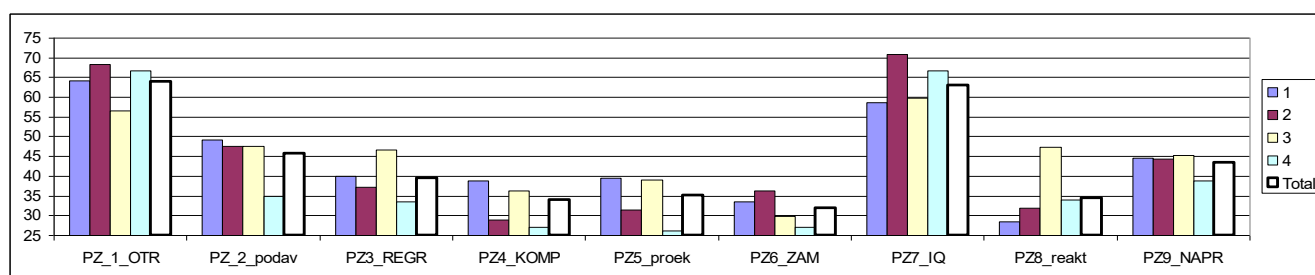


Рисунок 3 – Столбчатая диаграмма напряженности психологических защит у специалистов разных групп.

С помощью корреляционного анализа изучалась взаимосвязь между напряженностью психологических защит, уровнем НПУ и характеристиками выгорания (таблица 25) по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).

Таблица 25 – Корреляция психологических защит с уровнем НПУ и характеристиками выгорания по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008)

Показатели		Психологические защиты								
		Отрицание	Подавление	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивное образование	Напряженность всех защит
Балл НПУ	Корреляция Пирсона	-,019	,143	-,287	-,288	-,155	-,206	,290	-,173	-,268
	Sig. (2-tailed)	,895	,321	,043*	,043*	,283	,152	,041*	,230	,060
Уровень НПУ устойчивости	Корреляция Пирсона	,018	,100	-,247	-,223	-,159	-,201	,205	-,304	-,263
	Sig. (2-tailed)	,901	,488	,083	,119	,270	,161	,154	,032*	,064
	Корреляция	-,194	-,144	,196	,112	,154	,259	-,164	,096	,104

ЭИ***	Пирсо- на									
	Sig. (2- tailed)	,178	,319	,172	,441	,286	,069	,255	,508	,470
Д	Корре- ляция Пирсо- на	,160	-,311	,524	,385	,420	,336	-,356	,214	,499
	Sig. (2- tailed)	,266	,028*	,000**	,006**	,002*	,017*	,011*	,136	,000**
РПД	Корре- ляция Пирсо- на	-,294	-,044	,145	,014	,012	,233	-,113	-,268	-,037
	Sig. (2- tailed)	,038*	,761	,316	,923	,935	,104	,436	,059	,800
ИП	Корре- ляция Пирсо- на	-,118	-,288	,491	,306	,349	,440	-,355	,074	,353
	Sig. (2- tailed)	,413	,042*	,000**	,031*	,013*	,001*	,011*	,610	,012*
СВСЭВ	Корре- ляция Пирсо- на	-,092	-,212	,445	,213	,331	,422	-,373	,031	,335
	Sig. (2- tailed)	,527	,139	,001**	,138	,019	,002*	,008**	,832	,017*

* Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне – 0,05;

** Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне – 0,01.

*** Условные обозначения в таблице 25:

ЭИ – «Эмоциональное истощение»

Д – «Деперсонализация»

РПД – «Редукция персональных достижений»

ИП – интегральный показатель

СВСЭВ – степень выраженности СЭВ

Проведенный корреляционный анализ показал, что высокий уровень напряженности всех психологических защит имеет значимую связь ($p < 0,001$) с показателем «Деперсонализация» по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Психологические защиты в большей степени направлены на искажение реальности и снижение степени эмоциональной вовлеченности во фрустрирующие ситуации. В профессиональной деятельности это проявляется безразличным отношением к самой работе, коллегам, пациентам, снижением эмпатии, дистанцированностью от пациентов и коллег, а также раздражительностью. Необходимо отметить, что высокие положительные корреляционные связи с показателем «Деперсонализация» определяются по таким видам психологических защит как «Регрессия», «Компенсация», «Проекция» ($p < 0,01$), которые относят к более деструктивным психологическим защитами. Показатели напряженности психологических защит «Регрессия», «Замещение», «Интеллектуализация» имеют положительные значимые ($p < 0,01$) связи с интегральным показателем по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008), а также со степенью выраженности СЭВ.

4.6.Изучение общего и ситуативного компонентов тревоги, их связь с синдромом эмоционального выгорания

Методом оценки различных аспектов тревожности (общего и ситуативного компонентов тревоги) послужила оригинальная клиническая тестовая методика «Применение интегративного теста тревожности», созданная в 2005 г. в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева к.психол.н. А.П. Бизюком, д.м.н., профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым для структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности. С помощью данной тестовой методики выявляется уровень общей (перманентно сопровождающей конкретного индивидуума) и ситуативной (возникающей в конкретной ситуации) тревожности.

Методика является надежной, валидной и адаптированной для русскоязычного населения, что явилось основанием для применения ее в исследовании. Гипотеза заключалась в наличии значимых статистических связей между выраженностью СЭВ и различными компонентами тревожности. Известно, что тревога, являясь наиболее общим и наименее специфическим симптомом, выполняющая как мобилизующую, так и дестабилизирующую функцию, прослеживается преимущественно при невротической и неврозоподобной симптоматике (кодируется F4 по МКБ-10), без четкой нозологической принадлежности. Вместе с тем показатели тревоги являются отражением реакции на стресс, который лежит в основе СЭВ. При подсчете результатов сырые баллы переводились в станайны. Оценивались компоненты общей и ситуативной тревожности (таблицы 26, 27).

Таблица 26 – Показатели компонентов общей тревожности у представителей различных специальностей

Станайны	Группы	Число наблюдений	Среднее	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка среднего	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
Общая тревожность	1	38	6,26**	1,790	,411	5,40	7,13	2	9
	2	20	5,40	1,174	,371	4,56	6,24	3	7
	3	22	6,18**	1,537	,464	5,15	7,21	3	8
	4	20	5,50	1,581	,500	4,37	6,63	2	8
	Всего	100	5,92	1,589	,225	5,47	6,37	2	9
Эмоциональный дискомфорт	1	38	5,84	1,708	,392	5,02	6,67	3	8
	2	20	5,30	1,636	,517	4,13	6,47	3	8
	3	22	5,73	1,679	,506	4,60	6,86	3	8
	4	20	5,20	1,814	,573	3,90	6,50	1	8
	Всего	100	5,58	1,679	,237	5,10	6,06	1	8
Тревожная оценка перспективы	1	38	6,53	1,712	,393	5,70	7,35	3	9
	2	20	6,00	1,826	,577	4,69	7,31	2	8
	3	22	6,09	2,300	,694	4,55	7,64	2	8
	4	20	6,10	1,287	,407	5,18	7,02	4	9
	Всего	100	6,24	1,768	,250	5,74	6,74	2	9
Фобический компонент	1	38	5,47	1,712	,393	4,65	6,30	1	7
	2	20	4,80**	2,098	,663	3,30	6,30	1	6
	3	22	6,18**	,874	,263	5,59	6,77	4	7
	4	20	5,10	2,183	,690	3,54	6,66	1	7
	Всего	100	5,42	1,774	,251	4,92	5,92	1	7
Астенический компонент тревожности	1	38	6,11**	1,823	,418	5,23	6,98	2	8
	2	20	5,50	1,581	,500	4,37	6,63	2	8
	3	22	5,64	1,362	,411	4,72	6,55	2	7
	4	20	4,90**	1,853	,586	3,57	6,23	1	6
	Итого	100	5,64	1,699	,240	5,16	6,12	1	8

Социальная защита	1	38	5,53	2,366	,543	4,39	6,67	1	9
	2	20	4,70	1,567	,496	3,58	5,82	1	6
	3	22	5,00	2,191	,661	3,53	6,47	1	9
	4	20	5,50	1,080	,342	4,73	6,27	4	7
	Итого	100	5,24	1,954	,276	4,68	5,80	1	9

** Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне– 0,01.

Показатели почти всех компонентов общей тревожности, полученных в результате интерпретации методики «Применение интегративного теста тревожности» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005) во всей выборке находились в пределах средних значений от 4 до 6 станайнов. Компонент «Тревожная оценка перспективы», отражающий прогноз личности относительно своего будущего, в целом по выборке и во всех группах специалистов находился в зоне высоких значений – $6,24 \pm 1,76$.

В группах врачей-психиатров и врачей-наркологов показатели общей тревожности были выше по сравнению с другими группами – $6,26 \pm 1,79$ и $6,18 \pm 1,53$, соответственно ($p < 0,01$). В группе врачей-психиатров отмечались более высокие показатели «Астенического компонента тревожности» ($p < 0,01$), свидетельствующего о наличии симптома астении в структуре тревожности у специалистов – $6,11 \pm 1,82$. В группе врачей-наркологов повышен был показатель «Фобический компонент тревожности», который отражает фобическую направленности тревоги у специалистов – $6,18 \pm 0,87$.

В группах врачей-психотерапевтов и психологов показатели по всем компонентам личностной тревожности были ниже (таблица 27).

Таблица 27 – Показатели компонентов ситуативной тревожности у представителей различных специальностей

«Станайны»	Группы	Число наблюдений	Среднее	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка среднего	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
«Ситуативная Тревожность»	1	38	5,79**	2,123	,487	4,77	6,81	1	9
	2	20	4,60	2,066	,653	3,12	6,08	1	7
	3	22	4,91	2,256	,680	3,39	6,42	1	8
	4	20	4,40	2,547	,806	2,58	6,22	1	7
	Всего	100	5,08	2,239	,317	4,44	5,72	1	9
«Эмоциональный дискомфорт»	1	38	5,32**	2,110	,484	4,30	6,33	1	9
	2	20	3,80	2,251	,712	2,19	5,41	1	8
	3	22	3,91	2,468	,744	2,25	5,57	1	7
	4	20	3,00	2,261	,715	1,38	4,62	1	6
	Всего	100	4,24	2,361	,334	3,57	4,91	1	9
«Тревожная оценка перспективы»	1	38	5,84*	2,192	,503	4,79	6,90	1	9
	2	20	4,80	2,530	,800	2,99	6,61	1	7
	3	22	5,45	2,583	,779	3,72	7,19	1	9
	4	20	5,00	2,906	,919	2,92	7,08	1	9
	Всего	100	5,38	2,457	,347	4,68	6,08	1	9
«Фобический компонент»	1	38	5,00	2,261	,519	3,91	6,09	1	8
	2	20	4,20	1,932	,611	2,82	5,58	1	6
	3	22	4,82	2,639	,796	3,05	6,59	1	8
	4	20	4,60	2,503	,792	2,81	6,39	1	7
	Всего	100	4,72	2,286	,323	4,07	5,37	1	8
«Астенический компонент тревожности»	1	38	5,89*	2,208	,507	4,83	6,96	2	9
	2	20	4,80	2,530	,800	2,99	6,61	1	7
	3	22	5,27	2,005	,604	3,93	6,62	1	7
	4	20	4,20*	2,573	,814	2,36	6,04	0	7
	Всего	100	5,20	2,330	,330	4,54	5,86	0	9
«Социальная защита»	1	38	5,89**	2,536	,582	4,67	7,12	1	9
	2	20	3,60**	2,221	,702	2,01	5,19	1	8
	3	22	4,18	2,960	,893	2,19	6,17	1	9
	4	20	4,20	1,814	,573	2,90	5,50	1	7
	Всего	100	4,72	2,564	,363	3,99	5,45	1	9

** Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне– 0,01.

Показатели почти всех компонентов ситуативной тревожности, полученных в результате интерпретации методики «Применение интегративного теста тревожности» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005) во всей выборке также находились в пределах средних значений от 4 до 6 станайнов. Однако почти по всем компонентам показатели

достоверно значимо были выше в группе врачей-психиатров по сравнению с другими группами, что подтвердилось однофакторным дисперсионным анализом и тестом Дункана по шкалам «Эмоциональный дискомфорт» и «Социальная защита», который выделил две гомогенные подгруппы (со стандартным значением $p=0,05$), одна из которых включает психотерапевтов, наркологов и психологов, а другая – психиатров (таблица 28 и рисунок 4). Это означает, что психиатры значимо отличаются по выраженности этих компонентов от остальных специалистов, которые, в свою очередь, не обнаруживают значимого различия между собой.

Таблица 28 – Тест Дункан для станайнов показателей «Эмоциональный дискомфорт» и «Социальная защита»

Специальности	n	Субтест для альфа = .05 (ЭД)		Субтест для альфа = .05 (СЗ)	
		1	2	1	2
4	20	3,00		4,20	4,20
2	20	3,80	3,80	3,60	
3	22	3,91	3,91	4,18	4,18
1	38		5,32		5,89
Sig.		,364	,131	,583	,118

Отображаются однородные подмножества.

а Использует средний размер выборки по гармоникам = 11 643.

б Размеры групп неравны. Используется среднее гармоническое для размеров группы.

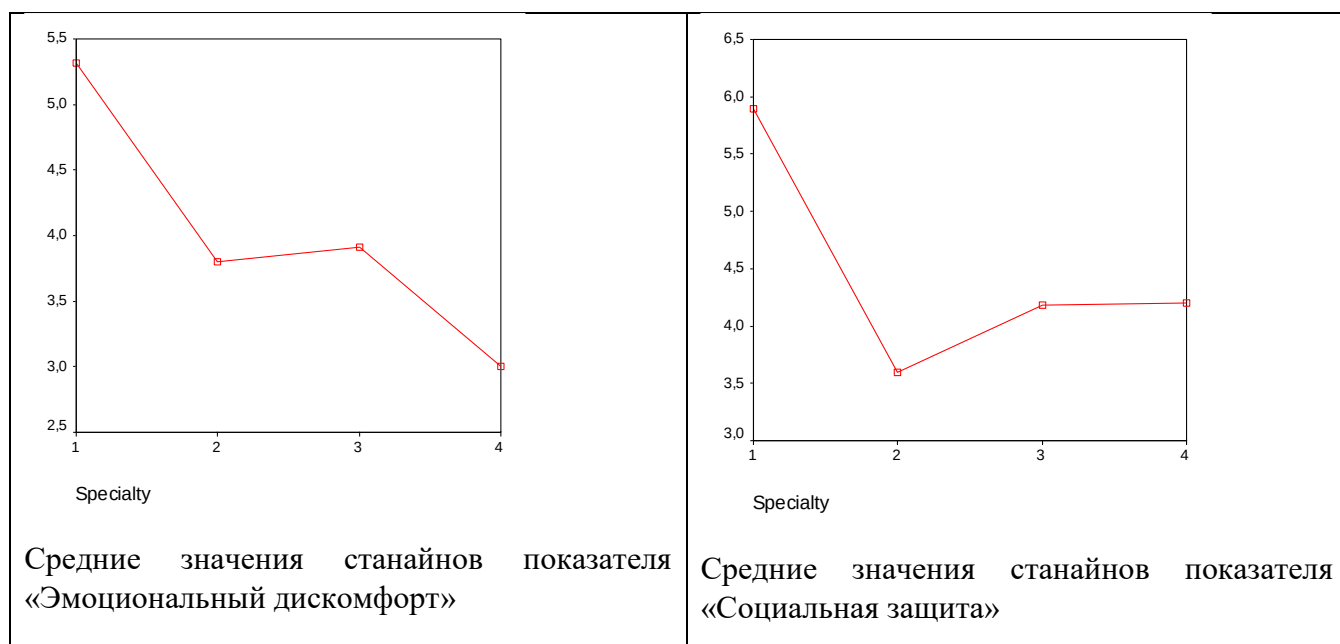


Рисунок 4. Средние значения станайнов показателя «Эмоциональный дискомфорт» и «Социальная защита».

