

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

РЕКОМЕНДОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатр Департамента здраво-
охранения города Москвы

Экспертный совет Департамента
здравоохранения города Москвы
№ 1

Г.П.Костюк

«26» февраля 2018 г.

«15» мая 2018 г.

**ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Методические рекомендации № 25

Москва 2018

УДК 159.9(316.6)

ББК 89.8

П84

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации ФМБА», факультет психологии Российского государственного социального университета.

Составители: к.м.н., доцент В.В.Постнов, к.т.н.Е.Е.Зотова,Д.Г.Костомаров, к.психол.н., доцент В.Н.Феофанов, к.психол.н. В.А.Дмитриева, д.психол.н., проф. Е.А.Петрова, А.Ю.Зарицкая

Рецензенты: зав. кафедрой психологии труда и специальной психологии Российского государственного социального университета, д.психол.н., доцент П.А.Кисляков, Директор ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им.З.П.Соловьева ДЗМ» д.м.н., проф. Гехт А.Б.

Предназначение: для врачей, клинических и медицинских психологов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

Авторы несут персональную ответственность за представленные данные в методических рекомендациях.

ISBN

© Коллектив авторов,2018

Содержание

Нормативные ссылки	4
Определения.....	4
Обозначения и сокращения	4
Введение.....	5
Основная часть.....	6
1. Определение синдрома выгорания	6
2. Признаки синдрома выгорания	9
3. Психологическая динамика выгорания	16
4. Детерминанты формирования синдрома выгорания	18
5. Стрессогенные факторы в профессиональной деятельности медицинских работников	24
6. Меры профилактики и коррекции синдрома выгорания.....	26
Заключение.....	31
Список использованных источников.....	33

Нормативные ссылки

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра, единый нормативный документ для учета заболеваемости, причин обращений населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти. Внедрена в практику здравоохранения на территории РФ в 1999 году приказом Минздрава России от 27.05.97г. №170.

Определения

Стрессогенные факторы (стрессоры) – неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внешние и внутренние воздействия, ведущие к возникновению стрессовых состояний.

Психосоматическое расстройство – нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

Синдром выгорания – процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Синдром хронической усталости – постоянное чувство усталости и переутомления, упадок сил, не проходящий даже после длительного отдыха.

Нейротизм – черта личности, характеризующаяся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, иногда – вегетативными расстройствами.

Обозначения и сокращения

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

СПИД – Синдром приобретенного иммунного дефицита — состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции, ее терминальная стадия.

ВВЕДЕНИЕ

Изучению профессиональных вредностей, в том числе и в работе врачей, в настоящее время уделяется всё больше внимания специалистов. Но чаще это касается вредностей химической, физической или биологической природы: ядов, излучения, инфекций и т.п. Вредностям эмоционального характера, или стрессогенным факторам, их влиянию на здоровье врача, а также соответствующей профилактике до сих пор на основных медицинских факультетах внимание уделяется недостаточно. Исследователи едины в том, что под воздействием стрессогенных факторов у лиц опасных профессий формируются различного рода психогенные и психосоматические расстройства из-за снижения адаптивных возможностей и стрессоустойчивости. Последние, в свою очередь, могут осложняться т.н. «соматическими катастрофами» (инсульты, инфаркты и т.п.), быть причиной смерти или инвалидизации. Восприимчивость специалиста-врача к стрессогенным факторам определяется индивидуальными особенностями реактивности вегетативной нервной системы, уровнем тревожности, типом личности, уровнем стрессоустойчивости, опытом работы. Стиль совладения со стрессом у врачей при истощении компенсаторных механизмов может привести к кумуляции негативных переживаний и, в конечном счете, ослабить адаптационные механизмы личности, что способствует развитию предболезненных расстройств и состояний социально-психологической дезадаптации.

Это является основой для возникновения профессиональных стрессовых расстройств и так называемых профессиональных личностных деформаций.

По определению С.П. Безносова [4], профессиональная личностная деформация – это процесс и результат влияния субъективных качеств человека, сформированных в соответствии со спецификой определённого профессионального труда, на личностные свойства целостной индивидуальности работника-профессионала.

В современной медицинской и психологической литературе описано достаточно много деструктивных феноменов, возникающих на работе или связанных с ней [2,4,7,9,10,19,20,23,25,26,29,41]. Они представляют собой психологическую почву для развития различных психосоматических и невротических расстройств, а также алкоголизма. Кроме вредных для здоровья последствий указанные процессы могут приводить к профессиональной дезадаптации и функциональной деградации как отдельных специалистов, так и целых коллективов.

Серьезный вклад в разработку теоретических и практических аспектов проблемы воздействия стрессогенных факторов на психологический статус медицинского персонала внесен трудами коллектива Центра экстренной психологической помощи Министерства РФ по делам гражданской обороны,

чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий [30]

Говоря о профессиональных стрессовых расстройствах, наиболее часто упоминают синдром выгорания. Врачи, в силу ряда особенностей своей работы, подвержены выгоранию не менее, а зачастую более других. Однако, психологический аспект феномена профессионального выгорания, отсутствие такой нозологической единицы во всех наиболее распространённых классификациях болезней, и, вероятно, его недостаточная изученность позволяют и врачам и психологам слишком широко его использовать и трактовать. На сегодняшний день нет модели, полностью удовлетворяющей и психологов и клиницистов – для объяснения развития, динамики и исхода выгорания, в том числе и с точки зрения патогенеза в случаях наличия клинических симптомов. Это, в свою очередь, затрудняет диагностику и является препятствием для адекватной профилактики и коррекции. Несмотря на обилие публикаций на тему синдрома выгорания, ряд вопросов, касающихся диагностики, выбора и назначения объёма и характера профессиональной помощи, организационных особенностей профилактики и реабилитации остаются малоизученными.

Цель профилактики выгорания у врачей состоит в максимальном обеспечении профессиональной и личностной подготовленности к восстановлению физического и психического здоровья и сохранению его в процессе оказания специализированной помощи.

Для достижения данной цели в предлагаемом пособии излагаются конкретные меры профилактики в образовательном, организационном и индивидуально-личностном подходах.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Определение синдрома выгорания

Впервые понятие «синдром сгорания» (англ.-burnout, burnout-syndrome) предложил Н.Ж.Фреуденбергер (США) в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи [46].

Аналогия состоит в том, что под напряжением жизни люди, как здания, иногда выгорают, как будто огнем; внутренние ресурсы истощаются, хотя внешняя оболочка человека может оставаться более или менее неизменной. По мнению А.Морроу вокруг выгоревшего профессионала витает «запах горячей психологической проводки».

Обращает на себя внимание, во-первых, то, что отмечаемое Фреуденбергер «психологическое состояние здоровых людей» не относилось и не подразумевалось как проявление какой-либо конкретной

нозологической формы или заболевания. Во-вторых – «при оказании профессиональной помощи», т.е., состояние определяется прежде всего профессией индивида, его рабочим местом (или выбранным видом деятельности), которое может выступать в роли главного этиологического фактора, если бы речь шла о заболевании. Позднее К.Кондо [49] определяет «Burnout» как «состояние дезадаптированности к рабочему месту из-за чрезмерной рабочей нагрузки и неадекватных межличностных отношений». Р.Кочюнас называет «синдром сгорания» как «сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки».

Следовательно, выгорание превратилось в синдром нарушения психологического здоровья в первую очередь работников «коммуникативных» профессий, в которых предъявляются высокие требования к психологической устойчивости в ситуациях делового общения.

Проведенный контент-анализ, имеющихся определений выгорания, показывает, что в научной литературе нет единой точки зрения по этому вопросу и существует несколько подходов. Большинство авторов рассматривают феномен, либо как неблагоприятную реакцию, либо как дисфункциональное состояние, либо как синдром [23,36,]

Другие возражают против термина «выгорание» из-за его неопределенности и частичного совпадения с родственными понятиями, например посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией, хронической усталостью или хандрой, остаточными явлениями шизофрении («burn out» и «burnout»), либо рассматривают его как «странную психиатрическую химеру» [49].

В отечественной литературе понятие «выгорание» появилось в 80-е годы и в большинстве случаев стало обозначаться вариативными терминами: «психическое выгорание» [23,35], «эмоциональное выгорание» [38], «эмоциональное сгорание» [42,], «эмоциональное перегорание» [8], «профессиональное выгорание» [10,34,36,].

