

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Российский университет дружбы народов»
Министерства образования и науки Российской Федерации**

На правах рукописи

КОЗИН

Владимир Андреевич

**СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ
ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Специальности: 14.01.27 – наркология

19.00.04 – медицинская психология.

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель: доктор медицинских наук

Агибалова Татьяна Васильевна

Научный консультант: доктор психологических наук, доцент

Рычкова Ольга Валентиновна

Санкт-Петербург

2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	8
1.1. Исторический обзор синдрома «эмоционального выгорания»	8
1.2. Определение и современные теории СЭВ	14
1.3. Факторы, способствующие развитию СЭВ	20
1.4. СЭВ у врачей различных специальностей	24
1.5. Дифференциальная диагностика и перспективы изучения СЭВ	27
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	30
2.1. Организация исследования	30
2.2. Общая характеристика обследованных респондентов	32
2.3. Методы исследования	37
ГЛАВА 3. СЭВ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ	40
3.1. Сравнительный анализ СЭВ в основной и контрольных группах	40
3.2. Сравнительный анализ СЭВ у врачей психиатров-наркологов	43
3.3. Стратегии поведения у врачей психиатров-наркологов	56
3.4. Факторы развития СЭВ у врачей психиатров-наркологов	61
ГЛАВА 4. ВЛИЯНИЕ СЭВ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ	67
4.1. Качество жизни, как способ оценки медицинской помощи	67
4.2. Оценка влияния СЭВ у врачей психиатров-наркологов на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью	69
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	76
ВЫВОДЫ	79
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	80
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	97
ПРИЛОЖЕНИЯ	99

Введение

Актуальность темы исследования. Профессия врача психиатра-нарколога одна из наиболее стрессогенных в системе оказания медицинской помощи населению (Лукьянов В.В., 2007). Патогенные факторы в профессиональной деятельности врача психиатра-нарколога формируют психологический барьер с пациентом и препятствуют эффективности социальных связей в системе врач – пациент, что значительно ухудшает качество оказания медицинской помощи (Сидоров П.И., 2005; Вьюнова Т.С., Колотильщикова Е.А., Лукьянов В.В., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И., 2012).

Многолетняя клиническая практика неопровержимо доказала, что положительная динамика в состоянии пациента, а так же эффективность лечения напрямую зависят от наличия сформированного терапевтического альянса, партнерских отношений между врачом и пациентом (Тучин П.В., 2014; Ardito R.V., Rabellino D., 2011).

Современные иностранные исследователи, изучающие степень влияния профессиональной деятельности на личность человека едины во мнении, что наличие признаков синдрома «эмоционального выгорания» (СЭВ) является свидетельством психологического неблагополучия и оказывает значительное негативное влияние на состояние здоровья и эффективность выполняемой деятельности (Jonsdottir I.H., Hagg D.A, Glise K., Ekman R., 2009; Lindstrom C., Aman J., Norberg A.L., 2010; Lundgren-Nilsson A., Jonsdottir I., Pallant J., 2012).

Особую актуальность исследованию синдрома «эмоционального выгорания» придают данные о том, что наличие сформированных симптомов «эмоционального выгорания» можно уже увидеть у молодых врачей-специалистов в самом трудоспособном возрасте до 40 лет (Скугаревская М.М., 2009).

Изучение «эмоционального выгорания» и его негативного влияния на профессиональную деятельность врача психиатра-нарколога особенно актуально в период реформирования системы наркологической помощи,

одной из главных задач которого является повышение качества оказания медицинской помощи, достижения высоких показателей деятельности наркологической службы (программа «Развитие здравоохранения», подпрограмма 2.3 «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи» с 2012 до 2020 гг.; «Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года», 2014).

В связи с вышеперечисленными обстоятельствами особенно остро стоит вопрос детального и многостороннего исследования «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов, его влияния на качество жизни пациентов с целью разработки профилактических рекомендаций и коррекционных мероприятий. Решение этой задачи становится возможным при определении сущностных характеристик «эмоционального выгорания», особенностей механизмов его формирования и клинических проявлений, влияния на качество оказания наркологической помощи, что позволит расширить научные представления о феномене и считать исследование актуальным не только в теоретическом, но и в практическом плане.

Степень разработанности темы. В настоящее время отсутствуют признанное всеми специалистами определение СЭВ, остаются открытыми вопросы его нозологической принадлежности, этиологии и патогенеза, единых диагностических критериев.

ВОЗ признала, что синдром «эмоционального выгорания» является проблемой, требующей медицинского вмешательства. В МКБ-10 СЭВ выделен в отдельный диагностический таксон (проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни) и зашифрован как Z73.0.

На сегодняшний день изучение «эмоционального выгорания» носит целенаправленный междисциплинарный характер. Всесторонним изучением данного феномена занимаются врачи – психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты, клинические психологи, педагоги.

Описание явлений, схожих по своей сути с СЭВ представлено в исследованиях отечественных психиатров и психологов (Вид В.Д., Лозинская Е.И. 1998; Березовская Л.Г., Слабинский В.Ю., Подсадный С.А., 2007; Ларенцова Л.И., Барденштейн Л.М., 2009; Малыгин В.Л., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В., Искандирова А.Б., 2011; Плоткин Ф.Б., 2011; Бодагова Е.А., 2013; Лозинская Е.И. и др., 2014).

Цель исследования: изучение предрасполагающих факторов, особенностей формирования и развития СЭВ у врачей психиатров-наркологов в амбулаторной и стационарной практике и его влияния на качество жизни больных алкоголизмом в период клинической ремиссии.

Задачи исследования:

1. Изучить предрасполагающие факторы, распространенность и особенности СЭВ у врачей психиатров-наркологов в стационарной и амбулаторной практике.

2. Выявить предпочитаемые стратегии преодоления стрессовых ситуаций у врачей психиатров-наркологов в стационарных и амбулаторных отделениях.

3. Проанализировать выраженность и структуру СЭВ у врачей психиатров-наркологов в амбулаторной практике в сравнении с врачами наркологических стационаров.

4. Оценить влияние СЭВ у врачей-наркологов на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период стойкой клинической ремиссии.

Научная новизна. Впервые проведен анализ и оценка предпочитаемых стратегий преодоления стрессовых ситуаций у врачей психиатров-наркологов. Впервые определены факторы профессиональной деятельности, способствующие формированию СЭВ у врачей психиатров-наркологов в современных условиях. Впервые проведен сравнительный анализ СЭВ в клинической практике врачей психиатров-наркологов стационарных и амбулаторных наркологических отделений. Впервые установлен факт

негативного влияния СЭВ на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период клинической ремиссии.

Практическая значимость. Результаты проведенного исследования расширяют представления о формировании СЭВ у сотрудников лечебно-профилактических наркологических учреждений. Выявленное в результате исследования негативное влияние СЭВ у врачей психиатров-наркологов амбулаторных отделений на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью позволяет разработать профилактические рекомендации, обеспечивающие сохранение и укрепление психического здоровья врачей психиатров-наркологов и соответственно повышение качества жизни пациентов амбулаторных отделений страдающих алкогольной зависимостью.

Профилактика и предотвращение развития клинической картины СЭВ у врачей психиатров-наркологов в дальнейшем ведет к повышению качества наркологической помощи и увеличению качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

Результаты настоящего исследования могут быть использованы в практической работе психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов, для преподавания в медицинских учебных заведениях и в системе последипломного образования врачей и клинических (медицинских) психологов.

Положения, выносимые на защиту:

1. СЭВ имеет различную степень выраженности и у врачей психиатров-наркологов в амбулаторной практике, он достоверно выше в сравнении с врачами наркологических стационаров.

2. Организация профессиональной деятельности формирует предрасполагающие факторы, которые оказывают значительное влияние на выраженность СЭВ у врачей психиатров-наркологов.

3. Вступление в социальный контакт и поиск социальной поддержки – предпочитаемые стратегии преодоления стресса у врачей психиатров-наркологов как стационаров, так и амбулаторных отделений.

4. Наличие СЭВ у врачей психиатров-наркологов амбулаторных отделений негативно влияет на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период динамического наблюдения в ремиссии.

Степень достоверности проведенного исследования обеспечивается современным научным подходом к его организации и проведению. Группы сформированы путем свободного выбора респондентов с их добровольного информированного согласия. Достаточность объема выборки подтвержден анализом мощности на этапе планирования данного исследования. Для анализа и сбора данных использовались современные психодиагностические инструменты. Фактический материал, полученный в ходе исследования, анализировался с помощью методов математической статистики.

Апробация результатов диссертационной работы проведена на проблемной комиссии «Наркология» Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 11 печатных работ, из них 5 в журналах, включенных в перечень ВАК.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 140 страницах, состоит из введения, 4 глав, заключения с выводами работы, списка литературы (168 наименований включая 103 отечественных и 65 иностранных источника), списка иллюстративного материала и приложений, в которых представлены использованные в исследовании психодиагностические шкалы и методы. Диссертация иллюстрирована 22 таблицами, 9 диаграммами и одним клиническим примером.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Исторический обзор синдрома «эмоционального выгорания»

Проблематика устойчивости человека к стрессу в профессиональной деятельности с давних пор привлекала внимание специалистов различных профессий: писателей, психологов, педагогов, врачей.

Мишель Монтень в книге «Опыты» в 1580 году один из первых обратил внимание на возможный процесс профессиональной деформации: «Так как ум наш укрепляется общением с умами сильными и ясными, нельзя и представить себе, как много он теряет, как опошляется в каждодневном соприкосновении и общении с умами низменными и ущербными. Это самая губительная зараза»

А.П. Чехов как писатель и возможно как врач в конце XIX века описал динамику «эмоционального выгорания» у врачей в рассказах «Палата №6» (1892) и «Ионыч» (1898) за долго до введения термина синдром «эмоционального выгорания» американского психолога Н.Д. Freudenberger в 1974 году.

А.П. Чехов с клинической точностью описал нарастание симптомов «эмоционального выгорания» врача, постепенное истощение энергетических ресурсов организма человека, личной отстранённости (деперсонализации) и снижения мотивации и удовлетворенности результатами работы (редукция профессиональных обязанностей). Фактически автор приводит подробное описание динамики развития синдрома «эмоционального выгорания» и изменения психического статуса главного героя: «В первое время Андрей Ефимыч работал очень усердно. Он принимал ежедневно с утра до обеда, но с течением времени дело заметно прискучило ему своим однообразием и очевидною бесполезностью».

В рассказе «Ионыч» А.П. Чехов подчёркивает проявления симптомов «эмоционального выгорания» у земского врача Дмитрия Ионыча Старцева, отмечает, как меняется характер, отношение врача к больным, нарушается эмоциональное равновесие, выражающееся в излишней раздражительности,

гневливости главного героя рассказа: «Характер у него тоже изменился: стал тяжёлым, раздражительным. Принимая больных, он обыкновенно сердится, нетерпеливо стучит палкой о пол и кричит... Он одинок. Живётся ему скучно, ничто его не интересует».