Проводился корреляционный анализ между показателями СЭВ, уровнем НПУ и компонентами личностной и ситуативной тревожностью (таблицы 29 и 30).

В таблицах 29 и 30:

ЭИ – «Эмоциональное истощение» (в баллах);

Д – «Деперсонализация» (в баллах);

РПД – «Редукция персональных достижений» (в баллах).

Таблица 29 – Корреляционный анализ между показателями синдрома эмоционального выгорания, НПУ и компонентами общей тревожности

Сравниваемые показатели		Общая тревожность	Эмоциональный дискомфорт	Тревожная оценка перспективы	Фобический компонент	Астенический компонент тревожности	Социальная защита
Балл НПУ	Корреляция Пирсона	,218	,227	,175	,005	,068	,104
	Sig. (2-tailed)	,128	,114	,225	,972	,639	,474
Уровень НПУ	Корреляция Пирсона	,153	,163	,084	,013	,054	,108
	Sig. (2-tailed)	,289	,258	,564	,928	,711	,457
ЭИ	Корреляция Пирсона	,339	,359	,190	,029	,282	,097
	Sig. (2-tailed)	,016*	,010*	,186	,844	,047*	,504
Д	Корреляция Пирсона	,361	,266	,213	,126	,118	,269
	Sig. (2-tailed)	,010**	,062	,137	,382	,413	,059
РПД	Корреляция Пирсона	,258	,158	,171	,160	,062	,149
	Sig. (2-tailed)	,070	,274	,234	,266	,666	,300
Интегральный показатель	Корреляция Пирсона	,507	,416	,302	,131	,245	,158
	Sig. (2-tailed)	,000**	,003**	,033*	,364	,087	,273
Степень выгорания	Корреляция Пирсона	,440	,380	,266	,069	,117	,174
	Sig. (2-tailed)	,001**	,007**	,061	,633	,420	,227

** Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне – 0,01.

* Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне – 0,05.

Таблица 30 – Корреляционный анализ между показателями синдрома эмоционального выгорания, НПУ и компонентами ситуативной тревожности

Сравниваемые показатели		Ситуативная тревожность	Эмоциональный дискомфорт	Тревожная оценка перспективы	Фобический компонент	Астенический компонент тревожности	Социальная защита
Балл НПУ	Корреляция Пирсона	,031	,036	,046	-,057	-,025	-,138
	Sig. (2-tailed)	,828	,806	,754	,695	,865	,341
Уровень НПУ	Корреляция Пирсона	,109	,123	,100	,053	,019	-,063
	Sig. (2-tailed)	,453	,395	,489	,717	,897	,664
ЭИ	Корреляция Пирсона	-,027	-,037	-,065	-,025	,051	-,066
	Sig. (2-tailed)	,854	,800	,655	,861	,727	,650
Д	Корреляция Пирсона	-,030	-,194	,044	-,020	,042	,232
	Sig. (2-tailed)	,834	,178	,759	,891	,771	,105
РЛД	Корреляция Пирсона	,031	,022	-,043	,177	-,018	-,101
	Sig. (2-tailed)	,828	,881	,767	,218	,903	,487
Интегральный показатель	Корреляция Пирсона	-,020	-,132	-,023	,047	,045	,072
	Sig. (2-tailed)	,891	,361	,876	,744	,755	,621
Степень выгорания	Корреляция Пирсона	-,078	-,145	-,080	-,024	-,036	,040
	Sig. (2-tailed)	,589	,316	,582	,867	,804	,784

** Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне –0,01.

* Корреляция с двусторонней асимптотической значимостью на уровне – 0,05.

Таким образом, проведенный по результатам тестирования экспериментальной группы корреляционный анализ показал, что имеются статистически значимые положительные взаимосвязи между интегративным показателем личностной тревожности, шкалами «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» и интегральным показателем выгорания и степенью выгорания по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Шкалы «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» в большей степени связаны и показателями шкал «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация».

Отсутствовали статистически значимые корреляционные взаимосвязи между компонентами ситуативной тревожности, НПУ и показателями методики «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).

4.7. Динамика синдрома эмоционального выгорания и качества жизни на фоне интегративной групповой психотерапии (сравнение до – после)

Оценка эффективности интегративной групповой психотерапии проводилась при помощи методики «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и методики «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998). Поскольку качество жизни является характеристикой, результирующей различные жизненные обстоятельства и факторы внутреннего и внешнего функционирования человека, несомненно, что в оценку качества жизни большой вклад вносит, в том числе, и профессиональная деятельность специалистов.

Динамика показателей по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) позволяет оценить, имеются ли закономерности в их изменении после проведения интегративной групповой психотерапии для коррекции СЭВ в экспериментальной группе. Оценка изменений проводилась с использованием непараметрического критерия согласованных пар Уилкоксона (WilcoxonSignedRanksTest) для сравнения зависимых выборок (таблица 32). Критерий основан на построении ранговой последовательности абсолютных разностей пар значений. Важным ограничением применения этого теста является то, что количество исследуемых рангов (позитивных или негативных) должно быть не менее 6, в противном случае результаты применения теста Уилкоксона являются недостоверными.

В таблице 31 приведены результаты теста Уилкоксона для экспериментальной выборки (N=100) по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Величины $p \leq 0,001$ свидетельствуют об очень значимой разнице по данной методике для данной выборки.

Таблица 31 – Динамика выраженности симптомов синдрома эмоционального выгорания «до» и «после» групповой психотерапии в экспериментальной группе (N=100)

	«Эмоциональное истощение»	«Деперсонализация»	«Редукция личностных достижений»	Интегральный показатель	Степень выгорания
Z-критерий	-4,282	-5,105	-4,412	-6,009	-5,636
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**

** – $p < 0,01$

Полученные результаты показывают, что психотерапевтические мероприятия оказали значимый эффект на всю экспериментальную группу. Имеются статистически значимые изменения показателей ($p < 0,001$) по «Опроснику на выгорание MBI» по всем шкалам – «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция персональных достижений», а также по интегральному показателю степеней выгорания (таблица 32).

Таблица 32 – Динамика выраженности симптомов синдрома эмоционального выгорания «до» и «после» групповой психотерапии в группах специалистов (N=100)

Специальности		«Эмоциональное истощение»	«Деперсонализация»	«Редукция личностных достижений»	Интегральный показатель	Степень выгорания
Группа 1 (n=38)	Z	-2,585	-2,994	-2,754	-3,668	-3,626
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,010**	,003**	,006**	,000**	,000**
Группа 2 (n=20)	Z	-2,232	-2,714	-2,232	-2,810	-2,694
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,026**	,007**	,026**	,005**	,007**
Группа 3 (n=22)	Z	-2,565	-1,994	-2,000	-2,823	-2,565
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,010**	,046*	,046*	,005**	,010**
Группа 4 (n=20)	Z	-,577	-2,585	-2,000	-2,850	-2,530
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,564	,010**	,046*	,004**	,011**

* – $p < 0,05$

** – $p < 0,01$

Полученные значения теста Уилкоксона показывают, что интегративная групповая психотерапия оказала значимый эффект на все на представителей всех специальностей и практически по всем показателям без существенной разницы по группам. В группе психологов не было значимого изменения по параметру «Эмоциональное истощение». Это можно объяснить тем, что изначально у этой группы специалистов показатели по этой шкале были ниже, чем в других группах, эмоциональный компонент СЭВ у психологов был менее представлен.

Также для оценки качества жизни респондентов применялся «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998). Оценка изменений также проводилась с помощью непараметрического критерия согласованных пар Уилкоксона для зависимых выборок с целью выявления динамики показателей на фоне интегративной групповой психотерапии (Таблица 33).

Опросник позволяет оценивать четыре жизненных сферы: 1. «Физическое и психологическое благополучие», 2. «Самовосприятие», 3. «Микросоциальная поддержка», 4. «Социальное благополучие». Отдельно оцениваются утверждения, относящиеся к субъективному ощущению обследуемых специалистов, касательно качества своей жизни и состояния здоровья. ВОЗ рекомендует эту версию для применения в научных исследованиях (Всемирная организация здравоохранения ВОЗ, 2014).

Для сравнения двух зависимых выборок (до и после психотерапевтических мероприятий) был использован непараметрический тест Уилкоксона (Wilcoxon Signed Ranks Test). В таблице 33 приведены статистики теста Уилкоксона для экспериментальной выборки (n=100) по методике «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998).

Таблица 33 – Динамика показателей качества жизни в экспериментальной выборке (N=100)

	ФПБ	СМВ	МСП	СБ	Качество жизни	Качество здоровья	Суммарный показатель
Z	-4,836	-4,653	-4,865	-3,267	-4,472	-3,300	-5,313
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000**	,000**	,000**	,001**	,000**	,001**	,000**

* – $p < 0,05$

** – $p < 0,01$

Условные обозначения в таблице 33 и 34:

ФПБ – «Физическое и психологическое благополучие»

СМВ – «Самовосприятие»

МСП – «Поддержка микросоциума»

СБ – «Социальное благополучие»

Полученные данные свидетельствуют о наличии существенных достоверных различиях по всем шкалам методики «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998), в экспериментальной выборке до и после проведения психотерапевтических мероприятий (таблица 34).

Таблица 34 – Статистики теста Уилкоксона для экспериментальной выборки. Разница баллов до и после проведения интегративной психотерапии показателей по методике «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998); корреляция со специальностями (n=100)

Специальности		ФПБ	СП	МСП	СБ	Качество жизни	Качество здоровья	Суммарный показатель
Группа 1	Z	-2,816	-2,548	-2,423	-,761	-2,646	-2,111	-2,700
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,005**	,011*	,015*	,447	,008**	,035*	,007**

Группа 2	Z	-2,209	-2,539	-2,582	-2,124	-1,732	-2,000	-2,670
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,027*	,011*	,010**	,034*	,083	,046*	,008**
Группа 3	Z	-2,481	-1,913	-2,428	-2,687	-2,236	-1,414	-2,861
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,013*	,056	,015*	,007**	,025*	,157	,004**
Группа 4	Z	-2,360	-2,434	-2,503	-1,140	-2,236	-1,000	-2,670
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,018*	,015*	,012*	,254	,025*	,317	,008**

* – $p < 0,05$

** – $p < 0,01$

У специалистов всех исследуемых групп отмечается высокая значимость отличий между суммарным показателем методики «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998) до и после проведения интегративной групповой психотерапии ($p < 0,01$).

Проведенный анализ исследования экспериментальной выборки показывает, что психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию СЭВ, оказали значимый эффект на все группы специальностей и практически по всем показателям, что определялось по разнице показателей между начальным и повторным исследованием респондентов, входящих в экспериментальную группу, методиками «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998) и «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С.Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Отмечается существенное снижение выраженности симптомов выгорания по всем шкалам, а

также интегрального показателя, что отражает снижение степени выгорания и улучшение качества жизни ($p < 0,01$).

Таким образом, в исследуемой выборке специалистов проводилось экспериментально-психологическое исследование напряженности психологических защит, компонентов личностной и ситуативной тревожности. Полученные данные свидетельствуют, что у обследуемых специалистов отмечается средний уровень напряженности психологических защит – $43,54 \pm 1,16$, что по данным В.Г. Каменской (1999), соответствует нормативным значениям (40-50%) для городского населения России. Наиболее напряженными, превышающими пороговый уровень в 50% оказались психологические защиты «Отрицание» и «Интеллектуализация». «Отрицание» является базовой, неспецифической защитой, которая может актуализироваться в любых фрустрирующих обстоятельствах. Напряженность более конструктивной защиты «Интеллектуализация» во многом обусловлена характером профессиональной деятельности респондентов. Низкая напряженность психологических защит, свидетельствующая о меньшей выраженности внутриличностных конфликтов, отмечалась среди психологов – $38,840 \pm 2,63$ ($p < 0,01$). Среди врачей-наркологов диагностируется высокая общая напряженность психологических защит – $45,218 \pm 2,89$ ($p < 0,01$), в том числе высокие значения имеют такие деструктивные защиты как «Регрессия» и «Реактивное образование». В группе врачей-психотерапевтов отмечается наибольшая напряженность психологической защиты «Интеллектуализация» – $70,74 \pm 5,143$ ($p < 0,01$). Высокий уровень напряженности психологических защит имеет достоверную взаимосвязь ($p < 0,01$) с показателем шкалы «Деперсонализация» и интегральным показателем СЭВ, по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).

Показатели практически всех компонентов личностной и ситуативной тревожности в исследуемой выборке находились в пределах средних значений. В группах врачей-психиатров и врачей-наркологов показатели общей тревожности выше, чем у врачей-психотерапевтов и медицинских психологов ($p < 0,01$). В

группе врачей-психиатров более высокие показатели «Астенического компонента тревожности» – $6,11 \pm 1,82$, в группе врачей-наркологов выше показатели «Фобического компонента тревожности» – $6,18 \pm 0,87$ ($p < 0,01$). В группах врачей-психотерапевтов и психологов показатели по всем компонентам личностной тревожности были ниже. Практически по всем компонентам ситуативной тревожности показатели достоверно значимо были выше в группе врачей-психиатров по сравнению с другими группами. Выявлены достоверные корреляционные взаимосвязи между показателями личностной тревожности, шкалами «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» и интегральным показателем выгорания и степенью выгорания. Также установлено отсутствие статистически значимых корреляционных взаимосвязей между компонентами ситуативной тревожности, НПУ и показателями методики «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008).

Динамическая оценка выраженности проявлений СЭВ и качества жизни на фоне проводимой интегративной групповой психотерапии показала, что отмечались значимые положительные изменения по всем шкалам – «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция личностных достижений», а также по интегральному показателю и общей степени выгорания во всех группах специалистов. Также были выявлены достоверные различия в оценке качества жизни респондентов до и после проводимой психотерапии. Полученные данные свидетельствуют о результативности проводимой психотерапии и подтверждают целесообразность ее практического применения среди различных специалистов в области психического здоровья в качестве эффективного психотерапевтического вмешательства, направленного на коррекцию СЭВ, связанного с особенностями профессиональной деятельности.

4.8. Исследование предикторов эффективности интегративной групповой психотерапии (результаты дискриминантного анализа)

Для изучения предикторов эффективности проведенной интегративной групповой психотерапии и создания алгоритма, позволяющего предсказать ее результативность, испытуемые, входящие в экспериментальную группу, на основании рассчитанной формулы были распределены на три класса, согласно выделенным критериям эффективности:

Класс 1 – испытуемый резистентен к проводимой интегративной групповой психотерапии, произошедшие изменения недостаточны, для того, чтобы свидетельствовать об эффективности психотерапевтических мероприятий, $n=22$;

Класс 2 – испытуемый показал достаточные значимые положительные результаты, свидетельствующие об эффективности проводимой интегративной групповой психотерапии, $n=50$;

Класс 3 – испытуемый показал существенное улучшение показателей на фоне проводимой интегративной групповой психотерапии, $n=28$.

В качестве критериальной базы отнесения испытуемого к одному из классов была разница между степенью выгорания по методике «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) у испытуемого после проведения интегративной групповой психотерапии относительно ее исходного уровня. В случае если разница отсутствовала, испытуемый относился к классу 1; если разница была в одну единицу – то к классу 2; если больше единицы – то к классу 3.

