

Е.А. Кокотова

СИМПТОМАТИКА СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: синдром выгорания, средний медицинский персонал, психиатрические учреждения

Значительный научный и практический интерес к синдрому выгорания в современной клинической и социальной психологии связан с увеличением числа проблем, связанных с самочувствием работников и эффективностью их трудовой деятельности [1]. Настоящая работа посвящена исследованию клинических проявлений синдрома выгорания у среднего медицинского персонала на различных этапах его развития.

Актуальность исследования обусловлена тем, что средний медицинский персонал в гораздо большей степени, чем врачи непосредственно контактирует с пациентами. Вследствие этого, проявления синдрома выгорания у этого контингента максимально могут снизить качество медицинской помощи и, тем самым, снизить каче-

ство жизни пациентов. Конечной целью исследования является конкретизация проявлений синдрома выгорания изучаемого контингента с целью выработки целенаправленных профилактических и коррекционных мероприятий.

Согласно динамической фазовой модели выгорания (R.T. Golembiewski, R.F. Munzenrieder, 1988) динамика развития синдрома выгорания имеет довольно сложную структуру, в рамках которой выделяются три степени и восемь фаз выгорания. Для каждой из фаз характерно особое взаимоотношение показателей по факторам «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция профессиональных достижений», определяемым по методике МБИ Маслач и Джексон.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в психиатрических стационарах Донецкой области (Донецкая областная клиническая психиатрическая больница, городские психиатрические больницы Донецка и Макеевки). Все обследованные (197 человек) были женщины со средним специальным медицинским образованием в возрасте от 20 до 50 лет.

В настоящем исследовании использовалась русскоязычная версия этого опросника ПВ (вариант для медицинских работников), разработанная Н.В.Водопьяновой (2001). Модель Голембiewского и Мунзенридера предполагает выделение низкой степени выгорания (1-3 фазы), средней

(4-5 фазы) и высокой (6-8 фазы). Критерии отнесения состояния конкретного испытуемого к той или иной фазе по сочетанию не только низких и высоких оценок по описанным трем факторам разработаны Н.В. Водопьяновой (2005) [1].

Для уточнения клинико-психопатологических особенностей проявлений синдрома выгорания у среднего медицинского персонала учреждений психиатрического профиля нами была использована методика Е.Александровича (Симптоматический опросник неврозов), позволяющая количественно оценить представленность компонентов синдрома выгорания на разных этапах развития [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Средние показатели по методике Е. Александровича, у лиц с низкой степенью выгорания представлены в таблице 1.

К числу лиц с низкой степенью выгорания относится около трети изученных респонденток (35,6 %). В большинстве случаев симптомы невротического регистра у них отсутствуют или

выражены в самой минимальной степени. Следует отметить, что эти симптомы не отличаются стойкостью и стабильностью сочетания друг с другом. На ранних этапах динамики синдрома выгорания не удается выделить сколько-нибудь структурированные сочетания симптомов. Совместное существование нескольких симптомов

обычно ограничивается максимум несколькими днями. Вполне естественно, что при этом у исследованных отсутствует субъективное чувство болезни, им практически никогда не приходит в голову расценить отмечаемые недомогания как проблему медицинского характера и искать профессиональной помощи со стороны психиатров, невропатологов или других специалистов. Важной особенностью состояния при этом является отсутствие проблем в межличностных отношениях, как на работе – с коллегами и пациентами, так и в быту.

Поведение остается корректным, отсутствуют проявления нетактичности, неуважительности. Свою профессиональную деятельность медсестры с низким уровнем выгорания в основном оценивают как необходимую и значимую для общества; респондентки склонны считать себя профессионалами в своей отрасли, способными понимать своих пациентов и оказывать им помощь в достаточном объеме. В беседе они охотно ссылаются на свой опыт, приводят свои собственные наблюдения профессионального характера.

