

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С УМИРАЮЩИМИ БОЛЬНЫМИ

А. А. ИКОРСКИЙ

В статье анализируются особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у медработников хосписа. Несмотря на то что такой медработник заранее знает, что больной не выздоровеет, факт смерти последнего не может не повлиять на медработника эмоционально.

В исследовании, проведенном автором статьи, указанное предположение подтверждается, но только в случае у такого медработника небольшого опыта — до 3-х лет. С увеличением стажа работы картина меняется, и эмоциональное выгорание у медработников становится ниже за счет увеличения степени психологической защиты и качественного изменения смысложизненных ориентиров. Установки лиц, работающих с умирающими более указанного срока, меняются в сторону большей удовлетворенностью своей жизнью, позитивной оценки ее результатов, ответственности за личные выборы, решения.

В последнее время у всех слоев населения наблюдается рост онкозаболеваний, что порождает и рост психологических проблем, связанных с этим тяжелым заболеванием. Все категории медицинского персонала, обслуживающие пациентов, оказывают им по мере общения и взаимодействия психологическую поддержку. Как правило, эта поддержка носит интуитивный характер, опирающийся на индивидуальный жизненный опыт и опыт ближайших коллег, который в отдельных случаях эффективен, но при этом часто приводит к негативным эмоциональным реакциям у самого медработника. Причем эти реакции имеют свойство незаметно для самого медработника накапливаться и выливаться в депрессию, бессилие, нежелание работать, психосоматические заболевания.

В сфере работы с умирающими больными эти процессы считаются более обостренными, так как в социуме тема смерти всячески вытесняется, подавляется, отрицается, а здесь практически все рабочее время протекает в этой атмосфере. Нередко сами медработники обнаруживают у себя онкозаболевания. Об особом статусе онкозаболеваний говорит тот факт, что в настоящее время появилась даже отдельная отрасль психологии — онкопсихология. Организована

Ассоциация онкопсихологов, которая в этом году в Москве проводит VI Всероссийский съезд онкопсихологов. В методических пособиях отдельным параграфом выделен раздел, посвященный эмоциональному выгоранию. К сожалению, в реальности в медицинской среде психологический фактор взаимодействия медработника с больным либо недооценивается, либо считается делом самого работника. Между тем от этого фактора зависит психологическое и соматическое здоровье медработников и качество обслуживания пациентов, поэтому внимание к данной теме представляется нам важным и полезным.

Эмоциональное выгорание как потеря интереса к актуальной деятельности известна человечеству с момента, когда появились возможность ее выбора и рефлексия относительно уровня удовлетворенности ею. Так, известна история о Римском императоре Диоклетиане, который после 20 лет успешного расширения империи, подавления восстаний и окультуривания варваров плюнул на все и уехал в деревню заниматься любимым делом — ведением домашнего хозяйства. Последующие 16 с лишним столетий неблагодарные потомки считали древнего римлянина заурядным сумасшедшим, и только недавно, в 1974 г., психиатры поставили ему точный диагноз — император «сгорел» на работе. Американский психиатр Х. Дж. Фрейденбергер дал этому диагнозу название «burnout» — выгорание — и характеристики ухудшения психического и физического самочувствия в результате истощения энергии в процессе перегрузки проблемами других людей. Позднее, в 1976 г., социальный психолог К. Маслак дополнила физическое и эмоциональное истощение развитием отрицательной самооценки, отрицательным отношением к работе, утратой понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам. Расширение симптомов позволило говорить о синдроме эмоционального выгорания (далее СЭВ). Именно на ее определение, что СЭВ — это синдром эмоционального и физического истощения, вызывающий деформацию самооценки, отрицательно сказывающийся на отношении к работе, снижающий понимание и сочувствие к клиентам, чаще всего ссылаются исследователи проблемы выгорания. Сокращенно СЭВ, по К. Маслак, включает в себя три основных составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений<sup>1</sup>.

Проблема эмоционального выгорания существует во всех областях, где, как правило, объектом профессиональной активности человека выступает другой человек. В настоящее время выделяют все больше профессий, представители которых подвержены опасности возникновения СЭВ. Сегодня к таковым относят медицинских и социальных работников, психологов, педагогов<sup>2</sup>, полицейских,

<sup>1</sup> Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / В. В. Лукьянов, Н. Е. Водопьянова, В. Е. Орел, С. А. Подсадный, Л. Н. Юрьева, С. А. Игумнов, ред. Курск, 2008.

<sup>2</sup> Егоров И. В. Эмоциональное благополучие и поддержание здоровья детей в системе дошкольного и начального образования // Начальная школа и образование. 2012. № 3. С. 43–47; Егоров, Лесняк М. В. Психологическое исследование компонентов эмпатии у младших школьников с умственной отсталостью // Вестник ПСТГУ. Серия IV: Педагогика. Психология. 2010. Вып. 3 (18). С. 131–141.

юристов, тюремный персонал, политиков, менеджеров всех уровней и представителей некоторых других профессий<sup>3</sup>.

Дальнейшие исследования все больше связывали СЭВ с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней МКБ-10 этот синдром отнесен к классу «ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», рубрике «ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ДРУГИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ», Z73 — «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни»<sup>4</sup>.

По международной классификации болезней СЭВ отнесен к стрессам, но выгорание имеет свои особенности (в табл. 1 приведены исследования М. Буриш, где наглядно демонстрируются различия). Из таблицы видно, что выгорание в отличие от стресса имеет более глубокое, замедленное и незаметное воздействие на психику.

Таблица 1

**Дифференциальные критерии стресса и выгорания<sup>5</sup>**

| Симптомы воздействия стресса и выгорания | Стресс перенапряжение  | Выгорание защиты                |
|--|------------------------|---------------------------------|
| Эмоции                                   | становятся чрезмерными | притупляются                    |
| Поражается                               | физическая энергия     | мотивация и активность          |
| Вызывает                                 | дезинтеграцию          | деморализацию                   |
| Теряются                                 | «топливо и энергия»    | идеалы и надежды                |
| При максимуме воздействия                | может «убить»          | порождает бессмысленность жизни |

По данным, отличающим выгорание от стресса, видно, что при СЭВ изменениям подвергаются более глубокие мотивационно-личностные структуры, причем эти изменения развиваются постепенно и, как правило, незаметно. В отечественных исследованиях чаще имеют дело с развитием эмоционального выгорания по стадиям, которые выделяет В. В. Бойко:

1. **НАПРЯЖЕНИЕ:** неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку»; переживание психотравмирующих ситуаций; тревожность и депрессия.

2. **РЕЗИСТЕНЦИЯ:** неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование; эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономики эмоций, редукция профессиональных обязанностей.

<sup>3</sup> Кузнецова О. А. Психологические особенности синдрома выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. С. 220–228.

<sup>4</sup> Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. 2005. № 43. С. 25–32.

<sup>5</sup> Подсадный С. А. Развитие научных представлений о синдроме выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. С. 13–35.