В.В.Макаров [22] дает краткое определение «синдрому сгорания», который «характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой». Кроме того, он указывает на то, что «синдром сгорания» содержит в себе два весьма отличных друг от друга явления. В одном случае – «профессиональное сгорание», в наиболее выраженной степени достигающее «профессионального выгорания».

В.В.Бойко, описывая «выгорание» определяет его уже как «выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ их избранные психотравмирующие воздействия». «Выгорание» он отличает от различных форм эмоциональной ригидности, которая определяется органическими причинами - свойствами нервной системы, степенью подвижности эмоций, психосоматическими нарушениями. Согласно В.В.Бойко, эмоциональное

выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального (чаще профессионального) поведения, по сути - указывал на его адаптационную природу, содержащую функциональный стереотип, позволяющий человеку экономно расходовать энергетические ресурсы. С другой стороны - дисфункциональные его следствия, о которых говорилось ранее.

Т.В.Форманюк [42] синдром эмоционального сгорания называет «специфическим видом профессионального заболевания лиц, работающих с людьми» (учителей, психологов, психиатров и т.п.).

В отечественной литературе встречается также «синдром перегорания»[8], подразумевая все тот же burnout-syndrome. Следует отметить, что в англоязычной литературе наряду с burnout встречается термин burn out, связанный с остаточными явлениями шизофрении и не относящийся к рассматриваемому нами явлению [49].

С одной стороны такое многообразие понятий объясняется различными теоретическими представлениями о проблеме «burnout», с другой стороны, это можно объяснить неточностями и ограниченными возможностями перевода, т.к. в русском языке слова «выгорание» и «сгорание» имеют различное семантическое значение. Первое указывает на длительность, постепенность и незавершенность процесса (смысловое значение несет приставка «вы»), второе – на кратковременность, завершенность и необратимость (смысловое значение заключается в префиксе «с»). Прилагательные, сопровождающие эти понятия, также различны по объему и оттенкам содержания: «психическое» - охватывает все аспекты психической деятельности, «эмоциональное» - связано со сферой эмоций и чувств, «профессиональное» - указывает на его связь с профессиональной деятельностью. В последней коллективной работе ведущие специалисты в области изучения выгорания договорились об использовании единого унифицированного термина «синдром выгорания»[10,21,23,43].

В специальной литературе ведется широкая полемика по вопросу соотношения таких понятий, как «стресс» и «выгорание». Согласно концепции Г.Селье [37], стресс определяется как общий адаптационный синдром, включающий в себя три стадии: тревогу, резистентность (сопротивляемость) и истощение. Исходя из этих позиций, выгорание может быть отнесено к последней фазе – истощению. Одновременно подчеркивается, что момент перехода стресса в выгорание четко не определен. Вместе с тем, на основе сравнения разных точек зрения на понимание места выгорания в традиционной парадигме психологического стресса Н.Е.Водопьянова [10] приходит к выводу, что выгорание имеет ряд существенных отличий, позволяющих рассматривать его как самостоятельный феномен.

Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении сравнения синдромов выгорания и хронической усталости [1]. Схожесть этих синдромов состоит в том, что они являются содержательными характеристиками профессиональной деформации, и при видимой схожести симптомов имеют

значительные отличия. Главное из них в том, что синдром выгорания приобретают профессионалы, изначально обладающие большим творческим потенциалом, фанатично преданные делу, а синдром хронической усталости связан с изначальным принятием готовых форм знаний о мире, себе и других людях. Кроме того, при синдроме хронической усталости говорят о его вероятной вирусной природе (вирус Эпштейна-Барра).

Анализ списка профессий связанных с опасностью выгорания, свидетельствует, что это специалисты, занятые в социальной сфере [23,42]:

- социальные работники,
- врачи,
- педагоги,
- психологи,
- юристы,
- полицейские,
- работники пенитенциарной системы,
- политики,
- менеджеры среднего и высшего звена,
- администраторы,
- торговый и обслуживающий персонал,
- работники благотворительных организаций и др.

В результате рассмотрения разнообразных определений выгорания, в наиболее общем виде, можно назвать следующие детерминирующие его стресс-факторы: продолжительный профессиональный и хронический эмоциональный [10,23,49]

Согласно существующим толкованиям выгорания, феномен приводит к профессиональной дезадаптированности [49] и оказывает негативное воздействие на здоровье [42]

Таким образом, проведенный контент-анализ, имеющихся определений выгорания, показывает, что феномен представляет собой неблагоприятную личностную реакцию на продолжительный профессиональный стресс, которая приводит к дезадаптированности и оказывает негативное воздействие на здоровье специалистов, занятых в социальной сфере.

2. Признаки синдрома выгорания

Анализ феномена продолжим определением его состава, выделением признаков и симптомов. К настоящему времени в западноевропейской, американской и отечественной психологии насчитывается более 100 расплывчатых и противоречивых проявлений выгорания. Существует несколько классификаций [36,49], Более подробный анализ компонентного состава синдрома представлен в табл. 1.

Сводный перечень симптомов выгорания

Симптомы и признаки	Характеристика
1	2
1. Изменения в чувствах (аффективные симптомы)	Агрессивные чувства; апатия; беспомощность; депрессия; защитные установки; напряженность; пассивность, равнодушие, безразличие, скука; повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события, случающиеся дома и на работе; пониженный эмоциональный тонус; постоянное чувство неудачи, ощущение злонамеренности и придирчивого отношения со стороны других; снижение уровня положительных эмоциональных состояний (дружелюбие, сочувствие, заботливость, вежливость и др.); увеличение частоты и интенсивности отрицательных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство горечи, вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности и др.); упадническое настроение и связанные с ним эмоции (пессимизм, безнадежность и др.); утрата чувства юмора; частые нервные «срывы» (вспышки немотивированного гнева, нетерпения, раздражительности или отказы от общения, «уход в себя»); чувство гиперответственности и безосновательное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»; чувство неосознанного беспокойства, взволнованности и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»); чувство подавленности; чувство эмоциональной опустошенности (исчерпывания), чрезмерная потеря психологической энергии, бессилие, истощение; «экономия» на эмоциях, ограничение эмоциональной отдачи и т.д.
2. Изменения в системе отношений с людьми (социально-психологические симптомы)	Деперсонализация, негуманное отношение к клиентам, цинизм; дистанцированность от сотрудников и клиентов; зависть; концентрация на собственных потребностях; обвинения в адрес других; отказ от хобби; отсутствие толерантности и способности к компромиссу, одиночество, скука; отсутствие эмпатии; переживание того, что другие люди тебя используют; повышение неадекватной критичности; повышенная напряженность в отношениях и конфликты с окружающими; подозрительность; семейные проблемы; экстернальный локус контроля и т.д.
3. Изменения в системе отношения к себе	Возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной среде, осознание неуспеха в ней; негативное отношение к жизни в целом, неудовлетворительная установка на жизненные перспективы, чувство бессмысленности; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием; пониженная самооценка, негативная «Я - концепция»; редуцирование личных достижений, самообвинения и т.д.

<p>4. Изменения в системе отношения к труду</p>	<p>Акцент на материальной стороне при одновременной неудовлетворенности работой; безразличие к результатам деятельности; вне зависимости от объективной необходимости работник постоянно берет работу домой, но дома ее не делает; выборочное реагирование в ходе рабочих контактов; избегание тем, связанных с работой; не соответствие служебным требованиям; неверие в улучшения; невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях; нежелание выполнять свои обязанности, снижение уровня собственного участия, переход от помощи к надзору и контролю; отказ от принятия решений; отсутствие собственной инициативы; отсутствие участия в жизни других людей (либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу); ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее — все труднее и труднее; подвергается сомнению значимость деятельности и жизни в целом; приписывание вины за собственные неудачи; присваивание собственности учреждения; работа усерднее и дольше, а достижений все меньше; разочарование в избранной профессии, в конкретной должности или месте службы; смена рабочего режима дня (частые опоздания, ранний приход на работу и поздний уход, либо, наоборот); снижение энтузиазма по отношению к работе, чувство бесполезности, негативное отношение к профессиональным перспективам (по типу «Как ни старайся, все равно ничего не получится»); снижение эффективности деятельности; трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий, скудность репертуара рабочих действий; угроза несчастных случаев; усиление сопротивления выходу на работу; утрата творческих подходов к решению проблем, выполнение заданий строго по инструкциям; учащение форм поведения, связанных с избеганием работы (прогулы и текучесть кадров, откладывание деловых встреч; циничное отношение к труду и негуманное отношение к объектам труда и пр.</p>
<p>5. Изменения в познавательной сфере (когнитивные симптомы)</p>	<p>Менталитет жертвы; отсутствие воображения; отсутствие способности к выполнению сложных заданий; ригидность мышления, упорные мысли о том, чтобы оставить работу; снижение концентрации внимания; усиление подозрительности и недоверчивости и пр.</p>
<p>6. Изменения в соматическом здоровье (физические симптомы)</p>	<p>Боли в позвоночнике; заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности (ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений); нарушения сна, полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 часов утра или, наоборот, неспособность заснуть вечером до 2-3 часов ночи и «тяжелое» пробуждение утром, когда нужно вставать на работу); нервное и мышечное напряжение; неспособность к релаксации; общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимических и гормональных показателей); одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке; переедание или недоедание; подверженность несчастным случаям; постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня; различные жалобы на соматическое здоровье; частые, длительно текущие</p>

