

Предиктори, дескриптори та складові емоційного вигорання у лікарів-психіатрів під час війни: взаємозв'язки, комплексна і математична моделі розвитку та прогнозу

Тарас Левін

НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Метою роботи була ідентифікація предикторів, дескрипторів й складових емоційного вигорання (ЕВ) у лікарів-психіатрів під час війни, для розуміння взаємозв'язків між ними як основи побудови терапевтичних підходів до профілактики і елімінації проявів ЕВ у даного контингенту.

Контингент та методи дослідження. Вибірку дослідження, яка була сформована з дотриманням принципів біомедичної етики та на підставі інформованої згоди, склали 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. протягом 2022 р. Критерієм стратифікації обстежених на групи була наявність і вираженість проявів професійної дезадаптації (ДА) у лікарів-психіатрів, що віддзеркалювало рівень їх ЕВ. За отриманими результатами, обстежені були розподілені на три групи: перша група, ОГ1 – 30,8% (37 осіб) – лікарі без ознак професійної ДА, та низьким рівнем ЕВ; друга група, ОГ2 – 47,5% (57 осіб) – особи з ознаками професійної ДА, та помірним рівнем ЕВ; третя група, ОГ3 – 21,7% (26 осіб) – респонденти з клінічно окресленою й вираженою професійною ДА, та високим рівнем ЕВ. Для оцінки стану параметрів, що становлять складові ЕВ, використовували клініко-психопатологічний, психометричний і психодіагностичний методи дослідження. Статистичний аналіз отриманих результатів виконаний за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні (визначення розбіжностей), та методу рангових кореляцій Спірмена (оцінка кореляційних зв'язків).

Результати. В генезі розвитку й прогресування ЕВ у лікарів-психіатрів під час війни задіяні персонологічні, психопатологічні, психосоціальні, професійні та емоційно-інтерперсональні показники їх життєдіяльності.

Визначальний дефіцит як загального рівню ЕІ, так і його окремих складових, є основою формування ЕВ, з прогресуванням якого показники ЕІ ще більше знижуються, даючи старт розвитку професійної ДА та запускаючи порочне коло патологічних взаємовпливів. Прогресування ЕВ призводить до значного дисбалансу в структурі ЕІ, а саме, значного зниження емпатії на тлі досить високих значень здатності розпізнавання емоцій інших людей, як професійної навички, що, з одного боку, сприяє потягченню симптоматики в усіх кластерах ЕВ, а, з іншого – стає патогенетичним чинником її розвитку й прогресування.

Професійна ДА розглядається нами як базовий дескриптор ЕВ, бо саме з неї починаються перші негативні прояви розбалансування процесів виконання професійних обов'язків та внутрішніх ресурсів, що забезпечуватиме їх оптимальну реалізацію. Саме тому визначення стану професійної ДА та її прогнозу дає змогу покращити якість виявлення її проявів та попередити розвиток або прогресування ЕВ у лікарів-психіатрів, а також запобігти розвитку інших несприятливих змін з боку психопатологічних, психосоціальних та ін. складових ЕВ. Виходячи з можливості визначити 4 групи ризику

розвитку професійної ДА, як базового дескриптора ЕВ, які надає використання математичної моделі її розвитку, запропоновані 4 терапевтичні стратегії діагностики, терапії і профілактики в рамках надання спеціалізованої медичної допомоги лікарям-психіатрам під час війни.

Висновок. Виявлені закономірності слід враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для лікарів-психіатрів з проявами професійної ДА та ЕВ.

Концепція несприятливих психоемоційних реакцій у медичних працівників у зв'язку з професійною діяльністю налічує кілька тисячоліть: ще за часів Гіппократа були описані випадки поганого самопочуття, депресії та самогубств у лікарів [1]. У подальшому періодично публікувалися роботи, які містили опис психопатологічних феноменів (депресія, тривога, втомлюваність, дратівливість) та психологічних змін (розчарування, апатія, песимізм), що були пов'язані з роботою або надмірним інтелектуальним чи емоційним навантаженням [2, 3].

Першою відомою науковою роботою, що використовує термін «вигорання» для позначення негативних психічних змін у зв'язку з професійною діяльністю, є публікація Bradley H.B. (1969), в якій описується психологічна втома у персоналу центру лікування молодих правопорушників [4].

Надалі Freudenberg H.J. (1974) використав цей термін у своїй статті «Вигорання персоналу», в якій описувалися психологічні зміни у персоналу клініки для наркозалежних. Ці зміни включали відчуття виснаження, спричинене надмірними вимогами до роботи, пригніченість, а також фізичні симптоми, зокрема, головний біль і безсоння, дратівливість, емоційну лабільність та замкнутість мислення [5].

У 2015 році ВООЗ було прийнято концепцію вигорання, яка не класифікувала ЕВ як медичний стан чи психічний розлад; ця концепція була модифікована і удосконалена у 2022 році [6].

На думку Vachon M.L.S. et al. (2015), в основі вигорання лежить моральний дистрес, який виникає, коли лікар усвідомлює моральну проблему, може визначити засіб, але не може вжити заходів через внутрішні чи зовнішні обмеження; ця неспроможність діяти етично змушує лікаря відчувати себе скомпрометованими у виконанні своїх обов'язків [7]. При цьому «моральна травма» – психологічна травма внаслідок того, що людина брала участь або була свідком подій, які вважає морально неприйнятними, протиправними або недостойними – має кумулятивний ефект, і, накопичуючись, зрештою призводить до вигорання.

На противагу цьому, «моральний успіх» має місце там, де умови роботи заохочують до ефективного спілкування у морально та етично прийнятних позитивних ситуаціях, що забезпечує сприятливі результати і професійне та особистісне зростання лікаря. «Етичне середовище» описується як таке, де етичними проблемами можна вільно ділитися, обговорювати та досліджувати їх, що можна розглядати як процес колективного навчання, що є перепорою на шляху моральних страждань; моральний успіх складає важливу частину того, що у філософії описується як самовдоволення, що, безумовно, включає і задоволеність своєю професійною діяльністю [8].

Умови праці медичного персоналу та їх наслідки значною мірою залежать від економічного та соціального контексту, і є вельми чутливими до масштабних соціальних потрясінь і трансформацій, таких як економічні кризи чи надзвичайні ситуації [9, 10]. Це повною мірою було підтверджено під час пандемії, викликані COVID-19, коли надавачі медичних послуг виявилися особливо вразливими до емоційного стресу як внаслідок безпосередніх ризиків, пов'язаних з інфікуванням, так і під впливом загалом типових для медичної сфери більшої і

ненормованої тривалості робочого часу, емоційної залученості та необхідності приймати важливі емоційно обтяжливі рішення під тиском високої відповідальності та обмежених ресурсів [11, 12].

Метою роботи була ідентифікація предикторів, дескрипторів й складових емоційного вигорання (ЕВ) у лікарів-психіатрів під час війни, для розуміння взаємозв'язків між ними як основи побудови терапевтичних підходів до профілактики і елімінації проявів ЕВ у даного контингенту.

Контингент та методи дослідження. Вибірку дослідження, яка була сформована з дотриманням принципів біомедичної етики та на підставі інформованої згоди, склали 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. протягом 2022 р. Критерієм стратифікації обстежених на групи була наявність і вираженість проявів професійної дезадаптації (ДА) у лікарів-психіатрів, що віддзеркалювало рівень їх ЕВ. Це робилось за допомогою опитувальника «Оцінка професійної ДА», розробленого Н.О. Родіною і адаптованого для оцінки стану працівників різних професій М.А. Дмитрієвою (2003), та методики «Діагностика рівня емоційного вигорання (ЕВ)» В.Бойка. За отриманими результатами, обстежені були розподілені на три групи:

1. перша група, ОГ1 – 30,8% (37 осіб) – лікарі без ознак професійної ДА, та низьким рівнем ЕВ;
2. друга група, ОГ2 – 47,5% (57 осіб) – особи з ознаками професійної ДА, та помірним рівнем ЕВ;
3. третя група, ОГ3 – 21,7% (26 осіб) – респонденти з клінічно окресленою й вираженою професійною ДА, та високим рівнем ЕВ.

