

Омелянович В. Ю., Гриневич Є. Г., Макаренко С. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

## Гендерні особливості емоційного вигоряння у хворих на психосоматичні захворювання

For cite: Zdorov'a suspil'stva. 2018;7(2):82-86. doi: 10.22141/2306-2436.7.2.2018.137732

**Резюме. Актуальність. Мета дослідження:** виявлення гендерних особливостей симптоматичної структури емоційного вигоряння у працівників ризиконебезпечних професій, які страждають на психосоматичні захворювання. **Матеріали та методи.** Матеріал дослідження: 1 група (ПСЗ) – 274 пацієнта, які страждають на психосоматичні захворювання; 2 – контрольна група (ПЗ) – 1176 практично здорових, адаптованих. Методи дослідження – Методика ДРЕВ (В. В. Бойко), опитувальник SCL-90-R (L.R. Derogatis з спіавт.) в адаптації Н. В. Тарабріної, ієрархічний кластерний аналіз, однофакторний дисперсійний аналіз Фішера,  $\Phi^*$  - кутове перетворення Фішера. **Результати.** У групі «практично здорових» жінок і у всіх представників чоловічого гендеру «вигоряючих» респондентів значущо менше ( $\Phi^* \geq 3,03$ ;  $p < 0,0001$ ). У «вигоряючих» жінок, які страждають на ПСЗ, шкали «Виснаження» значущо більші ( $p = 0,01$ ), ніж у практично здорових. Показники усіх шкал опитувальника SCL-90-R у пацієнтів з ПСЗ обох гендерів мають більші значення у випадку виразного емоційного вигоряння ( $p > 0,05$ ). **Висновки.** У чоловіків емоційне вигоряння характеризується не тільки проявами резистентності, але й проявами фази виснаження. Селективне емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація та редукція професійних обов'язків, характерні для пацієнтів незалежно від гендерної належності, у чоловіків доповнюються симптомами емоційного дефіциту та емоційної відстороненості. Психосоматичні захворювання у жінок супроводжуються більш глибокими проявами емоційного вигоряння, ніж у практично здорових. Встановлена особлива роль у процесі емоційного вигоряння практично здорових представників жіночого гендеру симптомів тривоги та депресії.

**Ключові слова:** емоційне вигоряння; психосоматичні захворювання; симптоматичний дистрес; психопрофілактика; працівники правоохоронних органів

### Вступ

В якості найбільш чітко описаного в науковій літературі психологічного феномена, який є відбиттям як процесу професійної психологічної деформації, так, в остаточному підсумку, і маркером порушень адаптаційних процесів, виступає синдром емоційного вигоряння. Знаковим, з нашою точки зору, є той факт, що емоційне вигоряння або синдром перегорання (burnout syndrome) [1], не будучи психопатологічним станом, все ж увійшло до МКХ-10 в якості діагностичної рубрики Z 73.0 - «Вигоряння» розділу Z 73 («Проблеми, які мають відношення до ускладнень у рішенні повсякденних життєвих питань»). Відповідно до визначення ВООЗ, «синдром вигоряння – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі й утомою, безсонням, підвищеним схильністю соматичним захворюванням, а також до вживання алкоголю або інших пси-

хоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності й (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. Цей синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі й емоційні вимоги, що відбуваються від зайвої відданості людини своїй роботі із супутньою зневагою сімейним життям або відпочинком» [2]. Відмічена у цьому визначенні «схильність до соматичних захворювань» вказує на доцільність вивчення особливостей розвитку емоційного вигоряння саме у пацієнтів, адаптаційні резерви яких були недостатніми і соматизація психологічного конфлікту у яких вже відбулася у вигляді психосоматичного захворювання.

**Мета роботи:** виходячи із усього вищесказаного, метою нашого дослідження було виявлення гендерних особливостей симптоматичної структури емоційного вигоряння у працівників ризиконебезпечних професій, які страждають на психосоматичні захворювання.

## Матеріали та методи

Матеріалом даної роботи є результати обстеження 1630 співробітників підрозділів поліції України, структурованих залежно від гендерної приналежності. Кожна з гендерних вибірок містила в собі дві дослідницьких групи: 1 група – 274 пацієнта, які страждають на психосоматичні захворювання (ПСЗ), складається з 213 чоловіків (77,74%) і 61 жінки (22,26%); 2 – контрольна група, складена практично здоровими, адаптованими респондентами (ПЗ): 1176 співробітників поліції, з яких 962 (81,8%) належали до чоловічого гендеру, а 214 (18,2%) – до жіночого. У якості психосоматичних захворювань розглядалися тільки «класичні психосоматози» Ф. Александра: виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, нейродерміт, бронхіальна астма, артеріальна гіпертензія, гіперфункція щитовидної залози, ревматоїдний артрит.