	<p>незначительные недуги; психосоматические недомогания; расстройства пищеварения; резкая потеря или резкое увеличение массы тела; сексуальные расстройства; снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию); снижение иммунитета (повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям); снижение энергии, физическая усталость (утомление, изнурение и истощение) на протяжении целого дня; чувство постоянной, не проходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости); тошнота; увеличение потребления меняющих настроение психоактивных веществ, злоупотребление кофеином, алкоголем, химическими элементами, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств; утрата способности удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; учащение сердцебиения, понижение или повышение давления, тахикардия, люмбаго; частые беспричинные головные боли и т.д.</p>
--	--

Таким образом, синдром выгорания - это симптомокомплекс психофизических характеристик профессионала, отражающий его взаимодействие с внешней средой. Набор признаков и симптомов выгорания в каждом отдельном случае может варьироваться в зависимости от индивидуальных особенностей работника, специфики его социально-психологического окружения и условий труда.

Из вышесказанного следует, что перечень признаков выгорания все же не укладывается в данное Н.Ж.Фреуденбергер определение – «состояние здоровых людей...», так как в большей или меньшей степени мы сталкиваемся здесь с клиническими феноменами, - психопатологическими и психосоматическими симптомами и синдромами, способными объединиться в конкретную нозологическую форму.

Ранее психические расстройства, возникающие в ответ на - однократное или постоянное стрессовое воздействие рассматривались в нашей стране в рамках неврозов или патологий характера. В ныне применяемых мировых классификациях появились более четкие клинические описания состояний и синдромов, связанных со стрессом - входящие в рубрику F43 в МКБ-10. Среди них стоит особо выделить расстройства адаптации, ведущие к снижению социального и профессионального функционирования.

Именно в форме расстройства адаптации происходит наиболее частое проявление синдрома выгорания, - приводящее в дальнейшем к другим психическим и психосоматическим расстройствам. Среди последних, вероятнее всего, соматоформные невротические нарушения и собственно психосоматические заболевания, а также злоупотребление психоактивными веществами.

Стоит отметить, что выгорание при наличии указанных признаков, тем не менее, может не достичь уровня именно клинических признаков расстройств адаптации или какого-либо другого заболевания, оставаясь

психологическим феноменом, с клинической точки зрения - вариантом промежуточным между нормой и патологией. В МКБ-10 можно найти следующие позиции «донозологического уровня», так, или иначе связанные с работой:

- Z73 Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни.
- Z73.0 Переутомление. Состояние истощения жизненных сил.
- Z73.2 Недостаточность отдыха и расслабления.
- Z73.4 Неадекватные социальные навыки, не классифицированные в других рубриках.
- Z73.5 Конфликт, связанный с социальной ролью, не классифицированный в других рубриках.
- Z56 Проблемы, связанные с работой и безработицей.
- Z56.3 Напряженное рабочее расписание.
- Z56.4 Конфликт с начальником и сослуживцами.
- Z56.5 Неподходящая работа.
- Z56.6 Другое физическое и психическое напряжение в работе.
- Z56.7 Другие и неуточненные проблемы, связанные с работой.

Очевидно, что все из указанных ранее признаков и симптомов дезадаптации в той или иной степени присущи также состоянию выгорания. Если для диагностики данного расстройства необходимым критерием является нарушение профессиональной деятельности, симптомы выходящие за рамки нормы и ожидаемых реакций на стресс, а также появление их в течение трех месяцев после начала воздействия стресса и источник переживаний осознаваем и понятен субъекту - то это еще более подтверждает связь выгорания и расстройства адаптации (F 43.2 по МКБ-10).

Мы предполагаем, что различные профессиональные стрессогенные факторы в работе специалистов-медиков могут приводить к совершенно различным расстройствам и дезадаптивным состояниям, принимаемым порой за синдром выгорания, с развитием и влиянием также различных психопатологических и патопсихологических механизмов. Прежде всего – это непосредственно **астенизация невротического характера** вследствие длительного психоэмоционального напряжения и влияния вытесняемого «неврастенического внутриличностного конфликта», **лишь отчасти связанного с работой**. Для диагностики, коррекции и терапии важно выявить и установить клинические особенности невротических проявлений, требующие более глубокого психотерапевтического вмешательства, чем при типичном синдроме выгорания.

Совершенно иной подход к коррекции должен быть, когда есть банальная **усталость** и, соответственно, астенизация – но уже преимущественно физическая, как правило, без признаков «раздражительной слабости» (неврастении) – вследствие эмоциональных и физических перегрузок, стрессовых ситуаций на работе, **без признаков личностной динамики и выгорания**. В данном случае в качестве средства для решения проблемы достаточно лишь дополнительного доступа к ресурсам в виде полноценного отдыха, взятия паузы в работе. Критерием решения такой проблемы может являться возобновление прежнего уровня работоспособности и соответствующей мотивации к профессиональной деятельности. Когда есть собственно **синдром выгорания**, в основе которого лежит профессиональная личностная динамика специалиста с наличием этапа разочарований в профессии и специфичной эмоционально-поведенческой адаптации, ни отпуск, ни расширение доступа к ресурсам не являются уже достаточными средствами и есть необходимость более глубокой коррекционной работы.

Особого внимания требуют эмоциональные, поведенческие и соматические признаки психологического сопротивления вследствие осознаваемого или неосознаваемого **отсутствия должной мотивации** на данную работу, без связи с вышеперечисленными феноменами. На первый взгляд, признаки профессионального стресса могут оказаться схожими с теми, что присущи выгоранию. Но главное отличие здесь именно в стратегии решения проблемы. Помочь специалисту осознать и принять волевое решение об изменении отношения к работе или виду деятельности – и это может быть основой решения психологической проблемы. При настоящем выгорании, как известно, этого недостаточно. Сам термин «выгорание», как уже указывалось, подразумевает наличие субстрата для того, чтобы «гореть», «перегорать», «выгорать» - прежде всего, отношения к работе. Если это относится к любимой работе – психокоррекционная помощь может оказаться более глубокой и основательной. При проблемах с нежелательной и нелюбимой работой порой достаточно не столько психологических, сколько административных мер для их решения.

Особо стоит выделить уже упоминаемый выше **синдром профессионального угасания** [22] Имея схожие с эмоциональным выгоранием признаки и начальный этап: период «медового месяца в профессии», по ряду причин данный феномен в дальнейшем проявляется в т.н. гипостимуляции, «комплексе не востребованности» при вынужденной смене деятельности или места работы. Следствием такой гипостимуляции и не востребованности может быть и развитие психосоматических симптомов, и аддиктивное поведение в виде злоупотребления алкоголем. Отличает от других профессиональных личностных деформаций данный феномен скорее не стрессогенная, а экзистенциальная природа нарушений.

Наше особое внимание привлекла тема **моббинга** - как с точки зрения профилактики стрессовых расстройств у специалистов-медиков, так и с точки зрения обеспечения процесса последипломного обучения.

