

УДК 616.69-009.2:616.89

О. О. СИДОРЕНКО

www.mps.kh.ua

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ СТАНІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДЕРЖСЛУЖБОВЦІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проведено медико-психологічну корекцію станів соціально-психологічної дезадаптації у державних службовців та дано оцінку її ефективності. Зроблено висновок про те, що обрана модель психокорекції виявилася ефективною для нівелювання тривожної симптоматики та проявів дезадаптації, але недіючою при роботі з депресивними симптомами.

Ключові слова: робочий стрес, держслужбовці, дезадаптація, психокорекція.

У контексті питання психічного та фізичного здоров'я стрес, зумовлений роботою та робочим середовищем, посідає провідне місце [1, 2]. Саме через деструктивний вплив стресу на особистість працівника відбувається виснаження її компенсаторних механізмів, що призводить до нерационального використання особистісного ресурсу [3]. При постійному стресовому впливі можуть виникати особистісні деформації та порушення адаптації, що, у свою чергу, матиме негативні прояви у формі нерациональної діяльності та взаємодії на роботі, у соціумі, сім'ї [4, 5].

Зрозуміло, що найбільший стресовий вплив відчувають працівники сфери «людина — людина», до якої входять державні службовці (ДС) [6]. Наукові дослідження з психодіагностики ДС свідчать,

що прояви дезадаптації у них виявляються у зниженні робочої ефективності, збільшенні професійних помилок, погіршенні робочих стосунків та взаємодії і, як наслідок, робочої мотивації [7, 8]. У цілому це знижує рівень професійності працівника, що є збитковим для підприємства, відображається у погіршенні психоемоційного стану та соціальної взаємодії (з колегами, членами сім'ї, оточуючими). При тривалому перебуванні та функціонуванні особистості у дезадаптованому стані можливий розвиток психосоматичних, соматовегетативних та соматоформних розладів, що у кінцевому результаті матиме деструктивний вплив на психічне та фізичне здоров'я [9].

Стає очевидною потреба у психодіагностиці ДС як психопрофілактичному заході, що дасть змогу

своєчасно діагностувати та реагувати на проблеми психічного профілю. Для своєчасного й ефективного реагування необхідно надавати спеціалізовану медико-психологічну допомогу за визначеною схемою.

Мета нашого дослідження — розробити комплекс заходів медико-психологічної корекції станів психологічної дезадаптації у ДС та оцінити ефективність її впровадження.

На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС протягом 2016–2019 рр. було обстежено 159 ДС, серед них — 118 (74,22%) жінок та 41 (25,78%) чоловік. Середній вік респондентів становив $42,7 \pm 9,19$ року, середній стаж роботи на державній службі — $16,37 \pm 8,25$ року.

Критеріями включення у дослідження були: 1) інформована згода на участь; 2) вік респондента від 25 до 65 років; 3) стаж роботи у державній службі від одного року; 4) відсутність епізодів психічних розладів в анамнезі; 5) повністю заповнений психодіагностичний інструментарій.

У дослідженні було використано клініко-психологічний, психодіагностичний та медико-статистичний методи.

До психодіагностичного інструментарію було включено: Госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), A. S. Zigmond, R. P. Snaithe [10, 11]); опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» (Н. О. Родіна, адаптація М. А. Дмитрієвої) [12]; методику «Діагностика копінг-механізмів» (Е. Heim [13, 14]); опитувальник «Внутрішня мотивація» (Е. Deci, R. Ryan [15] в адаптації В. О. Климчука, О. Л. Музики [16]); Гіссенський особистісний опитувальник (розроблений колективом німецьких учених на базі Психосоматичної клініки Гіссенського університету, 1968 [17]).

Після комплексного психодіагностичного обстеження ДС загальну вибірку було розподілено на три групи: 1а — ДС із проявами соціально-психологічної дезадаптації та тривожно-депресивною симптоматикою ($n = 44$; 27,68%); 2) 1б — ДС із

проявами соціально-психологічної дезадаптації та без тривожно-депресивних симптомів ($n = 34$; 21,38%); 3) 2 — ДС без проявів соціально-психологічної дезадаптації та з поодинокими проявами тривожно-депресивних симптомів ($n = 81$; 50,94%).

