

Кухтенко Юлия Александровна

**Диагностика и коррекция синдрома эмоционального выгорания у  
специалистов, работающих с пациентами психиатрического и  
наркологического профиля**

19.00.04 – Медицинская психология

14.01.06 – Психиатрия

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

Москва

2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент Караваяева Татьяна Артуровна

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор Макаров Виктор Викторович

Официальные оппоненты:

Винокур Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии «Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова»

Марченко Андрей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, доцент кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «23» сентября 2021г. в 12.00 на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России и на сайте: <http://www.bekhterev.ru>

Автореферат разослан «23» августа 2021г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

**Яковлева Юлия Александровна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является предметом изучения зарубежных и отечественных специалистов в течение последних 50-ти лет, что подтверждает актуальность и важность данной проблемы (Вид В.Д., 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; Васильева Н.Г., 2016; Городнова М.Ю., 2016; Бочаров В.В., 2017; Morse G., 2012; Volpe U., 2014; Menon A., 2015; Bianchi R., 2015).

Исследования показывают различную распространенность СЭВ у специалистов – от 45,8 % (Morse G. et al., 2012) до 80 % (Юрьева Л.Н., 2006; Сидоров П.И., 2007; Королева Е.Г., Шустер Э.Е., 2007). В научной 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 др., 2006; Величковская С.Б., 2008; Поройский С.В., 2015; Purvanova R.K., Muros J.P., 2010; Ballenger-Browning et al., 2011; Pejušković B., 2011). Зачастую профессиональные стрессы в следствии психоэмоциональных и интеллектуальных перегрузок приводят к расстройствам адаптации (Вассерман Л.И., Шамрей В.К., Марченко А.А., 2008). Предрасполагающим фактором развития СЭВ являются особенности специфического асимметричного взаимодействия между специалистом помогающей профессии и пациентом, в котором первый вне зависимости от своих внутренних переживаний, установок, личных обстоятельств по определению должен оказывать помощь, поддержку, проявлять внимание, 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., 2017; Васильева Н.Г., 2018; Матюшкина Е.Я. и соавт., 2020).

Эффективность терапевтического воздействия во многом определяется качеством взаимоотношений врача и пациента, которое зависит от множества факторов. Личностные особенности, уровень эмпатии, 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., 1997; Вассерман Л.И., 2005; Карвасарский Б.Д., 2007; Лозинская Е.И., 2007; Величковская С.Б., 2008; Подсадный С.А., 2008; Юрьева Л.Н., 2008; Лукьянов В.В., 2006, 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; Лутова Н.Б., 2018).

Психиатрия на протяжении вот уже нескольких десятилетий считается одной из наиболее стрессогенных медицинских специальностей, которые приводят к

повышенному риску СЭВ и суицида 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).

Значимость проблемы СЭВ вышла на первое место и в 2020 году, в связи с развитием пандемии атипичной пневмонии COVID–19, которая стала угрозой для 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, ощущение беспомощности оказывают на медицинский персонал значимое влияние, что приводит к врачебным ошибкам и задержкам в принятии тактически важных решений (Son H., Lee W.J., Kim H.S. et al., 2019).

В настоящее время ВОЗ продолжает разрабатывать рекомендации по профилактике и коррекции СЭВ у врачей и медицинского персонала, оценивая это как одну из приоритетных задач.