Моббинг – относительно новый в психологии термин, обозначающий состояние человека, переживающего ситуацию притеснения или преследования на работе [7,20,53]. Стоит выделить два аспекта этого феномена. Во-первых, это наличие длительного стресса, способного вызывать различные варианты дезадаптации – от невротических симптомов до психосоматических расстройств. Во-вторых - это прямая связь переживаний индивида и его дезадаптации именно с работой, но более связанных с межличностными отношениями в социальной группе – в коллективе. Клинические наблюдения позволяют разделить данный феномен на «объективный» и «субъективный». При объективном моббинге обнаруживаются реальные признаки притеснения и преследования, наличие многочисленных и регулярных замечаний, претензий и взысканий администрации к работнику; интриги, насмешки и недоброжелательность коллег, затянувшиеся межличностные конфликты и т.д.. Человек в этой ситуации так или иначе вынужден испытывать длительное и, порой, значительное психоэмоциональное напряжение, тревогу, работать менее эффективно и продуктивно. Участие в моббинге двух и более членов коллектива неизбежно влияет на работу всей организации. Среди многих причин возникновения моббинговых ситуаций можно выделить «межличностные» – от конкуренции и борьбы за рабочее место до психологической несовместимости и наличия «внерабочих» поводов для конфликта (ревность, сексуальные домогательства и т.п.), а также, «корпоративные» (кризис в работе всего учреждения, отрасли т.д.). Особо стоит отметить одну из причин как «универсальную» для любого коллектива и любой отрасли. Дело в том, что группа людей, объединённых целями их рабочей деятельности, является социальной группой и развивается по законам социальной группы – будь то психотерапевтическая группа, группа космонавтов или коллектив медицинских работников. А по законам развития социальной группы рано или поздно её динамика проявляется этапом возникновения, обострения или актуализации межличностных конфликтов. Здесь играют роль и личностные особенности участников, и динамика их отношений. Для профилактики и коррекции моббинговых ситуаций необходимо учитывать те же факторы, что и при синдроме эмоционального выгорания: образовательный, организационный и индивидуально-личностный. Образовательный и организационный факторы могут способствовать созданию здоровой обстановки в коллективе, предупреждению и своевременному разрешению конфликтов, укреплению устойчивой мотивации на сотрудничество и корпоративную деятельность.

Субъективный моббинг не обнаруживает сколько-нибудь значительных межличностных конфликтов с коллегами и начальством. Основой для переживаний являются ожидаемые и регулярные проверки, экзамены,

комиссии и т.п. В качестве «преследователей», «оппонентов» и «противников» здесь выступают не коллеги и администрация, а собственная совесть, суперэго и части личности самого специалиста.

Работа врача как одна из наиболее эмоционально затратных, требует постоянного самосовершенствования – как профессионального, так и личностного (духовного и нравственного). Повышенный уровень ответственности, трудности «безусловно принимающего общения», наличие экстремальных ситуаций, случаи осложнения в процессе лечения и смерть пациентов создают условия постоянной уязвимости личности врача. В связи с этим количество, интенсивность и чередование эпизодов, так или иначе напоминающих экзамен, может быть таким, что индивидуум не в состоянии полностью и адекватно адаптироваться в промежутках между ними. Например, настоящих экзаменов врач к моменту подтверждения сертификата специалиста сдаёт не менее 70. Кроме этого – аттестационные, сертификационные, лицензионные, лечебно-контрольные комиссии, плановые и внеплановые проверки, планёрки и медсоветы. Психологически это всегда ожидание и переживание ситуации «допроса», «судилища» и «наказания». Причём, чем ценнее накопленный опыт, чем выше квалификация специалиста, тем более бывает выражена тревога и напряжение во время и перед такими «экзаменами». Предупреждение субъективного моббинга, как проявления дидактогении на последипломном уровне, является не только профилактической, но и учебно-воспитательной задачей.

Взаимосвязь переживаний специалиста, связанных с моббинговыми ситуациями и синдромом выгорания, их взаимовлияния и взаимозависимости нуждается в дальнейшем исследовании и изучении, в том числе и с точки зрения профилактики и коррекции.

3. Психологическая динамика выгорания

Синдром выгорания отличается динамическим характером. Исследователи выделяют от трех до шести стадий (этапов) данного феномена.

С. Maslach [52] описывает три фазы выгорания. *В первой фазе* проявляются редкие и недолговечные симптомы. Они облегчаются путем умения следить за собой, путем релаксации, взятия паузы (отдыха, отпуска).

Во второй фазе признаки выгорания более регулярны, длятся дольше и более трудны для купирования. Стратегии, которые раньше были подходящими для снятия симптомов, становятся неэффективными. Человек может чувствовать признаки усталости после ночного сна, после отдыха в выходные дни. Все больше усилий требуется для того, чтобы «приводить себя в норму» и следить за собой.

Признаки *третьей фазы* наиболее продолжительны и глубоки. Человек может подвергать сомнению значимость своей деятельности и жизни в целом, может появиться озлобленность на себя и всех окружающих, жизнь

будто бы «выходит из-под контроля» и нет возможности использовать свои эмоции и силы для концентрации.

В первой и во второй фазе выгорания индивид в состоянии восстановиться, реабилитироваться, измениться сам и изменить ситуацию. В третьей фазе, согласно С. Maslach [52], человек, возможно уже не способен измениться, но нужны дополнительные исследования, чтобы подтвердить или опровергнуть это (цит. по McConnell E.,) [44].

Другой взгляд на динамику этого феномена выделяет пять стадий выгорания [44]. Первая стадия является своеобразным «медовым месяцем», периодом подъема энергии, высокого энтузиазма и удовлетворения. Поскольку даже стресс наслаждения требует энергии, эта стадия рассматривается началом процесса выгорания. Некоторые люди научаются эффективным способам борьбы со стрессом и остаются на этой стадии продолжительное время. Те, кто не восстанавливается, переходят во вторую стадию – «нехватки энергии». Возникает спад энтузиазма, появляется чувство разочарования. Появляются ранние симптомы – «сигналы предупреждения»: неудовлетворенность работой (деятельностью), снижение эффективности в работе, усталость, расстройства сна, попытки уйти от стресса с помощью алкоголя или наркотиков.

Третья стадия выгорания, стадия «хронических симптомов», когда ранее имевшиеся признаки становятся привычными, появляются новые - стойкая апатия, страхи, симптомы депрессии и соматических недугов.

В четвертой стадии, «стадии кризиса» симптомы становятся критическими, - проявляются глубинный пессимизм, «наваждение проблем» и нарастание психосоматических расстройств. На этой стадии выгорание обычно доминирует в жизни индивида.

Пятая стадия, «стадия биться в стену», когда индивид не может дальше нормально функционировать. Карьера и даже сама жизнь подвергается опасности. Выгорание уже становится так тесно связанным с другими проблемами, такими как алкоголизм, наркомания, сердечно-сосудистые заболевания и психические расстройства, что они не могут быть разделены и дифференцированы.

В.В.Бойко (1999) для определения фаз выгорания берет за основу учение Ганса Селье о стрессе как неспецифической защитной реакции организма в ответ на психотравмирующие факторы разного свойства. Первая фаза – «напряжения» включает в себя симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», начальные признаки тревоги и депрессии.

Вторая фаза – «резистенции», попыток более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений. Среди признаков (симптомов) резистенции прежде всего стоит выделить «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование». В.В.Бойко отмечает разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций, как

полезном навыке и неадекватном реагировании, что чаще воспринимается коллегами и пациентами как неуважение к их личности, то есть, переходит в плоскость нравственных оценок. Последнее, очевидно, приводит к накоплению межличностных конфликтов. Далее отмечаются симптомы: «эмоционально-нравственная дезориентация» (как логическое продолжение предыдущего), «расширение сферы экономии эмоции» (прежде всего - когда данная форма защиты переносится вне пределов профессиональной деятельности - домой, в общение с друзьями и т.п.), симптом «редукции профессиональных обязанностей», по сути - их упрощение, так или иначе пересекающееся с эмоционально-нравственной дезориентацией.

Третья фаза – «истощения» характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности. Здесь отмечаются симптомы:

- «эмоциональный дефицит» - преобладание отрицательных эмоций над положительными;
- «эмоциональная отстраненность» - личность почти полностью исключает эмоции из профессиональной деятельности, в других же сферах живя полноценными эмоциями;
- «личностная отстраненность» - пациент воспринимается как неодушевленный предмет, объект для манипуляций;
- «психосоматические и психовегетативные нарушения», когда эмоциональная защита уже не справляется с нагрузками и энергия эмоций перераспределяется между другими системами организма.

Таким образом, психика специалиста как бы спасается от разрушительной мощи эмоциональной энергии.

Сгорание в наиболее выраженной степени достигает уровня «перегорания» или «выгорания» [8]

Таким образом, появление симптомов в картине синдрома выгорания носит стадийный характер. На первых фазах выгорания профессионал в состоянии восстановиться, реабилитироваться, измениться сам и изменить ситуацию; в последующие периоды, человек самостоятельно не способен сохранить психологическое здоровье и нуждается в помощи специалистов.