Е. Блейлер отмечал нарастающую эмоциональную отстраненность по отношению к пациентам, страдающим шизофренией, ставших для него более чуждыми, чем «птицы в саду» (цит. по Лэнг Р.Д. Расколотое «Я») (Лэнг Р.Д., 1995), что вполне возможно расценить как проявление «эмоционального выгорания».

Высокий риск суицидов у врачей-психиатров в конце XIX столетия отмечен в работах киевского психиатра И.А. Сикорского (1910). Подвергнув математическому анализу статистические данные, он пришел к выводу, что частота самоубийств у врачей различных специальностей в 21 раз выше, чем в популяции в целом. Количество самоубийств максимальным было среди молодых врачей (до 40 лет), причем первое место занимали среди них психиатры, в среде которых 10% врачей совершали суицид.

Значительно позже в 1991, году американской психиатрической ассоциацией в результате проведенных исследований было установлено, что треть психиатров работающих в психиатрических стационарах совершали попытку самоубийства в первые 2-3 года профессиональной деятельности. Женщины-психиатры по данным тех же исследований имеют более высокий суицидальный риск, по сравнению с популяцией женщин в целом (Hughes P.H., 1991)

По нашему мнению, подобная статистика наглядно подтверждает, что разработка новых методов и практических рекомендаций по профилактике и коррекции синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов является важнейшей задачей современной медицины.

Ю. Каннабихом (1928) высказал мнение о высоком «профессиональном риске» врачей-психиатров, которые постоянно работают

с душевнобольными людьми, что с течением времени приводит к деформации личности самого врача.

В 30-е годы прошлого века С.Г. Геллерштейн отмечал, что степень приспособленности человека к специфическим условиям работы является одним из важнейших фактором успешной и эффективной профессиональной деятельности. При этом низкая степень адаптации, по мнению автора, может привести к деформации и тела, и психики работника.

В классических исследованиях Г. Селье (1935) было показано, что хронический стресс приводит к значительному снижению сопротивляемости организма человека к психотравмирующим воздействиям.

В научных работах 50-х годов XX века были описаны случаи наличия у людей психических состояний, имеющих симптоматику «эмоционального выгорания», но называющихся по другому (Burish, Shwartz, Will, 1953) (цит. по В.Е. Орел «Синдром выгорания в современной психологии: состояние, проблемы, перспективы», 2008).

Проблема «эмоционального выгорания» стала предметом научного анализа в середине 70-х годов XX века благодаря многочисленным исследованиям зарубежных психологов (M. Burish, H. Freudenberger, R. Golembiewski, M. Leiter, T. Marek, C. Maslach, A. Pines, W. Schaufeli и др.) (цит. из «Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий» / Курск. гос. ун-т. – Курск, 2008. – 334 с., с. 7)

Г.И Каплан и Б.Д Сэдок (1994), И. Харди (1974), изучая влияние профессии на личность врача-психиатра, подробно описали специфические состояния, которое они назвали метафорой «отравление людьми». Этим состояниям были свойственны целый комплекс симптомов: эмоциональное напряжение, раздражительность, беспокойство, вспыльчивость.

Н. Freudenberger в 1974 году ввел в клиническую психологию термин синдром «эмоционального выгорания», описав данное состояние как

снижение энергетического потенциала и разочарование в выборе профессии, которые он наблюдал у врачей психиатрических учреждений.

Н. Freudenberger и G. Richelson (1980) описывают «эмоциональное выгорание» как физическое и эмоциональное истощение, возникающее в результате переоценки собственных возможностей в процессе достижения поставленных целей.

Согласно С. Cherniss (1980), процесс формирования «эмоционального выгорания» начинается с длительного интенсивного напряжения, связанного с профессией и завершается психологическим дискомфортом: нарастанием чувства безразличного отношения к работе, профессионального цинизма и снижением мотивации к профессиональному росту.

J. Edelwich и A. Brodsky (1980) характеризуют синдром «эмоционального выгорания» как постепенно нарастающую утрату психической и физической энергии, целеустремленности, идеалистического представления о профессии, мотивации к профессиональному росту, которую вынуждены переживать специалисты социономических «помогающих» профессий (направленных на оказание помощи людям) как результат их профессиональной деятельности.

W.S. Paine (1982) определяет «эмоциональное выгорание» как стрессовый синдром. По мнению автора исследования «эмоциональное выгорание» является пограничным психическим расстройством, которое с течением времени, при нарастающем давлении внешних обстоятельств может, в конечном итоге, привести к значительной дезорганизации психической деятельности человека.

P.L. Brill (1984) дает свое определение синдрома «эмоционального выгорания» как «дисфорического и дисфункционального состояния, непосредственно связанного с профессиональной деятельностью» .

Наибольшее признание в науке получило определение С. Maslach (1976, 1981, 1986, 1993), согласно которому, синдром «эмоционального выгорания» – это состояние физического, эмоционального и умственного

истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы». С. Maslach определяет эмоциональное истощение в качестве ведущего признака в предлагаемой ею модели синдрома «эмоционального выгорания».

На основании существующих определений синдрома «эмоционального выгорания» G. Vibeau (1989) разработал субъективные и объективные диагностические критерии синдрома. К субъективным критерием он отнес состояние сильной усталости, физического и эмоционального истощения, сопровождающееся снижением самооценки и разочарованием выбранной профессией. Объективными диагностическими критериями «эмоционального выгорания» по G. Vibeau (1989) является снижение продуктивности работы на протяжении нескольких месяцев.

Согласно МКБ-10 «эмоциональное выгорание» является расстройством адаптации, которое характеризуется сложными специфическими реакциями на психосоциальный стрессор, который действует не более трех месяцев от начала действия психотравмирующего фактора. Природа «эмоционального выгорания» проявляется в снижении социального и профессионального функционирования, а так же в симптомах дезадаптации, которые превышают уровень «адекватных» реакций на психотравмирующие обстоятельства. Принципиальным в диагностических критериях синдрома «эмоционального выгорания» по МКБ-10 является факт того, что снижение уровня адаптации с нарушениями в профессиональной деятельности наблюдаются у людей, прежде адекватно справлявшимися со своими должностными обязанностями.

В отечественной психологии первые упоминания о феномене, близком по содержанию к «эмоциональному выгоранию», встречаются в работах Б.Г. Ананьева (1968), который употреблял термин «эмоциональное сгорание» для описания отрицательного явления, которое может возникать у специалистов социономических профессий (врачи, психологи, социальные работники) в процессе деятельности, связанной с помощью другим людям.

Описание феноменов, родственных по своему содержанию синдрому «эмоционального выгорания» присутствует в исследованиях отечественных

психологов, посвященных проблеме стресса (Форманюк Т.В., 1994; Зарипова Г.А., 1998; Орёл В.Е., Рукавишников А.А., 1999; Бойко В.В., 1999; Крапивина О.В., 2004; Агапова М.В., 2004; Большакова Т.В., 2004; Орел В.Е., 2005).

Для обозначения и описания исследуемого явления российскими авторами использовались различные термины: «эмоциональное сгорание» (Форманюк Т.В., 1994; Юдина Е.В.), «эмоциональное выгорание» (Бойко В.В., 1999, 2004; Умняшкина С.В., 2001; Агапова М.В., 2004; Крапивина О.В., 2004 и др.), «перегорание» (Зарипова Г.А., 1998). Употреблялись также термины «профессиональное выгорание» (Водопьянова Н.Е., Серебрякова А.Б., 2002).

В исследованиях отечественных авторов данный феномен получил наибольшее признание специалистов как термин синдром «эмоционального выгорания». Согласно определению В.В. (Бойко 1999), это «защитный психологический механизм в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на специфические психотравмирующие воздействия».

М.В. Клищевская и Г.Н. Солнцева (1999) высказывают мнение о возможном позитивном влиянии синдрома «эмоционального выгорания», на профессиональную деятельность, так как это позволяет специалисту более экономно расходовать свои эмоциональные ресурсы.

По нашему мнению «эмоциональное выгорание» не может оказывать положительного влияния на специалиста, так как выражается, прежде всего, в нарушении личностного гомеостаза. Следует дифференцировать синдром «эмоционального выгорания» и профессиональные деформации.

Профессиональная деформация – это приспособительная реакция личности на «травмирующую» профессиональную деятельность, особый механизм психологической защиты, поддерживающий личностный гомеостаз.

Синдром «эмоционального выгорания» – это выработанный личностью в процессе профессиональной деятельности механизм психологической

защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на специфические воздействия, характеризующееся нарушением механизмов адаптации.

Профессиональная деформация поддерживает хоть и «болезненный», но личностный гомеостаз, в отличие от синдрома «эмоционального выгорания», где происходит срыв адаптации.

Научный интерес к проблеме «эмоционального выгорания» является актуальным и в настоящее время. В исследование данного феномена принимают участие представители множества профессий: медицины, педагогики, социологии, что, безусловно, стало положительным моментом в истории развития данного направления в науке.

1.2. Определение и современные теории СЭВ

В настоящее время отсутствуют признанные всеми специалистами определения синдрома «эмоционального выгорания». Остаются открытыми вопросы нозологической принадлежности, этиологии и патогенеза, единых диагностических критериев.

Синдром «эмоционального выгорания» по мнению специалистов (ВОЗ) Всемирной Организации Здравоохранения, признается проблемой, которая требует специализированной медицинской помощи и в связи с этим внесена в лексику психиатрии (ВОЗ), согласно которым термин – «эмоциональное выгорание» – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физической зависимости и суицидального поведения».

Определение ВОЗ трактует данный синдром как стресс-реакцию в ответ на производственные и эмоциональные нагрузки, которые предъявляются человеку бурным темпом жизни, трудовых и общественных отношений.

Американский психиатр Н.Ж. Freudenberger (1974) впервые ввел в научный лексикон термин синдром «эмоционального выгорания» обозначив им психическое состояние характеризующееся эмоциональным истощением и потерей мотивации.

Социальный психолог С. Maslach (1976) дала определение синдрома «эмоционального выгорания» как «синдром физического и эмоционального истощения, включая формирование и развитие заниженной самооценки, негативного отношения к профессиональной деятельности, утрату интереса, понимания и сочувствия по отношению к пациентам».

Согласно В.Ф. Farber (1984) синдром «эмоционального выгорания» чаще всего является результатом не самого стресса как такового, а скорее нахождения человека в специфической, стрессовой ситуации в совокупности с отсутствием необходимой поддержки.

Согласно С.В. Касл (1994) и А.Б. Леоновой (2004), стресс на рабочем месте является результатом диссонанса между личностными ресурсами человека и высокими требованиями, которые предъявляются к специалистам социономических профессий.

С. Cherniss (1992) определил понятие «эмоциональное выгорание», как патологический процесс, в котором профессиональные паттерны поведения специалиста меняются негативным образом в ответ на постоянное давление внешних факторов и высокого эмоционального напряжения на работе.

По В.В. Бойко (1999), «эмоциональное выгорание» – это выработанный личностью человека, в процессе профессиональной деятельности механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на специфические психотравмирующие воздействия.