### **Степень разработанности проблемы**

Проблеме СЭВ посвящено большое количество зарубежных и отечественных исследований (Вид В.Д., 1998; Орел В.Е., 2001, 2005, 2011; Бойко В.В., 1999, 2008; Водопьянова Н.Е., 2005, 2013; Лукьянов В.В., 2006, 2007, 2008; Скугаревская М.М., 2002, 2003; Сазонов В.Я., 2012; Лозинская Е.И., 2007, 2014; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013; Васильева Н.Г., 2016; Бочаров В.В., 2017; Maslach С., Jackson S.E., 1981; Freudenberger H.J., 1990; Awa W.L. et al., 2010; Berry K., 2010, 2011, 2012; Greck M. et al., 2011; Biebel E.P., 2012; Ahola K., 2014; Bianchi R., 2014), которые проводятся в нескольких направлениях: диагностика, профилактика и лечение СЭВ. Часть исследований в отечественной и зарубежной науке посвящены оценке распространенности СЭВ среди представителей различных медицинских специальностей – врачей онкологов, педиатров, психиатров, наркологов, физиотерапевтов, стоматологов и других (Ларенцова Л.И., 2002; Фокина Т.Ю., 2009; Лукьянов В.В., 2007; Постнов В.В., 2010; Сазонов В.Я., 2012; Козин В.А., Агибалова Т.В., 2013; Городнова М.Ю., 2016; Семёнова Н.В. и соавт., 2018; Kumar S., Hatcher S., Huggard P., 2005; Bianchi R., 2014; Menon A., 2015). Современный этап изучения включает в себя не только оценку прогноза развития СЭВ, но и разработку методов профилактики и коррекции через интеграцию различных подходов, преимущественно психотерапевтических, соотношение которых необходимо учитывать в каждом отдельном случае (Сидоров П.И., 2007; Васильева Н.Г., 2018).

На данный момент мало исследована роль нервно-психической устойчивости (НПУ) в возникновении СЭВ у специалистов. Показатель уровня НПУ отражает риск дезадаптации личности в условиях стресса (Боченков А.А., 2006; Черкасова Е.С., Сажаев А.М., Гришин О.В., 2013; Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015; Шамрей В.К., Курпатов В.И., 2017; Караваева Т.А., Макаров В.В., Яковлев А.В., 2019).

Из всех направлений исследований, наиболее трудоемкие касаются разработки методов профилактики и лечения СЭВ. Это в целом связано со сложностью терапии проявлений синдрома эмоционального выгорания и возможностями организации доказательных исследований в этой области.

Таким образом, недостаточно изучены связи между нервно-психической устойчивостью, проявлениями психологических защит и СЭВ, а также мишени психотерапевтической коррекции, методы психотерапии, эффективные для лечения специалистов с СЭВ, чему посвящено настоящее исследование.

**Цель исследования:** на основании комплексной оценки СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, выделить мишени коррекции СЭВ; разработать и апробировать психотерапевтическую программу для специалистов данной категории.

**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 программа (включающая в себя когнитивно-поведенческую психотерапию и релаксационные техники), направленная на коррекцию СЭВ у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля. Апробация предложенной программы 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 программы 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 программа 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., 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 С., 1981; Pines А., 1988; Freudenberger Н.Г., 1990; Schaufeli W. В., Leiter M. Р., Maslach С., 2009; Onyett S., 2011; Guha M., 2011; Lipczynska S., 2011; Bianchi R., 2014). Концепция исследования согласуется с основными положениями биопсихосоциальной концепции психических нарушений (Engel G.L., 1977; Карвасарский Б.Д., 2010, Коцюбинский А.П., 2013), концепцией личности как системы жизненных отношений (Мясищев В.Н., 1960) и представлениями о существенной роли личности врача, качества профессионального контакта в лечении пациентов психиатрического и наркологического профиля (Ташлыкков 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 сформированным 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 г.).

### **Внедрение в практику**

Научные результаты 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 отделениях 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.).

### **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 295 источников (из них 199 отечественных и 96 иностранных). Работа иллюстрирована 3 рисунками и 38 таблицами.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Было обследовано 212 специалистов: 151 женщина (71,2%), 61 мужчина (28,8%). 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±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.

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.

### **Методы и дизайн исследования**

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

I. Клинический (клинико-анамнестический, клинико-патопсихологический, клинико-патогенетический). 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 МВИ (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008), который является «золотым стандартом» диагностики СЭВ. Методика, апробированная в работах Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2001, 2008), в дальнейшем 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 многих других.

2) Методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008). Методика апробирована на русскоязычной выборке, использовалась в диссертационных исследованиях П.И. Сидорова (2005), В.В. Лукьянова (2007), С.А. Игумнова (2008), Н.Г. Васильевой (2016) и др.

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), является уникальной методикой, которую применяют в исследованиях и пособиях (Берг Т.Н., 2005; Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М., 2012; Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В., 2015), в том числе для определения НПУ у военнослужащих и абитуриентов. Методика содержит «шкалу искренности» (недоверности).

