

Л.С.Чутко, Н.В.Козина

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ



УДК 616.83/.85

ББК 56.12

Ч-95

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Издается по решению Ученого совета ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П.Бехтеревой РАН, Санкт-Петербург

Авторы:

Леонид Семенович Чутко – д.м.н., проф., руководитель центра поведенческой неврологии и заведующий лабораторией коррекции психического развития и адаптации ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П.Бехтеревой РАН;
Наталья Викторовна Козина – к.псих.н., доц. кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский гос. педиатр. мед. университет Минздравсоцразвития РФ

Рецензенты:

В.Г.Помников – д.м.н., проф., ректор ФГБОУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты РФ;

Т.В.Решетова – д.м.н., проф. кафедры медицинской психологии ФГБОУ Северо-Западный гос. мед. университет им. И.И.Мечникова

Чутко Л.С.

Ч-95

Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты / Л.С.Чутко, Н.В.Козина. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 256 с.

ISBN 978-5-98322-956-3

Эта книга – о явлении, ставшем привычным, повседневным. Эмоциональное истощение, потеря интереса к жизни, профессиональный цинизм – эти проявления получили в клинической психологии название «синдром эмоционального выгорания».

Авторы подробно разбирают причины, механизм возникновения данного состояния, его проявления на разных этапах и, самое главное, способы оценки и методики коррекции. Приводимые в книге способы преодоления эмоционального выгорания могут быть с успехом применены как врачами-психотерапевтами, так и самостоятельно каждым человеком, работающим в условиях высокой эмоциональной нагрузки.

Книга предназначена для психологов, психотерапевтов, психиатров, неврологов, а также может быть полезна всем лицам, интересующимся данной проблемой.

УДК 616.83/.85

ББК 56.12

ISBN 978-5-98322-956-3

© Чутко Л.С., Козина Н.В., 2013

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2013

Оглавление

Сокращения	4
Введение	5
Часть I. Психологические аспекты	
эмоционального выгорания	9
Глава 1. Феномен эмоционального выгорания . . .	9
Глава 2. Причины эмоционального выгорания . . .	41
Глава 3. Профессиональные аспекты	
эмоционального выгорания	75
Часть II. Клинические аспекты эмоционального	
выгорания (совместно с С.Ю.Сурушкиной,	
<i>А.В.Рожковой)</i>	<i>108</i>
Глава 4. Клиническая симптоматика	
эмоционального выгорания	108
Глава 5. Астенический синдром	115
Глава 6. Тревожно-фобический синдром	141
Глава 7. Психовегетативный синдром	146
Глава 8. Цефалгический синдром	149
Часть III. Оказание помощи при синдроме	
эмоционального выгорания	155
Глава 9. Принципы оказания помощи при	
синдроме эмоционального выгорания . . .	155
Глава 10. Психологическая коррекция	
и психотерапия	162
Глава 11. Фармакотерапия	191
Приложения	199
Литература	241

Сокращения

ГАМК	гамма-аминомасляная кислота
ГБН	головная боль напряжения
СХУ	синдром хронической усталости
СЭВ	синдром эмоционального выгорания

Введение

Aliis lucens uror – «Светя другим, сгораю сам».

Проблемы со здоровьем, возникающие на фоне профессионального стресса у лиц, чья работа связана с интенсивным взаимодействием с людьми, привлекают к себе внимание как врачей, так и психологов.

Для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в излишне интенсивном, тесном общении с клиентами или пациентами, в эмоционально перенасыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи, используется термин «эмоциональное выгорание» (burnout).

Проблема эмоционального выгорания стала предметом научных исследований после того, как ее описал Н.Фреуденбергер в середине 70-х годов XX века. Данному патологическому состоянию наиболее подвержены представители гуманных профессий и управленческий персонал: медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи и сотрудники правоохранительных органов.

В своих работах С.Маслач рассматривает эмоциональное выгорание как отрицательный индивидуальный опыт взаимоотношений на работе. Она считает, что основной причиной синдрома эмоционального выгорания являются напряженные взаимоотношения профессионала и клиента.

Поиск путей, методов диагностики, а также способов защиты от эмоционального стресса и синдрома эмоционального выгорания в настоящее время приобрел огромную практическую значимость.

Эмоциональное выгорание не является неизбежным, так как коррекционные и профилактические шаги могут предотвратить стресс, ослабить влияние негативных психологических факторов или исключить их возникновение.

Несмотря на большое количество теоретических и эмпирических исследований, не существует единого подхода к пониманию сущности эмоционального выгорания, механизмов его развития. Сложность структуры синдрома эмоционального выгорания определяет необходимость комплексного подхода к его диагностике и лечению.

В данной монографии авторы (врач-психотерапевт и клинический психолог) постарались затронуть не только психологические, но и клинические аспекты данного состояния. Мы попытались рассмотреть основные существующие подходы к понятию эмоционального выгорания и его структуре, причине возникновения данного состояния, обсуждению его клинических проявлений и функционального диагноза, а также предлагаемые способы преодоления при помощи психотерапевтических и фармакологических средств.

Данная книга предназначена в первую очередь для врачей и психологов, но будет интересна также менеджерам по работе с персоналом, представителям других социально ориентированных профессий.

Авторы выражают благодарность за поддержку, помощь и понимание директору Института мозга человека имени Н.П.Бехтеревой РАН чл.-корр. РАН С.В.Медведеву, декану факультета клинической психологии СПбГПМУ профессору, д.псх.н. В.А.Аверину, начальнику Управления медицинского обеспечения Департамента тыла МВД России к.м.н. В.А.Сидоренко.

Отдельную благодарность хочется выразить к.м.н. С.Ю.Сурушкиной за помощь в написании монографии и аспиранту А.В.Рожковой, результаты исследований которой вошли в данную монографию, а также нашим близким.

С улыбкою господь глядит на нас
Откуда-то с вершины мироздания.
Чтоб жизнь была не так скучна,
Господь нам раздает заданья...
Вполуха слушая проклятья,
Вполглаза глядя на экстаз,
Бог поражен синдромом выгорания...
Ну, а его последствия – на нас...

Н.В.Козина

ЧАСТЬ I. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Глава 1. Феномен эмоционального выгорания

Термин «эмоциональное выгорание» (burnout) введен американским психиатром Н.Ж.Фреуденбергер в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в излишне интенсивном, тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально перенасыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Эмоциональное выгорание было описано им как истощение вследствие резко завышенных требований к собственным ресурсам и силам. Позднее данное состояние он называл «болезнью сверхуспеха».

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. В настоящее время проблемы производственного стресса, рассматриваемого в рамках СЭВ, выделены в Международной классификации болезней 10-го пересмотра

(МКБ-10) в «синдром эмоционального выгорания» под рубрикой Z73.0 (проблемы, связанные с трудностями управления собственной жизнью).

Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. Современные исследователи подчеркивают, что эмоциональное выгорание может быть связано с формированием синдрома хронической усталости (Taylor B., Barling J., 2004; Racanelli C., 2005; Van Rhenen W. et al., 2005).

C.Cherniss в 1980 г. определил синдром эмоционального выгорания как потерю мотивации к работе в ответ на чрезмерные обязательства, неудовлетворенность, реализующуюся в психологическом уходе и эмоциональном истощении.

C.Maslach обнаружила, что эмоциональное возбуждение и потеря интереса к работе в сочетании с негуманным отношением к клиентам оказывали влияние на профессиональную самоидентификацию и поведение человека на работе. Позже она определила эмоциональное выгорание как потерю интереса и осторожности в работе. В дальнейшем к этим симптомам были добавлены эмоциональная истощенность, деперсонализация и снижение общей работоспособности.

Таким образом, были выделены три основные группы проявлений данного состояния: эмоциональная истощенность, деперсонализация и редукция личных профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением обычно понимают чувство эмоциональной опустошен-

ности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью. Деперсонализация в данном случае трактуется не как классическое психиатрическое понимание данного термина, а скорее как снижение личностной вовлеченности в профессиональную деятельность. Деперсонализация проявляется в виде дегуманизации отношения к объектам своей деятельности (пациентам/клиентам): холодности, формализации контактов, черствости, цинизме. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам.

Редукция личных профессиональных достижений – занижение профессиональных успехов, возникновение чувства собственной некомпетентности в своей профессиональной сфере. Выгорание – это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее «эмоциональное истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением». С. Maslach отметила, что мужчинам более присуща высокая степень деперсонализации и дегуманизации, а женщинам – более выраженное эмоциональное истощение. При этом необходимо сказать, что выгоранию больше подвержены мужчины, не состоящие в браке.

А. Shirom и соавт. (1989) считают эмоциональное выгорание комбинацией физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления, при этом главным фактором является эмоциональное истощение. Дополнительные компоненты выгорания являются

следствием поведения (купирование стресса), ведущего к деперсонализации или собственно когнитивно-эмоциональному выгоранию, которое выражается в редукции персональных достижений.

В отечественной литературе при исследовании феномена выгорания использовались различные термины: «эмоциональное сгорание» или «эмоциональное выгорание» (Форманюк Т.В., 1994; Бойко В.В., 1996), «психическое выгорание» (Орел В.Е., 2001; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2005), «профессиональное выгорание» (Ронгинская Т.И., 2002).

В.В.Бойко определяет данное состояние как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на психотравмирующие воздействия. В этой связи выгорание представляется приобретенным стереотипом эмоционального, чаще всего профессионального поведения, который позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы.

Само по себе эмоциональное выгорание В.В.Бойко считает конструктивным, а дисфункциональными – его последствия, когда эмоциональное выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Тогда же эмоциональное выгорание приводит к профессиональной деформации личности.

Данному состоянию наиболее подвержены представители гуманных профессий и управленческий пер-

сонал: медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи, продавцы, адвокаты, социальные работники, сотрудники правоохранительных органов. Являясь одним из последствий профессионального стресса, СЭВ представляет собой хронический, долговременный процесс.

Модели выгорания

В настоящее время существует несколько моделей, описывающих феномен эмоционального выгорания.

Согласно *однофакторной модели*, эмоциональное выгорание определяют как состояние физического, эмоционального и психического истощения, вызванное длительным включением в ситуацию, предъявляющую высокие требования к эмоциональной сфере, стрессоустойчивости личности. В ней главной причиной является истощение, а остальные проявления – следствием.

В определение были включены симптомы, которые характеризуют истощение низким энергетическим уровнем, слабостью, хронической бессонницей и многочисленными физическими и психосоматическими жалобами. В эмоциональное истощение включены чувство беспомощности, безнадежности и обманутости; в экстремальной ситуации оно может привести к эмоциональному взрыву. Психическое истощение рассматривается как развитие негативных установок по отношению к себе, своей работе и жизни в целом.

По мнению авторов данного подхода, «выгоранию» подвержены люди не только в разных профессиональных группах, но и вне работы. Так, например, A.Pines

и E.Aronson (1988) рассматривают СЭВ как одномерную конструкцию, определяя его как «состояние физического и психического истощения, вызванное длительным пребыванием в ситуациях эмоциональной перегрузки».

Авторы *двухфакторной модели* D.V.Dierendonck и W.B.Schaufeli (1994) определили, что СЭВ включает *эмоциональное истощение* и *деперсонализацию*. В первый компонент (аффективный) они включили жалобы на здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение. Во второй – деперсонализацию, проявляющуюся в изменении отношений либо к пациентам, либо к себе.

P.Brill считает, что эмоциональное выгорание развивается из-за несоответствия между ожиданиями, эмоциональными требованиями, предъявляемыми работой, и ожиданиями, эмоциональными требованиями личности; оно состоит из дисфорических симптомов, включающих в основном эмоциональное истощение, оно возникает у ранее адекватно функционировавших индивидов, не имеющих признаков психопатологии (Brill P.L., 1984).

C.Maslach и S.Jackson (1986) описывают *трехфакторную модель СЭВ*. По их мнению, СЭВ включает в себя *эмоциональное истощение*, *деперсонализацию* и *редукцию профессиональных личностных достижений*, которые возникают при работе с людьми.

Эмоциональное истощение рассматривается ими как основная составляющая эмоционального выгорания, проявляющаяся в снижении эмоционального фона, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Деперсонализация, по их мнению, проявляется в деформации отношений с другими людьми, повышении зависимости от окружающих или усилении негативизма, циничном отношении к труду и объектам своего труда, развитии негативных или безразличных установок по отношению к людям, с которыми приходится работать.

Редукция личностных достижений – это либо тенденция к негативной самооценке, занижению своих профессиональных достижений и успехов, негативизму по отношению к служебным достоинствам и возможностям, либо к преуменьшению собственного достоинства, ограничению своих возможностей и обязанностей по отношению к другим. Она сопровождается чувством неудовлетворенности и низкой профессиональной самооценкой.

Исследования последних лет подтвердили правомерность такой структуры, что привело к пониманию эмоционального выгорания как профессионального кризиса, связанного с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в ее процессе. С этих позиций понятие деперсонализации означает отрицательное отношение к клиентам, к собственной работе и ее социальной роли.

В.В.Бойко под СЭВ понимает выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики, интенсивности) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия; это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения.

Согласно D.H.Harrison (1983), СЭВ является феноменом, связанным с восприятием индивидуумом собственной социальной компетентности и эффективности в межличностных взаимоотношениях с клиентом. Автор рассматривает «социальную компетентность» как ощущение своей способности успешно взаимодействовать с другими и, таким образом, влиять на социальную среду. В основе этой модели лежит мотивация профессионала к оказанию помощи другим. Если профессионал теряет ощущение своей способности быть полезным для других, возникает выгорание.

СЭВ как процесс

C.Cherniss (1980) определил выгорание как процесс, в котором профессиональные установки и поведение изменяются негативным образом в ответ на напряжение на работе. В этом процессе он выделяет три стадии:

1-я стадия – включает дисбаланс между ресурсами и требованиями (стресс);

2-я стадия – это непосредственное, краткосрочное эмоциональное напряжение, утомление и истощение;

3-я стадия – состоит из целого ряда изменений в установках и поведении, таких как механическое (бездушное) обращение с клиентами и т.д.

В рамках этого подхода C.Cherniss вводит новый элемент возникновения эмоционального выгорания – *индивидуальный способ преодоления стресса*. В случае если индивид использует адекватный способ преодоления стрессовой ситуации, вероятность возникновения

«психического выгорания» уменьшается. Использование неадекватного способа преодоления стрессовой ситуации (или неиспользование адекватного способа ее преодоления) ведет к формированию феномена «психического выгорания».

J.Edelwich и A.Brodsky (1980) описывали эмоциональное выгорание как процесс увеличивающегося разочарования, развивающийся в четыре этапа:

1. *Энтузиазм*. Профессионал имеет чрезмерно большие надежды и нереалистичные ожидания. Он полон энергии, и работа занимает в его жизни важное место.

2. *Стагнация*. Высокие ожидания значительно уменьшаются. Акцент переносится с работы на удовлетворение собственных потребностей.

3. *Фрустрация*. Возникает из-за возрастающей беспомощности. Начальные ожидания не оправдались, личные потребности не удовлетворены. Низкая зарплата, недостаточная психологическая поддержка, конфликты в организации – все это способствует появлению аффективных, когнитивных и физических симптомов.

4. *Апатия*. Профессионал допускает прогулы, уменьшает количество контактов с коллегами. Появляются эмоциональная отчужденность, цинизм и безразличие (Edelwich J., Brodsky A., 1980).

Согласно С.Maslach, эмоциональное выгорание развивается в три стадии, каждая из которых имеет свои особенности.

На первой стадии эмоционального выгорания индивидуум истощен эмоционально и физически, он может

жаловаться на головные и другие различной локализации боли, простуду.

Для второй стадии характерны два набора симптомов: отрицательное, циничное, обезличенное отношение к пациентам/клиентам и негативные мысли относительно себя из-за чувств, возникающих по поводу такого отношения. Избегая этих негативных чувств, работник выполняет только минимальное количество работы и стремится избегать конфликтов и ссор. Признаки каждой группы могут проявляться как самостоятельно, так и совместно.

Заключительная стадия – полное эмоциональное выгорание, обнаруживается не часто, выражается в полном отчуждении, отвращении ко всему окружающему.

В.Perlman и E.Hartman (1982) описывают процесс эмоционального выгорания как проявление трех классов реакций на организационный стресс:

- физиологические реакции, проявляющиеся физическими симптомами;
- аффективно-когнитивные реакции в виде асоциальных или иррациональных установок, неконструктивные переживания и чувства;
- поведенческие реакции, выражающиеся в типах преодолевающего поведения.

Их модель представляет четыре стадии стресса:

1. Напряженность, связанная с противоречием между субъектом и рабочим окружением, а также с необходимостью адаптации к ситуационным рабочим требованиям.

2. Сильные ощущения и переживания стресса из-за

отсутствия конструктивной когнитивной оценки своих возможностей и осознаваемых требований рабочей ситуации.

3. Физиологические, аффективно-когнитивные, поведенческие реакции в индивидуальных вариациях.

4. Физическое, эмоционально-мотивационное истощение, неконструктивная когнитивная и поведенческая защита, переживание субъективного неблагополучия.

R.Golembiewski и R.Munzenrieder (1988) также предложили фазовую модель эмоционального выгорания. Они рассматривают его как процесс, вызываемый производственными стрессовыми факторами, последовательно развивающийся через восемь фаз и ведущий к ухудшению здоровья и снижению продуктивности деятельности, а также несущий негативные последствия не только для индивидуума, но и для организации в целом. По их мнению, этот процесс проходит путь от деперсонализации через снижение стремления к профессиональным достижениям к эмоциональному истощению.

На основании этих положений В.В.Бойко разработал методику, рассматривающую процесс развития СЭВ в виде трех фаз:

1. *Фаза напряжения.* Нервное (тревожное) напряжение служит предвестником и запускающим механизмом в формировании эмоционального выгорания. Напряжение имеет динамический характер, что обусловлено изматывающим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Эта фаза включает симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств»,

«неудовлетворенности собой», «загнанности в клетку», «тревоги и депрессии».

2. *Фаза резистенции (сопротивления)*. Вычленение этой фазы В.В.Бойко считает условным, так как сопротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения. Человек осознанно или бессознательно стремится к психологическому комфорту, пытается снизить давление внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств. Формирование защиты происходит на фоне «неадекватного избирательного эмоционального реагирования», «эмоционально-нравственной дезориентации», «расширения сферы экономии эмоций», «редукции профессиональных обязанностей».

3. *Фаза истощения*. Выраженное падение энергетического тонуса и ослабление нервной системы. Психологическая защита в форме эмоционального выгорания становится неотъемлемым атрибутом личности. В нее входят симптомы «эмоционального дефицита», «эмоциональной отстраненности», «личностной отстраненности, или деперсонализации», «психосоматических и психовегетативных нарушений».

По мнению В.В.Бойко, симптомы эмоционального выгорания связаны с фазами стресса (напряжения, резистенции и истощения). В этих фазах возникают отдельные симптомы развивающегося синдрома.

В фазе напряжения тревога служит предвестником и запускающим механизмом в формировании эмоционального выгорания.

Соппротивление нарастающему стрессу фактически начинается с момента появления тревожного напряжения. Человек стремится к психологическому комфорту путем снижения давления внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств.

Фаза истощения характеризуется падением общего энергетического тонуса, снижением двигательной и психической активности.

A. Shirom (1989) считает эмоциональное выгорание комплексом физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления. По его мнению, главный фактор в его динамике – истощение эмоциональное. Остальные компоненты – это следствие личностной деформации, которая негативно сказывается на социально-психологической адаптации и социальном здоровье.

Согласно концепции M. Burisch (1989), синдром профессионального эмоционального выгорания представляет собой симптомокомплекс последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса, в развитии которого можно выделить несколько главных фаз:

1. Предупреждающая фаза – чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, ограничение социальных контактов), истощение (чувство усталости, бессонница, невнимательность, в результате чего повышен риск несчастных случаев).

2. Снижение уровня собственного участия по отношению к сотрудникам, пациентам/клиентам (потеря

положительного восприятия коллег, переход от помощи к надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам/клиентам, проявления негуманного подхода к людям), по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки), по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени, акцент на материальном аспекте при одновременной неудовлетворенности работой), возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях, чувство переживания того, что другие люди его используют, зависть).

3. Эмоциональные реакции – депрессивное настроение (постоянное чувство вины, снижение самооценки, безосновательные страхи, апатия, лабильность настроений), агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружающими).

4. Фаза деструктивного поведения – в сфере интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, ригидность мышления, отсутствие воображения), мотивационной сфере (отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям), эмоционально-соци-

альной сфере (безразличие, избегание неформальных контактов, отсутствие участия в жизни других либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу, избегание тем, связанных с работой, самодостаточность, одиночество, отказ от хобби).

5. Психосоматические реакции – снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, сексуальные расстройства, повышенное давление, тахикардия, боли в позвоночнике, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя, наркотиков.

6. Разочарование – отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальное отчаяние, безысходность.

Дж.Гринберг (2004) предлагает рассматривать эмоциональное выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс:

1. «Медовый месяц». Сначала человек доволен работой и с энтузиазмом относится к заданиям. По мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия, и энергичность уменьшается.

2. «Недостаток топлива». Появляются усталость, апатия, проблемы со сном. При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника быстро теряется интерес к своему труду, исчезает продуктивность деятельности. В случае высокой мотивации он может продолжать пользоваться внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью.

3. «Хронические симптомы». Чрезмерная работа без отдыха приводит к измождению и подверженности заболеваниям, а также к хронической раздражительности, обостренной злобе или ощущению подавленности, «загнанности в угол». Постоянно переживается ощущение нехватки времени.

4. «Кризис». Развиваются заболевания, в результате которых человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворенности собственной эффективностью и качеством жизни.

5. «Пробивание стены». Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие угрожающих жизни заболеваний. Появляются проблемы, ставящие под угрозу карьеру.

Диагностическим эквивалентом СЭВ в ICD-10 является Z73.0 «Burnout. State of vital exhaustion», в русской версии МКБ-10 переведенное как «опустошенность или переутомление, определяемые как расстройства адаптации». СЭВ является клиническим синдромом с невротическими особенностями, однако вопрос нозологической принадлежности данного синдрома остается открытым.

Фазы развития СЭВ, описанные В.В.Бойко, соответствуют видам дезадаптации. По мнению С.Б.Семичова (1987), дезадаптация наиболее близка к клиническим проявлениям болезни и имеет следующие виды:

- состояние психической напряженности, характеризующееся усилением функции, которая не сопровождается социальной дезадаптацией или ухудшением конечного результата деятельности;

- парциальная дезадаптация – частичное снижение функции, распространяющееся только на одну область при ее сохранности в других сферах деятельности;
- тотальная дезадаптация – выражается в общем снижении функции и проявляется в различных видах психологической защиты и социальной дезадаптации.

Как считает С.Б.Семичов, патологическая дезадаптация самопроизвольно не редуцируется, а может пойти по одному из путей соматизации, невротизации, поведенческих расстройств и т.п., что, в свою очередь, может определять потребность во врачебном вмешательстве. Это обстоятельство, по нашему мнению, требует учитывать степень сформированности синдрома и проводить различие между функциональной нормой и дисфункциональным состоянием, между собственно СЭВ и риском его развития.

М.А.Беребин и Л.И.Вассерман (1994) также отмечают возможные направления развития дезадаптации:

- соматическое – формирование нозологически очерченных патологических состояний;
- невротическое – различные реакции состояния и развития; внутриличностные проявления психического реагирования на психогенное воздействие;
- психологическое (социально-психологическое), отражающее сложность и многообразие форм и проявлений реагирования в процессе личностно-средового взаимодействия.

Е.Маher (1983) в своем обзоре обобщает перечень симптомов эмоционального выгорания:

- а) усталость, утомление, истощение;
- б) психосоматические недомогания;
- в) нарушения сна;
- г) негативное отношение к клиентам;
- д) негативное отношение к своей работе;
- е) скудность репертуара рабочих действий;
- ж) злоупотребление химическими агентами (кофе, табаком, алкоголем, наркотиками, лекарствами);
- з) переизбыток или отсутствие аппетита;
- и) негативная «Я-концепция»;
- к) агрессивные чувства (раздражительность, напряженность, тревожность, беспокойство, взволнованность, гнев);
- л) сниженное настроение и связанные с ним эмоции (пессимизм, ощущение безнадежности, апатия).

S.Kahill (1988) предложил 5 групп симптомов, характерных для СЭВ: 1) эмоциональные, 2) физические, 3) поведенческие, 4) когнитивные и 5) социальные.

1. Эмоциональные симптомы:

- Недостаток эмоций, безэмоциональность.
- Пессимизм, цинизм и черствость в работе и в личной жизни.
- Безразличие и усталость.
- Ощущения фрустрации и беспомощности, безнадежности.
- Раздражительность, агрессивность.

- Тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться.
- Депрессия, чувство вины.
- Нервные рыдания, истерики, душевные страдания.
- Потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив.
- Усиление деперсонализации: собственной или окружающих (люди воспринимаются безликими, как манекены).

• Преобладание чувства одиночества.

2. Физические симптомы:

- Усталость, физическое утомление, истощение.
- Снижение или увеличение массы тела.
- Недостаточный сон, бессонница.
- Плохое общее состояние здоровья.
- Затрудненное дыхание, одышка.
- Тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, тремор.
- Артериальная гипертензия.
- Язвы, нарывы.
- Болезни системы кровообращения.

3. Поведенческие симптомы:

- Рабочее время больше 45 ч в неделю.
- Во время рабочего дня появляются усталость и желание прерваться, отдохнуть.
- Безразличие к еде; стол скудный, без изысков.
- Малая физическая нагрузка.
- Оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств.

- Несчастные случаи (например, травмы, падения, аварии и т.д.).
- Импульсивное эмоциональное поведение.

4. Когнитивные симптомы:

- Уменьшение интереса к новым теориям и идеям в работе.
- Уменьшение интереса к альтернативным подходам к решению проблем (например, в работе).
- Скука, тоска, апатия или потеря интереса к жизни.
- Предпочтение стандартных шаблонов, рутины творческому подходу.
- Цинизм или безразличие к новшествам, нововведениям.
- Пассивное участие или отказ от участия в развивающих экспериментах (тренингах, образовании).
- Формальное выполнение работы.

5. Социальные симптомы:

- Нет времени или энергии для социальной активности.
- Уменьшение активности и интереса к досугу, хобби.
- Социальные контакты ограничиваются работой.
- Скучные взаимоотношения с другими как дома, так и на работе.
- Ощущение изоляции, непонимания других и другими.
- Ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей.

Наиболее подробно развитие СЭВ описано В.В.Бойко (1996):

1. Фаза напряжения

Является предвестником и запускающим механизмом и формировании эмоционального выгорания и включает несколько симптомов:

1) симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств»

Проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или совсем невозможно устранить. Усиливается раздражительность.

2) симптом «неудовлетворенности собой»

В результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства человек обычно испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями. Негативные эмоции обращены на себя.

Возникает замкнутый контур «Я и обстоятельства»: впечатления от внешних факторов деятельности постоянно причиняют душевные страдания личности и побуждают ее вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельности.

Особое значение здесь имеют внутренние факторы, способствующие появлению эмоционального выгорания: интенсивная интериоризация обязанностей, роли, обстоятельств деятельности; повышенная совесть и гиперответственность.

3) симптом «загнанности в клетку»

Появляется чувство отчаяния и безысходности. Человек переживает ощущение «загнанности в клетку».

4) симптомы тревоги и депрессии

Характеризуются тревожно-депрессивными переживаниями, связанными с профессиональной деятельностью, ростом ситуативной и личностной тревожности.

2. Фаза резистенции

1) симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования»

Профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально разными явлениями: экономией эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. В первом случае речь идет о выработанном со временем полезном навыке подключать при профессиональном общении эмоции умеренной интенсивности: легкая улыбка, приветливый взгляд, мягкий, спокойный тон речи, сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконичные формы выражения несогласия, отсутствие категоричности.

Такой стиль общения не препятствует интеллектуальной переработке информации, обуславливающей эффективность деятельности. Экономия эмоций не снижает понимания партнера и не настораживает, не отталкивает его, уступая при необходимости место иным, адекватным формам реагирования на ситуацию.

Другое дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным — уделю внимание данному партнеру, будет настроение — откликнусь на его состояния и потребности.

При всей неприемлемости такого стиля эмоционального поведения он весьма распространен. Профессионалу кажется, будто он поступает допустимым образом. Однако клиент/пациент фиксирует иное: эмоциональную черствость, неучтивость, равнодушие. Неадекватное ограничение диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение интерпретируется партнерами как неуважение к их личности, т.е. переходит в плоскость нравственных оценок.

2) симптом «эмоционально-нравственной дезориентации»

У профессионала может возникнуть потребность в самооправдании. Не проявляя должного эмоционального отношения к клиенту/пациенту, он защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «это не тот случай, чтобы переживать», «такие люди не заслуживают доброго отношения», «таким нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться».

3) симптом «расширения сферы экономии эмоций» («отравления людьми»)

Эмоции «экономятся» и вне профессиональной области – в общении с родственниками и друзьями. На фоне пресыщения профессионала эмоциональными контактами жертвами его эмоционального выгорания становятся члены семьи и близкие люди.

4) симптом «редукции профессиональных обязанностей»

Проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

3. Фаза истощения

Характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме эмоционального выгорания становится неотъемлемым атрибутом личности.

1) симптом «эмоционального дефицита»

К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, сочувствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны побуждать, усиливать интеллектуальную, волевою и нравственную отдачу. Ранее таких ощущений не было, и личность переживает их появление. Постепенно симптом усиливается и приобретает более сложную форму: положительные эмоции проявляются все реже, а отрицательные – все чаще.

2) симптом «эмоциональной отстраненности»

Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Профессионала почти ничто не волнует и не вызывает эмоционального отклика – ни положительные обстоятельства, ни отрицательные.

Необходимо отметить, что это не исходный дефект эмоциональной сферы, а приобретенная за годы эмоциональная защита. Реагирование без чувств и эмоций – наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб субъекту общения.

Партнер обычно переживает проявленное к нему безразличие и может быть глубоко травмирован. Особенно опасна демонстративная форма эмоциональной отстраненности, когда профессионал всем своим видом показывает индифферентное, а то и негативное отношение к клиенту/пациенту.

3) симптом личностной отстраненности, или деперсонализации

Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессиональной деятельности. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Клиент/пациент тяготит своими проблемами, потребностями, неприятно само его присутствие.

4) симптом психосоматических и психовегетативных нарушений

Симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляется с нагрузками и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида.

В.В.Бойко также разработал методику диагностики уровня эмоционального выгорания (см. приложение).

Таким образом, в начале формирования СЭВ возникает напряжение адаптационных механизмов личности, наблюдаются слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, истощаемость, нарушения засыпания, гиперестезия, вегетативные дисфункции.

Постепенно эффективность выработанных ранее стереотипов поведения становится недостаточной. Появляются выраженные эмоциональные, вегетативные и поведенческие симптомы. При этом ситуационные факторы актуализируют внутриличностные проблемы и способствуют заострению преморбидных стереотипных поведенческих реакций, которые будут перечислены при рассмотрении функционального диагноза СЭВ.

В целом это описание соответствует формированию невротического состояния из невротических реакций, которое определяется как психогенное нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Невроз характеризуется обратимостью патологических нарушений независимо от его длительности; психогенной природой заболевания, которая, согласно В.Н.Мясищеву, определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного; специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

При продолжении формирования СЭВ в результате учащения и усиления аномальных реакций, включения в структуру личности прежде не свойственных ей психопатологических черт происходит деформация личности с последующим изменением ее системы ценностей

и основных мотивов поведения. В этом случае можно говорить о невротическом развитии, когда в период невроза или после него идет формирование характерологических изменений личности, которые могут постепенно переходить в ту или иную форму психопатии.

При этом, в отличие от психопатий, при неврозах страдает лишь часть личности; сохраняется критическое отношение к собственному состоянию; определяющее значение приобретают прижизненные средовые влияния.

Пролонгированные аномальные черты развития могут в своем течении остановиться на любом этапе. Однако при их продолжении имеется тенденция к переходу от невротических расстройств к характерологическим.