4. Детерминанты формирования синдрома выгорания

Анализ литературных источников свидетельствует о том, в зарубежной и отечественной психологии отсутствует единство мнений относительно причин, обуславливающих возникновение и развитие феномена. По данным ряда авторов [42,49,52] синдром формируется под влиянием трех групп переменных: личностных, организационных и ролевых. По сути, такая классификация «искусственно» разделяет организационные и ролевые факторы,

относящиеся к социальным, поскольку ролевая характеристика человека может быть только в социуме, профессиональной группе, организации.

Другие авторы этиологию синдрома выгорания представляют двумя группами внешние (организационные) и внутренние (индивидуальные) [23].

На основании факторов, провоцирующих выгорание, приведенных в работе В.Е.Орла [23] внимание было обращено на научные данные, полученные в отечественных исследованиях, которые дополнили и уточнили предложенную схему (рис. 1).

Рассмотрим некоторые примеры характеристик **индивидуальных (внутренних) факторов**.

Так, раскрывая *социально-демографические характеристики*, доказана тесная связь выгорания у людей, профессия которых относится к группе «человек – человек» с возрастом: подтверждается чувствительность лиц старшего возраста, а также объясняется склонность более молодых к выгоранию эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, не соответствующей их ожиданиям.

В исследованиях, устанавливающих взаимосвязь между полом и выгоранием, имеются противоречивые данные. Отметим, что работающая женщина испытывает более высокие эмоциональные нагрузки, по сравнению с мужчиной, из-за дополнительных домашних и семейных обязанностей.

По фактору семейного положения отмечается более высокая степень предрасположенности к выгоранию у лиц (особенно, мужского пола) не состоящих в браке.

Существующие данные о положительной связи между уровнем образования и симптомом «деперсонализации», а также не зависимостью от данного фактора «эмоционального истощения», могут быть обусловлены завышенными притязаниями людей с высоким уровнем образования.

В большинстве исследований имеет место отсутствие значимых корреляций между стажем работы по специальности и выгоранием.

Рассматривая личностные особенности В.Е.Орел [23] отмечает, что по фактору «Личностной выносливости» люди существенно отличаются друг от друга. Высокоактивные каждый день, осуществляющие контроль за жизненными ситуациями и гибко реагирующие на разные изменения имеют низкие значения по «эмоциональному истощению» и «деперсонализации», но высокие значения по «шкале профессиональных достижений».

При характеристике индивидуальных стратегий сопротивления стрессу показано, что высокий уровень выгорания тесно связан с пассивными тактиками, и, наоборот, активно противодействующие стрессу имеют низкий уровень выгорания.

Обнаружено, что «внешний локус контроля» положительно коррелирует с «эмоциональным истощением» и «деперсонализацией».

ФАКТОРЫ ВЫГОРАНИЯ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ (ВНУТРЕННИЕ)

Социально-демографические:

- Возраст
- Пол
- Холостое семейное положение
- Уровень образования

Личностные:

- Личностная выносливость
- Пассивные тактики сопротивления стрессу
- Экстернальный локус контроля
- Низкий уровень самооценки
- Поведение типа А
- Нейротизм
- Высокая степень тревожности
- Незначимость работы в собственных глазах, неудовлетворенность профессиональным ростом и установка на поддержку
- Акцентуации характера
- Сниженные показатели психологической адаптации
- Индивидуальная система психологических защит
- Типы эмоциональной направленности
- Низкий уровень саморегуляции
- Ощущение бессмысленности активной деятельности и жизни
- Показатели самореализации

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ (ВНЕШНИЕ)

Условия работы:

- Увеличение нагрузки в деятельности
- Сверхурочная работа
- Продолжительность рабочего дня

Содержание труда:

- Количество клиентов, их число, обслуживаемое за определенный период
- Глубина контакта с клиентами, острота их проблем, минимизация успеха в эффективности их решения
- Низкая степень самостоятельности и зависимость сотрудника в своей деятельности

Социально-психологические:

- Неблагоприятный социально-психологический климат в коллективе;
- Низкая социальная поддержка со стороны других лиц
- Опекающая позиция по отношению к своим реципиентам
- Недостаточное вознаграждение или его отсутствие
- Ролевой конфликт и ролевая двойственность

Рисунок 1. Факторы риска возникновения и развития синдрома выгорания у работников социэкономических профессий

В ряде исследований обнаружена положительная корреляционная зависимость между компонентами выгорания и самооценкой, но низкая самооценка не только предрасполагает к выгоранию, но может быть его отражением.

Люди, предпочитающие бурный темп жизни, преодоление трудностей, борьбу, испытывающие сильную потребность держать все под контролем (поведение типа А), более подвержены влиянию составляющих выгорания, прежде всего, «эмоциональному истощению».

Наиболее тесные связи со всеми характеристиками выгорания имеет нейротизм, особенно с «эмоциональным истощением» и фактором открытости опыту.

Классификацию факторов риска возникновения и развития выгорания В.Е.Орел [23] мы дополнили такими индивидуальными (внутренними) факторами, как высокая степень тревожности (низкая эмоциональная устойчивость, робость, подозрительность, склонность к чувству вины, импульсивность, фрустрированность), которая коррелирует с выгоранием [38].

Кроме того, среди дополненных нами факторов риска выгорания имеются мотивы трудовой деятельности. Например, чувство незначимости себя на рабочем месте, неудовлетворенность профессиональным ростом, установка на поддержку (благожелательность) и недостаток автономности (сверхконтролируемые) оказались напрямую связанными с развитием выгорания.

В работе обнаружена взаимосвязь трех типов акцентуаций характера с развитием феномена выгорания (педантичный, демонстративный, эмотивный).

Развитие выгорания оказалось тесно связано также со снижением показателей психологической адаптации [5,38]

Психологическое состояние и настроение, характеризующееся как «преобладающее плохое», с тревогой и неуверенностью в завтрашнем дне, коррелируют с высоким уровнем выгорания [43].

Лица, имеющие высокие показатели выгорания, используют преимущественно такие механизмы психологической защиты, как «регрессия», «проекция», «компенсация», «замещение» [33] Предпочитающие же в качестве защиты «отрицание» и «интеллектуализацию» более устойчивы к развитию данного феномена.

Типы эмоциональной направленности личности по Б.И.Додонову также взаимосвязаны с уровнем выгорания.[14]

Высокую степень синдрома выгорания обуславливает низкий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции эмоций и поведения .

В исследованиях Н.В.Гришина, и Н.Е.Водопьянова]показана существенная роль в динамике выгорания следующих экзистенциальных факторов: нереализованные ожидания, неудовлетворенность самоактуализацией, отсутствие желаемых результатов, разочарование в других людях и избранном деле, обесценивание и потеря смысла своих усилий, переживание одиночества, ощущение бессмысленности активной деятельности и жизни. Обнаружены корреляционные связи между выгоранием и показателями «качества жизни», самореализацией в профессиональной и личной жизни [10.13]

В работе В.Е.Орел [23] раскрыты и **организационные (внешние) факторы**. К примеру, *условия работы*. Увеличение нагрузки в деятельности, сверхурочная работа, а также продолжительность рабочего дня стимулируют развитие выгорания. Перерывы в работе снижают его проявление, но положительный эффект носит временный характер, поскольку уровень выгорания повышается через три дня после возвращения к работе, а через три недели полностью восстанавливается.

Характеризуя воздействие *содержания труда*, приводятся доказательства того, что количество клиентов, их число, обслуживаемое за определенный период положительно связаны, либо не связаны с выгоранием. Наличие связи опосредуется продолжительностью этого контакта с одним клиентом в течение рабочего периода. Наиболее выпукло показано влияние глубины контакта в тех видах профессиональной деятельности, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения (работа с хроническими больными или людьми, страдающими СПИДом, раком и др.).

Степень самостоятельности и независимости сотрудника в своей деятельности отрицательно коррелирует с выгоранием.

Группу *социально-психологических факторов* риска возникновения и развития выгорания мы дополнили неблагоприятным социально-психологическим климатом коллектива. Частые конфликты, повышенная напряженность в отношениях с коллегами и руководством, отсутствие поддержки и сплоченности в коллективе негативно сказываются на индивидуальном психическом состоянии его членов, создают тягостные переживания, которые, закрепляясь, могут привести к выгоранию [23]

Решающую роль здесь играет отсутствие социальной поддержки со стороны людей, стоящих выше по своему профессиональному и социальному положению.