По Т.В. Форманюк (1994), синдром «эмоционального выгорания» – это специфический вид профессионального заболевания, который возникает у лиц социономических профессий постоянно работающих в контакте с другими людьми (учителей, психологов, врачей и т.п.).

Отечественные исследователи трактуют «эмоциональное выгорание» как «состояние физического, эмоционального и умственного истощения, включающее в себя следующие компоненты: эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию профессиональных достижений» (Вид В.Д., Лозинская Е.И., 1998; Скугаревская М.М., 2003)

Синдром «эмоционального выгорания» представляет собой процесс эмоционального истощения, постепенной утраты когнитивной и физической энергии, проявляющийся деперсонализацией, снижением удовлетворенности от работы и рассматривается как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте (Burke R.J., 1996).

В Международной классификации болезней (МКБ-10) синдром «эмоционального выгорания» отнесен к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

В настоящее время теоретические попытки объяснения этиологии синдрома «эмоционального выгорания» сводятся к двум подходам. Согласно одному подходу, в преморбидных особенностях личности, системе взглядов и ценностей, идеалах, заложены радикалы способствующие формированию и развитию «эмоционального выгорания» В.Р. Вуунк (1992), тогда как согласно другому – организационные факторы в профессиональной деятельности такие как адекватное руководство, социальная поддержка, система поощрений и т.д. (Shaufeli W.B., Maslach C., Marec T., 1993).

По мнению автора исследования, преобладание тех или иных факторов в этиологии СЭВ зависит от конкретной рабочей ситуации, в которой оказывается человек. При отсутствии давления организационных факторов, конечно основную роль будут играть преморбидные особенности личности, тогда как при «неадекватной» организации рабочего процесса (низкая заработная плата, огромный объем бумажной работы, длительный рабочий день, совмещение должностей и т.д.) организационные факторы все же выходят на первый план.

Существует множество классификаций симптомов «эмоционального выгорания». Наиболее полная классификация принадлежит А.А. Рукавишникову (2001), в которой выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для синдрома «эмоционального выгорания»:

1. *Физические симптомы* (истощение; изменение веса; недостаточный сон; плохое общее состояние здоровья);

2. *Эмоциональные симптомы* (чувство безысходности, беспомощности и полной безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога);

3. *Поведенческие симптомы* (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи – падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение);

4. *Интеллектуальное состояние* (снижение интереса к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу);

5. *Социальные симптомы* (низкая социальная активность; падение интереса к досугу и увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой).

Таким образом, можно утверждать, что СЭВ характеризуется выраженным сочетанием симптомов в психической, соматической и социальной сферах жизни человека.

В настоящее время существуют несколько моделей, описывающих данный феномен:

– однофакторная модель – А. Pines, Е. Aronson (1988);

– двухфакторная модель – W.B. Schaufeli, D. Dierendonck (1993);

– трехфакторная модель – С. Maslach S.E., Jackson, M.P. Leiter (1996); Бойко В.В.(1996); Ильин Е.П. (2005);

– динамическая модель – В. Perlman, Е.А. Hartman (1982).

Однофакторная модель «эмоционального выгорания» А. Pines, E. Aronson (1988) рассматривают синдром «эмоционального выгорания» определяя его – как «состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, которое вызвано длительным пребыванием в эмоционально напряженных ситуациях». Согласно данной модели «эмоциональное выгорание» угрожает не только представителям социономических профессий.

А. Pines (1982) установил корреляцию «эмоционального выгорания» с чувством собственной значимости на рабочем месте, с профессиональным продвижением, автономией и степенью контроля со стороны руководителя. Автор считает, что производственные потребности медицинских работников удовлетворяются через профессиональную идентичность и поэтому профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным жизненным ценностям и смыслу жизни в целом (Pines A., 1993). Согласно данной теории, для большинства «выгорающих» специалистов сама работа изначально дает ответ на вопрос о смысле жизни.

Если рабочая атмосфера в коллективе не является поддерживающей, в результате может снизиться эффективность профессиональной деятельности и, как результат формирование «эмоционального выгорания» со снижением исходной мотивации (Harrison D.H., 1983).

Согласно подходу W.B. Schaufeli (1996) синдром «эмоционального выгорания» сводится к двухфакторной модели профессионального стресса, включающей «эмоциональное истощение» и «деперсонализацию». Эмоциональный компонент включает в себя жалобы на здоровье, физическое самочувствие, общий дискомфорт, нервное и эмоциональное истощение. Деперсонализация проявляется в изменение отношения к пациентам и к себе.

В.Р. Buunk, W.B. Schaufeli (1992) считают, что поскольку синдром «эмоционального выгорания» формируется в условиях профессионального сообщества, то необходимо учитывать специфические паттерны поведения в

данной субкультуре для более глубокого понимания механизмов патогенеза данного феномена.

S. Taylor, M. Lobel (1983), R. Lazarus, M. Folkman (1984) считают, что перед человеком, оказавшимся в стрессовой ситуации, стоят две большие копинг-задачи: контроль своих эмоций и получение актуальной информации об успешном проблемно-решающем поведении. Первая задача решается путем, сравнения собственных субъективных переживания с чувствами менее компетентных коллег, пытаюсь таким образом восстановить свою заниженную самооценку. Вторая задача преодолевающего поведения требует объективной оценки информации от более успешных коллег по работе T.A. Wills (1991).

Согласно трехфакторной модели С. Maslach (1982, 1985, 1986), синдром «эмоционального выгорания» выражается в сочетании трех психических состояний: «эмоционального истощения» – сниженный эмоциональный фон, эмоциональное перенасыщение; «деперсонализации» – профессиональный цинизм, усиление негативизма и «редукции личных достижений» – тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения.

Согласно мотивационной теории E. Klinger (1975) стержнем в развитии синдрома «эмоционального выгорания» являются значительные нарушения в мотивационной сфере. Для удовлетворения мотивации человек совершает определенные действия: создает планы, предполагает возможные исходы событий и возможные негативные эффекты и последствия этих событий.

D. Stokols (1975) описывает в своих исследованиях психологическую «теорию отчуждения», которая предполагает, что постоянное пребывание в стрессовой ситуации может сформировать агрессивные формы поведения, которые отрицательно сказываются на качестве оказываемой помощи специалистами социономических профессий.

Согласно D.V. McQueen и J. Siegrist (1982), психотравмирующие факторы, способствующие нарушению социального статуса человека, могут

изменять: усиливать или уменьшать различные формы преодолевающего поведения. Если, несмотря на все приложенные усилия, человеку не удастся достигнуть запланированного результата, наступает истощение адаптивных возможностей и возникает раздражительность, злость и разочарование.

В настоящее время общепринятым всеми специалистами определением синдрома «эмоционального выгорания» является определение данное ВОЗ. Междисциплинарный подход в изучении «эмоционального выгорания» с одной стороны положительно влияет на развитие данного направления в науке, с другой стороны осложняет создание терминологического единства в понимании данного феномена. Дальнейшее развитие представлений о данном феномене возможно внесет свои коррективы и расширит наше понимание «эмоционального выгорания». Совершенно очевидно, что дальнейшее изучение данной проблемы приведет к более ясному представлению о этиологии и патогенезе этого состояния. Сработает философский принцип перехода количества в качество.

1.3. Факторы, способствующие развитию СЭВ

Perlman В., Hartman Е. А. (1982) выделили три группы факторов, которые могут оказать существенное влияние на формирование и развитие синдрома «эмоционального выгорания» у специалистов социономических профессий типа «человек–человек»: личностные, ролевые и организационные.

С. Maslach (1986) выделяет в качестве основных личностных факторов в патогенезе синдрома «эмоционального выгорания» индивидуальный предел возможностей личности; отрицательный психологический опыт, в котором сконцентрированы дискомфорт, дисфункции и их негативные последствия.

Н.Ж. Freudenberger (1994) установил, что такие личностные особенности как эмпатия, гуманность, идеализированность, фанатичность, способствуют формированию и развитию синдрома «эмоционального выгорания».

В.В. Бойко (1999) указывает на следующие личностные особенности, способствующие формированию синдрома «эмоционального выгорания»: склонность к эмоциональной холодности, интенсивному переживанию негативных обстоятельств, низкая мотивация на профессиональный рост.

М. Pradham, N. Mirsa (1996), G. Lavanco (1997) утверждают, что респонденты с активной жизненной позицией, предпочитающие высокий темп жизни, конкуренцию, потребность контролировать окружающую среду более подвержены влиянию стрессовых факторов. У женщин корреляция между подобным поведением и синдромом «эмоционального выгорания» выражена значительно сильнее, чем у мужчин.

К. Kondo (2001) показал связь синдрома «эмоционального выгорания» с высокой мотивацией к профессиональной деятельности. Респонденты, которые работают страстно и увлеченно, которые в течение длительного времени помогают другим людям, начинают чувствовать разочарование, если не удастся достичь желаемого эффекта, которого они ожидали. Подобный стиль работы сопровождается чрезмерной потерей психической энергии, приводит к значительному эмоциональному истощению и как результат – беспокойству, раздражению, пониженной самооценке в сочетании с психосоматическими расстройствами, что негативно отражается на профессиональной деятельности.

А.В. Арутюнов (2004) в своей диссертационной работе делает похожие выводы о том, что более всего подвержены «эмоциональному выгоранию», не изначально равнодушные и безучастные к своей работе, а наоборот, профессионалы, для которых деятельность изначально очень значима, сознательно выбрана, предполагает известное эмоциональное отношение, ориентацию на помощь другим людям.

Л.Г. Березовская, В.Ю. Слабинский, С.А. Подсадный (2007) считают, что ключевую роль в развитии синдрома «эмоционального выгорания» играют личностная тревожность и другие, ассоциированные с нею личностные характеристики (эмоциональная неустойчивость, склонность к

чувству вины, фрустрированность, подозрительность, застенчивость, импульсивность).

В. Perlman, Е.А. Hartman (1982) установили положительную корреляцию синдрома «эмоционального выгорания» с ощущением значимости себя на рабочем месте, с продвижением по карьерной лестнице и уровнем контроля со стороны руководителя.

Во многих научных работах подчеркивается доминирующая роль организационных факторов в возникновении синдрома «эмоционального выгорания» (Bennet L. et al., 1994; Leithwood K. et al., 1996).

Большинство исследователей сходятся во мнении, что значительные профессиональные нагрузки и сверхурочная работа стимулируют развитие синдрома «эмоционального выгорания» (Byrne В.М., 1994; Melchior М.Е. W. et al., 1997; Van Wijk С., 1998).

Схожие результаты исследований получены при изучении корреляции между продолжительностью рабочего дня и синдромом «эмоционального выгорания» (McGrath А. et al., 1989).

Согласно М. Westman и D. Eden (1997), изменение графика работы включающие периодические перерывы для восстановления сил и отдыха дают позитивный результат, снижают уровень «эмоционального выгорания», однако улучшение носит временный характер.