Детальний аналіз та інтерпретація отриманих даних дали змогу встановити, що основним фактором ризику розвитку дезадаптивних та деструктивних змін в особистості ДС є стрес, спричинений робочим середовищем. Його дія у всіх групах ДС мала негативний вплив на такі мішені:

- зниження рівня внутрішньої мотивації до робочої діяльності ($n = 114$; 71,69%);
- використання неефективних копінг-стратегій ($n = 145$; 91,19%);
- деструктивні зміни та деформації у структурі особистості ($n = 111$; 69,81%).

При надмірній дії робочого стресу (за силою та/або тривалістю) на ДС у них відбуваються поступове виснаження компенсаторних механізмів особистості та порушення психічної адаптації. Це є передумовами до виникнення дезадаптивних проявів, встановлених у нашому дослідженні (групи 1а та 1б), які, у свою чергу, залежно від сили та сукупності можуть спричинити розвиток тривожних та/або депресивних симптомів (група 1а). Деструктивну дію стресу на структуру особистості ДС схематично зображено на рис. 1.

На основі узагальнення отриманих результатів, установлення механізму деструктивної дії робочого стресу на структуру особистості ДС, виділення мішеней медико-психологічного впливу (мотиваційна та особистісна сфери, неефективний копінг, прояви соціально-психологічної дезадаптації, тривожно-депресивної симптоматики) нами було обґрунтовано концепцію медико-психологічного супроводу ДС із проявами психологічної дезадаптації, що реалізується в амбулаторних умовах та спрямована на оптимізацію їхнього психічного, психологічного та психосоматичного стану.

Запропонований комплекс медико-психологічних заходів складається з трьох етапів:

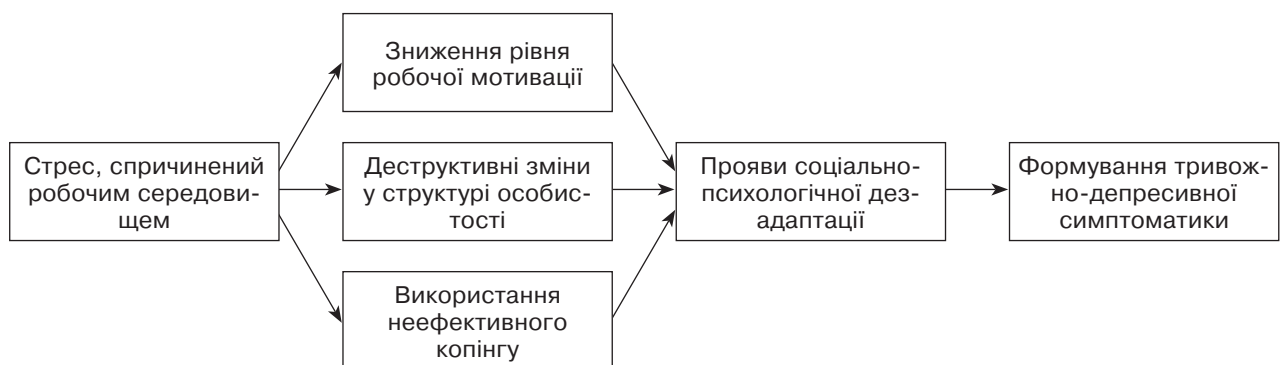


Рис. 1. Деструктивна дія робочого стресу на структуру особистості держслужбовців

Таблиця 1

Структура заходів медико-психологічної корекції психологічної дезадаптації у держслужбовців

| Мета | Спосіб | Засіб |
|---|---|---|
| Перший етап: психодіагностика (1–2 заняття) | | |
| Формування мотивації на участь у дослідженні, створення терапевтичного альянсу у системі: «лікар-психолог — пацієнт» | Проведення психоосвітнього заняття для поліпшення комунікації пацієнта та лікаря-психолога, використання психодіагностичного інструментарію, психотерапевтична бесіда | Спостереження, клінічне інтерв'ю, психодіагностичне обстеження |
| Другий етап: активна медико-психологічна корекція (5 занять) | | |
| Нормалізація психоемоційного стану, оптимізація внутрішньоособистісного ресурсу, формування стратегій соціальної взаємодії, зміна актуальної життєвої стратегії | Нівелювання клінічних та субклінічних форм проявів тривожно-депресивної симптоматики, корекція психоемоційного стану; нівелювання проявів соціально-психологічної дезадаптації шляхом корекції психоемоційної, соматовегетативної, мотиваційної та особистісної компонент; формування навичок роботи з особистісним потенціалом, аналіз життєвих ситуацій з використанням неефективного копінгу та формування ефективних копінг-стратегій; аналіз та реорганізація внутрішньоособистісного мотиваційного потенціалу, оптимізація системи мотивацій; корекція особистісних конфліктів, вироблення психоемоційної стійкості | Індивідуальний та груповий соціально-психологічний тренінг, аутогенне тренування, логотерапія, когнітивно-біхевіоральна психокорекція |
| Третій етап: підтримуюча психокорекція та психопрофілактика (1–2 заняття) | | |
| Закріплення позитивного ефекту лікування, запобігання рецидивам проявів соціально-психологічної дезадаптації | Формування ефективних моделей копінгу (стрес-долаючої поведінки), оптимізація соціальної взаємодії, підвищення мотиваційної системи | Інформування, роз'яснення, формування навичок самодопомоги, підтримка регулярності профілактичних візитів до лікаря-психолога |