Позиция работника по отношению к своим реципиентам взаимосвязана с выгоранием. Например, учителя, характеризующиеся наличием опекающей идеологии во взаимоотношениях с учениками, а также не использующие

репрессивную и ситуационную тактики, демонстрируют высокий уровень выгорания.

Исследователи отмечают, что недостаточное вознаграждение (денежное и моральное) или его отсутствие способствуют возникновению выгорания у работников, при этом важно не абсолютное количество вознаграждения, а его соотношение с собственным затраченным трудом и трудом своих коллег, что обозначается как справедливость.

Особый интерес представляют данные исследования, в котором получены значимые корреляции между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и выгоранием, когда совместные действия не согласованы, нет интеграции усилий, присутствует конкуренция, в то время как результат зависит от слаженности действий [50].

Итак, выгорание является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей человека, отношений в профессиональной среде и семейной жизни, а также переживаний успеха – личных приобретений и потерь. Иными словами, синдром возникает в результате кумулятивного влияния множества внешних и внутренних факторов и причин.

5. Стрессогенные факторы в профессиональной деятельности медицинских работников

Психологическое обследование, анкетирование и интервьюирование, а также материалы проведения индивидуальных и групповых психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий со специалистами позволяют выделить ряд наиболее стрессогенных факторов как самых «уязвимых зон» в работе врача. Эти же факторы являлись психотерапевтическими мишенями в коррекционной, лечебной и профилактической работе с участвующими в исследовании врачами.

Прежде всего – это **работа в преимущественно негативном эмоциональном поле**. Суть этого фактора в том, что большую часть рабочего времени врач практически любой специальности имеет дело с материалом, фактически вызывающим лишь негативные эмоции. Это относится как к жалобам, стонам и просьбам больных, так и к обсуждению с коллегами чужих диагнозов и историй болезни, содержание которых – прежде всего страдания и угроза жизни, порой неизбежная. Накопление подобного эмоционального опыта в процессе работы с одной стороны ведёт к истощению эмоциональных ресурсов, с другой – развитию защитных психологических механизмов в виде личностной отстранённости, расширения сферы экономии эмоций и других признаков выгорания. В бытовом общении это проявляется в виде так называемого «специфического юмора» или даже цинизма медработников. При выборе профессии и на додипломном этапе практически любой медицинский работник был более или менее осведомлён о сути этого фактора как стрессогенного. Наличие у большинства обследуемых специалистов-медиков

(78%) выраженных черт эмотивности – как способности сочувствовать, сопереживать, является своеобразным признаком наличия у них «базового навыка» противостоять данному стрессогенному фактору и адаптироваться к нему. Тем не менее, для сохранения эмоционального равновесия необходимо **развитие навыков «пополнения банка положительных эмоций» и отвлечения от работы на иные виды деятельности.** Наблюдение и психотерапевтический опыт показывают, что при всей очевидности и простоте адаптации к этому стрессогенному фактору, для многих специалистов именно он является наиболее трудным для проработки. Инертность, «ургентная» аддикция (неосознаваемое стремление нагрузить себя невыполнимым количеством обязательств и, как следствие – постоянная спешка и эмоциональное перенапряжение), работоголизм вместе с развившимся сужением выбора способов самовосстановления и получения здоровых удовольствий в повседневной жизни (вне работы) являются здесь основными препятствиями.

Далее в виде целой группы стрессогенных факторов стоит выделить опасность возникающих осложнений у больных в процессе оказания им помощи, негативные результаты лечения и смерть пациентов, действия врача в **экстремальных условиях** – с необходимостью принимать быстрые и предельно ответственные решения. Даже при условии предварительной осведомлённости о возможности таких факторов в студенческие годы и наличии у многих врачей черт гипертимности (64% обследуемых) как способности быть активными и жизнерадостными, полностью адаптироваться к ним не удаётся. На многих психотерапевтических группах звучит тезис о том, что «к чужой смерти на своих руках привыкнуть невозможно, каждая такая ситуация оставляет тяжёлый след в душе, даже через годы напоминая о себе». Тем не менее, нивелировать – насколько это возможно – действие этой группы факторов весьма необходимо. Это возможно в группах и на занятиях **эмоционального отреагирования**, во многом этому способствует работа **балинтовских групп** [24]. Но достаточно часто для специалистов с богатым травматическим опытом требуется более объёмная психокоррекционная и даже психотерапевтическая помощь, нередко – с назначением фармакологических средств. Препятствием для проведения полноценных адаптационных и профилактических мероприятий в этом случае были такие факторы, как ложная стеснительность (со слов одного из коллег: «негоже врачу быть пациентом»), так и безответственная беспечность («само пройдет – забудется»). Нередко врачи предпочитали длительным и непростым занятиям со специалистом алкоголь как «универсальный адаптоген и детензивное средство».

Все без исключения участники занятий и обследуемые специалисты указали на особый стрессогенный фактор в работе врача – **повышенную ответственность.** Умение отчитаться о проделанной работе, вовремя и грамотно оформить протокол операции и процедуры, заполнить карту вызова, историю болезни и т.п. – необходимый, но зачастую весьма непростой навык. Невозможность отчитаться идеально и безукоризненно, уязвимость медицинской

профессии и реальные ситуации моббинга, конфликты с коллегами и руководством для врача являются частым поводом для участия в психотерапевтических и профилактических мероприятиях. Вместе с работой в балинтовских группах **проработка мотивации к профессии и повышение квалификации** оказывались необходимой профилактической мерой в данном случае.

Для ряда медицинских специальностей нельзя не отметить особый стрессогенный фактор: **опасность для собственного здоровья** и собственной жизни. Это касается и опасности заражения какой-либо инфекцией, и травматизма на транспорте (особенно для врачей скорой помощи) и опасности при общении в случаях работы с пациентами в состоянии алкогольного или наркотического опьянения или психоза.

Отличие следующего стрессогенного фактора – **трудностей безусловно принимающего общения** – в том, что до сих пор на додипломном уровне студентов недостаточно готовят к встрече с ним. Неумение общаться с больными в состоянии суженного сознания, в опьянении, в психозе, столкновение с хамством, психологическим манипулированием больных и их родственников, языковые и нравственно-этические барьеры не только осложняют работу врача, но и являются основой для разочарований и фрустраций – пусковых механизмов выгорания. **Пополнение знаний по клинической психологии, развитие коммуникативных навыков**, тренинги и эмоциональное отреагирование помогают приспособиться к этому фактору.

6. Меры профилактики и коррекции синдрома выгорания

Мотивация к профессиональной деятельности и профессионально-личностному росту предназначена для осознания своего места и своей роли в оказании помощи больным, мобилизации готовности к изменению, коррекции и совершенствованию собственных психологических и морально-нравственных установок в ходе освоения профессии. Выполнение этих задач достигается с применением тренинговой, психотерапевтической работы, групповой психотерапии в режиме психокоррекционных групп, супервизии и балинтовских групп.

Тренинг – это совокупность психотерапевтических, психокоррекционных и обучающих методов, направленных на развитие навыков самопознания и саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, коммуникативных и профессиональных умений (Психотерапевтическая энциклопедия, СПб, 1999, с.645).

Групповая психотерапия – это метод, при котором с терапевтической целью используется групповая динамика, т.е. отношения и взаимодействия членов группы как с психотерапевтом, так и между собой.

Психокоррекционная группа – малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Среди психокоррекционных групп выделяют: группы для решения проблем,

группы личностного роста и самосовершенствования, а также – группы **эмоционального отреагирования**, позволяющие проработать эмоциональный опыт, накапливаемый в ходе профессиональной деятельности.

Балинтовская группа – метод групповой тренинговой исследовательской работы, где врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

Практика показывает, что в профессиональном общении с пациентами врачи порой нарушают правила деонтологии, неосознанно воспринимая некоторые проявления поведения больных не с медицинской, а с морально-нравственной точки зрения. Тем самым накапливая в себе признаки эмоционального выгорания в виде «негативного отношения к пациентам» и «дегуманизации». Указанные методы мотивации к профессионально-личностному росту позволяют максимально приблизить теоретические знания и закладываемые в ходе обучения идеалы (как эталоны профессионального и этического соответствия) к реальным условиям и возможностям.

Освоение коммуникативных навыков и умений, таких как: «ведение диалога и сотрудничество», «умение слушать и выслушивать», «конфронтация, конструктивный спор», «общение с пациентом в экстремальной для него ситуации» и т.п., имеет целью повышение гибкости в профессиональном общении с разными категориями больных и их родственников, в разных условиях и в разном состоянии. В том числе и таких как: депрессия, психопатическая реакция, психоз, состояния одурманивания или опьянения и др..

