

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ  
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ХОДЕ КОРРЕКЦИИ  
ТЕХНИКОЙ MINDFULNESS

*Анатолий Александрович Овчинников, Аклима Накиповна Султанова,  
Александр Валерьевич Винокуров, Татьяна Юрьевна Сычева, Елена Владимировна Тагильцева*

*Новосибирский государственный медицинский университет,  
г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru*

Реферат. Целью исследования было изучение структуры и динамики синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников в ходе коррекции техникой mindfulness. Выявлено, что в ходе коррекции значительно изменяются явления, относящиеся к эмоциональной сфере – эмоциональное истощение, ситуативная тревожность и иррациональная установка катастрофизация. Выявление взаимосвязей показало отчетливую структуру синдрома эмоционального выгорания, в которую, помимо трех компонентов, уверенно вошла катастрофизация. При этом во всей этой структуре, катастрофизация и редукция профессионализма выступают копинг-стратегиями против эмоционального истощения и деперсонализации.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, иррациональные установки, mindfulness, депрессия, тревожность.

STRUCTURE AND DYNAMICS OF THE EMOTIONAL  
BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL WORKERS DURING  
CORRECTION WITH MINDFULNESS TECHNOLOGY

Anatoly A. Ovchinnikov, Aklima N. Sultanova,  
Alexander V. Vinokurov, Tatyana Yu. Sycheva,  
Elena V. Tagiltseva

Novosibirsk State Medical University,  
630091, Novosibirsk, Krasny Prospekt, 52,  
e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

The objective of this study is research of structure and dynamics of the emotional burnout syndrome among health care workers in the process of applying the mindfulness technique. It is revealed that in the course of correction the phenomena relating to the emotional sphere – emotional exhaustion, situational anxiety and catastrophization significantly change. Identification of relationships showed a clear structure of the emotional burnout syndrome. This structure contains a catastrophization in addition to the three components. In this structure catastrophization and reduction of professionalism are the coping strategies against emotional exhaustion and depersonalization.

Key words: emotional burnout syndrome, irrational convictions, mindfulness, depression, anxiety.

Условия труда оказывают как положительное, так и отрицательное влияние на здоровье работников [15]. Неблагоприятные условия труда могут привести к переутомлению на работе, синдрому, вызванному хроническим

стрессом на работе, который характеризуется подавляющим утомлением, негативным отношением к работе или отсутствием приверженности клиентам и неудовлетворенностью работой [3, 4]. Этот процесс может привести к нежелательным последствиям для работников, их семей, рабочей среды и организаций [1, 2, 11]. С психосоциальной точки зрения были описаны следующие три аспекта выгорания: а) эмоциональное истощение, характеризующееся потерей энергии; б) деперсонализация или цинизм, также описываемый как дегуманизация, отстраненность от работы и клиентов и в) снижение личных достижений или неэффективность, то есть чувство личной или профессиональной неадекватности, а также снижение производительности и навыков преодоления трудностей [12, 13].

Выгорание часто происходит в ориентированной на людей профессии, и особенно среди медицинских работников, которые предоставляют услуги по уходу за пациентами и сталкиваются с более сложными проблемами, такими как взаимоотношения с пациентами и их родственниками, взаимодействие с коллегами [8, 16]. Выгорание у медицинских работников приводит не только к снижению эффективности на работе [5], но также может влиять на восприятие человека, искажая суждение человека, снижая способность прогнозировать несчастные случаи, что приводит к возникновению несчастных случаев и ухудшению качества медицинской помощи, оказываемой пациентам [7, 9]. Опрос медицинских работников показал, что более трети участников (35,8%) сообщили о высоком риске выгорания, связанного с работой; 27,2% имели высокую степень истощения; 10,0% имели определенную степень цинизма, 3,2% не хватает профессиональной эффективности [6]. Одно недавнее

исследование показывает, что более половины медсестер, работающих в Управлении здравоохранения ветеранов Департамента по делам ветеранов, страдают от эмоционального истощения, низкого уровня успеваемости и высокой деперсонализации [14]. Margues M. и коллеги сообщили, что в университетской больнице Португалии было 59% и 41% медсестер с высоким уровнем эмоционального истощения и отсутствием личных достижений соответственно [10].