Таким образом, были сформированы классы испытуемых для проведения дальнейшего анализа. Для построения прогностической модели класса устойчивости испытуемого к проводимой интегративной групповой психотерапии был использован дискриминантный анализ, реализованный в статистическом пакете SPSS 11. Целью проведения дискриминантного анализа является расчет дискриминантной функции, наиболее отчетливо разделяющей все три класса

(зависимые переменные). В качестве независимых переменных для расчетов были выбраны показатели НПУ, выраженности симптомов и фаз СЭВ, напряженности психологических защит и интенсивности личностной и ситуативной тревожности (таблица 35). Для построения дискриминантных функций был использован метод учета всех независимых переменных.

Таблица 35 – Групповые статистики показателей из методик «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008), НПУ, психологических защит и «Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005), СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева)

Класс эффективности	Класс 1 n=22		Класс 2 n=50		Класс 3 n=28		Всего n=100	
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Стаж	8,545	4,2276	10,400	7,0593	12,429	9,9747	10,560	7,5083
Специальность	2,455	1,2933	2,160	1,2806	2,214	,8926	2,240	1,1704
Уровень НПУ	2,364	,5045	2,240	,5972	1,500	,5189	2,060	,6518
Первый симптом	1,545	,9342	1,560	,8206	1,429	,7559	1,520	,8142
Второй симптом	1,273	,6467	1,360	,6377	1,500	,6504	1,380	,6354
Третий симптом	1,364	,5045	1,360	,7000	1,500	,5189	1,400	,6061
Четвертый симптом	1,636	,8090	1,520	,8226	1,643	,6333	1,580	,7584
Сформированная фаза «Напряжение»	1,455	,6876	1,360	,6377	1,429	,5136	1,400	,6061
Пятый симптом	2,455	,8202	2,440	,8206	1,929	,9972	2,300	,8864
Шестой симптом	2,000	,8944	1,960	,7348	2,143	,6630	2,020	,7420

Седьмой симптом	1,545	,9342	1,840	,8981	1,571	,8516	1,700	,8864
Восьмой симптом	2,273	,9045	2,120	,9274	1,714	,8254	2,040	,9026
Сформированная фаза «Резистенция»	2,273	,9045	2,320	,7483	2,000	,7845	2,220	,7900
Девятый симптом	1,364	,8090	1,720	,8907	1,571	,6462	1,600	,8081
Десятый симптом	2,091	,8312	1,640	,8602	1,643	,7449	1,740	,8283
Одиннадцатый симптом	1,091	,3015	1,240	,5228	1,357	,4972	1,240	,4764
Двенадцатый симптом	1,273	,6467	1,240	,5972	1,500	,8549	1,320	,6833
Сформированная фаза «Истощение»	1,455	,6876	1,480	,7141	1,500	,6504	1,480	,6773
Сумма по фазам	114,545	44,1596	125,520	50,9543	116,571	28,3406	120,600	43,6802
ПЗ «Отрицание»	60,255	21,9977	63,168	22,0534	67,829	19,0344	63,832	20,9941
ПЗ «Подавление»	46,173	16,8259	46,964	22,6648	42,829	16,6243	45,632	19,6449
ПЗ «Регрессия»	34,391	15,8840	36,960	21,6606	48,471	26,0317	39,618	22,2084
ПЗ «компенсация»	26,364	13,6182	31,544	22,3592	44,286	27,0937	33,972	22,8880
ПЗ «Проекция»	38,814	24,4889	32,904	22,3701	36,229	24,2061	35,135	22,9970
ПЗ «Замещение»	23,118	16,3933	32,020	24,9723	38,879	17,0177	31,982	21,6414
ПЗ «Интеллектуализация»	62,845	10,1048	64,220	15,5027	60,657	19,9799	62,920	15,7095
ПЗ «реактивное образование»	33,182	29,6878	31,448	23,9176	40,714	20,9263	34,424	24,3395
Напряжение всех защит	41,309	8,0526	42,708	7,5440	46,786	9,2421	43,542	8,2614
Станайны «Общей	5,545	1,2136	5,760	1,8991	6,500	1,0919	5,920	1,5887

тревожности»								
Станайны показателя «Общий ЭД»	5,364	1,3618	5,400	1,9579	6,071	1,3281	5,580	1,6793
Станайны показателя «Общая ОП»	5,273	1,7939	6,280	1,8824	6,929	1,2067	6,240	1,7677
Станайны показателя «Общий ФОБ»	6,091	,3015	5,280	2,0108	5,143	1,9556	5,420	1,7738
Станайны показателя «Общий АСТ»	5,636	1,5015	5,320	2,0559	6,214	,8926	5,640	1,6995
Станайны показателя «Общая СЗ»	4,727	1,7939	5,280	2,1510	5,571	1,7415	5,240	1,9542
Станайны «Ситуативной тревожности»	5,909	1,4460	5,080	2,3615	4,429	2,4405	5,080	2,2392
Станайны показателя «Ситуативный ЭД»	5,000	2,2804	4,400	2,1602	3,357	2,6489	4,240	2,3609
Станайны показателя «Ситуативная ОП»	5,909	1,9212	5,520	2,5186	4,714	2,7296	5,380	2,4569
Станайны показателя «Ситуативный ФОБ»	5,909	1,1362	4,320	2,4953	4,500	2,3778	4,720	2,2861
Станайны показателя «Ситуативный АСТ»	6,455	1,1282	5,000	2,5166	4,571	2,4405	5,200	2,3299
Станайны показателя «Ситуативная СЗ»	4,636	2,0136	5,040	2,7154	4,214	2,7506	4,720	2,5638

*Условные обозначения в таблице 35:

ПЗ — Психологические защиты

«Станайны показателей ситуативной и общей тревожности»:

ЭД — «Эмоциональный дискомфорт»

ОП — «Тревожная оценка перспективы»

ФОВ — «Фобический компонент тревожности»

АСТ — «Астенический компонент тревожности»

СЗ — «Социальная защита»

Названия симптомов по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008):

Фаза «Напряжение»:

Первый симптом – «Переживание психотравмирующих обстоятельств»

Второй симптом – «Неудовлетворенность собой»

Третий симптом – «Загнанность в клетку»

Четвертый симптом – «Тревога и депрессия»

Фаза «Резистенция»:

Пятый симптом – «Неадекватное эмоциональное реагирование»

Шестой симптом – «Эмоционально-нравственная дезориентация»

Седьмой симптом – «Расширение сферы экономии эмоций»

Восьмой симптом – «Редукция профессиональных обязанностей»

Фаза «Истощение»:

Девятый симптом – «Эмоциональный дефицит»

Десятый симптом – «Эмоциональная отстраненность»

Одиннадцатый симптом – «Личностная отстраненность или «Деперсонализация»

Двенадцатый симптом – «Психосоматические и психовегетативные нарушения»

Задачей дискриминантного анализа является построение одной или нескольких дискриминантных функций, которые точнее разделят испытуемых на три класса. Мерой удачности этого разделения служит корреляционный коэффициент между рассчитанными значениями дискриминантной функции и показателем принадлежности к классу. Судя по значению коэффициента 0,961 для

первой дискриминантной функции и 0,898 для второй (таблица 36), корреляция очень сильна.

Таблица 36 – Расчет значений дискриминантной функции (Eigenvalues)

Функция (Function)	Собственное значение (Eigenvalue)	% дисперсии (% ofVariance)	Совокупный % (Cumulative %)	Каноническая корреляция (CanonicalCorrelation)
1	11,925	74,1	74,1	,961
2	4,176	25,9	100,0	,898

Примечание 1. В этом анализе используются первые две канонические дискриминантные функции.

При помощи критерия Лямбда Уилкса (таблица 37) производится тест, показывающий, насколько значимо в анализируемых трех классах отличаются друг от друга средние значения дискриминантной функции. Приведенное в таблице 37 значение 0,006 меньше 0,05 и приближается к 0,001, что указывает на очень значимое различие.

Таблица 37 – Расчет критерия Лямбда Уилкса (Wilks' Lambda)

(Тест функции (й)) (Test of Function(s))	Лямбда Уилкса (Wilks' Lambda)	Хи- квадрат(Chi- square)	(Df)	Значимость (Sig.)
1 through 2	,015	115,586	80	,006
2	,193	45,210	39	,229

Большое собственное значение (11,925 в Таблице 36) также указывает на качественно подобранные дискриминантные функции, позволяющие провести доказательный анализ.

В таблице 38 приведены непосредственно нестандартизованные коэффициенты дискриминантной функции – множители при заданных значениях переменных, входящих в дискриминантную функцию.

Таблица 38 – Канонические коэффициенты дискриминантной функции
(нестандартизованные) (CanonicalDiscriminantFunctionCoefficients)

Методика	Наименование показателя	Function (функция)	
		1	2
	Стаж	,237	,169
	Специальность	-,367	,390
	Уровень НПУ	1,272	3,852
«Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008)	Сформированность 1 симптома – «переживание психотравмирующих обстоятельств»	2,179	-,813
	Сформированность 2 симптома – «неудовлетворенность собой», выраженность (от 1 до 3)	1,019	-1,691
	Сформированность 3 симптома – «загнанность в клетку», выраженность (от 1 до 3)	1,564	1,263
	Сформированность 4 симптома – «тревога и депрессия», выраженность (от 1 до 3)	-1,982	-2,909
	Сформированность фазы «Напряжение»	-4,097	3,722
	Сформированность 5 симптома – «неадекватное эмоциональное реагирование», выраженность (от 1 до 3)	-4,905	,848
	Сформированность 6 симптома – «эмоционально-нравственная дезориентация», выраженность (от 1 до 3)	1,513	-,173
	Сформированность 7 симптома – «расширение сферы экономики эмоций», выраженность (от 1 до 3)	-,471	-,613
	Сформированность 8 симптома – «редукция профессиональных обязанностей», выраженность (от 1 до 3)	-4,897	-,940
	Сформированность Фазы «Резистенция», выраженность (от 1 до 3)	2,955	,583
	Сформированность 9 симптома – «эмоциональный дефицит», выраженность (от 1 до 3)	-,409	1,155
	Сформированность 10 симптома – «эмоциональная отстраненность», выраженность (от 1 до 3)	-,761	-1,504
	Сформированность 11 симптома – «личностная отстраненность (деперсонализация)», выраженность (от 1 до 3)	-5,530	-,965

	Сформированность 12 симптома – «Психосоматические и психовегетативные нарушения», выраженность (от 1 до 3)	-2,466	1,609
	Сформированность Фазы «Истощение», выраженность (от 1 до 3)	-3,083	-,205
	Сумма баллов по фазам	,168	,013
«Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005)	«Отрицание»	,043	-,023
	«Подавление»	,077	-,014
	«Регрессия»	,123	-,111
	«Компенсация»	,208	,022
	«Проекция»	,211	,043
	«Замещение»	,174	,047
	«Интеллектуализация»	,291	-,033
	«Реактивное образование»	,041	,019
	«Напряжение всех защит»	-,806	,005
«Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005) (станайны)	«Общая тревожность»	-,883	-,798
	«Эмоциональный дискомфорт»	1,485	-,254
	«Тревожная оценка перспективы»	,749	,855
	«Фобический компонент»	-,642	,456
	«Астенический компонент тревожности»	-1,546	-,218
	«Социальная защита»	-,039	-,409
	«Ситуативная тревожность»	-1,004	-3,590
	«Эмоциональный дискомфорт»	-,294	1,071
	«Тревожная оценка перспективы»	,304	,844
	«Фобический компонент»	-,539	-,650
	«Астенический компонент тревожности»	,337	,935
	«Социальная защита»	,326	1,315
	Константа	-,604	-3,915

В таблице 38 приведены средние значения дискриминантных функций. Рассчитав значения дискриминантных функций №№ 1 и 2 для произвольного испытуемого и сопоставив эти значения со значениями групповых центроидов,

можно определить его вероятную эффективность используемой в настоящем исследовании интегративной групповой психотерапии.

Проведенный дискриминантный анализ показывает, что при использовании пакета методик, оценивающих НПУ, симптомы и фазы СЭВ, напряженность психологических защит и интенсивность личностной и ситуативной тревожности, возможно, оценить и рассчитать ожидаемую результативность разработанной интегративной групповой психотерапии. В случаях, если эффективность предположительно будет недостаточной, для коррекции СЭВ целесообразно дополнительно использовать или индивидуальную психотерапию, или фармакотерапию (в зависимости от состояния специалиста, показаний и мишеней воздействия).

Эти статистические данные также свидетельствуют о том, что изначально дизайн исследования, доказываемые научные гипотезы и выбранные методы исследования (в том числе – выбор экспериментально-психологических методик) были адекватны и достаточны для получения доказательных данных, позволяющих реализовать задачи исследования и достичь поставленной цели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ изученной научной литературы по теме исследования показал, что возникновение СЭВ обусловлено совокупностью различных факторов, роль которых зависит как от личностных особенностей специалиста, так и от условий его работы. Большие эмоциональные перегрузки характерны для профессиональной деятельности врачей, в том числе работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля. Так, увеличение объема работы, уменьшение временных затрат на приём пациентов, высокая ответственность за жизнь и здоровье больного, реформы здравоохранения способствуют формированию дистресса у врачей. Трудовая деятельность специалистов сферы психического здоровья связана с дополнительными психологическими нагрузками, такими как, работа с тяжелыми пациентами и их родными, эмоциональная включенность в состояние и жизнь пациента, необходимость установления близкого доверительного контакта. Вместе с тем они сами могут испытывать напряжение, негативные переживания, нарушение психического и физиологического функционирования, связанного с профессиональной деятельностью.

Феномен выгорания является предметом изучения зарубежных и отечественных специалистов в течение последних 50 лет, что подтверждает актуальность и важность данной проблемы. Предметом изучения является сам лечебный процесс, факторы, влияющие на него, взаимодействие его участников, а также влияние лечебной среды на здоровье специалистов. В литературе приводятся различные причины формирования СЭВ, которые в совокупности определяют риск и вероятность его развития для конкретного специалиста. С развитием пандемии атипичной пневмонии COVID-19, которая стала существенной угрозой для общественного здравоохранения во всем мире и оказала значительное влияние на психическое и физическое здоровье врачей всего мирового сообщества, актуальность СЭВ значительно возросла.

Профессиональные риски врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в большей степени опосредованы необходимостью создания и поддержания качественного контакта, эмоционального погружения во внутренний мир, жизнь пациента, напряжением, обусловленным эмпатичным участием, конгруэнтной поддержкой пациентов, которые имеют личностные, эмоциональные и поведенческие нарушения. Эффективность терапевтического воздействия во многом определяется качеством взаимоотношений врача и пациента, зависящим от множества факторов. Личностные особенности, уровень эмпатии, фрустрационная толерантность специалиста, стратегия профессионального взаимодействия, способность совладать с негативными проявлениями со стороны пациента, устойчивость к стрессорным нагрузкам являются характерными и неотъемлемыми составляющими, обеспечивающими необходимые условия для качественного контакта, глубокого понимания пациента, проведения интраперсональных интервенций. Представления о важной роли в лечебном процессе взаимоотношений между врачом и пациентом развивалось в рамках реабилитационного направления в психиатрии, традиционно разрабатываемого Ленинградской/Санкт-Петербургской школой психиатрии и психотерапии. Предрасполагающим фактором развития СЭВ является особенности специфического асимметричного взаимодействия между специалистом помогающих профессий и пациентом, в котором первый вне зависимости от своих внутренних переживаний, установок, личных обстоятельств по определению должен оказывать помощь, поддержку, заботу, проявлять внимание, отзывчивость, быть постоянно включенным в эмоциональный мир и проблемы пациента, принимающего эту помощь. Значительную роль в возникновении СЭВ играет исходная НПУ специалиста. Показатель уровня НПУ отражает риск дезадаптации личности в условиях стресса (когда система эмоционального отражения функционирует в критических условиях, вызываемых внешними и внутренними факторами).