Для вивчення динамічних характеристик емоційного вигоряння була використана Методика діагностики рівня емоційного вигоряння (В.В. Бойко) – ДРЕВ [3]. Опитувальник дозволяє оцінити як вираженість окремих симптомів вигоряння, так і сформованість окремих фаз цього процесу. Оцінка виразності симптоматичного дистресу респондентів проводилась з використанням опитувальника SCL-90-R (L.R. Derogatis з спіавт.) в адаптації Н. В. Тарабріної [4]. Цей опитувальник включає в себе крім шкал оцінки вираженості симптоматики, ще й три індекси дистресу: загальний індекс важкості симптомів (GSI), індекс симптоматичного дистресу (PSDI) та загальна кількість симптомів (PSD).

Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювалась з використанням ієрархічного кластерного аналізу, однофакторного дисперсійного аналізу Фішера та показника  $\varphi^*$ -кутового перетворення Фішера.

## Результати та обговорення

У результаті проведення кластерного аналізу показників методики ДРЕВ респондентів, які склали дослідницькі групи, у межах кожної з них були виділені по 2 кластери осіб (таб. 1): 1 кластер – «вигоряю-

чі» (24 особи (39,44% групи ПСЗ) та 242 особи (25,16% групи ПЗ) чоловічого гендеру, а також 25 осіб (40,98% групи ПСЗ) та 24 особи (11,21% групи ПЗ) жіночого гендеру) та 2 кластер – респонденти з мінімальними проявами емоційного вигоряння (129 осіб (60,56% групи ПСЗ) та 720 осіб (74,84% групи ПЗ) чоловічого гендеру, а також 36 осіб (59,02% групи ПСЗ) та 190 осіб (88,79% групи ПЗ) жіночого гендеру).

У групі представників жіночого гендеру, хворих на ПСЗ, статистично значущої різниці між кількістю «вигоряючих» та «невигоряючих» пацієнтів виявлено не було ( $\varphi^*=1,39$ ;  $p=0,083$ ), тоді як і в групі «практично здорових» жінок, і в обох дослідницьких групах представників чоловічого гендеру, «вигоряючих» респондентів було значущо менше ( $\varphi^* \geq 3,03$ ;  $p < 0,0001$ ). На нашу думку, відсутність значущих відмінностей між кількістю жінок з ПСЗ, які склали дослідницькі кластери, скоріш за все слід розцінювати не в якості тенденції, а як наслідок досить малої кількості респондентів, яка, хоч і не унеможливає проведення статистичного аналізу, який був застосований, але, все ж таки, знижує його інформативність.

У представників 1 кластеру як хворих на ПСЗ, так і практично здорових, що належали до чоловічого гендеру, показники інтегральних шкал методики ДРЕВ свідчили про те, що фази резистентності та виснаження (шкали Р та В) знаходились у них у стадії формування, тоді як у жінок у стадії формування знаходилась тільки фаза резистентності, а фази напруження та виснаження були не сформованими (таб. 2). Провідними проявами вигоряння у представників обох гендерів були симптоми неадекватного селективного емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації та редукції професійних обов'язків (тобто – симптоми фази резистентності), які доповнювались у чоловіків симптомами емоційного дефіциту та емоційної відстороненості, а у жінок – симптомами вегетативних порушень.

Результати однофакторного дисперсійного аналізу Фішера показників методики ДРЕВ свідчать про високий рівень статистичної значущості проведеної кластеризації та самостійності виділених

**Таблиця 1. Розподіл представників дослідницьких груп у залежності від гендеру та кластеру емоційного вигоряння і результати розрахунку  $\varphi^*$ -кутового перетворення Фішера**

Група	ПСЗ			ПЗ		
Гендер	Чоловічий гендер					
Кластер	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$
1 кластер	84	39,44	3,03	242	25,16	13,99
2 кластер	129	60,56		720	74,84	
Всього	213			962		
Гендер	Жіночий гендер					
Показник	абс.	%	$\varphi^*$	абс.	%	$\varphi^*$
1 кластер	25	40,98	1,39	24	11,21	8,2
2 кластер	36	59,02		190	88,79	
Всього	61			214		

кластерів – представники обох гендерних груп, як хворі на психосоматичні захворювання, так і практично здорові, які склали 1 кластер, мали значно більш великі показники не тільки за усіма трьома інтегральними показниками виразності фаз емоційного вигоряння, але й за усіма групами симптомів вигоряння, ніж представники 2 кластеру ( $p < 0,0009$ ).