Для оцінки стану параметрів, що становлять складові ЕВ, використовували клініко-психопатологічний, психометричний і психодіагностичний методи дослідження. Клініко-психопатологічну складову ЕВ вивчали за допомогою опитувальника депресії А. Бека (Beck Depression Inventory, 1961); методики дослідження реактивної та особистісної тривожності С. Спілберґера у модифікації Ю.Л. Ханіна (1979); шкал депресії та тривоги М. Ґамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS, Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) (М. Ґамільтон, 1959; 1960); опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R (L. Derogatis et al., адаптація Н.В. Тарабріної, 2001). Психосоціально складову професійної ДА та ЕВ оцінювали за станом таких параметрів, як соціально-психологічна адаптація/деадаптація (за однойменною методикою С. Ґоґерса та Р.Ф. Дюмонда, та якість життя (ЯЖ) (за шкалою Н.Меґзіч в адаптації Н.О.Марути). Особливості копінг-поведінки лікарів-психіатрів досліджували з використанням опитувальника «Способи долаючої поведінки» R. Lazarus, S. Folkman (2007). Діагностика рівню емоційного інтелекту (EI), проводилась з використанням опитувальника EQ Н. Холла (2001); дослідження включало визначення емоційної обізнаності, уміння управляти своїми емоціями й керувати ними, а також самомотивації та рівню емпатії.

Статистичний аналіз отриманих результатів виконаний за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні (визначення розбіжностей), та методу рангових кореляцій Спірмена (оцінка кореляційних зв'язків).

Результати дослідження та їх обговорення. У лікарів-психіатрів, що працюють в період війни у м. Києві, був виявлений широкий спектр виразності проявів ЕВ та порушень професійної ДА – від їх відсутності до високого рівня. У більшості обстежених (47,5%) ЕВ та ДА відповідали помірному рівню (цей рівень вимагає медико-психологічної допомоги фахівців з реадаптації). Значною (30,8%) була також питома вага лікарів з низьким рівнем ЕВ та професійної ДА (для таких лікарів може бути рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування). Істотно меншою (21,7%) була частка лікарів з вираженим й високим рівнями ЕВ та ДА (такі лікарі вимагають обов'язкового втручання спеціалістів для застосування

невідкладних медико-психологічних заходів, проведення програми з реабілітації або зміни професійної діяльності).

У лікарів-психіатрів з проявами ЕВ та професійної ДА різного ступеню важкості були виявлені ознаки депресивних і тривожних розладів, при цьому виразність тривожних проявів була вищою, ніж депресивних. У лікарів з окремими проявами ДА депресивні прояви відповідали легкому, а тривожні – середньому рівню, тоді як у лікарів з оформленою ДА були виявлені ознаки депресивних розладів близького до середнього рівня, а показники тривоги – середнього або високого рівня.

Лікарям-психіатрам з проявами ЕВ й професійної ДА різного ступеню важкості виявились притаманні прояви широкого спектру психопатологічної симптоматики різної інтенсивності й варіативності, провідне місце серед якої займають прояви депресії, тривоги, соматизації та обсесивно-компульсивної симптоматики. При цьому у лікарів без ознак ДА показники виразності психопатологічної симптоматики відповідають низькому рівню, а у лікарів з проявами ДА – середньому і підвищеному рівню. Найвищі показники виразності психопатологічної симптоматики були виявлені у групі лікарів з оформленою ДА, і значуще нижчі – у групі лікарів з окремими ознаками ДА.

У переважній більшості лікарів-психіатрів, що працюють в період війни у м. Києві, встановлено ті чи інші прояви соціально-психологічної ДА різної вираженості, та погіршення ЯЖ, наявність і вираженість яких залежать від рівню професійної ДА та ЕВ. У лікарів-психіатрів без ознак професійної ДА з низьким рівнем ЕВ, показники соціально-психологічної адаптації є у межах норми, у лікарів з окремими ознаками професійної ДА з помірним рівнем ЕВ – переважно на межі норми/дезадаптації, а лікарі-психіатри з оформленою ДА та високим рівнем ЕВ характеризуються низькою адаптацією й вираженою соціально-психологічною ДА.

Встановлено значущу зворотну кореляцію між рівнями професійної ДА і соціально-психологічної адаптації, й, відповідно, пряму кореляцію між зростанням рівня професійної ДА та збільшенням проявів соціально-психологічної дезадаптації у лікарів-психіатрів, причому кореляційний зв'язок визначено на рівні помірного та сильного.

Для лікарів-психіатрів з ознаками професійної ДА характерним є значуще погіршення ЯЖ у всіх ключових сферах, а найбільше зниження ЯЖ спостерігається у лікарів з клінічно окресленою професійною ДА та вираженою соціально-психологічною дезадаптацією.

Як показники соціально-психологічної адаптації, так і показники ЯЖ продемонстрували значущі зворотні кореляції з виразністю психопатологічної симптоматики, яка складає психопатологічний кластер професійної ДА і ЕВ. Значущу тісну зворотню кореляцію мають показники соціально-психологічної адаптації та депресії й тривоги (як за об'єктивною, так і за суб'єктивною оцінкою), а показники ЯЖ виявили значущі зворотні кореляції з виразністю психопатологічної симптоматики, найбільш тісні у сфері суб'єктивного благополуччя / задоволеності, менш тісні – у сфері виконання соціальних ролей, і найменш тісті – у сфері зовнішніх життєвих умов.

Вивчення актуального копінг-репертуару обстежених також виявило суттєву різницю залежно від наявності та вираженості ЕВ та професійної ДА (рис. 1, 2).