Таблиця 2

Схема проведення психокорекційної, психоосвітньої та психопрофілактичної роботи для учасників груп 1 та 2

| Вид наданої медико-психологічної допомоги та її зміст | Група |
|---|---|
| 1.1. Диференційована психокорекція, індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, зняття гострого тривожно-депресивного стану, нівелювання симптоматики (2–3 заняття тривалістю 55 хв) | 1а, (n = 20; 25,64 %) 1а (n = 20; 45,45 %) |
| 1.2. Диференційована психокорекція, групова психотерапія, закріплення позитивного ефекту лікування (2 заняття тривалістю 1 год 20 хв) | |
| 2.1. Загальна психокорекція з використанням когнітивно-поведінкової терапії, логотерапії, аутогенного тренування, соціально-психологічного тренінгу. Здійснено вплив на такі мішені: 1) формування ефективних копінг-стратегій, підвищення рівня стресостійкості; 2) оптимізацію рівня внутрішньої мотивації; 3) роботу з особистісними ресурсами для забезпечення збалансованого психоемоційного стану та оптимальної соціальної взаємодії; 4) нівелювання симптомів соціально-психологічної дезадаптації (3–5 занять індивідуальної психокорекції тривалістю 55 хв) | 1 (1а + 1б), (n = 35; 44,87 %) 1 (n = 15; 19,23 %) |
| 2.2. Загальна психокорекція, групова психотерапія (2 заняття тривалістю 1 год 20 хв) для закріплення позитивного ефекту лікування | |
| 3.1. Підтримуючі психотерапевтичні індивідуальні заняття (1–2 заняття тривалістю 55 хв), психоосвіта, психопрофілактика дезадаптивних симптомів | 2 (n = 20; 24,69 %) 2 (n = 10; 12,34 %) |
| 3.2. Підтримуючі психотерапевтичні групові заняття тривалістю 1 год 20 хв, психологічна підтримка, закріплення позитивного ефекту психотерапії | |

психодіагностики; активної медико-психологічної корекції; підтримуючої психокорекції, психопрофілактики та психоосвіти, диференційованих за метою, способами та засобами медико-психологічного впливу (табл. 1).

Після проведення першого етапу — встановлення терапевтичного альянсу, формування мотивації на участь у дослідженні, проведення психодіагностики ($n = 170$) було відібрано 159 (100%) ДС, які склали основну вибірку, 11 із них було виключено через організаційно-робочі моменти та/або некоректно заповнений психодіагностичний інструментарій.

На етапі проведення активної психокорекції (другий етап) було відібрано 78 (49,05%) ДС із проявами соціально-психологічної дезадаптації, яким було запропоновано отримання медико-психологічної допомоги у вигляді індивідуальних та/або групових занять із психотерапії/психокорекції; решті ДС ($n = 81$; 50,95%) без проявів соціально-психологічної дезадаптації були запропоновані індивідуальні/групові заняття з психоосвіти та психологічної підтримки.

Ураховуючи специфіку роботи та організаційні моменти у державній службі, особистісні особливості ДС та їхній стиль соціальної взаємодії і поведінки, до групи, якій надавалася спеціалізована медико-психологічна допомога, увійшло 35 ДС, що становили групу 1 (з групи 1а ($n = 44$; 100%) було залучено 20 (45,45%) ДС, із групи 1б ($n = 34$; 100%) — 15 (44,11%) ДС відповідно). Перед початком проведення психотерапевтичних та психокорекційних занять із групою 1 ($n = 35$; 100%) було проведено диференційовану психокорекцію для учасників групи 1а ($n = 20$; 45,45%), спрямовану на зниження та нівелювання тривожно-депресивної симптоматики. Після диференційованої психокорекції (2–3 індивідуальні заняття ($n = 20$; 45,45%) тривалістю 55 хв