Проблеме СЭВ посвящено большое количество зарубежных и отечественных исследований, которые проводились в нескольких направлениях:

определение и верификация самого состояния выгорания; поиск и разработка методик для диагностики, оценки выраженности и различных составляющих СЭВ; выделение внешних и внутренних факторов, определяющих риск возникновения выгорания; изучение предикторов формирования СЭВ и, наконец, наименьшее количество исследований посвящено разработкам программ, препятствующим развитию выгорания, или, направленных на восстановление специалистов с уже сформировавшимся СЭВ.

В современных источниках и базах данных можно найти несколько тысяч исследований, посвященных изучению СЭВ, однако далеко не все из них соответствуют критериям доказательной науки и могут быть пригодными для дальнейшего анализа. Источники научной литературы демонстрируют противоречивые данные по распространенности данного синдрома среди медицинских работников, что во многом связано с несовершенством методологической базы и разными исследовательскими подходами.

Изучение СЭВ проводится преимущественно стандартными методиками, которые являясь на сегодняшний день «золотым стандартом» исследования, преимущественно оценивают проявления профессионального стресса, не затрагивая личностные аспекты и вопросы социального функционирования. В целом, в изучении этиопатогенеза, клинических проявлений, психологических механизмов, разработки программ коррекции и стратегий лечения СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, остается много неизученных вопросов и задач, требующих комплексного и научно обоснованного решения.

Целью исследования были: комплексная оценка СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, разработка психотерапевтической программы для его коррекции на основании выделенных мишеней и ее апробация.

На предварительном этапе исследования был проведен анализ теоретических научных данных, связанных с СЭВ. Проведённый анализ данных

литературы показал, что до 80 % специалистов, работающих в области охраны психического здоровья, имеют СЭВ на разных стадиях его формирования.

Анализ результатов исследований, разработанных методик профилактики и коррекции СЭВ у представителей разных специальностей отразили актуальность разработки интегративной программы коррекции СЭВ, которая учитывает различные сферы профессиональной деятельности, культуральные и личностные особенности специалиста, характер и специфику его деятельности.

Исследование проводилось на базе кафедры психотерапии и сексологии, кафедры детской психиатрии и психотерапии, кафедры наркологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в рамках диссертационного исследования на протяжении 3 лет. Все обследуемые дали информированное согласие на обработку данных (согласно выписке из протокола №3 заседания комитета по этике научных исследований от 17.03.2015г.).

В ходе исследования за период с января 2015 г. по май 2018 г., было обследовано 212 специалистов (врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов): 151 женщина (71,2% от общего числа всех респондентов) и 61 мужчина – (28,8% от общего числа всех респондентов).. Возраст обследованных – от 25 до 65 лет, средний возраст составил $39,39 \pm 9,7$ лет. Рабочий стаж обследованных – от 3 до 40 лет, средний стаж работы составил $11,49 \pm 8,071$ лет. Респонденты были разделены на 4 группы в соответствии со специальностями: 63 психиатра (29,7%), 57 психотерапевтов (26,9%), 40 наркологов (18,9%) и 52 медицинских психолога (24,5%). Все группы сравнимы по половому и возрастному составу.

Задачами, согласно цели данного диссертационного исследования являлись: проведение диагностики, описание клинических проявлений, ассоциированных с СЭВ, их характеристики у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля; изучение частоты встречаемости данного синдрома среди специалистов, проведение ее сравнения между врачами-психиатрами, врачами психотерапевтами, врачами наркологами, медицинскими психологами, оценка взаимосвязи СЭВ с полом, возрастом, стажем

профессиональной деятельности; оценка степени НПУ у исследуемых, анализ ее взаимосвязь с полом, возрастом, стажем профессиональной деятельности, развитием и выраженностью СЭВ; описание характеристики, структуры, степень выраженности, особенностей проявления СЭВ у исследуемых групп, проведение сравнительного анализ групп представителей различных специальностей; изучение личностных особенностей лиц, с выявленным СЭВ (личностную и ситуативную тревожность, структуру и напряженность психологических защит, качество жизни), анализ их связи с СЭВ, уровнем НПУ; на основании полученных результатов исследования лиц с СЭВ, выделить мишени психотерапевтического воздействия, на основании которых разработать и апробировать психотерапевтическую программу интегративной групповой психотерапии, оценить ее результаты (динамику проявлений СЭВ, качества жизни), а также изучение предикторов эффективности интегративной групповой психотерапии и разработка математического алгоритма, позволяющего предсказать ее результативность.

Критериями включения в выборку являлись: русскоговорящие мужчины и женщины в возрасте русскоговорящие мужчины и женщины в возрасте от 25 до 65 лет. Стаж работы по специальности не менее 3 лет. Основная специальность врачи-психиатры, наркологи, психотерапевты и медицинские психологи. А также, необходимым условием было наличие информированного согласия.

Критерии не включения: отсутствие информированного согласия; стаж работы по специальности менее 3-х лет; наличие декомпенсированных соматических заболеваний; наличие выраженных психических расстройств в настоящее время и в анамнезе; расстройства адаптации, вызванные непрофессиональными причинами, в последние пять лет, а также злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами.

Критериями исключения из исследования были: отзыв информированного согласия; невозможность соблюдать программу исследования; развитие или декомпенсация тяжелых соматических нарушений или психических заболеваний.

Применялись следующие методы исследования: клинический (клинико-анамнестический, клинико-патопсихологический, клинико-патогенетический), включающий полуструктурированное интервью, экспериментально-психологический метод, метод экспертных оценок и статистический методы.

Клинический метод включал в себя клинико-анамнестический, клинико-патопсихологический, клинико-патогенетический. Проводилась клиническая и психопатологическая оценка состояния, определение структуры СЭВ (наблюдение, сбор анамнестических сведений, проведение полуструктурированного интервью, заполнение регистрационной карты). Экспериментально-психологический метод был представлен следующими методиками: «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008); методикой «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008); «Методикой определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (разработана в Ленинградской Военно-медицинской Академии им. С.М. Кирова в 1985 году В.Ю. Рыбниковым и коллегами). А так же применялись методики: «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик (1979), в модификации Л.И. Вассермана и соавторов «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005) для диагностики механизмов психологической защиты; «Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005) «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавт.).

Метод экспертных оценок использовался с целью супервизии практических психотерапевтических занятий. Интегративная групповая психотерапия проводилась под непосредственной супервизией научного руководителя, доктора медицинских наук, заведующего кафедрой Психотерапии и сексологии РМАНПО, профессора В.В. Макарова.

Статистический метод исследования применялся для обработки полученных данных, определения взаимосвязи показателей, статистической значимости

полученных результатов. Статистический анализ был проведён с использованием пакета программ Microsoft Excel 2013 и IBM SPSS Statistics 11 и следующих критериев: непараметрического теста Уилкоксона (WilcoxonSignedRanksTest), Теста Дункан, Лямбда Уилкса, Хи-квадрата, Корреляций Пирсона, дискриминантного анализа и построением таблиц сопряжённости с расчётом коэффициентов сопряженности.

Было обследовано 212 специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля. В исследуемую выборку входили врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, врачи-наркологи, медицинские психологи. Все группы сравнимы по возрасту, стажу, половому распределению.

У 187 из 212 специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, определялись те или иные симптоматические проявления различной длительности. Клинические проявления чаще отмечались эпизодически или носили волнообразный характер и влияли на социальное функционирование. Среди клинических проявлений преобладали общевегетативные и астенические симптомы, такая же тенденция сохранялась среди специалистов, имеющих признаки СЭВ. У врачей-психиатров чаще определялись астенические проявления, среди врачей-психотерапевтов больше было лиц с общевегетативными жалобами, у врачей-наркологов чаще представлены когнитивные симптомы, среди психологов чаще выявлялись эмоциональные нарушения ($p < 0,05$), что, возможно, связано с большим эмоциональным откликом, в который вовлечены представители данной специальности во время рабочего процесса.

Все симптоматические появления имели донозологический уровень и не позволяли верифицировать состояние как какую-либо нозологическую категорию, согласно критериям МКБ-10.

Далее была проанализирована частота СЭВ среди представителей врачебных специальностей, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, изучены различия в значениях НПУ, а также взаимосвязь между показателями СЭВ и НПУ, полом, возрастом и стажем работы.

С целью выявления наличия СЭВ и определения его стадии, исследуемым специалистам было проведено обследование при помощи методики «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Выявлено, что среди респондентов у 78,3% (n=166) присутствовали признаки СЭВ что является очень высоким показателем. Среди лиц, у которых отсутствовали признаки СЭВ, достоверно чаще ($p<0,05$) преобладали врачи-психотерапевты (45,7%) по сравнению с врачами-психиатрами, врачами-наркологами и медицинскими психологами (19,6%, 8,7%, 26,1% соответственно),

В результате исследования выявлено, что большая часть специалистов имеет средний уровень НПУ (60,8), низкий отмечался у 8,5%, высокий у трети обследуемых – 30,7%. При изучении уровня НПУ у представителей различных специальностей выявлено, что в целом среди психотерапевтов и психологов чаще отмечается более высокий, а в группах психиатров и наркологов более низкий уровень НПУ.

Наиболее часто СЭВ диагностируется у наркологов (90,0%) и психиатров (85,7%), реже у психологов (76,9%) и психотерапевтов (63,1%). Достоверно выявлено, что среди лиц, у которых отсутствуют признаки СЭВ, не отмечается низких показателей уровня НПУ. Имеется обратно пропорциональная зависимость между уровнем НПУ и СЭВ ($p<0,01$) – при низком уровне НПУ более вероятно развитие СЭВ. Не выявлено статистической значимой связи между СЭВ и полом, возрастом, стажем работы. Результаты свидетельствуют, что низкий уровень НПУ может являться фактором риска развития СЭВ. Между выраженностью СЭВ в целом, всех его фаз выявлена взаимосвязь с уровнем НПУ, демонстрирующая, что у лиц с низким уровнем НПУ больше вероятность формирования СЭВ.

При изучении СЭВ методикой «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) отмечались три фазы – фаза «Напряжение», фаза «Резистенция» и фаза «Истощение». Выявлено, что наиболее выражена и чаще в структуре СЭВ встречается во всей выборке фаза «Резистенция» – у % 44,0 ($p<0,05$). Фаза «Истощение» – у 10,2%, а фаза «Напряжение» – у 6,0%.

Итоговый показатель фазы «Резистенция» по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) – $54,13 \pm 23,06$). Это свидетельствует о том, что в ситуации формирования СЭВ для специалистов в большей степени характерно избегания эмоционально значимых факторов, избирательное эмоциональное реагирование, ограничение эмоциональных проявлений, что в свете специфики профессиональной сферы может вести к редукции профессиональных обязанностей, снижению эффективности при реализации профессиональных задач и полномочий, недостаточному качественному профессиональному и личному функционированию.

Наиболее высокие показатели как по количеству лиц на стадии формирования фаз, так и с имеющимися уже сформированными фазами отмечались в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов по сравнению с группами врачей-психотерапевтов и психологов, что свидетельствует о большей распространенности и выраженности СЭВ среди специалистов этих специальностей. Эта закономерность достоверно ($p < 0,01$) прослеживается как в отношении всех трех фаз, так и в отношении итогового показателя, суммирующего общие результаты.

На следующем этапе исследования из 166 испытуемых с диагностированным СЭВ при помощи методики «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) была сформирована выборка из 100 человек в соответствии с критериями включения. Были включены специалисты, давшие согласие на участие в психотерапевтической программе и имеющие возможность соблюдать организационные условия.

Перед проведением групповой психотерапии изучались личностные особенности специалистов, входивших в лечебную группу, с помощью батареи дополнительных тестов: методики «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик (1979) в модификации Л.И. Вассермана и соавторов «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005), применяемой для диагностики механизмов психологической защиты; методики

«Применение интегративного теста тревожности (ИТТ)» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005).

В исследуемой выборке наблюдался средний уровень напряженности психологических защит – суммарный показатель – 43,54 ($\pm 1,16$). Вместе с тем два механизма психологических защит «Отрицание» (63,83($\pm 2,96$)) и «Интеллектуализация» (62,92($\pm 2,22$)) превышали пороговый показатель в 50% и являлись наиболее напряженными. Наименьшая напряженность психологических защит по сравнению с остальными группами отмечается в группе психологов – 38,84($\pm 2,63$), что свидетельствует о меньшей выраженности внутриличностных конфликтов ($p < 0,01$) в этой группе. Максимальная напряженность общего показателя психологических защит диагностируется в группе врачей-наркологов – 45,21($\pm 2,89$). Высокий уровень напряженности всех психологических защит имеет значимую связь ($p < 0,001$) с показателем «Деперсонализация».

Изучение различных аспектов тревожности (общего и ситуативного компонентов тревоги) специалистов проводилось клинической тестовой методикой «Применение интегративного теста тревожности», созданная в 2005 г. в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева к.психол.н. А.П. Бизюком, д.м.н., профессором Л.И. Вассерманом и к.м.н. Б.В. Иовлевым для структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности.

Показатели почти всех компонентов общей тревожности во всей выборке находились в пределах средних значений. Компонент «Тревожная оценка перспективы», отражающий прогноз личности относительно своего будущего, в целом по выборке и во всех группах специалистов находился в зоне высоких значений – 6,24 ($\pm 1,76$). В группах врачей-психиатров и врачей-наркологов показатели общей тревожности были выше по сравнению с другими группами – 6,26 ($\pm 1,79$) и 6,18($\pm 1,53$), соответственно ($p < 0,01$). Показатели почти всех компонентов ситуативной тревожности во всей выборке также находились в пределах средних значений. Однако почти по всем компонентам показатели достоверно значимо были выше в группе врачей-психиатров по сравнению с

другими группами. Выявлены статистически значимые положительные взаимосвязи между интегральным показателем личностной тревожности, шкалами «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» и интегральным показателем выгорания и степенью выгорания. Шкалы «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» в большей степени связаны с показателями «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация».

Разработка интегративной методики психотерапии для коррекции СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, основывалась на современных теоретических и практических подходах интеграции. В качестве основного базового метода, соответствующего одному из трех концептуальных направлений, была выбрана КПТ, которая позволяет четко описать структуру и содержание проводимой психотерапии, а также применить её групповую краткосрочную форму. В качестве основных техник использовались: рационально-эмоциональная психотерапия, рефрейминг, дневник мыслей, позитивное воображение, смена ролей и эмпирическая проверка с целью снизить тревожность, увеличить НПУ и повысить качество жизни, а также проводилось обучение уверенности в себе и в своих способностях.

Интегративная групповая психотерапия проводилась в формате закрытых групп по 6 – 8 человек, по специально-разработанной и четко структурированной схеме занятий, согласно предварительно разработанной методике. Групповые занятия проводились 1 раз в неделю, в течение 8 недель (всего 8 занятий). Длительность занятий равнялась 2 часам (120 минут). Занятия во всех группах проводились одним врачом психотерапевтом, имеющим подготовку в области КПТ и эмоционально-образной психотерапии. Дополнительно, с целью обеспечения контроля за корректностью проводимых мероприятий и экспертной оценки, осуществлялась мониторинговая супервизия доктором медицинских наук, профессором В.В. Макаровым, заведующим кафедрой психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. Работа в трёх группах была супервизирована в полном объёме, а в остальных – по 3 выборочных занятия.

В групповой психотерапевтической работе применялись такие методики КПТ как дневник мыслей (участникам предлагалось ведение дневника мыслей, в который заносятся сведения о том, какие чувства и эмоции возникают у них в процессе взаимодействия с пациентами во время рабочего дня, что позволяет отслеживать возникающие чувства в трудовом процессе); эмпирическая проверка эмоционального состояния (техника КПТ, направленная на поиск альтернативного решения проблемы и нивелировку негативных (автоматических) мыслей или аргументов); использовалась техника позитивного воображения, позволяющая моделировать оптимальный вариант разрешения ситуации и избегать отрицательных представлений и негативных мыслей, формулируя позитивные конструкты. Метод КПТ «Обучение уверенности в себе и своих способностях» способствовал повышению самооценки и воздействовал на компонент выгорания, оцениваемый по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008) шкалой «Редукция профессиональных достижений». А также применялись многие другие техники.