3. ИСТОЩЕНИЕ: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения<sup>6</sup>.

Эта форма представляется четкой и лаконичной, но не отражает более значимых, на наш взгляд, глубоких личностных изменений, поэтому обратимся к исследованиям С. А. Подсадного, где им уделяется больше внимания. Он заключает, что более глубинное рассмотрение проблемы — рассмотрение выгорания как разочарования в поиске смысла жизни, причем в двух вариантах: первое — это подмена смысла жизни (чаще всего работой, социальными ролями); второе — это разочарование, связанное с несоответствием между идеальными представлениями и существующей реальностью. И результатом столкновения человека с осознанием этой проблемы будет ноогенный невроз — потеря вкуса к жизни, что порождает у человека состояние экзистенциального вакуума, который выражается в апатии, депрессии и утрате интереса к жизни. Далее С. А. Подсадный указывает, что неудовлетворение потребности в смысле жизни проявляется в состояниях напряжения и может, как и в случае фрустрации других потребностей, вести к более или менее выраженным нервным расстройствам, где апатия и депрессия — далеко не единственные возможные реакции<sup>7</sup>.

Таким образом, проблема выгорания напрямую связана с самоактуализацией в профессиональной сфере. Нереализованность истинных потребностей в угоду изначально социальным, а затем и интериоризированным индивидуальным сверхценностям приводит в итоге к экзистенциальной опустошенности. Напротив, самоосознание и реализация мотивационной сферы поддерживает оптимистичный эмоциональный фон. Это подтверждается практически отсутствием эмоционального выгорания у предпринимателей согласно исследованиям Подсадного<sup>8</sup>.

В медицине же, напротив, пациенты и жесткая организационная среда заставляют медработника подчинить себе личные мотивы, интересы и потребности. Приведем цитату из работы того же автора о важности в СЭВ фактора долга, лежащего в основе этической деятельности медработников: «...деонтологическая модель работы врача (принцип долга), которая в настоящее время остается доминирующей, является одним из факторов, приводящих к выгоранию. Авторы описывают этот принцип работы врача как игнорирование собственных неразрешенных проблем наряду с тем, что врач должен эффективно работать с любыми пациентами в любое время и при любых обстоятельствах...».

<sup>6</sup> Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999.

<sup>7</sup> Колесников Л. Ф. Резервы эффективности педагогического труда. Новосибирск, 1985. С. 25–34; Burisch M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout // In Professional burnout: recent developments in theory and research / W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, eds. London, 1993; Обуховский К. Психология влечений человека. М., 1972.

<sup>8</sup> Подсадный. Развитие научных представлений о синдроме выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. С. 13–35.

П. Сидоров, исследовавший развитие СЭВ среди медперсонала общей практики, говорит о преобладании у медработников, склонных к СЭВ, следующих личностных особенностей: высокий уровень эмоциональной лабильности; высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении отрицательных эмоций; рационализация мотивов своего поведения; склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний; ригидная личностная структура<sup>9</sup>.

На личностном уровне везде сохраняется одна и та же обратная корреляция между уровнем выгорания и самоактуализацией. Динамика показателей меняется в зависимости от стажа. Компоненты выгорания присутствуют во всех группах в разной степени выраженности и на разных стадиях сформированности. Чаще под ударом оказывается самооценка.

Перейдем к следующей группе — лицам, работающим в паллиативной медицине. Это раздел медицины, обеспечивающий максимально возможное комфортное состояние неизлечимых больных; вступает в силу, когда радикальные средства лечения исчерпаны. Паллиативная медицина — это уход, обезболивание, симптоматическая терапия; реализуется, как правило, в хосписах и хосписных отделениях. Приведем данные, полученные Н. В. Эккерт при исследовании СЭВ в хосписах и хосписных отделениях учреждений здравоохранения разных городов России. Использовалась адаптированная методика В. В. Бойко, изучающая формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников (врачей и медицинских сестер)<sup>10</sup>.

«Установлено, что у всех медицинских работников хосписов (отделений паллиативной помощи) доминировали: симптом “эмоционального дефицита” (66,19±2,31 на 100 респондентов), симптом “неудовлетворенности собой” (51,79±2,45 на 100 опрошенных) и симптом “переживания психотравмирующих обстоятельств” (47,96±2,44 на 100 респондентов). В меньшей степени у медицинских работников хосписов и отделений паллиативной помощи был выражен симптом “деперсонализации” (“личностной отстраненности”) (13,43±1,66 на 100 респондентов).

При сравнении частоты сформированности различных симптомов трех фаз синдрома “эмоционального выгорания” у врачей и сестринского персонала хосписов (отделений паллиативной помощи) отмечались статистически достоверные различия между частотой проявлений сложившегося симптома у врачей и медицинских сестер лишь по двум из приведенных: симптом “эмоционального дефицита” наблюдался чаще у сестринского персонала (69,94±2,57 на 100 медицинских сестер), чем у врачей хосписов (54,45±4,95 на 100 врачей) ( $p < 0,01$ ), а также симптом “эмоциональной отстраненности” выявлялся чаще у медицинских сестер хосписов (19,93±2,24 на 100 медсестер), чем у докторов (10,89±3,09 на 100 врачей) ( $p < 0,05$ ), что может быть обусловлено спецификой работы се-

<sup>9</sup> Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. 2005. № 43. С. 25–32.

<sup>10</sup> Эккерт Н. В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010.

стринского персонала при осуществлении длительного ухода за инкурабельными больными»<sup>11</sup>.

Данные показывают высокий уровень сформированности СЭВ у таких медработников, особенно у медсестер, в связи с большей длительностью контактов с больными и родственниками. Соответственно показатели «эмоционального дефицита» и сформированность «истощения» у них выше, а у врачей выше фаза «напряженность», возможно в связи с повышенной ответственностью.

Рассмотрим еще одно исследование по изучению СЭВ у врачей-онкологов В. Я. Сазоновым. В его исследованиях под ПВ понимается профессиональное выгорание и целью является определение общих факторов формирования ПВ.

«В итоге 58% обследованных предпочли бы сменить профессию врача-онколога на другую медицинскую специальность (21%), профессию, не связанную с работой с людьми (17%), а 20% предпочли бы не работать вообще. Из этого следует, что большинство онкологов испытывают физические и эмоциональные перегрузки и нуждаются в оказании психологической и организационной помощи»<sup>12</sup>.

В завершение обзора особенностей выгорания обратимся к врачу-психотерапевту А. В. Гнездилову, одному из основателей хосписного движения в России, к его многолетним наблюдениям за спецификой ухода медперсонала за тяжелыми онкобольными. Он считает, что самым травматичным для персонала является постоянная встреча со смертью, психологическое участие в ней. Постоянный уход естественно вызывает сближение и соответствующие реакции, т. е. механизмы идентификации, отождествление с больными и их переживаниями. Требования к тактичности, даже сообщение негативной информации пациенту так, чтобы не нарушить его психологической защиты, травмирует медика порой не в меньшей степени, чем больного. И наконец, тот факт, что если в других клиниках сестра или врач, встречая своих пациентов, с гордостью думают, что в каждом исцелении есть и их заслуга, то персонал хосписа, выложившись до конца, отдав все силы, уже никогда не встретит своего благодарного подопечного<sup>13</sup>.