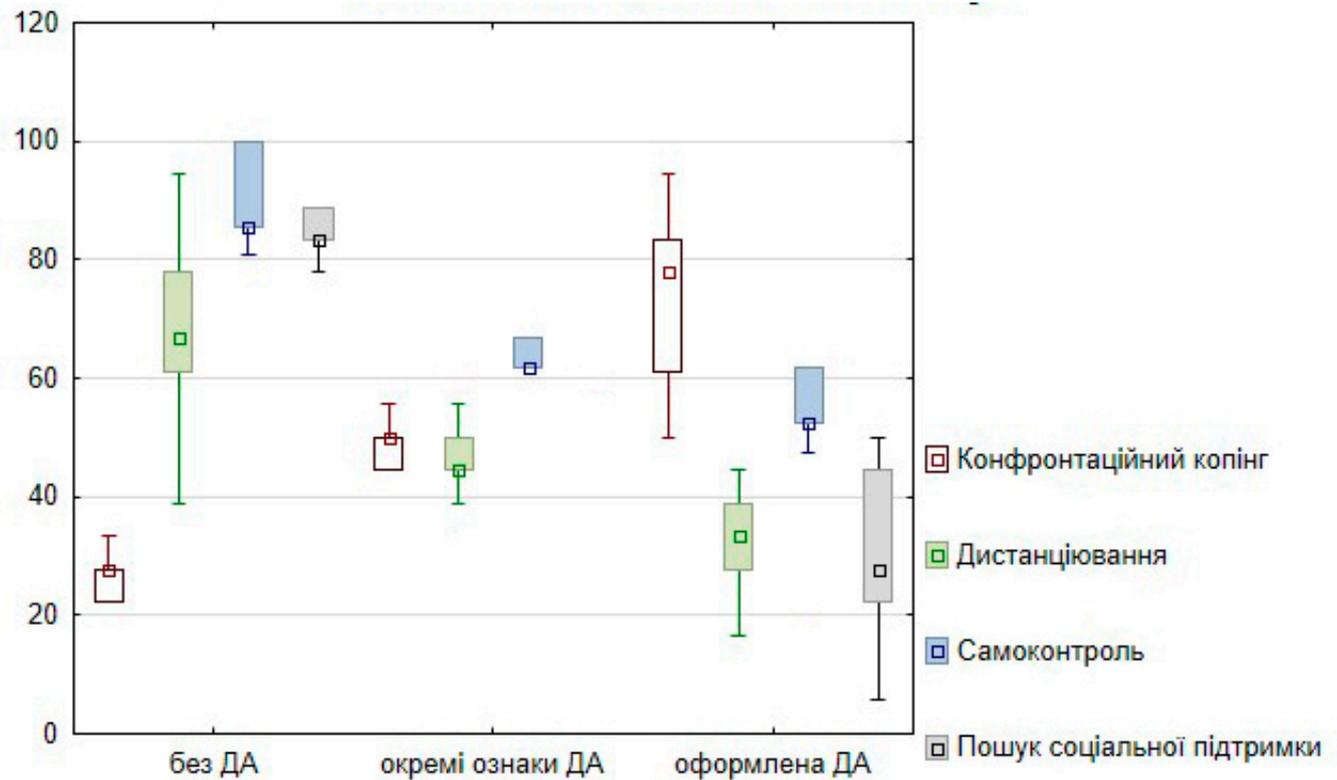


Рис. 1. Показники виразності копінг-стратегій конфронтаційного копінгу, дистанціювання, самоконтролю та пошуку соціальної підтримки за опитувальником «Способи долаючої поведінки» R. Lazarus, S. Folkman (у балах) у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної ДА (квадратами позначені медіани значень, прямокутниками - інтерквартильний діапазон, горизонтальними рисками - діапазон значень показників)

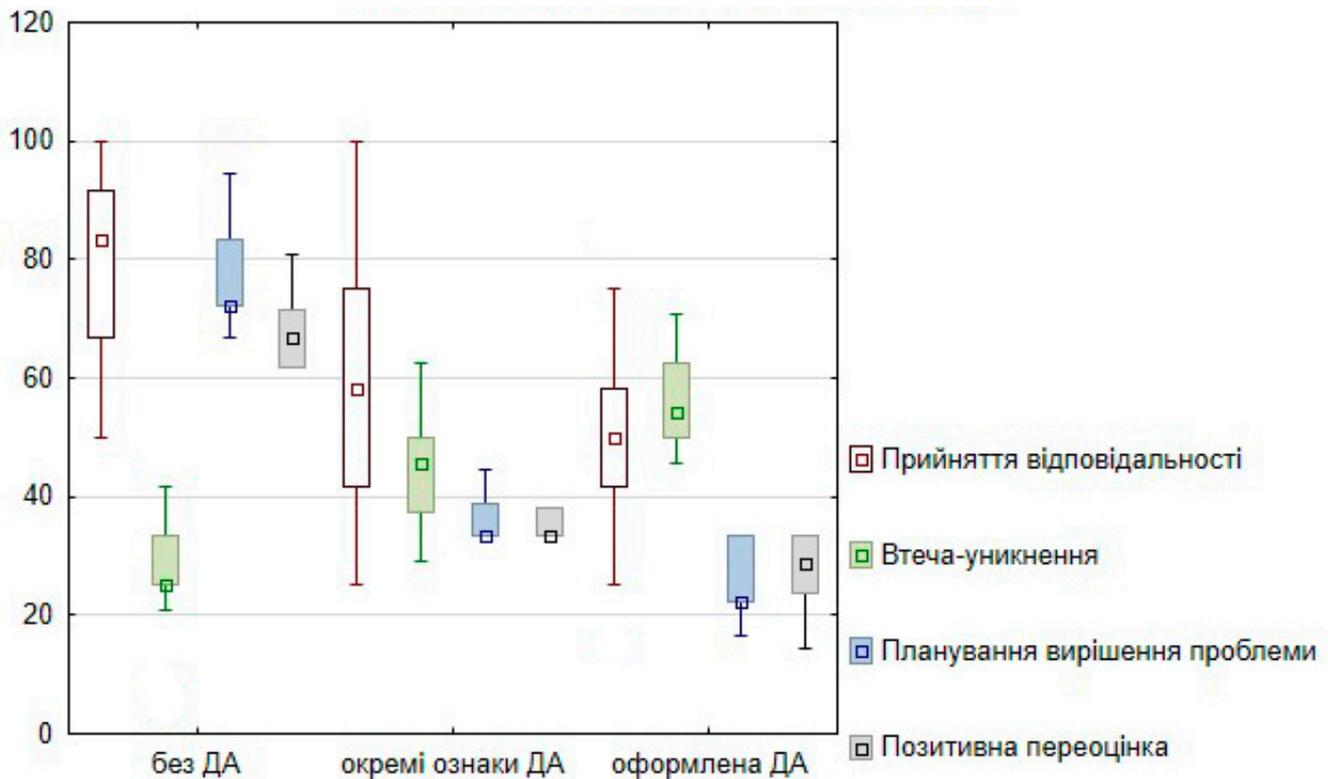


Рис. 2. Показники виразності копінг-стратегій прийняття відповідальності, втечі-уникнення, планування вирішення проблеми та позитивної переоцінки за опитувальником «Способи долаючої поведінки» R. Lazarus, S. Folkman (у балах) у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної ДА (квадратами позначені медіани значень, прямокутниками – інтерквартильний діапазон, горизонтальними рисками – діапазон значень показників)

У лікарів-психіатрів без ознак ЕВ та професійної ДА (ОГ1) були виявлені високі значення показників за конструктивними копінг-стратегіями пошуку соціальної підтримки та планування вирішення проблеми. Стратегія пошуку соціальної підтримки пов'язана з намаганням індивіда вирішувати проблеми за рахунок залучення зовнішніх соціальних ресурсів, активного пошуку інформаційної, емоційної та змістовної підтримки з боку інших людей, орієнтацією на взаємодію з оточуючими, очікування від них уваги, поради та співчуття. Вона може реалізуватися або через пошук інформаційної підтримки (звернення індивіда до осіб, яких він вважає експертами у проблемі, а також до інших людей, які, на думку індивіда володіють необхідною інформацією), або через пошук емоційної підтримки (бажання індивіда бути почутим, дістати емпатію і розділити з кимось свої емоції і переживання), або ж через пошук переважно дієвої підтримки, коли індивід відчуває потребу в допомозі конкретними діями. Стратегія планування вирішення проблеми є найбільш конструктивною, і передбачає подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації, можливих варіантів поведінки, і напрацювання стратегії вирішення існуючих проблем через планування власних дій, з урахуванням досвіду, об'єктивних умов та наявних ресурсів особистості. Водночас, домінуючою копінг-стратегією у лікарів-психіатрів без ознак ЕВ та професійної ДА у них виявилася стратегія самоконтролю, що асоціюється з намаганням подолати негативні переживання, пов'язані зі стресовою ситуацією, за рахунок цілеспрямованого стримування і пригнічення емоцій, зменшення їх впливу на оцінку ситуації та вибір поведінки, підвищений рівень контролю за власною поведінкою, а також прагненням до оволодіння власними емоціями, та приховати від оточуючих власні переживання і поведінку, пов'язані зі стресовою