Невротическое развитие личности отличается полиморфизмом расстройств, которые складываются из невротических симптомов, нарушений характера и нарушений поведения.

Нарушения характера могут быть нестойкими и проявляться в конфликтных ситуациях. Эти нарушения могут восприниматься пациентом критично, как проявления болезни. Склонность к невротическому развитию личности отмечают у пациентов с преморбидными особенностями. У них наблюдается сочетание ригидности, косности, прямолинейности с аффективной насыщенностью переживаний, но без ярких внешних проявлений этих эмоциональных реакций. Прямолинейность, формальное следование догмам, утриванное понимание чувства долга, бескомпромиссность способствуют возникновению длительных конфликтных, неразрешимых травмирующих ситуаций.

Имеют также значение последствия, к которым приводит СЭВ. С.Maslach (1998) к индивидуальным последствиям СЭВ относит: снижение качества личной или семейной жизни; социальную и профессиональную дезадаптацию; переживания, связанные со здоровьем.

В качестве конечных результатов СЭВ рассматриваются: эффективность деятельности, удовлетворенность трудом, идентификация себя с организацией, отношение к труду, увольнение с работы, состояние здоровья.

R.Berkman (1978) выделяет несколько таких следствий:

Личностные следствия. Многие профессионалы надолго теряют чувство собственного достоинства, потому что они не соответствуют своим собственным ожиданиям. Требуется снятие напряжения, связанного с конфликтом на работе, и тогда начинается злоупотребление алкоголем, наркотиками и никотином. Появляется неудовлетворенность самореализацией; переживание бессмысленности усилий и безнадежности в осуществлении жизненных планов; потеря веры в собственные силы и потенциальные возможности. Наблюдаются утрата позитивного настроения и эмоциональной свежести, неудовлетворенность собственной жизнью; ощущение опустошенности; утрата желаний; потеря эмоционального равновесия (раздражительность, несдержанность, изнеможение, чувство вины, зависимости и др.).

Соматические следствия: головные боли, нарушения сна, желудочно-кишечные расстройства, физическое истощение.

Коммуникативные следствия. При ощущении эмоциональной опустошенности человеку тяжелее взаимодействовать с людьми на работе и дома. Происходит потеря удовлетворенности качеством отношений с людьми; дегуманизация служебных отношений, потеря доброжелательности, заботливости и радушия в ситуациях делового общения; потеря интереса к клиентам/пациентам; неудовлетворенность социальной и административной поддержкой, переживание отчужденности. Кроме этого, из-за стрессов, которые «эмоционально выгорающие» переносят на родных и близких, возникают проблемы в семье.

Из последствий, влияющих на профессиональные качества, исследователи отмечают блокирование проявлений свободы, творчества, инициативы. Наблюдается также неудовлетворительное выполнение работы, медлительность, несоответствие выполненной работы имеющимся способностям, потеря энтузиазма и материальной мотивации, ощущение «заработанности»; потеря клиентов.

Пациенты с СЭВ характеризуются по сравнению со здоровыми людьми снижением качества жизни по всем показателям, особенно по уровню жизненной активности, общего состояния здоровья, психического здоровья, что свидетельствует о выраженных эмоциональных нарушениях и негативных оценках больными своего состояния здоровья в настоящий момент и оценках перспектив лечения.

К сожалению, выгорание может носить «инфекционный» характер и «заражать» других сотрудников, склон-

ных к нему. С.Cherniss (1980) описывает проявления выгорания в масштабах организации:

- высокая текучесть кадров;
- снижение вовлеченности сотрудников в работу;
- поиск «козла отпущения»;
- режим зависимости, проявляющийся в виде гнева в отношении руководства и беспомощности и безнадёжности;
- развитие критического отношения к сотрудникам;
- недостаток сотрудничества среди персонала;
- прогрессирующее падение инициативы;
- рост ощущения неудовлетворенности от работы;
- проявления негативизма относительно роли или функции отделения.

При этом надо помнить, что, по данным С.Maslach, «эмоционально выгоревшие» сотрудники характеризуются нелояльностью к своей организации и психологическим дистанцированием от нее.

С.Варнат и Дж.Шелдон отметили, что выгорание у адвокатов ведет к потере клиентов (цит. по Н.Водопьяновой и Е.Старченковой, 2005).

Эпидемиология СЭВ

СЭВ – очень частое явление. Так, например, по данным П.И.Сидорова и соавт., выгорание поражает 30–90% медицинских работников. При этом степень выраженности «перегорания» неодинакова у представителей различных специализаций. Так, наиболее высокие показатели «перегорания» обнаружены, прежде всего, у психиатров

и онкологов (Olkinuora M. et al., 1990). На «недостаточность терапевтического успеха» как наиболее стрессовый аспект в их работе ссылаются 74% опрошенных психиатров и психологов (Farber V., Heifetz L., 1982).

В исследовании М.М.Скугаревской (2002), проведенном среди врачей (психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов) Республики Беларусь, показано, что почти 80% из их числа имеют признаки СЭВ различной степени выраженности; 7,8% имеют резко выраженные проявления синдрома, ведущие к психосоматическим нарушениям и разного рода зависимостям.

К группе специалистов с высокой частотой встречаемости СЭВ относятся те, работа которых связана с хроническими больными, неизлечимыми или умирающими пациентами, а к группе с низким уровнем СЭВ – специалисты, работа которых связана с пациентами, у которых заболевания имеют благоприятный прогноз.

По данным П.И.Сидорова (2005), почти 80% психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, 73% психологов-консультантов и психотерапевтов, 62,9% медицинских сестер психиатрических отделений, 85% социальных работников, 61,8% стоматологов имеют признаки СЭВ различной степени выраженности.

По мнению Н.Водопьяновой и Е.Старченковой (2005), выгорание чаще встречается у сотрудников государственных медицинских учреждений по сравнению с сотрудниками частных клиник. Это может быть обусловлено различиями в оплате труда и организационных условиях работы.

Проведенное в 2008 г. Европейское исследование встречаемости СЭВ среди семейных врачей (the EGPRN study) показало, что истощаемость отмечалась у 43%, деперсонализация – у 35%, редукция профессиональных достижений – у 32% врачей. В 12% случаев отмечалось повышение показателей по всем составляющим СЭВ (Soler J.K. et al., 2008).

По данным Т.Ю.Фокиной (2009), распространенность сформированного СЭВ среди врачей-стоматологов составляет 7,3%. В то же время отдельные признаки СЭВ выявлены в 57,3% случаев, что может свидетельствовать о высоком уровне профессионального психоэмоционального напряжения у врачей-стоматологов.

Шведские исследователи S.Norlund и соавт. (2010) выявили высокий уровень выгорания в 13% случаев. Наиболее высокие показатели отмечались в группе женщин 35–44 лет.

Среди обследованных Л.В.Золотухиной (2011) врачей-психиатров СЭВ различной степени выраженности встречался в 73,2% случаев.

Е.Ф.Costa и соавт. (2012) свидетельствуют, что СЭВ развивается у 10% студентов медицинских факультетов уже в процессе обучения.

По мнению Н.Е.Водопьяновой и Е.С.Старченковой (2005), наибольшее количество «выгоревших» наблюдается среди учителей средних школ: 71% педагогов имеют высокое эмоциональное истощение и 64% – редукцию личных достижений.

Глава 2. Причины эмоционального выгорания

За одного битого двух небитых дают.
Русская народная пословица

СЭВ представляет собой многофакторный процесс, включающий взаимодействие стресса, особенностей центральной нервной системы и личности, производственной среды и др. В.В.Бойко (1997) выделяет внешние (организационные) факторы, включающие условия работы и социально-психологические условия деятельности, и внутренние факторы (индивидуально-психологические особенности). Роли организационных (профессиональных) факторов посвящена следующая глава.

Ведущим звеном в патогенезе СЭВ является стресс.

Концепции стресса

В 1936 г. канадский ученый Ганс Селье (H.Selye) предложил концепцию стресса. В своих классических исследованиях он установил, что различные физиологические состояния, вызываемые любой причиной (стрессором), например холодом, интоксикацией, инфекцией, травмой и т.д., несмотря на разнообразие проявлений, обусловленное спецификой действия факторов, имеют однотипную неспецифическую реакцию со стороны организма. Проявления этой реакции Селье назвал общим адаптационным

синдромом, а возникающее при этом особое состояние организма обозначил термином «стресс» – неспецифическая реакция организма на любое напряжение (стрессор). На основании экспериментальных материалов Г.Селье установил, что разнообразные повреждающие воздействия способны вызвать стереотипный неспецифический ответ в виде стимуляции коры надпочечников, атрофии тимико-лимфатического аппарата и изъязвления желудочно-кишечного тракта.

Г.Селье предложил различать «поверхностную» и «глубокую» адаптационную энергию. Первая доступна «по первому требованию» и восполнима за счет второй – «глубокой», которая, в свою очередь, мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма.

Селье выделил три стадии стресса:

1) стадия мобилизации, напряжения.

В этот период возникает тревога, волнение.

2) стадия сопротивления и адаптации.

В этот период организм борется со стрессом и достигает равновесия. Необходимо отметить, что в организме человека есть ресурсы для борьбы со стрессом. Выделяющиеся при активации стресс-системы вещества (норадреналин, кортикотропин-рилизинг-гормон, вазопрессин) стимулируют работу стресс-лимитирующей системы, что ограничивает активность стресс-системы.

3) стадия истощения.

Длительный стресс приводит к тому, что организм постепенно уступает стрессу. Ресурсы организма сни-

жнутся, и адаптация меняется на дезадаптацию. Данная стадия ведет как к физическому, так и к психологическому разрушению организма.

При этом стресс не всегда вреден, в определенной мере он неизбежен и необходим. Селье писал, что невозможно полностью избежать стресса, и биологически он даже полезен и обязателен. «Стресс – острая приправа к повседневной жизни... ничто не изнуряет так, как бездеятельность, отсутствие раздражителей, препятствий, которые предстоит преодолеть». Он специально подчеркивает, что полная свобода от стресса означает смерть: «Вопреки расхожему мнению, мы не должны – да и не в состоянии – избегать стресса. Но мы можем использовать его и наслаждаться им, если лучше узнаем его механизмы и выработаем соответствующую философию жизни».

Г.Селье рассуждал об *ужасе скуки и бессмысленности* и о том, как это преодолеть. В состоянии стресса происходит тренировка организма и психики. При этом автор концепции стресса предположил ограниченность адаптационных возможностей организма.

Т.Holms и R.Rahe (1967) считали, что стресс – это степень, в которой люди должны изменить и перестроить свой образ жизни в ответ на какое-либо внешнее событие. Чем больше требуется изменений, тем сильнее стресс.

При недолгих сильных экстремальных воздействиях ярко проявляются разные его симптомы. Кратковременный мощный стресс можно рассматривать как усиленную модель начала длительного процесса.

При действии факторов, вызывающих длительный стресс (а в течение продолжительного времени можно выдержать только сравнительно небольшие нагрузки), начало его развития бывает стертым, с ограниченным числом заметных проявлений адаптационных процессов. В основе таких стрессов лежат идентичные механизмы, но работающие в разных режимах (с разной интенсивностью).

Кратковременный стресс – бурное расходование «поверхностных» адаптационных резервов и, наряду с этим, начало мобилизации «глубоких» (Китаев-Смык Л.А., 1983; Martenuick R.G., 1969).

В дальнейшем Селье разделил стресс на «эустресс» и «дистресс».

Первый характеризуется положительными эмоциональными реакциями, возникающими на фоне нагрузки.

Под дистрессом автор понимал эмоционально-стрессовое состояние, которое отличается неприятными переживаниями и приводит к возникновению различных нарушений.

По словам Селье, «главный источник дистресса – в неудовлетворенности жизнью, неуважении к своим занятиям...»; человек непременно должен израсходовать запас адаптационной энергии, чтобы «удовлетворить врожденную потребность в самовыражении, совершить то, что он считает своим предназначением, исполнить миссию, для которой, как ему кажется, он рожден».

Факторами, способствующими переходу стресса в эустресс, являются:

- положительный эмоциональный фон;
- опыт решения подобных проблем в прошлом и позитивный прогноз на будущее;
- одобрение действий индивидуума со стороны социальной среды;
- наличие достаточных ресурсов для преодоления стресса (Щербатых Ю.В., 2006).

Факторами, способствующими переходу стресса в дистресс, являются:

- недостаток нужной информации;
- негативный прогноз ситуации;
- чувство беспомощности перед возникшей проблемой;
- чрезмерная сила стресса, превышающая адаптационные возможности организма;
- большая продолжительность стрессорного воздействия, приводящая к истощению адаптационного ресурса (Щербатых Ю.В., 2006).

Ф.З.Меерсон (1981) определяет стресс как стандартную реакцию организма на любой новый фактор окружающей среды, которая выражается активацией гипофизарно-адреналовой и адренергической систем и является необходимым звеном более сложного процесса адаптации.

Нейрофизиологической основой стресса являются изменения функционального состояния лимбической системы и гипоталамуса (Aronoff G.M. et al., 2000). Гипоталамус является высшим центром вегетативной (автономной) нервной системы и координирует деятельность

нервной и эндокринной систем организма. При стрессе активация гипоталамуса приводит к выделению в его передней части кортикотропин-рилизинг-гормона, который действует на гипофиз таким образом, что в нем начинает вырабатываться адренокортикотропный гормон (АКТГ). АКТГ, в свою очередь, активизирует кору надпочечников, где вырабатываются кортикоидные гормоны (глюкокортикоиды и минералокортикоиды), усиливающие обменные процессы.

Включение в работу задней части гипоталамуса приводит к активации симпатoadреналовой системы и выделению из мозгового слоя надпочечников катехоламинов (норадреналина и адреналина). Их действие выражается следующим образом:

- увеличение частоты сердечных сокращений;
- перераспределение крови от периферии к жизненно важным органам (сужение периферических сосудов, повышение артериального давления);
- расширение зрачков;
- активизация психической деятельности;
- учащение дыхания и расширение бронхов и т.д.

Необходимо отметить, что симпатoadреналовая система реагирует на стресс раньше гипоталамо-гипофизарной. Гипофиз при стрессе начинает вырабатывать окситоцин и вазопрессин, которые вызывают сокращение гладкой мускулатуры, что также приводит к сужению сосудов. Вазопрессин увеличивает реабсорбцию воды в почечных канальцах, в результате чего объем крови возрастает.

Еще в начале XX века работавший в Гарвардском университете Уолтер Кэннон описал реакцию организма на чрезмерное напряжение и назвал ее реакцией борьбы или бегства (животное в ответ на угрозу борется или бежит) (fight-or-flight). По мнению Кэннона, сильные отрицательные эмоции, например гнев или страх, играют важную роль, подготавливая организм к вступлению в бой или спасению бегством. Наступающая активация симпатической системы помогает обеспечить мышцы кислородом для развития максимального мышечного усилия. Этот филогенетический (унаследованный от далеких предков) механизм спасал древнего человека при явной угрозе.

Наш современник в большинстве случаев не может ответить на стресс физической агрессией или убежать от него, поэтому чрезмерная симпатическая активация приводит к появлению неприятных симптомов.

С нейрофизиологической точки зрения длительное воздействие стрессорного фактора вызывает перенапряжение механизмов психической адаптации, что может привести к истощению процессов управления и регуляции, развитию состояний перенапряжения и астенизации с последующим переходом в состояние заболевания (Баевский Р.М., 1973).

Если стресс продолжается долго, иссякают адаптационные возможности организма, симпатический отдел вегетативной нервной системы истощается и перестает работать в полную силу, в результате чего активизируется парасимпатический отдел вегетативной нервной системы. Это сопровождается общей слабостью, понижением арте-

риального давления и частоты пульса, снижением тонуса мышц и активизацией желудочно-кишечного тракта.

По мнению П.К.Анохина (1968), центральным механизмом стресса является не борьба возбуждения и торможения, а конкуренция двух систем возбуждения, опосредующих два взаимоисключающих вида деятельности. Торможение возникает как результат столкновения двух систем возбуждения.

По мнению В.Н.Григорьевой (2004), с физиологических позиций состояние стресса можно условно представить как нарушение привычного ритма жизнедеятельности, изменение баланса между периодами активации и релаксации систем организма с преобладанием их возбуждения. Одной из причин хронической перегрузки церебральных систем служит чрезмерно выраженное действие экзогенного раздражителя при неспособности организма избавиться от него либо адаптироваться к нему, увеличив возможности собственных систем и восстановив оптимальный ритм их деятельности.

Согласно теории Н.П.Бехтеревой (1988), при нарушении функции отдельных элементов мозга приспособление происходит не путем восполнения пораженных структурных звеньев, а за счет формирования нового гомеостаза. Таким образом, формируется новое устойчивое патологическое состояние.

Ранее стресс разделяли на физиологический и психический, а теперь врачи и психологи считают, что любой стресс сопровождается как физиологическими, так и психологическими (а иногда и психическими) проявлениями.

К числу вызывающих стресс (стрессогенных) факторов относятся:

- острые или хронические психотравмирующие обстоятельства;
- выраженные неблагоприятные жизненные перемены;
- учебные или производственные перегрузки;
- конфликты в семье или на работе.

В последние годы употребляют термин «социальное стрессовое расстройство», в основе которого лежат глубокие социально-экономические изменения (Александровский Ю.А., 2000). Основными причинами его возникновения являются изменения жизненных стереотипов населения, общественных отношений, культурных представлений, социальных связей. Переосмысливание и изменение жизненных целей, крушение устоявшихся идеалов и авторитетов, отсутствие надежд на улучшение ситуации порождает тревожную напряженность, фрустрацию, вызывает кризис самоидентификации (Положий Б.С., 1998).

М.Реттез и соавт. (1995) дифференцируют стрессы по размеру негативной валентности и времени, требуемому на реадaptацию. В зависимости от этого различают повседневные сложности (трудности, неприятности) или повседневные микрострессоры (daily hassles), критические жизненные или травмирующие события и хронические стрессоры. Последние могут носить субтравматический или травматический характер (например, тяжелые заболевания).

В.А.Абабков и М.Перре (2004) приводят следующие субъективные параметры стрессовой ситуации:

1. Валентность – субъективное значение ситуации, которое влияет на ее стрессогенность.

2. Контролируемость – субъективная оценка личной способности контроля над стрессовой ситуацией.

3. Изменчивость – субъективная оценка вероятности, что стрессовая ситуация изменится самостоятельно.

4. Неопределенность – субъективная оценка неопределенности и неясности ситуации.

5. Повторяемость – субъективная оценка повторяемости ситуации.

6. Осведомленность – степень личного опыта переживания подобных ситуаций.

Согласно Ю.В.Щербатых (2006), объективные причины стрессов можно разделить на четыре группы:

- 1) условия жизни и работы;
- 2) люди, с которыми происходит взаимодействие;
- 3) социальные факторы среды;
- 4) чрезвычайные обстоятельства.

Психологические аспекты стресса

Само понятие психического стресса было введено Р.Лазарусом (R.Lazarus), который считал, что, в отличие от физиологической высокостереотипизированной стрессовой реакции, психический стресс является реакцией, опосредованной оценкой угрозы и защитными процессами.

R.Lazarus определяет стресс как связь между человеком и средой, которая оценивается им как обременяющая или превышающая его ресурсы и подвергающая опасности его благополучие. Это состояние в большей

степени является продуктом когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов), степени обученности способам управления и стратегии поведения в экстремальных условиях, их адекватному выбору.

R.Lazarus придает особое значение когнитивной оценке стресса, утверждая, что стресс – это не просто встреча с объективным стимулом, решающее значение имеет его оценка индивидом. Он выделил в овладении угрожающей или стрессовой ситуацией две последовательные стадии процессов познавательной активности:

- первичная оценка того, насколько ситуация угрожающа;
- вторичная оценка возможностей справиться со стрессом.

Для этого может быть применена одна из двух стратегий:

- прямые действия, сопровождаемые соответствующей эмоциональной активацией, например нападение (гнев), бегство (страх), пассивность (депрессия);
- переоценка, выставляющая ситуацию менее опасной, в более благоприятном свете, и, в свою очередь, понижающая уровень связанного со страхом эмоционального возбуждения.

R.Lazarus обозначил эти когнитивные процессы переоценки как «отрицание» и «интеллектуализация».

T.Holmes и R.Rahe (1967) ввели понятие «критического восприятия жизненных переживаний». По их мнению, стресс начинается с восприятия события.

Существуют различные концепции совладания со стрессом (копинг-поведение). В стрессовой ситуации происходит психологическая адаптация человека, главным образом, посредством двух основных способов: психологической защиты и копинг-механизмов.

Концепция психологических защит, направленных на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, была предложена З.Фрейдом.

Функциональное назначение и цель психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного конфликта (напряжения, беспокойства) между инстинктивными импульсами бессознательного и усвоенными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия. Их задача состоит в полном вытеснении неприятных аффектов и непереносимых для сознания мыслей и представлений. Согласно первоначальным представлениям, защиты являются врожденным средством разрешения конфликта между сознательным и бессознательным.

Отрицательным моментом является то, что защиты могут мешать осознавать объективную, истинную ситуацию и адекватно реагировать. Ригидность при использовании защитных техник ведет к появлению невротической адаптации и, в конечном счете, формирует структуру невротического характера человека.

По мнению Б.Д.Карвасарского (1980), если процессы совладания направлены на активное изменение ситуации, удовлетворение значимых потребностей, то процессы психологической защиты – на смягчение психического дискомфорта.

Понятие «coping» происходит от английского «cope» (совладать, преодолевать). В российской психологической литературе его переводят как «адаптивное, совладающее» поведение.

R.S.Lazarus (1966) понимал копинг как вырабатываемые человеком средства психологической защиты от психотравмирующих событий, воздействующие на ситуационное поведение. Он рассматривал копинг как центральное звено стресса и как стабилизирующий фактор, который может помочь личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса.

После когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, т.е. к собственно копингу. В случае неуспешного копинга стрессор сохраняется и возникает необходимость дальнейших попыток совладания.

Можно отметить следующие копинг-стратегии:

- разрешение проблем;
- поиск социальной поддержки;
- избегание.

R.Lazarus и S.Folkman (1984) выделяют следующие виды копинг-поведения:

- активное – целенаправленное поведение, нацеленное на устранение или избегание угрозы;
- пассивное – является защитным механизмом для снижения эмоционального возбуждения до изменения ситуации.

Также R.Lazarus выделяет два глобальных типа стиля реагирования:

Проблемно-ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации. Он проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации.

Субъектно-ориентированный стиль является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, не сопровождающегося конкретными действиями, и проявляется в виде попыток не думать о проблеме вообще, вовлечения других в свои переживания, желания забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего.

Можно выделить три основных критерия, по которым строятся эти классификации (Lazarus R., 1966).

1. Эмоциональный/проблемный:

1.1. Эмоционально-фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональной реакции.

1.2. Проблемно-фокусированный копинг – направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

2. Когнитивный/поведенческий:

2.1. «Скрытый» внутренний копинг – когнитивное решение проблемы, целью которого является изменение восприятия неприятной ситуации, вызывающей стресс.

2.2. «Открытый» поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия, используются копинг-стратегии, наблюдаемые в поведении.

3. Успешный/неуспешный:

3.1. Успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие в конечном итоге к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс.

3.2. Неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, препятствующие преодолению трудной ситуации.

Б.Д.Карвасарский (1990) указывает, что если процессы совладания (по R.Lazarus) направлены на *активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей*, то процессы компенсации и особенно защиты направлены на *смягчение психического дискомфорта*.

R.Lazarus рассматривает психологическую защиту как пассивное копинг-поведение. Если копинг-поведение может использоваться индивидом сознательно, выбираться и изменяться им в зависимости от ситуации, то механизмы психологической защиты неосознаваемы, и в случае их закрепления становятся дезадаптивными.

В.А.Ташлыков (1984) выделяет следующие виды копинг-стратегий:

1) поведенческие: уход в работу; альтруизм; активное избегание; компенсация (восполнение дефицита положительных эмоций, например вкусная еда или алкоголь); конструктивная деятельность (новые интересы, занятия, хобби), сотрудничество (расширение круга общения), обращение (целенаправленный поиск людей, у которых можно получить советы в трудных обстоятельствах);

2) эмоциональные: протест, эмоциональная разгрузка (плач, крик); подавление эмоциональных реакций; опти-

мизм; пассивная кооперация (присоединение к человеку или группе людей); покорность; самообвинение; агрессивность;

3) когнитивные: игнорирование неприятной ситуации; смирение (отказ от сопротивления); проблемный анализ; относительность (сравнение с более тяжелыми ситуациями); религиозность; придание смысла трудностям.

С.А.Осипова и В.И.Курпатов (2007) отмечают, что при длительном СЭВ отмечается низкий уровень защитных механизмов компенсации, сниженная общая активность личности, недостаточная способность формировать свою точку зрения и реалистично оценивать опасность. Низкий уровень компенсаторных возможностей, малое количество позитивных стрессоров свидетельствует, по мнению авторов, об ослаблении механизмов саногенеза. При длительном СЭВ не характерно использование копинг-механизмов положительной переоценки и планирования решения проблемы, часто развивается депрессивная симптоматика.

S.M.Miller (1989) выделяет тех, кто при стрессе занимается поиском новой информации для контроля над ситуацией, и тех, кто в подобных ситуациях стремится отвлечься и избегает информации.

«Совладающее» поведение реализуется на основе ресурсов личности и среды. К личностным ресурсам относятся адекватная «Я-концепция», позитивная самооценка, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, способность к межличностным связям и т.д. Так, например, **оптимизм** – уверенность в том, что

и будущем мы получим желательные результаты – положительно влияет на адаптацию.

Наряду с личностными особенностями важную роль играют элементы социального окружения: социальной сети (системы социальных отношений конкретного человека – семья, друзья и т.д.) и социальной поддержки (Перре М. и др., 2003). Данные элементы могут смягчить негативный эффект стресса.

При этом можно выделить следующие варианты позитивного воздействия социальной поддержки:

- Социальный «эффект щита» – заключается в том, что социальная структура способствует редукции стрессовых событий и преумножению позитивных событий.
- Когнитивный «эффект щита» – заключается в том, что социальная структура способствует благоприятной оценке существующей действительности.
- Эффект эмоциональной разрядки и буферизации – уже одно знание о наличии близких людей способствует уменьшению страха и напряжения.
- Когнитивный эффект преодоления проблемы – социальная структура способствует возможности привлечения кого-либо к пониманию проблемы и поиску путей ее решения.
- Социальное преодоление – социальная структура способствует непосредственному решению проблемы путем прямого вмешательства (финансовая помощь и т.д.).
- Столкновение значимых отношений личности с несовместимой с ними жизненной ситуацией ста-

новится источником нервно-психического напряжения, ведущего к нарушениям здоровья.

Наиболее интимным и облигатным механизмом психического стресса, по мнению Ф.Б.Березина, является тревога. Облигатность этого механизма определяется связью психического стресса и угрозы, ощущение которой представляет собой центральный элемент тревоги и обуславливает ее значение как сигнала неблагополучия и опасности.

Ф.Б.Березин определил тревожный ряд, который представляет собой существенный элемент процесса психической адаптации:

1) ощущение внутренней напряженности – не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, служит лишь сигналом ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт;

2) гиперестезические реакции – тревога нарастает, ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, повышается раздражительность;

3) собственно тревога – центральный элемент рассматриваемого ряда. Проявляется ощущением неопределенной угрозы. Характерный признак: невозможность определить характер угрозы, предсказать время ее возникновения. Часто происходит неадекватная логическая переработка, в результате которой из-за недостатка фактов выдается неправильный вывод;

4) страх – тревога, связанная с определенным объектом. Хотя объекты, с которыми связывается тревога, могут и не быть ее причиной, у субъекта создается пред-

ставление о том, что тревогу можно устранить определенными действиями;

5) ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы – нарастание интенсивности тревожных расстройств, что приводит субъекта к представлению о невозможности предотвращения грядущего события;

6) тревожно-боязливое возбуждение – вызываемая тревогой дезорганизация достигает максимума, и возможность целенаправленной деятельности исчезает.

При пароксизмальном нарастании тревоги все указанные явления можно наблюдать в течение одного пароксизма, в других же случаях их смена происходит постепенно.

Большее значение имеют индивидуальные адаптационные механизмы, в том числе восприятие и интерпретация человеком внешних обстоятельств (Zohar D., 1999). Важную роль в направленности и интенсивности развития стресса играет представление субъекта о возможности своего влияния на экстремальный фактор, о том, может ли он участвовать в управлении стрессогенным воздействием. Известно, что «активный оператор» испытывает меньший стресс по сравнению с «пассивным наблюдателем». В таких случаях говорят об **ощущаемом контроле** – вере в то, что мы можем повлиять на ситуацию, прогнозируя позитивный или негативный исход. Люди, находящиеся в условиях скученности, но верящие, что они в любой момент могут покинуть помещение, испытывают меньший стресс, чем те, кто не чувствует способности его покинуть (Китаев-Смык Л.А., 1983).

По мнению А. Bandura (1997), человек должен верить в свою способность действовать так, чтобы его поступки привели к желаемому результату – **самоэффективности**. Люди с высоким ощущением самоэффективности проявляют большую настойчивость перед лицом неудачи и испытывают меньшую тревогу, выполняя трудную задачу.

В качестве альтернативы самоэффективности можно назвать **выученную (обученную) беспомощность** (Seligman M., 1967). Определяя обученную беспомощность как ощущение отсутствия сопряженности результата и действия при достижении цели, М. Seligman (1967) большое внимание уделяет особенностям атрибутивного стиля как фактора, связанного со степенью генерализации обученной беспомощности. Было показано, что люди, характеризующиеся экстернальным локусом контроля, значительно более устойчивы к беспомощности и риск возникновения генерализованной беспомощности у них значительно меньше, чем у лиц с интернальным локусом контроля.

По всей видимости, это объясняется тем, что экстернальный локус связан с отнесением собственных неудач на счет внешних факторов, в то время как приписывание вины за неудачи себе, характеризующее доминирование интернального локуса контроля, является непременным условием становления генерализованной беспомощности (Fuqua R., Couture K., 1986; Byrne В.М., 1991).

Среди психологических факторов, играющих роль в возникновении данной вариации СЭВ, особое вни-

мнии уделяют **алекситимии** (от греч. а – отсутствие, lexis – слово, thymos – чувство) (Matilla A.K. et al., 2007; Kania L.M. et al., 2009).

Под данным термином подразумевают ограниченную способность индивида к восприятию собственных эмоций и чувств, что приводит к эмоциональному напряжению, которое трансформируется в патологические физиологические реакции.

Для лиц с алекситимией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера этих пациентов отличается слабой дифференцированностью. Они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей. Когнитивная сфера лиц с алекситимией отличается недостаточностью воображения, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабостью функции символизации и категоризации в мышлении. Личностный профиль этих пациентов характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и недостаточностью функции рефлексии.

Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления о собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Последнее усугубляется еще и тем, что на фоне низкой эмоциональной дифференцированности у таких пациентов в ряде ситуаций

с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых плохо осознаются ими.

Ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии, становятся значительным препятствием в психотерапевтической работе с этими больными. Алекситимия может иметь конституциональный характер и модулироваться социально-средовыми факторами развития, прежде всего семейным воспитанием, порицающим выражение эмоций и чувств (Sifneos P.E., 1973).

По мнению В.В.Калинина и М.А.Максимовой (1993), алекситимия соматизирует психические переживания, т.е. переводит их в плоскость телесных страданий. Неспособность человека, страдающего алекситимией, осознавать свои эмоции приводит к тому, что они вытесняются. Накопление телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций и приводит, в конечном счете, к развитию психосоматических заболеваний.

Действует «закон сохранения» в отношении эмоций: когда человек не может выразить свои чувства словами, он выражает их телом. Таким образом, алекситимия на психологическом уровне становится аналогом соматизации, которая проявляется на физиологическом уровне (Сандомирский М.Е., 2005).

Отношения пациентов, страдающих алекситимией, с окружающими характеризуются формальностью и «гипернормативностью» (Бройтигам В. и др., 1999).