Таблица 1

Средние значения показателей по шкалам методики Е. Александровича у лиц с различной степенью выгорания

Шкалы	Средние значения	
	Низкий уровень	Средний и высокий уровень
фобии	4,26±0,84	11,5±0,91
депрессия	4,26±0,84	11,5±0,91
тревога	4,26±0,84	11,5±0,91
агрипния	4,26±0,84	11,5±0,91
истерические	4,26±0,84	11,5±0,91
неврастенические	4,26±0,84	11,5±0,91
сексуальные	4,26±0,84	11,5±0,91
дереализация	4,26±0,84	11,5±0,91
навязчивости	4,26±0,84	11,5±0,91
трудности общения	4,26±0,84	11,5±0,91
ипохондрия	4,26±0,84	11,5±0,91
психастения	4,26±0,84	11,5±0,91
напряжение	4,26±0,84	11,5±0,91
алкоголизация	4,26±0,84	11,5±0,91
нарушения пищеварения	4,26±0,84	11,5±0,91
вегето-сосудистые	4,26±0,84	11,5±0,91
нарушения движений	4,26±0,84	11,5±0,91
конверсионные	4,26±0,84	11,5±0,91
другие соматические	4,26±0,84	11,5±0,91

При сравнении средних показателей по шкалам методики Е.Александровича с показателями практически здоровых и адаптированных лиц [3], с помощью t-критерия Стьюдента установлены, между тем, и несколько статистически достоверных различий ($p < 0,05$).

В группе лиц с минимально выраженным синдромом выгорания достоверно выше пока-

затель по шкале неврастенических симптомов (раздражительность, нетерпеливость, снижение порога чувствительности и т.п.); из трех предусмотренных методикой градаций, эти симптомы оценивались чаще всего минимально.

По шкале агрипнических расстройств показатель также достоверно выше в описываемой группе. Однако о клинически значимых прояв-

лениях бессонницы в данном случае говорить также не приходится. Трудности в засыпании, ночные пробуждения, отсутствие удовлетворенностью сном встречаются как эпизодические и нестойкие.

Повышение показателя по шкале «истерических» симптомов отражает чаще отмечающуюся эмоциональную возбудимость, со склонностью к аффективным вспышкам, слезам. Эти симптомы, как правило, периодически отмечались еще до начала профессиональной деятельности, то есть являются проявлениями демонстративной акцентуации характера.

Выше, чем у здоровых и адаптированных оказывается и показатель напряженности; другими словами отмечается более выраженное ощущение беспокойства, озабоченности, повышенной настороженности.

На уровне значимости $p < 0,1$ более высоким является в исследуемой группе средний показатель по шкале дереализации: преходящие, кратковременные феномены «уже виденного», «никогда не виденного» встречаются в ней несколько чаще и, как правило, сочетаются с истерическими симптомами.

Обобщая приведенные выше данные можно констатировать, что у респонденток описанной группы выраженность большинства групп симптомов, выделяемых методикой Е.Александровича, не превышает приводимый в литературе уровень, свойственный здоровым и адаптированным испытуемым.

Наряду с этим, по некоторым шкалам, отражающим наиболее общие признаки несколько усиленной нестабильности нервной деятельности, отмечено повышение общей невротизации. Существенного снижения оптимизма в оценке своей эффективности как специалиста и будущих перспектив не выявлено.

Средняя степень выгорания – 4-5 фазы по Голембиевскому Р.Т., Мунзенридеру Р.Ф., Водопьяновой Н.В. – характеризуется средними или высокими уровнями показателей прежде всего эмоционального истощения и редукции личностных достижений и средними (реже высокими) уровнями показателя деперсонализации. В исследованном нами контингенте к этим фазам может быть отнесено состояние 14,8 % респонденток. Однозначного преобладания лиц с высоким или низким стажем в этой группе не отмечалось.

Высокую степень выгорания характеризуют 6-8 фазы. Им свойственны прежде всего высокие значения показателя эмоционального исто-

щения и редукции личных достижений, а также, как правило, высокое (реже – среднее) значение показателя деперсонализации. Критериям этих фаз в нашем исследовании соответствовали 35,6 % обследованных. В этой группе также не установлено достоверного преобладания лиц с низкостажевой или высокостажевой групп.

Общее клиническое впечатление, производимое испытуемыми этих групп при собеседовании и обследовании, позволяет говорить о наличии у них достаточно заметного количества невротических, в том числе и сомато-вегетативных симптомов, в ряде случаев преходящих симптомов нарушений когнитивных функций (отвлекаемость, повышенная истощаемость). В ряде случаев поведение носило стереотипно-формальный характер с всяческим подчеркиванием своей «занятости», отсутствием времени на обследование или отшучиванием, сочетавшимся с более или менее явным раздражением. Иными словами, обнаруживалось вполне явное сопротивление психологическому исследованию.