Gibson F. и соавторы (1984) установили положительную связь между синдромом «эмоционального выгорания» и количеством пациентов.

Однако, есть работы, в которых эта связь не обнаружена (Onyett., Т., Pillinger Т., Muijen М., 1997).

S. Marguis (1993) отмечает, что любая критическая ситуация с пациентом, независимо от ее специфики, является тяжелым испытанием для врача, отрицательно воздействуя на него и приводя, в конечном итоге, к синдрому «эмоционального выгорания».

Субъективная неудовлетворенность заработной платой как предиктор выгорания характеризует важный аспект материального вознаграждения за

работу, который наряду с моральным вознаграждением, по мнению С. Maslach (1993), является одним из ключевых аспектов, влияющих на развитие синдрома «эмоционального выгорания».

Р. Thornton (1992) обнаружил более высокие показатели «выгорания» среди психиатров, работающих со стационарными пациентами, в отличие от врачей, работающих с амбулаторными больными. Возможно, это связано со спецификой организации стационарной медицинской помощи, тяжестью состояния больных, необходимостью круглосуточного наблюдения, высоким суицидальным риском пациентов.

Н.И. Наенко (1976) и Т.Г. Фёдорова с соавторами. (2003) считают, что высокая профессиональная нагрузка на медицинский персонал, превышение нормативного числа пациентов, огромный объём канцелярско-оформительской работы – ведущие «патогенные» факторы профессиональной деятельности врачей.

Н.В. Полунина с соавторами (2002) подвергают анализу происшедшие в настоящее время перемены в обществе, которые оказывают дополнительную психологическую нагрузку на медицинский персонал, так как требуют более качественной работы в значительно более короткие сроки при низкой материальной обеспеченности.

А.Б. Малыгин с соавторами (2011) считают, что интенсификация профессиональной деятельности негативно отражается на состоянии здоровья врача – способствует увеличению уровня общей заболеваемости и провоцирует развитие синдрома «эмоционального выгорания».

Низкая оплата труда врачей в условиях развития рыночной экономики заставляет работать, пренебрегая временем, предусмотренным на отдых для восстановления физического и эмоционального баланса организма. Врач находится в безвыходной ситуации. С одной стороны требования выполнить большой объем качественной медицинской помощи, а с другой стороны низкая материальная обеспеченность, сверхурочная работа, совмещение должностей, дополнительные дежурства все это формирует состояние

хронического стресса и не позволяет оказывать медицинскую помощь должного качества. Наркологическая помощь, как составная часть общей медицинской помощи населению сталкивается с теми же проблемами организационного характера, что и вся отечественная медицина в целом. В настоящее время, по нашему мнению, организационные факторы, влияющие на формирование синдрома «эмоционального выгорания» выходят на первый план. Снижение давления этих факторов приведет к формированию положительной рабочей атмосферы в коллективах врачей и заметно снизит все проявления синдрома «эмоционального выгорания». Администрация ЛПУ (при желании) может снизить давление организационных факторов на врачей психиатров-наркологов, обеспечить своим сотрудникам возможность профессионального роста, наладить социальные и другие положительные моменты, повышающие мотивацию, тем самым устранив основные причины синдрома «эмоционального выгорания».

1.4. СЭВ у врачей различных специальностей

Влияние профессии на личность человека признается большинством исследователей. Взаимодействие между личностью и профессией может быть двух принципиальных направлений. Первое направление заключается в активном воздействии самого человека на профессию: изменении способов выполнения деятельности, модернизации орудий труда и т.д. С другой стороны, профессия может оказывать существенное влияние на личность человека. Это взаимное влияние может носить как положительный, так и отрицательный характер в виде профессиональной деформации, которая впоследствии может привести к синдрому «эмоционального выгорания».

Е.А. Жукович (2008) по результатам проведенной психодиагностики СЭВ выявил сформированную фазу «Напряжения» у 25,01% студентов 4 курса и сформированную фазу «Истощения» у 22,58% студентов 5 курса медико-профилактического факультета медицинского университета.

Ю.В. Сугако и Т.П. Крупская (2009), проведя обследование студентов 5 курса медицинского университета, только у 28% испытуемых не смогли

выявить сложившиеся симптомы и сформировавшиеся фазы СЭВ.

О.Н Замбжицкий и М.В Катковская (2009) обследовали 104 студентов 3 и 80 студентов 5 – 6 курсов медицинского университета установили, что у 14,4 и 37,5% соответственно сформировался СЭВ.

В.Л. Малыгин с соавторами (2011) в своем исследовании выявили симптомы «эмоционального выгорания» у врачей разных специальностей с использованием опросника В.В. Бойко (1999). СЭВ выявлен у 46,6% хирургов, 75,3% невропатологов, 40% терапевтов, 50% стоматологов, 43,3% психиатров, 56,6% психиатров-наркологов.

Л.И. Ларенцова и Л.М. Барденштейн (2008) сообщают, что более половины из обследованных стоматологов (n=150) имеют сформированный СЭВ. Л.И Ларенцова с соавторами обследовали 120 врачей (по 30 невропатологов, хирургов, терапевтов, стоматологов) и установили высокий уровень выраженности отдельных симптомов «эмоционального выгорания».

Исследование Д.П. Дербенева с соавторами (2010), проведенное среди 770 врачей различных специальностей на уровне региона (Тверская область) по методике Бойко В.В.(1999), выявило признаки синдрома «эмоционального выгорания» у 6,55% врачей, начало его формирования – у 23,0%. Среди отдельных симптомов СЭВ чаще всего определялись «редукция профессиональных обязанностей» (51,2% респондентов), что по мнению авторов не может не сказываться на эффективности и качестве работы врача. Несколько реже отмечались «эмоциональная отстраненность» (37,9%), «загнанность в клетку» (28,2%) и «неудовлетворенность собой» (25,7%).

Е.А. Бодагова (2013) представляет эмпирические данные, согласно которым признаки синдрома «эмоционального выгорания» выявлены 67,6 % обследованных респондентов (n = 259). При этом у 61,6 % обследованных полностью сформирована только одна из трех фаз синдрома; у 3,9 % врачей сформированы две фазы и у 2,1 % полностью сформированы все три фазы синдрома.

В научном исследовании, проведенном М. Olkinuora (1990) среди 2671

финских врачей, установило, что психиатры относятся к группе с «высоким уровнем перегорания», как врачи, работа которых связана с «трудным» контингентом больных.

Н.В. Якушкин с соавторами (2008) обследовав 82 человек (сотрудники МЧС, психологи, терапевты, невропатологи, 10 наркологов и 14 психиатров) именно у наркологов и психиатров выявили самые высокие показатели СЭВ.

М.М. Скугаревская (2003) в своей кандидатской диссертации описывает обследование 271 респондентов (врачи-психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты и медицинские психологи). В результате проведенного исследования выявлено, что важными предпосылками развития синдрома «эмоционального выгорания» у работников сферы психического здоровья являются как личностные, так и ситуационные характеристики.

По данным П.И. Сидорова (2005), почти 80% врачей-психиатров и психиатров-наркологов имеют симптомы «эмоционального выгорания» различной степени выраженности.

Л.Н. Юрьева (2006) обследовала 100 психиатров Восточной Украины и у 79% выявила признаки различной степени выраженности СЭВ.

В.В. Лукьянов с соавторами (2007) обследовали 200 врачей психиатров-наркологов России и Беларуси сообщает, что при оценки СЭВ у 117 врачей психиатров-наркологов в 29% случаев установлено наличие сложившихся симптомов фазы «Истощения».

Игумнов С.А. с соавторами (2008), обследовав 100 врачей психиатров-наркологов с разным стажем работы, не выявили полностью сформировавшейся фазы синдрома «эмоционального выгорания» ни в одной группе.

Исследования синдрома «эмоционального выгорания», проведенные за последние 10-15 лет у врачей различных специальностей, однозначно подтверждают «патогенное» воздействие психотравмирующих факторов, так или иначе связанных с профессиональной деятельностью, и позволяют сделать вывод о высоком риске возникновения «эмоционального выгорания»

у медицинских работников. Учитывая тот факт, что врачам приходится иметь дело не только с пациентами, но и их родственниками, искать компромисс между возможностью оказать высококачественную медицинскую помощь в конкретном лечебном учреждении и степенью приверженности пациента к лечению. Среди врачебных специальностей особое место занимают врачи, которые занимаются лечением душевнобольных пациентов, в том числе и врачи психиатры-наркологи. Очевидно, что постоянный контакт с больными наркологического профиля в высшей степени негативно отражается на психическом состоянии врачей психиатров-наркологов, особенно если учесть большой поток пациентов в наркологических учреждениях.

1.5. Дифференциальная диагностика и перспективы изучения СЭВ

Большинство симптомов СЭВ являются неспецифическими, в связи с чем, дифференциальная диагностика синдрома «эмоционального выгорания» с позиций доказательной медицины представляет большие сложности, видимо по этому, до сих пор отсутствуют научные работы, посвященные этой проблеме.

В статье «Синдром эмоционального выгорания у врачей наркологов: фантом или клиническая реальность?» Ф.Б. Плоткин (2011) подвергает критическому анализу научные исследования синдрома «эмоционального выгорания», показывает несостоятельность многих работ, посвященных этой теме, с точки зрения доказательной медицины. «Анализируя указанные работы, отметим, что ни в одной из них (!) не оценивался преморбидный статус респондентов. Не учитывалась акцентуация с возрастом психопатологических черт личности. Ни в одной работе (!) не проведена дифференциальная диагностика не только с профессиональными деформациями и синдромом хронической усталости, но и с посттравматическими, дисциркуляторными и (что уж тут скрывать) токсическими энцефалопатиями, при которых может отмечаться аналогичная симптоматика. По нашему убеждению, все наблюдаемые у врачей-наркологов изменения, которые авторы объявляют проявлениями

СЭВ, вполне можно (и нужно) объяснять другими причинами»(2011).

Как верно подметил В.Е. Орел (2008) «неправомерное расширение понятия «выгорание», использование его для объяснения любых феноменов зачастую более широкого, а иногда и противоположного содержания, приводило к тому, что сам факт существования понятия «выгорание» терял всякий смысл».

М.М. Скугаревская (2003) считает, что для диагностики СЭВ необходимо проводить дифференциальную диагностику с пограничными психическими расстройствами, которые имеют схожую клиническую симптоматику, учитывая также преморбидный статус респондентов и наличие хронических соматических заболеваний, такие как хронические инфекционные болезни (например, вирусный гепатит), эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, болезнь Аддисона и др.), аутоиммунопатии, опухоли.

Определенные сложности представляет дифференциальный диагноз между синдромом «эмоционального выгорания» и синдромом хронической усталости, который в значительной степени затруднен ввиду схожести клинических симптомов. Принципиальное различие заключается лишь в том, что синдром «эмоционального выгорания» преимущественно связан с профессиональной деятельностью, а синдром хронической усталости — затрагивает все аспекты жизни пациента (2003).