та 2 групові заняття для закріплення позитивного ефекту тривалістю 1 год 20 хв, група була розподілена на дві підгрупи по 10 ДС), учасників груп 1а та 1б було об'єднано у групу 1 для проведення загальної психокорекції (3–5 занять тривалістю 55 хв), що включала: формування ефективних копінг-стратегій, підвищення рівня стресостійкості; оптимізацію рівня внутрішньої мотивації; роботу з особистісними ресурсами для забезпечення збалансованого психоемоційного стану та оптимальної соціальної взаємодії. Вжиті заходи медико-психологічного та психокорекційного впливу на основні мішені дали змогу зменшити вираженість дезадаптаційних проявів або нівелювати їх у ДС.

Учасникам групи 2 було надано медико-психологічну допомогу у вигляді: психоосвіти, завдяки якій було надано інформацію про механізми розвитку та фактори ризику розвитку дезадаптивних проявів, а також алгоритм дій у стресових ситуаціях і шляхи їх подолання; надано психологічну підтримку ДС, які мали запит до лікаря-психолога. Із групи 2 ($n = 81$; 50,95%) до індивідуальної (1–2 заняття тривалістю 55 хв) та групової (1 год 20 хв) психопрофілактичної та психоосвітньої роботи було залучено 20 (24,69%) осіб. Схему проведення психокорекційної, психоосвітньої та психопрофілактичної роботи у групах 1 та 2 відображено у табл. 2.

Після проведення активної та підтримуючої медико-психологічної корекції ДС групи 1 ($n = 35$; 100,00%) було запропоновано оцінити її ефективність (по групах за модусом курації) (рис. 2). Після диференційованої та загальної психокорекції 33 (94,28%) ДС з 35 (100,00%) відзначили зниження та нівелювання дезадаптивних проявів (у тому числі покращення психоемоційного стану, зниження соматовегетативних проявів, покращення сну, соціальної взаємодії, рівня мотивації); 15 (75,00%) ДС із 20 (100,00%) свідчили про зниження та нівелювання

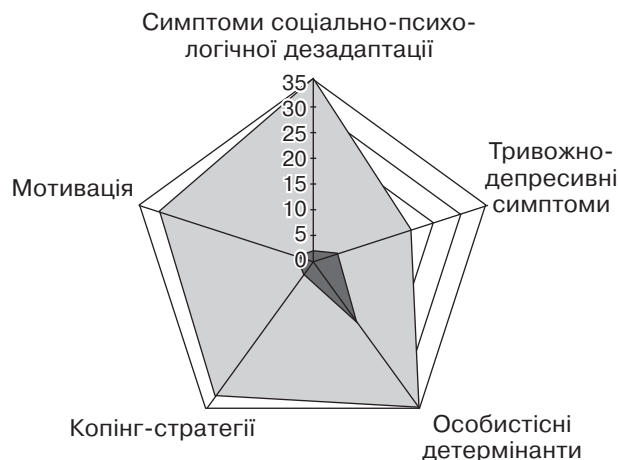


Рис. 2. Ефективність проведеної психокорекції для держслужбовців групи 1: □ — до психокорекції, ■ — після психокорекції. Те саме на рис. 3

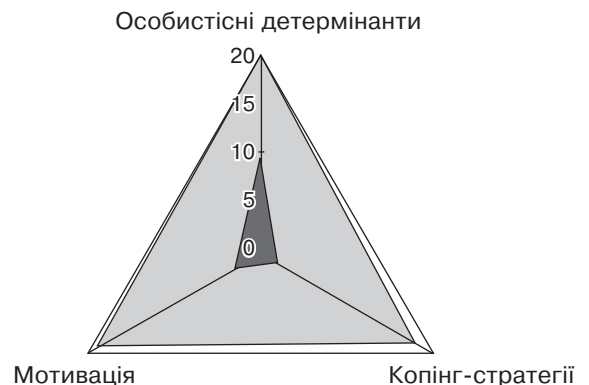


Рис. 3. Ефективність підтримуючої психотерапії для держслужбовців групи 2: □ — до підтримуючої психотерапії, ■ — після підтримуючої психотерапії