Спектр представленности различных групп симптомов невротического регистра был изучен, как уже указывалось, с помощью методики Е.Александровича. Сравнение средних значений шкал методики у респонденток, отнесенных к 4-5 фазам и 6-8 фазам, достоверных отличий (на уровне $p < 0,05$) не выявило. Это указывает, по нашему мнению, на однородность клинических проявлений синдрома выгорания на развитых его стадиях. В связи с этим значения по шкалам методики Александровича были обобщены для средней и выраженной стадий выгорания и представлены в таблице 1.

Хотя жалобы невротического характера являются преобладающими в фазах 4-8 синдрома выгорания и оказываются более выраженными, чем у лиц с низкой степенью выгорания, они также отличаются нестойкостью, хотя исчезнув, через некоторое время появляются вновь; при этом они в большинстве случаев достигают степени синдромальной завершенности, полиморфны за счет присутствия той или иной сомато-формной симптоматики или тревожно-депрессивных проявлений. Практически во всех случаях фоном является симптоматика астенического плана, тесно связанная со степенью переутомления на работе. При этом имеющиеся проблемы не воспринимаются респондентками, как заслуживающими специальной медицинской коррекции; чаще всего речь идет о необходимости восстановить ресурс энергии путем отдыха,

приемом медикаментов. Более отчетливо описываются респондентками в этом случае осознаваемое ими изменение поведения; отмечается усиление сознательного контроля за эмоциональными реакциями; снижение потребности в неформальном общении с близкими, знакомыми вне работы. Иногда речь идет о довольно значительных усилиях, необходимых для обеспечения минимальной конфликтности, что усугубляет ощущение усталости, ухудшает настроение. Примечательным представляется то, что невысокая оценка результативности своей профессиональной деятельности (как для пациентов, так и для своего благосостояния) сочетается обычно с довольно высокой оценкой своего профессионализма, степени своей квалифицированности, преданности работе, больным, иногда даже невозможности быть замененными на своем месте другими.

Таким образом, при определенной схожести характера симптомов синдрома выгорания на разных этапах развития характера отношения к ним и общего контура поведения, можно, вместе с тем предположить наличие количественных отличий в их клиническом спектре.

Сравнение с применением t-критерия Стьюдента показателей по методике Е.Александровича у испытуемых со средней и выраженной степенью выгорания с литературными данными о средних уровнях представленности значений по шкалам у здоровых без признаков дезадаптации обнаруживает достоверные отличия ($p < 0,05$) по всем шкалам (исключение представляет лишь шкала алкоголизации, представленная всего лишь одним пунктом).

Таким образом, общая степень невротизации на более продвинутых стадиях динамики, как и предполагалось, увеличивается, подтверждая определение «burnout», данное его автором

(Freudenberger, 1995). «Выгорание – состояние физического и эмоционального истощения, связанного с условиями труда и попытками соответствовать нереалистическим ожиданиям, продиктованным установками общества». Вместе с тем, следует отметить, что усиление выраженности симптомов имеет не тотальный, диффузный характер, а в наибольшей степени относится к нескольким шкалам, показатели, которых по сравнению с нормой оказываются особенно повышенными ($p < 0,001$).

Наиболее увеличиваются показатели по шкалам неврастения, истерических симптомов, напряжения и агрипнии, которые были ведущими и в профиле симптоматики легкой степени выгорания. Они составляют, как бы, стержневую основу, вокруг которой организуются и другие шкалы с высокими показателями – депрессии, тревоги, трудностей в общении, вегето-сосудистых симптомов, нарушений пищеварения.

Несмотря на относительную нестойкость симптоматики, ее неполную развернутость и представленность в рамках классических невротических симптомокомплексов с целью разработки в дальнейшем дифференцированных подходов профилактики и коррекции, представляется, на основе данных по методике Е.Александровича, а также результатов собеседования и наблюдения выделить 3 разновидности симптоматики синдрома выгорания с позиций клинко-психопатологического подхода: 1) с преобладанием изменений межличностного взаимодействия в сочетании с астенической симптоматикой; 2) тревожно-депрессивно-астенический вариант; 3) диффузный (соматоформно-астенический).

Соотношение клинко-психопатологических вариантов синдрома выгорания представлено в таблице 2.

Таблица 2

Соотношение клинко-психопатологических вариантов синдрома выгорания

Клинко-психопатологические варианты							
I		II		III		Всего	
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
69	35,0	40	20,3	88	44,7	197	100,0

Обращает на себя внимание относительное преобладание во всей анализируемой выборке соматоформно-астенического варианта; еще более явно он преобладает в 6-8 фазах (?70 %), что подтверждает факт соматизации проявлений

синдрома выгорания в наиболее далеко зашедших фазах.