Психологическое манипулирование некоторых больных, с которым сталкивается врач в профессиональном общении, требует в образовательном подходе научения навыкам их распознавания и **коммуникативной гибкости** с целью оберегания личности специалиста от внутри- и межличностных конфликтов, являющихся провоцирующим фактором эмоционального выгорания.

Профессиональная или личностная защищенность в виде повышения грамотности, бдительности и умения общаться с больными в различных, в том числе и экстремальных ситуациях необходимы в подготовке врача, особенно – работающего в системе экстренной медицинской помощи. Кроме того, это необходимо для обеспечения уверенности и личностной безопасности в условиях реальных угроз и возможной опасности со стороны пациентов в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также – психически больных со склонностью к немотивированной агрессии.

Обучение вопросам самопрофилактики имеет целью научение эффективно и грамотно использовать свои профессиональные и личностные возможности, адекватно распределять и пополнять эмоциональные и энергетические ресурсы, предвидеть, предотвращать и преодолевать ситуации, способные создавать различные перегрузки, деформации, конфликты и другие профессиональные вредности.

Пересмотр своих ресурсов и ценностей, в том числе и понимания успешности своей работы, необходим для профилактики «профессиональных фрустраций», восприятия своей деятельности как «бесполезной», ощущения несостоятельности и некомпетентности, а также - собственных химических и нефармакологических аддикций.

В качестве приемов и методов самопрофилактики рекомендуется использовать: аутогенную тренировку, медитации, самогипноз, техники свободного дыхания и восточных гимнастик (йога и др.). Учитывая тот факт, что для части специалистов некоторые из этих методик (свободное дыхание и восточные гимнастики) могут оказаться трудными для освоения, либо неприемлемыми ввиду других причин, можно рекомендовать использование традиционных техник массажа, а также – бани, сауны, по показаниям – моржевания.

С целью эмоциональной разгрузки и пополнения ресурсов в образовательно-воспитательном подходе профилактики выгорания у врачей должны быть предусмотрены занятия и мероприятия, повышающие значимость культурного и эстетического совершенствования как источника положительных эмоций высшего порядка.

Организационный подход представляет собой психогигиеническую и психопрофилактическую организацию труда врача. Его целью является обеспечение квалифицированного и своевременного выявления и диагностики предрасполагающих и начальных признаков выгорания, а также обеспечение возможностей их коррекции, терапии и восстановления эмоционального равновесия сотрудников. Для этого необходимо наличие подготовленного специалиста (клинического психолога, психотерапевта), кабинетов, достаточно оснащенных для психодиагностики, психокоррекционной и психотерапевтической работы. Кроме того, организационный подход подразумевает обеспечение правовой, юридической и физической безопасности сотрудников при оказании ими специализированной помощи, как необходимого условия предупреждения экстремальных стрессовых ситуаций. Восстановление эмоционального равновесия для специалистов, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь, возможно с помощью сеансов релаксации, обеспечения организованной работы тренажерных залов, спортивных секций и кружков для сотрудников, а также - культурных и культурно-массовых мероприятий. Обеспечение терапии, коррекции и профессионально-личностного роста достигается путем работы тренинговых, дискуссионных, динамических психотерапевтических групп, балинтовских групп и супервизии. Работа специалистов на таких мероприятиях проводится в рабочее время, необходимая для терапии и коррекции документация заводится и оформляется в соответствии с существующими законами и нормативными актами. Ответственный сотрудник – клинический психолог, психотерапевт в ходе такой профилактической работы может извещать администрацию ЛПУ об увеличении диагностируемых и проявляемых признаков выгорания сотрудников на определенных

участках работы с целью своевременного снижения уровня перегрузок и обеспечения адекватных профилактических и коррекционных мер.

Индивидуально-личностный подход в системе технологий профилактики эмоционального выгорания у врачей экстренной медицинской помощи, имеет целью обеспечение личностной подготовленности, устойчивости к рабочим перегрузкам и научение самостоятельного их распознавания, устранения и предупреждения. Для этого требуется обучение навыкам самодиагностики, изучение вопросов соматизации эмоциональных переживаний и их распознавание, научение контролированию стрессов и навыкам эмоционально-мышечной релаксации, саморегуляции.

Роловой фактор, имеющий значение, как в возникновении, так и в коррекции и в профилактике выгорания в индивидуально-личностном подходе рассматривается с учетом преморбидных особенностей, акцентуации характера и темперамента личностных ресурсов и аспектов самоотношения. Говоря о «ролевом факторе» в возникновении синдрома выгорания у врачей, как показывает практика, наиболее приемлем механизм «треугольника судьбы». Смысл последнего заключается в том, что человек, принимая в каком-то поле деятельности на себя одну из ролей – «преследователя», «жертвы» или «избавителя», рано или поздно вынужден оказаться и в других ролях этого «треугольника», прежде всего – «жертвы». В таком случае, общение и сама жизнедеятельность человека может все больше протекать в деструктивном русле и приводить к самым различным проблемам, связанным со здоровьем. Это различные проблемы - от уровня выгорания в форме расстройств адаптации, до физических травм и соматических катастроф, как проявление «игр третьей степени» в терминологии трансактного анализа.[22]

Биологически обусловленные факторы, способствующие развитию эмоционального выгорания, проявляющиеся в склонности к эмоциональной ригидности, интенсивном восприятии обстоятельств профессиональной деятельности (наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, хронических соматических заболеваний и т.п.) способны быть учитываемыми и корригируемыми.

Акцентуация характера и темперамента, определяемая как клинически, так и с помощью теста-опросника К. Леонгарда, также учитывается при назначении индивидуальных мер профилактики. Наличие выраженных черт эмотивности, тревожности, экзальтированности и циклотимности по данному опроснику может свидетельствовать о повышенном риске развития выгорания у специалиста.

Стратегии поведения в конфликте, выявляемые с помощью теста-опросника Томаса, свидетельствующие о преобладании конструктивных или деструктивных тенденций в общении, также могут учитываться в индивидуальной профилактической работе. По результатам теста-опросника Томаса выявляется степень присутствия у испытуемого каждого из пяти выделенных способов регулирования конфликтов:

- 1) соперничество, как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому;
- 2) приспособление, означающее принесение в жертву собственных интересов ради другого;
- 3) компромисс, при котором ни один из участников не оказывается в выигрыше, оба проигрывают, так как идут на взаимные уступки;
- 4) избегание, для которого характерно как отсутствие стремления к операции, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;
- 5) сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Преобладание стратегий «соперничества», либо «избегания» и «приспособления» как основа накопления внутри- и межличностных конфликтов, в индивидуальной профилактике стресса является показателем для коррекционной и тренинговой работы. Здесь необходимо научение коммуникативным умениям, таким как: сотрудничество, конструктивный диалог, компромисс, конфронтация с позитивным разрешением конфликта.

Выявляемые с помощью «методики исследования самоотношения» особенности самопринятия, самооценки, самопривязанности и других категорий самооценки свидетельствуют как о наличии ресурсности личности специалиста, так и о факторах, способствующих возникновению синдрома выгорания. Прежде всего - это наличие выраженного самообвинения, внутренней конфликтности и признаков низкой самооценки.

Использование в клинико-психологическом, экспериментально-психологическом исследовании тестов «личностный дифференциал» и «семантический дифференциал» позволяет объективно оценить ресурсность личности и выявить косвенные признаки эмоционального выгорания. Прежде всего, это наличие достаточно высоких показателей «оценки» при наличии меньших показателей «активности» и наиболее низких – «силы».

Кроме клинических признаков выгорания для диагностики приемлема методика выявления степени «выгорания» В.В.Бойко. Методика представляет собой опросник, содержащий 84 суждения, на которые надо ответить «да» или «нет». «Ключ» позволяет определить сумму баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания» (переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», тревога и депрессия, неадекватное избирательное и эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоции, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения); подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования «выгорания» (фазы «напряжения», «резистенции» и «истощения»); находится итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания - сумма показателей всех 12 симптомов. Методика, кроме характеристики личности и наличия выраженности

симптомов выгорания, позволяет наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог общей характеристике рассматриваемого феномена важно отметить следующее.

1. Синдром выгорания представляет собой неблагоприятную личностную реакцию на продолжительный профессиональный стресс, которая приводит к дезадаптированности и оказывает негативное воздействие на здоровье специалистов-медиков.