ситуацією, надмірною вимогливістю до себе, що призводить до надконтролю за поведінкою. Обстежені лікарі-психіатри виявили високі кількісні показники за цією стратегією (понад 90 балів). На нашу думку, високі показники за цією стратегією у лікарів-психіатрів можуть бути пояснені особливостями їх професійної діяльності, що передбачає необхідність стримування емоційних реакції та демонстрацію спокою і впевненості перед психічно хворими пацієнтами. Підтвердженням цього, на нашу думку, є також високі значення показників за копінг-стратегіями прийняття відповідальності, дистанціювання та позитивної переоцінки, що також є пріоритетними у копінг-репертуарі лікарів-психіатрів. Стратегія прийняття відповідальності передбачає визнання індивідом власної ролі у виникненні проблеми, а також прийняття на себе відповідальності за її вирішення, що при помірному використанні є конструктивним внаслідок прагнення індивіда до розуміння зв'язку між своїми діями та їх наслідками і готовності через аналіз поведінки змінювати її. Водночас, при надмірній виразності цієї стратегії можлива невиправдана самокритика, переживання провини і незадоволеність собою, що сприяє розвитку депресивних станів. У лікарів-психіатрів, на нашу думку, активне використання цієї стратегії опосередковане професійною діяльністю, насамперед, високою відповідальністю психіатра та неможливістю у значній кількості випадків перекласти відповідальність за стресові і конфліктні ситуації на пацієнта через нездатність психіатричних хворих усвідомлювати свої дії та їх наслідки, і необхідність для лікаря-психіатра брати на себе частину відповідальності за їх поведінку. Активне використання психіатрами копінг-стратегії дистанціювання, що полягає у намаганні подолати негативні переживання за рахунок суб'єктивного зменшення їх значення та зниження свого емоційного залучення у проблему, використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, відсторонення, переключення уваги, знецінення, гумору тощо, на наш погляд, теж тісно пов'язане з професійною діяльністю і відображає бажання психіатра дистанціюватися від потужного професійного стресу і спілкування з хворими з важкими порушеннями психіки. Стратегія позитивної переоцінки, що передбачає подолання негативних переживань за рахунок її позитивного переосмислення проблеми та ставлення до неї її як стимулу для особистісного розвитку, з орієнтацією переважно на філософське, надособистісне осмислення проблеми із залученням її до більш широкого контексту саморозвитку особистості, при активному використанні її лікарями-психіатрами також допомагає їм зменшити професійне стресове навантаження.

Загалом, слід зазначити, що копінг-репертуар лікарів-психіатрів без ознак ЕВ та професійної ДА виявився доволі значним, і включав широкий спектр різноманітних копінг-стратегій.

Натомість, лікарі-психіатри з окремими ознаками ЕВ та професійної ДА (ОГ2) продемонстрували суттєве збідніння копінг-репертуару зі зміщенням його у бік використання неконструктивних копінг-стратегій. Так, єдина стратегія самоконтролю у цій групі могла розглядатися як така, що є пріоритетною для обстежених (показник понад 60 балів), і ще за двома стратегіями – пошуку соціальної підтримки та прийняття відповідальності – показник наближався до цієї межі. На нашу думку, таке збідніння копінг-репертуару відображає насамперед ознаки емоційного вигорання і пов'язаної з ним наростаючої невротизації, яка супроводжується загальним зниженням якості і різноманіття психічної діяльності, зниженням енергетичного потенціалу та виснаженням.

Щодо лікарів-психіатрів з оформленою ЕВ та професійною ДА (ОГ3), то їх копінг-репертуар, окрім суттєвого збідніння, характеризувався домінуванням неконструктивної стратегії конфронтаційного копіngu, що зосереджується на вирішенні проблем через не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, спрямованої на відреагування негативних емоцій, пов'язаних з актуальними труднощами, з імпульсивністю поведінки, впертістю, ворожістю й конфліктністю, труднощами у плануванні дій, прогнозуванні результатів діяльності та корекції своєї поведінки; причому поведінка втрачає цілеспрямованість і є лише засобом розрядки емоційної напруги. Загалом ця копінг-стратегія розглядається як неконструктивна, і сприяє посиленню соціальної дезадаптації, а її переважання у лікарів-психіатрів з оформленою ЕВ та професійною ДА є закономірним. Ще однією неконструктивною копінг-стратегією, характерною для лікарів-психіатрів ОГ3, виявилася стратегія втечі-уникнення, показник за

якою наближається до 60 балів, що дозволяє розглядати її, нарівні зі стратегією конфронтаційного копінгу, основою копінг-репертуару лікарів-психіатрів даної групи. Для цієї стратегії характерні намагання подолати негативні переживання за рахунок реагування за типом ухиляння, заперечення проблеми, невиправданих очікувань, відволікання, фантазування тощо. Стратегія втечі-уникнення тісно пов'язана з неефективною поведінкою у стресових ситуаціях, насамперед, із запереченням та ігноруванням проблеми, ухилянням від відповідальності та активних дій по усуненню труднощів, пасивністю, нетерпінням, роздратуванням, а також зі схильністю до адиктивної поведінки для розрядки емоційної напруги.

Дослідження особливостей EI виявило загальну закономірність щодо його зменшення по мірі поглиблення EB та професійної ДА (рис. 3). EI сьогодні розглядається в якості одного з ключових чинників, здатних протидіяти розвитку EB і пом'якшенню його проявів у медичних працівників. Модель співвідношення EB та EI показала тісну взаємодію професійного вигорання, несприятливих умов праці, включаючи насильство на робочому місці, з одного боку, і EI, як фактору протидії цим явищам [123]. Salovey P., Mayer J.D. (1990) визначають EI як здатність розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції та емоції інших людей, розрізняти їх і використовувати цю інформацію для керування своїми думками та діями [125]. Ця концепція EI містить наступні чотири виміри: оцінку власних емоцій, оцінку емоцій інших людей, регулювання емоцій та використання емоцій. Також ця концепція приділяє увагу на врахування індивідуальних відмінностей у керуванні емоціями, що робить EI необхідною умовою для таких ключових навичок, як спілкування, впевненість у собі, емпатія, креативність, чутливість, самосвідомість і самоконтроль [126].