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) использовалась для диагностики механизмов психологической защиты.

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 соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998). Опросник рекомендован ВОЗ к применению для исследований, как инструмент помогающий оценить качество проводимого исследования.

III. Метод экспертных оценок: супервизия практических психотерапевтических занятий.

IV. Статистический метод исследования применялся для определения взаимосвязи показателей и ее статистической значимости. Статистический анализ был проведен с использованием пакета программ Microsoft Excel 2013 и IBM SPSS 11 и следующих критериев: непараметрического теста Уилкоксона (Wilcoxon Signed Ranks Test), Теста Дункан, Лямбда Уилкса, Хи-квадрата, Корреляций Пирсона, дискриминантного анализа и построением таблиц сопряженности с расчетом коэффициентов сопряженности.

**Дизайн исследования.** Проводилось клиническое обследование респондентов, изучалась частота встречаемости СЭВ, его структура. Из обследованных 212 специалистов было отобрано 100 специалистов с синдромом эмоционального выгорания для прохождения групповой психотерапии (35 мужчин и 65 женщин). Изучались уровень ситуативной и личностной тревожности, психологические защиты, уровень качества жизни специалистов, входивших в лечебную группу. Все показатели оценивались в динамике.

Интегративная групповая психотерапия проводилась в формате закрытых групп по 6 – 8 человек по четко структурированной схеме занятий, согласно предварительно разработанной методике. Занятия проводились одним врачом психотерапевтом, имеющим подготовку в области когнитивно-поведенческой психотерапии и

эмоционально-образной психотерапии. С целью обеспечения контроля за корректностью проводимых мероприятий и экспертной оценки осуществлялась мониторинговая супервизия. Алгоритм интегративной психотерапии СЭВ включает диагностический и психотерапевтический этапы. Диагностический состоит из комплексной клинической и психологической диагностики СЭВ, определения выраженности фаз и сформированности стадий СЭВ. Психотерапевтический этап состоял из восьми занятий групповой интегративной психотерапии, включающих психообразовательные элементы, применение релаксационных методик, когнитивно-поведенческую психотерапию, направленную на осознание особенностей формирования отношений участников группы с их пациентами и коллегами, формирование навыка объективной оценки эмоций, регулирование их выраженности и выработку адаптивных стратегий поведения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Характеристики и особенности проявления СЭВ

В результате проведенного клинического обследования 212 респондентов, выявлено, что достоверно чаще наблюдались общеvegetативные и астенические симптомы – у 81 человека (38,2%). 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 общеvegetативные нарушения ( $p < 0,05$ ), у врачей-психиатров по сравнению с врачами психотерапевтами и наркологами чаще отмечались астенические проявления ( $p < 0,05$ ) – 33 (52,4%). 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.

Таким образом, у 187 из 212 специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля, определялись те или иные симптомы различной длительности. Эти нарушения чаще отмечались эпизодически или носили волнообразный характер и влияли на социальное функционирование.

Полученные клинические данные согласовались с результатами исследования СЭВ у этих специалистов. Так, среди 212 обследованных респондентов признаки СЭВ были выявлены у **166** лиц (78,3%). 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% ( $p < 0,05$ ) (таблица 1). Статистически значимой связи между наличием СЭВ и полом, возрастом, стажем работы выявлено не было.

**Таблица 1**

**Выраженность СЭВ у представителей различных специальностей**

Степень выраженности СЭВ		Специальности <sup>2</sup>				Итого
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	
1	Количество	24	23	12	21	80
	% в специальности	44,4%	63,9% <sup>1</sup>	33,3% <sup>1</sup>	52,5% <sup>1</sup>	48,2%
	% от общего числа	14,5%	13,9% <sup>1</sup>	7,2% <sup>1</sup>	12,7% <sup>1</sup>	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% <sup>1</sup>	12,5%	17,5%
	% от общего числа	5,4%	2,4%	6,6% <sup>1</sup>	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%

Примечание: <sup>1</sup> отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ( $p < 0,05$ ) по критерию  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера (критерий Фишера).