F.Friedberg и J.Quick (2007) выделяют алекситимию в качестве предиктора появления соматических симптомов утомляемости.

Другой значимой психологической характеристикой является **перфекционизм** – стремление к совершенству, проявляющееся в нереалистической установке «всегда и во всем быть лучше всех» (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002). Такая установка приводит к появлению завышенных требований к себе и окружающим и длительному напряжению, на фоне которого формируются тревожно-депрессивные расстройства. Мотивационной основой перфекционизма является интенсивный «конфликт достижения», при котором мотивы «стремление к успеху» и «избегание неудачи» выражены с одинаковой силой (Гаранян Н.Г., 2009).

В развитии стресса большое значение имеют опосредующие факторы, определяющие стрессоустойчивость человека. К ним относят эмоциональную стабильность, выносливость и т.д. Необходимо отметить роль особенностей личности как опосредующего фактора. Следует учитывать факторы, выделенные Т.В.Решетовой (2002): неэмоциональность, неумение общаться, трудоголизм, снижение социальных ресурсов (социальные и родственные связи, любовь, профессиональная состоятельность, экономическая стабильность и т.д.). К данным факторам Т.В.Решетова относит «безграмотное сочувствие – полное растворение в другом, со слабыми границами своего “Я”». Постепенно эмоционально-энергетические ресурсы истощаются, и возникает необходимость восстанавливать

их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты. По мнению Н.В.Гришиной (2002), выгорание – плата не за сочувствие людям, а за свои нереализованные жизненные ожидания.

Другой крайностью является слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности. Человек не считает для себя необходимым или почему-то не заинтересован проявлять сочувствие и сопереживание субъекту своей деятельности. Соответствующее умонастроение стимулирует не только эмоциональное выгорание, но и его крайние формы – безразличие, равнодушие, душевную черствость.

По мнению Н.Ж.Freudenberger, чаще «выгорают» сочувствующие, гуманные, мягкие, увлекающиеся, идеалисты и одновременно неустойчивые, интровертированные и легко солидаризирующиеся личности. Кроме этого, надо отметить повышенный уровень тревожности, сенситивность и агрессивность. Е.Махег добавляет сюда «авторитаризм» и низкий уровень эмпатии. По мнению В.В.Бойко (1996), следует отметить следующие личностные факторы, способствующие развитию выгорания: склонность к эмоциональной холодности, к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

W.B.Schaufeli (1993) отметил тесную связь появления выгорания и чувства несправедливости, социальной незащищенности, социально-экономической нестабильности. Профессиональный рост, обеспечивающий

повышение социального статуса, уменьшает степень выгорания (Водопьянова Н., Старченкова Е., 2005). Установлена связь между ролевыми конфликтами, ролевой неопределенностью, ролевой перегруженностью и эмоциональным выгоранием. Выгорание реже встречается у тех, кто работает в организациях с сильным корпоративным духом.

По мнению А.Pines (1983), главной причиной выгорания является неудачный поиск смысла жизни в профессиональной сфере. У лиц с высокой мотивацией и профессиональной деятельности, отождествляющих себя со своей работой и считающих ее высокозначимой и общественно полезной, в случае неудачи утрачивается смысл жизни и возникает «экзистенциальный вакуум» (по В.Франклу).

В 1959 г. кардиологи M.Friedman и R.Rosenman (1959) выделили группу лиц с «поведением типа А», или «коронарный тип личности», с повышенным риском развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Личностные особенности у таких пациентов представлены чрезмерным стремлением к доминированию, достижению успеха и признанию, постоянному соревновательному духу, чрезмерному контролю над ситуацией, повышенной агрессивностью, нетерпеливостью. Личность с «поведением типа В» – это, как правило, спокойный, терпеливый человек, не склонный к острой конкуренции. В последующем исследователи определили, что не все компоненты, составляющие личность типа А, играют значимую патогенную роль. Оказалось, что самыми вероятными

причинами, определяющими появление кардиологической патологии у пациентов с подобным типом личности, можно считать **враждебность и гневливость** (Ganster D. et al., 1991). Такие личности склонны к развитию СЭВ (Edelwich J., Brodsky A., 1980; Nowack K.M., 1986), у них отмечается тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся сверхувлеченными своей работой, от которой им трудно оторваться. Такие личности могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценными и принятыми, они также более подвержены соблазну занять «позицию мастера». Кроме того, типично стремление рвать связи со знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться потребности и уязвимость. Такие пациенты уединяются в своем маленьком мире, где много или большинство положительных эмоций находят в своей профессиональной деятельности или учреждении, в котором работают. Экзистенциальные потребности удовлетворяются через профессиональную идентичность, и поэтому профессиональные угрозы и стрессы переживаются как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению, что практически не компенсируется поддержкой со стороны. У женщин связь между поведением типа А и показателями выгорания выражена сильнее, чем у мужчин (Pradham M., Misra N., 1996).

Кроме этого, следует упомянуть такую характеристику личности, как **негативная аффективность**, для которой характерны заниженная самооценка, постоянно негатив-

ное эмоциональное состояние. Восприятие окружающего мира в темных тонах, а окружающей обстановки как стрессогенной усиливает восприимчивость к стрессу.

С.Maslach было предложено понятие «вовлеченность», которое характеризуется направленностью на работу, энтузиазмом, положительным отношением к своему труду (2003). С.Maslach считает, что повышение вовлеченности в работу более эффективно, чем обучение сотрудников конструктивным копинг-стратегиям.

В последние десятилетия используется термин **выносливость (hardiness)**, под которым понимают систему поддержки человека при стрессе (Kobasa S. et al., 1982). «Выносливый» человек отличается обязательностью (приверженностью к выполнению намеченных действий, активным участием); ощущением реального контроля всех событий своей жизни; склонностью рассматривать изменения окружающей обстановки как вызов, а не как угрозу своему благополучию (Соловьева С.Л., 2008). Такие люди лучше адаптируются к стрессам и меньше испытывают переутомление.

Понятие «hardiness» отражает психологическую устойчивость и расширенную эффективность человека, а также является показателем психического здоровья. В работах Дж.Гринберга данное качество обозначается понятием «решительность» – как способность противостоять стрессорам. М.Перре и У.Бауманн (2002) подразумевают под hardiness комплексную систему убеждений: своих и окружающего мира, которые поддерживают человека в его взаимодействиях со стрессом.

Твердость, крепость, сила противодействия (*hardiness*) – интегративное качество личности, включающее в себя три компонента.

- Первый компонент – принятие на себя безусловных обязательств, это – смысловая и целевая ориентация человека. Первой характеристикой аттитудов *hardiness* является включенность (*commitment*) – важное определение себя и окружающего мира, а также характера их взаимодействия; она дает силы и мотивирует человека к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению, а также позволяет чувствовать себя значимым и достаточно ценным, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач, несмотря на наличие стрессогенных факторов и изменений (цит. по С.Л.Соловьевой, 2008).
- Второй компонент качества *hardiness* – контроль (локус контроля). Это качество, которое мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений в противовес впаданию в состояние беспомощности и пассивности.
- Третий компонент S.Kobasa называет «вызовом» (*challenge*), а М.Перре и У.Бауманн (2002) – способностью принять вызов. Любое событие переживается в качестве стимула для развития собственных возможностей (Анциферова Л.И., 1980). Основная мысль заключается в том, что нужно воспринимать изменения как вызов, а не как угрозу. Этот компонент *hardiness* помогает человеку оставаться открытым для окружающей среды и общества.

Психологическое качество *hardiness* оказывает прямое негативное воздействие на стресс и прямое позитивное – на чувство удовлетворенности.

Люди, обладающие качеством *hardiness*, или решительностью со всеми ее тремя компонентами (обязательность, контроль, вызов), могут противостоять стрессорам. *Hardiness* снижает степень психологического дистресса, а также усиливает ощущение счастья в семье и делах, повышает адаптивность (Гринберг Дж., 2004). Все три компонента качества *hardiness* изменяют воздействие стрессоров, влияя на их когнитивную оценку и тем самым способствуя повышению самооценности, что активизирует ресурсы совладания со стрессом.

Этот подход пересекается с другими конструктами: чувством когерентности, самоэффективностью или переменной «оптимизм» (Перре М., Бауманн У., 2002).

Качество *hardiness* является буфером против неблагоприятных физических следствий стресса. Возможно, показатели оптимизма–пессимизма являются проводниками хорошего физического состояния через поведенческие механизмы типа общих копинг-стратегий (стратегий совладания со стрессом), через воздействия физиологических показателей на кардиоваскулярные реакции, иммунную систему или через некоторую третью переменную типа социальной поддержки (Sharpley Ch.F., 1999).

Исследования показали, что высокая напряженность деятельности, выраженность черт личности типа А, низкий уровень социальной поддержки, неэффективные копинг-стратегии и низкий уровень когнитивного ком-

понента *hardiness* у человека являются показателями, на основе которых можно прогнозировать более низкий уровень физического и психологического здоровья, показатель *hardiness* оказался наиболее тесно связан с хорошим общим здоровьем и низким уровнем стресса на работе. *Hardiness* воздействует на ресурсы совладания со стрессом через повышение самоэффективности. Люди, имеющие высокие показатели *hardiness*, имеют большее ощущение компетентности, более высокую когнитивную оценку, более развитые стратегии совладания со стрессом и испытывают меньше стрессов в повседневной жизни.

Интересным представляется сравнительный анализ развития различных характеристик стрессоустойчивости, значимых для противодействия профессиональному выгоранию. Так, нами проводилось исследование секретарей производственных предприятий; в качестве группы сравнения выступали студенты, проходящие обучение по этой же специальности (Козина Н.В., Сенникова Е.Г., 2009).

В ходе проведенного среди студентов и секретарей исследования по профессионально значимым качествам было выявлено следующее:

- У всех испытуемых отмечается высокий уровень коммуникативных и организаторских способностей, высокий уровень инициативы в общении. Они не теряются в новой обстановке, инициативны, стремятся к организации групповых дел и способны принимать самостоятельные решения в трудной ситуации, относятся к экстравертированному типу

личности. Все эти качества необходимы для работы, связанной с информационно насыщенной коммуникативной средой и общественной деятельностью.

- Наличие профессионального и жизненного опыта у секретарей, по-видимому, способствует наличию у них эмоциональной устойчивости, оперативности, они способны расположить к себе и вызвать доверие у большинства окружающих, что благоприятно для занимаемой должности, при этом у студентов отмечается наличие эмоциональной нестабильности, чувствительности, невнимательности, неустойчивости в стрессовых ситуациях.
- Среди учащихся было выявлено преобладание направленности «на взаимодействие» и «на себя». Студенты стремятся поддержать хорошие отношения с сокурсниками, имеют повышенный интерес к совместной деятельности, при этом заботятся о собственном благополучии, личном первенстве и престиже. Для работающих профессионалов характерна направленность «на задачу», т.е. преобладание деловой направленности на процесс работы и продуктивность труда.
- Предпочтительным способом урегулирования конфликта для опрошенных групп является компромисс, а также избегание, что важно для секретарей как для связующего звена между начальником, коллегами и посетителями. Это подчеркивает их умение ладить с людьми и поддерживать благоприятную обстановку в организации.

- Секретари при опросе в качестве наиболее профессионально значимых выделили такие качества, как компетентность и оперативность, и отметили, что большинство необходимых знаний, умений и профессиональная сноровка приобретаются уже непосредственно на рабочем месте. Среди необходимых профессиональных навыков студентами отмечены недостаточно развитые у них приемы делового общения и умение улаживать конфликты.
- Анализ корреляционных связей исследуемых параметров показал, что в группе секретарей системообразующими факторами выступают коммуникативные качества и экстравертированность, именно они определяют профессиональную успешность и стрессоустойчивость профессионалов. В группе студентов четко выделенные системообразующие факторы пока не сформированы.

Факторами, влияющими на стрессоустойчивость, являются также **уровень образования и профессиональный статус специалиста.**

Так, нами (Козина Н.В., 2009) проводилось исследование с участием сотрудников экспресс-лаборатории г. Санкт-Петербурга, которое выявило, что члены одного коллектива, одной специализации, но разного статуса находятся на разных стадиях СЭВ:

- У фельдшеров-лаборантов в связи со спецификой работы и необходимостью вступать в эмоциональный контакт с пациентом профессиональное выгорание находится на стадии резистенции. Ведущим

сложившимся симптомом этой стадии является редукция профессиональных обязанностей, которые требуют эмоциональных затрат. В связи с этим у большинства фельдшеров-лаборантов наблюдается легкая степень депрессии, в отличие от врачей-лаборантов, у которых она минимальна. Фельдшеры-лаборанты, выполняя работу, стремятся исключить эмоции в общении с пациентами и коллегами; утрачивается интерес к людям, пациенту и к работе в целом. Это приводит к формированию у них фазы истощения, в то время как у врачей-лаборантов эта стадия не наблюдается вообще.

- Врачи-лаборанты отличаются более высокой устойчивостью к трудностям, более выдержанны и спокойны, но, тем не менее, фаза напряжения сформирована и причиной являются переживания неустрашимых или трудноустрашимых психотравмирующих обстоятельств, в первую очередь связанных непосредственно с тем, что они имеют дело с болезнью пациента и нередко именно от их работы зависит постановка и подтверждение диагноза; во-вторых, это напрямую связано с микроклиматом в коллективе; в-третьих, большую роль играют сложившиеся условия труда.

В процессе работы, имеющей данную специфику, профессионал постоянно находится под воздействием эмоциональной и физической нагрузки, и чем больше будет сила этих нагрузок, тем большее сопротивление необходимо. В дальнейшем, при неправильном исполь-

зовании эмоций, которые включены во все процессы деятельности, может возникнуть состояние полного опустошения и утраты интереса к работе. Для восстановления потребуется гораздо больше сил и времени, чем просто для предотвращения этого состояния и недоведения его до последней фазы.

При этом все сотрудники лаборатории отличаются достаточно высокими характеристиками стрессоустойчивости, а основные проблемы связаны с необходимостью правильного решения проблем технического и организационного характера, а также четкого соблюдения законов о труде и отдыхе, что могло бы эффективно противодействовать развитию СЭВ у данного медицинского персонала.

Глава 3. Профессиональные аспекты эмоционального выгорания

Организационные факторы эмоционального выгорания

К организационным факторам, способствующим эмоциональному выгоранию, относятся:

- высокая рабочая нагрузка;
- отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства;
- недостаточное вознаграждение за работу (как моральное, так и материальное);
- невозможность влиять на принятие важных решений;
- двусмысленные, неоднозначные требования к работе;
- постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование);
- однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;
- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным, например, необходимость быть эмпатичным;
- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы (Бойко В.В., 2004).

А. Pines (1998) установлена связь эмоционального выгорания с чувством собственной значимости на рабо-

чем месте, с профессиональным продвижением, автономией и уровнем контроля со стороны руководителя. Экзистенциальные потребности работников удовлетворяются через их профессиональную идентичность, и поэтому профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению, что практически не компенсируется поддержкой со стороны.

Л.Г.Березовская и соавт. (2007) считают, что к группе риска по развитию синдрома прежде всего относятся лица, работающие в условиях жесткой конкуренции, страха потери рабочего места, жители мегаполисов.

По мнению В.В.Бойко (2004), «эмоционально выгоревшие» работники склонны рассматривать организацию негативно и психологически дистанцироваться от нее. При этом имеют место проявления негативизма относительно роли или функции организации. В то же время, по исследованиям J. de Jonge и W.Schaufeli (1981), было установлено, что высокая степень самостоятельности в деятельности снижает вероятность развития эмоционального истощения.

Отечественные исследования не выявили прямой взаимосвязи между удовлетворенностью денежным и моральным вознаграждением и наличием СЭВ (Бойко В.В., 2004; Водопьянова Н.Е., 2005). При этом замечено, что для предотвращения СЭВ важно справедливое вознаграждение, что подтверждается данными S.L.Cordes (1997).

Установлена связь между ролевыми конфликтами, ролевой неопределенностью, ролевой перегруженностью

и эмоциональным выгоранием. Выгорание реже встречается у тех, кто работает в организациях с сильным корпоративным духом.

Интересно отметить меньший уровень выгорания у израильских менеджеров по сравнению с американскими (Schaufeli W.B., Dierendonck D., 1993). При этом жизнь в Израиле считается более стрессогенной, чем в США. Авторы объясняют данные результаты большей степенью социальной сплоченности, института семьи в израильском обществе.

Также можно отметить исследование P. Vierick (1996), в котором было показано, что продолжительный контакт с одним клиентом в течение рабочего периода может способствовать развитию выгорания.

Н.Водопьянова и Е.Старченкова (2005) выделяют основные факторы, влияющие на эмоциональное выгорание менеджеров:

- *Первый* фактор, снижающий вероятность СЭВ, образуют: ориентация на сотрудничество и компромисс, высокая мотивация к саморазвитию и профессиональному росту, креативность подхода к решению профессиональных задач, высокий уровень коммуникативных умений и навыков.

К личностным факторам, препятствующим психическому выгоранию, относятся: высокая общительность в малых группах, социальная смелость, радикализм.

- *Второй* фактор, определяющий вероятность развития эмоционального истощения и деперсонализации, включает заниженную самооценку, эмо-

циональную неустойчивость, низкую активность и неумение формировать свою команду (спланировать коллектив), использование стратегии избегания (ухода от проблем).

- *Третий* фактор эмоционального выгорания менеджеров – это «размытость» личных целей и ценностей, низкий уровень управленческих умений, неадекватность самооценки, консерватизм, негибкость моделей поведения.

Личностные качества и умения, составившие второй и третий факторы, могут рассматриваться как персональные факторы риска выгорания для менеджеров.

Также изучалось влияние стилей поведения в конфликтных ситуациях и личностных характеристик на степень выраженности синдрома выгорания.

Было обнаружено, что наиболее высокое эмоциональное выгорание и истощение наблюдаются у тех менеджеров, которые предпочитают управленческий стиль избегания (пассивный уход от разрешения конфликтов). Менеджеры с преобладанием стилей «компромисс» и «сотрудничество» подвержены выгоранию реже, чем те, кто в конфликтных ситуациях использует поведенческие модели «соревнование» и «приспособление» (Водопьянова Н., Старченкова Е., 2005).

J. Winnubst и соавт. (1988), анализируя взаимоотношения между организационной структурой, социальной поддержкой и СЭВ, выделяют бюрократическую и профессиональную организационные структуры.

В первой СЭВ вызывается эмоциональным истощением из-за недостатка внимания со стороны руководства и однообразия выполняемой работы. Во второй – причиной СЭВ будет потеря четкой структуры и проблемы с распределением ролей.

По мнению В.В.Бойко, дестабилизирующая организация деятельности включает в себя:

- нечеткую организацию и планирование труда;
- недостаток оборудования;
- плохо структурированную и расплывчатую информацию, наличие в ней «бюрократического шума»;
- завышенные нормы контингента, с которым связана профессиональная деятельность.

В напряженных социальных ситуациях у большинства людей возрастает потребность в социальной поддержке, отсутствие которой приводит к негативным переживаниям и возможной мотивационной и эмоциональной деформации личности. Отмечено, что социальная поддержка, особенно со стороны представителей администрации, препятствует развитию СЭВ, а получающие поддержку профессионалы могут лучше сопротивляться стрессовым воздействиям и менее подвержены СЭВ. Влияние социальной поддержки распространяется на все компоненты СЭВ, особенно на эмоциональное истощение и деперсонализацию.

Важно отметить, что первичность каких-либо факторов в качестве основной и главной причины развития СЭВ в настоящее время не установлена и зависит от предпочтений исследователя. Попыткой решения этой задачи стало появление нескольких новых подходов к понятию

эмоционального выгорания, среди которых выделяется подход С. Maslach (2000).

Согласно этому подходу, эмоциональное выгорание является результатом несоответствия между ожиданиями личности и требованиями, предъявляемыми работой. Эмоциональное выгорание как системное явление включает шесть сфер такого несоответствия между:

а) **требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами;**

б) **стремлением работников иметь большую степень самостоятельности в своей работе, определять способы достижения тех результатов, за которые они несут ответственность, и жесткой и нерациональной политикой администрации в отношении организации рабочей активности и контроля за ней;**

в) **работой и личностью** ввиду отсутствия вознаграждения, что переживается работником как непризнание его труда;

г) **личностью и работой** ввиду потери чувства положительного взаимодействия с другими людьми в рабочей среде;

д) **личностью и работой** при отсутствии справедливости на работе;

е) **этическими принципами личности и требованиями работы.**

По мнению W. Schaufeli и соавт. (1996), СЭВ развивается на работе, в сфере межличностных отношений и зависит от восприятия и интерпретации индивидуумом поведения других. Интенсивное общение может быть

связано с хронической напряженной психоэмоциональной деятельностью.

Профессионалу, работающему с людьми, приходится постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты общения, активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и текстовую информацию, взвешивать альтернативы и принимать решения. В свою очередь, эмоциональная насыщенность межличностных контактов может не быть постоянно высокой, но иметь хронический характер (Бойко В.В., 2004).

D.Harrison (1983) связывает эмоциональное выгорание с восприятием индивидом своей **социальной компетентности и эффективности** во взаимоотношениях с клиентом. Социальная компетентность рассматривается им как ощущение своей способности успешно взаимодействовать с другими, влияя на социальную среду. В ее основе лежит мотивация профессионала к оказанию помощи другим. Эмоциональное выгорание возникает, когда он теряет ощущение своей способности быть полезным для других.

В.В.Бойко отмечает значимость специфики контингента. Он выделяет психологически трудный контингент, с которым взаимодействует профессионал: это тяжелые, умирающие больные; дети с аномалиями характера, нервной системы и задержками психического развития; подчиненные или клиенты с акцентуированными характерами, неврозами, признаками психопатизации; нарушители дисциплины, безответственные работники (Бойко В.В., 2004).

ей о ней) и быстрой переменной информационных параметров.

- *Эмоциональный стресс* возникает при реальной или предполагаемой опасности (чувство вины за невыполненную работу, отношения с коллегами и др.). Нередко разрушаются глубинные установки и ценности работника, связанные с его профессией.
- *Коммуникативный стресс* связан с реальными проблемами делового общения. Он проявляется в повышенной конфликтности, неспособности контролировать себя, неумении тактично отказать в чем-либо, незнании средств защиты от манипулятивного воздействия и т.п.

К. Купер и соавт. (2007) выделили 6 основных рабочих стрессоров:

1. Особенности самой работы.
2. Роли в организации.
3. Отношения на работе.
4. Проблемы, связанные с карьерным ростом.
5. Организационные факторы.
6. Взаимовлияние домашней обстановки и работы.

Рассмотрим их более подробно.

1. Особенности работы.

Сюда относятся: степень сложности работы, разнообразие заданий, физические условия труда (шум, вибрация, температура окружающей среды) и количество работы (интенсивность нагрузки).

Интенсивность нагрузки определяется количеством работы и эмоциональным напряжением. Еще в 1908 г.

американские психологи Р.Йеркс и Дж.Додсон установили, что максимальная продуктивность работы отмечается при среднем уровне эмоциональной активности, в то время как избыток эмоций, как и их недостаток, приводят к снижению эффективности работы. Таким образом, для каждого человека существует свой оптимальный уровень интенсивности нагрузки, а значительные отклонения от него могут привести к стрессу. Недостаточная нагрузка и однообразная работа тоже могут являться стрессорами.

Излишнее количество времени, затрачиваемого на работу, также приводит к появлению утомления. В этой связи особенно следует отметить работу в ночное время. Кроме этого, надо сказать о проблеме десинхронозов, под которыми понимают нарушение синхронности физиологических функций при трансконтинентальных перелетах, переводе часов с «зимнего» на «летнее» время. При десинхронозе организм в новых условиях некоторое время продолжает функционировать по-старому, а затем постепенно начинает привыкать к новому распорядку дня. Происходит синхронизация биологического времени с местным астрономическим. Это процесс длится обычно от двух дней до двух недель.

2. Организационные роли – модели поведения, вызванные работой (Купер К. и др., 2007).

Существует два варианта ролевой дисфункции: ролевая неоднозначность (неясность роли) и ролевой конфликт (конкурирующие или противоречивые требования работы). В этой связи надо отметить также ответственность как один из потенциальных стрессоров переутомления.

3. Негативные межличностные взаимоотношения на работе также могут выступить в роли стрессора. Так, отсутствие поддержки со стороны коллег и руководства способствует увеличению утомления.

4. Проблемы, связанные с **карьерным ростом**, включают отсутствие продвижения по служебной лестнице, угрозу потери рабочего места.

5. Организационные факторы (структура и климат в организации, организационная культура). Сюда можно отнести излишне строгий контроль и авторитарное руководство, отсутствие чувства сопричастности и т.д.

6. Взаимовлияние домашней обстановки и работы.

Сейчас данную проблему называют трудовым/нетрудовым конфликтом, подразумевающим конфликт между ролями на работе и в семье (Купер К.Л. и др., 2007).

Выделяют три главных вида таких конфликтов.

Первый вид конфликта возникает из-за того, что требования различных ролей истощают энергетические и временные ресурсы людей (например, у уставшего на работе человека нет сил и времени для выполнения обязанностей по дому, общения с членами семьи).

Второй вид конфликта возникает между ролевыми нормами на работе и в семье. Например, трудности переключения от роли амбициозного, агрессивного менеджера к роли внимательного, любящего, мягкого мужа.

Третий вид конфликта вызывает перенос эмоционального состояния (интерференции) из одной области в другую. В частности, негативные эмоциональные ситуации, усталость, возникшие на работе, приводят к раздражи-

тельности, направленной на членов семьи. Возможен также перенос негативных эмоций «семейных проблем» в рабочую атмосферу. В этой связи необходимо отметить, что женщины-менеджеры чаще сталкиваются с дополнительным «домашним давлением» и отличаются более высоким, по сравнению с мужчинами, уровнем интерференции.

Причины развития стресса можно разделить на непосредственные и главные (Бодров В.А., 2000). Непосредственной причиной можно считать событие, прямым следствием которого оказывается развитие психической напряженности. Такие события чаще связаны с экстремальностью трудовой деятельности. Главной причиной служат индивидуальные особенности человека.

М.М.Хананашвили (1978), развивая концепцию информационного невроза, выделил следующую триаду факторов, способствующих появлению невротических расстройств:

1. Большой объем информации, который необходимо переработать и осмыслить.
2. Хронический дефицит времени, необходимого для этой переработки.
3. Высокий уровень мотивации, т.е. качественная важность самой информации.

П.В.Симонов (1987), напротив, считал причиной стресса недостаток значимой информации.

Необходимо подчеркнуть, что интенсивность выгорания определяется не столько профилем деятельности, сколько ее спецификой. Так, по нашим данным (Козина Н.В., Галимова Д.Ш., 2011–2012), при сравнении аку-

шеров-гинекологов и гинекологов, проводящих операции по прерыванию беременности (специалисты со стажем работы более 5 лет), были выявлены следующие специфические особенности:

- Специалисты по прерыванию беременности отмечают высокий уровень психической напряженности, наличие таких состояний, как утомленность, монотония, пресыщенность и стресс, что характеризует сниженную работоспособность, а также негативные и тревожно-депрессивные эмоции, что говорит об относительно устойчивых переживаниях тревожно-депрессивного комплекса.
- У акушеров-гинекологов стационаров и женских консультаций данные тенденции менее выражены, в эмоциональной сфере преобладают положительные эмоции.
- При исследовании профессионального эмоционального выгорания было выявлено, что все исследуемые профессионалы имеют высокую деперсонализацию и низкую профессиональную успешность, однако выраженное эмоциональное истощение характерно только для группы гинекологов, проводящих операции по прерыванию беременности.

Более объемное исследование было проведено с различными специалистами, работающими с детьми (Козина Н.В., Кравченко О.В., 2008–2010). Всего было обследовано 56 логопедов, 57 детских психологов и 57 педагогов в возрасте от 26 до 46 лет – женщин с различным стажем профессиональной деятельности.

По результатам тестирования на основании методики В.В.Бойко для выявления особенностей эмоционального выгорания не было выявлено выраженных отличий отдельных фаз синдрома в исследуемых группах.

При этом можно отметить общую тенденцию: при наличии относительно низкого уровня напряжения и истощения для представителей гуманитарных профессий характерны выраженные, четко сформированные механизмы сопротивления.

Однако при анализе фазы напряжения у всех представителей данных групп отмечается наличие выраженного симптома переживания психотравмирующих обстоятельств: 10,52 – у психологов, 11,66 – у логопедов и 11,27 – у педагогов.

При этом низкий уровень симптомов «неудовлетворенности собой», «загнанности в клетку», а также «тревоги и депрессии» свидетельствует о сохранении адекватной самооценки профессиональных качеств и об отсутствии состояния тревоги, страха и безысходности. Использование выраженных механизмов защиты позволяет избежать данных симптомов.

У всех профессионалов наиболее выражены симптомы «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» (у психологов – 13,31, у логопедов – 12,46 и у педагогов – 13,4) и «редукции профессиональных обязанностей» (у психологов – 12,49, у логопедов – 14,17 и у педагогов – 10,34).

Таким образом, специалисты стремятся к дозированному использованию эмоций в профессиональной

деятельности, а также пытаются сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат. При этом низкий уровень выраженности симптомов «расширения сферы экономии эмоций» и «эмоционально-нравственной дезориентации» свидетельствует о том, что эмоциогенные профессиональные ситуации не оказывают негативного воздействия на другие сферы жизнедеятельности профессионалов, и об адекватном восприятии динамики эмоциональной сферы в процессе профессионального взаимодействия. При отсутствии выраженного истощения как симптома профессионального эмоционального выгорания личности у педагогов и логопедов имеется тенденция к формированию симптома «психосоматических и психовегетативных нарушений» (9,4 – у логопедов и 8,56 – у педагогов), таким образом, для данных специалистов характерен перевод эмоциональных переживаний на уровень психосоматики.

При анонимном исследовании менеджеров по продажам (торговых агентов) были выявлены социально-психологические факторы, влияющие на формирование СЭВ. Прежде всего это группа организационных факторов:

- неблагоприятные условия труда;
- организация работы, которая не удовлетворяет специалиста;
- чрезмерное разнообразие видов деятельности;
- сниженные возможности повышения квалификации;
- осознание своей работы как непрестижной;
- напряженные отношения с руководителем и неблагоприятные отношения в коллективе.

На развитие СЭВ влияют также социально-психологические особенности личности специалиста: лица с выраженным экстернальным локусом контроля в большей степени подвержены феномену эмоционального выгорания, чем лица с интернальным локусом.

Это означает, что они не считают себя способными определять и контролировать свою жизнь и полагают, что наиболее значимые события в жизни являются результатом не их собственных поступков, а определяются действиями других лиц или стечением различных обстоятельств. Риск развития эмоционального выгорания повышается при низких показателях по таким шкалам, как интернальность в области достижений и неудач, а также в области семейных отношений. При этом мотив избегания неудач более свойственен торговым работникам с высокими показателями эмоционального выгорания, и, наоборот, мотив стремления к успеху, готовность к риску снижают вероятность эмоционального выгорания.

Ниже приводятся результаты проведенного нами (Андрейчук И.В., Козина Н.В., Шаповалова Е.П., 2009–2011) исследования по изучению роли различных факторов, влияющих на формирование и развитие СЭВ, в котором приняли участие врачи анестезиологи-реаниматологи – 56 человек со стажем работы 12–25 лет, из них 35 мужчин и 21 женщина.

Диагностика эмоциональных состояний, влияющих на профессиональную деятельность, включала исследование монотонии, утомления, пресыщения и стресса (напряжения).

Уровень монотонии умеренной степени выраженности наблюдался у 57% анестезиологов-реаниматологов, низкой степени выраженности – у 43% исследуемых специалистов. Большая часть группы отмечает низкий уровень сознательного контроля над своей деятельностью, заметно выраженную стереотипность профессиональных действий; особенно характерна данная тенденция для специалистов с большим стажем деятельности. Уровень монотонии у мужчин-врачей выше, чем у женщин ($p < 0,05$).