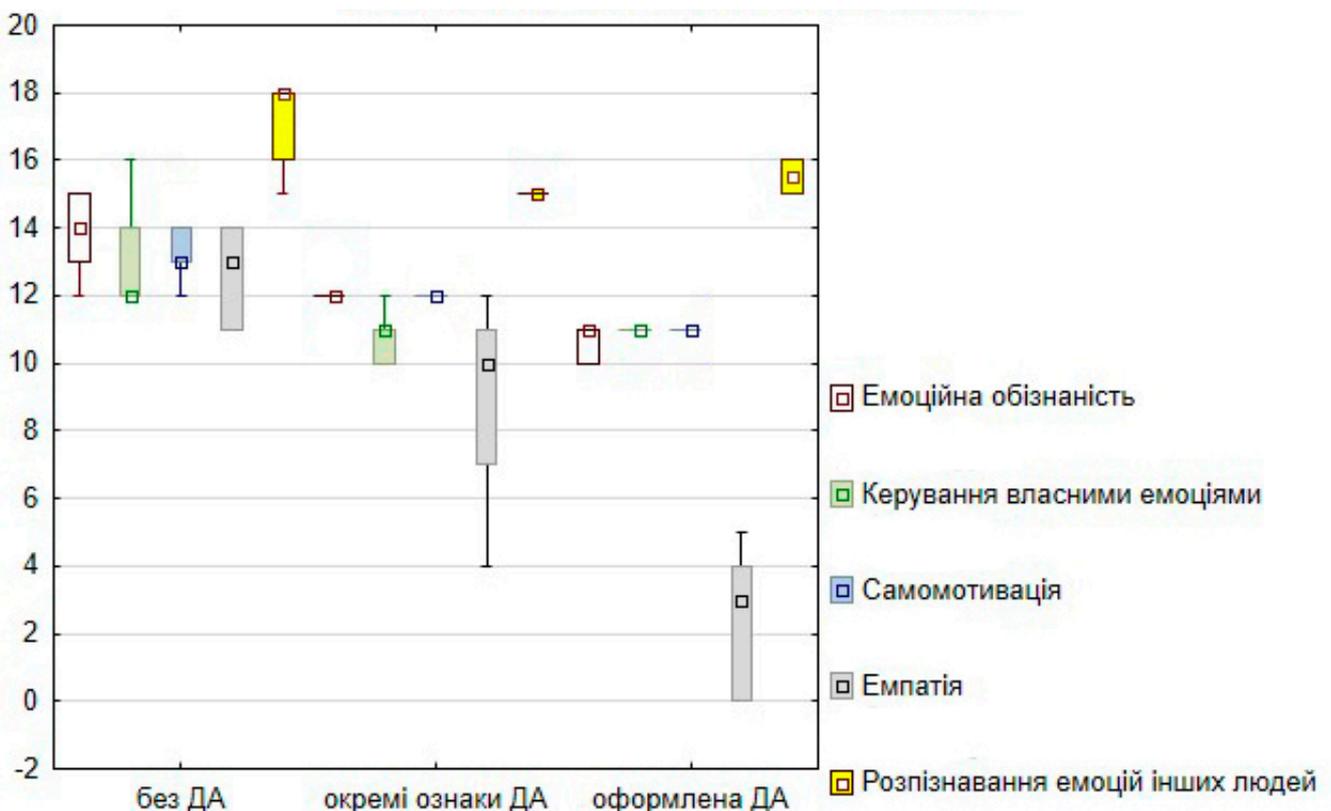


Рис. 3. Показники EI (у балах) у лікарів-психіатрів з різним ступенем EB та професійної ДА (квадратами позначені медіани значень, прямокутниками – інтерквартильний діапазон, горизонтальними рисками – діапазон значень показників)

Оцінка парціального (за окремими сферами) ЕІ дозволила встановити, що у лікарів-психіатрів без ознак ЕВ та професійної ДА (ОГ1) рівень емоційної обізнаності наближається до високого, а у лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА (ОГ2) та з оформленою ДА (ОГ3), є середнім. При цьому розбіжності у показниках між усіма групами є статистично значущими ($p < 0,01$). Показник керування власними емоціями у всіх групах відповідав середньому рівню, при цьому у лікарів ОГ1 він був найвищим, а у лікарів ОГ3 – найнижчим. Розбіжності статистично значущі при порівнянні показника у групі лікарів ОГ1 з показниками респондентів двох інших груп ($p < 0,01$). Показник самомотивації у лікарів-психіатрів ОГ1 був близьким до високого, а у лікарів-психіатрів ОГ2 та ОГ3 – середнім. Розбіжності статистично значущі при порівнянні усіх груп ($p < 0,01$). Натомість, показник емпатії у лікарів-психіатрів ОГ1 відповідав середньому рівню, у лікарів ОГ2 – середньому, ближче до низького, а у лікарів ОГ3 – низькому рівню. Розбіжності статистично значущі при порівнянні усіх груп ($p < 0,01$). Значення показника розпізнавання емоцій інших людей у всіх лікарів-психіатрів відповідало високому рівню, що узгоджується з особливостями професії лікаря-психіатра; при цьому у лікарів ОГ1 цей показник був найвищим, а у лікарів ОГ3 – найнижчим. Розбіжності статистично значущі при порівнянні усіх груп ($p < 0,01$).

Грунтуючись на даних нашого дослідження, нами була запропонована комплексна модель ЕВ у лікарів-психіатрів з різними ступенями професійної ДА, що включає індивідуально-психологічні, психопатологічні, психосоціальні, професійні чинники, а також рівень ЕІ. Відповідно до цієї моделі нами було виділено п'ять кластерів: персонологічний, психопатологічний, психосоціальний, професійно-дезадаптивний та емоційно-інтерперсональний. Результати кількісної оцінки взаємозв'язку між виразністю ЕВ і його складових, та факторами, що входять до складу відповідного кластеру, наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між виразністю проявів ЕВ та станом персонологічних, психопатологічних, психосоціальних, професійних та емоційно-інтерперсональних показників, r_s

Значущий показник	Фактор	Показники ЕВ							
				Напруга		Резистенція		Виснаження	
				r_s	p	r_s	p	r_s	p
Персонологічний кластер									
Особистісна тривожність	Показник особистісної тривожності	0,581	0,000	0,574	0,000	0,582	0,000	0,633	0,000
Обрана стратегія копінг-поведінки в стресових ситуаціях	Конфронтаційний копінг	0,567	0,000	0,653	0,000	0,683	0,000	0,618	0,000
	Дистанціювання		-0,699	0,000	-0,589	0,000	-0,600	0,000	-0,600
	Самоконтр		-0,569	0,000	0,630	0,000	-0,580	0,000	-0,616

		оль							
		Пошук соціальної підтримки	-0,551	0,000	0,654	0,000	-0,586	0,000	-0,607
		Прийняття відповідальності	-0,448	0,000	-0,412	0,000	-0,462	0,000	-0,492
		Втеча-уникнення	0,586	0,000	0,596	0,000	0,414	0,000	0,540
		Планування вирішення проблеми	-0,595	0,000	0,626	0,000	-0,588	0,000	-0,626
		Позитивна переоцінка	-0,566	0,000	-0,634	0,000	-0,589	0,000	-0,619
Психопатологічний кластер									
Депресивні прояви (за об'єктивною оцінкою)	HDRS, депресія	0,578	0,000	0,563	0,000	0,583	0,000	0,624	0,000
	Додаткові симптоми та визначення підтипів депресії	0,042	0,652	0,074	0,420	0,061	0,510	0,045	
	Адинамічна	0,564	0,000	0,538	0,000	0,561	0,000	0,607	
	Ажитована	0,544	0,000	0,524	0,000	0,528	0,000	0,567	
	Зі страхом	0,573	0,000	0,535	0,000	0,579	0,000	0,612	
	Недиференційована	0,521	0,000	0,499	0,000	0,515	0,000	0,557	
Тривога (за об'єктивною оцінкою)	HARS, тривога	0,580	0,000	0,566	0,000	0,577	0,000	0,627	0,000
	Психічна тривога	0,432	0,000	0,387	0,000	0,469	0,000	0,479	
	Соматична тривога	0,507	0,000	0,524	0,000	0,475	0,000	0,541	
Депресивні прояви (за суб'єктивною оцінкою)	Загальна оцінка за шкалою Бека	0,585	0,000	0,572	0,000	0,583	0,000	0,631	0,000
	Когнітивно-афективна	0,548	0,000	0,518	0,000	0,550	0,000	0,583	