**Оцінка ефективності психокорекційної програми
за допомогою Т-критерію Вілкоксона у групах дослідження**

| Психокорекційна група | Мішень психокорекційного впливу | $T_{\text{емп}} < T_{\text{кр}}$, зона значущості |
|-----------------------|---|--|
| 1 | Прояви соціально-психологічної дезадаптації | $p < 0,01$ |
| | Тривожна симптоматика | $p < 0,01$ |
| | Депресивна симптоматика | $p < 0,05$, зона невизначеності |
| | Копінг-стратегії | $p < 0,01$ |
| | Мотивація | $p < 0,01$ |
| 2 | Особистісні детермінанти | $p < 0,05$, зона невизначеності |
| | Копінг-стратегії | $p < 0,01$ |
| | Мотивація | $p < 0,01$ |
| | Особистісні детермінанти | $p < 0,05$, зона невизначеності |

тривожно-депресивних проявів; 20 (57,14%) ДС із 35 (100,00%) вказали на гармонізацію особистісного потенціалу (підвищення самооцінки, оптимізація психоемоційного стану, ефективна соціальна взаємодія); 29 (90,62%) ДС із 32 (100,00%) констатували підвищення рівня стресостійкості через застосування ефективного копінгу, а 28 (90,32%) ДС — покращення робочої діяльності та ефективності через підвищення рівня робочої мотивації.

За тим же принципом ДС із групи 2 ($n = 20$; 100,00%) було запропоновано оцінити ефективність підтримуючої психотерапії (рис. 3). Після проведення психотерапевтичних занять 10 (50,00%) ДС із 20 (100,00%) відзначили гармонізацію особистісного потенціалу (підвищення самооцінки, оптимізація психоемоційного стану, ефективна соціальна взаємодія); 16 (88,88%) із 18 (100,00%) — підвищення рівня стресостійкості через застосування ефективного копінгу; 15 (78,94%) — із 19 (100,00%) — покращення робочої діяльності та ефективності через підвищення рівня робочої мотивації.

Отримані результати ефективності психокорекції та психокорекції на основі самооцінки ДС було проаналізовано й оброблено у статистичній програмі MedStat (табл. 3). Для цього ми застосували Т-критерій Вілкоксона, оскільки цей метод дає змогу зіставити показники, отримані за двох різних умов на одній і тій же вибірці обстежених.

Провівши комплексну психокорекційну та психотерапевтичну роботу з ДС груп 1 та 2 та оцінивши ефективність медико-психологічної допомоги психодіагностично й статистично, можемо зазначити таке:

1) обрана модель психокорекції виявилася ефективною для нівелювання тривожної симптоматики та проявів дезадаптації ($p < 0,01$), але малоефективною при роботі з депресивними симптомами ($p < 0,05$). Це зумовлено недостатньою кількістю психотерапевтичних занять, складністю та задавленістю самого розладу і ви-

магає тривалого й системного підходу до проблеми депресії;

2) в обох групах за допомогою психокорекційної та психотерапевтичної роботи вдалося оптимізувати та підвищити рівень ефективності копінг-стратегій та мотивації ($p < 0,01$) завдяки використанню логотерапії, аутогенного тренування, соціально-психологічного тренінгу;

3) застосовуючи психокорекційний та психотерапевтичний вплив на особистісні детермінанти ДС, удалося оптимізувати та покращити рівень самооцінки та соціальної взаємодії ($p < 0,01$). Але при роботі з психоемоційною сферою (схильністю до депресивного настрою) та особистісною замкнутістю ефективність медико-психологічної допомоги була нижчою ($p < 0,05$), що зумовлено недостатньою кількістю терапевтичних годин, потребою у тривалій психотерапії особистісних питань та проблем, особистою психологічною недовірою та неготовністю ДС у короткі строки психотерапевтичних занять приступати до самоаналізу і терапії з лікарем-психологом, більшою орієнтованістю на вирішення питань, пов'язаних із роботою та заробітною платою, ніж особистісних.

Проблемним питанням лишається психокорекційна робота з особистісними детермінантами та депресивними симптомами у ДС, оскільки у них у системі особистих пріоритетів спочатку стоять робота, кар'єра, професійний імідж, грошова винагорода і лише потім — питання особистого психічного та фізичного здоров'я.