Уровень утомления умеренной степени выраженности присутствовал у 52% испытуемых, а низкой степени – у 48% из них, при этом большинство работающих профессионалов отмечают, что они постоянно (в последние годы) вынуждены брать на себя повышенную рабочую нагрузку, в том числе дежурства, совмещения с основной работой, что способствует состоянию эмоционального и физического истощения. Уровень утомления у женщин-врачей ниже, чем у мужчин ($p < 0,05$).

Врачи склонны отрицать наличие пресыщения профессиональной деятельностью (отсутствует в 100% ответов). Уровень стресса у 57% испытуемых выражен в умеренной степени, что свидетельствует о наличии напряжения, осознании и переживании стрессорного воздействия в процессе деятельности у значительного числа профессионалов. При этом важный аспект здесь – наличие стресса не зависит от стажа работы и пола респондентов.

При исследовании типа личности врачей не было выявлено профессионалов с пессимистическим мышлением, 52% анестезиологов относятся к типу «пассивных

оптимистов» и 48% к типу «активных оптимистов». Тип «пассивного оптимиста» более характерен для мужчин, и «активного оптимиста» – для женщин-врачей, однако данные отличия выражены незначительно.

Тип «пассивного оптимиста» характеризуется общим позитивным настроем, уверенностью в себе как в профессионале, отсутствием установки на интенсивный профессиональный и личностный рост; такие люди не склонны к проявлению инициативы и по возможности откладывают принятие решений.

Профессионалы типа «активный оптимист» характеризуются высоким энергетическим тонусом, стремлением к немедленным активным действиям, в трудных ситуациях они используют проблемно-ориентированные стратегии преодоления стресса. Возможно, что именно оптимистическое восприятие профессиональных и жизненных ситуаций позволяет врачам сопротивляться развитию СЭВ.

При исследовании личностных свойств удалось установить, что врачи испытывают высокую степень самодовлетворенности, обладают выраженными лидерскими качествами, зрелостью, доминантностью, настойчивостью. При этом они достаточно экстравертированы, жизнерадостны, открыты, склонны к оправданному риску. Все данные параметры имеют относительно более высокую выраженность у мужчин.

Профессиональные деформации

Эмоциональное выгорание приводит к профессиональной деформации личности. С точки зрения Э.Ф.Зеера

(1997), многолетнее выполнение любой работы неизбежно приводит к образованию деформаций личности в виде деструктивных изменений, снижающих продуктивность осуществления трудовых функций. У представителей различных профессий профессиональные деформации могут проявляться на четырех уровнях:

1. Общепрофессиональные деформации, типичные для работников этой профессии. Эти инвариантные особенности личности и поведения профессионалов прослеживаются у большей части работников со стажем, хотя уровень выраженности данной группы деформаций различен. Так, для врачей характерен синдром «сострадательной усталости», выражающийся в эмоциональной индифферентности к страданиям больных. У работников правоохранительных органов развивается синдром «асоциальной перцепции», при котором каждый гражданин воспринимается как потенциальный нарушитель; у руководителей – синдром «вседозволенности», выражающийся в нарушении профессиональных и этических норм, в стремлении манипулировать профессиональной деятельностью подчиненных. Комплекс общепрофессиональных деформаций делает работников одной профессии узнаваемыми, похожими.

2. Специальные профессиональные деформации, возникающие в процессе специализации по профессии. Любая профессия объединяет несколько специальностей. Каждая специальность имеет свой состав деформаций. Так, у следователя появляется правовая подозрительность, у оперативного работника – актуальная агрес-

снисходительность, у адвоката – изворотливость, у прокурора – обвинительность. Профессии врача тоже присущи свои деформации. Терапевты ставят угрожающие диагнозы, хирурги циничны, медсестры черствы и равнодушны.

3. Профессионально-типологические деформации, обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности – темперамента, способностей, характера – на психологическую структуру деятельности (Зеер Э.Ф., 2007).

В результате складываются профессионально и личностно обусловленные комплексы:

- деформации профессиональной направленности личности: искажение мотивации деятельности («сдвиг мотива на цель»), перестройка ценностных ориентаций, пессимизм, скептическое отношение к новичкам и нововведениям;
- деформации, развивающиеся на основе каких-либо способностей: организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др. (комплекс превосходства, гипертрофированный уровень притязаний, завышенная самооценка, психологическая герметизация, нарциссизм и др.);
- деформации, обусловленные чертами характера: ролевая экспансия, властолюбие, «должностная интервенция», доминантность, индифферентность и др.

4. Индивидуализированные деформации, обусловленные особенностями представителей самых различных профессий. В процессе многолетней профессиональной

деятельности, психологического сращивания личности и профессии отдельные профессионально важные качества, как, впрочем, и профессионально нежелательные, чрезмерно развиваются, что приводит к возникновению сверхкачеств, или акцентуаций. Это могут быть сверхответственность, суперчестность, гиперактивность, трудовой фанатизм, профессиональный энтузиазм.

Используя фазы возрастных кризисов Л.С.Выготского, Э.Ф.Зеер выделил три основные фазы кризисов профессионального развития:

1. Предкритическая фаза. Проблемы не всегда четко осознаются, но проявляются в психологическом дискомфорте на работе, раздражительности, недовольстве организацией, оплатой труда, руководителем.

2. Критическая фаза. Осознанная неудовлетворенность работника; постепенно намечаются пути изменения ситуации, проигрываются варианты дальнейшей профессиональной жизни, усиливается психическая напряженность; часто противоречия еще больше усиливаются, и возникает конфликт («конфликт – ядро кризиса»).

При этом Э.Ф.Зеер выделяет типы конфликтов на данной фазе:

1) мотивационный, обусловленный потерей интереса к учебе, работе, утратой перспектив профессионального развития, дезинтеграцией профессиональных ориентаций и установок;

2) когнитивно-деятельностный, вызванный неудовлетворенностью процессов осуществления учебно-профессиональной и профессиональной деятельности;

3) поведенческий, обусловленный противоречиями в межличностных отношениях в первичном коллективе, неудовлетворенностью своим социально-профессиональным статусом, положением в группе, уровнем зарплаты.

3. Посткритическая фаза. Способы разрешения кризиса могут иметь конструктивный, профессионально-нейтральный и деструктивный характер (Зеер Э.Ф., 1997).

А.К.Маркова (1996) на основе обобщения исследований в области нарушений профессионального развития личности выделила следующие тенденции профессиональных деструкций:

- отставание, замедление профессионального развития относительно возрастных и социальных норм;
- дезинтеграцию профессионального развития, распад профессионального сознания и, как следствие, – нереалистические цели, ложные смыслы труда, профессиональные конфликты;
- низкую профессиональную мобильность, неумение приспособиться к новым условиям труда и дезадаптацию;
- рассогласованность отдельных звеньев профессионального развития, когда одна сфера развивается сильнее, гипертрофируется, а другая отстает (например, мотивация к профессиональному росту есть, но мешает отсутствие целостного профессионального сознания);
- ослабление ранее имевшихся профессиональных данных, профессиональных способностей, профессионального мышления;

- искаженное профессиональное развитие, появление ранее отсутствовавших негативных качеств, отклонений от социальных и индивидуальных норм профессионального развития, меняющих профиль личности;
- появление деформаций личности (например, эмоционального истощения и выгорания, а также ущербной профессиональной позиции);
- прекращение профессионального развития из-за профессиональных заболеваний или потери трудоспособности.

Таким образом, профессиональные деформации нарушают целостность личности, снижают ее адаптивность, устойчивость, отрицательно сказываются на продуктивности деятельности.

Профессиональные деформации неизбежно возникают в процессе возрастных, профессиональных и личностных изменений, а также под влиянием содержания и особенностей деятельности.

Результат профессиональных деформаций, по мнению данных исследователей, можно свести к трем основным признакам:

- Стандартизация работы и контингента на основании функционального подхода к человеку – как к объекту для манипуляций.
- Обесценивание профессии и своей профессиональной роли.
- Отсутствие ориентации на другого человека как на личность.

С.П.Безносков (1997) считает, что профессиональные деформации образуются уже в процессе получения специальности, знакомства с будущим контингентом клиентов/пациентов в процессе учебной практики, и выделяет несколько этапов их развития:

Этап 1. Наличие сопереживания, сочувствия, высокий уровень эмпатии, альтруистические тенденции, т.е. наличие профессиональных иллюзий при отсутствии профессиональных знаний и навыков.

Этап 2. Необходимость быстрого принятия профессиональных решений и решительных (иногда жестких) действий и одновременно – трудности построения взаимоотношений с профессиональным коллективом.

Этап 3. Этап деиллюзий. Непризнание личных заслуг, отсутствие благодарности со стороны коллег, клиентов, начальства, родителей.

Этап 4. Формирование функционального подхода на основе алгоритма осуществления профессиональной деятельности.

По данным Н.В.Водопьяновой, нарушения профессионального мышления отмечаются у 65% врачей различных специальностей и 72% учителей (выше – у учителей начальной школы и преподавателей точных дисциплин), однако, по результатам исследования Н.В.Козиной и О.В.Кравченко (2008), наличие признаков нарушения профессионального мышления характерно для 32–48% врачей, совмещающих различные виды профессиональной деятельности (данные врачи также преподают в медицинском вузе), в зависимости от профиля специальности.

С.П.Безносков выделяет следующие особенности нарушения характера мышления:

Снижение уровня рефлексии – т.е. понимания, знания себя, особенностей своих эмоций, поступков, желаний, потребностей, различие представлений «какой я в действительности», «каким я себя вижу» и «каким видят меня другие».

Стандартизация способов обобщения – стереотипизация профессиональных действий, подчиненность профессиональным алгоритмам, шаблонам.

Ригидность мышления (трудности изменения привычного стиля мышления), которая проявляется в трех взаимосвязанных аспектах:

- *Когнитивном* – трудности перестройки восприятия привычных представлений, шаблонность мышления, оценок.
- *Аффективном* – полярность (иногда – неадекватность) эмоций, особенно на эмоционально значимые профессиональные ситуации.
- *Мотивационном* – трудности при необходимости адаптироваться к изменяющимся профессиональным условиям (Безносков С.П., 1997).

Таким образом, профессиональная деятельность способствует образованию деформаций – качеств, деструктивно влияющих на труд и профессиональное поведение. Профессиональная деформация личности может приводить к потере квалификации, к негативным личностным изменениям, снижению уверенности в себе как личности и профессионале, именно поэтому представители гума-

нитарных профессий так нуждаются в комплексе профилактических, психогигиенических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение и поддержание психологического комфорта и профессионального здоровья.

СЭВ у медицинских работников

Следует отметить специфические профессиональные причины стресса у медицинских работников (Щербатых Ю.В., 2006):

- Огромная ответственность за жизнь и здоровье пациентов.
- Длительное пребывание в поле отрицательных эмоций – страдания, боли, отчаяния и т.д.
- Неравномерный режим работы с ночными и суточными дежурствами.
- Низкий уровень заработной платы.

Сюда надо добавить столкновение с такими отрицательными факторами, как риск заражения инфекционными заболеваниями, непосредственную опасность, исходящую от некоторых пациентов (преступников, наркоманов, агрессивных больных и их родственников). Кроме этого, особенностью врачей является отрицание проблем, связанных с личным здоровьем.

Профессия врача характеризуется необходимостью постоянной рефлексии в отношении предмета своей деятельности. Врач на уровне эмоционального переживания постоянно имеет дело со смертью. Она может выступать для него в трех формах: 1) реальная; 2) потенциальная

(когда от результатов деятельности врача, от его профессионализма зависит здоровье, а возможно, и жизнь человека); 3) фантомная (в виде смерти могут выступать жалобы на состояние здоровья мнительного человека, страх и тревога хронического больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных).

В каждом из этих случаев для врача существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Это далеко не всегда удается, потому что ему просто необходимо реагировать на все эти факторы. Только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями. Особенностью врачебной профессии является способность отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем, в силу чего вмешательства осуществляются, как правило, слишком поздно. Студентам во время обучения в медицинском вузе предлагают идеалистические, а не реалистические модели, которые в конечном счете непригодны для работы (Сидоров П.И. и др., 2006).

По мнению О.В.Рыбиной (2005), в основе механизма формирования профессионального стресса у врачей лежит сочетание высокого контроля над проявлениями негативных реакций, высокого уровня тревоги, пессимистичности и снижения способности к интегрированности поведения в стрессовых ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Выраженность профессионального стресса у врачей связана со стажем работы.

Показатели фактора «профессиональный стресс» у врачей со стажем работы свыше 15 лет достоверно выше

аналогичного показателя у врачей, стаж которых менее 15 лет. У врачей со стажем работы более 15 лет субъективная оценка эмоционального дискомфорта не соответствует объективно регистрируемой выраженности профессионального стресса вследствие активного использования психологической защиты типа «вытеснение».

В частности, можно отметить следующие особенности деятельности врачей-психиатров: специфический контингент пациентов, зачастую с не критичным отношением к своему заболеванию, длительность и трудоемкость терапевтического процесса по достижению ремиссии у психических больных, большое количество рецидивов (Лозинская Е.И., 2002; Юрьева Л.Н., 2004; Рыбина О.В., 2005; Скугаревская М.М., 2008). Кроме того, диагноз психического расстройства несет на себе такую негативную социально-этическую нагрузку, какой нет ни в одной другой медицинской специальности. Это нередко приводит к стигматизации не только самих пациентов, но и врачей (Золотухина Л.В., 2011).

По данным Л.В.Золотухиной (2011), выгорание у врачей-психиатров протекает по двум вариантам: без явных психопатологических проявлений на преневротическом уровне и с явными психопатологическими проявлениями на невротическом уровне (36,7 и 63,3% соответственно).

СЭВ у медицинских сестер возникает не реже, чем у врачей. Можно выделить три типа медицинских сестер, для которых характерно развитие СЭВ:

- первый тип – «педантичный»; его основными характеристиками являются: добросовестность,

- возведенная в абсолют, чрезмерная, болезненная аккуратность, стремление в любом деле добиться образцового порядка (пусть и в ущерб себе);
- второй тип – «демонстративный»; люди этого типа стремятся первенствовать во всем, всегда быть на виду, им свойственна высокая степень истощаемости при выполнении незаметной, рутинной работы;
 - третий тип – «эмотивный»; это впечатлительные и чувствительные люди; их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением (Кадырова С.М., Степанов А.В., 2004).

При исследовании СЭВ по методике В.В.Бойко у анестезиологов-реаниматологов нами (Козина Н.В., Андрейчук И.В. и др., 2011) был выявлен высокий уровень эмоционального истощения (41,23 балла), таким образом, для врачей данной специальности характерно снижение эмоционального тонуса, утрата интереса к окружающему или эмоциональное перенасыщение, проявляющееся в агрессивных реакциях, вспышках гнева, появлении симптомов депрессии. Данная фаза имеет более высокую степень выраженности у женщин-врачей ($p < 0,05$) и более молодых специалистов с меньшим стажем деятельности ($p < 0,05$).

Наиболее выраженным симптомом фазы резистенции (сопротивления) является деперсонализация – 15,73 балла, данный симптом проявляется в личностной отстраненности, утрате интереса, проявлениях негативиз-

ми, циничности в установках и поступках по отношению к пациентам. Симптом в большей степени характерен для опытных специалистов ($p < 0,05$).

При исследовании механизмов сопротивления стрессовым факторам у данных врачей были выявлены наиболее выраженные стратегии совладающего со стрессом поведения: «Проактивное преодоление» (40,33 балла), которое определяет процесс целеполагания (постановку важных для личности целей) и саморегуляции по достижению собственных целей, формированию общих ресурсов, облегчающих достижение важных целей и способствующих личностному росту, и «Превентивное преодоление» (28,27 балла), которое позволяет осуществлять действия по предотвращению негативных ситуаций.

Данные результаты говорят о том, что врачи имеют определенный профессиональный алгоритм, позволяющий планировать деятельность как в обычных рабочих ситуациях, так и в типичных сложных случаях (стратегии имеют большую степень выраженности у мужчин на уровне статистической вероятности).

По данным Н.В.Водопьяновой, такие стратегии наиболее характерны для врачей в целом, она приводит следующие средние данные для российской выборки: «Проактивное преодоление» – 34,97 балла и «Превентивное преодоление» – 28,57 балла, при этом выделяется также стратегия «Рефлексивного преодоления» – 28,03 балла, характеризующая предвосхищение негативных последствий и соответствующие действия, направленные на нейтрализацию их последствий. Для анестезиологов-реани-

матологов в данном исследовании характерен низкий уровень выраженности данной стратегии – 8,89 балла. Таким образом, анестезиологи-реаниматологи при их оптимистичном восприятии профессиональных ситуаций не склонны заранее прогнозировать негативный исход и соответствующие стратегии поведения.

В ходе корреляционного анализа удалось установить следующее.

Стадия «Напряжение» коррелирует с показателями «Превентивное преодоление», «Проактивное преодоление» и силой «Я». Следовательно, врачи справляются с имеющимся напряжением посредством своих личностных особенностей и с помощью совладающего поведения, которое направлено на предвосхищение стресса и выработку путей его предотвращения.

Стадия «Резистенция» коррелирует с показателями силы «Моя семья», «Окружающий мир» и «Рефлексивным преодолением» (познанием себя). Таким образом, врачи могут оказывать сопротивление нарастающему стрессу путем формирования механизма избирательного эмоционального реагирования, перенося эмоциональную вовлеченность на сферы досуга и отдыха или в семейные отношения. У данной категории врачей сформировано представление о рефлексивном преодолении, т.е. они способны размышлять о возможных поведенческих альтернативах путем сравнения их возможной эффективности.

Стадия «Истощение» коррелирует с параметрами «Эмоциональное истощение», «Поиск инструменталь-

ной поддержки» и «Поиск эмоциональной поддержки». Для преодоления эмоционального стресса и истощения врачи анестезиологи-реаниматологи используют рефлексивную и высокий самоконтроль, а также прибегают к помощи со стороны ближайшего окружения и значимых лиц.

ЧАСТЬ II. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

(совместно с С.Ю.Сурушкиной, А.В.Рожковой)

Глава 4. Клиническая симптоматика эмоционального выгорания

Вопрос о нозологической принадлежности данного синдрома остается открытым. Диагностическим эквивалентом СЭВ в ICD-10 является Z73.0 «Burnout. State of vital exhaustion (состояние переутомления)».

Е.Махер (1983) в своем обзоре обобщает другой перечень симптомов эмоционального выгорания (см. с. 26–28).

В.Е.Орел (2001) предлагает следующую классификацию симптомов СЭВ.

1. Аффективные симптомы. У лиц с эмоциональным выгоранием обычно наблюдается мрачное, сниженное настроение, иногда появляется желание плакать. Такое состояние может быстро изменяться, однако общий упадок духа, грусть и пессимистический настрой превалируют. Эмоциональные ресурсы человека истощены. Снижение эмоционального контроля ведет к раздражительности, повышенной чувствительности, неопределенным страхам, тревожности, нервозности и вспышкам гнева.

Профессионал не чувствует себя комфортно на работе, проявляется неудовлетворенность работой.

2. Когнитивные симптомы. «Эмоционально выгоревшие» профессионалы чувствуют свою беспомощность, бессилие и безнадежность. Иногда из-за потери контроля у них появляется страх «сойти с ума». Может наблюдаться ухудшение концентрации на длительный период, забывчивость, ошибки при письме и в устной речи. Профессионалу становится трудно выполнять сложные задачи, мышление становится более ригидным и схематичным.

Наблюдается тенденция ухода от реальности вместо активного решения проблем. Снижается толерантность к фрустрации, что ведет к увеличению вероятности агрессивного поведения. Уменьшается вовлеченность в дела клиента/пациента, наблюдается циничное и негуманное отношение к другим.

Эта психологическая защита повышает чувство своей значимости и правоты. Профессионал может проявлять агрессию, направленную против коллег и начальства, становиться критичным по отношению к окружающим.

3. Физические симптомы включают в себя три категории.

В первую категорию входят жалобы на усталость, головную боль, головокружение, тошноту, нервные тики, боли в мышцах, особенно шеи и спины, сексуальные проблемы, потерю или прибавку массы тела. Основной признак – физическая усталость.

Вторая категория включает психосоматические расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и системы кровообращения.

Третья категория – физиологические реакции: повышение артериального давления, высокий уровень холестерина, снижение электрического сопротивления кожи.

4. Поведенческие симптомы. Проявляются в увеличении уровня возбуждения и ослаблении контроля над импульсами. Это может приводить к проявлению агрессивности, порождать конфликты как на работе, так и дома.

«Эмоционально выгоревший» профессионал гиперактивен, неусидчив, не способен сконцентрироваться на чем-либо. Он действует прямолинейно, импульсивно и не способен к рассмотрению альтернативных точек зрения.

С другой стороны, он склонен откладывать дела со дня на день из-за своей нерешительности. Старается прийти на работу как можно позже, на работе часто смотрит на часы, уходит как можно раньше и при первой возможности остается дома. Отмечается увеличение употребления психоактивных веществ, которые используются для снятия напряжения, вызванного работой.

Это может приводить к социальной изоляции и уходу в свой внутренний мир. Понижается эффективность профессиональной деятельности, ухудшается качество выполнения работы. Отмечается сопротивляемость переменам. У специалиста увеличивается чувство безразличия к своей профессиональной деятельности. Переедание и недоедание также относятся к поведенческим симптомам эмоционального выгорания.

5. Мотивационные симптомы. В процессе эмоционального выгорания снижается профессиональная мотивация,

отмечается потеря энтузиазма и интереса к работе. Этот глубокий мотивационный кризис выражается в потере первоначального интереса к клиентам/пациентам, безразличии и упадке духа.

Нами проведено обследование 102 человек с проявлениями СЭВ в возрасте 25–45 лет (68 мужчин и 34 женщины). В данную группу вошли сотрудники МВД и педагоги средних школ.

Критериями исключения в рамках данного исследования являлись:

- выраженные соматические заболевания (органические поражения головного мозга, эпилепсия, болезни системы кровообращения, сахарный диабет, онкопатология, заболевания щитовидной железы и другие опасные для жизни и здоровья состояния);
- наличие в анамнезе депрессивных эпизодов, биполярного расстройства, шизофрении, органических заболеваний нервной системы, алкоголизма.

Контрольную группу в рамках данного исследования составили 106 человек без признаков СЭВ.

Использование личностного опросника В.В.Бойко позволило выделить группы для исследования. В группу «Резистенция» вошли пациенты со сформировавшейся или формирующейся 2-й фазой выгорания – 50,9% (52 человека), группу «Истощение» составили пациенты с уровнем баллов, позволяющим судить о сформировавшейся и формирующейся 3-й фазе СЭВ – 49,1% (50 человек). Пациентов с 1-й фазой по опроснику В.В.Бойко из общего числа обследованных выявлено

не было. Логично предположить, что страдающие СЭВ в начальной фазе не обращаются к врачу или психологу.

Чаще всего пациенты отмечали повышение утомляемости и раздражительности, некоторое снижение когнитивных функций (снижение памяти, в том числе краткосрочной, рассеянность), беспокойство, тревожность, эмоциональную неустойчивость, головную боль напряжения, метеозависимые головные боли и т.д. Частыми были жалобы на диссомнические нарушения (трудности при засыпании и подъеме утром). Некоторые отмечали физический дискомфорт (периодические неприятные ощущения в области груди, боли в спине и т.д.).

При диагностике СЭВ прежде всего выявляется наличие стресса как такового. При достаточно большом арсенале методик, направленных на диагностику стресса, наиболее часто используется методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации T.Holms и R.Rahe (см. приложение).

Авторы выделили 43 основных жизненных события, которые потенциально могут привести к стрессовым переживаниям. Анализ полученных данных позволяет, по мнению авторов, судить о степени сопротивляемости индивида, а также способствует осознанию того, что совокупность незначительных эмоциогенных событий при их комплексном воздействии может являться интенсивно стрессовой средой.

Однако данная методика позволяет лишь выявить наличие самих стрессовых факторов, но не степень их выраженности и последствия их переживаний. Одной

из методик, позволяющих выявить особенности переживаний, степень стрессового напряжения как совокупность психологических и соматических симптомов, является опросник Дж.Тейлора в адаптации Т.А.Немчина (см. приложения).

Анализ особенностей СЭВ в отечественных исследованиях наиболее часто проводится по методике В.В.Бойко, так как она позволяет не только выявить наличие эмоционального выгорания и соответствующего ему напряжения, но также судить о степени сопротивляемости (стрессоустойчивости) индивида и отдельных симптомах, являющихся ведущими, запускающими механизмами развития данного синдрома.

Важным компонентом диагностики эмоционального выгорания служит выявление синдрома хронической усталости (СХУ), часто имеющего сходные черты с СЭВ, но являющегося специфическим патологическим состоянием. Поскольку, с одной стороны, данный синдром включен в МКБ в виде перечня конкретных симптомов, а с другой – проявляется в виде совокупности психологических симптомов, для диагностики СХУ используются оба подхода: психологический (разработанный Э.Боллзом) и клинический (основанный на критериях МКБ).

Для выявления симптоматических проявлений СХУ также используется опросник «Степень хронического утомления» А.Б.Леонова, позволяющий проводить сравнительный анализ выраженности отдельных симптомов данного феномена. Преобладание той или иной группы симптомов свидетельствует о глубине соматизации нега-

тивных последствий хронического утомления и указывает на сбои в работе тех регуляторных механизмов деятельности, которые прежде всего нуждаются в корректировке.

Степень развития хронического утомления является важным фактором, от которого в большой степени зависят особенности актуального состояния личности. Общая астенизация организма связана с истощением адаптационных ресурсов человека, что существенно ограничивает его возможности адекватно реагировать на профессиональные нагрузки. Она приводит также к необходимости актуализировать в деятельности резервные ресурсы, что усугубляет эффекты перенапряжения и истощения.

С учетом анамнеза, жалоб, результатов психологического тестирования и неврологического обследования можно выделить следующие ведущие (доминирующие) синдромы в структуре СЭВ:

1. Астенический.
2. Тревожно-фобический.
3. Психовегетативный.
4. Цефалгический.

Глава 5. Астенический синдром

«Как болезнь невращения даже не признается серьезным страданием, а между тем, что может быть мучительнее того состояния, когда человек физически представляется относительно здоровым... и вместе с тем, имея в общем достаточно умственных сил, не может пользоваться ими по причине своего болезненного состояния».

В.М.Бехтерев (1906)

Феноменология астении

Учитывая ведущее значение истощаемости как основной составляющей СЭВ, можно сказать, что астенический синдром является облигатным для данного состояния.

СЭВ проявлялся в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительности, уменьшения работоспособности, чувства рассеянности и неустойчивости настроения, нарушениями сна; а также снижением способности к длительному умственному и физическому напряжению; избыточной чувствительностью к местам массового скопления людей, громким звукам, яркому свету, резким запахам и т.д.

Астения в переводе с греческого означает бессилие, слабость. Под астенией понимают патологическую **усталость** после нормальной активности, сопровождающуюся снижением **энергии**, необходимой для обеспечения

нормальной жизнедеятельности, и **внимания**, резкое **снижение работоспособности**.

Обычно астения сопровождается вялостью, сонливостью, раздражительностью. Преобладает чувство усталости, разбитости. Нередко симптомы астении отмечаются также у детей и подростков. Чаще всего встречаются астении преимущественно психогенного происхождения.

Данное состояние принято называть неврастенией. Астения представляет собой неспецифический синдром, который может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и даже развиваться у здоровых людей при определенных обстоятельствах.

Б.И.Ласков и соавт. (1981) определяют следующие признаки астении:

- психическая истощаемость;
- снижение умственной и физической работоспособности;
- снижение концентрации внимания, рассеянность;
- ослабление памяти;
- неустойчивость настроения;
- расстройства сна.

Причем эти состояния носят временный характер, неспецифичны для поражения того или другого органа и могут иметь место при заболеваниях различных органов и систем.

Еще Филострат (III–II вв. до н.э.) дал подробнейшее описание так называемой астенической конституции (цит. по Ю.А.Александровскому, 2000). Гиппократ и Гален видели в качестве причины данного состояния

влияние желчи на нервную систему. Термин «астения» был впервые введен в 1735 г. J.Brown, который писал, что недостаток раздражения вызывает усиление возбудимости – «стению», а избыток раздражения уменьшение возбудимости – «астению» (цит. по Б.С.Бамдасу, 1961). При этом холод, голод, кровопотеря вызывают «прямую стению», а чрезмерное возбуждение – «непрямую астению». E.Kretschmer (1928), W.Sheldon (1942) находили связь между конституцией пациента, с одной стороны, и чертами личности – с другой. Уже в XIX веке G.Beard (1869) написал статью в «Boston Medical and Surgical Journal», в которой выделил «американский невроз» – неврастению. Такое название заболевания во многом обусловлено тем, что наблюдения автора были сделаны во время Гражданской войны в США и после нее. Он рассматривал неврастению как состояние раздражительной слабости, связанное с истощением нервной системы, «обеднением нервных сил».

В этой связи интересно отметить, что выдающийся русский психиатр П.И.Ковалевский в 80-е годы XIX века писал, что неврастения превратилась в «русскую болезнь» и в основе заболевания лежат трудности адаптации и нравственные проблемы современного общества.

По мнению G.Beard, неврастении более подвержены образованные и обеспеченные люди, а нервное истощение может быть вызвано «непомерным социальным давлением» в силу экономической нестабильности. (В дальнейшем S.Wessely в 1997 г. отметил, что, хотя первоначально неврастения была модной болезнью высших сословий,

«в дальнейшем она распространялась по нисходящей через социальные классы».) Впоследствии G. Beard систематизировал и подробно описал эту патологию в качестве самостоятельного заболевания и говорил о неврастении как об «угрозе для цивилизации». В число соматических и психических нарушений, характерных для неврастения, он включил 44 симптома, в происхождении которых общим является умственное перенапряжение, вызывающее нервное истощение.

Дальнейшее изучение астении проводилось в связи с развитием учения о неврозах.

R. Kraft-Ebing (1890) определял астению как «болезненное состояние нервной системы, главными клиническими признаками которого являются ненормально легкая возбудимость и чрезмерно быстрая истощаемость нервных функций». Он писал, что неврастения является наиболее распространенным неврозом и это заболевание прочно вошло в жизнь современного общества.

Работы Ж. Шарко и его коллег также способствовали разграничению истерии, ипохондрии и неврастения. Исследуя головные боли, Шарко ввел понятие «каска неврастеника». Его ученик Жиль де ла Туретт разграничил «истинное неврастеническое состояние» и «неврастению наследственную».

Данные работы положили начало пересмотру существовавших до второй половины XIX века представлений о психогенно обусловленных психических нарушениях, эклектически объединявшихся с эклампсией, столбняком, хореей, эпилепсией.

Известный невролог А.Штрюмпель писал: «Эта болезнь столь же стара, как и вообще многие наши сведения о болезнях человека; и если многие склонны видеть причину увеличения частоты неврастения в непрерывной сутолоке, в беспокойстве и возбуждениях современной жизни, то стоит только взглянуть в историю предыдущих веков с их ужасами и бесконечными войнами, чтобы убедиться, что взгляд этот крайне ошибочен. Новым является только название “неврастения” и более правильный взгляд на сущность болезни, а также умение отличить ее от других нервных страданий» (цит. по Ю.Белицкому, 1906).

Е.Краепелин (1912) выделял «приобретенную» неврастению, возникающую на фоне переутомления, отличая ее от «конституциональной нервности». Е.Блеулер (цит. по Б.С.Бамдасу, 1961) считал, что в основе приобретенной неврастении лежит не истощение нервной системы, а эмоциональная перегрузка – «раннее включение вентиля утомления». В.П.Осипов (цит. по Б.С.Бамдасу, 1961) термином «простая астения» обозначал состояния, обусловленные голоданием, инфекциями (острыми и хроническими), кровопотерей и истощением нервной системы вследствие длительной непосильной работы.

Р.Тайлор в 2001 г. провел ретроспективное исследование феномена «исчезновения» диагноза неврастения (снижения частоты постановки диагноза и его распространенности) и противоречивых мнений относительно ее диагностики в Англии. По данным этого анализа, неврастения с момента своего первого появления в 1886 г.