Стоит отметить тот факт, что вышеназванные авторы в своих работах отмечают необходимость оценки преморбидного статуса респондентов, однако не приводят конкретных методик, позволяющих достоверно провести дифференциальную диагностику СЭВ. Очевидно, что состояний схожих по клинической картине с синдромом «эмоционального выгорания» достаточно много и выявить четкие патогномические признаки, характерные только для «эмоционального выгорания» вряд ли возможно. Основным критерием отношения симптомов к «выгоранию» является их патогенетическая связь с профессиональной деятельностью.

Одним из важнейших последствий истинного СЭВ является изменение отношения к пациентам (далеко не в лучшую сторону) и снижения качества оказания медицинской помощи, что, в конечном счете, может привести к тотальной дезорганизации системы здравоохранения в целом.

Тщательная дифференциальная диагностика СЭВ с аналогичными по клинической картине состояниями позволит выявлять дезадаптивные реакции связанные с профессиональной деятельностью и своевременно оказывать адресную помощь специалистам. Исходя из этого, крайне необходима консолидация усилий исследователей, занимающихся проблемой выгорания, обсуждение наболевших проблем, принятие совместных решений (Kahill S., 1988).

На сегодняшний день как в западной, так и в отечественной науке до сих пор не разработано единого патогенетического механизма развития burnout, его причин возникновения, нет общепринятой, научно обоснованной модели терапии и реабилитации специалистов, подверженных «эмоциональному выгоранию»; дискутируется вопрос о нозологической специфичности синдрома (2001). Остаются неисследованными актуальные вопросы преморбидного статуса респондентов. До настоящего времени открыт вопрос о нозологической принадлежности синдрома «эмоционального выгорания». ВОЗ признала, что с «эмоциональное выгорание» является проблемой, требующей медицинского вмешательства (1986). В МКБ-10 синдром «эмоционального выгорания» выделен в отдельный диагностический таксон – Z73 (проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни) и зашифрован как Z73.0. В связи с перечисленными обстоятельствами особенно остро стоит вопрос детального исследования данного феномена.

Изучение синдрома «эмоционального выгорания» становится возможным при определении сущностных характеристик данного синдрома, особенностей механизмов его формирования и клинических проявлений, что позволяет расширить научные представления об этом феномене

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация исследования

Исследование СЭВ у врачей психиатров-наркологов и его влияние на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью проведено в 5 этапов.

Методика проделанной работы по этапам.

1 ЭТАП.

Был проведен анализ теоретических разработок и эмпирических исследований СЭВ. Проанализированы современные теории, модели, механизмы развития и профилактика СЭВ.

2 ЭТАП.

Проведено комплексное психодиагностическое обследование и тестирование показателей СЭВ, уровня невротизации и психопатизации, стратегий поведения в сложных (стрессовых) ситуациях в 3 группах респондентов в соответствии с критериями включения/исключения.

Критерии включения/исключения (основная и контрольная группы врачей).

Критерии включения в исследование:

- подписание добровольного информированного согласия;
- непосредственная работа с пациентами.

Критерии исключения из исследования:

- стаж работы менее 1 года;
- достоверно высокий уровень невротизации и психопатизации.

Критерии включения/исключения (группы несоциально-экономических профессий).

Критерии включения в исследование:

- подписание добровольного информированного согласия.

Критерии исключения из исследования:

- стаж работы менее 1 года;
- достоверно высокий уровень невротизации и психопатизации.

3 ЭТАП.

В ходе проведения исследования врачи психиатры-наркологи были разделены на 2 группы (стационарное и амбулаторное отделения), в каждой из которых учитывались гендерный признак и стажу работы от 1 года до 5 лет, от 5 до 10 лет и более 10 лет. Проведен сравнительный анализ структуры и степени выраженности СЭВ у врачей психиатров-наркологов в стационарной и амбулаторной практике.

4 ЭТАП.

Проведена оценка влияния выраженного СЭВ на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период стойкой клинической ремиссии более 1 года, находящихся на диспансерном наблюдении.

Критерии включения/исключения (пациенты с алкогольной зависимостью).

Критерии включения в исследование:

- добровольное информированное согласие;
- установленный диагноз F10.2;
- отсутствие других зависимостей от ПАВ;
- регулярное диспансерное наблюдение (ежемесячный контакт с лечащим врачом психиатром-наркологом);
- клиническая ремиссия от 1 до 3 лет;
- отсутствие инвалидности;
- возраст от 20 до 60 лет.

Критерии исключения из исследования:

- рецидив алкогольной зависимости в течение первого года наблюдения;
- коморбидные психические расстройства.

В исследовании приняло участие 60 пациентов, лечащие врачи которых были разделены на 2 группы.

1 группа: 3 врача психиатра-нарколога со сформированной фазой «Истощения» в структуре СЭВ и высокими показателями синдрома в целом.

2 группа: 3 врача психиатра-нарколога с не сформированной фазой «Истощения» в структуре СЭВ и не высокими показателями синдрома в целом.

От каждого врача психиатра-нарколога в этой серии исследования (1 и 2 групп) поступило на обследование по 10 пациентов (всего 60 больных), находившихся на диспансерном наблюдении с верифицированным по МКБ-10 диагнозом: синдром зависимости от алкоголя F10.2.

Обследование автором всех пациентов 1 и 2 групп включало: анамнез, клинический осмотр, социальное обследование, психический статус, сомато-неврологический статус, оценку выраженности патологического влечения к алкоголю, определение уровня качества жизни.

5 ЭТАП.

По результатам проведенного исследования опубликованы научные статьи, сделаны выводы.

2.2.Общая характеристика обследованных респондентов

Проведено обследование и тестирование 120 врачей психиатров-наркологов. После расшифровки и интерпретации результатов 13 респондентов не вошли в исследование синдрома «эмоционального выгорания» в соответствии с критериями исключения. В дальнейшем исследовании СЭВ приняло участие 107 врачей психиатров-наркологов, из которых 50 человек работают в стационаре (23 мужчины и 27 женщин) и 57 – в амбулаторном отделении (29 мужчин и 28 женщин). В каждой из подгрупп (стационарное и амбулаторное отделения) выделены подгруппы по стажу работы (1 группа от 1 года до 5 лет; 2 группа от 5 до 10 лет; 3 группа 10 лет и более). Средний стаж работы врачей психиатров-наркологов был $(10,5 \pm 8,1)$ года (в пределах от 1 года до 30 лет). Стаж работы врачей в стационаре был $(11,5 \pm 9,1)$ года (в пределах от 1 года до 30 лет), в амбулаторном отделении – $(9,6 \pm 7,1)$ года (в пределах от 1 года до 30 лет). Подробные данные о стаже работы респондентов основной группы представлены в таблицах 1, 2, 3.

Таблица 1 – Стаж работы врачей-наркологов

Стационарное отделение (n-50)			Амбулаторное отделение (n-57)		
Мужчины (n-23)	Женщины (n-27)	Общий средний стаж	Мужчины (n-29)	Женщины (n-28)	Общий средний стаж
10,7±8,6	12,2±9,6	11,5±9,0	10,2±6,9	8,9±7,4	9,6±7,1
Общий средний стаж в группе 10,5±8,1					

Таблица 2 – Стаж работы врачей-наркологов в стационарном отделении

Стационарное отделение (мужчины n-23)			Стационарное отделение (женщины n-27)		
<5 лет (n-7)	5-10 лет (n-7)	>10 лет (n-9)	<5 лет (n-6)	5-10 лет (n-8)	>10 лет (n-13)
2,6±1,1	7,3±1,2	19,8±6,2	2,6±1,3	6,2±1,5	20,3±7,5

Таблица 3 – Стаж работы врачей-наркологов в амбулаторном отделении

Амбулаторное отделение (мужчины n-29)			Амбулаторное отделение (женщины n-28)		
<5 лет (n-7)	5-10 лет (n-9)	>10 лет (n-13)	<5 лет (n-11)	5-10 лет (n-6)	>10 лет (n-11)
3,0±0,8	6,9±1,3	16,4±5,3	2,4±1,1	6,8±1,2	16,8±4,9

Средний возраст врачей психиатров-наркологов составляет (39,6±11,5) года (в пределах от 24 до 77 лет). Возраст врачей в стационаре был (38,9±10,3) года (в пределах от 24 до 63 лет), в амбулаторном отделении – (40,2±12,5) года (в пределах от 24 до 77 лет). Подробные возрастные характеристики респондентов основной группы представлены в таблицах 4, 5, 6.

Таблица 4 – Возраст врачей-наркологов

Стационарное отделение (n-50 чел.)			Амбулаторное отделение (n-57)		
Мужчины (n-23)	Женщины (n-27)	Общий средний возраст	Мужчины (n-29)	Женщины (n-28)	Общий средний возраст
38,0±10,3	39,8±10,4	38,9±10,3	39,9±9,9	40,5±14,9	40,2±12,5
Общий средний возраст в группе 39,6±11,5					

Таблица 5 – Возраст врачей-наркологов в стационарном отделении

Стационарное отделение (мужчины n-23)			Стационарное отделение (женщины n-27)		
<5 лет (n-7)	5-10 лет (n-7)	>10 лет (n-9)	<5 лет (n-6)	5-10 лет (n-8)	>10 лет (n-13)
29,4±4,5	33,7±4,0	48,0±8,7	30,1±4,0	35,2±3,7	49,8±10,5

Таблица 6 – Возраст врачей-наркологов в амбулаторном отделении

Амбулаторное отделение (мужчины n-29)			Амбулаторное отделение (женщины n-28)		
<5 лет (n-7)	5-10 лет (n-9)	>10 лет (n-13)	<5 лет (n-11)	5-10 лет (n-6)	>10 лет (n-11 чел.)
32,1±1,3	34,8±1,2	47,8±10,2	28,7±3,3	34,2±2,4	55,7±12,3

Проведено обследование и тестирование 33 врачей-педиатров (7 мужчин и 26 женщин). После расшифровки и интерпретации результатов 3 врача-педиатра выбыли из дальнейшего исследования по критериям исключения. В дальнейшем исследовании СЭВ приняли участие 7 мужчин и 23 женщины. Общий средний стаж респондентов в контрольной группе врачи-педиатры составляет $(11,3 \pm 10,2)$ года. Границы стажа работы в пределах от 1 года до 34 лет. Средний стаж у мужчин составляет $(9,0 \pm 9,4)$ года (в пределах от 2 до 29 лет), у женщин – $(12,0 \pm 10,6)$ года (в пределах от 1 до 34 лет). Подробные данные о стаже работы респондентов в группе представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Стаж работы врачей-педиатров

Мужчины (n-7)				Женщины (n-23)			
<5 лет (n-3)	5-10 лет (n- 2)	>10 лет (n-2)	Общий средний стаж	<5 лет (n-11)	5-10 лет (n- 6)	>10 лет (n-11)	Общий средний стаж
3,0±1,0	6,5±2,1	20,5±12,0	9,0±9,4	2,4±1,3	6,5±1,3	22,8±9,2	12,0±10,6
Общий средний стаж в группе $11,3 \pm 10,2$							