Групповые дискуссии, которые проводились в работе с использованием приемов рефрейминга, ставили перед собой цель изменения дисфункциональных мыслей и неэффективных убеждений. Под влиянием работы в группе, формировались альтернативные способы мышления, которые способствовали повышению НПУ специалистов, эффективности коммуникаций при взаимодействии с пациентами и коллегами.

Также применялись различные упражнения, целью которых было налаживание коммуникации между врачом и пациентом. Например, упражнение «Отражение и отреагирование чувств» было направлено на выражение и экспрессивную передачу подавленных эмоций. В ходе проведения упражнений применялась такая техника КПТ как эмпирическая проверка, которая включала способы, помогающие найти рациональное решение и нивелировать негативные мысли относительно работы. Упражнение «Нахождение ресурсов», помогало найти и осознать имеющиеся личностные ресурсы и рассмотреть особенности их применения в своей трудовой деятельности. Участники отвечали на специально

разработанные вопросы. Ответы калибровались с помощью 10-бальной шкалы и заносились в дневник, который специалисты вели на протяжении всего времени групповой работы.

В ходе групповой психотерапевтической работы, участники обучались навыкам структурирования времени, планированию и равномерному распределению дел в течение своего рабочего дня, что также способствовало повышению НПУ и увеличению толерантности к стрессовым нагрузкам.

Для контроля эффективности проведенной терапии были использованы методики «Опросник на выгорание MBI» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008) и «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» – для выяснения качества жизни респондентов (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998).

Для построения прогностической модели класса устойчивости испытуемого к проводимой интегративной групповой психотерапии был использован дискриминантный анализ, реализованный в статистическом пакете SPSS 11. Целью проведения дискриминантного анализа являлся расчет дискриминантной функции, как можно отчетливее разделяющей три класса испытуемых, выделенных на основании степени улучшения состояния после проведенной психотерапии СЭВ (зависимые переменные). В качестве независимых переменных для расчетов были выбраны показатели НПУ, выраженности симптомов и фаз СЭВ, напряженности психологических защит и интенсивности личностной и ситуативной тревожности. Для построения дискриминантных функций был использован метод учета всех независимых переменных.

Проведенный дискриминантный анализ показал, что при использовании пакета методик, оценивающих НПУ, симптомы и фазы СЭВ, напряженность психологических защит и интенсивность личностной и ситуативной тревожности, возможно, оценить и рассчитать ожидаемую эффективность разработанной интегративной групповой психотерапии. В случаях, если предположительная эффективность будет не достаточной, целесообразно дополнительно для коррекции СЭВ использовать или индивидуальную психотерапию или

фармакотерапию в зависимости от состояния специалиста, показаний и мишеней воздействия.

Полученные статистические данные также свидетельствуют о том, что изначально дизайн исследования, доказываемые научные гипотезы и выбранные методы исследования (в том числе выбор экспериментально-психологических методик) были адекватны и достаточны для получения доказательных данных, позволяющих реализовать задачи исследования и достичь поставленной цели.

Таким образом, данная психотерапевтическая методика учитывает проблемные факторы, приводящие к выгоранию специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, является клинически обоснованной и соответствует всем принятым в РФ формам методик психотерапевтического лечения. Предоставленная методика может применяться также для профилактики проявлений СЭВ.

Полученные результаты позволили достигнуть цели исследования, решить поставленные задачи, подтвердить выдвинутые гипотезы.

СЭВ часто встречается среди специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля – врачей психиатров, врачей-психотерапевтов, врачей-наркологов, медицинских психологов. Частота встречаемости и выраженность СЭВ у представителей различных специальностей зависят от специфики работы, уровня НПУ, индивидуально-личностных особенностей. Применение методики психотерапии, разработанной на основании выделенных в ходе исследований мишеней психотерапевтического воздействия, позволяет в значительной степени нивелировать СЭВ, улучшить качество жизни специалистов. Выделение предикторов эффективности предложенной методики позволяет выбирать персонализированные стратегии для профилактики и психотерапии СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

ВЫВОДЫ

1. У 88,2% специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, определялись те или иные симптоматические проявления различной длительности. Клинические проявления чаще отмечались эпизодически или носили волнообразный характер и влияли на социальное функционирование. Преобладали общевегетативные и астенические симптомы. Все симптоматические проявления имели донозологический уровень.
2. Среди обследованных выявлена высокая встречаемость СЭВ – 78,3%. Наиболее часто СЭВ диагностировался у наркологов – 90,0% и психиатров – 85,7% ($p > 0,05$), что, вероятно, связано со спецификой трудовой деятельности. Реже СЭВ отмечался у психологов – 76,9% и психотерапевтов – 63,1%. Не выявлено статистической значимой связи между СЭВ и полом, возрастом, стажем работы. Между выраженностью СЭВ в целом и во всех его фазах выявлена взаимосвязь с уровнем НПУ.
3. Большая часть специалистов имела средний уровень НПУ – 60,8%. Среди психотерапевтов и психологов чаще отмечается более высокий, а в группах психиатров и наркологов более низкий уровень НПУ. Выявлена обратно пропорциональная зависимость между уровнем НПУ и синдромом эмоционального выгорания ($p < 0,01$) – демонстрирующая, что у лиц с низким уровнем НПУ больше риск и вероятность формирования СЭВ.
4. Наиболее выражена и чаще в структуре СЭВ встречалась фаза «Резистенция» ($54,13 \pm 23,06$). Значения интегральных показателей по фазам и общего итогового показателя достоверно выше ($p < 0,01$) в группах врачей-психиатров и врачей-наркологов, что свидетельствует о большей среди них распространенности и выраженности СЭВ. В ситуации формирования СЭВ для специалистов в большей степени характерно избегание эмоционально значимых факторов, избирательное эмоциональное реагирование,

- ограничение эмоциональных проявлений, что может привести к редукции профессиональных обязанностей, снижению эффективности при реализации профессиональных задач и полномочий, недостаточному качественному профессиональному и личному функционированию.
5. Среди всех групп специалистов СЭВ чаще обнаруживался в легкой или в средней степени (48,2% и 34,4% соответственно). Тяжелая степень проявлений была установлена у 29 человек (17,5%). Наиболее часто тяжелая степень СЭВ встречалась среди врачей-наркологов и присутствовала у трети специалистов (33,3%) ($p < 0,05$). Признаки эмоционального истощения в виде эмоционального опустошения, апатии, снижении энергетического потенциала, разочарования в профессиональной деятельности и снижение интереса к ней у 72,2% обследуемых присутствовали преимущественно в средней (41,1%) или высокой степени (30,1%). Выраженные признаки эмоционального истощения в большей степени отмечались у врачей-психиатров (31,5%) и врачей-наркологов (28,8%). У 74,6% специалистов с СЭВ имелся высокий уровень по шкале «Деперсонализация», что отражает стремление дистанцироваться от коллег и пациентов, склонности к безразличному, циничному отношению к ним, и отсутствие эмпатии. Более половины всех специалистов (59,6%) имели средний уровень проявлений, оцениваемых шкалой «Редукция персональных достижений», которая характеризует обесценивание собственных достижений, отсутствие целеустремленности, мотивации на развитие в профессиональной деятельности. Выраженные проявления были характерны трети врачей-психиатров и врачей-наркологов по 36,0% ($p < 0,05$).
 6. В целом в исследуемой выборке наблюдается средний уровень напряженности психологических защит ($43,54 \pm 1,16$). Психологические защиты «Отрицание» ($63,83 \pm 2,96$) и «Интеллектуализация» ($62,92 \pm 2,22$) превышали пороговый показатель в 50% и являлись наиболее напряженными. Наименьшая напряженность психологических защит по сравнению с остальными группами отмечаются в группе психологов –

38,84±2,63, что свидетельствует о меньшей выраженности у них внутриличностных конфликтов ($p<0,01$). Максимальная напряженность общего показателя психологических защит диагностируется в группе врачей-наркологов – 45,21±2,89. Высокий уровень напряженности всех психологических защит имеет значимую связь ($p<0,001$) с показателем «Деперсонализация», что может оцениваться как фактор риска формирования СЭВ.

7. Показатели почти всех компонентов общей и ситуативной тревожности находились в пределах средних значений. Компонент «Тревожная оценка перспективы», отражающий прогноз личности относительно своего будущего находился в зоне высоких значений – 6,24±1,76. В группах врачей-психиатров и врачей-наркологов показатели общей тревожности были выше по сравнению с другими группами – 6,26 ±1,79 и 6,18±1,53, соответственно ($p<0,01$). Ситуативная тревожность по всем компонентам достоверно значимо была выше в группе врачей-психиатров по сравнению с другими группами. Выявлены статистически значимые положительные взаимосвязи между интегральным показателем личностной тревожности, шкалами «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» и интегральным показателем выгорания, степенью выгорания, показателями шкал «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация», что позволяет оценивать высокую личностную тревожность как фактор риска формирования СЭВ.
8. Динамическая оценка СЭВ до и после проведения интегративной групповой психотерапии показала, что психотерапевтические мероприятия оказали значимый эффект по всем шкалам «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция персональных достижений», а также по интегральному показателю степеней выгорания во всех группах специалистов. Также достоверно значимо у респондентов улучшилось качество жизни.

9. Разработанный алгоритм оценки на основании статистически выбранных показателей позволяет рассчитать ожидаемую эффективность предложенной модели интегративной групповой психотерапии. В случаях, если предположительная эффективность будет не достаточной, целесообразно дополнительно для коррекции СЭВ использовать или индивидуальную психотерапию или фармакотерапию в зависимости от состояния специалиста, показаний и мишеней воздействия.

Практические рекомендации:

1. Полученные данные обосновывают целесообразность и необходимость ранней диагностики, профилактики и коррекции СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

2. Учитывая, что низкий уровень НПУ может явиться фактором риска развития СЭВ, рекомендуется также проводить скрининговый метод обследования всех абитуриентов, поступающих в медицинские университеты, заключающийся в психометрическом тестировании с использованием специальных опросников для диагностики НПУ и аффективной неустойчивости личности, тем самым обеспечивая превентивную профилактику СЭВ у специалистов. Поскольку выявлена обратная пропорциональная зависимость уровня НПУ и развития СЭВ, представляется целесообразным учитывать это при планировании профилактических и коррекционных мероприятий.

3. В связи с тем, что выявлена высокая частота и выраженность СЭВ среди врачей-психиатров и врачей-наркологов, для сохранения психического здоровья помогающих специалистов, рекомендовано проводить регулярную диагностику СЭВ, внедрять мероприятия для его профилактики, в том числе необходимо обеспечить специалистов возможностью посещения психотерапевтических групп, направленных на коррекцию СЭВ. Это в итоге обеспечит повышение эффективности оказания психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи населению.

4. Рекомендовано нормативно закрепить гарантии по охране труда и здоровья лиц, оказывающих помощь психически больным людям. Полученные данные и анализ результатов внедрения практических рекомендаций в систему здравоохранения может быть основой для принятия организационных решений по профилактике и коррекции СЭВ, разработке профессиональных социальных гарантий и нормативных документов, регулирующих условия труда специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля.

5. С целью охраны психического здоровья специалистов, важно для сотрудников медицинских организаций обеспечить возможность грамотного отдыха в течение рабочего дня в условиях специально оборудованных кабинетов для релаксации и отдыха. Также необходимо соблюдение осуществления специалистами планируемого отпуска и снижение объема времени, затрачиваемого для оформления медицинской документации.

6. Целесообразно использовать разработанный патент на базу данных (свидетельство о государственной регистрации базы данных №2016621343) «Таблица обнаружения взаимосвязи между синдромом эмоционального «выгорания» (СЭВ) и НПУ врачей (психиатров, наркологов, психотерапевтов) и психологов» от 03 октября, 2016 г. в качестве полезной модели при статистической обработке стимульных материалов для выявления взаимосвязи СЭВ и НПУ у сотрудников медицинских учреждений.

Список литературы

1. Агапова, Е.В. Комплексные мероприятия по психопрофилактике профессионального выгорания у работников государственной службы / Е.В. Агапова, В.А. Винокур, В.В. Болучевская // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – № 1 (53). – С. 53–57.
2. Александров, А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.
3. Александров, А.А. Современная психотерапия. Курс лекций / А.А. Александров. – СПб.: Академический проект, 1997 – 335 с.
4. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л.: Издательство Ленинградского университета, 1968, 339 с.
5. Андерсон, Т. Введение в многомерный статистический анализ / Т. Андерсон. – М.: Физматгиз, 1963. – 500 с.
6. Аригунова, Е.В. Потенциал феномена скуки / Е.В. Аригунова // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 386. – С. 34–36.
7. Бабанов, С.А. Профессиональные факторы и стресс: синдром эмоционального выгорания / С.А. Бабанов // Трудный пациент. – 2009. – Т. 7, № 12. – С. 42–46.
8. Бабин, С.М. Психотерапия психозов. Практическое руководство / С.М. Бабин. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 334 с.
9. Бердяева, И.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / И.А. Бердяева, Л.Н. Войт // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – №1. – С. 117–120.
10. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн: пер. с англ. – М.: Эксмо, 2012. – 563 с.
11. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Киев: Здоровья, 1986. – 280 с.
12. Бодагова, Е.А. Психическое здоровье врачей разного профиля / Е.А. Бодагова, Н.В. Говорин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 21–26.
13. Боева, А.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатров / А.В. Боева, В.А. Руженков, У.С. Москвитина // Научные ведомости. – 2013. – № 11. – С. 6–12.
14. Бойко, В.В. Психоэнергетика / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.
15. Бойко, В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
16. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 472 с.

- 17.Бойко, В.В. Энергия эмоций: [эмоции в общении. Эмоции в проявлениях личности. Созидаящая и разрушающая сила эмоций. Методики для изучения эмоций] / В.В. Бойко. – 2-е изд./, доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
- 18.Бочаров, В.В. Особенности личного и семейного функционирования родственников наркозависимых / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова. – СПб.: Нестор-История, 2016. – 335 с.
- 19.Бочаров, В.В. Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Ю.С. Черная // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 4. – С 27–34.
- 20.Боченков, А.А. Методологические аспекты феномена нервно-психической устойчивости. Обзор литературы / А.А. Боченков, С.А. Чвякина, Ф.А. Кабисова, А.Н. Богаевский // Военно-медицинский журнал. – 2006. – Т. 327, № 11. – С. 46–49.
- 21.Булыгина, В.Г. Программы тренингов для специалистов психиатрического профиля / В.Г. Булыгина, О.А. Макушкина. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», 2013. – 252 с.
- 22.Бурно, М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Академический Проект, 2006. – 800 с.
- 23.Бурно, М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно. – М.: Академический Проект, 2006. – 222 с.
- 24.Васильева, А.В. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик пациентов с неврастенией и неврозоподобными резидуальными органическими расстройствами / А.В. Васильева, О.А. Вахренева, Т.А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2014. – № 49. – С. 101–113.
- 25.Васильева, Н.Г. Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Васильева Надежда Геннадьевна; [Место защиты:С.-Петербург. гос. ун-т]. – Санкт-Петербург, 2016. – 203 с.
- 26.Вассерман, Л.И. Концепция реабилитации и качество жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л.И. Вассерман, С.А. Громов, В.А. Михайлов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сборник научных трудов СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2001. – Т. 137. – С. 103–115.
- 27.Вассерман, Л.И. Психосоциальные факторы как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью / Л.И. Вассерман, В.К. Шамрей, А.А. Марченко, М.Ю. Новожилова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 47-52.
- 28.Вахренева, О.А. Клинические, социально-психологические характеристики больных неврастенией и их индивидуальная интегративная психотерапия: дис.

