

И. М. Шурма

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, руководящие работники системы здравоохранения, состояния психической дезадаптации, ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации.

В последнее время большое внимание уделяется состоянию психической сферы у специалистов так называемых помогающих профессий, к которым относятся и работники сферы здравоохранения. Руководящие работники учреждений здравоохранения, как правило, находятся в состоянии личностного дистресса, который со временем усиливается множеством дополнительных социальных и психологических факторов. В последние годы особенное внимание уделяется психологическому обеспечению профессиональной деятельности. Появляется все больше трудов направленных, прежде всего, на изучение социальной и поведенческой профессиональной адаптации. Существуют работы, рассматривающие возникновение синдрома выгорания у медиков, работающих в звене скорой медицинской помощи, возникновение и психокоррекцию синдрома выгорания у врачей-психиатров [1—3]. Вместе с тем, до сегодняшнего дня практически не разработанным является изучение возникновения и особенностей динамики всего спектра нарушений психической адаптации у руководящих работников учреждений здравоохранения, что и обуславливает необходимость данного исследования.

Синдром выгорания, согласно определению ВОЗ (2001), — это физическое, эмоциональное и/или мотивационное истощение, которое характеризуется усталостью, подверженностью соматическим заболеваниям, снижением продуктивности в работе, нарушением сна, употреблением психоактивных веществ, чаще всего алкоголя, с частым развитием физиологической зависимости и иногда — суицидального поведения. Данный синдром расценивается как стресс-реакция на эмоциональные и социальные требования, возникающие у человека в связи с чрезмерной преданностью своей работе. Одним из основных признаков и симптомов «выгорания» являются нарушения психического функционирования, не доходящие до уровня невротического расстройства, а также ускорение нарушений соматического здоровья [4].

Синдром выгорания считают одним из вариантов хронической усталости, переутомления, требующего медицинского вмешательства. В МКБ-10 он выделяется

в отдельный диагностический таксон — Z 73 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью). Существует как минимум несколько составных того сложного синдрома, который принято называть выгоранием [5, 6].

Известно, что профессия руководящего работника предъявляет особые требования к личности последнего, поэтому достаточно большое значение приобретает в данном контексте зависимость между адаптивной личностной структурой и профессиональными требованиями, предъявляемыми работающим в управленческой сфере индивидуумам. В частности, с этой точки зрения рассматривается утрата руководителями способности к отслеживанию и фиксации личностных реакций и адекватной способности к принятию решений в моменты сложных рабочих ситуаций вследствие синдрома выгорания [7—9].

В связи с вышесказанным было проведено настоящее исследование, целью которого явилось изучение структуры и динамики формирования различных вариантов психической дезадаптации у работников руководящего звена учреждений здравоохранения.

Нами были обследованы 200 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части лечебных учреждений г. Харькова (100 человек) и Харьковской области (100 человек). Возраст, место работы и гендерное распределение обследованных приведены в табл. 1.

Таблица 1

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

Контингент обследованных	Возраст, лет				
	31—35	36—40	41—45	46—50	51—60
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части: город (n = 100) мужчины (n = 57) женщины (n = 43)	3 ± 2 5 ± 3	12 ± 4 7 ± 4	23 ± 6 26 ± 7	34 ± 6 35 ± 7	28 ± 6 27 ± 7
область (n = 100) мужчины (n = 52) женщины (n = 48)	6 ± 3 8 ± 4	15 ± 5 17 ± 6	39 ± 7 23 ± 6	27 ± 6 38 ± 7	13 ± 5 14 ± 5

Из представленных данных видно, что среди руководящих работников и городской, и сельской сфер преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет. Что касается гендерного распределения, среди главных врачей и заместителей главных врачей города и области значимого различия по полу не наблюдалось. Однако обследование показало, что имелось значимое различие по полу между главными врачами города и области, где преобладали мужчины (82 ± 4) %, и заместителями главных врачей по медицинской части города и области, где преобладали женщины (78 ± 4) %.

Вошедшие в обследование проходили структурированное нарративное интервьюирование и обследование по методике В. В. Бойко.

Были получены следующие результаты: нарушения психической дезадаптации были установлены у 160 обследованных. У 90 (45 ± 3,51 %) эти нарушения

были идентифицированы как ситуационно обусловленные реакции психической дезадаптации (СОРПД), а у 70 (35 ± 3,37 %) — как синдром профессионального выгорания (СПВ).

Данные по структуре СОРПД представлены в таблице 2.