возникает как отдельная диагностическая категория и к 1905 г. составляет 11% всех диагнозов при выписке больных из стационара. В дальнейшем (к 1932 г.) она становится подкатегорией «психоневроза», а к 1935 г. диагноз практически исчезает, составляя 1% всех случаев. После 1941 г. диагноз неврастения исчезает полностью даже как подкатегория психоневроза (кроме одного случая в 1944 г.).

Интересно отметить, что по данным историй болезни, взятых из различных лечебных учреждений Советской армии в период Великой Отечественной войны, неврастения составила только 7,8% всех болезней нервной системы (Попов Е.А., 1949). При этом В.А.Горовой-Шалтан (1949) писал, что неврастения отмечается в 29,5% случаев неврозов военного времени.

Во второй половине XX века появился синоним неврастения – «синдром менеджера», обозначающий переутомление у представителей управленческого персонала. По сути, эти понятия отражают одно и то же состояние, но при озвучивании правильно поставленного диагноза «неврастения» пациент ощущает себя больным и зачастую воспринимает это негативно (само слово «неврастеник» может восприниматься как оскорбление). Конечно, здесь играет роль страх проявить слабость, которая разрушит образ лидера. Когда же врач или психолог говорят про «синдром менеджера» и «эмоциональное выгорание», то это звучит как констатация факта – ведь пациент действительно работает менеджером и «горит на работе».

В отличие от астенических расстройств, физиологическая утомляемость характеризуется: 1) слабой выраженностью астенических симптомов; 2) появлением астенических симптомов на короткое время (несколько дней) при нагрузках, недосыпании и 3) исчезновением астенических симптомов после отдыха (Гиндикин В.Я., 2000).

Астенические расстройства являются частым поводом для обращения к врачу. Так, по данным R.Price и соавт. (1992), 24% взрослых американцев отмечали утомление в течение двух недель и более, при этом от 59 до 64% из них обращались за медицинской помощью. Исследования I.Nickie и соавт. (2002) позволили найти повышенную утомляемость у 13,2% австралийцев (достоверно чаще у мужчин, чем у женщин), при этом примерно у 10% из них клиническая картина соответствовала критериям неврастении. По данным P.Skapinakis и соавт. (2003) астения встречается в 1,2–5,4% случаев в популяции. Японские и британские авторы N.Watanabe и соавт. (2008) приводят более высокие цифры (15%) страдающих астенией в популяции. Среди обратившихся к неврологу пациентов астенические жалобы предъявляют до 80% (Акарачкова Е.С., 2010).

Неврастенический симптомокомплекс относится к наиболее распространенным клиническим проявлениям неврозов. Так, Б.Д.Карвасарский (1990) указывает на то, что неврастения наблюдается у 34% больных неврозами.

А.С.Аведисова и Д.В.Ястребов (2010) приводят данные опроса 277 врачей (в основном терапевтов и невро-

логов), свидетельствующие о том, что доля пациентов с астеническими расстройствами среди общего числа превышает одну треть, что составляет достаточно большой показатель. Эта величина примерно одинакова как во всем контингенте больных, так и среди первичных пациентов, составляющих в среднем 35%.

По мнению данных авторов, это подтверждает тот факт, что астенические нарушения на всем протяжении лечения не подвергаются заметному обратному развитию. Астенические расстройства в 2 раза чаще отмечались у женщин. Распределение по возрасту характеризуется сдвигом в сторону старших возрастных групп: 63,4% лиц, страдающих данной патологией, – старше 40 лет.

Результаты исследования уровня астении у пациентов с СЭВ с помощью субъективной шкалы оценки MFI-20, проведенного нашей сотрудницей А.В.Рожковой, позволили говорить о большей выраженности данного показателя в группе «Истощение» (рис. 1).

В зависимости от этиологических факторов выделяют физиогенные, психогенные и мультифакториальные (сочетанное воздействие физических и психологических факторов) астении.

С учетом этиологии, патогенеза и клинических проявлений Б.И.Ласков и соавт. (1981) различают следующие виды физиогенных астений:

1. Цереброгенная астения (поражение головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного, интоксикационного генеза).

2. Соматогенная астения.

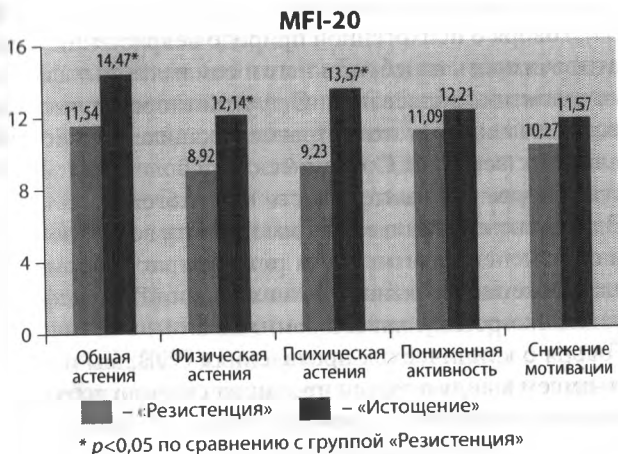


Рис. 1. Уровень астении у пациентов с СЭВ.

3. Церебросоматогенная астения.

4. Адаптационная астения (астения негативной адаптации), включающая:

а) парциальные астении (перцепторно-оптическую, перцепторно-акустическую, перцепторно-оптико-акустическую);

б) астению при десинхронозе;

в) астению переутомления.

Полиэтиологичность астенических расстройств препятствует разработке общепринятой систематики этих состояний. Ряд авторов считает невозможным возникновение астении под действием только психологических

или только биологических факторов. Так, А.Крейндлер (1963), говоря о психогенной природе неврастения, признает значимость цереброгенных и соматогенных факторов в развитии заболевания. С другой стороны, подчеркивается значимость психотравмирующих воздействий для данных астений. Соматические заболевания могут снижать порог чувствительности к психогении.

В патогенезе астенических расстройств ведущую роль играют изменение активности ретикулярной формации (чаще снижение ее активирующих влияний) и дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса.

Говоря о клинических проявлениях СЭВ, мы прежде всего имеем в виду астению преимущественно психогенного происхождения, т.е. неврастению.

Клиническая картина неврастения

В МКБ-10 неврастения (F48.0) характеризуется следующими критериями:

а) повышенная утомляемость, усталость, общая слабость после незначительной умственной или физической нагрузки;

б) по меньшей мере два из следующих симптомов:

- мышечные боли;
- головокружение;
- головные боли напряжения;
- нарушения сна;
- неспособность расслабиться;
- раздражительность;
- диспепсия.

в) вторичные и невыраженные симптомы: подавленность и тревожность.

Клиническая картина заболевания характеризуется полиморфностью проявлений. Собственно астенические жалобы (общая слабость, утомляемость, истощаемость, вялость, дневная сонливость, адинамия) сочетаются с головными болями, головокружением, тошнотой, мнестическими нарушениями. Что особенно примечательно, эти жалобы не исчезают после отдыха.

Большая роль в клинической картине неврастении отводится симптомам психической гиперестезии (Смулевич А.Б., 1999).

Характерный признак гиперестезии – интенсивность самого ощущения утомления. Преобладают жалобы на «невыносимую» усталость, полную «прострацию», снижение жизненного тонуса, упадок физических и умственных сил, отсутствие бодрости, энергии, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок. Каждый поступок, даже движение, требуют, по словам больных, величайших усилий.

Гиперестезия проявляется также в сфере сенсорного восприятия и телесных ощущений. Возможна гиперестезия кожных покровов, когда до головы нельзя дотронуться и даже расчесывание волос вызывает боль. Для пациентов с неврастением характерна повышенная чувствительность к громким звукам, шуму, яркому свету. Кроме этого, отмечается повышенная чувствительность к ощущениям от внутренних органов, что находит отражение в многочисленных соматических жалобах.

Больной неврастенией осознает свою «нервную слабость»: у него появляются неуверенность в себе, чувство внутренней напряженности и тревоги. Иногда такие люди жалуются на «плохую память», однако при проверке это не обнаруживается. Дело в том, что всякое напряжение внимания, необходимое для воспоминания, становится для них трудным, тягостным. Ослабление внимания ведет к рассеянности, которая, в свою очередь, не способствует эффективному запоминанию. Больные неврастенией обычно не выдерживают длительного напряжения. Для их деятельности характерно удачное интенсивное начало работы и быстрое падение ее продуктивности (Александровский Ю.А., 2000).

И.П.Павлов выделил следующие формы неврастении: гипостеническую, для которой характерны повышенная утомляемость, падение работоспособности, сонливость, истощаемость; и гиперстеническую, которой свойственна повышенная реактивность, возбудимость, вспыльчивость, трудности при засыпании.

Б.С.Бамдас (1961) отмечает, что на первый план при гиперстеническом варианте выступают раздражительность, гневливость, несдержанность, нетерпеливость. Если на работе такой человек сдерживает раздражительность, то дома «дает волю своим чувствам». Такие пациенты жалуются, что «в голове все время крутятся» заботы, планы, воспоминания и поэтому они не могут полноценно отдохнуть. По мнению В.Н.Краснова и Д.Ю.Вельтищева (1998), гиперстенический вариант характеризуется симптомами тревожного диапазона с признаками вегетатив-

ной лабильности и гиперестезии в отношении воздействия внешних факторов.

Гипостенический вариант имеет более стабильные признаки. На первый план в этом случае выступают явления общей слабости, истощаемости, нарастающей утомляемости. Уже к середине рабочего дня такие пациенты чувствуют себя неспособными к деятельности, требующей активного внимания. Больные отмечают, что испытывают трудности при сосредоточении и повышенную отвлекаемость. Часто предъявляются жалобы на снижение памяти. Кроме этого, для таких больных характерна постоянная дневная сонливость. Отдых не дает восстановления сил. Настроение у таких пациентов снижено. По мнению В.Н.Краснова и Д.Ю.Вельтищева (1998), данные симптомы в большей степени соответствуют депрессивному диапазону аффективного спектра.

Кроме этого, часто выделяют форму неврастения, характеризующуюся «раздражительной слабостью» (Бамдас Б.С., 1961), занимающую промежуточное положение между гиперстеническим и гипостеническим вариантами.

При хронизации неврастения на первый план выступают астеноипохондрический и астенодепрессивный симптомокомплексы (Карвасарский Б.Д., 1990). При первом варианте астения сопровождается развитием навязчивых страхов ипохондрического характера. При втором варианте эмоциональные нарушения приобретают депрессивную окраску.

В качестве частых жалоб при неврастении часто фигурируют разнообразные нарушения сна: затрудненное засыпание, поверхностный сон с обилием сновидений.

Большая, по сравнению со здоровыми людьми, продолжительность неглубоких стадий сна регистрируется при полисомнографическом исследовании (Sharpley A. et al., 1997). После сна не приходит ощущение бодрости и свежести. К середине дня самочувствие улучшается, а к вечеру вновь ухудшается (Свядош А.М., 1997).

Среди типичных расстройств сна выделяют три клинических варианта: пресомнический, интрасомнический и постсомнический. По наблюдениям Ю.Я.Тупицына (1973), преобладают пресомнические расстройства: неглубокий сон с пробуждениями и укороченный сон из-за раннего пробуждения.

По нашим данным, доминирующим симптомом в структуре расстройств сна у пациентов с астеническим синдромом в рамках СЭВ являлось нарушение засыпания. Достоверных межгрупповых различий в частоте возникновения диссомнии при различных стадиях СЭВ не регистрируется.

Существенное значение среди клинических проявлений неврастении имеют сексуальные расстройства. У мужчин это преждевременная эякуляция и ослабление эрекции, а также снижение полового влечения, у женщин – снижение полового влечения, неполное ощущение оргазма, иногда аноргазмия (Карвасарский Б.Д., 1990).

Нами (Чутко Л.С. и др., 2011) выделены следующие этапы развития неврастении:

1. Когнитивный: первые жалобы на утомляемость, снижение памяти и внимания.
2. Эмоциональный: тревожность, снижение настроения.
3. Поведенческий (социальный): раздражительность, напряжение в отношениях с близкими.
4. Психовегетативный: головные боли, вегетативные нарушения, расстройства сна. На этом фоне усугубляются когнитивные нарушения. Таким образом, формируется «порочный круг» неврастении.

Дифференциальная диагностика астении

Необходимо проведение дифференциальной диагностики между неврастенией и астенией на фоне эндогенных психических расстройств. При этом надо учитывать, что астенические состояния при тяжелых психических заболеваниях сравнительно редко наблюдаются в чистом виде, обычно они сочетаются с другими психопатологическими расстройствами (Гиндикин В.Я., 2000).

Следует обращать внимание на следующие признаки: быстро нарастающее утомление с жалобами на сохраняющуюся в течение всего дня изнуряющую слабость; диспропорцию гиперестезических проявлений астении, приобретающих избирательный и даже вычурный характер и смещающихся в сферу соматопсихических расстройств с обостренным контролем деятельности собственного организма (Смулевич А.Б., 1999).

О возможности шизофрении могут свидетельствовать нарушения самоосознания активности с преобладанием

анергии, выражающейся (в отличие от свойственного неврастении чувства утомления) ощущением физической и умственной несостоятельности, неполноты собственных действий, речи, мышления, деятельности внутренних органов. Такое состояние определяют как аутохтонная астения.

К расстройствам негативного ряда относится также псевдобрадифрения – уменьшение спонтанности и замедление всех психических процессов, обеднение ассоциативных связей, нарастающая инертность когнитивных функций, значительно нарушающие профессиональную деятельность и ограничивающие общую активность. В том же ряду могут рассматриваться стремление к снижению общения, происходящее вместе с упадком сил, нарушение социальных контактов, ограничение межличностных связей.

Против шизофрении свидетельствуют явная зависимость возникновения расстройства от психотравмирующей ситуации, отражение ее в переживаниях пациента на всем протяжении болезни, отсутствие аутистических черт в поведении, выраженная эмоциональная живость, зависимость клинических проявлений от физической и/или психической нагрузки.

В ряде случаев астения может выступать в качестве продрома депрессивных расстройств. В таких случаях говорят об астенической депрессии (депрессии истощения, неврастенической меланхолии) (Gayral L., 1972).

Астенические депрессии чаще носят симптоматический характер и возникают на фоне тяжелых хронических

соматических (сахарный диабет, анемия, цирроз печени, уремия) и неврологических (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, опухоли головного мозга) заболеваний (Смулевич А.Б., 1999).

Астеническая депрессия характеризуется стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой, наличием жалоб на затруднения, возникающие при выполнении обычных утренних гигиенических процедур. Наблюдаются апагия, пессимизм с ощущением бесперспективности, ангедония (потеря чувства наслаждения). У таких пациентов преобладают слабость со снижением активности и инициативы, повышенная слезливость («слезы льются сами собой»).

Картина развернутой астенической депрессии определяется признаками негативной аффективности и включает повышенную истощаемость, жалобы на физическое бессилие, утрату энергии, «изношенность», несоразмерность ощущений, сопровождающих физиологические процессы. Любая деятельность сопряжена с необходимостью преодоления слабости и не приносит удовлетворения, чувство усталости возникает даже при незначительном усилии. Особенностью депрессивной утомляемости, отличающей ее от обычной усталости и проявлений СХУ, является особое чувство мышечной вялости, родственное нарушению общего чувства (ощущения) тела. Течение таких депрессий медленное, с незаметным началом или персистирующее волнообразное (по типу дистимии) (Смулевич А.Б., 1999).

СХУ характеризуется выраженной утомляемостью, длящейся как минимум 6 мес. и сопровождающейся

многочисленными как психологическими, так и соматическими симптомами.

СХУ является гетерогенным состоянием, в происхождении которого могут играть роль как психогенные факторы, так и вирусная инфекция (Wessely S., 1997; Afari N., Buchwald D., 2003). Говоря о СХУ, обычно упоминают такие симптомы, как длительный субфебрилитет, увеличение лимфоузлов, миалгии. Для постановки этого диагноза необходима длительность заболевания не менее 6 мес. Активно обсуждается роль вирусов простого герпеса 6-го типа и Эпштейна–Барр в возникновении СХУ (White P. et al., 2001). Это состояние называли также «миалгический энцефаломиелит».

Распространенность СХУ во взрослой популяции составляет 0,4–3%, но приблизительно 80% всех случаев СХУ остаются не диагностированными (Van Houdenhove B. et al., 2010). Женщины в 3 раза чаще страдают данной патологией. Средний возраст начала заболевания 29–35 лет. Продолжительность заболевания составляет от 3 до 9 лет (Prins J.V. et al., 2006). СХУ чаще регистрируется в высокоразвитых странах.

Согласно диагностическим критериям этого расстройства (1994), требуется как минимум 6 мес. персистирования необъяснимой усталости, которая не проходит после отдыха и в значительной степени редуцирует уровень повседневной активности. В дополнение к усталости в шестимесячный период должны присутствовать 4 или более из 8 следующих симптомов:

- нарушение памяти или концентрации внимания;

- фарингит;
- болезненность шейных или подмышечных лимфоузлов при пальпации;
- болезненность или скованность мышц;
- болезненность суставов (без покраснения или опухания);
- вновь возникшая головная боль или изменение ее характеристик (тип, тяжесть);
- сон, не приносящий восстановления сил (свежести, бодрости);
- усугубление усталости вплоть до изнеможения после физического или умственного усилия, продолжающееся более 24 ч.

Диагноз СХУ может быть поставлен только после того, как будут исключены другие соматические (гипотиреоз, нарколепсия и др.) и психические (шизофрения, депрессия, деменция, анорексия, алкоголизм и др.) заболевания, которые могут вызвать данную патологию.

Вспышка этого заболевания впервые была отмечена в 1984 г. в небольшом местечке Инклайн-Виллидж штата Невада (США) докторами P.Cheney и D.Peterson. В тот период первопричиной эпидемии считали вирус Эпштейна–Барр, поскольку у большинства заболевших были обнаружены в крови антитела к указанному вирусу. Дальнейшие исследования позволили выявить антитела и к другим вирусам. Характер эпидемии и обнаружение противовирусных антител позволили определить теорию возникновения СХУ как вирусную и предположить возможную роль вирусов Эпштейна–Барр, простого гер-

песа 6-го типа, энтеровирусов, цитомегаловируса и др. (White P. et al., 2001). Сторонники вирусной этиологии заболевания настаивают на скрытом течении вирусной инфекции, которая активизируется при определенных условиях.

При СХУ регистрируются различные иммунологические нарушения, в частности снижение иммуноглобулина G, числа лимфоцитов с фенотипами CD3, CD4, естественных киллеров, повышение уровня противовирусных антител и интерферона.

Ощущение чрезвычайной утомляемости может появиться внезапно и часто сочетается с гриппоподобными симптомами. Иногда появлению заболевания предшествуют признаки респираторной инфекции.

Не случайно данное заболевание ранее называли «яппи-гриппом» (англ. Yuppie, аббр. от Young Urban Professional Person – молодой горожанин с высшим образованием), так как наиболее часто оно выявлялось у молодых людей, занятых профессиональной карьерой и заинтересованных в материальном успехе.

Пациенты жалуются, что физические или умственные усилия усугубляют ощущение усталости. Астении сопутствуют жалобы на снижение внимания и памяти. Болевой синдром носит диффузный характер, часто проявляется миалгиями и артралгиями. Кроме этого, пациенты жалуются на боль в горле, головную боль, болезненность лимфатических узлов. Болевому синдрому сопутствуют субфебрильная температура и разнообразные симптомы вегетативной дисфункции.

У пациентов с СХУ значительно чаще, чем в общей популяции, встречаются панические атаки и генерализованное тревожное расстройство (Wyller V.B., 2007). Для пациентов с СХУ характерны невротизм и интроверсия (Van Houdenhove B. et al., 2010).

Необходимо отметить, что у женщин СХУ часто сочетается с эндометриозом, галактореей, поликистозом яичников, нарушениями менструального цикла и другой гинекологической патологией (Boneva R.S., 2011).

Цереброгенная астения (органическое астеническое расстройство, код по МКБ-10 F06.6) возникает на фоне черепно-мозговых травм, нейроинфекций, сосудистых заболеваний головного мозга, интоксикаций, а также последствий неврастении. Данное состояние характеризуется стойкостью и монотонностью, отсутствием явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности астении в таких случаях часто бывает больше, чем пациент осознает. Утомляемость и сонливость могут возникать в состоянии покоя. При неврологическом осмотре регистрируется очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика (асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, снижение брюшных рефлексов, патологические стопные знаки, головокружение, головные боли).

По мнению Б.И.Ласкова и соавт. (1981), патогенетической основой цереброгенной астении являются нарушения компенсаторных приспособительных механизмов и энергетического баланса в головном мозге, обусловленные структурными изменениями в виде атрофического

или рубцово-спаечного процесса, изменений ликворо- и гемодинамики, нейроэндокринных сдвигов. Изменения нейродинамики вторичны – они опосредованы органическим процессом или его последствиями. Именно этим объясняются стойкость и монотонность симптомов астении, иногда наличие психоорганических расстройств, а также замедленная, нестойкая компенсация нарушенных функций.

Астения отмечается у 73% пациентов, перенесших черепно-мозговую травму (Bushnik T. et al., 2008). Астеническая симптоматика затрудняет социальную адаптацию у таких пациентов и снижает качество жизни (Cantor J.V., 2008).

Для пациентов с цереброастеническим синдромом на фоне последствий черепно-мозговых травм, кроме вышеуказанных симптомов, характерны раздражительность и эксплозивность (вспыльчивость).

Гипостенический вариант астении может проявиться сразу после травмы.

Гиперстенический вариант чаще проявляется в более отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Для посттравматических астений характерны нарушения памяти. Кроме этого, для посттравматических астений характерны нарушения сна (чаще в форме уменьшения глубины сна) и дневная сонливость (Beaulieu-Bonneau S., Morin C.M., 2012; Ponsford J.L. et al., 2012). Необходимо отметить, что степень тяжести травмы и возраст пациентов не являются факторами, влияющими на выраженность астении.

Для пациентов с цереброастеническим синдромом на фоне атеросклероза сосудов головного мозга характерно волнообразное нарастание астенических симптомов.

Астения является наиболее частым нарушением именно в начальном периоде заболевания. У больных снижается работоспособность, появляются быстрая утомляемость, затруднения при переключении с одного вида деятельности на другой и в освоении новых дел. Больные испытывают недомогание, часто жалуются на тяжесть и давление в голове, головные боли, головокружение, иногда легкие парестезии.

На начальной стадии *дисциркуляторной энцефалопатии* симптомы астении проявляются больше с утра, уменьшаются к середине дня и к вечеру. Расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи и затрудненным последующим засыпанием, ранним пробуждением. После сна больные не чувствуют себя отдохнувшими, может наблюдаться отсутствие чувства сна в ночное время, хотя на самом деле больные спят.

Постепенно развивается снижение памяти, больному трудно вспомнить даты, имена, термины. Вначале нарушения памяти проявляются лишь эпизодически, наиболее отчетливо при психическом и физическом утомлении. В течение ряда лет больные справляются со своими привычными обязанностями, однако затрачивают на их выполнение все больше времени. Отмечаются нарушения внимания, затруднения в использовании ресурсов памяти.

По мере прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов головного мозга больные становятся обидчивыми, слезливыми, неуверенными в себе, ворчливыми; наблюдается снижение памяти, затруднение усвоения новой информации.

Для таких пациентов характерны возбудимость и вегетативная лабильность, беспричинная и безудержная слезливость («недержание аффекта»), длительное переживание эмоциональных событий («застревание аффекта»).

С углублением астении, а особенно при физических или психических нагрузках, возникает сонливость в дневное время, однако без одновременного улучшения ночного сна.

Иногда на первый план выходят нарушения мышления в виде его замедления и затруднения. Расстройства памяти углубляются, больные с трудом запоминают и усваивают новые знания, но память на прошлое длительное время остается сохранной. Настроение обычно пониженное, больные осознают наступившие у них изменения и относятся к ним критически (Бамдас В.С., 1961; Соловьева С.Л., 2011).

Соматогенные астении возникают как следствие различных соматических заболеваний, на фоне хронических заболеваний внутренних органов, последствий острых соматических заболеваний, оперативных вмешательств и многих других причин, являются одним из симптомов этих заболеваний.

Динамика проявлений астении зависит от выраженности симптоматики основного соматического заболевания.

Важным признаком в этих случаях служит наличие или отсутствие соматического неблагополучия пациентов.

Астения является стержневым, или сквозным, синдромом при различных заболеваниях внутренних органов. Она может быть как дебютом, так и исходом заболевания.

Астенические расстройства редко наблюдаются в чистом виде, они сочетаются с тревогой, депрессией, страхами, неприятными ощущениями в теле и ипохондрической фиксацией на своей болезни.

На определенном этапе астенические нарушения могут появляться при любом заболевании. Известно, что острые простудные заболевания, например грипп, сопровождаются подобными явлениями, а астенический «хвост» нередко сохраняется и после выздоровления в течение месяца. При осложненном течении острого респираторного заболевания, например развитии пневмонии, астения продолжается у пациентов до нескольких месяцев после реконвалесценции (Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., 2011).

Согласно А.Б.Смулевичу (1999), соматогенная астения характеризуется следующими признаками.

К *основным симптомам* относятся преобладание физической (соматической) астении с мышечной слабостью и полиморфными вегетативными расстройствами, гиперестезические реакции с отказом от манипуляций и продолжения лечения и т.д.

К *нарушениям социально-профессиональной адаптации* при соматогенной астении относятся заметное снижение профессиональной продуктивности, уменьшение

привычной активности с переходом на «щадящий режим» в профессиональной деятельности.

Для *инсомнических нарушений* при соматической астении характерна гиперсомния, т.е. дневная сонливость при отсутствии привычной бодрости.

Психосоматические нарушения определяются тенденцией к усилению и усложнению соматизированных проявлений (задержка мочеиспускания, запоры, диарея), а также болевых ощущений – общих проявлений с соматическими заболеваниями: церебралгии, миалгии, артралгии, спондилалгии, гастралгии, кардиалгии и т.д.

Психосоматический параллелизм и факторы хронизации определяются усилением астении, что связано с тяжестью и течением соматического заболевания: усиление астенических нарушений – при осложнениях, ухудшении соматического состояния пациента, уменьшение – при компенсации соматических нарушений.

Глава 6. Тревожно-фобический синдром

«Страх есть неопределенное мучение, связанное с мыслью, что с нами случится нечто неприятное, а надежда – неопределенное удовольствие, связанное с мыслью, что наше желание исполнится».

Б.Спиноза

Феноменология тревоги

Тревога проявляется в виде чувства неосознанного беспокойства («что-то не так, как надо»), внутреннего напряжения, периодического или постоянного чувства страха, что «не получится». Ведущим симптомом тревожных расстройств является патологическая тревога.

Тревога – субъективно неприятное эмоциональное состояние: чувство неопределенности, ожидание плохих событий, трудноопределимые негативные предчувствия. Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, проявляющейся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения.

Р.Мэй (2001) приводит следующее определение: тревога есть опасение в ситуации, когда под угрозой оказывается ценность, которая, по ощущению человека, жизненно важна для существования его личности.

Р.Либ и Г.-У.Витхен (2003) выделяют следующие основные признаки патологической тревоги:

1) тревожная реакция и избегающее поведение. Переживаются как необоснованные, неадекватно сильные и слишком часто возникающие состояния;

2) избегание ситуаций, вызывающих тревогу, и потеря контроля над ней;

3) тревожные реакции возникают последовательно, продолжаются дольше обычного и ведут к снижению качества жизни.

Тревожные расстройства являются одним из наиболее частых заболеваний. Так, среди взрослых американцев заболеваемость всеми тревожными расстройствами в течение года составляет 5–15% (Шейдер Р., Гринблат Д., 1998). Поскольку сюда включаются лишь случаи, полностью соответствующие формальным диагностическим критериям, истинная распространенность этих расстройств может быть значительно выше.

О.В.Воробьева (2004) приводит следующие цифры: клинически значимая тревога встречается у 5–7% в общей популяции и у 25% или более пациентов, наблюдающихся врачами общей практики.

Тревожно-фобический синдром в исследуемой группе отличался неравномерностью проявлений и степенью выраженности в зависимости от группы обследуемых пациентов. В группе «Резистенция» тревожно-фобический синдром отмечался у большого числа пациентов (54,5%), в группе «Истощение» – у подавляющего числа обследованных (71,4%). Средние значения показателей реактивной и личностной тревожности в исследуемых группах говорят о том,

что если существенных различий между показателями реактивной тревожности при различных стадиях СЭВ нет, то личностная тревожность значительно выше на стадии истощения.

Виды тревожных расстройств

В настоящее время в рамках МКБ-10 выделяют тревожно-фобические расстройства (F40) и генерализованное тревожное расстройство (F41.1).

F40. Тревожно-фобические расстройства

Согласно МКБ-10, тревожно-фобические расстройства – это группа расстройств, при которых тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными.

В результате эти ситуации обычно избегаются или переносятся с чувством страха. Одно лишь представление о попадании в фобическую ситуацию обычно заранее вызывает тревогу предвосхищения.

Фобии характеризуются навязчивым переживанием страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. Они обостряются в определенных ситуациях, носят яркий и образный характер. Фобии обычно переносятся чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним – продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности. Существенный признак фобии – выраженная борьба пациента с ней (Карвасарский Б.Д., 1990).

F40.0. Агорафобия

Термин «агорафобия» употребляется здесь в более широком смысле, чем первоначально или по сравнению с тем значением, с каким он до сих пор используется в некоторой литературе. Теперь он включает боязнь не только открытых пространств, но также близких к ним ситуаций, таких как наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место (обычно – домой). Таким образом, термин включает в себя целую совокупность взаимосвязанных и обычно частично совпадающих фобий, охватывающих страхи выходить из дома, входить в магазины, находиться в толпе или общественных местах или путешествовать одному в поездах, автобусах или самолетах.

F41.1. Генерализованное тревожное расстройство

При этом заболевании тревога носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т.е. она является «нефиксированной»). Как и при других тревожных расстройствах, доминирующие симптомы очень переменчивы, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области.

Необходимо отметить, что отличительной чертой пациентов с генерализованным тревожным расстройством является то, что они абсолютно не могут переносить

сить неопределенность. Из всех возможных вариантов развития событий больные генерализованным тревожным расстройством заранее предполагают наиболее неблагоприятный, хотя и возможный в принципе (Dugas M.J.; цит. по Е.Г.Старостиной, 2004).

Глава 7. Психовегетативный синдром

Понятие «психовегетативный синдром» является условным и собирательным, объединяющим различные полисистемные вегетативные расстройства. При данном патологическом состоянии соматический ряд симптомов занимает первое место в картине болезни, при этом подразумевается психическое происхождение соматических феноменов. Соответствующие расстройства определяются также терминами «синдром вегетативной дистонии», «вегетососудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония», «вегетативный невроз», «органный невроз».

Ведущим механизмом появления данной патологии является соматизация. В клинической практике соматизация рассматривается как основной вариант реакции пациента на стресс в виде соматических жалоб (Goldberg D.P., Bridges K., 1988).

J.Lipowsky определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне (Lipowsky J., 1989). Он выделяет 3 основных уровня (компонента) соматизации: собственно телесных ощущений, когнитивный (осмысление и интерпретация симптомов пациентами в аспекте угрозы собственному здоровью) и поведенческий (действия и социальные связи субъекта, которые вытекают из интерпретации собственных ощущений).

По мнению В.Д.Тополянского и М.В.Струковской (1986), соматизация становится «закономерным результатом последовательного культивирования так называемых задержанных эмоций» и может тем самым рассматриваться как «плата современного цивилизованного человека за умение властвовать над собой».

В МКБ-10 данная патология отнесена к соматоформным расстройствам – группе психогенных заболеваний, характеризующихся патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание; причем не обнаруживается никаких морфологических проявлений, хотя при этом часто имеются неспецифические функциональные нарушения.

Главным отличием соматоформных расстройств от психосоматических является то, что при соматоформных расстройствах функциональные или незначительные органические нарушения сопровождаются чрезмерной тревогой за свое физическое здоровье.

Поведенческие особенности пациентов с соматоформным расстройством имеют значение для поддержания психовегетативного синдрома. Большую роль играют прежде всего два признака – щадящее, избегающее («*schonverhalten*») и контролирующее («*checking behaviour*») поведение.