Промежуточный вывод по группе паллиативной медицины. Здесь наблюдаются симптомы эмоционального дефицита в связи с высокой эмпатийностью, нехватка внутренних ресурсов, недовольство собой, переживание психотравмирующих обстоятельств, перестройка жизненных ценностей (смена ориентиров на результаты труда), сложность переключиться с профессиональной деятельности на бытовую, семейную.

Итак, сравнивая две группы медработников на предмет эмоционального реагирования, мы можем заключить, что механизмы вытеснения отрицательных эмоций и сопряженные с ней психологические защиты из общей медицинской практики переходят в паллиативную медицину с эмоциональным дефицитом при глубокой вовлеченности в процесс ухода за больными. То есть в первой группе мы

<sup>11</sup> Эккерт. Научное обоснование организационно-функциональной модели...

<sup>12</sup> Сазонов В. Я. Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2012.

<sup>13</sup> Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Издательство «Речь», 2002.

чаще встречали деперсонализацию-отчужденность, во второй — эмоциональное истощение.

Таким образом, изучение связи личностных особенностей, смысло-жизненных ориентиров с СЭВ у медицинских работников нам представляется мало изученным и крайне интересным феноменом.

В проведенном нами исследовании ставились следующие задачи: сравнить выгорание двух групп медицинских работников и выяснить особенности взаимосвязи стажа работы в паллиативной и радикальной медицине и эмоционального выгорания медицинских работников, а также связи психологических защит и смысло-жизненных ориентиров с СЭВ у данных категорий медицинских работников.

*Первый этап — определение выборки.* Для проведения исследования были взяты две группы (экспериментальная и контрольная):

— группа экспериментальная, работники паллиативной медицины — 25 сотрудников Хосписа № 6 Зеленоградского АО Москвы, 21 женщина, 4 мужчины, возраст от 20 до 63 лет, средний 40 лет, 13 испытуемых имеют от 1 до 6 детей;

— группа контрольная, представители радикальной медицины — 25 сотрудников хирургического отделения Городской больницы № 3 также Зеленоградского АО Москвы, все женщины, возраст от 18 до 50 лет, средний 32 года, 17 испытуемых имеют от 1 до 3 детей.

Внутри экспериментальной и контрольной групп испытуемые были поделены на подгруппы в зависимости от стажа работы: до 3-х лет, 3–6 лет и свыше 6 лет.

В экспериментальной группе со стажем до 3 лет оказалось 7 человек, от 3 до 6 лет — 9 человек и со стажем больше 6 лет тоже 9 человек.

В контрольной группе со стажем до 3 лет оказалось 6 человек, от 3 до 6 лет — 5 человек и со стажем больше 6 лет составило 14 человек.

*Второй этап.* Опираясь на данные, полученные из предыдущих разделов, подберем методы для достижения цели данного исследования: раскрыть особенности эмоционального выгорания медработников в паллиативной и радикальной медицине. Есть методы, ставшие уже классикой подхода для определения СЭВ, — это диагностика уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко и опросник Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой «Профессиональное выгорание» — модификация опросника К. Маслак МВІ (Maslach Burnout Inventory). Эти данные позволят определить у испытуемых уровень сформированности СЭВ, характеристики по группам и сопоставить с подобными исследованиями, проведенными другими исследователями указанной сферы<sup>14</sup>.

Методика №1. Диагностика уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко. Позволяет оценить фазу эмоционального выгорания и выраженность тех или иных симптомов в каждой фазе. Методика дает достаточно подробную картину по доминирующей симптоматике, о личностных особенностях, уровне сформированности фаз. Методика широко распространена, что позволяет сопоставлять данные, полученные другими исследователями. На базе получен-

<sup>14</sup> Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания. СПб., 2008.

ных данных легко организовать конструктивную беседу с коррекционными задачами<sup>15</sup>.

Методика № 2. Опросник «Профессиональное выгорание» (Maslach Burnout Inventory, МВІ), модификация Н. Е. Водопьяновой, Е. С. Старченковой. Методика выбрана для нашего исследования с целью повышения уровня объективности и полноты картины СЭВ, сопоставляя ее с предыдущей методикой и другими подобными исследованиями. Преимущество данного опросника также состоит в легкости восприятия его испытуемыми.

Далее от общих характеристик выгорания перейдем к индивидуальным личностным особенностям, в частности к таким важным процессам, как защитные механизмы.

Методика № 3. Механизмы психологической защиты (индекс жизненного стиля). Опросник предназначен для диагностики защитных механизмов. Авторы — Р. Плучек, Г. Келлерман, Г. Конте (1979 г.). Данная методика подробно рассматривает основные защитные механизмы личности: выявляет преобладающие, напряженные; позволяет увидеть приоритеты; показывает общий уровень зрелости личности. Также она проста в обработке и позволяет охарактеризовать группу через усредненное значение.

В заключение исследования предполагалось провести анализ смысло-жизненных ориентаций, о которых говорилось в исследовании особенностей именно паллиативной медицины, и экзистенциальных вопросов, связанных с ней.

Методика № 4. Тест смысло-жизненных ориентаций. Является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика была разработана авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла и преследует цель эмпирического уточнения ряда представлений этой теории, в частности представлений об экзистенциальном вакууме и ноогенных неврозах как потери смысла жизни. Цель в жизни, которую диагностирует методика, авторы определяют как переживание индивидом онтологической значимости жизни<sup>16</sup>.

Данная методика особенно значима в нашем исследовании, так как ее результаты могут раскрыть смысло-жизненные ориентиры испытуемых с уже определенными показателями эмоционального выгорания. Корреляционный анализ позволит проверить гипотезу о типе зависимости. Тест легко заполняется, вместе с тем дает подробную картину личностных ориентиров: цель, процесс, результат, опора на себя или окружение.

*И третий этап.* Для качественного проведения исследования необходимо организовать весь процесс сбора данных.

По вышеуказанной схеме было проведено исследование в двух группах.

На первом этапе проводился сбор данных по обеим группам. Задачей здесь является сбор объективной информации, данных по каждой методике.

<sup>15</sup> Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999.

<sup>16</sup> Леонтьев Д. А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). М., 2000.



На следующем этапе проводились обработка и сопоставление данных, в том числе по подгруппам в зависимости от стажа, где выявлялось соотношение, проводился анализ результатов.

На третьем этапе проводилась статистическая обработка данных, делались предварительные выводы по каждой методике.

В таблице 2 представлены средние по группам параметры эмоционального выгорания, полученные по опроснику В. В. Бойко. Анализ показывает, что в экспериментальной группе только фаза резистенции находится практически на границе стадий формирования, остальные несформированы. В контрольной группе фаза резистенции уверенно формируется.