Крім того, при порівнянні показників методики ДРЕВ у представників 1 кластерів груп ПСЗ та ПЗ чоловічого гендеру, статистично значущих відмінностей жодного з показників знайдено не було ( $p \geq 0,06$ ). Разом з тим, у представників жіночого

гендеру в межах 1 кластеру («вигоряючі») у пацієнтів, які страждали на ПСЗ показники інтегральної шкали «Виснаження» мали значущо більші значення ( $p=0,01$ ), ніж у практично здорових, що вказує на більш глибокий характер вигоряння.

Скоріш за все, це пояснюється більш вираженими показниками шкал емоційної та особистісної відстороненості (шкали В2 та В3), які також були більш високими у хворих на ПСЗ ( $p \leq 0,02$ ). У практично здорових жінок, як і у чоловіків, статистично значущих відмінностей показників шкал методики ДРЕВ у представників груп ПСЗ та ПЗ в межах виділених кластерів знайдено не було ( $p > 0,06$ ).

**Таблиця 2. Результати однофакторного дисперсійного аналізу Фішера показників методики ДРЕВ представників виділених кластерів груп ПСЗ і ПЗ**

Гендер		Чоловіки				Жінки			
Кластер		1 кластер		2 кластер		1 кластер		2 кластер	
Шкала*	Група	Середнє	р	Середнє	р	Середнє	р	Середнє	р
Н1	ПСЗ	6,818	0,06	3,25	0,438	8,47	0,159	2,9	0,65
	ПЗ	9,075		2,9		12,2		2,54	
Н2	ПСЗ	8,2	0,37	3,59	0,222	7,47	0,31	2,94	0,16
	ПЗ	9,107		2,94		9,75		1,63	
Н3	ПСЗ	6,927	0,48	1,54	0,158	5,18	0,087	2,09	0,06
	ПЗ	7,629		2,09		9,13		0,75	
Н4	ПСЗ	5,291	0,84	0,66	0,148	7	0,425	1,03	0,83
	ПЗ	5,484		1,03		9,44		1,13	
Р1	ПСЗ	15,18	0,06	5,39	0,06	15,5	0,431	6,92	0,92
	ПЗ	13,25		6,92		17,3		7,04	
Р2	ПСЗ	11,64	0,78	7,01	0,48	13,4	0,201	7,41	0,62
	ПЗ	11,37		7,41		16,1		7,92	
Р3	ПСЗ	6,309	0,33	2,59	0,7	9,18	0,676	2,45	0,77
	ПЗ	7,22		2,45		10,5		2,63	
Р4	ПСЗ	13,31	0,94	5,37	0,56	14,6	0,714	5,75	0,26
	ПЗ	13,25		5,75		15,4		4,46	
В1	ПСЗ	10,51	0,94	4,52	0,14	7,06	0,13	5,49	0,08
	ПЗ	10,58		5,49		10,8		2,67	
В2	ПСЗ	14,44	0,56	9,88	0,23	9,71	0,02	10,6	0,36
	ПЗ	15,01		10,6		16,6		9,67	
В3	ПСЗ	6,545	0,31	1,27	0,36	6,76	0,01	1,55	0,07
	ПЗ	7,516		1,55		13,0		0,33	
В4	ПСЗ	7,255	0,47	1,12	0,61	10,4	0,89	0,96	0,01
	ПЗ	6,553		0,96		10,6		2,42	
Н	ПСЗ	27,24	0,13	8,94	0,87	28,1	0,07	8,79	0,10
	ПЗ	31,3		8,79		40,5		6,04	
Р	ПСЗ	46,44	0,51	20,1	0,13	52,8	0,19	22,1	0,97
	ПЗ	45,08		22,1		59,3		22,0	
В	ПСЗ	38,75	0,67	16,6	0,11	33,9	0,01	18,3	0,08
	ПЗ	39,66		18,3		15,1		15,1	

\*Шкали методики ДРЕВ: Н1 – переживання психотравмуючих обставин; Н2 – незадоволеність собою; Н3 – «загнаність в клітку»; Н4 – тривога і депресія; Р1 – неадекватне вибіркоче емоційне реагування; Р2 – емоційно-моральна дезорієнтація; Р3 – розширення сфери економії емоцій; Р4 – редукція професійних обов'язків; В1 – емоційний дефіцит; В2 – емоційна відстороненість; В3 – деперсоналізація; В4 – психосоматичні та психовегетативні порушення; Н – фаза напруження; Р – фаза резистентності; В – фаза виснаження.