Общий средний возраст респондентов в контрольной группе врачи-педиатры составляет $(36,8 \pm 10,5)$ года. Возрастные границы в пределах от 24 до 60 лет. Средний возраст мужчин составляет $(35,4 \pm 9,3)$ года (в пределах от 28 до 55 лет), у женщин – $(37,3 \pm 10,9)$ года (в пределах от 24 до 60 лет). Подробные данные о возрасте респондентов (в связи с подгруппами стаж работы) представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Возраст врачей-педиатров

Мужчины (n-7)				Женщины (n-23)			
<5 лет (n-3)	5-10 лет (n-2)	>10 лет (n-2)	Общий средний возраст	<5 лет (n-11)	5-10 лет (n-6)	>10 лет (n-11)	Общий средний возраст
29,0±1,7	34,0±0,0	46,5±12,0	35,4±9,3	27,2±3,1	33,0±6,0	47,1±9,8	37,2±10,9
Общий средний возраст в группе 36,8±10,5							

Проведено обследование и тестирование 32 респондентов (15 мужчин и 17 женщин) различных профессий (бухгалтера, лаборанты, инженеры и т.д. – респонденты, чья работа напрямую не связана с контактами «человек-человек»). После расшифровки и интерпретации результатов тестирования 2 респондента не вошли в основную часть исследования, по критериям исключения. В основной части исследования приняло участие 15 мужчин и 15 женщин. Общий средний стаж респондентов в контрольной группе не врачи составляет (11,1±9,7) года. Границы стажа работы в пределах от 1 года до 35 лет. Средний стаж у мужчин составляет (11,6±11,7) года (в пределах от 1 до 35 лет), у женщин – (10,7±7,5) года (в пределах от 1 года до 25 лет). Подробные данные о стаже работы респондентов в группе представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Стаж работы респондентов в группе не врачи

Мужчины (n-15)				Женщины (n-15)			
<5 лет (n-6)	5-10 лет (n-3)	>10 лет (n-6)	Общий средний стаж	<5 лет (n-4)	5-10 лет (n-3)	>10 лет (n-8)	Общий средний стаж
2,0±1,0	7,3±1,5	23,5±9,6	11,6±11,7	1,7±1,5	7,3±1,5	16,4±4,	10,6±7,5
Общий средний стаж в группе 11,2±9,7							

Общий средний возраст респондентов в контрольной группе не врачи составляет (41,6±13,0) лет. Возрастные границы в пределах от 20 до 65 лет. Средний возраст мужчин составляет (41,8±9,8) года (в пределах от 28 до 58 лет), у женщин – (41,5±15,9) года (в пределах от 20 до 65 лет). Подробные данные о возрасте респондентов (в связи со стажем работы) представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Возраст респондентов в группе не врачи

Мужчины (n-15)				Женщины (n-15)			
<5 лет (n-6)	5-10 лет (n-3)	>10 лет (n-6)	Общий средний возраст	<5 лет (n-4)	5-10 лет (n-3)	>10 лет (n-8)	Общий средний возраст
39,6±9,9	34,0±2,0	47,8±9,6	41,8±9,9	23,7±3,3	33,3±1,5	53,5±11,3	41,5±15,9
Общий средний возраст в группе 41,6±13,0							

2.3. Методы исследования

В работе использовались следующие методы.

1. *Клинико-психопатологический метод.* Обследования пациентов с алкогольной зависимостью, состоящих на амбулаторном диспансерном наблюдении более 1 года.

2. *Опросник «Эмоциональное выгорание» (по Бойко В.В., 1996).* Ценность данного метода заключается в том, что СЭВ рассматривается как динамический процесс изменения личности специалиста.

3. *Опросник MBI (Maslach Burnout Inventiory) в адаптации Н.Е. Водопьяновой – «Профессиональное выгорание» (2005).*

4. *Опросник «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП) (Ласко И.Б., Тонконогий И.Б, 1974; Бажин Е.В и др., 1976, 1980) был разработан в*

Институте им. В.М. Бехтерева, на базе вариантов адаптированного теста ММРІ, была создана дифференциально-диагностическая методика определения уровня невротизации и психопатизации, предназначенная для экспресс-диагностики, практической и исследовательской работы в области психогигиены и психопрофилактики заболеваний, связанных с определенной спецификой условий жизни и некоторыми особенностями труда, в частности, невротических состояний и психопатических декомпенсаций. Метод использован для оценки преморбидных особенностей респондентов и первичной диагностики пограничных состояний, схожих по клинической картине с «эмоциональным выгоранием».

5. *Опросник SACS Хобфолла (Hobfoll S.E., Lerman M., 1989)*. Метод использован для анализа предпочитаемых стратегий реагирования в стрессовых ситуациях.

6. *Опросник SF-36 (Health status profile – Short form 36, 2000)*. Метод использован для оценки показателей качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период клинической ремиссии.

7. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом оценивалась по методу В.Б. Альтшуллера (2008).

8. Выявление неблагоприятных факторов, влияющих на формирование СЭВ, в процессе профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов оценивалось посредством оригинальной анкеты, разработанной на основе опроса практикующих врачей психиатров-наркологов.

9. Для обработки и интерпритации полученных в результате исследования эмпирических данных использовался комплекс статистических методов – описательная статистика и корреляционный анализ. При статистической обработке данных использовалась программа IBM – SPSS, Statistics.v20.

Так как есть основания считать, что распределение значений признаков в выборках не соответствует закону нормального распределения в качестве

метода сравнения выборок выбран непараметрический критерий для независимых выборок U-Манна-Уитни. Различия считались достоверными, при уровне вероятности ошибки, не превышающем 5% ($p < 0,05$).

Для определения взаимосвязи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Пирсона. Корреляционные связи признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Была проведена проверка мощности выборки для данного исследования (t-test для независимых выборок). При $\alpha = 0,05$ мощность исследования равна 0,99; то есть выборка в 107 человек достаточна для проведения нашего исследования.

Статистическая обработка данных проведена в 2 основных этапа.

1. Предварительный этап:

а) анализ типа переменных и описательной статистики.

2. Основной этап:

а) корреляционный анализ: коэффициент корреляции Пирсона;

б) проверка достоверности различий между группами в соответствии с приведенным алгоритмом. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. СЭВ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

3.1. Сравнительный анализ СЭВ в основной и контрольных группах

По результатам психодиагностического тестирования СЭВ по методике Бойко В.В. фаза «Напряжения» в основной группе врачей психиатров-наркологов (амбулаторное и стационарное отделения) сформирована у 8,4% обследованных респондентов ($33,2 \pm 19,3$) балла. В контрольной группе врачи-педиатры фаза сформирована у 6,7% респондентов ($32,9 \pm 22,1$) балла, у специалистов несоциономических профессий – 16,6%, со средним баллом ($34,1 \pm 22,7$). Достоверных различий, с использованием непараметрического критерия (U-критерий Манна Уитни), в степени выраженности фазы «Напряжения» в основной и контрольных группах не выявлено.

Фаза «Резистенции» в основной группе сформирована у 44,8% респондентов ($57,5 \pm 25,7$) балла, в контрольной группе врачи-педиатры фаза выражена у 23,3% обследованных ($47,9 \pm 18,2$) балла, в контрольной группе не врачи 26,6% и ($49,0 \pm 20,0$) балла соответственно. Установлены различия в степени выраженности фазы «Резистенции» в основной и контрольных группах. Данная фаза у врачей психиатров-наркологов выражена достоверно сильнее $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). У врачей-педиатров и не врачей достоверных различий в степени выраженности фазы не выявлено.

Фаза «Истощения» в основной группе сформирована у 18,7 % респондентов ($38,1 \pm 22,0$) балла, в контрольных группах 13,3% ($37,4 \pm 21,2$) балла и 13,3%, ($37,7 \pm 19,9$) балла соответственно. Достоверных различий, с использованием (U-критерий Манна Уитни), в степени выраженности фазы «Истощения» в основной и контрольных группах не установлено. Выраженность СЭВ у врачей психиатров-наркологов выше за счет фазы «Резистенции». Подробно фазы СЭВ в основной группе врачей психиатров-наркологов и контрольных группах представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Фазы СЭВ в основной и контрольной группах

Фазы СЭВ	Врачи-наркологи (n-107) M±m	Врачи-педиатры (n-30) M±m	Не врачи (n-30) M±m
«Напряжение»	33,20±19,33	32,96±22,11	34,10±22,74
«Резистенция»	*57,48±25,68	47,93±18,17	49,06±20,07
«Истощения»	38,15±22,07	37,43±21,26	37,70±19,99

Примечание: *Статистическая значимость различий фазы «Резистенция» между основной группой «врачи-наркологи» и контрольными группами «врачи-педиатры», «не врачи» $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

К фазе «Напряжения» СЭВ относятся следующие симптомы:

Н1 «переживание психотравмирующих обстоятельств»

Н2 «неудовлетворенность собой»

Н3 «загнанность в клетку»

Н4 «тревога и депрессия»

В структуре фазы «Резистенции» входят симптомы:

Р1 «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование»

Р2 «эмоционально-нравственная дезориентация»

Р3 «расширение сферы экономии эмоций»

Р4 «редукция профессиональных обязанностей»

В структуре фазы «Истощения» выделяют симптомы:

И1 «эмоциональный дефицит»

И2 «эмоциональная отстраненность»

И3 «деперсонализация»

И4 «психосоматические нарушения»

Фаза «Истощения» характеризуется выраженным падением общего энергетического потенциала и ослаблением нервной системы, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось

неэффективным. Степень выраженности симптомов СЭВ подробно представлена в таблице 12.

Таблица 12. Симптомы СЭВ в основной и контрольной группах

Группы	Синдром «эмоционального выгорания»			
	Симптомы фазы «Напряжения»			
	Средний балл по симптомам фазы (M±m)			
	Н1	Н2	Н3	Н4
Врачи-наркологи	11,1±8,2	8,4±6,6	6,1±6,6	7,5±6,4
Врачи-педиатры	11,9±8,4	7,6±6,7	4,1±6,7	9,2±7,7
Не врачи	10,5±9,3	8,8±6,6	7,7±7,9	7,0±6,7
Группы	Симптомы фазы «Резистенции»			
	Средний балл по симптомам фазы (M±m)			
	Р1	Р2	Р3	Р4
Врачи-наркологи	16,0±7,5	11,4±6,0	*14,3±12,5	*15,8±8,6
Врачи-педиатры	16,1±6,6	8,3±6,3	10,0±7,8	10,4±7,9
Не врачи	14,5±9,1	14,2±7,7	7,8±6,8	9,3±8,2
Группы	Симптомы фазы «Истощения»			
	Средний балл по симптомам фазы (M±m)			
	И1	И2	И3	И4
Врачи-наркологи	9,4±8,1	10,1±6,2	10,1±8,0	8,4±7,7
Врачи-педиатры	8,9±6,5	7,6±5,6	10,1±8,9	10,3±8,0
Не врачи	10,9±7,9	11,3±7,0	8,0±7,0	7,4±6,3

Примечание: *Статистическая значимость различий симптомов «Р3» и «Р4» фазы «Резистенция» между основной группой «врачи-наркологи» и контрольными группами «врачи-педиатры», «не врачи» $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Выраженность СЭВ в основной группе достоверно выше, чем в контрольных группах за счет более выраженной фазы «Резистенции» в которой симптом «расширение сферы экономики эмоций» (Р3) достоверно

отличается от контрольной группы педиатров $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни) и контрольной группы несоциально-экономических профессий $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Симптом «редукция профессиональных обязанностей» (P4) выражен достоверно сильнее в группе врачей-наркологов по сравнению с контрольными группами $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Симптом «расширения сферы экономии эмоций» проявляется за пределами профессиональной деятельности врача - в общении с родными и близкими, родственниками и знакомыми. Врач психиатр-нарколог в сложных условиях работы пресыщается постоянными контактами с пациентами и их родственниками, переживает «отравления людьми».