2. К основным группам симптомов выгорания относятся изменения в: чувствах и эмоциях (аффективные симптомы), системе отношений (с людьми, к себе, труду, рабочему месту), познавательной сфере (когнитивные симптомы), соматическом здоровье (психосоматические симптомы). В ходе научно-эмпирического исследования акцент будет сделан на изменениях в чувствах и системе значимых отношений врачей.

3. Появление симптомов в картине синдрома выгорания носит стадийный характер: период подъема энтузиазма – нехватка энергии – трудности в преодолении психотравмирующих обстоятельств – кризис – разочарование.

4. Синдром выгорания возникает в результате кумулятивного влияния множества индивидуальных или внутренних (социально-демографических и личностных особенностей), а также организационных или внешних (условий, содержания труда и социально-психологических характеристик) факторов и причин.

Оценка эффективности метода диагностики и профилактики синдрома выгорания у врачей проводилась на основании клинико-диагностического и экспериментально-психологического обследования.

Было установлено, что критериями эффективности могут служить: индивидуальная осведомленность специалиста о признаках и проявлениях эмоционального выгорания, работа тренинговых, психокоррекционных (прежде всего - групп эмоционального отреагирования) и психотерапевтических групп для сотрудников, баинтовских групп.

Снижение заболеваемости среди персонала и текучести кадров также является одним из показателей эффективности такой профилактической работы.

Эффективность комплекса организационных, образовательных и реабилитационно-профилактических мероприятий выразались в:

- улучшении психологического климата в коллективе;
- уменьшении количества конфликтных ситуаций с больными;
- снижении частоты обращаемости за медицинской помощью среди изученного контингента медицинского персонала;

- субъективном ощущении улучшения профессиональной адаптации, пересмотре своих внутренних ресурсов и ценностей, в том числе и понимания успешности своей работы.

Результаты обследования легли в основу проводимой психотерапевтической, психокоррекционной, обучающей и профилактической работы, изложенной в данном пособии для врачей.

Список использованных источников

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. / М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Антоненко М. Проблема феномена «сгорания» у консультантов и волонтеров в работе телефона доверия. / Казань, 2001. – 65 с.
3. Аржаникова А., Бартенева З., Демченко Е., Хамидулин Р. Синдром эмоционального выгорания. Что делать?. /СПИД Фонд Восток-Запад», 2006.
4. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности / СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
5. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988.
6. Бодров В.А. Профессиональное утомление: Фундаментальные и прикладные проблемы. / М.: Изд. «Институт психологии РАН», 2009. – 560с.
7. Ваниорек Л., Ваниорек А. Моббинг: когда работа становится адом. / М.: АО «Интерэксперт», 1996. – 168 с.
8. Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал. – 1998. - №1. – С. 19-21.
9. Винокур В.А. Профессиональное выгорание и состояние здоровья медицинских работников / СПб.: Изд. СПбМАПО, 2007. – 31 с.
10. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
11. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что можно против этого предпринять. / СПб.: Речь, 2008. – 96 с.
12. Гринберг Дж. Управление стрессом. / М.; СПб., 2002.
13. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А.Крылов, Л.А.Коростылева./ СПб: СПбГУ, 1997.
14. Доценко О.Н. Эмоциональная направленность как фактор «выгорания» у представителей социономических профессий // Психологический журнал. – 2008. – №5. – С. 91-100.
15. Зеер Э.Ф. Психология профессий. /М.: Академический проект; Фонд «Мир», 2006. – 336 с.
16. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Психология профессиональных деструкций. / М.: Академический проект, 2005. – 240 с.
17. Ильин Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. /СПб.: Питер, 2011. – 224 с.
18. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. / СПб.: Питер, 2002. – 752 с.
19. Картрайт С., Купер К.Л. Стресс на рабочем месте. / Х.: Гуманитарный Центр, 2004. – 234 с.

20. Колодей К. Моббинг. Психотеррор на рабочем месте и методы его преодоления / Пер.с нем. – Х.: Изд.-во «Гуманитарный Центр», 2007. – 368 с.
21. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных. Автореферат дисс. д.мед.наук. / СПб.: 2007. – 53 с.
22. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии/ М.: Академический проект, 1999. – 419 с. ((58-60)).
23. Орел В.Е. Синдром психического выгорания. Мифы и реальность. / Харьков: изд. «Гуманитарный центр», 2014. – 296 с.
24. Оттен Х. Профессиональные отношения. Теория и практика бабинтовской групповой работы. / Ереван: РАУ, 2016. – 116 с.
25. Петраш М.Д. Синдром выгорания в профессиональной деятельности персонала скорой медицинской помощи // Современные проблемы исследования синдрома эмоционального выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография под ред. В.В.Лукьянова, Н.Е.Водопьяновой, В.Е.Орла, С.А. Подсадного и др.; Курск, Курский гос.ун-т, 2008. С. 228-233.
26. Постнов В.В. Синдром эмоционального сгорания в наркологической клинике. Информационно-методическое письмо / Оренбург. 2003. – 30 с.
27. Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В. Профилактика синдрома эмоционального сгорания у врачей психиатров-наркологов. Пособие для врачей / М., Оренбург, 2003. – 32 с.
28. Постнов В.В. Профессиональные личностные деформации у медицинских работников. Синдром эмоционального сгорания, синдром эмоционального угасания, моббинг, субъективный моббинг. Клинический и профилактический аспекты. Пособие для врачей и психологов. / Оренбург, 2008. – 32 с.
29. Постнов В.В. Профессиональные стрессогенные факторы и синдром эмоционального выгорания в медицине. Пособие для врачей и клинических психологов. / М.: 2013. – 33 с.
30. Психология экстремальных ситуаций; под общей ред. Ю.С.Шойгу. / М.: Смысл; Академия, 2009. – 320 с. (239-313)
31. Пэйн Р., Купер К. Эмоции и работа. Теории, исследования и методы применения. / Х.: Изд. «Гуманитарный Центр», 2008. – 544 с.
32. Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Вопросы общей психиатрии. – 1998. – Вып. 1.
33. Романова Е.С., Горохова М.Ю. Личность и эмоциональное выгорание // Вестник практической психологии образования. – 2004. – №1. – С. 18-23.

34. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – №3. – С. 85-95.
35. Рукавишников А.А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: Дисс. канд. психол. наук. / Ярославль, 2001. – 173 с.
36. Самоукина Н.В. Управление персоналом: российский опыт. / СПб.: Питер, 2003. – 236 с.
37. Селье Г. Стресс без дистресса. / М.: Прогресс, 1982,-66 с..
38. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости.—2002.— №7.— С. 3-9.
39. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряжённой профессиональной деятельности. / М.: Академический проект, 2005. – 128 с.
40. Феофанов В.Н. Синдром выгорания и специальные педагоги. /М.: РГСУ, 2011. – 216 с.
41. Феофанов В.Н., Козлова Ю.В. Взаимосвязи профессионального выгорания и уровня осмысленности жизни у врачей // Ученые записки РГСУ, 2017, т. 16, -№1, -с 62-71.
42. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» учителя // Вопросы психологии , -1994,- №6, -с 54-67.
43. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. /Киев: Сфера, 2004. – 271 с.
44. EdvinaI.McConnell. Burnout in the nursing profession. New York. 1992.32) Crane M. Why burn-out doctors get sued more often.// Medical Economics.- 1988.-vol. 75(10). -P.210-212.
45. Felton J. S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. // Occupational medicine.-1998. – vol. 48.- p.237- 250.
46. Freudenberger H. J. Staff burn-out // Journal of social Issues, 1974. Vol. 30. -p. 159-165.
47. Holloway F., Szmukler G., Carson J. Support systems. 1. Introduction.// Advances in Psychiatric Treatment.- 2000. Vol.6.- p.226-235.
48. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the emperical evidence. // Canadian Journal of counseling review. – 1988. – V.22 (3), -p.310-342.
49. Kondo K. Burnout syndrome.//Asian Medical J. -1991 -№34 (11).
50. Куунарпун Н. Theburnoutsyndrome / Проблемы практической психологии / Под ред. Х.Миккина. Таллин, 1984.
51. Maher E. The burnout syndrome //Journal of consulting and clinical psychology. -№7 – 1983,- p.15-20.
52. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall, 1982.
53. Von Oncuil J. ABC of work related disorders: stress at work.// British Medical Journal.- 1996.- vol.313.- p.745-748.