Таблица 2

**Сопоставление средних значений экспериментальной  
и контрольной групп**

| <b>Фазы и стадии эмоционального выгорания по опроснику В.В. Бойко</b> | <b>Ср. знач. эксп. гр.</b> | <b>Ср. знач. контр. гр.</b> |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| <i>Фаза напряжения:</i>   | 22                         | 23                          |
| Переживание психотравмирующих обстоятельств                           | 9,4                        | 9                           |
| Неудовлетворенность собой   | 3,0                        | 5,1                         |
| Загнанность в клетку  | 3,9                        | 4,1                         |
| Тревога и депрессия   | 5,7                        | 4,7                         |
| <i>Фаза резистенции:</i>  | 38                         | 45                          |
| Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование                 | 11                         | 17                          |
| Эмоционально-нравственная дезориентация                               | 5,9                        | 8                           |
| Расширение сферы экономии чувств                                      | 8                          | 8                           |
| Редукция профессиональных обязанностей                                | 13                         | 12                          |
| <i>Фаза истощения:</i>  | 25                         | 33                          |
| Эмоциональный дефицит   | 8                          | 8                           |
| Эмоциональная отстраненность  | 9                          | 10                          |
| Личностная отстраненность/ деперсонализация                           | 4                          | 7                           |
| Психосоматические и психовегетативные нарушения                       | 5                          | 6                           |

Внутри фаз в обеих группах выявлены более значимые симптомы:

- в напряжении — переживание психотравмирующих обстоятельств, формирующийся симптом;
- в резистенции — неадекватно избирательное эмоциональное реагирование и редукция профессиональных обязанностей, симптомы сформированы;
- в истощении — эмоциональная отстраненность, тоже формирующийся симптом.

Далее сопоставляем. Уровень эмоционального выгорания по всем фазам в контрольной группе выше, чем в экспериментальной, за исключением отдельных симптомов: переживание психотравмирующих обстоятельств, тревога и депрессия, редукция профессиональных обязанностей. Наглядно это сопоставление представлено на рисунке 1. Вышеназванные симптомы являются действительно

более значимы для паллиативной медицины, подтверждением служат данные, полученные из бесед с некоторыми медицинскими работниками хосписа. Для них периодически является сильным переживанием смерть определенного пациента. Тревожность и снижение показателей результативности тоже вполне ожидаемы.

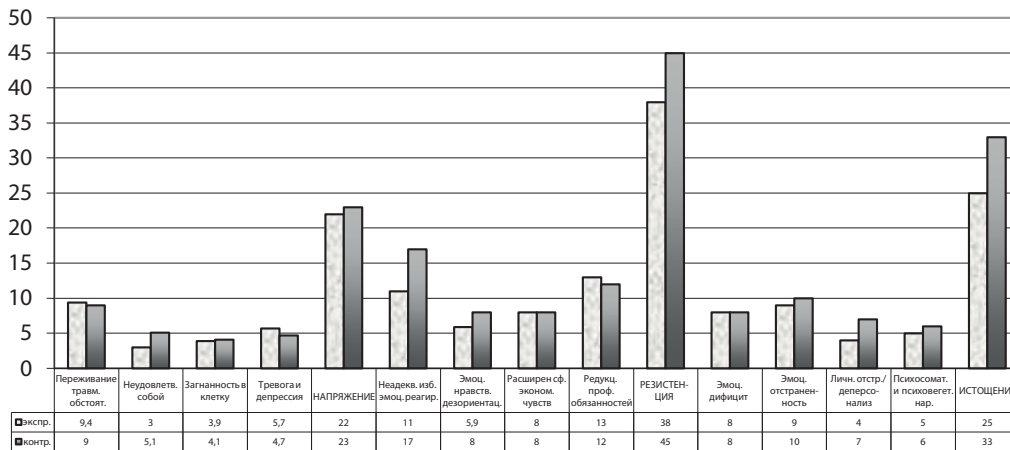


Рис. 1. Показатели средних значений СЭВ по Бойко в обеих группах



Рис. 2. Результат статистического анализа по фазам

На рисунке 2 видно, что экспериментальное значение U-критерия Манна-Уитни по всем фазам превышает и 1%, и 5% уровни статистической значимости, что сводит к незначимости различий в выборках. Значит, показатели контрольной группы статистически не превышают показатели экспериментальной группы.

Хотя средние значения в целом по группе медработников хосписа ниже, статистически эмоциональное выгорание работников паллиативной медицины не ниже уровня выгорания медицинских работников радикальной медицины.

Ниже приводятся данные статистического анализа по подгруппам в зависимости от стажа (рис. 3).

Фаза напряжения у работников паллиативной медицины со стажем до 3-х лет на 5-процентном уровне статистической значимости выше, чем у работников радикальной медицины. Все остальные показатели радикальной медицины статистически не выше, чем в паллиативной. А вот в фазе сопротивления в группах со стажем больше 6 лет эмоциональное выгорание уже выше в группе радикальной медицины на 5-процентном уровне значимости.

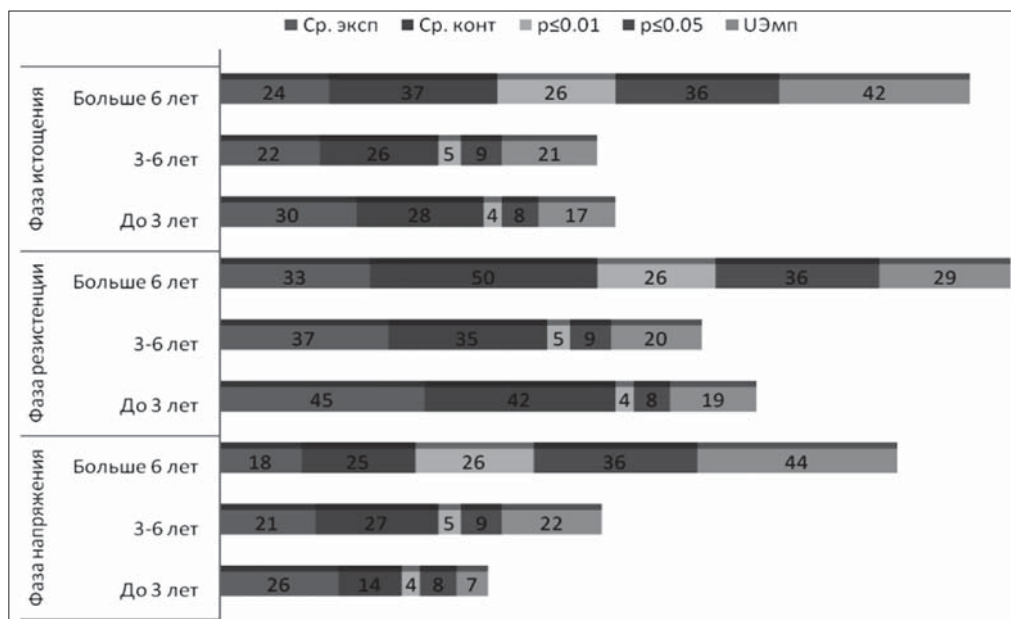


Рис. 3. Статистический анализ по подгруппам с разным стажем, со средними значениями

Предварительно можно сделать вывод об адаптации работников хосписа к тяжелым условиям труда.