- ... канд. мед.наук: 14.01.06, 19.00.04 / Вахренева Олеся Александровна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2014. – 244 с.
- 29.Вахренева, О.А. Особенности структуры личности больных с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами / О.А. Вахренева, Е.А Колотильщикова // Вестник психотерапии. – 2014. – № 50. – С. 30–46.
 - 30.Величковская, С.Б. Дифференциация негативных последствий стресса и развитие синдрома выгорания в деятельности педагогов / С.Б. Величковская // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курский государственный университет, 2008. – С. 138–153.
 - 31.Вид, В.Д. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии / В.Д. Вид, Е.И. Лозинская // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 19–21.
 - 32.Винокур, В.А. Балинтовские группы / В.А. Винокур [и др.] // Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми. Учебное пособие / В.А. Винокур [и др.]. – СПб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998. – Гл. 1. – С. 3–28.
 - 33.Винокур, В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. Учебное пособие / В.А. Винокур. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 191 с.
 - 34.Винокур, В.А. Интеграция теоретических принципов и практическое взаимодействие психосоматической медицины и супервизии в балинтовских группах врачей и психологов / В.А. Винокур // Психосоматические и интегративные исследования. – 2017. – Т. 3. – № 1. – С. 101.
 - 35.Винокур, В.А. Психологическая диагностика профессионального «выгорания» у специалистов «помогающих» профессий / В сборнике: Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал Материалы II-й Международной научно-практической конференции. Под ред. И.О. Логинова, 2015. – С. 200–206.
 - 36.Винокур, В.А. Системный анализ процесса интеграции в психотерапии / В.А. Винокур, И.А. Новикова // Экология человека. – 2015. – № 4. – С. 58-64.
 - 37.Вишняков, А.И. Гендерные особенности эмоционального сгорания у представителей помогающих профессий / А.И. Вишняков, Т.А. Ульчева // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2005. – № 12. – С. 146–150.
 - 38.Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
 - 39.Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.

40. Волков, П.В. Психологический лечебник. Разнообразие человеческих миров. Руководство по профилактике душевных расстройств / П.В. Волков. – М.: Этерна, 2013. – 640 с.
41. Волкова, Т.И. Об организации психологической профилактики синдрома профессионального выгорания у педагогов / Т.И. Волкова, М.В. Бородкина // Проблемы исследования синдрома выгорания и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научных статей Курского государственного университета / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: КГУ, 2007. – С. 33–35.
42. Волобаев, В.М. Мультимодальная групповая психотерапия эмоционального выгорания : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 19.00.04 / Волобаев Виктор Михайлович; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т]. – Москва, 2009. – 24 с.
43. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Информационный бюллетень № 389. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/ru/>
44. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). [Электронный ресурс]. – URL: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/ru/
45. Галако, Т.И. Взаимосвязь нерационального использования антипсихотических препаратов и выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров Кыргызской республики / Т.И. Галако, М.В. Зубарева // Наука и новые технологии – 2012. – № 2. – С. 78–81.
46. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933. – 141 с.
47. Говорин, Н.В. Психическое здоровье и качество жизни врачей / Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова. – Томск, Чита: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 126 с.
48. Гольменко, А.Д. Психопрофилактическая помощь медицинским работникам в условиях профессиональной деятельности / А.Д. Гольменко, В.А. Хаптанова, Е.Л. Выговский // Психологическая безопасность личности в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник научных статей V Международной научно-практической конференции / под ред. Р.В. Кадырова. – Владивосток: Мор.гос. ун-т, 2015. – С. 200-205.
49. Городнова, М.Ю. Психология лечебной среды на модели наркологического стационара: дис. ...д-ра мед.наук: 19.00.04 / Городнова Марина Юрьевна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. - Санкт-Петербург, 2016. – 327 с.
50. Данилов, А.Б. Управление стрессом / А.Б. Данилов, А.В. Прищепа. – М.: АММ-пресс, 2015. – 60 с.
51. Доценко, О.Н. Эмоциональная направленность личности как фактор выгорания и удовлетворенности профессиональной деятельностью / О.Н. Доценко, А.А. Обознов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у

- специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курский государственный университет, 2008. – С. 107–113.
52. Жариков, Н.М. Психиатрия. Учебник / Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин – М.: Медицина, 2002. – 544 с.
 53. Залевский, Г.В. Избранные труды / Г.В. Залевский. – Томск: Томский государственный университет, 2013. – Т. 4: Психологическая практика и супервизия. – 336 с.
 54. Золотухина, Л.В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом эмоционального выгорания: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.01.06, 19.00.04 / Золотухина Лидия Валерьевна; [Место защиты: Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2011. – 21 с.
 55. Игумнов, С.А. Проявления синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов Беларуси / С.А. Игумнов, И.А. Дук, В. Н. Склема, М.М. Скугаревская // Медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 37–40.
 56. Ильченко, И.Г. Роль интегративных психотерапевтических подходов в лечении тревожных невротических расстройств / Е.Г. Ильченко, Т.А. Караваева // Российский психотерапевтический журнал. – 2017. – № 1(9). – С. 83–86.
 57. Исаева, Е.Р. Синдром эмоционального выгорания и его влияние на копинг-поведение у медицинских работников / Е.Р. Исаева, И.Л. Гуреева // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 6(64). – С. 26–30.
 58. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике пособие для врачей и психологов / СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е. В. Левченко [и др.]. – СПб., 1998. – 67 с.
 59. Исурина, Г.Л. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.М. Мясищева на современном этапе / Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков, Ю.Я. Тупицын // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии: сборник научных трудов СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1994. – С. 100–109.
 60. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 255 с.
 61. Караваева, Т. А. Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и ее правовое регулирование: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06; 19.00.04 / Караваева Татьяна Артуровна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2011. – 57 с.
 62. Караваева, Т.А. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространенности синдрома выгорания у специалистов в области психического здоровья / Т.А. Караваева, Ю.А. Кухтенко, В.В. Макаров, А.В. Яковлев // Наркология. – 2019. – № 8. С. 60–68.

63. Караваева, Т.А. Результаты применения интегративной групповой психотерапии для коррекции синдрома выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля / Т.А. Караваева, Ю.А. Кухтенко, В.В. Макаров, А.В. Яковлев // Наркология. – 2020. – Том 19. – № 3. С. 57–65.
64. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
65. Карвасарский, Б.Д. Общемедицинское значение проблемы невротических расстройств / Б.Д. Карвасарский // Российский психотерапевтический журнал. – 2014. – № 1(7). – С. 12–21.
66. Карпухина, М.Б. Психофизиологическая коррекция расстройств адаптации у медицинских работников поликлинического звена / М.Б. Карпухина, Т.В. Иконникова, Е.А. Антипенко [и др.] // Клиническая неврология. – 2018. – № 2. – С. 15–18.
67. Карягина, Т.Д. Профессионализация эмпатии и предикторы выгорания помогающих специалистов / Т.Д. Карягина, Н.В. Кухтова, Н.И. Олифинович, Л.Г. Шермазян // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 26, № 2 (96). – С. 39–58.
68. Катков, А.Л. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование) / А.Л. Катков. – СПб., 2013. – 298 с.
69. Катков, А.Л. Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии / А.Л. Катков. – М.: СРО «Союз психотерапевтов и психологов», 2016. – 100 с.
70. Кмить, К.В. Эмоциональное выгорание, не связанное с профессиональным стрессом / К.В. Кмить, Ю.В. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 3. – С. 3–10.
71. Козин, В.А. Синдром «эмоционального выгорания»: происхождение, теории, профилактика, перспективы изучения / В.А. Козин, Т.В. Агибалова // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева (Казань). – 2013. – Т. XLV, вып. 2 – С. 44–52.
72. Козин, В.А. Факторы, влияющие на развитие синдрома эмоционального выгорания у врачей-наркологов в амбулаторной и стационарной практике / В.А. Козин // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева (Казань). – 2013. – Т. XLV, вып. 4. – С. 78–80.
73. Корабельникова, Е.А. Когнитивно-поведенческая терапия хронической боли / Е.А. Корабельникова, А.Б. Данилов. – М.: Перо, 2015. – 328 с.
74. Королева, Е.Г. Синдром эмоционального выгорания / Е.Г. Королева Э.Е. Шустер // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 108–111.

75. Коростылева, Л.А. Психологические детерминанты самореализации личности // Психологические проблемы самореализации личности: сборник статей / под ред. А.А. Реана, Л.А. Коростылевой. – СПб.: СПбГУ, 1998. – Вып. 2. – С. 5–18.
76. Коростылева, Л.А. Психология самореализации личности: затруднения в профессиональной сфере / Л. А. Коростылева. – СПб.: Речь, 2005. – 220 с.
77. Коцюбинский, А.П. Холистический диагностический подход в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 4. – С. 45–54.
78. Коцюбинский, А.П. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой. Сообщение 2 / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев, Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т.28, № 1. – С. 5–9.
79. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия / Р. Кочюнас. – М.: Академический Проект, 2009. – 352 с.
80. Краткосрочная динамическая групповая психотерапия невротических расстройств: методические рекомендации / СБНИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: И.Н. Бабурин, Т.А. Караваева, О.А. Мастакова [и др.]. – СПб., 2014. – 25 с.
81. Кречмер, Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер: пер. с нем. – М.: Академический Проект, 2015. – 328 с.
82. Купрякова, Ю.А. «Синдром эмоционального выгорания» врачей как индикатор состояния Российского здравоохранения / Ю.А. Купрякова // Социальная политика и социология. – 2011. – № 3. – С. 90–94.
83. Кухтенко, Ю.А. Выявление синдрома эмоционального «выгорания» у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии / Ю.А. Кухтенко // Психотерапия. – 2014. – №. 11. – С. 82–84.
84. Кухтенко, Ю.А. Клиническая психотерапия и синдром эмоционального выгорания / Ю.А. Кухтенко // Независимый психиатрический журнал. – 2017. – № 1. – С.80–81.
85. Кухтенко, Ю.А. Коррекция эмоционального (профессионального) «выгорания» у врачей, занятых в сфере психического здоровья / Ю.А. Кухтенко // Психическое здоровье. – 2016. – № 7. – С. 67-72.
86. Ларенцова, Л.И. Профессиональный стресс врачей-стоматологов и методы его коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.21 / Ларенцова Лиана Ивановна; [Место защиты: МГМСУ]. – М., 2002. – 40с.
87. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – М.: Феникс, 2000. – 544 с.
88. Либих, С.С. Коллективная психотерапия неврозов / С.С. Либих. – Л.: Медицина, 1974. – 208 с.

89. Линде, Н.Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия / Н.Д. Линде. – М.: Аспект Пресс, 2016. – 372 с.
90. Лифинцева, А.А. Синдром эмоционального выгорания у специалистов, практикующих в сфере медицинской и психологической помощи людям / К психическому здоровью – через сотрудничество различных специалистов: материалы международной научно-практической конференции, 8-11 октября 2008 г. / под ред. Д.В. Лифинцева. – Калининград : Изд-во Российского гос. ун-та им. И. Канта, 2008. – С.71–76.
91. Лозинская, Е.И. Влияние синдрома выгорания врачей-психиатров на показатели терапевтического альянса у пациентов с психическими расстройствами / Е.И. Лозинская, Н.Б. Лутова, А.В. Ханько, А.В. Жигулева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 19–23.
92. Лозинская, Е.И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.18 / Лозинская Евгения Игоревна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2007. – 25 с.
93. Лукьянов, В.В. Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов / В.В. Лукьянов // Вестник психотерапии. – 2006. – № 17. – С. 54–61.
94. Лукьянов, В.В. Синдром выгорания и его взаимосвязь со структурой личности у врачей-наркологов / В.В. Лукьянов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография/ под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курский государственный университет, 2008. – С. 198–214.
95. Лукьянов, В.В. Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов / В.В. Лукьянов // Наркология – 2007b. – № 10. – С. 51–55.
96. Лукьянов, В.В. Эмпатия, профессиональный стаж и особенности синдрома эмоционального выгорания у психиатров-наркологов / В.В. Лукьянов // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научных статей / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курский государственный университет, 2007a. – С. 100–102.
97. Лутова, Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами : дис. ... д-ра мед.наук : 14.01.06 / Лутова Наталия Борисовна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2013. – 374 с.
98. Лысенко, И.С. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств / И.С. Лысенко Т.А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2015. – № 53 (58). – С. 7–19.

99. Любов, Е.Б. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты / Е.Б. Любов, А.Н. Куликов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 14.
100. Любченко, П.Н. Стресс на рабочем месте: учебное пособие / П.Н. Любченко, Б.В. Агафонов – М.: Моники, 2011. – 22 с.
101. Ляшковская, С.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии / С.В. Ляшковская, В.А. Ташлыков, Н.В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 1. – С. 89–98.
102. Макаров, В.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко // Психическое здоровье – 2016. – № 3. – С. 60–67.
103. Макаров, В.В. Горизонты психотерапии / В.В. Макаров // Психотерапия. – 2011. – Т. 106, № 10. – С. 47–53.
104. Макаров, В.В. Значение будущего в современной психотерапии / В.В. Макаров // Психотерапия. – 2012. – Т. 107, № 10. – С. 13–15.
105. Макаров, В.В. Модификация практики «Океан» для врачей, страдающих синдромом эмоционального (профессионального) «выгорания». Полимодальная групповая психотерапия синдрома: учебное пособие / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко. – М.: ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, – 2016. – 55 с.
106. Макаров, В.В. Полимодальная групповая психотерапия для врачей, страдающих синдромом эмоционального выгорания: методическое пособие / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко, С.Г. Копоров. – М.: ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 2019. – 55 с.
107. Макаров, В.В. Психотерапия нового века / В.В. Макаров – М.: Академический Проект, 2001. – 491 с.
108. Макаров, В.В. Синдром эмоционального выгорания у психиатров-наркологов. Сравнительный анализ выгорания врачей-психиатров и психиатров-наркологов / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко // Наркология. – 2016. – № 4. – С. 44–48.
109. Макаров, В.В. Система полимодальности / В.В. Макаров, Г.А. Макарова, В.Ю. Завьялов, А.Л. Катков // Профессиональная психотерапевтическая газета. – 2006. – № 12 (50). – С. 2.
110. Макаров, В.В. Транзактный анализ – восточная версия / В.В. Макаров, Г.А. Макарова. – М.: Академический Проект, ОППЛ, – 2002. – 496 с.
111. Макарова, Г.А. Синдром эмоционального выгорания // Психотерапия. – 2003. – № 11. С. 2–11.
112. Малыгин, В.Л. Влияние личностных особенностей и копинг-стратегий при синдроме эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов /

- В.Л. Малыгин, Е.Е. Пахтусова, А.Б. Искандирова, Д.В. Шевченко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 76–83.
113. Маркарян, А.Г. Профессиональное выгорание как следствие профессионального стресса / А.Г. Маркарян // Ученые записки СПбГМУ акад. И.П. Павлова. – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 32–34.
 114. Матан, В.В. Взаимосвязь личностных ресурсов и типов профессиональной карьеры врачей / В.В. Матан // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2019. – № 3. – С. 48–52.
 115. Матюшкина, Е.Я. Профессиональное выгорание и рефлексия специалистов помогающих профессий / Е.Я. Матюшкина, А.А. Кантемирова // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 2. С. 50–68.
 116. Матюшкина, Е.Я. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников. / Е.Я. Матюшкина, А.П. Рой, А.А. Рахманина, А.Б. Холмогорова // Современная зарубежная психология. – 2020. Т.9, № 1. – С. 39–49.
 117. Матюшкина, Е.Я. Факторы профессионального выгорания специалистов (на примере работников контактного центра) / Е.Я. Матюшкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 4. С. 42–58.
 118. Медведская, Е.И. Особенности эмпатии и профессионального выгорания белорусских и российских педагогов / Е.И. Медведская, Е.В. Шерягина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 59–74.
 119. Мелехин, А.И. Специфика терапевтического комплаенса в когнитивно-поведенческой психотерапии [Электронный ресурс] / А.И. Мелехин // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал. – 2016. – N 2 (12). – Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru/climp>
 120. Меркулова, Н.Н. Синдром эмоционального выгорания и программа его преодоления в сфере «помогающих» профессий / Н.Н. Меркулова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2011. – Т. 104, № 12. – С. 199–205.
 121. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко // Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 1998. – С. 161–169.
 122. Методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» // Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 1998. – С. 544–548.
 123. Мизинова, Е. Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах: дис. ...