При проведенні однофакторного дисперсійного аналізу показників методики SCL-90-R (таб. 3) було встановлено, що показники усіх симптоматичних та інтегральних шкал, за виключенням показника PSDI ( $p \geq 0,384$ ), у пацієнтів з ПСЗ як чоловічого, так і жіночого гендеру, мали більші значення ( $p > 0,05$ ) у «вигоряючих» (1 кластер). Таке ж саме положення має місце і в групі практично здорових, за виключенням того, що у жінок дана тенденція стосується, крім інтегральних шкал дистресу GSI і PST, переважно симптомів депресії – DEP, тривоги – ANX та спільних симптомів дистресу – ADD ( $p < 0,013$ ). Виявлений зв'язок вираженості симптоматичного дистресу та емоційного вигоряння повністю узгоджуються з даними наукової літератури, однак виявлені гендерні особливості структури дистресу у практично здорових жінок можуть розцінюватись в якості прогностично-несприятливого фактору при плануванні психопрофілактичних заходів.

## Висновки

Виходячи з викладених результатів, уявляється можливим стверджувати, що серед працівників правоохоронних органів, як таких, що страждають на психосоматичні розлади, так і серед практично здорових, незалежно від гендерної належності, «вигоряючих» осіб значно менше, ніж тих, у яких прояви вигоряння є мінімальними.

Разом з тим, сам процес емоційного вигоряння характеризується певними гендерними особливостями. Так, у чоловіків, на відміну від жінок, емоційне вигоряння характеризується не тільки проявами резистентності, але й проявами фінальної фази цього процесу – фази виснаження. Відмічаються також і гендерні особливості симптоматичної структури вигоряння: селективне емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація та редукція професійних обов'язків, характерні для працівників правоохоронних органів незалежно від гендерної належності, у чоловіків доповнюються симптомами ще більш

**Таблиця 3. Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників методики SCL-90-R**

Гендер		Чоловіки				Жінки			
Група		ПСЗ		ПЗ		ПСЗ		ПЗ	
Шкала*	Кл.	Середнє	р	Середнє	р	Середнє	р	Середнє	р
GSI	1	0,2	0,004	0,08	1E-14	0,275	4E-04	0,1	2E-04
	2	0,1		0,04		0,073		0,04	
PST	1	14,6	0,003	6,83	6E-16	21,76	7E-04	6,31	0,013
	2	7,5		3,20		6,25		3,67	
PSDI	1	1,13	0,384	1,11	0,265	1,11	0,544	1,25	0,07
	2	1,21		1,16		1,07		1,09	
SOM	1	0,25	0,05	0,12	9E-08	0,33	0,007	0,14	0,077
	2	0,18		0,06		0,12		0,08	
OC	1	0,27	0,002	0,12	2E-06	0,34	0,003	0,09	0,488
	2	0,13		0,06		0,1		0,07	
INT	1	0,24	0,01	0,12	4E-05	0,44	4E-04	0,1	0,617
	2	0,13		0,07		0,09		0,09	
DEP	1	0,2	0,003	0,07	5E-10	0,28	0,001	0,17	6E-10
	2	0,08		0,02		0,06		0,03	
ANX	1	0,17	0,014	0,06	3E-09	0,18	0,003	0,08	2E-04
	2	0,07		0,02		0,04		0,02	
HOS	1	0,21	0,02	0,07	7E-06	0,21	0,003	0,09	0,113
	2	0,1		0,03		0,05		0,04	
PHOB	1	0,05	0,026	0,02	3E-06	0,1	0,011	0,02	0,338
	2	0,01		0,01		0,01		0,01	
PAR	1	0,28	0,028	0,13	1E-05	0,42	0,005	0,09	0,239
	2	0,15		0,06		0,13		0,05	
PCY	1	0,07	0,007	0,01	0,05	0,07	0,036	0,01	0,91
	2	0,02		0,01		0,03		0,01	
ADD	1	1,49	0,01	0,61	5E-07	2,47	0,004	0,81	0,013
	2	0,7		0,26		0,37		0,33	

\* Шкали методики SCL-90-R: SOM – соматизація; O-C – обсессивність-компульсивність; INT – між-персональна сензитивність; DEP – депресія; ANX – тривожність; HOS – ворожість; PHOB – фобічна тривожність; PAR – паранояльність; PSY – психотизм; GSI – загальний індекс ваги симптомів; PSDI – індекс присутнього симптоматичного дистресу; PSD – загальна кількість позитивних відповідей.

виражених емоційних порушень – проявами емоційного дефіциту та емоційної відстороненості.