		субшкала							
		Субшкала соматичних проявів депресії	0,407	0,000	0,475	0,000	0,423	0,000	0,476
Реактивна тривожність	Показник реактивної тривожності	0,581	0,000	0,575	0,000	0,584	0,000	0,634	0,000
Психопатологічна симптоматика	Соматизація	0,308	0,001	0,396	0,000	0,394	0,000	0,407	0,000
	Обсесивно-компульсивні розлади	0,397	0,000	0,363	0,000	0,363	0,000	0,418	0,418
	Міжособистісна чутливість	0,499	0,000	0,555	0,000	0,529	0,000	0,573	0,573
	Депресія	0,579	0,000	0,568	0,000	0,577	0,000	0,627	0,627
	Тривожність	0,238	0,009	0,405	0,000	0,395	0,000	0,375	0,375
	Ворожість	0,513	0,000	0,632	0,000	0,381	0,000	0,571	0,571
	Фобічна тривожність	0,174	0,057	0,206	0,024	0,183	0,046	0,198	0,198
	Паранояльні симптоми	-0,020	0,827	-0,046	0,619	-0,065	0,481	-0,031	-0,031
	Психотизм	0,122	0,185	0,114	0,214	0,058	0,527	0,103	0,103
Психосоціальний кластер									
Соціально-психологічна адаптація/деадаптація	Адаптивність	-0,560	0,000	-0,561	0,000	-0,625	0,000	-0,641	0,000
	Деадаптивність	0,651	0,000	0,682	0,000	0,582	0,000	0,549	0,549
	Брехливість ні	0,116	0,206	0,180	0,050	0,214	0,019	0,206	0,206
	Брехливість так	-0,090	0,331	-0,127	0,167	-0,061	0,505	-0,080	-0,080
	Прийняття себе	-0,486	0,000	-0,447	0,000	-0,516	0,000	-0,531	-0,531

	Неприйняття себе	0,635	0,000	0,640	0,000	0,573	0,000	0,525
	Прийняття інших	-0,441	0,000	-0,452	0,000	-0,505	0,000	-0,519
	Неприйняття інших	0,607	0,000	0,606	0,000	0,512	0,000	0,574
	Емоційний комфорт	-0,597	0,000	-0,552	0,000	-0,583	0,000	-0,515
	Емоційний дискомфорт	0,648	0,000	0,672	0,000	0,497	0,000	0,549
	Внутрішній контроль	-0,389	0,000	-0,427	0,000	-0,488	0,000	-0,464
	Зовнішній контроль	0,386	0,000	0,409	0,000	0,317	0,000	0,386
	Домінування	-0,268	0,003	-0,243	0,007	-0,275	0,002	-0,285
	Ведомість	0,642	0,000	0,658	0,000	0,289	0,000	0,529
	Ескапізм	0,632	0,000	0,675	0,000	0,383	0,000	0,539
	Адаптація	-0,692	0,000	-0,582	0,000	-0,532	0,000	-0,575
	Самоприйняття	-0,669	0,000	-0,424	0,000	-0,497	0,000	-0,531
	Прийняття інших	-0,637	0,000	-0,347	0,000	-0,359	0,000	-0,508
	Емоційний комфорт	-0,705	0,000	-0,633	0,000	-0,569	0,000	-0,614
	Інтернальність	-0,684	0,000	-0,613	0,000	-0,556	0,000	-0,596
	Прагнення до домінування	-0,542	0,000	-0,513	0,000	-0,541	0,000	-0,582



Якість життя	Фізичне благополуччя	-0,427	0,000	-0,428	0,000	-0,442	0,000	-0,463	0,000
	Психологічне (емоційне) благополуччя	-0,586	0,000	-0,568	0,000	-0,610	0,000	-0,631	0,000
	Самообслуговування і незалежність дій	-0,545	0,000	-0,378	0,000	-0,590	0,000	-0,620	0,000
	Працевдатність	-0,463	0,000	-0,509	0,000	-0,491	0,000	-0,518	0,000
	Міжособистісна взаємодія	-0,493	0,000	-0,466	0,000	-0,511	0,000	-0,548	0,000
	Соціо-емоційна підтримка	-0,338	0,000	-0,343	0,000	-0,350	0,000	-0,377	0,000
	Громадська і службова підтримка	-0,349	0,000	-0,313	0,000	-0,380	0,000	-0,358	0,000
	Особистісна реалізація	-0,341	0,000	-0,362	0,000	-0,300	0,001	-0,365	0,000
	Духовна реалізація	-0,473	0,000	-0,430	0,000	-0,434	0,000	-0,499	0,000
	Загальне сприйняття життя	-0,449	0,000	-0,587	0,000	-0,542	0,000	-0,579	0,000
	Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	-0,606	0,000	-0,555	0,000	-0,574	0,000	-0,503	0,000
	Виконання соціальних ролей	-0,543	0,000	-0,547	0,000	-0,565	0,000	-0,602	0,000
	Зовнішні життєві умови	-0,399	0,000	-0,343	0,000	-0,347	0,000	-0,505	0,000
Показник якості життя	-0,671	0,000	-0,614	0,000	-0,527	0,000	-0,567	0,000	
Професійно-дезадаптивний кластер									
Професійна дезадаптація	Показник професійної ДА	0,775	0,000	0,782	0,000	0,747	0,000	0,758	0,000
	Емоційні зсуви	0,580	0,000	0,636	0,000	0,560	0,000	0,622	0,000

	Особливості окремих психічних процесів	0,582	0,000	0,622	0,000	0,343	0,000	0,345	
	Зниження загальної активності	0,591	0,000	0,625	0,000	0,539	0,000	0,608	
	Відчуття втоми	0,656	0,000	0,613	0,000	0,530	0,000	0,519	
	I. Погіршення самопочуття	0,541	0,000	0,559	0,000	0,691	0,000	0,653	
	II. Соматовегетативні порушення	0,556	0,000	0,513	0,000	0,556	0,000	0,592	
	III. Порушення циклу сон-пильнування	-0,190	0,037	-0,279	0,002	-0,262	0,004	-0,259	
	IV. Особливості соціальної взаємодії	0,642	0,000	0,519	0,000	0,613	0,000	0,659	
	V. Зниження мотивації до діяльності	0,530	0,000	0,586	0,000	0,493	0,000	0,568	
Емоційно-інтерперсональний кластер									
Емоційний інтелект та його складові	Емоційна обізнаність	-0,750	0,000	-0,779	0,000	-0,699	0,000	-0,743	0,000
	Керування власними емоціями	-0,528	0,000	-0,645	0,000	-0,620	0,000	-0,656	
	Самомотивація	-0,728	0,000	-0,666	0,000	-0,628	0,000	-0,742	
	Емпатія	-0,817	0,000	-0,624	0,000	-0,681	0,000	-0,826	
	Розпізнавання емоцій інших людей	-0,419	0,000	-0,464	0,000	-0,451	0,000	-0,507	
	Інтегративний EI	-0,847	0,000	-0,806	0,000	-0,804	0,000	-0,858	

Аналіз взаємозв'язків між факторами дозволив встановити, що у розвитку ЕВ у лікарів-психіатрів значущу роль відіграють персонологічні, психопатологічні, психосоціальні,

професійні чинники, однак, найбільш вагомим є значення емоційно-інтерперсонального фактору, тобто, EI.

Так, серед персонологічних факторів актуальними є виразність особистісної тривоги, що пов'язані з EB прямим кореляційним зв'язком (зростання рівня особистісної тривоги супроводжується збільшенням вигорання) помірної сили. Актуальними персонологічними факторами виявилися також особливості копінг-поведінки, що використовуються індивідом для подолання проблемних ситуацій. При цьому високий рівень EB виявився пов'язаний з більшою виразністю неконструктивних копінг-стратегій конфронтації та втечі-уникнення (зв'язок прямий) та з меншою виразністю відносно конструктивних копінг-стратегій планування вирішення проблеми, пошуку соціальної підтримки, позитивної переоцінки, дистанціювання, самоконтролю та прийняття відповідальності.

Психопатологічні фактори також виявили значущий зв'язок з EB. Так, афективні порушення у вигляді депресії і тривоги були пов'язані з EB прямим кореляційним зв'язком помірної сили. Серед інших психопатологічних симптомів важливими виявилися міжособистісна сензитивність, ворожість, obsесивно-компульсивні розлади, соматизація та фобічна тривожність.