*Цель* – исследовать структуру и динамику синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у медицинских работников в ходе коррекции техникой mindfulness.

*Материал и методы исследования.* Основная группа: 40 человек, представлена только лицами женского пола. Группа была разделена на экспериментальную и контрольную, по 20 человек в каждой. Возраст испытуемых варьируется от 24 до 60 лет (средний возраст составил 38 лет). У 33 (83%) испытуемых имеется высшее образование, у 7 (17%) – среднее специальное. 18 (45%) испытуемых состоят в браке, 13 (32%) – не состоят в браке, от 9 (23%) испытуемых данные не получены. Стаж работы варьируется от одного года до 37 лет. В исследовании приняли участие медработники разных специальностей: 22 (55%) врача, 15 (37%) операторов call-центра и 3 (8%) психолога. Исследование проходило в период с 28 апреля 2018 года по 11 января 2019 года. В соответствии с поставленной целью, задачами и гипотезой, в исследовании были применены психометрические методики: опросник выгорания К. Маслач; тест иррациональных установок А. Эллиса; шкала депрессии А. Бека; шкала тревоги Ч. Спилбергера–Ю. Ханина. В качестве метода психокоррекции выступил тренинг в рамках mindfulness. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программы Statistica 10.0. Так как в исследовании присутствует нормальное распределение и используется интервальная шкала, для выявления различий в одной и той же выборке до и после психокоррекции использовался t-критерий Стьюдента для зависимых выборок. Для выявления различий между экспериментальной и контрольной группой использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Корреляционный анализ осуществлялся с помощью г-Пирсона.

*Результаты исследования.* В среднем, показатели компонентов СЭВ до психокоррекции у

экспериментальной группы (эмоциональное истощение –  $18,9 \pm 7,7$ , деперсонализация –  $8,6 \pm 5,2$ , редукция профессионализма –  $35,55 \pm 7,2$ ) находились на среднем уровне, что говорит о средней степени тяжести СЭВ по выборке. Средний и тяжелый уровень СЭВ по параметру «эмоциональное истощение» наблюдался у 60% испытуемых, по «деперсонализации» – у 65%, по «редукции профессионализма» – у 45%.

Показатели после психокоррекции демонстрируют улучшение по всем трем компонентам СЭВ: показатели по шкале «эмоциональное истощение» снизились до  $15,5 \pm 8,1$  (на 19%), по «деперсонализации» до  $8,1 \pm 5,5$ , а по «редукции профессионализма» поднялись до  $36,2 \pm 6,5$ . При этом, средний и тяжелый уровень СЭВ по параметру «эмоциональное истощение» наблюдался у 45% испытуемых, по «деперсонализации» – у 65%, по «редукции профессионализма» – у 45%. Таким образом, общий уровень СЭВ по выборке остался на уровне средней степени тяжести, однако показатели приблизились к низкому уровню выгорания.

Средние показатели испытуемых экспериментальной группы до психокоррекции демонстрируют наличие иррациональных установок, ведущих к стрессу по всем шкалам. Наиболее выраженной оказалась иррациональная установка «долженствование в отношении себя» –  $16,75 \pm 3,5$ . Остальные установки выше по уровню, но все равно ниже нормы: «катастрофизация» –  $17,15 \pm 2,9$ , «долженствование в отношении других» –  $19 \pm 2,2$ , «самооценка и рациональность мышления» –  $19,3 \pm 4,2$ . Ближе всех к норме оказалась фрустрационная толерантность –  $20,75 \pm 3,0$ .