Таблица 2

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

Варианты ситуационно обусловленных реакций психической дезадаптации	Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части					
	город (n = 38)		область (n = 52)		Всего (n = 90)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Астенический	10	11,11 ± 3,31	6	6,66 ± 2,63	16	17,77 ± 4,03
Соматовегетативный	14	15,55 ± 3,82	17	18,88 ± 4,12	31	34,44 ± 5,01
Обсессивно-фобический	9	10 ± 3,16	15	16,66 ± 3,93	24	26,66 ± 4,66
Тревожный	5	5,55 ± 2,41	14	15,55 ± 3,82	19	21,11 ± 4,30

Астенический вариант СОРПД

К этому варианту дезадаптации было отнесено 17,77 ± 4,03 % обследованных с СОРПД. Этот вариант характеризовался широким кругом преимущественно астенических симптомов. Вначале появлялось чувство общей усталости, как умственной, так и физической, причем оно не воспринималось субъективно как болезненное, находило объяснение в излишней перегруженности, неприятных переживаниях.

Затем начинали присоединяться неустойчивость внимания, утомляемость, снижение запоминания, приводящие к снижению психической продуктивности. Замедлялось восприятие новой информации, для запоминания было необходимо большое количество повторений. Отмечалось затруднение воспроизведения нужных в данный момент данных, в особенности имен, дат и т. п. Отмечалась забывчивость, рассеянность, отвлекаемость мыслей на посторонние темы.

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

Соматовегетативный вариант СОРПД

К этому варианту были отнесены 34,44 ± 5,01 обследованных с СОРПД. Он характеризовался сочетанием различных соматовегетативных симптомов.

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

Комплекс вышеописанных нарушений не был постоянным, жалобы проявлялись в различных сочетаниях в разное время у одного и того же обследованного. Незначительная выраженность вегетативных дисфункций, полиморфизм, делали невозможным их отнесение к вагоинсулярным или симпатоадреналовым кризам. Отношение самих обследуемых к вегетативным расстройствам было вполне критичным, они охотно излагали врачу жалобы.

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

Чаще всего наиболее типичные проявления соматовегетативного варианта дезадаптации возникали в эмоционально напряженных ситуациях межличностного взаимодействия, затрагивающих индивидуально значимые ценности. При разрешении напряженной ситуации неприятные ощущения вегетативного спектра быстро проходили, в части случаев некоторое время сохранялись следовые эмоциональные реакции

в виде сниженного настроения или раздражительности. Жалобы возникали лишь при угрозе индивидуально значимым ценностям, не отмечалось фиксации на неприятных переживаниях, через короткое время восстанавливалось ровное настроение.

Обсессивно-фобический вариант СОРПД

Был диагностирован у $26,66 \pm 4,66$ % обследованных с СОРПД. Состояние определялось переживаниями навязчивого страха с четкой фабулой на фоне выраженной, практически постоянной тревоги. Фобии возникали при попадании человека в ситуацию или обстановку, обычно вызывающую у него страх, при ожидании столкновения с патогенной ситуацией. У части обследованных фобии появлялись и в индифферентной обстановке при одном лишь мысленном представлении травмирующих объектов или ситуаций. Содержание навязчивых страхов было самым разнообразным: страх смерти или болезни, несчастного случая, открытых или замкнутых пространств, темноты, одиночества и т. п. Широкий был спектр социальных страхов: несостоятельности, бесперспективности будущего и др.

В структуре данного синдрома можно было выделить два типа защитных поведенческих реакций. Характерным поведением было частичное избегание ситуаций, вызывающих или усиливающих тревогу и страх. Кроме этого, в ряде случаев использовались другие пассивные способы самозащиты — ношение лекарств и другие варианты облегчения столкновения с пугающей ситуацией. Другим типом поведения лиц с обсессивно-фобическим синдромом была активная борьба со страхами, которая заключалась в попытках волевого преодоления страха перед различными ситуациями, аутопсихотерапия по типу самоотвлечения, самоубеждения, самовнушения.

В целом обсессивно-фобический синдром включал в себя широкий круг психопатологических феноменов. Астения, раздражительность, диссомнические расстройства, повышение (реже — снижение) идеомоторной активности составляли факультативные компоненты синдрома.

Следует отметить также, что, несмотря на кратковременное снижение критики на высоте развития

фобии, в целом все обследованные осознавали болезненность своего состояния и обоснованность собственных страхов.

Тревожный вариант был выделен у $21,11 \pm 4,30$ % лиц с СОРПД и характеризовался доминированием ощущений тревоги и страха. Зачастую это ощущалось как «немотивированное» чувство без содержательного пояснения. Чаще тревога развивалась постепенно.

Постоянная тревога, которое носила неопределенный характер, описывалась как чувство тревожного предчувствия, беспокойства, внутреннего напряжения, «ожидание несчастья». Тревожность касалась различных сфер жизни и была направлена на близкое и отдаленное будущее. Обследуемые опасались, что не смогут оправдать ожидания окружающих, справиться с необходимым объемом обязанностей. «Содержание» тревоги постоянно менялось: это были опасения по поводу своего состояния, своих действий или поступков окружающих лиц. Особенно мучительными были любые ситуации ожидания. Дополнительным фактором, обострявшим чувство тревоги, было изменение привычного уклада жизни, необходимость встречи с чем-то новым — с незнакомыми людьми, новой обстановкой. Иногда разнообразные тревожные опасения приобретали сверхценный характер. Зачастую удавалось выявить идеи виновности (совершенной ошибки). Сужение диапазона эмоционального реагирования проявлялась в недостаточной реакции на события, ранее вызывавшие радость. Рассеянность, снижение концентрации внимания, и, как следствие, ухудшение памяти, также были присущи данному варианту СОРПД.