Психосоціальні фактори пов'язані з EB через прояви психосоціальної дезадаптації і зменшення адаптації (зв'язок помірної сили, при зменшенні рівня адаптації EB збільшується), а також через зниження ЯЖ (зв'язок зворотний, помірної сили, при збільшенні проявів EB, ЯЖ в усіх сферах знижується). Найбільш тісно з EB виявилися пов'язані наступні сфери: психологічне (емоційне) благополуччя, самообслуговування та незалежність дій, міжособистісна взаємодія та працездатність.

Професійна ДА виявилася одним з найбільш вагомих чинників у EB лікарів-психіатрів. Значення коефіцієнта кореляції між EB та показником професійної ДА відповідає сильному прямому зв'язку (при наростанні ознак професійної ДА зростає EB). Значущі прямі кореляції були виявлені також між окремими показниками професійної ДА та EB.

Однак, найбільш тісні зв'язки EB були виявлені з показниками EI. Так, показник напруги в структурі EB виявився пов'язаним прямим сильним кореляційним зв'язком з показником емоційної обізнаності, самомотивації, емпатії та інтегративним показником EI, а також прямим кореляційним зв'язком помірної сили – з показниками керування власними емоціями та розпізнавання емоцій інших людей. Показник резистентії в структурі EB був пов'язаний сильним прямим кореляційним зв'язком з показником емоційної обізнаності та інтегративним показником EI, а також прямим кореляційним зв'язком помірної сили з показниками керування власними емоціями, самомотивації, емпатії та розпізнавання емоцій інших людей. Показник виснаження в структурі EB виявився пов'язаним сильним прямим кореляційним зв'язком з інтегративним EI, і прямим зв'язком помірної сили – з показниками емоційної обізнаності, керування власними емоціями, самомотивації, емпатії та розпізнавання емоцій інших людей. Загальний показник EB був найбільш тісно пов'язаний з показниками емоційної обізнаності, самомотивації, емпатії та інтегративним показником емоційного інтелекту (кореляційний зв'язок прямий, сильний), дещо менше – з показниками керування власними емоціями та розпізнавання емоцій інших людей (кореляційний зв'язок прямий, помірної сили). Виявлені закономірності підтверджують найбільш вагому роль EI у генезі EB у лікарів-психіатрів.

Таким чином, одержані дані дозволяють стверджувати, що у генезі EB лікарів-психіатрів мають значення комплекс персонологічних, психосоціальних, професійних та психопатологічних чинників, однак, найбільш вагомим, тобто, патогенетичним, чинником є рівень EI, низький рівень якого асоційований з підвищеним ризиком формування й прогресивності EB. Враховуючи це, саме на розвиток EI повинні бути спрямовані зусилля з превенції EB у фахівців т.зв. «допомагаючих» професій, насамперед, лікарів-психіатрів.

Базуючись на одержаних у дослідженні даних щодо того, що основним дескриптором ЕВ є професійна ДА, нами була запропонована математична модель її розвитку у лікарів-психіатрів. Модель ґрунтується на методах нелінійного моделювання (множинний лінійний регресійний аналіз з лінеаризованою моделлю).

Аналіз даних дослідження дозволив нам виділити три ключових кластери чинників ПДА у лікарів-психіатрів: соціально-демографічний, афективний та психосоціальний. Соціально-демографічний кластер враховує вік, стаж роботи за професією лікаря-психіатра та сумарний показник ЯЖ за шкалою I. Mezzich в адаптації Н.О. Марути. Афективний кластер враховує показники за шкалами HRDS, HARS, Beck Depression Inventory, методик дослідження реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger. Психосоціальний кластер враховує показник соціально-психологічної адаптації за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond. Основні показники моделі наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Основні показники нелінійної багатомірної регресійної моделі професійної ДА у лікарів-психіатрів

Показник	Beta	Ст. похибка Beta	Коеф. В	Ст. похибка В	t	p
Вільний член			97,757	13,369	7,312	0,000
Афективний кластер	0,338	0,082	0,254	0,062	4,114	0,000
Соціально-демографічний кластер	-0,253	0,061	-0,411	0,099	-4,133	0,001
Психосоціальний кластер	-0,501	0,080	-0,731	0,116	-6,278	0,000

Загалом, модель професійної ДА (ПДА) у лікарів-психіатрів має наступний вигляд:

$$ПДА = 97,757 + (0,254 A) + (-0,411 C) + (-0,731 П) (1),$$

де А - показник за афективним кластером;

С - показник за соціально-демографічним кластером;

П - показник за психосоціальним кластером.

Коефіцієнт множинної кореляції моделі склав 0,962, коефіцієнт детермінації - 0,961. Рівень статистичної значущості моделі склав понад 99,9% ($p < 0,001$).

Визначено референтні значення показників професійної ДА при використанні моделі: нормативний показник $45,2 \pm 28,3$ балів; показники для виділення груп ризику з розвитком ПДА (за кварталями):

- низький ризик професійної ДА: до 25 балів;
- помірний ризик професійної ДА: від 25 до 44 балів;
- високий ризик професійної ДА: від 45 до 64 балів;
- дуже високий ризик професійної ДА: 65 балів і вище.

Верифікація запропонованої моделі була проведена на репрезентативній вибірці лікарів-психіатрів. Аналіз одержаних даних підтвердив високу предиктивну здатність і надійність моделі.

Нижче наведено приклади аналізу запропонованої моделі, з порівнянням прогнозних показників з показниками за опитувальником «Оцінка професійної ДА» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої у цих же лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр В.Г., 35 років, стаж роботи за спеціальністю 10 років. Показник за афективним кластером склав 75 балів, показник за соціально-демографічним кластером – 129 балів, показник за психосоціальним кластером – 77 балів.

$$\text{ПДА} = 97,757 + (0,254 \cdot 75) + (-0,411 \cdot 129) + (-0,731 \cdot 77) = 7,5 \text{ балів.}$$

Ризик професійної ДА у даного лікаря-психіатра оцінюється як низький (показник менше 25 балів). Фактичний показник за опитувальником «Оцінка професійної дезадаптації» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої у цього лікаря-психіатра склав 21 бал, що узгоджується з результатами прогнозу.

Лікар-психіатр О.Б., 38 років, стаж роботи за спеціальністю 12 років. Показник за афективним кластером склав 98 балів, показник за соціально-демографічним кластером – 119 балів, показник за психосоціальним кластером – 42 бали.

$$\text{ПДА} = 97,757 + (0,254 \cdot 98) + (-0,411 \cdot 119) + (-0,731 \cdot 42) = 43,1 \text{ бали.}$$

Ризик професійної ДА у даного лікаря-психіатра оцінюється як помірний (показник у межах від 25 балів до 44 балів). Фактичний показник за опитувальником «Оцінка професійної ДА» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої у цього лікаря-психіатра склав 46 балів, що узгоджується з результатами прогнозу.

Лікар-психіатр І.М., 55 років, стаж роботи за спеціальністю 29 років. Показник за афективним кластером склав 154 бали, показник за соціально-демографічним кластером – 138 балів, показник за психосоціальним кластером – 34 бали.

$$\text{ПДА} = 97,757 + (0,254 \cdot 154) + (-0,411 \cdot 138) + (-0,731 \cdot 34) = 55,3 \text{ бали.}$$

Ризик професійної ДА у даного лікаря-психіатра оцінюється як високий (показник у межах від 45 балів до 64 балів). Фактичний показник за опитувальником «Оцінка професійної ДА» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої у даного лікаря-психіатра склав 64 бали, що узгоджується з результатами прогнозу.