<sup>2</sup> Здесь и далее: Группа 1 – психиатры, Группа 2 – психотерапевты, Группа 3 – наркологи, Группа 4 – медицинские психологи

Признаки эмоционального истощения в виде эмоционального опустошения, апатии, снижении энергетического потенциала, разочарования в профессиональной деятельности и снижение 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 эмоционального истощения). Выраженные признаки эмоционального истощения 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 отсутствие 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 (В.В. Лукьянов, 2007; Н.Е. Водопьянова, 2013; Kumar S., Sinha P., Dutu G., 2013) высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о более тяжелом протекании СЭВ. Выраженные проявления были характерны для 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) ( $p < 0,05$ ).

У 119 (71,7%) специалистов 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».

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. Отсутствуют признаки фазы «Резистенция» у 13,9%.

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 формирования. Меньше всего лиц со сформированной фазой «Резистенция» находилось в группе психологов – 25,0% ( $p < 0,05$ ), однако у более половины 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.

Среди исследуемой выборки фаза «Истощение» в стадии формирования присутствовала у 48 (28,9%), сформированная фаза отмечалась 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 выборки ( $n=166$ ) 14 (8,4%) специалистов имелось две сформированные фазы из трех, у 5 (3,0%) – были сформированы все три фазы.

Среди обследованных выявлена высокая встречаемость СЭВ – 78,3%. Наиболее часто СЭВ диагностировался у наркологов (90,0%) и психиатров (85,7%), реже у психологов (76,9%) и психотерапевтов (63,1%). Имеется обратно пропорциональная зависимость между уровнем НПУ и СЭВ ( $p < 0,01$ ).

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 специалистов этих специальностей (таблица 2).

**Таблица 2**  
**Интегральные показатели фаз СЭВ по группам специальностей**

13	n	Min	Max	Mean	Std. Error	Std. Deviation	Variance
<b>Фаза «Напряжение»</b>							
Группа 1	63	0	91	30,30	2,51	19,926	397,053
Группа 2	57	0	49	16,44 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	2,05	14,768	218,107
Итого	212	0	91	24,47	1,28	18,602	346,032
<b>Фаза «Резистенция»</b>							
Группа 1	63	17	105	60,49	2,76	21,924	480,673
Группа 2	57	8	88	47,47 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	2,73	19,715	388,680
Итого	212	8	106	54,13	1,58	23,068	532,115
<b>Фаза «Истощение»</b>							
Группа 1	63	11	89	35,16	2,46	19,528	381,329
Группа 2	57	6	51	24,05 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	2,28	16,429	269,916
Итого*	212	6	99	31,07	1,21	17,569	308,659

Примечание: <sup>1</sup> отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ( $p < 0,05$ ) Критерий  $\chi^2$  – угловое преобразование Фишера (критерий Фишера).

Большая часть специалистов имели средний уровень НПУ (60,8%). При изучении уровня НПУ выявлено, что в целом среди психотерапевтов и психологов чаще отмечается более высокий, а в группах психиатров и наркологов более низкий уровень НПУ (таблица 3).