Средние значения по симптоматическим шкалам методики Е.Александровича для различных вариантов СВ представлены в таблице 3.

Средние значения по шкалам методики Е. Александровича для различных вариантов синдрома выгорания

Шкалы	Средние значения		
	тревожно-депрессивно-астенический	с преобладанием нарушений межличностного взаимодействия	соматоформно-астенический
фобии	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
депрессия	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
тревога	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
агриппния	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
истерические	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
неврастенические	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
сексуальные	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
дереализация	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
навязчивости	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
трудности общения	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
ипохондрия	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
психастения	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
напряжение	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
алкоголизация	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
нарушения пищеварения	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
вегето-сосудистые	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
нарушения движений	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
конверсионные	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
другие соматические	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5

Для астено-тревожно-депрессивного варианта клинико-психопатологической картины синдрома выгорания в исследуемом контингенте наиболее характерными являются переживания неясного душевного дискомфорта, тревоги, что субъективно переживается как плохое настроение, неясные дурные предчувствия, неуверенность в себе, правильности своих действий, чувство потери энергии, усталости, снижение инициативы в общении как на работе, так и вне ее и, вследствие этого снижение интенсивности общих контактов с окружающими, довольно от-

четливое ощущение внутреннего напряжения, рассеянность, несобранность, иногда поверхностная головная боль.

При этом типе синдрома выгорания депрессивные проявления тимического характера в явном виде встречаются нечасто. Лица, отнесенные к этому варианту клинической картины не считали, что у них имеется депрессивная симптоматика, требующая медикаментозной коррекции. Они связывали свои проблемы с настроением, душевный дискомфорт прежде всего с переутомлением на работе, рутинной и скукой

однообразного труда, имеющего по их мнению часто сомнительную эффективность как в отношении помощи пациентам, так и собственного благосостояния. Нередко удается выяснить, что в анамнезе имели место попытки купировать начальные проявления тревоги, разочарование достижениями, «уходом от проблем в работу», попытками отвлечь себя работой от пессимизма. При длительном существовании внутреннего напряжения оно сменяется тревогой, заниженной самооценкой своих профессиональных достижений, снижением продуктивности трудовой деятельности, повышенной истощаемостью, ухудшением настроения к концу дня. Способствуют фиксации субдепрессивных проявлений переутомление из-за дополнительных нагрузок на работе, астенизирующие домашние ситуации.

Клинико-психопатологический вариант проявлений синдрома выгорания с преобладанием межличностного взаимодействия отмечался чаще у лиц с преморбидной эмоциональной лабильностью, повышенной эмоциональной возбудимостью, гиперактивностью. Чаще, по нашим наблюдениям, он отмечался у респондентов с преобладанием маскулинного (доминантного) стиля поведения, у лиц, лишенных черт эмотивности, сентиментальности. Описываемый вариант характеризовался как ощущением внутренней напряженности, раздражительности, так и появлением некоторой циничности, равнодушия, иногда высокомерно-пренебрежительного отношения как к пациентам и их родственникам, так и к коллегам, в том числе и к врачам, кафедральным сотрудникам. На этом фоне отмечались повышенная утомляемость, повышенная потребность во внешних стимуляторах (курение, большие дозы кофе, чая, алкоголь, рок-музыка). При этом респонденткам удавалось избегать значительных конфликтных ситуаций на работе, они пользовались, как правило, достаточным авторитетом, популярностью. Иногда их даже побаивались субмиссивные коллеги. Средние показатели по шкалам методики Е.Александровича в этой группе показаны в таблице 3.

Квантифицированная оценка симптоматики подтверждает преобладание в спектре проявлений смешанной истеро-неврастенической симптоматики (раздражительность, вспыльчивость, гипертрофированность эмоциональных реакций, нетерпеливость) напряженности на фоне достаточно выраженной вегето-сосудистой симптоматики.

Наиболее часто встречающимся клинико-

психопатологическим типом синдрома выгорания, особенно на 7-8 фазах, как уже указывалось выше является тип с преобладанием астено-вегетативных симптомов.