Мышление испытуемых после психокоррекции испытало определенные изменения. Значительнее всего психокоррекция повлияла на иррациональную установку «катастрофизация», изменив ее среднее значение с  $17,15$  на  $18,9 \pm 4,7$  (на 10%). Другие шкалы изменились не столь выражено: «долженствование в отношении себя» –  $16,8 \pm 3,5$ , «самооценка и рациональность мышления» поднялось до  $19,65 \pm 3,9$ , а «фрустрационная толерантность» – до  $21,3 \pm 3,6$ . «Долженствование в отношении других» несколько отдалось от нормы –  $18,95 \pm 2,6$ . Стоит заметить, что мышление с трудом поддается изменениям. Испытуемые не готовы расстаться со своими иррациональными убеждениями, они более привычны и проверены. Не исключено, что эти убеждения как-то помогают справляться со стрессом и

служат определенной копинг-стратегией, однако вероятнее всего, иррациональные установки эти стрессы и вызывают. Также можно допустить, что иррациональные установки помогают справляться со стрессом, вызываемым одной сферой жизни (например, работой), вызывая стресс в других жизненных сферах (например, в семье).

Исходя из представленных данных, в среднем, у испытуемых экспериментальной группы до психокоррекции отсутствуют ярко выраженные депрессивные симптомы –  $4,85 \pm 3,2$  балла по когнитивно-аффективной субшкале депрессии в сумме с  $2,35 \pm 2,3$  баллами по субшкале соматических проявлений депрессии дают  $7,2 \pm 4,5$  в общем балле, при превышении нормы от 10 баллов. При этом у 25% испытуемых выявлена депрессия легкой степени тяжести.

Данные после психокоррекции демонстрируют снижение уровня депрессии по всем шкалам: по когнитивно-аффективной шкале до  $4,15 \pm 2,4$ , незначительное снижение по субшкале соматических проявлений депрессии до  $1,8 \pm 2,4$ . Соответственно снизился и общий балл по депрессии до  $5,95 \pm 4,1$ . При этом только у 17% испытуемых выявлена депрессия легкой степени тяжести, однако значимых различий не обнаружено.

В среднем, испытуемые экспериментальной группы до психокоррекции испытывали оба типа тревожности умеренной степени тяжести – ситуативная тревожность демонстрирует  $41,1 \pm 7,6$  балла, а личностная тревожность показывает результат в  $44,1 \pm 9$ . У 65% испытуемых выявлен умеренный уровень ситуативной тревожности, а у 30% – высокий уровень. У 55% личностная тревожность находится на умеренном уровне, а у 40% – на высоком.

Данные после психокоррекции показывают, что в среднем, уровень тревожности снизился. Ситуативная тревожность снизилась до  $37,6 \pm 9,5$ , а личностная тревожность – до  $42,35 \pm 10$  баллов, что не меняет их умеренную выраженность. Однако стоит обратить внимание на то, как изменилось соотношение испытуемых в выражении тревожности: вместо 65%, 55% находятся на умеренном уровне реактивной тревожности, а 20% (вместо 30%) на высоком уровне. Количество испытуемых, находящихся на умеренном уровне личностной тревожности увеличилось с 55% до 65% за счет уменьшения количества испытуемых, находящихся на высоком уровне – 30%, вместо 40%.

Статистическая обработка показала следующие результаты: эмоциональное истощение

имеет прямую корреляцию с деперсонализацией ( $r=0,59$ ;  $p<0,0001$ ) и обратную с редуccion профессионализма ( $r=-0,69$ ;  $p<0,0001$ ). При этом, деперсонализация также обратно коррелирует с редуccion профессионализма ( $r=-0,72$ ;  $p<0,0001$ ), что говорит об определенном конфликте между компонентами СЭВ: чем выраженнее эмоциональное истощение и деперсонализация, тем менее выражена редуccion профессионализма и наоборот, чем сильнее редуccion профессионализма, тем меньшее воздействие оказывают эмоциональное истощение и деперсонализация. Редуccion профессионализма связана с обесцениванием профессионального опыта, и поэтому личность не будет склонна сильно эмоционально реагировать на то, что не значимо для нее. Соответственно, не проявится и деперсонализация по отношению к окружающим. С другой стороны, если личность испытывает из-за трудовой деятельности эмоциональное истощение и на этой почве происходит нарушение отношений с окружающими людьми, то работа для него небезразлична, и он ее не обесценивает.