**Таблица 3**  
**Уровень НПУ в зависимости от наличия СЭВ 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% <sup>1</sup>	43,8% <sup>1</sup>	6,3% <sup>1</sup>	37,5% <sup>1</sup>	100,0%
		% в специальности	22,2%	33,3%	25,0%	50,0%	34,8%
		% от общего кол-ва	4,3% <sup>1</sup>	15,2% <sup>1</sup>	2,2% <sup>1</sup>	13,0% <sup>1</sup>	34,8%
	3	Число обследуемых	7	14	3	6	30
		% в уровне НПУ	23,3% <sup>1</sup>	46,7% <sup>1</sup>	10,0% <sup>1</sup>	20,0% <sup>1</sup>	100,0%
		% в специальности	77,8%	66,7%	75,0%	50,0%	65,2%
		% от общего кол-ва	15,2% <sup>1</sup>	30,4% <sup>1</sup>	6,5% <sup>1</sup>	13,0% <sup>1</sup>	65,2%
	Итого	Число обследуемых	9	21	4	12	46
		% в уровне НПУ	19,6% <sup>1</sup>	45,7% <sup>1</sup>	8,7% <sup>1</sup>	26,1% <sup>1</sup>	100,0%
		% в специальности	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% от общего кол-ва	19,6% <sup>1</sup>	45,7% <sup>1</sup>	8,7% <sup>1</sup>	26,1% <sup>1</sup>	100,0%
	1	1	Число обследуемых	8	5	3	2
% в уровне НПУ			44,4% <sup>1</sup>	27,8% <sup>1</sup>	16,7% <sup>1</sup>	11,1% <sup>1</sup>	100,0%
% в специальности			14,8% <sup>1</sup>	13,9% <sup>1</sup>	8,3% <sup>1</sup>	5,0% <sup>1</sup>	10,8%
% от общего кол-ва			4,8% <sup>1</sup>	3,0% <sup>1</sup>	1,8% <sup>1</sup>	1,2% <sup>1</sup>	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% <sup>1</sup>	63,9% <sup>1</sup>	80,6% <sup>1</sup>	67,5% <sup>1</sup>	68,1%
		% от общего кол-ва	20,5% <sup>1</sup>	13,9% <sup>1</sup>	17,5%	16,3%	68,1%
3		Число обследуемых	12	8	4	11	35
		% в уровне НПУ	34,3% <sup>1</sup>	22,9%	11,4% <sup>1</sup>	31,4% <sup>1</sup>	100,0%
		% в специальности	22,2%	22,2%	11,1% <sup>1</sup>	27,5% <sup>1</sup>	21,1%
		% от общего кол-ва	7,2% <sup>1</sup>	4,8% <sup>1</sup>	2,4% <sup>1</sup>	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%
--	--------------------	-------	-------	-------	-------	--------

Примечание: <sup>1</sup> отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов ( $p < 0,05$ ) Критерий  $\phi^*$  – угловое преобразование Фишера (критерий Фишера).

В таблице 4 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, чем ниже уровень НПУ, тем выше уровень СЭВ.

**Таблица 4**  
**Корреляционный анализ показателей НПУ и фаз СЭВ по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 2008)**

Сравниваемые показатели		НПУ	Интегральный показатель	Фаза «Истощение»	Фаза «Резистенция»	Фаза «Напряжение»
НПУ	Pearson Correlation	1	-,419	-,378	-,282	-,361
	Sig. (2-tailed)	,	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>
	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

Примечание: <sup>1</sup> Корреляция Пирсона с двусторонней асимптотической значимостью на уровне –  $p < 0,01$

Таким образом, 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.

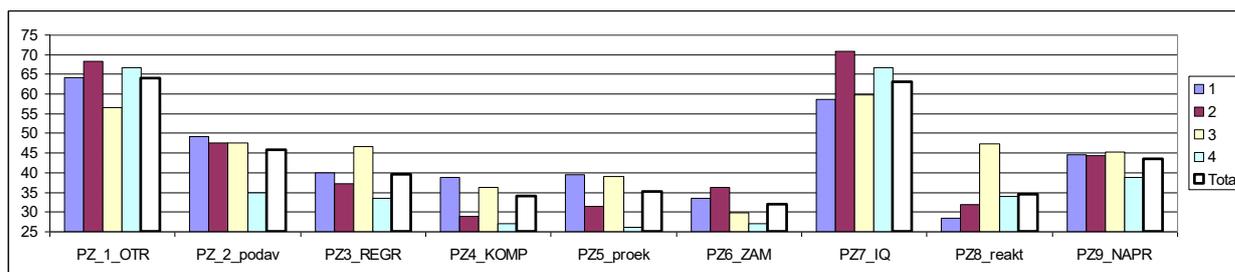
Между выраженностью СЭВ в целом, всех его фаз существует взаимосвязь с уровнем НПУ, демонстрирующая, что у лиц с низким уровнем НПУ выше уровень СЭВ.

### Уровень тревожности и напряженность психологических защит

Изучены характеристики тревожности, психологических защит у 100 специалистов с СЭВ, отобранных для прохождения групповой психотерапии

**Диагностика механизмов психологической защиты** показала, что 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» ( $62,92 \pm 2,22$ ) превышали пороговый показатель в 50% и являлись наиболее напряженными.