Лікар-психіатр Н.К., 36 років, стаж роботи за спеціальністю 10 років. Показник за афективним кластером склав 94 балів, показник за соціально-демографічним кластером – 112 балів, показник за психосоціальним кластером – 14 балів.

$$\text{ПДА} = 97,757 + (0,254 \cdot 94) + (-0,411 \cdot 112) + (-0,731 \cdot 14) = 65,4 \text{ балів.}$$

Ризик професійної ДА у даного лікаря-психіатра оцінюється як дуже високий (показник перевищує 64 бали). Фактичний показник за опитувальником «Оцінка професійної ДА» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої склав 78 балів, що узгоджується з результатами прогнозу.

Таким чином, застосування моделі дало можливість одержати валідні значення показників ПДА, близькі до значень, одержаних при обстеженні лікарів-психіатрів з використанням опитувальника «Оцінка професійної ДА» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої. Це дає підстави рекомендувати запропоновану прогностичну систему для використання у практиці

охорони здоров'я.

Для кожної з груп обстежених нами був розроблений комплекс діагностичних, терапевтичних та профілактичних заходів.

Для групи лікарів-психіатрів з низьким рівнем ризику професійної ДА, та, відповідно, ЕВ, рекомендований комплекс заходів з діагностичного обстеження складається з: клініко-психопатологічного обстеження та визначення рівня професійної ДА з використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації» О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої. Рекомендований комплекс консультативних і корекційних заходів при низькому рівні ризику професійної ДА складається з психоосвіти, що передбачає інформування про основні чинники ризику професійної ДА та шляхи їх попередження, а також психологічне консультування з метою подолання поточних психологічних проблем та життєвих труднощів. Комплекс профілактичних заходів при низькому рівні ризику професійної ДА включає періодичний контроль психоемоційного стану та рівня психосоціальної ДА, проведення короткочасних корекційних і профілактичних психоосвітніх бесід, та психологічне консультування для усунення актуальних психологічних проблем.

Для лікарів-психіатрів з помірним ризиком професійної ДА та ЕВ рекомендований комплекс діагностичних заходів включає, окрім зазначеного вище, визначення рівня соціально-психологічної адаптації з використанням методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond або аналогічної. Рекомендований комплекс терапевтичних заходів включає, крім описаних вище, психотерапевтичні інтервенції з контролем стану психосоціальної адаптації і функціонування. Профілактичні заходи, окрім описаних вище, включають контроль стану психосоціальної адаптації з періодичними профілактичними психотерапевтичними сесіями.

Для групи лікарів-психіатрів з високим рівнем ризику професійної ДА та ЕВ комплекс клініко-психодіагностичних заходів, окрім тих, що пропонуються при помірному рівні ризику професійної ДА, включає визначення рівня депресії та тривоги за одним з валідних опитувальників (нами рекомендовано використовувати опитувальники депресії А. Beck і методику дослідження реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger). Комплекс терапевтичних заходів, окрім тих, що застосовуються при помірному рівні ризику професійної ДА, включає регулярні психотерапевтичні зустрічі та короткочасні психотерапевтичні сесії (психоосвіта, когнітивно-поведінкова терапія), спрямовані на корекцію основних сфер дезадаптації, а також нормалізацію і стабілізацію афективної сфери. Профілактичні заходи, окрім запропонованих для лікарів-психіатрів з помірним рівнем професійної ДА, включають регулярні психокорекційні і психотерапевтичні сесії із застосуванням психоосвіти, когнітивно-поведінкової терапії.

Для лікарів-психіатрів з дуже високим ризиком професійної ДА та ЕВ комплекс клініко-психодіагностичних заходів, крім заходів, рекомендованих при високому рівні професійної ДА, включає постійний контроль стану професійної та соціальної ДА, а також афективної сфери в динаміці спостереження. Комплекс корекційних заходів, крім заходів, рекомендованих при високому рівні ризику професійної ДА, включає систематичні психотерапевтичні інтервенції з використанням психоосвіти, когнітивно-поведінкової терапії та сімейної терапії. Профілактичні заходи, окрім тих, що застосовуються при високому ризику професійної ДА, включають постійний моніторинг стану професійної та психосоціальної адаптації, психоемоційного стану, а також регулярні психокорекційні і психотерапевтичні сесії. Періодичність сесій і зміст психокорекційної та психотерапевтичної роботи визначається станом психосоціальної дезадаптації і актуальними проблемами у афективній сфері.

Висновки.

В генезі розвитку й прогресування ЕВ у лікарів-психіатрів під час війни задіяні

персонологічні, психопатологічні, психосоціальні, професійні та емоційно-інтерперсональні показники їх життєдіяльності.

Визначальний дефіцит як загального рівню EI, так і його окремих складових, є основою формування EB, з прогресуванням якого показники EI ще більше знижуються, даючи старт розвитку професійної ДА та запускаючи порочне коло патологічних взаємовпливів. Прогресування EB призводить до значного дисбалансу в структурі EI, а саме, значного зниження емпатії на тлі досить високих значень здатності розпізнавання емоцій інших людей, як професійної навички, що, з одного боку, сприяє потяженню симптоматики в усіх кластерах EB, а, з іншого – стає патогенетичним чинником її розвитку й прогресування.

Професійна ДА розглядається нами як базовий дескриптор EB, бо саме з неї починаються перші негативні прояви розбалансування процесів виконання професійних обов'язків та внутрішніх ресурсів, що забезпечуватиме їх оптимальну реалізацію. Саме тому визначення стану професійної ДА та її прогнозу дає змогу покращити якість виявлення її проявів та попередити розвиток або прогресування EB у лікарів-психіатрів, а також запобігти розвитку інших несприятливих змін з боку психопатологічних, психосоціальних та ін. складових EB.

Виходячи з можливості визначити 4 групи ризику розвитку професійної ДА, як базового дескриптора EB, які надає використання математичної моделі її розвитку, запропоновані 4 терапевтичні стратегії діагностики, терапії і профілактики в рамках надання спеціалізованої медичної допомоги лікарям-психіатрам під час війни.

Посилання

1. Shanafelt T.D., West C.P., Sinsky C. et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017 // *Mayo Clin Proc.* 2019. 94(9). 1681–1694. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023
2. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(46):781-787. doi:10.3238/arztebl.2011.0781
3. Lipsitt D.R. Is Today's 21st Century Burnout 19th Century's Neurasthenia? // *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2019. 207 (9). 773–777. doi:10.1097/NMD.0000000000001014.
4. Bradley H.B. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency.* 1969. 15 (3). 359–370. doi:10.1177/001112876901500307.
5. Freudenberger H.J. Staff Burn-Out // *Journal of Social Issues.* 1974. 30 (1). 159–165. doi:10.1111/J.1540-4560.1974.
6. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. WHO. 28 May 2019.
7. Vachon M.L.S., Huggard P.K., Huggard J.A. Reflections on occupational stress in palliative care nursing: is it changing? In: Ferrell C.N., Paice J, editors. *Textbook of Palliative Care Nursing.* New Yor, NY: Oxford University Press; 2015.
8. Walshchots M. Kant on Moral Satisfaction // *Kantian Review.* 2017. 22(2). 281–303. doi: 10.1017/S136941541700005X.
9. Galbany-Estragués P., Nelson S. Factors in the drop in the migration of Spanish-trained nurses: 1999–2007 // *J. Nurs. Manag.* 2018. 26. 477–484. doi: 10.1111/jonm.12573.
10. Prib H., Beheza L., Markova M., Raievska Y., Lapinska T., Markov A. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment.* 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36-46. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.5
11. Pfefferbaum B., North C.S. Mental health and the Covid-19 pandemic // *N. Engl. J. Med.* 2020. 383. 510–512. doi: 10.1056/NEJMp2008017.
12. Марута Н.О., Чабан О.С. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. *Український вісник психоневрології.* 2021. Том 29, випуск 2 (107) С. 14-20. DOI:



<https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>