Обратная корреляция эмоционального истощения и катастрофизации ( $r=-0,44$ ;  $p=0,004$ ), говорит, чем выраженнее эмоциональное истощение, тем меньше катастрофизация. Это можно объяснить тем, что катастрофизация требует определенной доли эмоционального реагирования, которой не будет хватать при сильном эмоциональном истощении. По той же причине можно наблюдать обратную корреляцию эмоционального истощения по отношению к долженствованию в отношении себя ( $r=-0,33$ ;  $p=0,037$ ) и к фрустрационной толерантности ( $r=-0,5$ ;  $p=0,001$ ). Долженствования в отношении себя также может побуждать к работе, позволяя меньше эмоционально истощаться. Также, здесь важно подчеркнуть, что связь с катастрофизацией и фрустрационной толерантностью достоверна, что говорит о наибольшем влиянии эмоционального истощения на данную шкалу. При высоком истощении не остается сил противостоять фрустрации и, в таком случае, можно наблюдать снижение стрессоустойчивости.

Помимо этого, эмоциональное истощение достоверно оказывает значительное влияние на эмоциональное состояние – положительная корреляция с когнитивно-аффективной субшкалой депрессии ( $r=0,65$ ;  $p<0,0001$ ), субшкалой соматических проявлений депрессии ( $r=0,56$ ;  $p<0,0001$ ) и с общим баллом по депрессии ( $r=0,73$ ;  $p<0,0001$ ),

а также с ситуативной тревожностью ( $r=0,86$ ;  $p<0,0001$ ) и личностной тревожностью ( $r=0,73$ ;  $p<0,0001$ ).

Чем выше эмоциональное истощение, тем сложнее стабилизировать свое эмоциональное состояние и тем выше показатели по депрессии и тревожности.

Другой компонент СЭВ – деперсонализация имеет обратную корреляцию с катастрофизацией ( $r=-0,33$ ;  $p=0,035$ ). Чем выше деперсонализация, которая может выражаться, в качестве проявления безразличия и цинизма во взаимоотношениях, тем меньше возможностей катастрофизировать. Также, есть достоверная обратная корреляция с фрустрационной толерантностью ( $r=-0,59$ ;  $p<0,0001$ ), говорящая о том, что повышение стрессоустойчивости способствует уменьшению степени деперсонализации. Чем выносливее будет психика, тем дольше она сможет себя контролировать и не срываться на окружающих.

Деперсонализация также имеет прямые корреляции с общим баллом по депрессии ( $r=0,31$ ;  $p=0,046$ ), ситуативной ( $r=0,44$ ;  $p=0,004$ ) и личностной тревожностью ( $r=0,46$ ;  $p=0,003$ ). Таким образом, повышение уровня деперсонализации может являться фактором возникновения депрессии и тревожности. Социальные связи нарушаются сначала на рабочем месте с коллегами, затем дома с родными и близкими, что, несомненно, ведет к ухудшению эмоционального состояния.

Последний компонент СЭВ – редукция профессионализма показывает прямые корреляции с катастрофизацией ( $r=0,34$ ;  $p=0,031$ ) и с фрустрационной толерантностью ( $r=0,52$ ;  $p=0,001$ ). То есть, чем выше обесценивание себя, своих достижений, тем выраженнее преувеличение своих неудач. Однако редукция также повышает фрустрационную толерантность. Возможно, в системе СЭВ, редукция играет определенную роль копинг-стратегии от двух других компонентов – эмоционального истощения и деперсонализации.