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 внутрличностных конфликтов ( $p < 0,01$ ) (рисунок 1).



**Рисунок 1** – Показатели напряженности психологических защит у специалистов разных групп описательной статистики

Примечание: 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»; PZ8\_reakt – Психологическая защита «Реактивное образование»; PZ9\_NAPR – Психологическая защита «Напряженность всех защит». Группа 1 – психиатры, Группа 2 – психотерапевты, Группа 3 – наркологи, Группа 4 – медицинские психологи  
\* ( $p < 0,01$ )

С помощью корреляционного анализа изучалась взаимосвязь между напряженностью психологических защит, уровнем НПУ и характеристиками выгорания. Проведенный корреляционный анализ показал, что высокий уровень напряженности всех психологических защит имеет значимую связь ( $p < 0,001$ ) с показателем «Деперсонализация».

**Изучение тревожности** выявило, что показатели почти всех компонентов общей тревожности 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 ( $\pm 1,76$ ).

Показатели почти всех компонентов ситуативной тревожности, 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. 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», интегральным показателем выгорания и степенью выгорания по методике «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2008). Шкалы «Эмоциональный дискомфорт», «Тревожная оценка перспективы» в большей степени связаны с показателями «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация».

### **Оценка эффективности разработанной программы психотерапии**

Психотерапевтические мероприятия оказали значимый эффект на всю экспериментальную группу. Имеются статистически значимые изменения показателей ( $p < 0,001$ ) по опроснику на выгорание МВІ по всем шкалам – «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция персональных достижений», а также по интегральному показателю степеней выгорания (таблица 5).

**Таблица 5**  
**Динамика выраженности симптомов СЭВ «до» и «после» групповой психотерапии в экспериментальной группе (n=100)**

	«Эмоциональное истощение»	«Деперсонализация»	«Редукция персональных достижений»	Интегральный показатель	Степень выгорания
Z-критерий	-4,282	-5,105	-4,412	-6,009	-5,636
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>

Примечание: <sup>1</sup> Корреляция Пирсона с двусторонней асимптотической значимостью –  $p < 0,01$

Полученные значения теста Уилкоксона для сравнения двух зависимых выборок показывают, что интегративная групповая психотерапия оказала значимый эффект на все специальности и практически по всем показателям без существенной разницы по группам.

Для сравнения двух зависимых выборок по методике «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» (Бурковский Г.В. и соавторы, СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998) (до и после психотерапевтических мероприятий) был использован непараметрический тест Уилкоксона (Wilcoxon Signed Ranks Test). В таблице 6 приведены статистики теста Уилкоксона для экспериментальной выборки.

**Таблица 6**

**Динамика показателей качества жизни в экспериментальной выборке (n=100)**

	ФПБ <sup>2</sup>	СМВ <sup>3</sup>	МСП <sup>4</sup>	СБ <sup>5</sup>	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 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,001 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>	,001 <sup>1</sup>	,000 <sup>1</sup>

Примечание: <sup>1</sup> Корреляция Пирсона с двусторонней асимптотической значимостью –  $p < 0,01$ .

Условные обозначения шкал в таблицах 6 и 7: <sup>2</sup> ФПБ – «Физическое и психологическое благополучие»; <sup>3</sup> СМВ – «Самовосприятие»; МСП<sup>4</sup> – «Поддержка микросоциума»; СБ<sup>5</sup> – «Социальное благополучие»

У специалистов всех исследуемых групп отмечается высокая значимость отличий между суммарным показателем качества жизни (КЖ) по методике «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26)» до и после проведения интегративной групповой психотерапии ( $p < 0,01$ ) (таблица 7).

**Таблица 7**

**Динамика показателей методики ВОЗКЖ-26 в экспериментальной выборке (n=100) «до» и «после» психотерапии**

Специальности		ФПБ <sup>2</sup>	СМВ <sup>3</sup>	МСП <sup>4</sup>	СБ <sup>5</sup>	Качество жизни	Качество здоровья	Суммарного показателя
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**
-------------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	--------

Примечание: отмечены значения, имеющие достоверно значимые отличия между группами специалистов

\* –  $p < 0,05$

\*\* –  $p < 0,01$

Проведенный анализ показывает, что психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию СЭВ, оказали значимый эффект на все группы специальностей практически по всем показателям, что определялось по разнице показателей между начальным и повторным исследованием. Отмечается существенное снижение выраженности симптомов выгорания по всем шкалам, а также интегративного показателя, что отражает снижение степени выгорания и улучшение качества жизни ( $p < 0,01$ ).