Далее рассмотрим полученные результаты параметров эмоционального выгорания по адаптированной методике Маслак (рис. 4).

По всем шкалам — эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений, показатели исследования соответствуют умеренному уровню, причем у экспериментальной группы на нижней границе. Среднее арифметическое показателей так же, как и в предыдущей методике, у контрольной группы выше. U значения тоже расположены в зоне статистической незначимости, кроме деперсонализации, где подтверждается H1 на 5% уровне значимости различий, ближе к 1% уровню значимости.

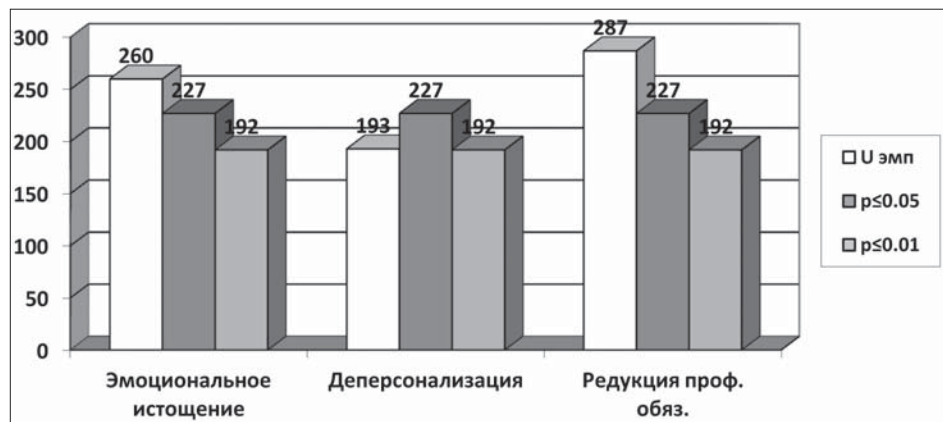


Рис. 4. Результаты обработки данных по Маслак

Проверим подгруппы с разным стажем. На рисунке 5 выделяются две группы: с уровнем статистической значимости 5% по показателю «истощение» в группе со стажем больше 6 лет и с достоверностью выше 1% по деперсонализации, также в группе со стажем больше 6 лет.

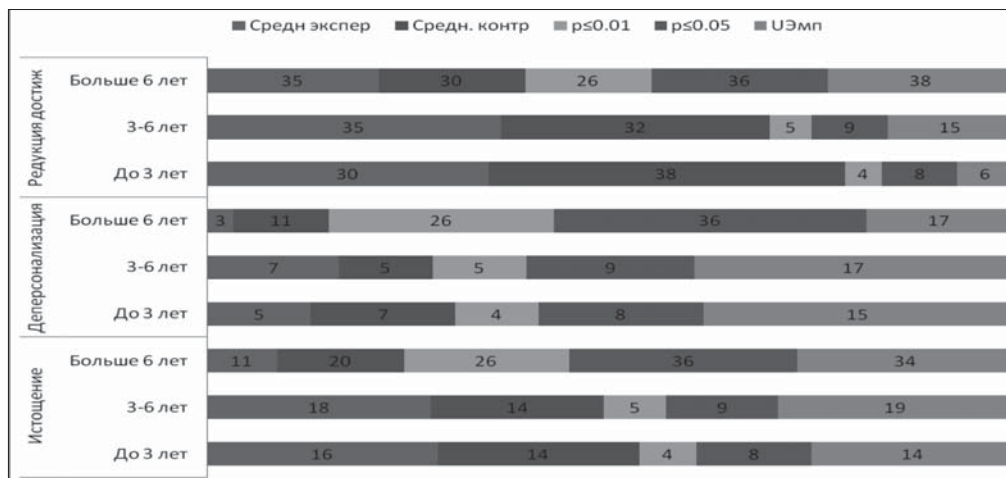


Рис. 5. Сравнение показателей фаз эмоционального выгорания по U-критерию Манна-Уитни в подгруппах медицинского стажа (Маслак)

То есть в группах медработников радикальной медицины со стажем свыше 6 лет истощение статистически выше, чем у той же группы в паллиативной медицине, а по деперсонализации различается в еще большей степени. Редукция достижений в подгруппах со стажем до 3 лет выше в паллиативной медицине на 5% уровне значимости, это можно объяснить спецификой работы с переориентацией на результат труда: от стремления помочь пациенту выздороветь к стремлению помочь обеспечить комфортное состояние пациента в данный момент.

Далее сотрудник адаптируется, и картина, как мы видим, меняется. Похожая ситуация и по показателю «истощение»: по средним его значениям он в паллиативной медицине тоже выше в подгруппах до 6 лет, но статистически не различается. Похожая картина складывалась и в результате исследования по Бойко.

В целом по методике изучения эмоционального выгорания по Маслак можем заключить, что выгорание в контрольной группе выше с акцентом на деперсонализацию.

Если сопоставить данные по СЭВ, полученные по обоим методикам, то можно обобщить, что подгруппы со стажем до 3 лет выгорают в паллиативной медицине выше по параметрам «напряжение» в терминах Бойко и «редукция личных достижений» по Маслак на 5% уровне статистической значимости. Далее картина меняется, и по параметру «сопротивление» в группах со стажем больше 6 лет преобладает выгорание в радикальной медицине, тем же подкрепляется результат по истощению — 5% и еще значительно по параметру «деперсонализация» в таких же подгруппах по 2-й методике. Анализ подгрупп по стажу дает динамичную картину. В целом, обобщая результат, можно говорить о преобладании СЭВ в радикальной медицине.

Теперь рассмотрим результаты методик, исследующих личностные характеристики. Первая — исследование психологических защит. На рисунке 6 мы видим значимое на 5-процентном уровне преобладание защитных психологических механизмов у представителей паллиативной медицины.