Щадящее поведение, прежде всего, приводит к плохой физической форме, следствием чего является более сильное восприятие соматических изменений при соматических и психических нагрузках. Для пациентов это зачастую является лишним подтверждением их личной

концепции болезни. Далее, щадящее поведение приводит к поискам внешних условий, бедных стимулами (сокращение социальных контактов, пассивное проведение досуга), что также повышает риск более сильного восприятия и ошибочной оценки интернальных сигналов (Риф В., 2003).

Одним из важнейших отличительных признаков лиц с соматизированным расстройством считается «*somatosensory amplification*» (соматосенсорное усиление) (Barsky A., 1990), под которым понимают стабильное свойство личности усиленно обращать внимание на соматические симптомы, фокусировать на них свое внимание, благодаря чему усиливается субъективное восприятие физических ощущений и повышается опасность того, что это неприятные физические ощущения будут ошибочно оценены как болезненные.

Глава 8. Цефалгический синдром

Частым поводом обращения к врачу пациентов с СЭВ являются *головные боли напряжения* (ГБН). Существуют диагностические критерии ГБН, выделенные Международной ассоциацией по изучению боли (IASP):

- длительность эпизода головной боли не менее 30 мин. Обычно при эпизодической ГБН – от 30 мин до 7 дней. При хронической ГБН возможны и ежедневные, практически непрекращающиеся головные боли;
- характер головной боли не пульсирующий, а сжимающий, стягивающий, сдавливающий;
- локализация головной боли всегда двусторонняя. При этом одна сторона может болеть интенсивнее. Локализация головной боли нашла образное отражение в описаниях пациентов: голова как будто «зажата в тисках», «сдавлена обручем, каской, шлемом»;
- головная боль не усиливается от привычной повседневной физической нагрузки, однако негативно влияет на профессиональную и повседневную деятельность пациентов;
- при усилении головной боли могут появляться сопровождающие симптомы, такие как фонофобия или фотофобия, анорексия или тошнота. Существенно, что сопровождающие симптомы не представлены все вместе, как при мигрени, а встречаются изоли-

рованно, наблюдаются редко и клинически неярко выражены.

Среди пациентов с ГБН первые признаки заболевания возникают в возрасте до 20 лет в 40% случаев, в возрасте 20–40 лет – в 42% случаев, и в возрасте 40–50 лет – в 18% случаев.

По мнению А.М.Вейна (1994), ведущую роль в патогенезе ГБН играет наличие хронического эмоционального стресса, который формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у лиц с определенными особенностями личности и недостаточностью механизмов психологической защиты, а также функциональной недостаточностью антиноцицептивных систем.

Клинически ГБН отличаются своеобразием ощущений: монотонная, тупая, сдавливающая, стягивающая, ноющая боль. Цефалгии не имеют четкой локализации, чаще диффузные, двусторонние с максимальной выраженностью в затылочной или теменной областях. Иногда пациенты жалуются на наличие тяжести, скованности в виде «каска» или «обруча» вокруг головы. Такое состояние традиционно обозначают как «каска неврастеника». Эти ощущения усиливаются от ношения головного убора, при причесывании.

По наблюдениям Р.Боконжича (1984), боль может иррадиировать в височные области с двух сторон. Нередко врачи отмечают жалобы пациентов на ощущение болезненности кожи черепа. На вопрос о том, когда и при каких условиях возникает головная боль, пациенты дают неопределенный ответ. Пульсирующей ГБН

почти не бывает. Интенсивность боли меньше, чем при мигрени, и составляет 50–60% (5–6 баллов) по визуально-аналоговой шкале.

ГБН не усугубляется обычной физической нагрузкой и после приема алкоголя, иногда сопровождается тошнотой или другими симптомами: фото-, фонофобией.

Согласно диагностическим критериям ГБН Международной ассоциации по изучению боли, выделяют следующие виды ГБН:

Нечастая ГБН – реже 1 раза в месяц.

Частая ГБН (ЧГБН) – средняя частота эпизодов головной боли составляет 1–15 болевых дней в месяц (или 12–180 дней в год) при длительности заболевания не менее 3 мес. Ранее такое состояние называли эпизодической ГБН.

Хроническая ГБН (ХГБН) – средняя частота эпизодов головной боли более 15 болевых дней в месяц (или более 180 дней в год) при длительности заболевания не менее 6 мес.

По литературным данным, ХГБН в популяции встречаются в 2–4% случаев, при этом частота этого заболевания выше у женщин (Dodick D.W., 2006). ХГБН встречается в старшем возрасте и характеризуется более длительными эпизодами боли. Пациенты с ХГБН гораздо чаще злоупотребляют анальгетиками. М.Рябус (1998) свидетельствует, что у 79% пациентов с ХГБН боли в начале заболевания носили эпизодический характер и только в 21% – хронический. Примерно у 18% характер цефалгий так и остается эпизодическим.

D.D'Amico и соавт. (2003) свидетельствуют о том, что в хронизации боли намного значимее роль психологической реакции на стресс, а не силы вызывающих стресс факторов. По мнению И.Г.Подымовой и А.Б.Данилова (2011), пациенты с ХГБН отличаются от страдающих эпизодической ГБН более высоким уровнем дезадаптивных установок, оказывающих неблагоприятное влияние на прогноз заболевания. Пациенты воспринимают боль как необъяснимую, что способствует ее хронизации.

Группа пациентов с ХГБН характеризуется:

1) более старшим возрастом, большей длительностью болезни, более частой представленностью сопровождающих симптомов (тошноты, фото-, фоно-, осмофобии), большей выраженностью и перманентным характером вегетативных нарушений, более высокой представленностью гипервентиляционного, алгического, мышечно-тонического синдромов, наличием миофасциального синдрома, функционально-неврологических и сенестопохондрических проявлений;

2) выраженными эмоционально-личностными нарушениями, наличием депрессии, повышением значимости фактора боли и его влиянием на различные стороны жизнедеятельности больных, использованием пассивных стратегий преодоления этими пациентами, что приводит к частому злоупотреблению анальгетическими средствами и возникновению абюзусной боли (Рябус М.В. и др., 1998).

Хронический характер головной боли ведет к снижению качества жизни и длительной нетрудоспособности.

Проведенное нами исследование показало, что при оценке болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы средняя интенсивность головной боли у пациентов с ЧГБН оказалась достоверно выше, чем в группе с ХГБН. Психологическое исследование выявило повышение уровня тревожности, по сравнению с контрольной группой, у абсолютного большинства пациентов с ГБН.

Необходимо отметить, что достоверных различий реактивной тревожности при различных формах ГБН не регистрировалось, в то же время уровень личностной тревожности был достоверно выше при ХГБН. При оценке степени выраженности депрессивных расстройств средний балл по HADS оказался достоверно выше при ХГБН.

Количественные показатели в исследуемых группах показывают большую выраженность астении при ХГБН. Количественные показатели внимания и памяти также продемонстрировали значительно большую выраженность данных нарушений при ХГБН.

Психофизиологическое исследование показало, что у пациентов с ХГБН выявляется достоверное повышение показателей невнимательности и времени реакции по сравнению с группой пациентов с ЧГБН и контрольной группой.

Таким образом, проведенная нами комплексная оценка особенностей клинической картины заболевания с учетом данных психологического исследования и результатов психофизиологического тестирования позволила устано-

вить, что пациенты с ХГБН характеризуются не только эмоциональными нарушениями, что было известно ранее, но также более выраженными астеническими и когнитивными нарушениями.

ЧАСТЬ III. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Глава 9. Принципы оказания помощи при синдроме эмоционального выгорания

Не рассуждай, не хлопочи!..
Безумство ищет, глупость судит;
Дневные раны сном лечи,
А завтра быть чему, то будет.
Живя, умей все пережить:
Печаль, и радость, и тревогу.
Чего желать? О чем тужить?
День пережит – и слава богу!

Ф.И.Тютчев

Комплекс мероприятий, направленных на управление стрессом, носит как профилактический, так и лечебный характер. Его основная цель – снижение действия стресса.

Еще Г.Селье говорил, что «человек с его высоко-развитой нервной системой чрезвычайно чувствителен к психическим травмам, но есть много приемов, сводящих ранимость к минимуму», и предлагал следующие принципы формирования стрессоустойчивости:

1. Постоянно стремясь завоевать любовь, все же не заводите дружбы с бешеной собакой.
2. Признайте, что совершенство невозможно, но в каждом виде достижений есть своя вершина, стремитесь к ней и довольствуйтесь этим.
3. Цените радость подлинной простоты жизненного уклада.
4. С какой бы жизненной ситуацией вы ни столкнулись, подумайте сначала, стоит ли сражаться.
5. Постоянно сосредоточивайте внимание на светлых сторонах жизни и на действиях, которые могут улучшить ваше положение.
6. Ничто не обескураживает больше, чем неудача; ничто не ободряет сильнее, чем успех.
7. Если вам предстоит удручающе неприятное дело, но оно необходимо для достижения цели, не откладывайте его.
8. В свободном обществе продвижение человека зависит от его достижений.
9. Нет готового рецепта успеха, пригодного для всех. Оказание помощи лицам с эмоциональным истощением можно разделить на 3 уровня (Ларенцова Л.И., 2006):
 - индивидуальный: выработка адаптивных форм поведения, лечение клинических проявлений;
 - межличностный: оптимизация взаимоотношений с коллегами, клиентами/пациентами, членами семьи;
 - организационный: включает в себя вопросы, связанные с оптимизацией обстановки на работе, улучшением условий труда.

Необходимой и базовой частью формирования профессиональной стрессоустойчивости и сопротивления эмоциональному выгоранию является личностная психологическая подготовка специалистов гуманитарных профессий.

Здесь имеется в виду не только и не столько теоретическое обучение основам психологии (хотя и оно не теряет своей значимости), сколько практическое обучение, направленное на развитие стрессоустойчивости профессионала.

Такая модель обучения включает формирование коммуникативных умений с помощью активных методов обучения (социально-психологические тренинги, деловые игры); обучение эффективным стилям коммуникаций и разрешению конфликтных ситуаций; тренинги, стимулирующие мотивацию к саморазвитию, личностному и профессиональному росту; антистрессовые программы и группы поддержки, ориентированные на личностную коррекцию самооценки, уверенности, социальной смелости, эмоциональной устойчивости и психофизической гармонии путем овладения способами саморегуляции и планирования личной и профессиональной карьеры (Волобаев В.М., 2009).

Психологическая устойчивость во многом определяется организационными условиями и микроклиматом в рабочем коллективе.

Среди организационных мер, способствующих общей стрессоустойчивости, прежде всего можно выделить следующие:

- в первую очередь, адекватный профессиональный отбор, направленный не только на выявление профессионально значимых знаний, умений и навыков (что, несомненно, необходимо), но и определение особенностей эмпатического потенциала и психологической устойчивости;
- психологизация профессиональной среды (прежде всего, повышение компетентности в области стратегий преодоления типичных профессиональных стрессовых ситуаций среди сотрудников, администрации и других работников). Такая работа более эффективна в форме групповых обсуждений (например, круглых столов);
- тренинги, направленные на личностный рост и оптимизацию работы эмоционально-волевой сферы и развитие эмпатического потенциала. Такие тренинги способствуют повышению самосознания, способности брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, стимулируют умение строить гармоничные взаимоотношения с другими людьми, открытость изменениям и принятие своего и чужого опыта во всем его разнообразии, поощрение соблюдения психогигиенических норм и здоровьесберегающего поведения на рабочем месте (отказ от вредных привычек, соблюдение режима труда и отдыха).

В.М.Волобаев (2009) описывает следующие организационные мероприятия:

1) оптимизация соответствия между требованиями со стороны организации и возможностями работников.

Для этого используются технологии и методы профессионального отбора, расстановки и ротации кадров;

2) воздействие на когнитивную оценку работников, касающуюся собственных способностей, умений, ресурсов и готовности к преодолению профессионально трудных ситуаций;

3) формирование у работников активной позиции по отношению к организационным и профессиональным стрессам:

- а) повышение личной и социальной значимости преодоления стресса, овладение конструктивными моделями поведения в трудных профессиональных ситуациях, повышение уверенности и оптимизма;
- б) обучение и активное применение методов психологической разгрузки, рационализации, снижения эмоциональной напряженности, купирования нежелательных симптомов стресса.

Широко используются управленческое консультирование и коучинг, деловые игры, различные психологические тренинги. Оказывается помощь, направленная на восстановление психоэнергетических ресурсов и преодоление негативных последствий профессиональных стрессов. Для этого используются различные виды социально-психологической и административно-корпоративной поддержки, разгрузочные и реабилитационные тренинги, корпоративные праздники, дни здоровья и др. (Волобаев В.М., 2009).

В данной книге больше всего внимания уделяется мероприятиям, осуществляемым на индивидуальном

(личностном) уровне. В рамках таких мероприятий решаются как коррекционно-обучающие, так и непосредственно лечебные задачи. На данной стадии обратившегося к нам мы будем называть нашим пациентом (клиентом). Вмешательства на этом уровне включают в себя режимные мероприятия, психологическую коррекцию и психотерапию, а также фармакотерапию.

Нами (Андрейчук И.В., Козина Н.В., 2009–2011) была разработана и внедрена психокоррекционная программа для врачей, испытывающих значительные эмоциональные нагрузки и подверженных эмоциональному выгоранию.

Программа включала в себя следующие этапы:

Лекционно-просветительский этап. Лекции по теме профессионального стресса, особенностей его проявления с учетом личностных качеств и специфики деятельности и наиболее эффективные стратегии преодоления.

Диагностический этап:

- анализ и обсуждение проблемы профессионального стресса и его проявлений в форме СЭВ, нарушений профессионального мышления и СХУ, а также анализ собственных индивидуальных стратегий для преодоления воздействий профессионального стресса;
- экспериментально-психологическая диагностика особенностей восприятия и переживания профессионального стресса, а также стратегий его преодоления с обсуждением результатов.

Программа была внедрена и опробована на группах врачей (педиатров и анестезиологов-реаниматологов).

Опыт использования программы показал, что для врачей анестезиологов-реаниматологов характерно наличие факторов эмоционального стресса и у них выработаны механизмы совладающего со стрессом поведения, препятствующие формированию СЭВ.

Участники данной программы отмечали, что одним из эффективных способов повышения стрессоустойчивости может быть введение в содержание профессионального образования и курсов повышения квалификации практически ориентированных семинаров, включающих разделы:

- самопознание, профессиональное и личностное развитие;
- развитие и совершенствование коммуникативных способностей;
- овладение навыками саморегуляции и самокоррекции.

Глава 10. Психологическая коррекция и психотерапия

Психотерапия в лечении СЭВ

Ведущую роль в решении проблем, связанных со стрессом и эмоциональным выгоранием, играет психотерапия.

Для пациентов с СЭВ необходимо изменить вызывающую стресс ситуацию. Ключевым моментом управления стрессом является его осознание. Не следует стыдиться своего состояния, чувствуя себя слабым. Здесь надо упомянуть о страхе проявить слабость, которая разрушит образ «лидера», «эффективного менеджера», «сильного мужчины» или «энергичной бизнесвумен».

К. Kondo (1991) писал о том, что возможности профессиональной помощи при «эмоциональном сгорании» видит в двух видах терапии: «работе со сгоранием» и «смягчении действия организационного фактора».

В лечении и профилактике СЭВ предлагается использовать **лично ориентированные методики**, направленные на улучшение способности личности противостоять стрессу через изменение своего поведения и отношения к различным жизненным сферам, и **меры, направленные на изменение рабочего окружения**.

По мнению А.А.Реана и соавт. (2006), основные стратегии в повышении адаптированности, в первую очередь должны заключаться в использовании ресурсов чело-

века. К этим стратегиям они относят индивидуальные, личностно ориентированные и ресурсные стратегии, к которым соответственно относятся:

- способы регуляции психофизиологического тонуса, предполагающие нормализацию функций дыхания и системы кровообращения, способствующие уменьшению нервно-психического напряжения;
- группы методов, направленных на реализацию характерологических и мотивационных возможностей;
- разнообразные пути и формы повышения профессиональной компетентности, а также сознательное формирование индивидуального стиля деятельности.

Уровень адаптационного потенциала личности можно повысить:

1) формированием конструктивного стиля совладающего со стрессом поведения;

2) формированием адекватного восприятия своего психического состояния, связанного с наличием СЭВ (в чувственном, эмоциональном, интеллектуальном и мотивационном компонентах);

3) повышением когнитивных, эмоциональных, поведенческих и социально-психологических ресурсов, к которым можно отнести:

- а) позитивное мышление относительно причин стресса и способов его преодоления;
- б) понимание таких причин, рациональное осмысление ситуации и своих возможностей, поиск

и оценку возможных средств для преодоления стресса;

- в) осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально приемлемыми формами проявления чувств, устранение неполного отреагирования;
- г) перестройку поведения, коррекцию стратегий, планов и задач деятельности;
- д) коррекцию жизненных ценностей и их приоритетов, расширение социальных ролей, позиций и межличностных отношений.

Вместе с тем Т.Карасу (1986) предложена классификация специфических техник в соответствии с их принадлежностью к одному из трех факторов терапевтического воздействия, общих для всех эффективных психотерапевтических подходов.

- *Аффективные переживания.* Во всех терапевтических подходах затрагиваются эмоции и их переработка. Любая из техник (катарсис, эмоциональное возбуждение, активное переживание или экспрессия чувств) ставит перед собой цели: идентификацию, прояснение и выражение чувств.
- *Когнитивные процессы.* В большинстве психотерапевтических подходов пациенты исследуют причины и мотивы, лежащие в основе их затруднений. Во всех подходах уделяется внимание мыслям пациента о себе и проблемной жизненной ситуации. Представители многих теоретических школ делают попытки изменить иррациональные представления пациента об этом.

- *Поведенческая регуляция.* Любое фокусирование на поведении – предоставление непосредственной обратной связи, идентификация проблемной сферы, избирательное подкрепление желательных ответов – пример оперирования поведенческими категориями.

Представители многих психотерапевтических концепций согласны с тем, что люди могут измениться в результате повысившегося уровня осознания проблемы.

Виды психотерапии, связанные с повышением осознания, увеличивают объем доступной для пациентов информации, что, в свою очередь, позволяет им эффективнее реагировать на стимулы. Каждый процесс изменения может осуществляться либо на уровне переживания пациента, либо на уровне его окружения. Это либо обратная связь, либо информирование пациента.

В результате понимания пациентами, как и почему изменения сыграют позитивную роль и что именно препятствует достижению поставленных целей, усиливается мотивация к внесению изменений в свою жизнь. Происходит оптимизация выбора новых альтернатив, включая сознательное создание новых альтернатив для дальнейшей жизни. Этот процесс сопровождается переживанием тревоги, связанной с чувством ответственности за выбор альтернативы.

В зависимости от выбора методологических стратегий выделяют различные подходы и способы формирования стрессоустойчивости.

Экзистенциально-гуманистический и личностно ориентированный подходы направлены на рост и развитие

личностных и профессионально значимых качеств, ориентированы на фасилитацию для достижения личностной зрелости. В качестве основы здесь могут быть использованы принципы К.Роджерса (1994):

- социальная компетентность, т.е. принимающее безусловное общение «по горизонтали» и «по вертикали», безоценочное позитивное принятие себя и другого;
- «эмпатическое» понимание, т.е. восприятие партнера по общению на всех трех эмпатических уровнях: эмоциональном, когнитивном (профессиональном) и предикативном (прогностическом);
- конгруэнтное самовыражение профессионала по отношению к клиентам (пациентам).

Техники этой группы направлены на поиск и реализацию интересов вне профессиональной деятельности; стремление к самореализации без сверхцели быть победителем и лидером; обучение умению проигрывать без ненужных самоуничужения и агрессивности; формирование адекватной самооценки; открытость новому опыту; формирование навыка достижения долгосрочных целей в работе и в жизни.

К таким техникам относится, в частности, комплексная программа развития человека «Цветок потенциалов», опирающаяся на холистический подход и включающая развитие и максимальное раскрытие следующих потенциалов: душевного, телесного и социального здоровья – потенциала разума, воли, чувств, тела, а также общественного, творческого и духовного потенциала (Ананьев В.А., 1998).

Телесно-ориентированные подходы. Как правило, большинство подходов, особенно при групповой работе, включают в себя различные техники телесно ориентированной терапии, начиная с простейших психогимнастических упражнений, способствующих снятию физического и эмоционального напряжения, вплоть до фундаментальной проработки мышечных зажимов (по В.Райху), а также овладение техниками медитации.

Так, В.Ю.Слабинский и С.А.Подсадный (2007) указывают на необходимость использования техник релаксации, которые не только помогают снять напряжение, уменьшают чувство тревоги и депрессию, а также аффективную загруженность, но и повышают концентрацию внимания.

Кроме того, участие в релаксации не только позволяет прислушаться к желаниям и требованиям собственного тела, но и дисциплинирует участников тренинга, помогает развить «чувство локтя в группе», способствует установлению доверительных отношений в процессе получения обратной связи.

Профессионально и социально ориентированный подходы основаны на ценностном подходе к профессиональной деятельности. Можно выделить основные принципы данных техник:

- ориентация на другого человека как на равноправного участника взаимодействия;
- наличие индивидуальной осознанно принятой системы собственных моральных норм и установок;
- стремление к самосовершенствованию.

Такие мероприятия могут включать множественные способы внесения разнообразия в свою работу:

- создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций;
- участие в семинарах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;
- периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися в профессиональном и личностном плане;
- участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с работой;
- хобби, доставляющее удовольствие.

A.Pines (1998) считает, что стрессоустойчивость профессионалов прежде всего определяется их профессиональной идентичностью и работа с профессиональным стрессом в первую очередь должна быть сосредоточена на вопросах профессиональных ожиданий, целях, смыслах, а также вопросах организации и получения внешней поддержки.

Когнитивно-поведенческие подходы прежде всего предусматривают оптимизацию рациональных установок (в том числе, профессиональных) как системы гибких эмоционально-когнитивных связей (схем). Такие подходы могут включать следующие задачи:

- формирование системы приоритетов в работе (например, ежедневное выделение обязательных и желательных для выполнения мероприятий);

- планомерное решение проблем, без откладывания их в долгий ящик на основе творческого подхода к решению профессиональных задач;
- конфронтация (умение говорить нет и только потом браться за трудную работу, адекватное восприятие масштаба переживаний и т.д.);
- дистанцирование (способность оценить ситуацию со стороны, в том числе с точки зрения других участников);
- самообладание (использование методов аутотренинга, различных способов снятия напряжения и релаксации с учетом причины напряжения – физической или психоэмоциональной усталости, наличия конфликта и т.д.);
- социальная поддержка (умение оказывать помощь и обращаться за ней в трудных ситуациях, немедленное выяснение ситуаций, которые противоречивы или не ясны);
- принятие ответственности;
- позитивная оценка любой ситуации или проблемы;
- регулярный отдых, физическая нагрузка, различные формы арт-терапии;
- учет особенностей работоспособности для формирования индивидуального графика работы.

Социально ориентированные подходы могут содержать следующие задачи:

- удовлетворяющая социальная жизнь;
- наличие нескольких друзей (желательно из других профессиональных сфер), во взаимоотношениях с которыми существует разумный баланс;

- обдуманное обязательство (например, не следует брать на себя большую ответственность за клиента, чем он сам);
- чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы.

Современные отечественные подходы преимущественно рассматривают профилактику СЭВ, особый интерес представляют работы, посвященные коррекции и психотерапии при наличии данного синдрома (Волобаев В.М., 2009; Водопьянова Н.Е., 2005; Иванов А.В. и др., 2007; Слабинский В.Ю., Подсадный С.А., 2007).

Из современных отечественных подходов прежде всего можно отметить два варианта тренингов, разработанных Н.Е.Водопьяновой (2005).

Первый вариант предназначен лицам с сильным эмоциональным истощением. В его основе лежит аффективно-когнитивная модель управления стрессом. Тренинг направлен на восстановление психознергетических ресурсов организма, повышение социальной компетентности, совершенствование управленческих умений и навыков, повышение самооценки и усиление «Я-концепции».

Второй вариант рассчитан на лиц с высоким уровнем деперсонализации и редукцией персональных достижений. Он основан на мотивационно-когнитивной модели восстановления личностных ресурсов. В моделируемых ситуациях отрабатываются техники создания сильного «Я», самопрограммирования и мотивации личностного роста. В ролевых играх тренируются новые модели поведения и профессионального взаимодействия.

В.Ю.Слабинский и С.А.Подсадный (2007) используют метод групповой позитивной психодинамической психотерапии на основе пятишаговой модели:

1. **Стадия дистанцирования/наблюдения.** Основная задача – создание атмосферы доверия, снижение уровня напряжения в группе.

2. **Стадия инвентаризации.** Диагностика особенностей эмоционального выгорания, характерных для отдельных участников и группы в целом. Авторы отмечают, что в целом для участников характерны реакции ухода от конфликтных ситуаций, высокий уровень тревоги относительно будущего, стремление к избеганию неудач.

3. **Стадия ситуативного одобрения.** Поощрение позитивных изменений участников группы и взаимной поддержки, а также закрепление новых ролевых моделей и поведенческих стратегий с помощью поведенческих техник на основе активного применения механизма обратной связи.

4. **Стадия вербализации.** Самостоятельное осознание своих проблем, их возможных причин и механизмов самопомощи. Моделирование типичных проблемных ситуаций для формирования навыков убеждения, конструктивного разрешения конфликтов, компромиссного поведения.

5. **Стадия расширения целей.** Формулировка новых жизненных целей и задач на основе полученного опыта. Обсуждение экзистенциальных вопросов, моделирование собственного будущего.

Комплексная (полимодалная) психотерапия, используемая В.М.Волобаевым (2009) для представителей гума-

нитарных профессий, направлена на осознание и переработку аффективных переживаний, исследование причин и мотивов проблемной жизненной ситуации, изменение иррациональных представлений, фокусирование на проблемном поведении.

Данная психотерапия включала в себя:

Групповое информирование по темам:

- «Определение эмоционального выгорания и его структура»,
- «Факторы, приводящие к эмоциональному выгоранию»,
- «Этапы развития синдрома эмоционального выгорания»,
- «Последствия эмоционального выгорания»,
- «Профилактика и психотерапия эмоционального выгорания»,
- «Психотерапевтические факторы в группе».

Психотерапевтические занятия включают в себя:

- подготовку пациентов к групповой психотерапии;
- прогрессивную релаксацию;
- гештальт-терапию (осознание внешнего, внутреннего мира и процессов воображения);
- танцевально-двигательную терапию («аутентичное движение»);
- транзактный анализ («управление поглаживаниями», «матрица игнорирования», «превращение проблемы в цель», «определение сознательных целей»);
- рационально-эмотивную поведенческую терапию («оспаривание иррациональных идей», «за и про-

тив», «эмоциональное воображение», «временная проекция»);

- домашние задания (ведение дневника, выполнение релаксационных и дыхательных упражнений, отработка навыков поглаживаний и самопоглаживаний, рисование реального и желаемого образов себя, медитации с использованием этих образов);
- обобщение психотерапевтического опыта.

Коррекция СЭВ с помощью метода «балинтовских групп». Данная программа групповых занятий, разработанная М.Балинтом для практикующих врачей, была нацелена на расширение сознания участников группы и стимуляцию самопознания, достижение изменений не только в профессиональной жизни, но и в других сферах. Начавшись с семинаров для врачей общего профиля, «балинтовские группы» вскоре распространились и на другие категории специалистов медицинской сферы, в том числе медицинских сестер, студентов-медиков, клинических психологов.

Н.Е.Водопьянова и Е.С.Старченкова (2005) также считают, что «балинтовские группы» являются очень успешной формой не только профессионального и личностного роста, влияющего на эффективность работы врачей, но и активной социальной поддержкой для них, что позволяет эффективно использовать эти группы в работе с профессиональным стрессом у медицинских работников.

По мнению Г.В.Залевского (2000), для профессионалов более целесообразно проведение данных занятий в режиме супервизии как вида «балинтовских групп».

Б.Д.Карвасарский (2000) сформулировал основные задачи таких занятий:

1. Анализ эмоциональных переживаний и трудностей, появившихся при работе с клиентами.

2. Профессиональная оценка проведенных сессий, проработка причин возникших трудностей.

3. Усвоение профессиональных приемов, способствующих повышению успешности в практической работе с клиентами, а также развитие профессиональной компетентности.

4. Разрешение индивидуально-личностных проблем консультанта, которые могут оказать влияние на преодоление проблем клиента/пациента.

5. Расширение теоретической и методической базы консультанта, обсуждение вариантов дальнейшей работы с этим клиентом.

Очевидно, что спектр данных задач позволяет проводить занятия не только с медицинскими работниками; в частности, возможно использование таких занятий для психологов, педагогов, социальных работников и других представителей гуманитарных профессий.

Именно форма «балинтовских групп» была взята за основу нашей работы по повышению стрессоустойчивости, профилактике и психокоррекционной работе с различными группами профессионалов.

Так, в рамках повышения квалификации специалистов, работающих в специальных детских учреждениях (специальные «коррекционные» педагоги, учителя-логопеды и клинические психологи), нами (Козина Н.В.,

Кравченко О.В., 2008–2010) проводились практически ориентированные семинары, посвященные проблеме профессионального стресса.

Данные семинары включали краткий обзор проблемы профессионального стресса и его специфики в данной профессиональной среде, экспериментально-исследовательскую часть (тестирование) и последующее обсуждение в режиме круглого стола.

Данные, полученные в ходе обсуждения, задаваемые вопросы и комментарии не только позволили выявить специфические особенности восприятия профессионального стресса в исследуемой группе, особенности проявления психологических защит, но и, в некоторых случаях, противоречили данным, полученным в ходе экспериментально-психологической диагностики.

По-видимому, непосредственные эмоциональные реакции являются объективным индикатором, указывающим на истинное отношение человека к происходящему, в том числе и к своему собственному когнитивному и поведенческому функционированию.

Нам удалось выделить специфические особенности восприятия заявленной темы в данных группах. В процессе анонимного анкетирования и дискуссии в режиме круглого стола анализировались следующие аспекты:

- отношение к проблеме стресса в данной профессиональной среде с выделением наиболее существенных факторов стресса;
- особенности восприятия и реакций на отдельные вопросы анкет и методик;

- особенности использования психологических защитных механизмов при анализе различных параметров профессионального стресса;
- индивидуальные способы совладания с проблемами.

При обсуждении проблемы большинство клинических психологов воспринимали заявленную тему нейтрально и относились к ней невозмутимо, высказывания по поводу данной проблематики были сдержанны. Возможно, это является следствием специфики профессиональной деятельности, которая требует от клинических психологов высокого уровня саморегуляции, и наличием знаний по заявленной теме.

В процессе заполнения анкет часто присутствовали реакции рационализации при объяснении причин эмоционально-нравственной дезориентации (разделение клиентов на «плохих» и «хороших»; отсутствие интереса к личности клиента; сведение к минимуму времени общения с «неприятным» клиентом). Под «партнером» клинические психологи чаще имеют в виду клиента. Присутствует негативное, протестное восприятие вопросов, в которых фигурируют такие слова, как «постоянно», «безысходно».

Молодые, начинающие специалисты демонстрировали особенности профессионального выгорания, близкие к данным, полученным при исследовании педагогов-психологов, и выражающиеся в более частом упоминании симптома «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», который при минимальной степени выраженности рассматривается автором методики В.В.Бойко как полезный навык профессионала.

Педагоги проявили искреннюю заинтересованность и озабоченность данной темой, активно выражали свое мнение и отношение к проблеме. Педагоги не считают, что их профессия более стрессогенна, чем у других специалистов, и указывают на большую выраженность профессионального стресса в таких профессиях, как водитель, летчик и др.

При обсуждении проблемы они наиболее часто проявляют реакции рационализации, признавая, с одной стороны, наличие таких видов профессиональных деформаций, как СХУ, стереотипизация профессионального мышления, с другой стороны – достаточно жестко стремятся объяснить причины таких реакций прежде всего спецификой работы. Особенно выражена эта тенденция у зрелых профессионалов с большим стажем деятельности.