### **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 не достаточны, 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 МВІ» 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.

Для построения прогностической модели устойчивости испытуемого к проводимой интегративной групповой психотерапии был использован дискриминантный анализ. Его целью являлся расчет дискриминантной функции, как можно отчетливее разделяющей все три класса (зависимые переменные). В качестве независимых переменных 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.

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 8), корреляция очень сильна.

**Таблица 8**  
**Расчет значений дискриминантной функции (Eigenvalues)**

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

Примечание: <sup>1</sup> В этом анализе используются первые две канонические дискриминантные функции.

При помощи критерия Лямбда Уилкса (таблица 9) производился тест, показывающий насколько значимо в анализируемых трех классах, отличаются друг от друга средние значения дискриминантной функции. Приведенное в таблице 9 значение 0,006 меньше 0,05 и приближается к 0,001, что указывает на очень значимое различие.

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.

**Таблица 9**  
**Расчет эффективности интегративной групповой психотерапии**

(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

Примечание: <sup>1</sup> Применялся расчет критерия Лямбда Уилкса (Wilks' Lambda)

Алгоритм интегративной психотерапии СЭВ включает диагностический и психотерапевтический этапы. Диагностический состоит из комплексной клинической и психологической диагностики СЭВ, определения выраженности фаз и сформированности стадий СЭВ; выделения мишеней психотерапии для построения психотерапевтического процесса и определения содержания проводимых интервенций. Среди основных мишеней у исследуемых специалистов были выделены: низкий уровень нервно-психической устойчивости, высокая напряженность психологических защит, недостаточная толерантность к неопределенности, повышенная ситуативная тревожность, сниженная мотивация у профессиональной деятельности, высокая утомляемость, эмоциональная неустойчивость, неадаптивные копинг-механизмы. Психотерапевтический этап состоял из восьми занятий групповой

интегративной психотерапии, включающих психообразовательные элементы, применение релаксационных методик, когнитивно-поведенческую психотерапию, направленную на осознание особенностей формирования отношений участников группы с их пациентами и коллегами, формирование навыка объективной оценки эмоций, регулирование их выраженности и выработку адаптивных стратегий поведения.

Проведенный дискриминантный анализ показывает, что при использовании 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 предположительно эффективность будет не достаточной, целесообразно дополнительно для коррекции СЭВ использовать или индивидуальную психотерапию или фармакотерапию в зависимости от состояния специалиста, показаний и мишеней воздействия.

### 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 обшевегетативные и астенические симптомы. Все симптоматические проявления имели донологический 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 редукации 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 –  $38,84 \pm 2,63$ , что свидетельствует о меньшей выраженности у них внутриличностных конфликтов ( $p < 0,01$ ). Максимальная напряженность общего показателя психологических защит диагностируется в группе врачей-наркологов –  $45,21 \pm 2,89$ . 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 –  $6,24 \pm 1,76$ . 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 ( $p < 0,01$ ). 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.

**Список работ, опубликованных по теме диссертации в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ:**

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. – Т. 11. – № 3. – С. 82.
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». Полиmodalная групповая психотерапия синдрома. Методическое пособие / В.В. Макаров, Ю.А. Кухтенко. – М.: ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, – 2016. – 55 с.

11. Кухтенко Ю.А. Полиmodalная 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.

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

**Список сокращений:**

**МВИ** — опросник «Maslach Burnout Inventory»

**КЖ** — качество жизни

**МСП** — «Поддержка микросоциума»

**НПУ** — нервно–психическая устойчивость

**СБ** — «Социальное благополучие»

**СМВ** — «Самовосприятие»

**СЭВ** — Синдром эмоционального выгорания

**ФПБ** — «Физическое и психологическое благополучие»