Список літератури

1. Potocka A. What do we know about psychosocial risks at work? Part II: The analysis of employee's knowledge of sources and consequences of stress at work / A. Potocka, D. Merez-Kot // *Medycyna pracy*.— 2010.— № 61 (4).— P. 393–411.
2. The perception of stress in the European stakeholders / N. Petyx, C. Deitinger, P. Ronchetti [et al.] // *Giornale*

- italiano di medicina del lavoro ed ergonomia.— 2007.— № 29.— P. 708–709.
3. *Bordia Pr.* When employees strike back: investigating mediating mechanisms between psychological contract breach and workplace deviance / Pr. Bordia, S. L. D. Restubog, R. L. Tang // *J. of Applied Psychology*.— 2008.— Vol. 93 (5).— P. 1104.
 4. *Bal P. M.* Dynamics of psychological contracts with work engagement and turnover intention: The influence of organizational tenure / P. M. Bal, De R. Cooman, S. T. Mol // *Eur. J. of Work and Organizational Psychology*.— 2013. — Vol. 22 (1).— P. 107–122.
 5. *Jones S. K.* «I Can Only Work So Hard Before I Burn Out». A Time Sensitive Conceptual Integration of Ideological Psychological Contract Breach, Work Effort, and Burnout / S. K. Jones, Ya. Griep // *Frontiers in psychology*.— 2018.— № 9.— 131 p.
 6. *Chambel M. J.* Breach of psychological contract and the development of burnout and engagement: A longitudinal study among soldiers on a peacekeeping mission / M. J. Chambel, F. Oliveira-Cruz // *Military Psychology*.— 2010.— № 22 (2).— P. 110–127.
 7. *Geisler M.* No job demand is an island—interaction effects between emotional demands and other types of job demands / M. Geisler, H. Berthelsen, J. J. Hakanen // *Frontiers in psychology*.— 2019.— № 10.— 873 p.
 8. *Bakker A. B.* Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward / A. B. Bakker, E. Demerouti // *J. of Occupational Health Psychology*.— 2017.— № 22 (3).— P. 273.
 9. *Tei-Tominaga M.* Effect of affective temperaments assessed by the TEMPS-A on the relationship between work-related stressors and depressive symptoms among workers in their twenties to forties in Japan / M. Tei-Tominaga, T. Akiyama, Yo. Sakai // *Depression research and treatment*.— 2012.— doi:10.1155/2012/469384
 10. *Подкорытов В. С.* Депрессии / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // *Современная терапия*.— Харьков: Торнадо, 2003.— 349 с.
 11. *Zigmond A. S.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // *Acta Psychiatr. Scand.*— 1983.— Vol. 67.— P. 361–370.
 12. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности; под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снетковой.— СПб.: Речь, 2003.— 448 с.
 13. *Набиуллина П. П.* Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) / П. П. Набиуллина, И. В. Тухтарова.— Казань: Изд-во КГМА, 2003.— 99 с.
 14. *Heim E.* Coping-based intervention strategies / E. Heim // *Patient education and counseling*.— 1995.— Т. 26. № 1.— С. 145–151.
 15. *Deci E.* Intrinsic motivation and self-determination in human behavior / E. Deci, R. M. Ryan. // *Springer Science & Business Media*, 1985.— doi: 10.1007/978-1-4899-2271-7
 16. *Климчук В. О.* Опитувальник внутрішньої мотивації / В. О. Климчук // *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія «Психологічні науки»: зб. наук. пр.*— К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006.— № 12 (37).— С. 71–76.
 17. *Beckmann D.* Der Gießen-Test (GT). Überblick über Reliabilitäts und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst und Fremdbeurteilungsverfahren / D. Beckmann, E. Brähler, H. E. Richter.— Bern: Huber, 1990.— 81 p.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ГОССЛУЖАЩИХ

О. О. СИДОРЕНКО

Проведена медико-психологическая коррекция состояний социально-психологической дезадаптации у государственных служащих и дана оценка ее эффективности. Сделан вывод о том, что выбранная модель психокоррекции оказалась эффективной для нивелирования тревожной симптоматики и проявлений дезадаптации, но недейственной при работе с депрессивными симптомами.

Ключевые слова: рабочий стресс, госслужащие, дезадаптация, психокоррекция.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF PSYCHOLOGICAL MALADAPTATION STATES IN GOVERNMENT EMPLOYEES

О. О. SYDORENKO

Here, the medical and psychological correction of social and psychological maladaptation states in government employees was performed and its efficiency was assessed. There was concluded that the selected model of psychological correction was efficient for levelling the anxiety and maladaptation symptoms, but inefficient for depressive symptoms.

Key words: working stress, government employees, maladaptation, psychological correction.

Надійшла 14.03.2019