- канд. психол. наук : 19.00.04 / Мизинова Елена Борисовна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2004 – 193 с.
124. Михалев, С.В. Краткосрочная клиническая ориентированная мультимодальная психотерапия ПТСР у лиц опасных профессий / С.В. Михалев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – Т. 44, № 1. – С. 107–109.
 125. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – М.: Изд. МГУ, 1960. – 428 с.
 126. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. – М.: Изд-во Моск. психолого-социального института, 2004. – 398 с.
 127. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода. Часть 1 / Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский, Г.Э. Мазо // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 3. – С. 62–67.
 128. Незнанов, Н.Г. Трансформация концепции реабилитации в современных условиях / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психическое здоровье человека XXI века: сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», Москва, 7-8. октября 2016 г – М.: ИД «Городец», 2016. – С. 333–334.
 129. Овчинников, А.А. Структура и динамика синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников в ходе коррекции техникой mindfulness / А.А. Овчинников, А.Н. Султанова, А.В. Винокуров [и др.]. // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева (Казань). – 2019. – Т. LI. вып. 2. – С. 44–48.
 130. Огнерубов, Н.А. Синдром эмоционального выгорания как детерминанта преступности в сфере медицинской деятельности / Н.А. Огнерубов // Социально-экономические явления и процессы. – 2013. – № 1 (047). – С. 245–247с.
 131. Озоль, С.Н. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление алкоголем среди врачей / С.Н. Озоль, Д.Н. Шустов // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – № 3. – С. 148–154.
 132. Орел, В.Е. Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел. – М.: Институт психологии РАН, – 2005. – 329 с.
 133. Орел, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90–101.
 134. Орлов, А.Б. Феномены эмпатии и конгруэнтности / А.Б. Орлов, М.А. Хазанова // Вопросы психологии. – 1993. – № 4. – С. 68–73.
 135. Палченкова, М.В. Синдром эмоционального выгорания врачей / М.В. Палченкова, А.В. Коньков, Л.А. Конькова // Медицинский вестник МВД. – 2016. – Т. LXXXV, № 6. – С. 65–69.

136. Пахтусова, Е.Е. Личностные особенности и клинические проявления синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 19.00.04 / Пахтусова Елена Евгеньевна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т им. А.И. Евдокимова]. – М., 2015. – 24 с.
137. Петрова, Е.В. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений / Е.В. Петрова, Н.В. Семенова, А.Н. Алехин // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 12 (114). – С. 194–199.
138. Плоткин, Ф.Б. Синдром эмоционального выгорания: фантом или клиническая реальность? / Ф.Б. Плоткин // Теория и практика охраны психического здоровья – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 121–141.
139. Поддубная, Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор) / Т.В. Поддубная // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т.23, № 2. С. 9–36.
140. Подсадный, С.А. Развитие научных представлений о синдроме выгорания / С.А. Подсадный, Д.Н. Орлов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2008. – С. 13–35.
141. Полищук, Ю.И. Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии / Ю.И. Полищук, З.В. Летникова // Психотерапия. – 2012. – №. 1. – С. 16–20.
142. Положий, Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 1. – С. 3–7.
143. Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – М.: Экспертное бюро, 1997. – 496 с.
144. Поройский, С.В. Оценка нервно-психической устойчивости врачей скорой медицинской помощи к работе в экстремальных условиях / С.В. Поройский, А.Д. Доника, М.В. Еремина // Евразийский Союз Ученых. – 2015. – № 12–1 (21). – С. 64–66.
145. Постнов, В.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов / В.В. Постнов // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2010. – Т. 118, № 12. – С. 184–189.
146. Прашко, Я. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Я. Прашко, П. Можны, М. Шлепецки. – М.: Институт общегуманитарных исследований. – 2015. – 1072 с.

147. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): новая медицинская технология / СБНИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-составители: А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. СПб., 2005. – 23 с.
148. Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научных статей / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Изд-во Курского государственного университета, 2007. – 169 с.
149. Протьюко, Н.Н. Синдром эмоционального выгорания / Н.Н. Протьюко, С.Ю. Сластников // Военная медицина. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 106–108.
150. Психиатрия / коллектив авторов: Н.Г. Незнанов, Ю.А. Александровский, Л.М. Барденштейн, В.Д. Вид, В.Н. Краснов, Ю.В. Попов; под ред. Н.Г. Незнанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с. – (Серия «Клинические рекомендации»).
151. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / СБНИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб, 2005. – 54 с.
152. Психиатрия. Учебник / под ред. В.К. Шамрея, А.А. Марченко. – СПб.: СпецЛит, 2019. – 382 с.
153. Психотерапия. Учебное пособие / под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 501 с.
154. Психотерапия: учебник для вузов. – 2-е изд., перераб. / [В.А. Абабков и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 672; 3-е изд. – 2007. – 661 с.
155. Пуговкина, О.Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии О.Д. Пуговкина // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – №. 2. – С. 26–31.
156. Рогинская, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Рогинская // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 3. – С. 85–95.
157. Рогозян, А.Б. Индивидуальная устойчивость к стрессу при различных сочетаниях свойств социальной адаптивности личности / А.Б. Рогозян // Человеческий капитал. – 2012. – № 3 (39). – С. 134–139.
158. Роджерс, К.Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию / К.Р. Роджерс: пер. с англ. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 416 с.
159. Романова, Е.С. Механизмы психологической защиты : Генезис. Функционирование. Диагностика / Е. С. Романова, Л. Р. Гребенников; Моск. гор. пед. ун-т. – Мытищи : Талант, 1996. – 140 с,
160. Сазонов, В.Я. Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика: автореф. дис. ... канд.

- мед. наук: 19.00.04 / Сазонов Валерий Яковлевич; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2012. – 20 с.
161. Святская, Е.Ф. Синдром эмоционального выгорания: факторы риска, профилактика / Е.Ф. Святская, Т.В. Жукова // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: Материалы III Международной научно-практической конференции, май 2015 г., – Улан-Удэ: Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, 2015. – С. 272–274.
 162. Селье, Г. Очерки об адапционном синдроме / Г. Селье: пер. с англ. В.И. Кандрова, А.А. Рогова. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.
 163. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – Москва: Прогресс, 1982. – 128 с.
 164. Семенова, Н.В. Клинико-психологические особенности пациентов с онкозаболеваниями в период активного специализированного лечения / Н.В. Семенова, И.С. Лысенко, П.Д. Чернов, С.В. Ляшковская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2018. – № 1. – С. 33–41.
 165. Семенова, Н.В. Современные подходы к формированию системы обеспечения качества психиатрической помощи (на примере Ленинградской области): автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06, 14.02.03 / Семенова Наталия Владимировна; [Место защиты: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2014. – 50 с.
 166. Семке, В.Я. Хроника запрограммированной смерти клеток при психоневрологической патологии [Электронный ресурс] / В.Я. Семке, С.А. Иванова // Международный неврологический журнал. – 2006. – Т. 1, №. 5. – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/2634>
 167. Середин, С.Б. Фармакологическая регуляция эмоционально-стрессовых состояний / С.Б. Середин // Вестник РАМН. – 2003. – № 12. – С. 35–37.
 168. Сидоров, П.И. Синдром эмоционального выгорания (лекция) / П.И. Сидоров // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 129–139.
 169. Сидоров, П.И. Синдром эмоционального выгорания / П.И. Сидоров // Медицинская газета. – 2005. – № 43.
 170. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста МВІ): методические рекомендации / СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-составители: Е.И. Лозинская, Н.Б. Лутова, В.Д. Вид. – СПб., 2007. – 19 с.
 171. Скугаревская, М.М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания: инструкция по применению / М.М. Скугаревская. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2003а. – 16 с.

172. Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.18, 19.00.04 / Скугаревская Марина Михайловна; [Место защиты: Белорусский гос. мед. ун-т]. – Минск, 2003b. – 20 с.
173. Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья / М.М. Скугаревская // Медицинский журнал. – 2002. – Т. 2, № 2. – С. 93–96.
174. Смирнова, Е.В. Техники моделирования в поведенческой терапии социальных страхов и нарушений в межличностных отношениях [Электронный ресурс] / Е.В. Смирнова, В.И. Курпатов // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал. – 2015. – N 3 (9). – URL: <http://medpsy.ru/climp>
175. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина // М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2006. – 520 с.
176. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во Институт психологии РАН, 2011. – 512 с..
177. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина. – 1984. – 191 с.
178. Тиллетт Р. Больной внутри нас: психические расстройства у специалистов медицинского профиля / Р. Тиллетт // Обзор современной психиатрии. – 2004. – № 2. – С. 23–30.
179. Типология психотерапевтических мишеней и её использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации / СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: Р.К. Назыров [и др.]. – СПб., 2014. – 18 с.
180. Умняшкина, С.В. Синдром эмоционального выгорания, как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий) / С.В. Умняшкина // Сибирский психологический журнал. – 2001. – № 14-15. – С. 68–71.
181. Усанина, С.В. К вопросу синдрома эмоционального выгорания / С.В. Усанина, В.Ю. Слабинский // Позитум. – 2002. – № 3. – С. 63–67.
182. Усманова, Е.Б. Опросник качества жизни для пациентов с онкоортопедической патологией / Е.Б. Усманова, О.Ю. Щелкова, Г.Л. Исурина и др. // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т.27, № 2 (104). – С. 147–166.
183. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Учебное пособие / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 362 с..

184. Фокина, Т.Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Фокина Татьяна Юрьевна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т]. – М., 2009. – 26 с.
185. Фурманов, И.А. Основы групповой психотерапии. Учебное пособие / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. – Минск: Тесей, 2004. – 256 с.
186. Холмогорова, А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? / А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – №. 2. – С. 16–19.
187. Холмогорова, А.Б. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности / А.Б. Холмогорова, Е.Н. Клименкова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 75–93.
188. Хохлов, Р.А. Влияние социально-демографических факторов на развитие синдрома эмоционального выгорания врачей / Р.А. Хохлов, Э.В. Минаков, Г.И. Фурменко // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т.8, № S82. – С. 23а–23.
189. Черкасова, Е.С. Психофизиологическая модель саморегуляции в преодолении синдрома эмоционального выгорания / Е.С. Черкасова, А.М. Сажаев, О.В. Гришин // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2013. – Т. 55, № 4. – С. 35–38.
190. Эйдемиллер, Э.Г. Современные психотехнологии охраны здоровья психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и бизнесменов / Э.Г. Эйдемиллер, В.А. Тарабанова // Материалы V Международной научно-практической конференции преподавателей вузов, ученых, специалистов, аспирантов, студентов «Теоретические и прикладные проблемы развития личности в образовательном пространстве» (декабрь 2010 г.). – Н. Новгород: ВГИПУ, 2010. – С. 106–109.
191. Эйдемиллер, Э.Г. Становление психотерапии как специальности – становление психотерапевта как специалиста / Э.Г. Эйдемиллер // Российский психиатрический журнал. – 2012, № 4. – С. 84–92.
192. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден: пер. с англ. – СПб.: Речь, 2002. – 345 с.
193. Юрьева, Л.Н. Особенности синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб / Л.Н. Юрьева // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск: Курский государственный университет, 2008. – С. 188–197.
194. Юрьева, Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. – Киев: Сфера, 2004а. – 246 с.

195. Юрьева, Л.Н. Распространенность синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-психиатров и причины его формирования / Л.Н. Юрьева // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 23–25.
196. Юрьева, Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы / Л.Н. Юрьева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004b. – Т. 14, № 4. – С. 91–97.
197. Ялтонская, А.В. Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении депрессивных расстройств непсихотического уровня: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.01.06 , 19.00.04 / Ялтонская Александра Владимировна; [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т им. А.И. Евдокимова]. – Москва, 2013. – 25 с.
198. Acker, G.M. The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers / G.M. Acker // Community Mental Health Journal. – 2010. – Vol. 46 (6). – P. 591–600.
199. Acker, G.M. Social work and managed care: measuring competence, burnout, and role stress of workers providing mental health services in a managed care era / G.M. Acker, D. Lawrence // Journal of Social Work. – 2009. – Vol. 9 (3). – P. 269–283.
200. Ahola, K. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach / K. Ahola, J. Hakanen, R. Perhoniemi // Burnout Research. – 2014. – Vol. 1. – P. 29–37.
201. Ashtari, Z. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health / Z. Ashtari, F.Y. Khodaei // African Journal of Psychiatry (South Africa). – 2009. – Vol. 12 (1). – P. 71–74.
202. Awa, W.L. Burnout prevention: A review of intervention programs / W.L. Awa, M. Plaumann, U. Walter // Patient Education and Counseling. – 2010. – Vol. 78(2). – P. 184–190.
203. Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders / A.T. Beck. – NewYork: International Universities Press, 1976. –356 p.
204. Ballenger-Browning, K.K. Predictors of burnout among military mental health providers / K.K. Ballenger-Browning, K.J. Schmitz, J.A. Rothacker et al. // Military Medicine. – 2011. – Vol. 176 (3). – P. 253–260.
205. Bangasser, D.A Sex differences in corticotropin-releasing factor receptor signaling and trafficking: potential role in female vulnerability to stress-related psychopathology / D.A. Bangasser, A. Curtis, Beverly A.S. Reyes et al. // Molecular Psychiatry. – 2010. – Vol. 15 (9). – P. 896–904.
206. Bender, A. Depression and the workplace: A progress report / A. Bender, P. Farvolden // Current Psychiatry Reports. – 2008. – Vol. 10. (1). – P. 73–79.
207. Berry, K. The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: A review of the literature / K. Berry,

- C. Barrowclough, G. Haddock // *Schizophrenia Bulletin*. – 2011. – Vol. 37 (5). – P. 958–972.
208. Berry, K. A description and evaluation of a challenging behaviour workshop / K. Berry, C. Barrowclough, C. Innes, M. Fitzgerald // *Journal of Mental Health*. – 2012. – Vol. 21 (5). – P. 478–484.
209. Berry, K. The relevance of attachment theory for psychiatric rehabilitation and implications for practice / K. Berry, R. Drake // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2010. – Vol. 16 (4). – P. 308–315.
210. Bianchi, R. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression / R. Bianchi, I.S. Schonfeld, E. Laurent // *Journal of Stress Management*. – 2014. – Vol. 21 (4). – P. 307–324.
211. Bianchi, R. Is burnout solely job related? A critical comment / R. Bianchi, D. Truchot, E. Laurent et al // *Scandinavian Journal of Psychology*. – 2014. – Vol. 55 (4). – P. 357–361.
212. Bianchi, R. Burnout: Absence of binding diagnostic criteria hampers prevalence estimates / R. Bianchi, I.S. Schonfeld, E. Laurent // *International Journal of Nursing Studies*. – 2015. – Vol. 52 (3). – P. 789–790.
213. Biebel, E.P. Compassion fatigue, burnout, and frustration in substance abuse counselors working with offenders in prisons versus community settings / E.P. Biebel. – *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanit. Soc. Sci.* – 2012. – Vol. 72(11-A). – Article number: 4308.
214. Bowers, L. Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study / L. Bowers, A. Simpson, S. Eyres et al. // *International Journal of Mental Health Nursing*. – 2006. – Vol. 15 (4). – P. 226–234.
215. Bressi, C. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey / C. Bressi, M. Porcellana, O. Gambini et al. // *Psychiatry Services*. – 2009. – Vol. 60 (7). – P. 985–988.
216. Brewer, E.W. Employee Burnout: A Meta-Analysis of the Relationship Between Age or Years of Experience / E.W. Brewer, L. Shapard // *Human Resource Development Review*. – 2004. – Vol. 3 (2). – P. 102–123.
217. Bruce, S.M. Burnout in physicians: A case for peer-support / S.M. Bruce, H.M. Conaglen, J.V. Conaglen // *Internal Medicine Journal*. – 2005. – Vol. 35 (5). – P. 272–278.
218. Carrola, P.A. Measurement Invariance of the Counselor Burnout Inventory Across Cultures: A Comparison of U.S. and Korean Counselors / P.A. Carrola, K Yu, D.A. Sass, S.M. Lee // *Measurement and Evaluation in Counseling and*. – 2012. – Vol. 45 (4). – P. 227–244.
219. Creswell, J.D. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling / J.D. Creswell, B.M. Way, N.I. Eisenberger et al. // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69 (6). – P. 560–565.