Редукция профессионализма также имеет отрицательные корреляции с субшкалой соматических проявлений депрессии ( $r=-0,47$ ;  $p=0,002$ ), общим баллом по депрессии ( $r=-0,42$ ;  $p=0,007$ ), ситуативной ( $r=-0,59$ ;  $p<0,0001$ ) и личностной тревожностью ( $r=-0,57$ ;  $p<0,0001$ ), что может подтверждать гипотезу о роли редукции профессионализма, в качестве копинг-стратегии.

Иррациональная установка катастрофизация, помимо связей с компонентами СЭВ, также

показывает обратную корреляцию с когнитивно-аффективной субшкалой депрессии ( $r=-0,34$ ;  $p=0,028$ ), субшкалой соматических проявлений депрессии ( $r=-0,37$ ;  $p=0,016$ ), общим баллом по депрессии ( $r=-0,4$ ;  $p=0,009$ ), ситуативной тревожностью ( $r=-0,49$ ;  $p=0,001$ ) и личностной тревожностью ( $r=-0,5$ ;  $p=0,001$ ). Хотя противоположная корреляция выглядела бы логичнее, т.к. при депрессии и высокой тревожности мышлению и высокой тревожности преувеличивать негативные стороны себя, других, окружающей действительности, вероятно, при высокой степени тревожности или депрессии, мышление угнетается настолько, что не может даже уйти в когнитивные искажения. Помимо этого, стоит помнить, что катастрофизация положительно коррелирует с редукцией профессионализма, которая, в свою очередь, положительно коррелирует с фрустрационной толерантностью. Таким образом, косвенно, катастрофизация может повысить стрессоустойчивость, что противоположно состоянию вышеприведенным негативным эмоциональным состояниям.

Другая иррациональная установка – долженствование в отношении себя, также дает отрицательные корреляции с когнитивно-аффективной субшкалой депрессии ( $r=-0,42$ ;  $p=0,006$ ), соматической субшкалой депрессии ( $r=-0,36$ ;  $p=0,02$ ), общим баллом по депрессии ( $r=-0,45$ ;  $p=0,003$ ), ситуативной тревожностью ( $r=-0,49$ ;  $p=0,001$ ) и личностной тревожностью ( $r=-0,47$ ;  $p=0,002$ ). Стоит отметить, что и катастрофизация и долженствование в отношении себя препятствуют уходу в соматизацию от депрессии, а также угнетению когнитивной и эмоциональной сферы. Также, вероятно, долженствование вынуждает больше работать, не обращая внимания на свое состояние и не учитывая собственные интересы, поэтому личность не позволяет себе впасть в депрессию или излишне тревожиться.

Самооценка и рациональность мышления показывает отрицательную корреляцию с ситуативной ( $r=-0,34$ ;  $p=0,027$ ) и личностной тревожностью ( $r=-0,4$ ;  $p=0,01$ ). Проявление рациональности мышления и уменьшение тенденции к оценочному восприятию позволяют снизить уровень тревожности.

Фрустрационная толерантность обратно коррелирует с общим баллом по депрессии ( $r=-0,41$ ;  $p=0,005$ ), ситуативной ( $r=-0,47$ ;  $p=0,002$ ) и личностной тревожностью ( $r=-0,51$ ;  $p=0,001$ ). Чем выше стрессоустойчивость, тем ниже вероятность возникновения депрессии и тревожности.

Таким образом, уровень СЭВ был на среднем уровне, в динамике все компоненты у экспериментальной группы снизились. Иррациональные установки претерпели более скромные изменения, однако у экспериментальной группы значимо снизился уровень «катастрофизации». Уровень депрессии незначимо снизился, а уровень ситуативной тревожности снизился значимо. Корреляции продемонстрировали достоверные связи между компонентами СЭВ, иррациональными установками и эмоциональным состоянием, выражающимися депрессией и тревожностью.