При заполнении анкет и методик у педагогов наблюдалась повышенная заинтересованность вопросами, которые были связаны с соматическими жалобами: «Да, это все у меня есть!». Также наблюдалась чрезмерная тревога по поводу наличия симптомов, описанных в методиках: «Это нормально, что у меня так?». В методиках, где вопросы предполагали однозначный ответ (только «нет» или «да»), профессионалы высказывали следующие пожелания: «Хотелось бы третий вариант ответа!», «Не могу ответить однозначно!», таким образом, наблюдались трудности в принятии однозначного решения, стремление найти более четкий, объемный, исчерпывающий ответ.

Под словом «партнер» (по методике В.В.Бойко) педагоги чаще имеют в виду не ученика, а коллегу. При этом

в процессе обсуждения педагоги мало склонны проявлять выраженное желание обсуждать имеющиеся способы совладания со стрессовыми факторами, что, возможно, обусловлено спецификой взаимоотношений в педагогической среде (семинары проводились непосредственно в данном учреждении, в рамках конкретного педагогического коллектива).

Среди выявленных поведенческих стратегий преобладают пассивные («читаю книги», «смотрю телевизор», «сплю» и т.д.). В процессе полемики педагоги склонны ориентироваться на статус выступающего в данном коллективе.

Интересно наблюдение, неоднократно высказывающееся в разных группах учителями-предметниками о высокой эмоциональной вовлеченности в первый год (несколько месяцев) работы с данным классом, сменяющейся периодом относительного снижения эмоций и подъемом включенности в эмоциональные и профессиональные отношения в последний период «перед выпуском». Такая тенденция связана, с одной стороны, с необходимостью «подвести итоги», а с другой – со сосредоточенностью на конкретных учениках, проблемах, темах и т.д.

Пациенты с СЭВ нуждаются в навыках регуляции своего эмоционального состояния. С этой целью могут быть использованы методики психической саморегуляции.

В 1922 г. чикагский врач Э.Джекобсон предложил **метод прогрессивной мышечной релаксации**.

Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением

поперечно-полосатой мускулатуры, в то время как если человек успокаивается, отмечается расслабление мышц.

Джекобсон предположил, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения. По его мнению, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции. Под релаксацией он понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

Первый этап. Пациент ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение – сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого пациент упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица,

глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее – расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страхе, тревоге, волнении, смущении) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышении артериального давления и т.п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предотвращать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Метод прогрессивной мышечной релаксации стал одним из источников предложенной J.Schultz в 1932 г. **методики аутотренинга (аутогенной тренировки)**, при котором путем самовнушения достигается состояние расслабления – релаксации. Первые сеансы направлены на достижение ощущений тепла и тяжести в конечностях и теле. В дальнейшем проводятся лечебные сеансы, направленные на улучшение тех или иных функций организма: регуляция пульса, дыхания и т.д.

Основной курс аутогенной тренировки составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз:

1) положение сидя, «поза кучера» – тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены;

2) положение лежа – тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевых суставах, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз;

3) положение полулежа – тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5–6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются тренером. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечнополосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука

совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», затем те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Я дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей. Формула: «Мой лоб приятно прохладен» (Карвасарский Б.Д., 1990).

Для лечения неврастении подходит вариант аутогенной тренировки, разработанный К.И.Мировским и А.Н.Шогамом (1963).

Если классическая аутогенная тренировка направлена на расслабление, успокоение и, в конечном счете, на физическую и психологическую релаксацию, то данная методика рассчитана на стимулирующий эффект («психотоническая тренировка»).

Тренировка начинается непосредственно со специализированных мобилизующих (активирующих) упражнений. Релаксирующий этап тренировки резко сокращен или совсем исключен. Авторы предлагают формулы самовнушения примерно такого содержания: «Плечи и спину охватывает легкое познабливание, будто прият-

ный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. Все готово к борьбе!».

Такой мобилизующей формуле предшествует формула покоя: «Я совершенно спокоен. Ничто и никто не отвлекает меня. Я совершенно спокоен». Тренировка заканчивается энергичной мускульной самомобилизацией. «Я – как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок».

В последнее время широко применяются различные релаксационные техники, которые условно можно разделить на несколько групп:

- *Вербальные* – существует большое количество аудиозаписей, записанных профессиональными психотерапевтами, что позволяет использовать их самостоятельно. Однако и пользователи, и профессионалы отмечают выборочность воздействия, эффективность во многом определяется тембром голоса, спецификой построения фраз и другими вербальными характеристиками.

Важно учитывать, что все релаксационные техники имеют определенную направленность, например, упражнение «Маяк» ориентировано на работу с личной ответственностью, «Улитка» – с выраженными негативными переживаниями (гневом, агрессией, аутоагрессией и т.д.), «Поплавок» – на поддержание веры в себя и общей активности и т.д. (данные техники описаны в приложениях).

- *Музыкальные* – большинство лиц, использующих такие записи, отмечают, что их эффективность свя-

зана прежде всего с собственными музыкальными предпочтениями. С другой стороны, желательно, чтобы музыкальные композиции не были связаны с предшествующим опытом, не вызывали мешающих расслаблению ассоциаций.

- *Звуко-шумовые* (например, звуки природы, шум моря, шелест листвы и т.д.) – эффективны для лиц с высоким уровнем наглядно-образного воображения и так же специфичны для восприятия. Например, шум моря для одной аудитории является расслабляющим, для другой напрягающим, а иногда даже пугающим.

В любом случае, для сеанса релаксации необходима определенная среда, прежде всего это отсутствие «внешних помех» – резких звуков, яркого света, других отвлекающих факторов. Важно также наличие определенного личного пространства, организованного для такого вида упражнений.

Для воздействия на проявления хронического стресса применяются разнообразные методики поведенческого (когнитивно-поведенческого) направления психотерапии. Основным постулатом данного направления являются утверждение, что эмоции и поведение зависят от восприятия жизненных обстоятельств, а самочувствие определяется не событиями, а способом их истолкования. Так, в ходе **рационально-эмотивной терапии** происходит изменение иррациональных установок на рациональные.

Автор метода А.Эллис подчеркивал, что у нас нет прямых реакций на большинство ситуаций, но что наши

эмоциональные реакции зависят от того, как мы воспринимаем события, т.е. волнуют, огорчают, раздражают или злят нас не события, но способ, с помощью которого мы интерпретируем и осмысливаем их. Эллис предложил схему АВС, где:

А – Активация событий и ситуаций;

В – Суждения (мнения, верования, убеждения), рациональные и иррациональные, которые принадлежат данной личности и которые она использует для интерпретации А;

С – Последствия: как эмоциональные, так и поведенческие, которые вытекают из личностных интерпретаций А.

А.Эллис и У.Драйден (2002) выделили 4 главные категории иррациональных суждений, приводящих к развитию патологических состояний:

1. **Долженствование:** суждения, указывающие на то, что кто-то (или что-то) должны быть не такими, каковы они есть. Сюда можно отнести: долженствование в отношении себя («я должен всегда быть...»); долженствование в отношении других («мне должны окружающие»); долженствование в отношении окружающего мира («лето должно быть теплым»).

2. **Катастрофичность:** суждения о том, что все ужасно, жутко и кошмарно потому, что все не такое, каким следовало бы быть.

3. **«Надлежит» и «следует»:** суждения, отражающие неспособность человека выдержать или вытерпеть мир, если он отличается от того, каким ему «надлежит» или «следует» быть.

4. **Порицание:** суждения, принижающие личность – собственную или того человека, из-за которого ситуация стала не такой, какой ей «надлежит» или «следует» быть.

Кроме этого, Эллис выделил группу иррациональных идей:

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.

2. Есть поступки порочные, скверные, и повинных в них следует строго наказывать.

3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.

4. Все беды навязаны нам извне – людьми или обстоятельствами.

5. Если что-то пугает или вызывает опасение, то надо постоянно быть начеку.

6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.

7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в самом себе.

8. Нужно быть компетентным, адекватным, разумным и успешным во всех отношениях. Нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха.

9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.

10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

11. Плыть по течению и ничего не предпринимать – вот путь к счастью.

12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

Работа психотерапевта, проводящего такую психотерапию, сводится сначала к выявлению иррациональных установок больного, затем к их пересмотру и после этого – к формированию и закреплению у пациента гибких рациональных установок.

Он помогает пациенту отдифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены.

При этом цель психотерапии – не поощрение к уходу от столкновения с событием и не изменение его, а осознание системы оценочных представлений, затрудняющих разрешение этого конфликта.

А.Бек в рамках **когнитивной терапии** предложил следующую схему взаимодействия окружения и индивида: S – O – R (где S – стимул, O – промежуточная переменная (когнитивная переработка воспринятого), R – реакция).

Данная схема может быть адаптивной или дисфункциональной (с наличием когнитивных ошибок). Бек предложил учитывать следующие когнитивные ошибки (систематические ошибки в мышлении):

1. Избирательное внимание (направленное на негативные и угрожающие события).

2. Произвольные умозаключения (без достаточных доказательств).

3. Сверхгенерализация (сверхообщение – категоричное, обобщающее суждение по единичному признаку).

4. Персонализация (объяснение всех окружающих событий в связи с собой – «он так посмотрел потому, что плохо ко мне относится»).

5. Дихотомическое мышление («черно-белое» мышление с использованием полярных категорий – «плохой–хороший, святой–преступник, все или ничего»).

6. Преувеличение или преуменьшение.

7. Катастрофизация.

Когнитивная терапия заключается в сократовском диалоге (является ли это разумным? Доводы за и против); распознавании неадаптивных мыслей; декатастрофизации; дистанцировании (объективном анализе); шкалировании (оценке выраженности проблемы).

Другим важным аспектом работы со стрессом является формирование более оптимистичного восприятия как профессиональных ситуаций, так и жизни в целом. Здесь могут быть использованы такие приемы, как «Рабочая ручка» или «Волшебный мешочек» (изложены в приложении).

Среди факторов, в наибольшей степени вызывающих стресс, большинство респондентов отмечают нехватку времени, трудности распределения нагрузки и неравномерность собственной работоспособности в различные периоды времени. Именно поэтому в различные программы работы с группами профессионалов включаются техники тайм-менеджмента. В частности, хорошо зарекомендовали себя упражнения «Анализ моментов, на которых мы теряем время» и «Список основных времяпоглотителей», выполнение которых имеет не только диагностическое, но и коррекционное значение.

Биологическая обратная связь (БОС) представляет собой комплекс процедур, при проведении которых пациенту посредством цепи внешней обратной связи, с использованием компьютерной техники, подается информация о текущем состоянии управляемой физиологической функции. Анализ этой информации помогает человеку развить навыки самоконтроля и позволяет впоследствии научиться изменять эту функцию произвольно. Сигналами обратной связи могут служить любые объективные и количественно измеряемые параметры, такие как частота сердечных сокращений, кожно-гальваническая реакция, данные электромиограммы или электроэнцефалограммы. Выбор регулируемого параметра производится в зависимости от целей проведения курса БОС.

Н.П.Бехтерева (1988) подчеркивает, что в методе БОС отсутствуют нежелательные влияния, используются воздействия, максимально приближенные к физиологическим. Этот метод обеспечивает направленную активацию структурно-функциональных резервов мозга в целях преодоления факторов устойчивого патологического состояния.

В клинической практике БОС на основе перестроек спектральных характеристик электроэнцефалограмм активно используется для изменения функционального состояния центральной нервной системы. Наиболее часто применяется альфа-тренинг, в ходе которого повышается мощность альфа-ритма, что сочетается с состоянием релаксации. Повышенный уровень тревожности, как

правило, коррелирует со снижением уровня альфа-ритма и повышением уровня бета-ритма (Березин Ф.Б., 1988).

Исследования, проведенные в Институте мозга человека имени Н.П.Бехтеревой (Санкт-Петербург), показали, что после курса БОС (альфа-тренинга) значительное клиническое улучшение наблюдалось у 70% пациентов, страдающих неврастенией и сопутствующими ГБН (Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., 2005). Кроме этого, наблюдалась тенденция к нормализации ночного сна.

Глава 11. Фармакотерапия

Фармакотерапия СЭВ

Учитывая ведущую роль тревоги и стресса в генезе СЭВ, можно сказать, что важную роль в данной патологии играют транквилизаторы (анксиолитики). В эту группу входят психофармакологические средства, уменьшающие проявления тревоги, эмоциональную напряженность, страхи. Ранее в клинической практике применялись транквилизаторы бензодиазепинового ряда, к недостаткам которых необходимо отнести возможность возникновения реакций отмены в виде возобновления или даже усиления прежней симптоматики (синдром рикошета). Поэтому в последнее время чаще используются небензодиазепиновые транквилизаторы.

К небензодиазепиновым транквилизаторам относится и препарат **Адаптол** (тетраметилтетраазабициклооктандион, «Олайнфарм»). Он оказывает умеренное транквилизирующее влияние и практически не вызывает побочных эффектов.

Адаптол по химическому строению близок к естественным метаболитам организма, так как его молекула состоит из двух метилированных фрагментов мочевины, входящих в состав бициклической структуры. Поэтому считается, что препарат может оказывать метаболическое действие, нормализуя нарушенные стрессом различные метаболические процессы; кроме того, Адаптол

может влиять на функционирование нейромедиаторных систем. Препарат проявляет антагонистическую активность по отношению к возбуждающим адренергической и глутаматергической системам и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМК-ергических механизмов мозга.

Такое представление обосновывается тем, что препарат ингибирует фенаминовое возбуждение, снижает уровень норадреналина в мозге и снижает токсичность фенамина, а также препятствует повышению содержания глутамата в мозге, которое вызывается стрессом.

Наряду с этим Адаптол повышает уровень серотонина в крови и в стволе мозга. Повышается количество ГАМК в мозговой ткани. Ключевым моментом в механизме действия Адаптола являются его антиоксидантные свойства.

Адаптол также демонстрирует свойства агониста-антагониста адренергической системы, что объясняет его выраженные нормостенические эффекты. Кроме того, препарат обладает дофамин-позитивным влиянием, что клинически проявляется в его активирующем компоненте действия.

Имеются экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что Адаптол обладает фузигенной активностью и проявляет свойства агониста небензодиазепинового локуса ГАМК-рецептора. Таким образом, сочетание нейрометаболического и нейромедиаторного действий Адаптола объясняет полифункциональность его нейрофармакологических эффектов (Громов Л.А., Дудко Е.Т., 2003).

Клиническими эффектами, достигаемыми в результате применения Адаптола, являются:

- выраженная вегетостабилизация;
- умеренное седативное действие без снижения скорости реакций;
- умеренное ноотропное действие на фоне физического и психического переутомления;
- антигипоксическое действие *и, как суммация вышеперечисленного,*
- увеличение адаптогенной активности, антистрессовое и стресспротективное действия, улучшение умственной и физической работоспособности при условии их снижения.

При этом Адаптол, в отличие от препаратов бензодиазепинового ряда, не оказывает миорелаксирующего эффекта, не угнетает сократительную функцию миокарда, не вызывает нежелательных центральных эффектов: подавленности, вялости, сонливости, эмоционального безразличия.

Важно, что прием Адаптола не накладывает ограничений на профессиональную и социальную деятельность человека, связанную с повышенной концентрацией внимания, не вызывает привыкания и развития синдрома отмены.

В клинической практике Адаптол применяется при лечении тревожно-фобических и соматоформных расстройств у взрослых и детей.

Препарат принимают внутрь независимо от приема пищи по 500 мг 2–3 раза в день. Суточная дозировка – 1500 мг. Длительность курса лечения – от нескольких дней до 2–3 мес.

Нами изучена эффективность применения Адаптола у пациентов с проявлениями неврастения, возникающими

на фоне СЭВ (Чутко Л.С. и др., 2010). Адаптол назначали в дозе 1500 мг в сутки в течение 60 дней.

Оценка результатов после лечения свидетельствует о клиническом улучшении после курса Адаптола у 69% пациентов, страдающих данным патологическим состоянием. В беседах с пациентами отмечается уменьшение утомляемости, уменьшение тревоги, улучшение настроения.

Необходимо отметить значительное уменьшение после проведенного лечения как суммарной выраженности показателей эмоционального выгорания по шкале В.В.Бойко, так и выраженности симптомов, характеризующих различные фазы, особенно фазу истощения.

На фоне приема препарата статистически достоверно снижались средние баллы по шкале MFI-20 (шкала оценки астении) как по суммарному показателю астении, так и по субшкалам «общая астения», «пониженная активность», «психическая астения». При этом показатели выраженности утомляемости по десятибалльной визуально-аналоговой шкале снизились с $7,1 \pm 2,3$ балла в начале терапии до $3,4 \pm 1,2$ балла к концу лечения. Нежелательные побочные эффекты и осложнения в процессе исследования не были отмечены.

С.А.Живолупов и соавт. (2012) также показали эффективность использования Адаптола в комплексном лечении пациентов с психовегетативными расстройствами. Кроме того, прием Адаптола статистически значимо повышал концентрацию нейротрофического фактора мозга (BDNF) в сыворотке крови. Это свидетельствует о том, что в основе позитивного действия Адаптола лежит модуляция нейропластичности за счет усиления экспрессии BDNF.

Кроме этого, Адаптол может применяться при лечении ГБН. Проведенные нами (Чутко Л.С. и др., 2010) исследования показали, что после курса Адаптола клиническое улучшение отмечалось почти у 70% получавших лечение пациентов с ГБН. Адаптол назначали в течение 30 дней в суточной дозе 1500 мг, разделенной на 2 приема: утром – 500 мг, днем – 1000 мг. После проведенного лечения отмечается достоверное снижение показателей реактивной тревожности. При оценке головной боли по визуально-аналоговой шкале определялось существенное снижение средней интенсивности боли. Бóльшая эффективность регистрируется при лечении частых ГБН, и несколько меньшая – при лечении хронических ГБН.

Результаты психологического исследования показали достоверное уменьшение реактивной тревожности после проведения курса лечения Адаптолом ($p < 0,01$). При оценке болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы средняя интенсивность головной боли после лечения составила $3,1 \pm 1,5$ балла. Таким образом, отмечается достоверное уменьшение интенсивности боли ($p < 0,01$). Наибольшее снижение интенсивности цефалгии отмечалось у пациентов с ГБН (особенно с частыми головными болями, в меньшей степени с хроническими).

Адаптол эффективно применяется в лечении психовегетативного синдрома (Фролова Н.Л. и др., 2012). После курса лечения Адаптолом в суточной дозе 1500 мг в течение 8 нед. отмечается существенное снижение частоты эпизодов сердечной боли, снижение средних и максимальных значений систолического и диастолического артериального давления.

препарат производят с помощью стандартизированного ферментативного гидролиза свободных от липидов белков головного мозга свиней. Механизм действия Церебролизина подобен действию естественных нейротрофических факторов. Церебролизин оказывает свое влияние на двух терапевтических уровнях: нейропротекция и нейрорегенерация. Церебролизин стимулирует дифференциацию нейронов и спрутинга нейритов в процессе постнатального развития мозга, поддерживает жизнедеятельность нейронов, защищая их от повреждающих воздействий.

Нами (Чутко Л.С. и др., 2012) установлено, что использование Церебролизина позволяет уменьшить клинические проявления СЭВ и повысить уровень качества жизни у пациентов, страдающих данным расстройством. Так, необходимо отметить улучшение показателей социального функционирования, изменение отношения к своему здоровью. На фоне приема препарата происходит выраженное снижение степени астении, уменьшение показателей депрессии.

Кроме этого, в лечении астенических нарушений используются психостимулирующие средства, такие как Ладастен, Фенотропил и др. К данной группе можно отнести и препарат **Метапрот**, обладающий ноотропной, антигипоксической, антиоксидантной, иммуномодулирующей активностью. Метапрот применяется в качестве средства повышения адаптации к воздействию различных экстремальных факторов в составе комплексного лечения черепно-мозговых травм, нейроинфекций, нарушений мозгового кровообращения.

Приложения

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (Т.Holms и R.Rahe)

Инструкция:

Постарайтесь вспомнить события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число баллов. Внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочтите каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. От суммы баллов тех событий и ситуаций, которые за последние два года происходили в Вашей жизни, подсчитайте среднее арифметическое (т.е. если какая-либо ситуация возникала

№	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга/супруги	100
2	Развод	73
3	Разъезд супругом/супругой (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Тюремное заключение	63
5	Смерть близкого члена семьи	63

№	Жизненные события	Баллы
6	Травма или болезнь	53
7	Свадьба	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение с супругом/супругой	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12	Беременность партнерши	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Реорганизация на работе	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом/супругой	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29

№	Жизненные события	Баллы
25	Выдающееся личное достижение, успех	28
26	Супруг/супруга бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28	Изменение условий жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы с начальством, конфликты	23
31	Изменение условий или часов работы	20
32	Смена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
36	Изменение социальной активности	18
37	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора)	17
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.)	15

№	Жизненные события	Баллы
41	Отпуск	13
42	Рождество, Новый год, день рождения	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения)	11

у Вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз).

Интерпретация результатов

150 баллов означают 50% вероятность возникновения какого-либо заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%. Итоговая сумма определяет одновременно и степень сопротивляемости стрессу и выражает в цифрах степень стрессовой нагрузки. Сумма баллов выше 300 означает реальную опасность, возможность психосоматических заболеваний и нервное истощение.

Сравнительная таблица стрессовых характеристик

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
150–199	Высокая
200–299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

Опросник, определяющий склонность к развитию стресса (по Т.А.Немчину и Дж.Тейлору)

№	Утверждения	Да/нет
1	Обычно я спокоен, и вывести меня из этого состояния нелегко	
2	Мои нервы расстроены не более, чем у других людей	
3	У меня редко бывают запоры	
4	У меня редко бывают головные боли	
5	Я редко устаю	
6	Я почти всегда чувствую себя счастливым	
7	Я уверен в себе	
8	Я практически никогда не краснею	
9	Я смелый человек	
10	Я краснею не чаще, чем другие	
11	Я редко ощущаю сильное сердцебиение	
12	Обычно мои руки теплые (не очень боятся холода)	
13	Я застенчив не более, чем другие	
14	Мне не хватает чувства уверенности в своих силах	
15	Порою мне кажется, что я ни на что не годен	
16	Бывают периоды беспокойства, не могу усидеть на месте	
17	Меня часто беспокоит желудок	

№	Утверждения	Да/нет
18	Не хватит духа вынести предстоящие трудности	
19	Хочется быть счастливым, как другие	
20	Кажется, передо мной трудности, которые мне не преодолеть	
21	Мне снятся кошмарные сны	
22	Когда волнуюсь, у меня дрожат руки	
23	У меня беспокойный сон, часто просыпаюсь	
24	Меня часто тревожат возможные неудачи	
25	Иногда испытываю страх, когда опасности нет	
26	Мне трудно сосредоточиться на задании	
27	Простую работу делаю часто с напряжением	
28	Я легко прихожу в замешательство	
29	Почти все время испытываю неясную тревогу	
30	Я склонен принимать всерьез даже пустяки	
31	Я часто переживаю и плачу	
32	У меня бывают приступы тошноты и рвоты	
33	Расстройство желудка у меня почти каждый месяц	
34	Я боюсь, что при волнении сильно покраснею	
35	Мне обычно трудно сосредоточиться на чем-то важном	
36	Меня постоянно беспокоит желание улучшить свое материальное положение, хотя оно не хуже, чем у других	

№	Утверждения	Да/нет
37	Нередко думаю о том, о чем не хотел бы поделиться с другими, и за что мне стыдно	
38	Иногда из-за переживаний теряю сон	
39	Когда волнуюсь, иногда сильно потею	
40	Я иногда сильно потею, даже в холодные дни	
41	Временами из-за волнения никак не могу заснуть	
42	Я легковозбудимый человек	
43	Иногда чувствую себя бесполезным человеком	
44	Нередко из-за волнения могу легко выйти из себя	
45	Я часто ощущаю смутную тревогу	
46	Я чувствительнее многих своих товарищей	
47	Почти все время испытываю чувство голода	
48	Часто кажется, что меня преследуют болезни	
49	Часто кажется, что за мной кто-то наблюдает	
50	Ожидание всегда меня нервирует	

Интерпретация результатов

Подсчитывается общее количество ответов «нет» на вопросы 2–13 (номера вопросов выделены жирным шрифтом) и ответы «да» на все остальные вопросы. Ответы характеризуют уровень тревоги и вероятность развития эмоционального стресса.

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
5–15	Низкий уровень тревоги и высокая стрессоустойчивость
15–25	Оптимальный баланс стрессоустойчивости и эмоциональной отзывчивости
25–40	Наличие стресса при относительной стрессоустойчивости
40–50	Высока вероятность развития дистресса

Опросник «Синдром эмоционального выгорания» В.В.Бойко

Инструкция:

Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты Вашей профессиональной деятельности – пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми Вы ежедневно работаете.

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться	
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры	
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место)	
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, менее качественно; медленнее)	
5. Теплота взаимодействия с партнером очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого	
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнера	
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2–3) мне хочется побыть одному	
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие)	
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг	
10. Моя работа притупляет эмоции	
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе	
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой	
13. Взаимодействие с партнером требует от меня большого напряжения	
14. Работа с людьми приносит мне меньше удовольствия	
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность	

16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь	
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты	
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловыми партнерами	
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше	
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю партнеру меньше внимания, чем положено	
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение	
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров	
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей	
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение	
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций	
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами	
27. Обстановка на работе кажется мне очень трудной, сложной	
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все как надо, не сократят ли и т.п.	

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или уделять ему меньше внимания	
30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла»	
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе	
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты)	
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу	
34. Я очень переживаю за свою работу	
35. Мне кажется, что я отдаю партнерам по работе больше внимания и заботы, чем получаю от них благодарности	
36. При мыслях о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль	
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем	
38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям	
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи на работе	
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние	
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно	

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) на «хороших» и «плохих»	
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми	
44. Я обычно проявляю больший интерес к личности партнера, чем на уровне «как идут дела»	
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами	
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души	
47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого	
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия	
49. На работе я испытываю постоянные физические или психические перегрузки	
50. Успехи в работе вдохновляют меня	
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной)	
52. Я потерял покой из-за работы	
53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов)	
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу	
55. Я часто приношу отрицательные эмоции с работы домой	
56. Я часто работаю через силу	

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь	
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: «не трать нервы, береги здоровье»	
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать	
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание	
61. Контингент партнеров, с которыми я работаю, очень трудный	
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я на нее затрачиваю	
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив	
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы	
65. Иногда я поступаю с моими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступили со мной	
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание	
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами	
68. Обычно я тороплю время: скорее бы рабочий день кончился	
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно искренне волнуют меня	
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий меня от чужих страданий и отрицательных эмоций	

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня	
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства	
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко	
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств	
75. Моя карьера сложилась удачно	
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой	
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать	
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах	
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) на общении с домашними и друзьями	
80. Если представляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил	
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе	
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство	
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как на профессионала – обзлила, сделала нервным, притупила эмоции	
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье	

При анализе результатов важно учитывать, что эмоциональное выгорание – приобретенный стереотип эмоционального профессионального поведения. Отчасти выгорание представляет собой функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на профессиональной деятельности. Опирируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования СЭВ, можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции. Подвергаются анализу следующие аспекты:

- какие симптомы доминируют;
- какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается истощение;
- объяснимо ли истощение (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику эмоционального выгорания, или субъективными факторами;
- какой симптом (какие симптомы) более всего отягощают эмоциональное состояние личности;
- в каких направлениях надо влиять на производственную обстановку, чтобы снизить нервное напряжение;
- какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное выгорание не наносило ущерба ей, а также профессиональной деятельности и партнерам.

Обработка данных

В соответствии с «ключом» осуществляют следующие подсчеты:

- 1) определяют сумму баллов отдельно для каждого из 12 симптомов эмоционального выгорания;
- 2) подсчитывают сумму показателей симптомов для каждой из трех фаз формирования эмоционального выгорания;
- 3) вычисляют итоговый показатель СЭВ – сумму показателей для всех 12 симптомов.

Фаза напряжения

Переживание психотравмирующих обстоятельств:

+1 (2), +13 (3), +25 (2), -37 (3), +49 (10), +61 (5), -3 (5).

Неудовлетворенность собой:

-2 (3), +14 (2), +26 (2), -38 (10), -50 (5), +62 (5), +74 (3).

«Загнанность в клетку»:

+3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), -75 (5).

Тревога и депрессия:

+4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3).

Фаза резистенции

Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование:

+ 5 (5), -17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5).

Эмоционально-нравственная дезориентация:

+6 (10), -18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), -78 (5).

Расширение сферы экономики эмоций:

+7 (2), +19 (10), -31 (2), +43 (5), +55 (3), +67 (3), -79 (5).

Редукция профессиональных обязанностей:

+8 (5), +20 (5), +32 (2), -44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10).

Фаза истощения

Эмоциональный дефицит:

+9 (3), +21 (2), +33 (5), -45 (5), +57 (3), -69 (10), +81 (2).

Эмоциональная отстраненность:

+10 (2), +22 (3), -34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10).

Личностная отстраненность (деперсонализация):

+11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +71 (2), +83 (10).

Психосоматические и психовегетативные нарушения:

+12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5).

Интерпретация результатов

Предложенная методика дает подробную картину СЭВ. Прежде всего надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Особенно важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 баллов и менее – несложившийся симптом;

10–15 баллов – складывающийся симптом;

16 баллов и более – сложившийся симптом.

Симптомы с показателями 20 баллов и более относятся к доминирующим в фазе или во всем СЭВ.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса – осмысление показателей фаз развития стресса – «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако сопоставление баллов, полученных для фаз, неправомерно, так как не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том,

что измеряемые в них явления существенно различаются (реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы). По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 баллов и менее – фаза не сформировалась;

37–60 баллов – фаза в стадии формирования;

61 балл и более – сформировавшаяся фаза.

Субъективная шкала оценки астении по MFI-20

Общая астения – пункты 1, 5, 12, 16

Физическая астения – пункты 2, 8, 14, 20

Пониженная активность – пункты 3, 6, 10, 17

Снижение мотивации – пункты 4, 9, 15, 18

Психическая астения – пункты 7, 11, 13, 19

Сумма баллов больше 12 хотя бы по одной шкале – основание для диагноза *астения*.

В соответствии со своим состоянием Вам нужно оценить свое самочувствие в последнее время и обвести кружком степень соответствия действительности того или иного утверждения:

1. Я чувствую себя здоровым						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
2. Физически я способен на немногое						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
3. Я чувствую себя очень активным						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
4. Все, что я делаю, доставляет мне удовольствие						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
5. Я чувствую себя усталым						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
6. Мне кажется, я многое успеваю за день						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

7. Когда я занимаюсь чем-либо, я могу сконцентрироваться на этом						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
8. Физически я способен на многое						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
9. Я боюсь дел, которые мне необходимо сделать						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
10. Я думаю, что за день выполняю очень мало дел						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
11. Я могу хорошо концентрировать внимание						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
12. Я чувствую себя отдохнувшим						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
13. Мне требуется много усилий для концентрации внимания						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
14. Физически я чувствую себя плохо						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
15. У меня много планов						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
16. Я быстро устаю						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
17. Я очень мало успеваю сделать						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
18. Мне кажется, что я ничего не делаю						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

19. Мои мысли легко рассеиваются						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда
20. Физически я чувствую себя прекрасно						
Да, это правда	1	2	3	4	5	Нет, это неправда

Описание субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) и инструкция к ней

Данная шкала является субъективным инструментом и состоит из 20 утверждений, отражающих разные аспекты астении.

Эти 20 пунктов сгруппированы в 5 шкал. Каждая шкала содержит 4 пункта. Шкала составлена таким образом, чтобы исключить влияние субъективного фактора. Каждый блок содержит 2 пункта, подтверждающих астению, и 2 пункта, опровергающих ее.

Каждое утверждение ранжируется по 5 пунктам. Наивысший балл отражает самую высокую степень выраженности астении.

Оценка шкалы представляет собой сумму баллов отдельных составляющих ее пунктов у каждого тестируемого и может варьировать в интервале от 4 до 20 баллов. Использование общего количества баллов всех 20 пунктов не рекомендуется.