Симптом «редукции профессиональных обязанностей» проявляется в попытках облегчить или сократить профессиональные обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. По нашему мнению именно эти симптомы отражают максимальное напряжение возникающее в процессе профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов. Исследуя факторы, влияющие на формирования СЭВ, нами установлено, что «трудный» контингент больных достоверно коррелирует с симптомами «эмоционального выгорания» $P < 0,05$ (r-критерий Пирсона), на основании чего можно утверждать, что именно этот фактор является важнейшей причиной формирования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов в повседневной клинической практике. «Трудные» пациенты неотъемлемая часть работы врачей-наркологов, однако не всем специалистам удается адаптироваться к сложным ситуациям, возникающим в процессе лечения наркологических больных, что в конечном итоге приводит к формированию синдрома «эмоционального выгорания».

3.2. Сравнительный анализ СЭВ у врачей психиатров-наркологов

Профессиональная деятельность врачей психиатров-наркологов имеет целый ряд особенностей, обусловленных клинической спецификой «трудного» контингента пациентов, системой их объективного обследования,

а также диссоциацией между потребностью общества в наркологической помощи и отношением к ней. Очевидным является тот факт, что клиническая практика врачей психиатров-наркологов в стационарных и амбулаторных отделениях имеет свои отличительные особенности. Результаты исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов показывают, что в амбулаторных отделениях СЭВ выражен достоверно сильнее, по сравнению с врачами стационарной практики $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Причем в каждой из подгрупп стаж работы (от 1 года до 5 лет; от 5 до 10 лет; 10 лет и более) СЭВ выражен значительно сильнее, чем в стационаре в тех же подгруппах на уровне достоверности $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Результаты оценки СЭВ по методике Бойко В.В. представлены в таблице 13.

Таблица 13 – СЭВ у врачей психиатров-наркологов в подгруппах стаж работы

Группы	Стаж работы		
	От 1 года до 5 лет (M±m)	От 5 до 10 лет (M±m)	Более 10 лет (M±m)
Стационарное отделение	75,3±17,7 (n-13)	102,1±68,0 (n-15)	91,6±48,9 (n-22)
Амбулаторное отделение	*174,3±36,3 (n-18)	*172,4±33,2 (n-15)	*146,8±55,1 (n-24)

Примечание: *Статистическая значимость различий СЭВ между группами «стационарное отделение» и «амбулаторное отделение» в подгруппах по стажу работы, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

В ходе исследования нами установлено, что среди выделенных подгрупп стаж работы в стационаре наибольший суммарный показатель синдрома «эмоционального выгорания» отмечен у врачей психиатров-наркологов со стажем работы от 5 до 10 лет (102,1±68,0) балла, а

наименьший в подгруппе со стажем работы от 1 до 5 лет ($75,3 \pm 17,7$) балла. Различия достоверны $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

У врачей амбулаторной практики выявлена обратная клиническая картина: наибольший показатель СЭВ зафиксирован в подгруппе со стажем работы от 1 года до 5 лет ($174,3 \pm 36,3$) балла, а наименьший у врачей психиатров-наркологов со стажем более 10 лет ($146,7 \pm 55,1$) балла. Различия достоверны $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Во всех подгруппах врачи психиатры-наркологи амбулаторных отделений выявили достоверно более высокие показатели СЭВ, по сравнению с врачами стационаров. По нашему мнению это обусловлено спецификой работы наркологических диспансеров, где врачи специалисты обслуживают большой поток пациентов (до 70 человек в течение дня, включая профилактические осмотры). В реальных условиях работы врача психиатра-нарколога амбулаторного отделения происходит постоянное переключение внимания с одного пациента на другого, что значительно затрудняет адаптацию врача к сложным условиям профессиональной деятельности.

Степень выраженности фаз в структуре СЭВ подтверждает достоверные различия между врачами-наркологами стационарных и амбулаторных отделений. Фаза «Напряжения» в стационаре сформирована только у 1 респондента ($23,1 \pm 17,7$) балла (2%) от всех врачей стационара, тогда как в амбулатории у 8 человек (14%) ($41,9 \pm 16,3$) балла. В подгруппах стаж работы наибольший показатель фазы в стационаре выявлен у врачей со стажем работы от 5 до 10 лет ($26,9 \pm 25,4$), а наименьший у врачей со стажем до 5 лет ($16,7 \pm 10,7$) балла. В амбулаторной практике фаза максимально выражена у врачей со стажем до 5 лет ($48,9 \pm 16,0$) баллов, минимальна со стажем более 10 лет ($33,7 \pm 15,6$) балла.

Фаза «Резистенции» в стационаре наиболее ярко выражена в подгруппе со стажем от 5 до 10 лет ($45,4 \pm 27,4$) балла, наименее выражена со стажем до 5 лет ($36,7 \pm 8,8$) балла. Фаза сформирована у 9 респондентов (18%) ($42,0 \pm 21,7$) балла. В амбулаторных отделениях данная фаза СЭВ имеет

наибольший показатель у врачей психиатров-наркологов со стажем от 5 до 10 лет ($74,6 \pm 17,1$) баллов, наименьший у врачей со стажем более 10 лет ($67,5 \pm 25,0$) балла. Фаза сформирована у 39 респондентов (68,4%) ($71,1 \pm 20,8$) балла.

Фаза «Истощения» у врачей в стационаре имеет максимальный показатель со стажем от 5 до 10 лет ($30,4 \pm 22,2$) балла, минимальный ($22,6 \pm 9,2$) балла со стажем до 5 лет. Фаза сформирована у 2 респондентов (4%) ($25,8 \pm 17,1$) балла. Врачи амбулаторной наркологической службы имеют максимально выраженную фазу со стажем до 5 лет ($52,5 \pm 19,0$) балла, минимально со стажем более 10 лет ($45,6 \pm 23,7$) балла. Фаза сформирована у 18 респондентов (31,5%) ($49,0 \pm 20,2$) балла.

Наличие выраженной «клинической» степени СЭВ характеризуется фазой «Истощения» и наличием признаков профессиональной дезадаптации. Высокие показатели «Напряжения» и «Резистенции» подчеркивают, что врач имеет признаки наличия профессиональных проблем («горит» на работе), однако всеми силами пытается приспособиться к сложным условиям профессиональной деятельности и не имеет признаков профессиональной дезадаптации, которые характерны для фазы «Истощения».

«Чрезмерное напряжение», является предпосылкой развития СЭВ, но при снижении давления факторов предрасполагающих к его развитию может и стабилизироваться и претерпеть обратное развитие. Для редукции симптомов СЭВ необходимо проводить психотерапевтические занятия с врачами, одновременно снижать негативное влияние организационных факторов и повышать мотивацию врача психиатра-нарколога (в том числе и материальную) к профессиональному росту. Выраженность фаз СЭВ у врачей-наркологов в стационарных и амбулаторных отделениях подробно представлена на рисунке 1.

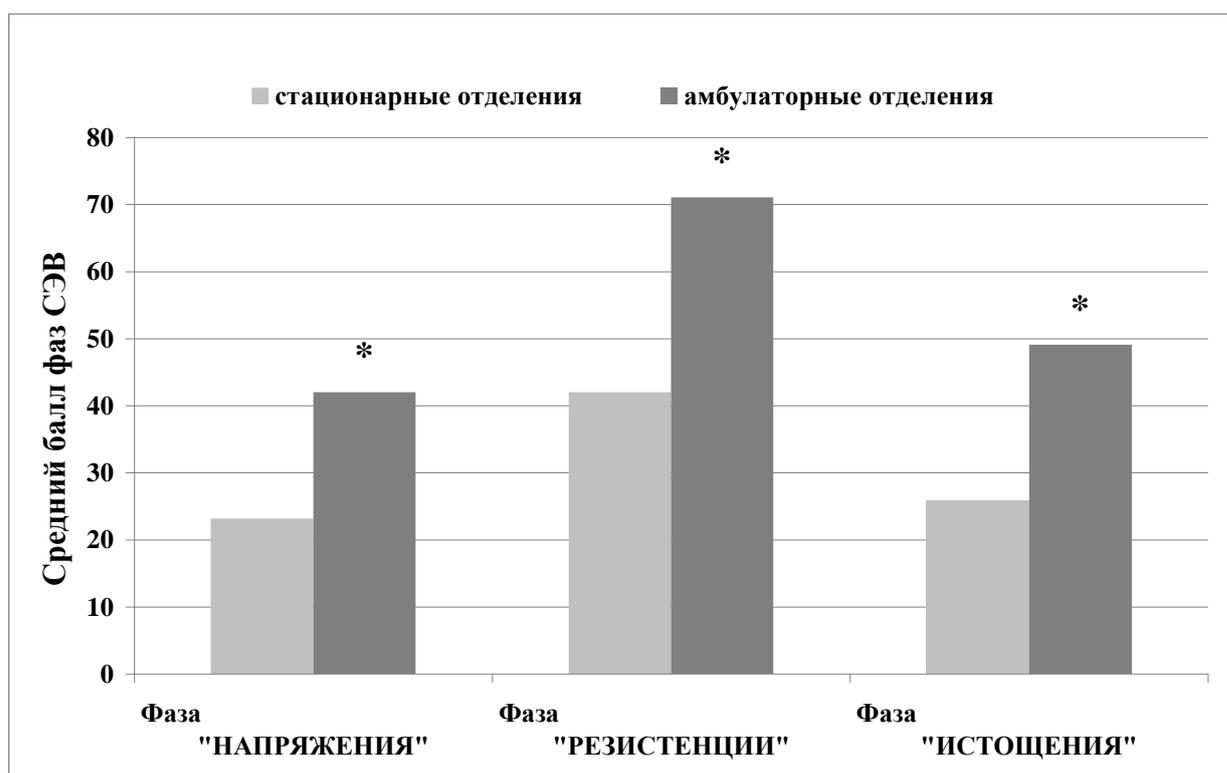


Рисунок 1. Фазы СЭВ у врачей психиатров-наркологов.