**Выводы.** Наиболее выраженным изменениям подверглась эмоциональная сфера испытуемых – эмоциональное истощение, иррациональная установка «катастрофизация», депрессия и тревожность. Выявление связей между СЭВ, иррациональными установками, депрессией и тревожностью у медработников показало наличие нескольких важных связей: катастрофизации со всеми компонентами СЭВ и эмоциональными состояниями. Исходя из полученных данных, именно эта связь подверглась психокоррекционному воздействию – изменение показателей катастрофизации, эмоционального истощения и снижение депрессии и тревожности. Это и есть элементы, входящие в структуру СЭВ, помимо трех компонентов. Также выявлена связь компонентов СЭВ и эмоциональных состояний – СЭВ стимулирует повышение депрессии и тревожности, при этом иррациональные установки и редукция профессионализма могут выступать копинг-стратегией, помогающей сгладить негативное влияние СЭВ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Козин В.А. Факторы, влияющие на развитие синдрома эмоционального выгорания у врачей-наркологов в амбулаторной и стационарной практике // Неврологический вестник. 2013. №4. С. 78–80.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 2001. 592 с.
3. Менделевич В.Д. Спектры психических расстройств и проблема терапевтического релятивизма // Неврологический вестник. 2017. №4. С. 11–20.
4. Менделевич В.Д., Граница А.С. Прогнозирование будущего и механизмы неврозогенеза. Часть 2. // Неврологический вестник 2014. №1. С. 51–57.
5. Chaoping L., Kan S., Zhengxue L. et al. An investigation on job burnout of doctor and nurse // Chinese J Clin Psychol. 2003. N 03. P. 170–172.

6. Fuchs S., Endler P.C., Mesenholl E. et al. Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin // Wien Med Wochenschr. 2009. Vol. 159(7–8). P. 188–191. doi: 10.1007/s10354-009-0669-5.
7. Humphries N., Morgan K., Conry M.C. et al. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review // Intl J Health Care Quality Assurance. 2014. Vol. 27(4). P. 293–307. doi: 10.1108/IJHCQA-08-2012-0087.
8. Kase S.M., Waldman E.D., Weintraub A.S. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States // Palliat Support Care. 2018. 1–7. PMID: 29397055.
9. Le Blanc P.M., Hox J.J., Schaufeli W.B. et al. Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers // J Appl Psychol. 2007. Vol. 92(1). P. 213–227. doi: 10.1037/0021-9010.92.1.213.
10. Marques M.M., Alves E., Queiros C. et al. The effect of profession on burnout in hospital staff // Occup Med. 2018. Vol. 68(3). P. 207–210. doi: 10.1093/occmed/kqy039.
11. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // J Organ Behav. 1981. Vol. 2(2). P. 99–113. doi: 10.1002/job.4030020205.
12. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout // Annu Rev Psychol. 2001. Vol. 52(1). P. 397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
13. Maslach C., Leiter M.P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry // World Psychiatry. 2016. P. 15(2). P. 103–111. doi: 10.1002/wps.20311.
14. Schult T.M., Mohr D.C., Osatuke K. Examining burnout profiles in relation to health and well-being in the veterans health administration employee population // Stress Health. 2018. Vol. 10. 1002/smi.2809.
15. Seidler A., Thinschmidt M., Deckert S. et al. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion—a systematic review // J Occup Med Toxicol. 2014. Vol. 9(1). P. 10. doi: 10.1186/1745-6673-9-10.
16. Shirom A., Melamed S., Toker S. et al. Burnout and health review: current knowledge and future research directions. Illinois: Wiley, 2011. P. 269–308.

#### REFERENSES

1. Kozin V.A. *Neurologicheskii vestnik*. 2013. №4. pp. 78–80. (in Russian)
2. Mendelevich V.D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: Prakticheskoe rukovodstvo*. Moscow: MEDpress, 2001. 592 p. (in Russian)
3. Mendelevich V.D. *Neurologicheskii vestnik*. 2017. №4. pp. 11–20. (in Russian)
4. Mendelevich V.D., Granitsa A.S. *Neurologicheskii vestnik* 2014. №1. pp. 51–57. (in Russian)

Поступила 24.02.2019.