Крім того, звертає на себе особливу увагу те, що психосоматичні захворювання у жінок супроводжуються більш глибокими проявами емоційного вигорання, ніж у практично здорових. Цей факт, а також особлива роль у структурі симптоматичного дистресу практично здорових жінок-працівників правоохоронних органів симптомів тривоги та депресії можуть бути використані для підвищення ефективності психопрофілактичної роботи при формуванні «груп підвищеного ризику» підрозділами психолого-психіатричного забезпечення системи Міністерства внутрішніх справ України.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Отримано 15.04.2018 ■

Омельянович В. Ю., Гриневич Е. Г., Макаренко С. Н.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

### Гендерные особенности эмоционального выгорания у больных психосоматическими заболеваниями

**Резюме. Актуальность. Цель исследования:** выявление гендерных особенностей симптоматичной структуры эмоционального выгорания у работников рискованных профессий, которые страдают психосоматическими заболеваниями. **Материалы и методы.** Материал исследования: 1 группа (ПСЗ) - 274 пациента, страдающие психосоматическими заболеваниями; 2 - контрольная группа (ПЗ) - 1176 практически здоровых, адаптированных. Методы исследования - методика ДУЭВ (В.В. Бойко), опросник SCL-90-R (L.R. Derogatis) в адаптации Н. В. Тарабриной, иерархический кластерный анализ, однофакторный дисперсионный анализ Фишера,  $\phi^*$ -угловое преобразование Фишера. **Результаты.** В группе «практически здоровых» женщин, и у всех представительниц мужского гендера «выгорающих» респондентов значимо меньше ( $\phi^* > 3,03$ ;  $p < 0,0001$ ). Проведение дисперсионного анализа позволило установить, что у «выгорающих» женщин, страдающих ПСЗ, шкала «Истощения» имела значимо большие значения ( $p=0,01$ ), чем у практически здоровых. Показа-

### Список літератури

1. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера – К.: Сфера, 2000. – С. 393.

2. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.

3. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998. – С. 161 – 169.

4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – С. 146-181.

тели всех шкал опросника SCL-90-R у пациентов с ПСЗ обоих гендерных групп имеют более высокие значения в случае выраженного эмоционального выгорания ( $p > 0,05$ ). **Выводы.** У мужчин эмоциональное выгорание характеризуется не только проявлениями резистенции, но и проявлениями фазы истощения. Селективное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация и редукция профессиональных обязанностей, характерные для пациентов независимо от гендерной принадлежности, у мужчин дополняются симптомами эмоционального дефицита та эмоциональной отстраненности. Психосоматические заболевания у женщин сопровождаются более глубокими проявлениями эмоционального выгорания. Установлена особая роль в процессе эмоционального выгорания практически здоровых представителей женского гендера симптомов тревоги и депрессии.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание; психосоматические заболевания; симптоматический дистресс; психопрофилактика

V. Yu. Omelyanovich, Ye. G. Grinevich, S. N. Makarenko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

### Gender peculiarities of emotional burnout in patients with psychosomatic diseases

**Abstract. Background.** The purpose of the study: the identification of gender characteristics of the symptomatic structure of emotional burnout among of risky occupations workers who suffer from psychosomatic diseases (PSD). **Materials and methods.** Material of the study: 1 group (PSD) - 274 patients, suffering from psychosomatic diseases; 2 - control group (PH) - 1176 practically healthy, adapted. Methods of research - DUEV methodology (V. V. Boyko), a questionnaire SCL-90-R (L. R. Derogatis) in the adaptation of N.V. Tarabrina, a hierarchical cluster analysis, Fisher one-factor dispersion analysis,  $\phi^*$  - Fisher angle transformation. **Results.** In the group of "practically healthy" women, and for all representatives of male gender, "burnout" respondents are significantly less ( $\phi^* > 3.03$ ,  $p < 0.0001$ ). The analysis of dispersive analysis allowed to establish that in the "burn out" women suffering from PPS, the scale of "Exhaustion" had significantly larger values

( $p = 0.01$ ) than in practically healthy ones. The scores of all scales of the SCL-90-R questionnaire in patients with PSD of both gender groups have higher values in case of sound emotional burnout ( $p > 0.05$ ). **Conclusions.** Emotional burnout in men is characterized not only by manifestations of resistance, but also by manifestations of the phase of exhaustion. Selective emotional response, emotional and moral disorientation and reduction of professional duties, characteristic of patients regardless of gender, are supplemented in men with symptoms of emotional deficit and emotional retardness. Psycho-somatic diseases in women are accompanied by more profound manifestations of emotional burnout. A special role in the emotional burnout of practically healthy representatives of female gender was played by anxiety and depression symptoms.

**Keywords:** emotional burnout; psychosomatic diseases; symptomatic distress; psychoprophylaxis