По данным методики Бойко (табл. 3), синдром выгорания имел место у 70 сотрудников ($35 \pm 3,37$ %), из них — у 30 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части города ($15 \pm 2,52$ % от общей численности обследованных) и у 40 главных врачей и заместителей главных врачей по медицинской части области ($20 \pm 2,83$ % от общей численности сотрудников). Таким образом, синдром выгорания чаще регистрировался среди руководящих медицинских работников области, чем города ($p < 0,05$).

Таблица 3

Распределение у обследованных итоговых колебаний баллов по методике Бойко

Контингент обследованных (n = 200)		Колебания баллов			
		9 баллов и менее	10—15 баллов	16—19 баллов	20 баллов и более
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части, город (n = 100)	мужчины, n = 57	2 ± 2,88	3 ± 1,21	4 ± 1,39	0,5 ± 0,49
	женщины, n = 43	14 ± 2,45	3,5 ± 1,29	4 ± 1,39	—
Главные врачи и заместители главных врачей по медицинской части, область (n = 100)	мужчины, n = 52	13,5 ± 2,41	5 ± 1,54	6 ± 1,68	1,5 ± 0,86
	женщины, n = 48	16,5 ± 2,62	3 ± 1,21	3,5 ± 1,29	1 ± 0,7

Полученные данные показали, что значительное число лиц — 80 % из руководящего состава имеют признаки психической дезадаптации. При этом ни у кого из обследованных не были обнаружены варианты психической дезадаптации, достигающие степени выраженных клинических невротических проявлений. У 45 % обнаружены ситуационно обусловленные

реакции психической дезадаптации, у 35 % — синдром профессионального выгорания.

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

Список літератури

1. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция / Л. Н. Юрьева. — Киев: Сфера, 2004. — 272 с.
2. Гавриленко М. А. Особенности синдрома «выгорания» у врачей-психиатров / М. А. Гавриленко // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии : материалы науч.-практ. конф., посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. — Харьков, 2002. — С. 55—56.
3. Федак Б. С. Синдром професійного вигорання і його психотерапевтична корекція у медичного персоналу швидкої допомоги : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук / Б. С. Федак. — Х., 2009. — 20 с.
4. Самосознание и защитные механизмы личности : хрестоматия. — Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2000. — 656 с.
5. Юрьева Л. Н. Некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния врачей-психиатров / Л. Н. Юрьева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 1(5). — С. 106—109.
6. Юрьева Л. Н. Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины / Л. Н. Юрьева // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1998. — № 1. — С. 9—15.
7. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья / М. М. Скугаревская // БМЖ. — 2002. — № 2. — С. 12—18.
8. Тихонська І. М. Досвід роботи групи для персоналу за типом балінтовської у дитячому відділенні Львівської обласної державної клінічної психіатричної лікарні / Тихонська І. М., Дарій Г. Д., Добродняк О. А. // Форум психіатрії і психотерапії. — 2000. — Т. 2. — С. 72—74.
9. Трунов Д. Г. «Синдром сгорания»: позитивный подход к проблеме / Д. Г. Трунов // Журнал практического психолога. — 1998. — № 8. — С. 84—89.

Надійшла до редакції 18.02.2013 р.

I. M. Shurma

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Порушення психічної адаптації у керівних працівників закладів охорони здоров'я

Розглянуті питання клінічної структури і динаміки формування станів психічної дезадаптації у керівних працівників закладів охорони здоров'я. Описана методика їх обстеження і наведені отримані результати. Виділені два основних варіанти станів психічної дезадаптації: синдром професійного вигорання і ситуаційно обумовлені стани психічної дезадаптації.

Ключові слова: синдром професійного вигорання, керівні працівники закладів охорони здоров'я, стани психічної дезадаптації, ситуаційно обумовлені реакції психічної дезадаптації.

I. M. Shurma

Kharkiv National medical University (Kharkiv)

Psychological maladjustment of executive workers in health-care agencies

The clinical structure and dynamics of psychological maladjustment states of executive workers in health-care agencies are considered. The methodology of examinations is described and the obtained results are presented. Two basic variants of psychological maladjustment state are distinguished: professional burnout syndrome and states of situation-specific psychological maladjustment.

Keywords: professional burnout syndrome, executive workers in health-care agencies, psychological maladjustment states, situation-specific reactions of psychological maladjustment.