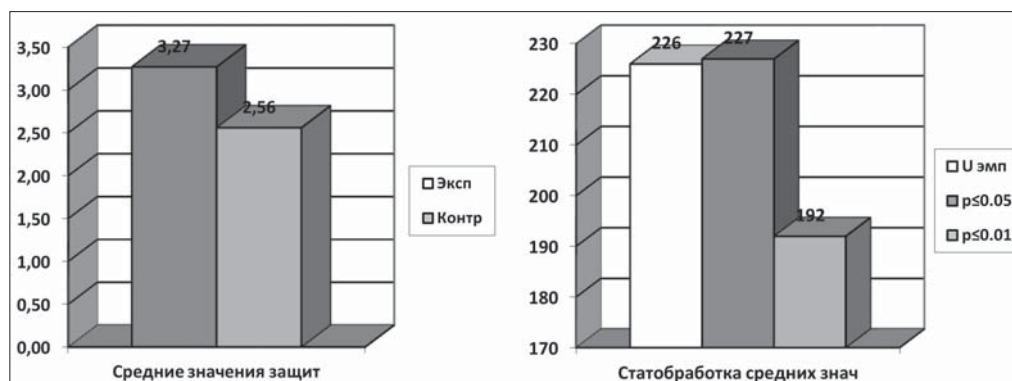


Рис. 6. Средние значения защитных механизмов по группам и их статистическая обработка

У медработников паллиативной медицины уровень психологических защит выше, чем у коллег из радикальной медицины, при  $p < 0.05$ . Типы преобладающих защитных механизмов представлены на рисунке 7.

Анализ графиков показывает совпадение типов защит, предпочитаемых обеими группами медицинских работников, с явным преобладанием отрицания и рационализации. В среде паллиативной медицины они выражены ярче. В целом средние показатели ниже средних стандартных норм.

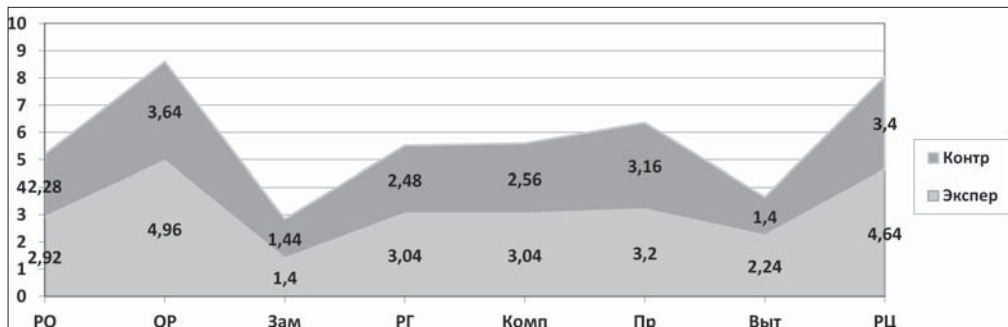


Рис. 7. Сравнение защитных механизмов  
(Комп — Компенсация; Пр — Проекция; Зам — Замещение; РГ — Регрессия; РЦ — Рационализация; ОР — Отрицание реальности; Выт — Вытеснение; РО — Реактивные образования)

Интересная картина получилась в данных по подгруппам с разным стажем, которые отражены на рисунке 7. Здесь мы видим, что до 3-летнего стажа по средним показателям в радикальной медицине еще выше защитные свойства личности, без подтверждения статистической значимости, а уже опытные работники превышают степень психологических защит на 5% уровне статистической значимости.

В результате можем сказать, что уровень использования психологических защит медработниками в паллиативной медицине выше, работа в сложных условиях ускоряет личностное развитие. То же самое подтверждает анализ параметров эмоционального выгорания по подгруппам.

Еще интереснее оказались результаты теста СЖО — смысложизненные ориентиры, средние показатели по этому тесту в каждой группе представлены на рисунке 8.

На графике видно, что уровень почти всех ориентиров в группе паллиативной медицины превышает их уровень в группе, представляющей радикальную медицину. И все показатели ниже среднестатистических, кроме локуса «жизнь», где ориентиры работников хосписа почти соответствуют среднестатистическим.

Рисунок 9 отражает значимость различий на 5-процентном уровне по 3 ориентирам: целеустремленность, ориентировка на жизнь, общий индекс. Также результат жизни или удовлетворенность достигнутым находится на границе 5% значимости различий. Все это говорит о преобладании показателей смысложизненных ориентиров в группе паллиативной медицины.

В исследовании рассматривалось разграничение медработников экспериментальной группы, т. е. паллиативной медицины, на подгруппы с разным медицинским статусом: санитарки, медицинские сестры и врачи. Значимых различий не выявлено, все графики практически сливаются в один с небольшими отклонениями (см. рис. 10). Значит, уровень медицинского образования в данном исследовании значимого влияния на показатели эмоционального выгорания, состояние психологических защит и смысложизненные ориентиры не оказывает.