Итоговые баллы могут быть использованы для принятия целостного решения относительно степени выраженности астении. Однако если вы заинтересованы в более точной дифференциации состояния, рекомендуется использовать следующие подшкалы общей астении.

АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Психологические симптомы (Боллз Э.Б., 1995)

Инструкция:

Оцените ответы, которые наиболее полно и точно характеризуют ваше состояние по следующей шкале:

- нет, никогда – 0 баллов,
- иногда, частично – 1 балл,
- часто – 2 балла,
- всегда, полностью – 3 балла

1. *Из-за хронической усталости у меня:*
 - а) нет того авторитета, который я заслуживаю,
 - б) недостаточно финансовых средств,
 - в) я был(а) на пути к успеху, а теперь мое будущее неопределенно,
 - г) я хотел(а) получить максимальный эффект от каждого дня своей работы, а теперь не испытываю такого желания,
 - д) нельзя описать мое состояние.
2. *Постоянная усталость разрушает мою личную жизнь, и теперь я в довольно затруднительном положении, так как:*
 - а) не пользуюсь у своей семьи (друзей, близких) тем уважением, которого заслуживаю,
 - б) я уже не чувствую с членами семьи такой близкой связи, какая была раньше,

- в) я уже не играю той ведущей роли в семье, которой гордился(лась) раньше,
г) я мое состояние сказывается на бюджете семьи,
д) нельзя описать мое состояние.
3. *Хроническая усталость изменила мой образ жизни, и теперь я в затруднительном положении, так как:*
- а) я занимался(лась) спортом, а теперь не в состоянии,
б) мне пришлось отказаться от своих любимых занятий (нет ни сил, ни желания),
в) мне трудно сохранять такое влияние на людей, с которыми общался(лась) раньше,
г) я не могу часто бывать у своих друзей,
д) нельзя описать мое состояние.

Ответы

«б» и «г» показывают снижение удовлетворенности жизненных потребностей,

«а» и «в» – социальные, общественные ценности и признание,

«д» – говорят об отсутствии содержания психической реальности (когда не существует значимых факторов жизни, обеспечивающих иерархию ценностей).

Физиологические симптомы (по МКБ-10)

Инструкция:

Отметьте наличие данных симптомов за последние 6 месяцев.

Основные симптомы:

1. Внезапное возникновение изнуряющей слабости.

2. Усталость прогрессирует и не проходит после отдыха.
3. Почти вдвое снизилась работоспособность за последние 6 месяцев.
4. Нет других видимых причин или болезней, которые могут вызывать непреходящую усталость.

Малые симптомы:

1. Прогрессирующая или продолжительная усталость, особенно выраженная после любых физических нагрузок, которые прежде переносились легко.
2. Чувство озноба, лихорадки без повышения температуры.
3. Частая боль в горле.
4. Болезненность в лимфоузлах.
5. Мышечная слабость.
6. Миалгия – боль в мышцах.
7. Расстройство сна (бессонница или, напротив, сонливость).
8. Головная боль необычного характера.
9. Мигрирующая боль в суставах.
10. Нейропсихические расстройства: повышенная чувствительность к яркому свету, расстройство зрения (пятна перед глазами), забывчивость, раздражительность, нерешительность, снижение мыслительной активности и способности к концентрации внимания (наличие большинства из перечисленных симптомов).
11. Депрессия.

При наличии 2 и более основных и 8 из 11 малых симптомов – ставится диагноз СХУ.

Опросник «Степень хронического утомления» (Леонова А.Б., 1984)

Данная методика предназначена для диагностики доклинических степеней хронического утомления, которое в своих крайних формах переходит в разряд патологических состояний (различные формы астенического синдрома, неврозов и др.).

Отличительная черта хронического утомления – его длительное подспудное накопление, которое проявляется чаще всего только в различных субъективных жалобах и недомоганиях. Оно долгое время не имеет объективно регистрируемых проявлений. При сильных степенях хронического утомления распад деятельности и ухудшение здоровья могут проявиться в резко прогрессирующей, злокачественной форме («массированного обвала»).

Инструкция:

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений и постарайтесь понять, насколько точно оно описывает Ваше самочувствие в течение последних нескольких месяцев. Если Вы полностью согласны с данным утверждением, отметьте «+», категорически не согласны – «-». Если Вы затрудняетесь в выборе ответа или согласны частично, отметьте «+/-».

1. Чаще всего у меня хорошее самочувствие
2. Я стал(а) раздражительным(ой)
3. В последнее время я стал(а) хуже видеть
4. Я стал(а) забывчивым(ой)
5. После работы я чувствую себя разбитым(ой)
6. Мне нравится работать в коллективе

7. У меня часто бывает подавленное настроение
8. Я чувствую постоянную тяжесть в голове
9. У меня отекают ноги
10. У меня бывают головокружения
11. У меня бывает ощущение, что мне трудно вздохнуть
12. Мне всегда хочется как можно быстрее закончить работу и уйти домой
13. После сна я обычно встаю вялым(ой) и плохо отдохнувшим(ей)
14. Мой рабочий день обычно пролетает незаметно
15. Я стал(а) часто ссориться со своими близкими
16. После пробуждения я засыпаю с трудом
17. Я постоянно испытываю неприятные ощущения в глазах
18. В последнее время меня стали раздражать вещи, к которым раньше я относился(лась) спокойно
19. Я стал(а) вялым(ой) и безразличным(ой)
20. Мне трудно удержать в памяти даже те дела, которые нужно сделать сегодня
21. В последнее время мне стало трудно работать
22. У меня ровный и спокойный характер
23. Меня мучают боли в висках и в области лба
24. У меня часто бывают приступы сердцебиений
25. Когда я работаю, у меня почти все время болят спина и шея
26. У меня часто возникает ощущение тошноты
27. У меня часто болит голова
28. Моя работа перестала мне нравиться
29. Я постоянно хочу спать днем

30. Мои близкие стали замечать, что у меня портится характер
31. Когда я читаю, мне приходится напрягать глаза
32. Чаще всего у меня беспокойный сон
33. Я с удовольствием прихожу на работу
34. Я все время чувствую себя усталым(ой)
35. В последнее время я чувствую общее недомогание
36. Я чувствую себя абсолютно здоровым человеком

Для оценки наличия признаков хронического утомления три варианта ответов переводятся в баллы на основе трехбалльной оценочной шкалы с учетом типа формулировки утверждения:

- прямые утверждения (пункты 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35): «+» = 2 балла; «+/-» = 1 балл; «-» = 0 баллов;
- обратные утверждения (пункты 1, 6, 14, 22, 33, 36): «да» = 0 баллов; «+/-» = 1 балл; «-» = 2 балла.

Затем выявляются отдельные симптомы:

- признаки физиологического дискомфорта (пункты 3, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32);
- снижение общего самочувствия и когнитивный дискомфорт (пункты 1, 4, 5, 8, 19, 20, 21, 34, 35, 36);
- нарушения в эмоционально-аффективной сфере (пункты 2, 7, 15, 18, 22, 30);
- снижение мотивации и изменения в сфере социального общения (пункты 6, 12, 14, 28, 33).

Для более полной качественной интерпретации результатов целесообразно также подсчитать удельный

вес разных групп симптомов в общем индексе хронического утомления (см. выше). Поскольку количество утверждений, входящих в разные группы симптомов, неодинаково, имеет смысл подсчитать процентное отношение набранных баллов по соответствующим пунктам опросника к их максимально возможному числу:

- симптомы физиологического дискомфорта – 15 пунктов, $\text{max} = 30$ баллов;
- снижение общего самочувствия и когнитивный дискомфорт – 10 пунктов, $\text{max} = 20$ баллов;
- нарушения в эмоционально-аффективной сфере – 6 пунктов, $\text{max} = 12$ баллов;
- снижение мотивации и изменения в сфере социального общения – 5 пунктов, $\text{max} = 10$ баллов.

Подсчитывается общий ИХРУ (индекс хронического утомления) (как сумма всех симптомов). Значения ИХРУ могут варьировать в диапазоне от 0 до 72 баллов. Для вынесения диагностического суждения о степени хронического утомления используются следующие градации ИХРУ:

ИХРУ < 17 баллов: отсутствие признаков хронического утомления;

17 < ИХРУ ≤ 26 баллов: начальная степень хронического утомления;

26 < ИХРУ ≤ 37 баллов: выраженная степень хронического утомления;

37 < ИХРУ ≤ 48 баллов: сильная степень хронического утомления;

ИХРУ > 48 баллов: переход в область патологических состояний (астенический синдром).

Релаксационные техники

Маяк

Цель: преодоление состояния незащитности, уязвимости, одиночества, профессионального тупика.

Представьте маленький скалистый остров вдали от континента. На вершине острова – высокий, крепко поставленный маяк. Почувствуйте себя этим маяком. Он стоит так прочно, что даже сильные ветры, постоянно дующие на острове, не могут покачнуть его. Днем и ночью, в хорошую и плохую погоду Вы посылаете мощный поток света, служащий ориентиром для судов. У Вас много энергии, Вы в состоянии поддерживать постоянство вашего светлого луча. Этот луч скользит по океану, предупреждая мореплавателей о мелях и опасностях.

Вы – символ безопасности для людей в море и на берегу. Ощутите внутренний источник света в себе – света, который никогда не угаснет.

Океан

Цель: преодоление чувства безысходности, безнадежности жизненных обстоятельств.

Подумайте о своей проблеме, которая вызывает стресс. Это может быть насущная проблема или то, что когда-то произошло и до сих пор при воспоминании вызывает у Вас напряжение. А может, это просто тревожные мысли. Вас охватывают сильные чувства: злость, раздражение, страх или паника. Возможно, Вам стыдно, или Вы чувствуете себя виноватым.

Представьте себе, что Ваша проблема – это бушующий океан. Огромные, тяжелые волны поднимаются над поверхностью и с грохотом и брызгами падают вниз. Сильный шквалистый ветер гонит волны вперед. Низкое свинцовое небо нависло над океаном, хлещет дождь, слышны раскаты грома.

Теперь мысленно нырните под воду, неглубоко от поверхности. Вой ветра и шум воды стали тихими, приглушенными. Сильные разрушительные волны сменились плавным колебанием воды, серый свет – голубым мерцанием. Вместе с этим начинает расслабляться Ваше тело, уходит напряжение, успокаивается дыхание, сердце бьется ровно. Представьте себя рыбой, свободно плывущей в глубине воды. Ваши движения плавны, неторопливы, Вы легко преодолеваете колебания воды, и то, что происходит на поверхности, Вас мало волнует. Теперь мысленно опуститесь на самое дно океана. Волнение и бури здесь совсем не слышны. Неспешно двигаются глубоководные рыбы, чуть шевелятся водоросли и морские звезды на океанском песке, звуки практически отсутствуют. Представьте себя раковинной, лежащей на дне океана, неподвижной и безучастной, максимально расслабьте свое тело, успокойте дыхание, растворите сознание, почувствуйте покой, неподвижность, абсолютное спокойствие...

А теперь перенеситесь вновь на поверхность океана. Вы – крейсер, большой, мощный, сильный. Ваши турбины работают исправно, корпус тверд и прочен. Океанские волны разбиваются на миллион брызг, когда встречаются

с носом крейсера. Стихия не в силах нанести ему ущерб. Он совершает свой путь, точно следуя намеченному курсу. Почувствуйте, как уверенно Вы справляетесь с ситуацией, переживаете жизненную непогоду, решаете возникающие проблемы. Мысленно скажите себе: «Я с этим справлюсь, у меня достаточно душевных, физических и умственных сил».

Теперь представьте себе спокойный океан, переливающийся множеством солнечных бликов, легкий бриз и пронзительно голубое небо. Когда-нибудь океан Вашей жизни успокоится, буря сменится штилем, и Вы сможете насладиться гармонией и безмятежностью, которые можно оценить, лишь пережив такую бурю.

Телесное упражнение «Улитка»

Цель: работа с негативными переживаниями, в том числе страхами, тревогой, растерянностью, немотивированным беспокойством, нестабильным эмоциональным состоянием, ревностью, обидой, злобой.

Во время выполнения упражнения постарайтесь, чтобы вас никто не беспокоил, и, если состояние позволяет, включите музыку. Подойдет как музыка для релаксации, так и что-либо ритмичное.

Встаньте посреди комнаты, твердо упритесь ногами в пол, слегка попружиньте на ногах, «слейтесь с землей», представляя, что ноги пускают корни в землю.

Теперь вызовите в себе воспоминания о том, с чем будете работать (чувство, страх, переживание). Усиьте это состояние, немного «накрутив» себя (мы же все

умеем это делать – преувеличивая проблему и взвинчивая свое эмоциональное состояние). Постарайтесь почувствовать, в какой части тела это состояние отзывается особенно остро.

Теперь представьте себе, что это состояние (допустим, страх) лежит сейчас на Ваших ладонях. Посмотрите на свои ладони. Сложите их лодочкой. Вот – Ваш страх... он лежит на ладонях. Что Вы чувствуете?

Теперь сильно-сильно сожмите кулаки. Сожмите кулаки так сильно, как только можете! Так, чтобы косточки побелели! Со всей силы! Приложите кулаки к той части тела, которая больше всего отзывается на состояние, с которым работаете (к голове, груди, животу и т.д.).

А теперь начните сжиматься. Согнитесь пополам, опуститесь на пол, завернитесь максимально сильно, закручивая тело так, чтобы внутри оказались кулаки, прижатые к части тела, которая отзывается на проблему.

Свернитесь в улитку!

Свернитесь так, чтобы Вам было неудобно. Так, словно Вас посадили в тесный мешок. Оставайтесь в таком положении минут пять, т.е. настолько долго, чтобы Вы смогли ощутить до какой же степени Вас все-таки ДОСТАЛО это состояние (страх, чувство, переживание).

Понаблюдайте за собой в скрученном состоянии. Понаблюдайте за сжатыми кулаками. Вот так, с таким маниакальным упорством, десять раз скрутив себя в узел, Вы удерживаете в себе ЭТО! Этот страх, или обиду, или ревность... Вам это нравится?

А теперь начните разжиматься и раскручиваться из своего неудобного положения! Медленно-медленно! Настолько медленно, чтобы Ваше тело насладились каждым миллиметром освобожденной мышцы, каждым движением расслабляющейся конечности. Расслабляйтесь и разворачивайтесь! Вы можете «расти» вверх или расползаться по полу, главное, чтобы каждое Ваше движение было осознанным и доставляло удовольствие. Попутно отслеживайте и свои мысли. Возможно, по ходу выполнения упражнения Вам придут в голову мысли о том, как решить свою проблему, что отпустить, а на чем сосредоточиться.

Если Вы устали, полежите неподвижно. И снова продолжайте раскрытие. Пока Вы двигаетесь, не разжимайте кулаки. Они должны разжаться в самую последнюю очередь!

И, наконец, полностью раскрывшись, медленно-медленно разожмите кулаки. И представьте, что выпускаете из них свое состояние, страх или проблему. Все... ее больше нет!

Если Вы все сделаете правильно, на вас накатит блаженное расслабление и усталость. А самое главное, придет безразличие по отношению к тому чувству или переживанию, с которым Вы работали. И здесь важно не начать накручивать себя снова, вспоминая об этом, а просто принять происходящее и поверить в то, что Вы можете жить без этой обиды, боли, ревности... Попробуйте, и Вы удивитесь тому, как эффективно это работает!

Релаксационное упражнение при работе с мышечными зажимами

Цель: снятие эмоциональных зажимов в теле и выработка двигательной раскрепощенности.

Снятие зажима

Сядьте в неудобную позу: оглянитесь, не поворачивая плеч и туловища; прижмите подбородок к ключице; поднимите вверх или подайте вперед плечи; коснитесь пальцами руки задней ножки стула. Сосредоточьте внимание на возникшем мышечном зажиме и снимите его усилием воли.

Напряжение и расслабление рук

Согните руки, держа их перед грудью параллельно полу. Закройте глаза, дышите легко и равномерно, крепко сожмите кулаки. Затем резко напрягите все мышцы рук от плеча до кисти. Кулаки надо сжать так, чтобы мышцы начали вибрировать. Продолжайте дышать легко и равномерно. Напрягайте мышцы до такой степени, чтобы появилось легкое ощущение боли.

Опустите руки так, чтобы они свободно повисли вдоль тела. Полностью расслабьте мышцы рук. Расслабьтесь. Медленно вдыхайте и выдыхайте. Сосредоточьтесь на ощущениях тяжести и тепла в Ваших руках, затем откройте глаза. Если Ваши руки не стали теплыми, повторите упражнение. Оно поможет Вам достичь быстрого физического расслабления, снять раздражение и беспокойство.

Напряжение и расслабление тела

Лягте спиной на пол. Полностью вытяните ноги, положите руки вдоль тела. Дышите легко и свободно. Крепко сожмите ягодицы. Затем напрягите икры и бедра. Напрягите все тело, одновременно делайте равномерные вдохи и выдохи – удерживайте напряжение примерно минуту. Старайтесь не выгибаться вверх, чтобы не получился «мост». Даже когда Вы достигли уровня максимального напряжения, ягодицы должны касаться пола.

Позвольте напряжению полностью уйти. Возьмитесь руками за колени и покачайтесь так несколько раз, чтобы расслабить мышцы позвоночника. Если упражнение удалось, Вы почувствуете расслабление и тепло во всем теле. Если Вы слишком сильно вытягивали ноги, у Вас может появиться ощущение покалывания в стопах и икрах. Упражнение помогает быстро освободиться от напряжения, расслабить мышцы позвоночника, уменьшить боли в спине.

Высвобождение двигательной активности

Встаньте и закройте глаза, мысленно исследуйте свое тело от подошв до головы, зафиксировав особенно напряженные участки. Откройте глаза, осторожно подвигайте и потрясите своим телом, особенно в местах наибольшего напряжения, пока оно не расслабится. Проверьте тело еще раз и при необходимости повторите упражнение.

«Рабочая ручка»

Упражнение придумано и используется хирургом одной из клиник Санкт-Петербурга. Он говорил следу-

ющее: «Когда я выхожу из клиники, которая находится в старом монументальном здании, я берусь рукой за большую металлическую ручку и с трудом открываю подпружиненную дверь. Как только я отпускаю эту ручку и выхожу на улицу, я запрещаю себе думать о работе и рабочих проблемах. Возможно, дома мне придется обдумывать рабочие ситуации, но сейчас, непосредственно после напряженного рабочего дня, я хочу и должен полностью отстраниться от работы и переключиться на свою личную жизнь».

«Волшебный мешочек»

Цель: формирование оптимистичного восприятия жизненных событий.

Непосредственно перед сном, уже лежа с закрытыми глазами, постарайтесь проанализировать весь прошедший день и вспомнить все позитивные, приятные, интересные моменты, события, которые вызвали у Вас приятные переживания, пусть даже минимальные. Положите мысленно эти события в мешочек, а мешочек положите себе под подушку.

Интересно, что это упражнение не только способствует концентрации на позитивных переживаниях, ощущению, что день прожит не зря, при длительном и регулярном выполнении упражнения (обычно в течение около нескольких недель) возникает концентрация на позитивных переживаниях уже в течение дня – «да, вот это я могу сегодня вечером положить в свой мешочек».

Модификация упражнения «Волшебный мешочек»

Цель: формирование активной поведенческой позиции, преодоление негативного настроения.

Утром проанализировать все события предстоящего дня, постараться найти как можно больше позитивных, интересных, перспективных событий, ради которых стоит встать и начать новый день. Это может быть и хорошая погода за окном, и вечерняя встреча с друзьями, и интересная книга, и даже последний день неинтересной или неприятной для Вас деятельности.

Данное упражнение особенно эффективно для тех, кто обычно просыпается в плохом настроении, для тех, у кого «утро добрым не бывает».

Техника тайм-менеджмента

Упражнение «Анализ моментов, на которых мы теряем время»

Инструкция:

На основе анализа типичных рабочих ситуаций за последний год оцените ответ на каждый вопрос от 0 до 2 баллов:

0 – никогда,

1 – иногда,

3 – всегда

1. Потери времени при постановке цели

- Представляю ли я взаимосвязь моей работы с функционированием всего предприятия?
- Имею ли я систематический обзор задач, возникающих в сфере моей деятельности?
- Соответствует ли моя нагрузка моим возможностям?
- Связаны ли мои мелкие проблемы с глобальной целью моей работы?
- Согласую ли я свои действия и цели с действиями моих коллег и начальства?
- Работаю ли я регулярно над собой? (новые идеи, знания, навыки)?

2. Потери времени при планировании

- Знаю ли я примерное количество времени, необходимое для выполнения предстоящих дел?
- Готов ли я к возможным трудностям при выполнении работы?

- Предусматриваю ли я резервное время для непредвиденных случаев, кризисов или помех?
- Принимаю ли я меры против помех, чтобы не отрываться от своей работы?
- Упорядочено ли мое расписание решения профессиональных вопросов?
- Фиксирую ли я сроки, активность, задачи в дневнике или ежедневнике?

3. Потери времени при принятии решений

- Оцениваю ли я работу, прежде чем приступить к ней (стоит ли она временных затрат)?
- Устанавливаю ли я приоритетность дел в зависимости от их важности?
- Уделяю ли я отдельным делам нужное количество времени в соответствии с их значением (важностью и срочностью)?
- Способен ли я отказаться от звонков, посетителей или встреч, которые не имеют серьезного значения?
- Могу ли я, когда это необходимо, освободить себя от рутинной работы?
- Способен ли я не отвлекаться на частные разговоры в промежутках между выполнением отдельных дел?

4. Потери времени из-за недостаточно четко организованной работы.

- Разумно ли я дозирую время работы над одной проблемой?
- Располагаю ли я помощниками, которым мог бы поручить выполнение какой-либо задачи?
- Порядок ли на моем рабочем месте?

- Использую ли я технические средства, облегчающие и ускоряющие мою работу?
- Пытаюсь ли я систематически упрощать отдельные операции в сфере моей деятельности?
- Способен ли я своевременно исправлять и не повторять ошибки?

5. Потери времени при начале работы

- Планирую ли я вечером предстоящий рабочий день? Продумываю ли я дело, прежде чем начать его?
- Занимаюсь ли я в первую очередь личными делами, прежде чем приступить к работе?
- Требуется ли мне в начале дня время, чтобы приступить к работе?
- Откладываю ли я часто важные дела?
- Занимаюсь ли я трудными проблемами в конце рабочего дня?
- Довожу ли я свои дела до конца?

6. Потери времени при составлении расписания дня

- Знаю ли я свой личный трудовой ритм и график продуктивности?
- Знаю ли я суточные закономерности своей производительности?
- Соответствует ли мой рабочий распорядок этим ритмам?
- Планирую ли я благоприятное время дня для важнейших дел?
- Занимаюсь ли я в свои наиболее продуктивные часы неважными проблемами или рутинной работой?
- Продумываю ли я дело, прежде чем начать его?

7. Потери времени при обработке информации

- Выбираю ли я материал для чтения с учетом его важности?
- Пробегаю ли я информацию, чтобы «схватить» главное, и лишь потом знакомлюсь с деталями?
- Заканчиваю ли я беседу, звонок или совещание, если всякое продолжение кажется бесполезным?
- Перед разговором – обдумываю ли я свои цели и цели собеседников, чтобы исключить напрасную трату времени?
- Пишу ли я черновики своей документации?
- Использую ли я схемы для рутинной работы?

Проанализируйте причины данных ситуаций и возможности их преодоления, наметьте, когда и как Вы это сможете осуществить.

Упражнение «Список основных времяпоглотителей»

Инструкция:

Выделите наиболее характерные для Вас проблемы.

- Нечеткая постановка цели, отсутствие полного представления о предстоящих задачах и путях их решения, личная неорганизованность, заваленный письменный стол, поиски записей, адресов, телефонов и т.д.
- Отсутствие самодисциплины, неумение довести дело до конца, отвлечения.
- Отсутствие приоритетов в делах, попытка все сделать за один раз.
- Плохое планирование дня, недостаточная подготовка к беседам.

- Чрезмерное чтение, чрезмерность деловых записей, желание знать все факты.
- Плохая систематизация материала.
- Недостаток мотивации, индифферентное отношение к работе.
- Недостатки кооперации или разделения труда, слишком редкое и/или недостаточно эффективное делегирование.
- Недостаточный контроль за порученными делами.
- Неспособность сказать нет, «липкие» телефонные звонки и беседы, разговоры на частные темы, незапланированное общение.
- Неполная или запоздалая информация.
- Долгие совещания.
- Синдром «откладывания».
- Длительные, бесполезные ожидания, спешка, нетерпение.

Проанализируйте, есть ли связь между ответами в упражнении на анализ моментов, на которых мы теряем время, и в упражнении на основные времяпоглотители. Продумайте, какие Ваши действия могли бы помочь вам сформировать оптимальную стратегию распределения времени.

Литература

- Абабков В., Перре М.* Адаптация к стрессу: Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
- Аведисова А.С., Ястребов Д.В.* Оценка диагностики и терапии астенических расстройств по результатам анкетирования врачей общей практики // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2010. – №2. – С. 56–60.
- Акарачкова Е.С.* Хроническая усталость и подходы к ее лечению // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2010. – №1. – Выпуск 2. – С. 48–54.
- Александр Ф.* Психосоматическая медицина: Принципы и применение: Пер. с англ. – М.: Перрлс, 2000. – 296 с.
- Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. – М., 2000. – 496 с.
- Анохин П.К.* Узловые вопросы теории функциональных систем. – М.: Наука, 1980. – 196 с.
- Анциферова Л.И.* Психологические закономерности развития личности взрослого человека и проблема непрерывного образования // Психологический журнал. – 1980. – №2. – С. 11–17.
- Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. А.В.Шаброва, С.Л.Соловьевой.* – СПб.: ИнформМед, 2011. – 288 с.
- Баевский Р.М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1973. – 173 с.
- Бамдас Б.С.* Астенические состояния. – М., 1961. – 204 с.
- Безносков С.П.* Профессиональная деформация личности. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
- Бек А.* Когнитивная терапия // Эволюция психотерапии. – Т. 2. «Осень патриархов»: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия. – М., 1998. – С. 304–329.

- Белицкий Ю.* Неврастения. – СПб., 1906. – 432 с.
- Беребин М.А., Вассерман Л.И.* Факторы риска пограничных нервно-психических расстройств у педагогов общеобразовательных школ // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1994. – №4. – С. 12–23.
- Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988. – 270 с.
- Березовская Л.Г., Слабинский В.Ю., Подсадный С.А.* К вопросу о критериях риска развития синдрома «эмоционального выгорания» // Проблема исследования синдрома эмоционального выгорания и пути его коррекции у специалистов «гуманных» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. научн. ст. / Под ред. В.В.Лукиянова, С.А.Подсадного. – Курск, 2007. – С. 17–19.
- Бехтерев В.М.* Избранные произведения. – М.: Медгиз, 1954. – 528 с.
- Бехтерева Н.П.* Здоровый и больной мозг человека. – Л.: Наука, 1988. – 262 с.
- Бойко В.В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб., 1999. – 32 с.
- Бойко В.В.* Энергия эмоций. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 473 с.
- Бодров В.А.* Проблема преодоления стресса. Часть 1: «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению // Психологический журнал. – 2006. – №2. – С. 121–126.
- Боконжич Р.* Головная боль. – М.: Медицина, 1984. – 310 с.
- Боллз Э.Б.* Учитесь жить с синдромом хронической усталости. – М.: Крон-Пресс, 1995.
- Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 373 с.
- Вартанян Г.А., Гальдинов Г.В., Акимова И.М.* Организация и модуляция памяти. – Л.: Медицина, 1981. – 208 с.
- Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К.* Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение). – М., 1994. – 286 с.
- Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром эмоционального выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.

- Волобаев В.М.* Комплексная групповая психотерапия эмоционального выгорания: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009.
- Воробьева О.В.* Психовегетативный синдром // Лечение нервных болезней. – 2004. – №1. – С. 7–11.
- Гараян Н.Г.* Психологические модели перфекционизма // Вопросы психологии. – 2009. – №5. – С. 74–84.
- Гиндикин В.Я.* Справочник: Соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
- Григорьева В.Н.* Психосоматические аспекты нейрореабилитации: Хронические боли. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2004. – 420 с.
- Гринберг Дж.* Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
- Гришина Н.В.* Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2002. – 464 с.
- Громов Л.А., Дудко Е.Т.* «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы // Вестник фармакологии и фармации. – 2003. – №10. – С. 11–17.
- Давиденков С.Н.* Неврозы. – Л.: Медгиз, 1963. – 271 с.
- Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Марченко А.А., Пуляткина О.В.* Прогностическое значение содержания в крови нейротрофического фактора мозга (BDNF) при терапии некоторых функциональных и органических заболеваний нервной системы с применением адаптола // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2012. – №4. – С. 37–41.
- Залевский Г.В., Галажинский Э.В., Умняшкина С.В.* Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере гуманитарных профессий) // Сибирский психологический журнал. – 2001. – №14/15. – С. 68–71.
- Зеер Э.Ф.* Психология профессий. – Екатеринбург: УГППУ, 1997. – 336 с.
- Зеличенко А.И., Шмелев А.Г.* К вопросу о классификации мотивационных факторов трудовой деятельности и профессионального выбора // Вестник МГУ. – Серия 14. Психология. – 2009. – №4. – С. 33–42.
- Золотухина Л.В.* Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 22 с.

АДАПТОЛ таблетки 500 мг №20

ПОКАЗАНИЯ	СУТОЧНАЯ ДОЗИРОВКА И КРАТНОСТЬ ПРИЕМА	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
Неврозы и неврозоподобные состояния (<i>раздражительность, эмоциональная неустойчивость, тревога, страх, нарушения сна</i>)	1000–1500 мг в 2–3 приема	от нескольких дней до 2–3 месяцев
Предупреждение невротических расстройств в стрессовых ситуациях⁵	1500–2000 мг в 2–3 приема	от нескольких дней до 2–3 месяцев
Устранение соматовегетативных проявлений в терапии:		
<i>артериальной гипертензии различного генеза (не связанных с ИБС)</i>	1000–1500 мг в 2–3 приема	от нескольких дней до 2–3 месяцев
<i>после инфаркта миокарда (период реабилитации)⁵</i>	1500–2000 мг в 2–3 приема	от 1 до 3 месяцев
<i>дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадии⁷</i>	1000 мг в 2 приема	от 1 до 3 месяцев
<i>синдрома вегетативной дисфункции³</i>	1000–1500 мг в 2–3 приема	от нескольких дней до 2–3 месяцев
<i>кардиомиопатий дизовариального генеза³</i>	500 мг 2 раза в день	до 2 месяцев
<i>предменструальных и климактерических расстройств⁴</i>	1000–1500 мг в 2–3 приема, начиная с 14-го дня менструального цикла до начала следующего	3 месяца подряд
<i>синдрома эмоционального выгорания⁶</i>	1500 мг в 2–3 приема	2–3 месяца
<i>головные боли напряжения⁸</i>	1500 мг в 2 приема	1 месяц
Улучшение переносимости нейролептиков и транквилизаторов	1000–1500 мг в 2–3 приема	от нескольких дней до 2–3 месяцев
Никотиновая абстиненция (в комплексной терапии для уменьшения влечения к курению табака)	1500–3000 мг в 2–3 приема	5–6 недель

Сидоренков Е.Р. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности адаптола при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии, 9, 2011; Вып. 2.

Данилина Т.Л. Применение адаптола при синдроме вегетативной дисфункции у детей // Журнал неврологии и психиатрии, 9, 2011; Вып. 2.

Кликин В.Р. Терапевтические возможности адаптола в лечении вегетативных нарушений у женщин // Доктор Рубин, 2010; №1(10).

Кликин В.Р. Применение адаптола в лечении предменструальных расстройств // Рубин, 1, 2, 2011.

Кликин В.Р. Терапевтические возможности адаптола в лечении предменструальных расстройств у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой хирургии, 4, 2011.

Сидоренков Е.Р. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности адаптола при лечении и профилактике эмоционального выгорания // Журнал неврологии и психиатрии, 10, 2010.

Сидоренков Е.Р. Головные боли напряжения: клинико-психологические аспекты и возможности терапии // Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2011.