Отнесенные к этой группе респондентки акцентировали внимание на таких симптомах, как учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, «замирание сердца», ощущения прилива к голове, парестезии в области затылка, шеи, кистей рук, нарушения пищевого поведения (как снижение аппетита, так и его периодическое усиление в стрессовых ситуациях). Обращает на себя внимание такая вегетативная симптоматика, как «игра вазомоторов», покраснение в виде пятен кожи лица, шеи, верхней части груди, «мраморность» кожи кистей рук, реже дистальный гипергидроз. Заметного и стойкого снижения настроения обычно не отмечалось, однако нередко имелись указания на усиление тревожности, не дающей подолгу уснуть. Фоном для описанной симптоматики была повышенная утомляемость, непреходящее чувство обесценимости, неспособность длительно сосредотачиваться. В ряде случаев респондентки наблюдались у невролога или терапевта по поводу вегето-сосудистой дистонии или начальных стадий артериальной гипертензии.

Средние значения показателей по шкалам методики Е.Александровича для описываемого типа синдрома выгорания представлены в таблице 3.

Ведущими показателями в спектре проявлений астено-вегетативного варианта синдрома психического выгорания являются показатели шкал агрипнических расстройств, неврастенических симптомов, а также ипохондрических, напряжения, сомато-вегетативных и других соматических.

Суммируя описание клинических вариантов синдрома психического выгорания на 5-8 фазах развития (средний и выраженный уровни), приведем описание статистически значимых (по t-критерию Стьюдента) отличий в выраженности по шкалам методики Е.Александровича.

При астено-депрессивном варианте установлен достоверно более высокий ($p < 0,001$) показатель по шкале депрессивных симптомов по сравнению с показателем для двух остальных вариантов. Депрессивные симптомы не достигают при этом значительной выраженности, позволяющей диагностировать депрессивное расстройство в рамках рубрики F3; они тесно переплетены с астеническими и эмоционально-гиперэстетическими проявлениями.

Сравнение средних показателей по симптоматическим шкалам методики Е.Александровича клинического варианта синдрома психического выгорания с преобладанием нарушений межличностного взаимодействия со средними показателями варианта с преобладанием астено-субдепрессивной симптоматики характеризуется не только более низким показателем по шкале депрессии ($p < 0,001$), но и по шкалам эмоциональной напряженности ($p < 0,001$), и шкале вегето-сосудистых дисфункций ($p < 0,05$). По сравнению с вариантом с преобладанием астено-соматоформных расстройств отмечаются достоверно более низкие показатели по шкалам агрип-

нических расстройств, неврастенических расстройств и нарушений вегето-сосудистой регуляции ($p < 0,001$ во всех случаях). По сравнению с двумя остальными вариантами при варианте с преобладанием межличностных отношений достоверно выше показатели по шкалам тревоги ($p < 0,05$), трудностей в контактах ($p < 0,001$) и напряженности ($p < 0,001$).

При астено-соматоформном варианте по сравнению с остальными двумя, средние показатели достоверно выше, таким образом, по шкалам неврастении, вегето-сосудистой симптоматики, агрипнических расстройств, а также ($p < 0,05$) по шкале нарушений пищеварения.

О.О. Кокотова

СИМПТОМАТИКА СИНДРОМУ ВИГОРЯННЯ НА РІЗНИХ ЙОГО СТАДІЯХ У СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПСИХІАТРИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

197 медичних сестер, які працюють у психіатричних стаціонарах були досліджені за допомогою опитувальника ПВ (адаптація MBI Maslach) Н.В. Водопьянної та симптоматичного опитувальника невротів Є. Александровича. Показані кількісні розбіжності у спектрі невротичних симптомів на різних етапах синдрому вигорання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 62-68)

О.О. Kokotova

SYMPTOMATIC OF BURNOUT SYNDROME ON ITS DIFFERENT STAGES IN NURSES OF PSYCHIATRICALY DEPARTMENTS

Donetsk State medical university

197 nurses of psychiatric departments were examined with the use of VDG gestionary (Maslach, russian adaptation by N.V. Vodopianoa) and symptomatic gestionary of nurses by E. Aleksandrovich. Some quantities differences of the spectrum of neurotic sighs on different stages of burnout syndrome are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 62-68)

Литература

1. Водопьянова Н.В., Старчеткова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336с.
2. Клиническая психология. Под ред. Карвасарского Б.Д. —

СПб.: Питер, 2005. — 765с.

3. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников вычислительных центров: Дис. к.м.н./ Харьковский институт усовершенствования врачей, 1997. — 259с.

Поступила в редакцию 8.04.2007