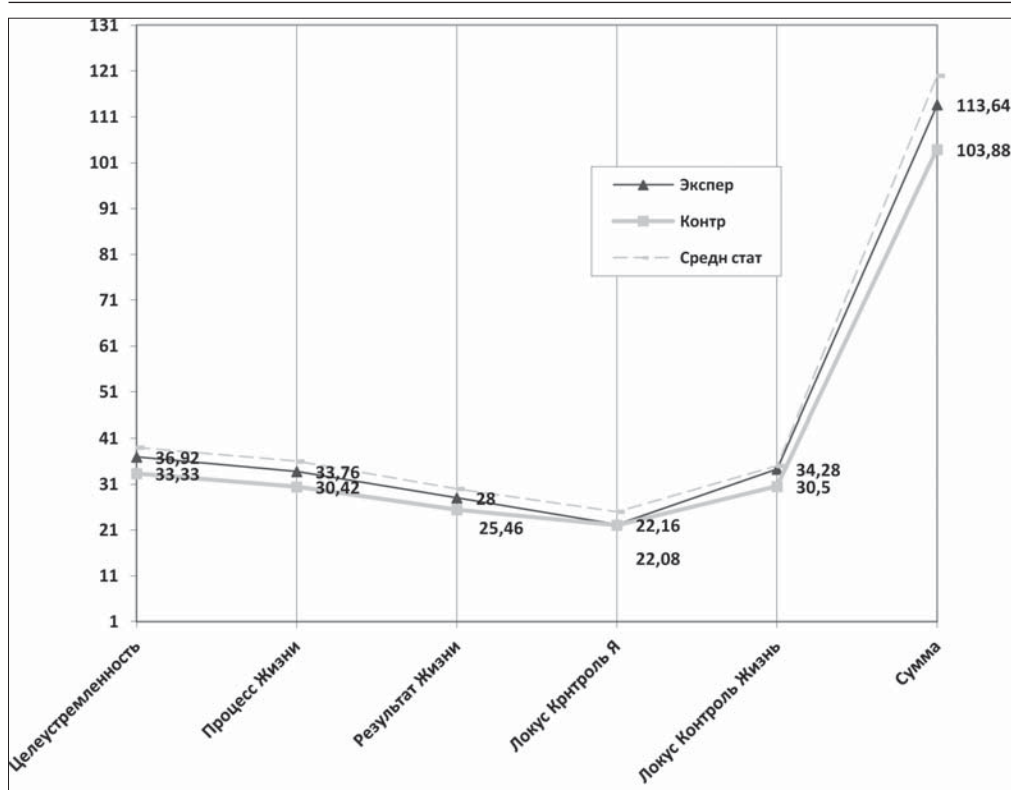


Рис. 8. Сравнение личностных ориентиров по группам

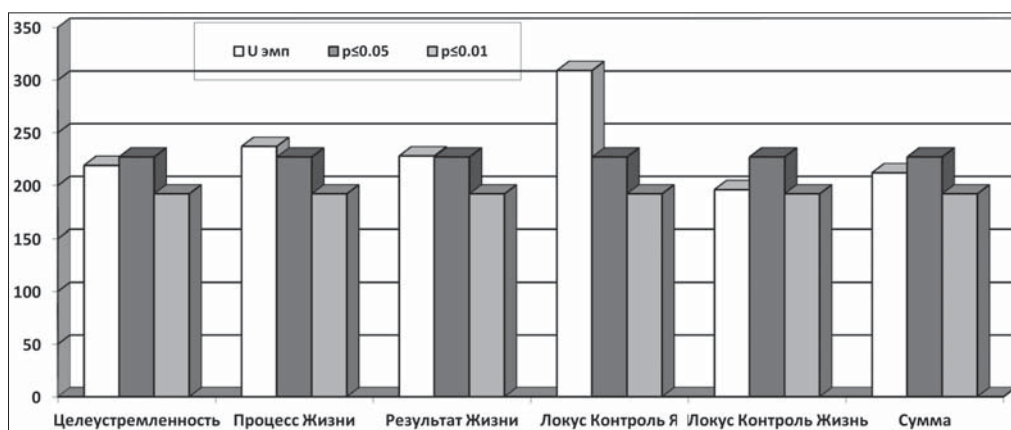


Рис. 9. Статистическая обработка личностных ориентиров

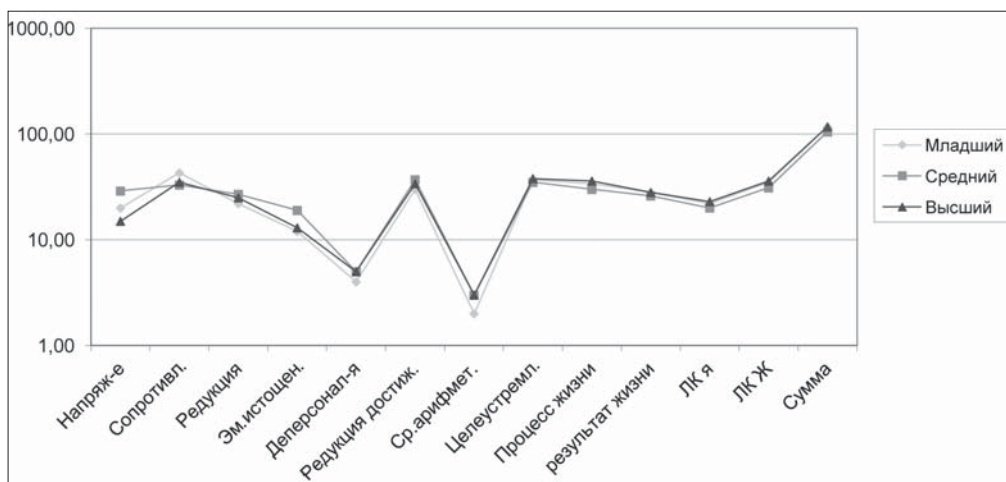


Рис. 10. Результаты эмпирического исследования внутри экспериментальной группы, разделенной на подгруппы в зависимости от медицинского статуса

Итак, в результате эмпирического исследования эмоционального выгорания двумя методами в группах представителей паллиативной и радикальной медицины, изучения личностных особенностей, влияющих на параметры выгорания, и в подгруппах по стажу и медицинскому образованию мы получили:

- уровень эмоционального выгорания в обеих группах в стадии формирования или на умеренном уровне, личностные особенности также на уровне ниже нормативного, доминирующих симптомов в фазах также не оказалось, что может быть следствием невысокой мотивации медработников к данному исследованию;

- эмоциональное выгорание в радикальной медицине выше, чем в паллиативной, особенно по параметру «деперсонализация, или цинизм», затем по резистенции и истощению, в симптомах — неадекватно избирательное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей и эмоциональной отстраненности с обратной корреляцией к личным особенностям — защитным механизмам и смысложизненным ориентирам (см. рис. 11).

- динамика соотношений эмоционального выгорания и защитных механизмов меняется в зависимости от стажа: так, в подгруппах до 3 лет напряжение выше в паллиативной медицине, а к 6 годам и больше уже выше в радикальной медицине, защитные механизмы до 3 лет выше в радикальной, а к 6 и выше уже в паллиативной, что говорит о быстрой адаптации работников хосписов и значимости личных защитных механизмов и смысложизненных ориентиров как факторов снижения эмоционального выгорания;

- для снижения выгорания важны такие ориентиры, как цели в жизни — осмысленность, направленность и временные перспективы; результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией; управляемость жизни, убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь;



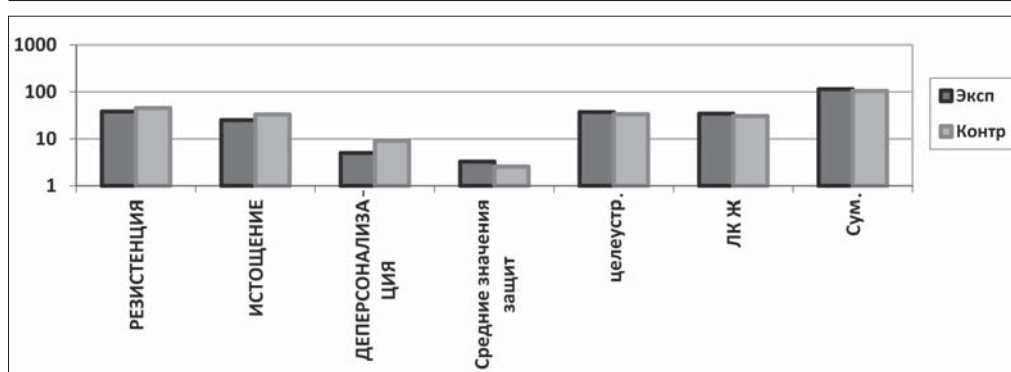


Рис. 11. Соотношение эмоционального выгорания и личностных особенностей

– медицинское образование и статус медработника в паллиативной медицине решающего значения для эмоционального выгорания не имеют.

Итак, теоретические данные о выгорании в обычной медицине с преобладанием деперсонализации, а в паллиативной медицине — с преобладанием эмоционального дефицита и психотравмирующих обстоятельств, подтверждаются отчасти. Эмоциональный дефицит в значительной степени присутствует и у представителей радикальной медицины.

Предварительные сведения о более высоком выгорании у медработников паллиативной медицины, на основе которых строилась основная гипотеза, подтвердились только в отношении групп со стажем до 3-х лет, в целом гипотеза опроверглась. Сформированность фаз в паллиативной медицине практически не была выявлена, только в подгруппе со стажем до 3-х лет в фазе «напряжение». Доминирующих симптомов вообще не оказалось. Выгорание, согласно проведенному исследованию, выше в радикальной медицине, статистически значимо только по параметру деперсонализация.