220. Deary, I.J. Personality and Stress in Consultant Psychiatrists / I.J. Deary, R.M. Agius, A. Sadler // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1996. – Vol. 42 (2). – P. 112–123.
221. Demerouti, E. The job demands-resources model of burnout / E. Demerouti, A.B. Bakker, F. Nachreiner, W.B. Schaufeli // *Journal of Applied Psychology*. – 2001. – Vol. 86 (3). – P. 499–512.
222. Engel, G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G.L. Engel // *Psychodynamic Psychiatry*. – 1977. – Vol. 40 (3). – P. 377–396.
223. Engel, G. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–544.
224. Evans, S. The impact of «statutory duties» on mental health social workers in the UK / S. Evans, P. Huxley, M. Webber et al. // *Health and Social Care in the Community*. – 2005. – Vol. 13 (2). – P. 145–154.
225. Fischer, J. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study / J. Fischer, S. Kumar, S. Hatcher // *Australasian Psychiatry* – 2007. – Vol. 15 (5). – P. 417–421.
226. Freudenberger, H.J. Burn-out. How to beat the high cost of success / H.J., Freudenberger, G. Richelson. – Toronto ; NewYork: Bantam Books, 1981. – 214 p.
227. Freudenberger, H.J. Staff burnout / H.J., Freudenberger // *Journal of Social Issues*. – 1974. – Vol. 30 (1). – P. 159–165.
228. Garman, A.N. Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level / A.N. Garman, P.W. Corrigan, S. Morris // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2002. – Vol. 7 (3). – P. 235–241.
229. Garner, B.R. Burnout among corrections-based drug treatment staff / B.R. Garner, K. Knight, D.D. Simpson // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. – 2007. – Vol. 51 (5). – P. 510–522.
230. Gilbody, S. Can we improve the morale of staff working in psychiatric units? A systematic review / S. Gilbody, J. Cahill, M. Barkham et al. // *Journal of Mental Health*. – 2006. – Vol. 15 (1). – P. 7–17.
231. Greck, M. Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder / M. Greck, L. Scheidt, A.F. Bölter et al. // *World Journal of Biological Psychiatry*. – 2011. – Vol. 12 (4). – P. 296–308.
232. Green, A.E. The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers / A.E. Green, B.J. Albanese, N.M. Shapiro, G.A. Aarons // *Psychological Services*. – 2014. – Vol. 11 (1). – P. 41–49.
233. Griffin, M.L. Job Involvement, Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment and the Burnout of Correctional Staff / M.L. Griffin, N.L. Hogan, E. G. Lambert et al. // *Criminal Justice and Behavior*. – 2010. – Vol. 37 (2). – P. 239–255.
234. Guha, M. Professional stress: Book review / M. Guha // *Journal of Mental Health*. – 2011. – Vol. 20, – P. 210–214.

235. Halbesleben, J.R.B. Burnout in organizational life / J.R.B. Halbesleben, M.R. Buckley // *Journal of Management*. – 2004. – Vol. 30 (6). – P. 859–879..
236. Herman, S.M. Therapist-client similarity on the multimodal Structural Profile Inventory as a predictor of early session impact / S.M. Herman // *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. – 1997. – Vol. 6 (2). – P. 139–144.
237. Jones, J.W. The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP): preliminary test manual / J.W. Jones. – Park Ridge, IL: London House Press, 1980.
238. Jordan, K. Vicarious Trauma: Proposed Factors That Impact Clinicians / K. Jordan // *Journal of Family Psychotherapy*. – 2010. – Vol. 21 (4). – P. 225–237.
239. Kjeldmand, D. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners [Электронный ресурс] / D. Kjeldmand, I. Holmström // *Annals of Family Medicine*. – 2008. – Vol. 6 (2). – P. 138–145. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267420/>
240. Kumar, S. Burnout and Job Satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a National Study / S. Kumar, J. Fischer, E Robinson et al. // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2007. – Vol. 53 (4). – P. 306–316.
241. Kumar, S. Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study / S. Kumar, S. Hatcher, G. Dutu et al. // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2011. – Vol. 57 (2). – P. 166–179.
242. Kumar, S. Burnout in psychiatrists: etiological mode / S. Kumar, S. Hatcher, P. Huggard // *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. – 2005. – Vol. 35 (4) – P. 405–419.
243. Kumar, S. Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand / S. Kumar, P. Sinha, G. Dutu // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2013. – Vol. 59 (5). – P. 460–467.
244. Leiter, M.P. Burnout among Mental Health Workers: A Review and a Research Agenda / M.P. Leiter, P.L. Harvie // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1996. – Vol. 42 (2). – P. 90–101
245. Linnerooth, P.J. Professional burnout in clinical military psychologists: Recommendations before, during, and after deployment / P.J. Linnerooth, A.J. Mrdjenovich, B.A. Moore // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2011. – Vol. 42 (1). – P. 87–93.
246. Lipczynska, S. Physician, heal thyself: Mental disorders and burnout among healthcare staff / S. Lipczynska // *Journal of Mental Health*. – 2011. – Vol. 20 (2). – P. 215–217.
247. Maslach, C. Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon / C. Maslach // *Job Stress and Burnout* /ed. by W.S. Paine. – Beverly Hills: Sage Publ., 1982. – P. 29–40.
248. Maslach, C. Maslach Burnout Inventory manual. – 3rd Edition / C. Maslach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. – Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. – 52 p.

249. Maslach, C. Job Burnout / C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.
250. Maslach, C. The Maslach Burnout Inventory / C. Maslach, S.E. Jackson – Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1981. – 19 p.
251. Maslach, C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // *Journal of Occupational Behavior*. – 1981. – Vol. 2 (2). – P. 99–113.
252. McManus, I.C. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates [Электронный ресурс] / I.C. McManus, A. Keeling, E. Paice // *BMC Medicine*. – 2004. – Vol. 2, Article number: 29. – URL: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29>
253. Moore, K.A. Stress in Mental Health Professionals: a Theoretical Overview / K.A. Moore, C.L. Cooper // *International Journal of Social Psychiatry* – 1996. – Vol. 42 (2). – P. 82–89.
254. Mor Barak, M.E. Antecedents to Retention and Turnover among Child Welfare, Social Work, and Other Human Service Employees: What Can We Learn from Past Research? A Review and Meta-analysis / M.E. Mor Barak, J.A. Nissly, A. Levin // *Social Service Review*. – 2001. – Vol. 75 (4). – P. 625–661.
255. Morse, G. Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation / G. Morse, M.P. Salyers, A.L. Rollins et al. // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. – 2012. – Vol. 39 (5). – P. 341–352.
256. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) Meditation: In Depth [Электронный ресурс]. URL: <https://nccih.nih.gov/health/meditation/overview.htm> (data accessed: 13.04.2016).
257. Oddie, S. Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service / S. Oddie, L. Ousley // *The British Journal of Forensic Practice*. – 2007. – Vol. 9 (2). – P. 32–48.
258. Onyett, S. Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams / S. Onyett // *Journal of Mental Health*. – 2011. – Vol. 20 (2). – P. 198–209.
259. Onyett, S. Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams / S. Onyett, T. Pillinger, M. Muijen // *Journal of Mental Health*. – 1997. – Vol. 6 (1). – P. 55–66.
260. Pejušković, B. Burnout syndrome among physicians—the role of personality dimensions and coping strategies / B. Pejušković, D. Lečić-Toševski, S. Priebe, O. Tošković // *Psychiatria Danubina*. – 2011. – Vol. 23 (4). – P. 389–395.
261. Perlman, B. Burnout: Summary and Future and Research / B. Perlman, E.A. Hartman // *Human Relations*. – 1982. Vol. 35 (4). – P. 38–42.
262. Peterson, U. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers / U. Peterson, E. Demerouti, G. Bergström et al. // *Journal of Advanced Nursing*. – 2008. – Vol. 62 (1). – P. 84–95.

263. Pines, A. Career Burnout: Causes and Cures / A. Pines, E. Aronson. – New York: Free Press, 1988. – 257 p.
264. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Conte // Emotions in Personality and Psychopathology / ed. by C.E. Izard/ N.Y.: Plenum, 1979. – P.229–257.
265. Prochaska, J.O. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis; 8th Revised edition / J.O. Prochaska, J.C. Norcross. – San Francisco: Brooks/Cole, 2013. – 576 p.
266. Professional Burnout: Recent Developments In Theory And Research / ed. by W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington DC: Taylor & Francis, 1993. – 312 p.
267. Prosser, D. Mental Health: «Burnout» and Job Satisfaction among Hospital and Community-Based Mental Health Staff / D. Prosser, S. Johnson, E. Kuipers et al. // British Journal of Psychiatry. – 1996. – Vol. 169 (3). – P. 334–337.
268. Puig, A. Burnout syndrome in psychotherapists: a comparative analysis of five nations / A. Puig , E. Yoon, C. Callueng et al. // Psychological Services. – 2014. – Vol. 11 (1). – P. 87–96.
269. Purvanova, R.K. Gender differences in burnout: A meta-analysis / R.K. Purvanova, J.P. Muros // Journal of Vocational Behavior. – 2010. – Vol. 77 (2). – P. 168–185.
270. Recknor, F. A Descriptive Study of United States-Based Human Trafficking Specialty Clinics. Psychiatr Q // F. Recknor, M. Gordon, J. Coverdale, M. Gardezi, P.T. Nguyen [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09691-8>. // 2020;91(1):1-10.
271. Rey, J.M. Australian psychiatrists today: Proud of their profession but stressed and apprehensive about the future / J.M. Rey, G. Walter, M. Giuffrida // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 38 (3). – P. 105–110.
272. Rohland, B.M. A survey of burnout among mental health center directors in a rural state / B.M. Rohland // Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. – 2000. – Vol. 27 (4). – P. 221–237.
273. Rosen, A. Psychiatrically impaired medical practitioners: better care to reduce harm and life impact, with special reference to impaired psychiatrists / A. Rosen, A. Wilson, P. Randal et al. // Australasian Psychiatry. – 2009. – Vol. 17 (1). – P. 11–18.
274. Rosenman, R.H. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: a follow-up experience of 4.5 years / R.H. Rosenman, M.G. Friedman, R. Straus et al. // Journal of Chronic Diseases. –1970. – Vol. 23 (3). – P. 173-190.
275. Rössler, W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers / W. Rössler // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2012. – Vol. 262, (Suppl. 2). – P. S65–S69.

276. Salyers, M.P. BREATHE: a pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals / M.P. Salyers, C. Hudson, G. Morse et al. // *Psychiatric Services*. – 2011. – Vol. 62 (2). – P. 214–217.
277. Sanne, B. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study / B. Sanne, A. Mykletun, A.A. Dahl et al. // *Occupational Medicine*. – 2005. – Vol. 55 (6). – P. 463–473.
278. Schaufeli, W.B. Burnout: 35 years of research and practice / W. B. Schaufeli, M.P. Leiter, C. Maslach // *Career Development International*. – 2009. – Vol. 14 (3). – P. 204–220.
279. Shin, H. Cross-cultural validation of the counselor burnout inventory in Hong Kong / H. Shin, M. Yuen, J. Lee, S.M. Lee // *Journal of Employment Counseling*. – 2013. – Vol. 50 (1). – P. 14–25.
280. Shirom, A. Burnout and health review: current knowledge and future research directions / A. Shirom, S. Melamed, S. Toker et al. // *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. – 2005. – Vol. 20. – P. 269–308.
281. Slade, M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals / M. Slade. – Cambridge University Press, 2009. – 288 p.
282. Snibbe, J.R. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting / J.R. Snibbe, T. Radcliffe, C. Weisberger et al. // *Psychological Reports*. – 1989. – Vol. 65 (3, Pt 1). – P. 775–780.
283. Son, H. Examination of hospital workers' emotional responses to an infectious disease outbreak: lessons from the 2015 MERS Co-V outbreak in South Korea // H. Son, W.J. Lee, H.S. Kim. et al. *Disaster Med Public Health Prep*. 2019;13:504–510 [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.95>.
284. Stebnicki, M.A. Empathy Fatigue: Healing the Mind, Body, and Spirit of Professional Counselors / M.A. Stebnicki. – New York: Springer Publ. Co., 2008. – 256 p.
285. Steinman, M.Q. Sex-specific effects of stress on oxytocin neurons correspond with responses to intranasal oxytocin / M.Q. Steinman, N. Duque-Wilckens, G.D. Greenberg et al. // *Biological Psychiatry*. – 2016. – Vol. 80 (5). – P. 406–414.
286. Thomsen, S. Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: The importance of organizational and individual factors / S. Thomsen, J. Soares, P. Nolan et al. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 68 (3). – P. 157–164.
287. Vaccaro, J.V. A profile of community mental health center psychiatrists: Results of a national survey / J.V. Vaccaro, G.H. Clark // *Community Mental Health Journal*. – 1987. – Vol. 23 (4). – P. 282–289.
288. Volpe, U. Risk of burnout among early career mental health professionals / U. Volpe, M. Luciano, C. Palumbo et al. // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2014. – Vol. 21 (9). – P. 774–781.

289. Wang, J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s) / J. Wang // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35 (6). – P. 865–871.
290. World Health Organization. ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: World Health Organization, 1992. – 377 p.
291. Yagi, D.T. Cross-cultural validation of factor structure in the Japanese Counselor Burnout Inventory / D.T Yagi, J. Lee, A. Puig, S. Lee // *Japanese Psychological Research*. – 2011. – Vol. 53 (3). – P. 281–291.
292. Zapf, D. Emotion work and job stressors and their effects on burnout / D. Zapf, C. Seifert, B. Schmutte et al. // *Psychology & Health*. – 2001. – Vol. 16 (5). – P. 527–545.

Список сокращений

МВІ — опросник «Maslach Burnout Inventory»

Д — «Деперсонализация»

КПТ — когнитивно-поведенческая психотерапия

КЖ — качество жизни

КЗ — качество здоровья

МКБ –10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ –11 — международная классификация болезней 11-го пересмотра

НПУ — нервно–психическая устойчивость

РПД — «Редукция персональных достижений»

СЭВ — синдром эмоционального выгорания

ЭИ — «Эмоциональное истощение»