Был выявлен высокий уровень зависимости эмоционального выгорания от стажа и личностных особенностей: психологических защит и смысложизненных ориентиров, так как невысокому уровню эмоционального выгорания у представителей паллиативной медицины по сравнению с представителями радикальной медицины соответствуют более высокие показатели психологических защит и смысложизненных ориентиров. Эта важная закономерность проявилась в динамике опыта работы: в группах с небольшим стажем в паллиативной медицине выше оказывался уровень выгорания и ниже психологических защит, впоследствии картина изменилась, снизилось выгорание и повысились защитные механизмы. Наиболее часто используются отрицание и рационализация. Подобные результаты с обратной корреляцией выгорания и именно этих видов психологических защит получила в своем исследовании Е. Фоминых, изучая СЭВ у врачей психиатров и психотерапевтов<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Фоминых Е. Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь. Доклад на XI Летней Школе ЕКПП-Россия 26–30 июня 2011 г. // Вестник психоанализа. 2011. № 1. С. 169–172.

Эти результаты также могут быть предметом дальнейшей работы. Так, отрицание говорит о невосприятии медработником части внешнего мира либо части своих предпочтений или мотивов, чтобы избежать неприятностей. В результате личность обделяет себя важными индивидуальными достижениями. Сложно в этом случае говорить о целостности личности, ее самореализации или самоактуализации.

Смысложизненные ориентиры, явившиеся фактором снижения эмоционального выгорания у работников хосписа, нуждаются в большем раскрытии. Так, цели в жизни, осмысленность и временные перспективы — действительно важный ориентир, подчеркиваемый работниками хосписа в беседах с ними. Они часто используют такое средство психологической поддержки, как ориентация пациента на приятные и значимые ценности, того небольшого, но важного, что можно сделать для близких, при этом сами настраиваются на подобный стиль жизни. Следующий важный ориентир — удовлетворенность жизнью. Это означает радоваться тому малому, что есть, пусть небольшим, но реальным возможностям, которые есть у одних, но нет у более тяжелых пациентов. Такой подход заставляет переосмыслить и более позитивно оценить результаты своей жизни.

Управляемость собственной жизнью, способность влиять на ее ход и принципиальная возможность осуществления самостоятельного выбора — все это можно назвать конструктивными направлениями в профилактике и преодолении эмоционального выгорания в профессиональной медицинской среде.

Профессиональное становление, так же как и личностное, проходит свои кризисы, выход из которых сопровождается обретением новых качеств. СЭВ может с полным правом рассматриваться как такой кризис, позволяющий обрести новые жизненные и профессиональные ценности. Обобщая вышеназванные ориентиры, можно сказать, что главное позитивное обретение работников паллиативной медицины — это ценность данного мгновения жизни, осмысленная реализация своего потенциала в действительности, акцент на том пусть малом, но позитивном, что присутствует сейчас, и радости от этого. Будем рассчитывать, что данная информация окажется полезной и поможет конструктивному преодолению кризиса эмоционального выгорания медработников, а также работников других профессий.

*Ключевые слова:* синдром эмоционального выгорания, истощение, умирающие больные, помощь, паллиативная помощь, самооценка, самоактуализация, защитные механизмы, смысл жизни, смысложизненные ориентиры.

## FEATURES OF BURNOUT AMONG SPECIALISTS, WORKING WITH DYING PATIENTS

A. IKORSKY

Emotional burnout is characterized by the deterioration of the mental and physical well-being as a result of systematic complicity in the problems of others. Helping professions, including health care workers, are particularly at risk of this phenomenon, especially in the case of working with the terminally ill people. A medical worker knows in advance that the patient will not recover, and the obvious result is unlikely to have a positive impact on the medical worker. According to all indications, emotional burnout in this working environment should be higher. So it is, but only in the case of slight experience — up to 3 years — then the situation changes, and emotional burnout becomes lower due to the increase in the degree of psychological defenses and due to the qualitative changes of life principles. Principles of those who work with dying patients change towards greater life satisfaction, positive evaluation of their lives and responsibility for personal choices and decisions.

*Keywords:* burnout, emotional burnout, exhaustion, dying patients, care, palliative care, self-esteem, self-actualization, defense mechanisms, the meaning of life, the meaning of life guidance.

### Список литературы

1. *Бойко В. В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999.
2. *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Синдром выгорания. СПб., 2008.
3. *Гнездилов А. В.* Психология и психотерапия потерь. СПб., 2002.
4. *Егоров И. В.* Эмоциональное благополучие и поддержание здоровья детей в системе дошкольного и начального образования // Начальная школа и образование. 2012. № 3. С. 43–47.
5. *Егоров И. В., Лесняк М. В.* Психологическое исследование компонентов эмпатии у младших школьников с умственной отсталостью // Вестник ПСТГУ. Серия IV: Педагогика. Психология. 2010. Вып. 3 (18). С. 131–141.
6. *Колесников Л. Ф.* Резервы эффективности педагогического труда. Новосибирск, 1985. С. 25–34.
7. *Кузнецова О. А.* Психологические особенности синдрома выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / В. В. Лукьянов, Н. Е. Водопьянова, В. Е. Орел, С. А. Подсадный, Л. Н. Юрьева, С. А. Игумнов, ред. Курск, 2008. С. 220–228.
8. *Леонтьев Д. А.* Тест смысложизненных ориентации (СЖО). М., 2000.
9. *Обуховский К.* Психология влечений человека. М., 1972.
10. *Петраш М. Д.* Синдром выгорания в профессиональной деятельности персонала скорой медицинской помощи // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная моногра-

- фия / В. В. Лукьянов, Н. Е. Водопьянова, В. Е. Орел, С. А. Подсадный, Л. Н. Юрьева, С. А. Игумнов, ред. Курск, 2008. С. 229–234.
11. *Подсадный С. А., Орлов Д. Н.* Развитие научных представлений о синдроме выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / В. В. Лукьянов, Н. Е. Водопьянова, В. Е. Орел, С. А. Подсадный, Л. Н. Юрьева, С. А. Игумнов, ред. Курск, 2008. С. 13–35.
  12. *Сазонов В. Я.* Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2012. С. 25.
  13. *Сидоров П.* Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. 2005. № 43. С. 25–32.
  14. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / В. В. Лукьянов, Н. Е. Водопьянова, В. Е. Орел, С. А. Подсадный, Л. Н. Юрьева, С. А. Игумнов, ред. Курск, 2008.
  15. *Фоминых Е.* Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь. Доклад на XI Летней Школе ЕКПП-Россия, 26–30 июня 2011 г. // Вестник психоанализа. 2011. № 1. С. 169–172.
  16. *Франкл В.* Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб., 2000.
  17. *Эккерт Н. В.* Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010.
  18. *Burisch M.* In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout // In Professional burnout: recent developments in theory and research / W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, eds. London, 1993.