Примечание: *Статистическая значимость различий фаз СЭВ между группами «стационарное отделение» и «амбулаторное отделение», $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

По результатам нашего исследования у врачей-наркологов в наибольшей степени выражены симптомы фазы «Резистенции»:

Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование – несомненный признак «эмоционального выгорания». Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным — уделю внимание пациенту, будет настроение — откликнусь на его состояния и потребности. Симптом имеет наибольшую выраженность у врачей психиатров-наркологов амбулаторной службы со стажем работы от 1 года до 5 лет ($21,4 \pm 4,3$) балла, причем у (26,3%) респондентов отмечается сложившийся симптом, а у (50,9%) этот симптом является доминирующим в фазе и в структуре «эмоционального выгорания» в целом. Характерно, что в подгруппе со стажем 5-10 лет выраженность симптома значительно снижается по сравнению с подгруппой со стажем менее 5 лет ($17,6 \pm 6,5$) балла. В подгруппе со стажем более 10 лет

(19,0±7,4) балла симптом не имеет достоверных различий с двумя другими подгруппами. Врачи психиатры-наркологи в стационаре так же как и врачи в амбулаторных отделениях имеют максимальный показатель в подгруппе 1-5 лет (13,5±5,5) балла, который с увеличением стажа работы имеет тенденцию к снижению. Выявлены достоверно более высокие показатели симптома во всех подгруппах у врачей-наркологов в амбулаторной практике, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Снижение выраженности этого симптома с увеличением стажа работы связано с относительной адаптацией врача к условиям профессиональной деятельности.

Редукция профессиональных обязанностей – проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. У (12,3%) респондентов сложившейся симптом, а у (57,9%) врачей в амбулаторных отделениях является доминирующим в структуре фазы «Резистенции» и СЭВ в целом. Симптом имеет свое максимальное выражение у врачей-наркологов амбулаторной наркологической службы (21,6±6,1) баллов в подгруппе со стажем работы менее 5 лет, Отмечена тенденция снижения выраженности симптома с увеличением стажа работы. В стационарной практике выраженность симптома значительно меньше (11,3±7,9) балла, причем показатели симптома остаются относительно стабильными не зависимо от стажа работы. Доминирующим симптомом редукции профессиональных обязанностей является для (22%) врачей в стационаре. Во всех подгруппах в диспансере симптом выражен достоверно сильнее, чем в стационаре $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Расширение сферы экономики эмоций – проявляется вне профессиональной деятельности – дома, в общении с родственниками и знакомыми. На работе врач до того устаёт от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что ему не хочется общаться даже с близкими - «отравление людьми». Динамика степени выраженности симптома одинаково прослеживается и в диспансере и в стационаре. Минимальные показатели отмечены в подгруппах со стажем работы менее 5 лет (15,7±10,8) и (3,4±2,7)

балла соответственно, тогда как в подгруппе со стажем работы от 5 до 10 лет симптом достигает своих максимальных значений ($23,1 \pm 10,8$) и ($13,7 \pm 15,2$) балла соответственно. Достоверны различия выраженности симптома в амбулатории и стационаре во всех подгруппах на уровне значимости $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Также достоверно отличаются показатели симптома в амбулатории и стационаре в подгруппах со стажем работы менее 5 лет и от 5 до 10 лет соответственно $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Эмоционально-нравственная дезориентация – является логическим продолжением неадекватного эмоционального реагирования. Не проявляя должного эмоционального отношения к пациенту, врач защищает свою стратегию поведения. Среднее значение симптома в диспансере ($13,4 \pm 5,6$) балла и стационаре ($9,1 \pm 5,9$) балла не достигает порога сложившегося (16 баллов и более). В диспансере симптом достоверно более выражен, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

В фазе «Истощения» среднее значение всех симптомов не достигает порогового значения сложившегося симптома (16 баллов и более).

Личностная отстраненность (деперсонализация) – прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к пациенту. В тяжелых формах синдрома «эмоционального выгорания» врач может активно защищать антигуманистическую философию: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...» В таких случаях синдром «выгорания» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с невротоподобными или психопатическими состояниями. Проявления данного симптома у врачей психиатров-наркологов в амбулаторных отделениях выражено достоверно сильнее, чем в стационаре $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Причем у (29,8%) респондентов этот симптом является доминирующим в структуре синдрома «эмоционального выгорания». Примечательно, что по результатам оценки опросника «Профессиональное выгорание» у врачей психиатров-наркологов в амбулаторных отделениях симптом «деперсонализации» так же достоверно

выражен сильнее, чем у врачей в стационаре $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Эмоциональный дефицит – к врачу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать своим пациентам не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать. Проявляется недостаток положительных эмоций и все чаще возникают отрицательные – резкость, грубость, раздражительность. Проявления данного симптома у врачей психиатров-наркологов в амбулаторной службе выражено достоверно сильнее, чем в стационаре $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). У (22,8%) респондентов этот симптом является доминирующим.

Эмоциональная отстраненность – почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Особенно опасна демонстративная форма эмоциональной отстраненности, когда профессионал всем своим видом показывает негативное отношение к пациенту: «наплевать на вас».

Психосоматические и психовегетативные нарушения – симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства: многое из того, что касается профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических состояниях. Порой даже мысль о работе и «трудных» пациентах вызывает у врача плохое настроение, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний и т. п. Проявления данного симптома у врачей психиатров-наркологов амбулаторных отделений выражено достоверно сильнее, чем в стационаре, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). У (24,6%) респондентов этот симптом является доминирующим в структуре СЭВ.

В фазе «Напряжения» среднее значение всех симптомов не достигает порогового значения сложившегося симптома (16 баллов и более).

Переживание психотравмирующих обстоятельств - симптом проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов влияющих на профессиональную деятельность, которые трудно или вовсе неустранимы. Неразрешимость ситуации приводит к динамическому развитию синдрома «эмоционального выгорания». В диспансере у (29,8%) респондентов этот симптом является доминирующим в структуре СЭВ.

Неудовлетворенность собой – возникает при невозможности повлиять на психотравмирующие обстоятельства. Врач испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, обязанностями.

Загнанность в клетку – ощущение безысходности в результате давления психотравмирующих обстоятельств, которые невозможно изменить, состояние интеллектуально-эмоционального тупика.

Тревога и депрессия - тревожно-депрессивная симптоматика в связи с профессиональной деятельностью крайняя точка в формировании тревожного напряжения в процессе развития «эмоционального выгорания».

Проявления симптомов фазы «Напряжения» у врачей-наркологов в диспансере выражено достоверно сильнее, чем в стационаре $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). С увеличением стажа работы выявлена тенденция к уменьшению выраженности симптома «переживание психотравмирующих обстоятельств» у врачей амбулаторной практики, тогда как у врачей стационара тенденция обратная. В подгруппе со стажем работы 5-10 лет этот симптом не имеет достоверных различий в стационаре и амбулатории.

Симптом «неудовлетворенность собой» в амбулатории в подгруппе со стажем работы от 5 до 10 лет достоверно выражен сильнее, чем в подгруппе от 1 года до 5 лет. Подробно выраженность всех симптомов «эмоционального выгорания» представлена на рисунках 2, 3, 4.

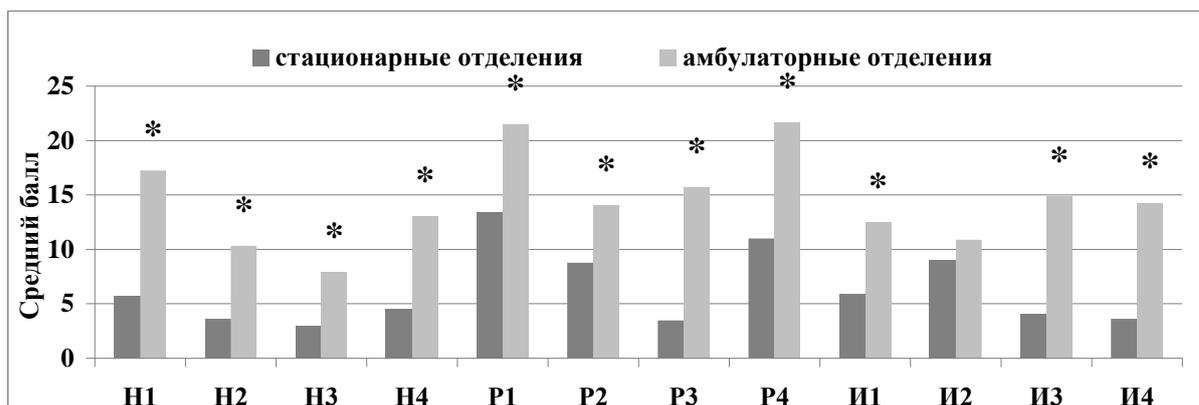


Рисунок 2. Симптомы СЭВ у врачей психиатров-наркологов (стаж работы от 1 года до 5 лет).

Примечание: *Статистическая значимость различий симптомов СЭВ в группах «стационарное отделение» и «амбулаторное отделение» в подгруппе стаж работы (от 1 года до 5 лет), $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

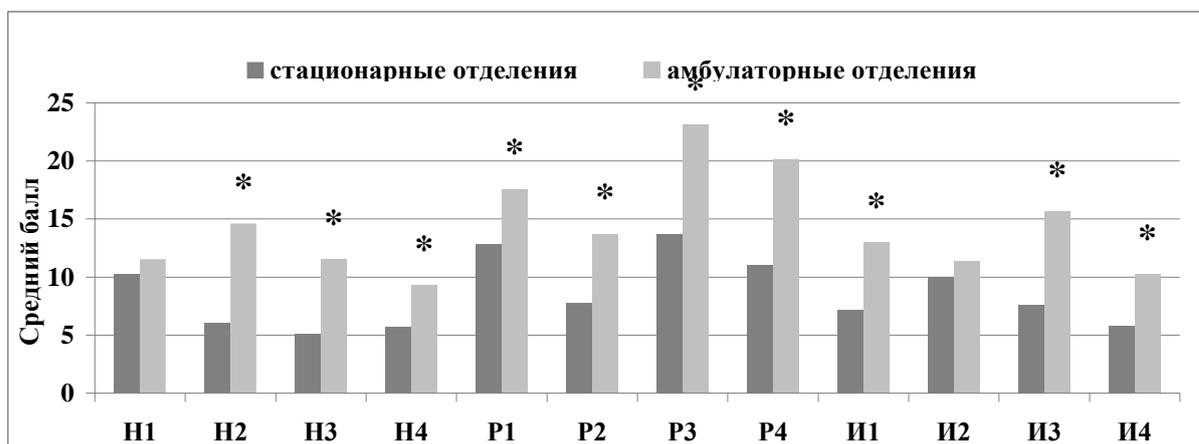


Рисунок 3. Симптомы СЭВ у врачей психиатров-наркологов (стаж 5-10 лет).

Примечание: см. рисунок 2.

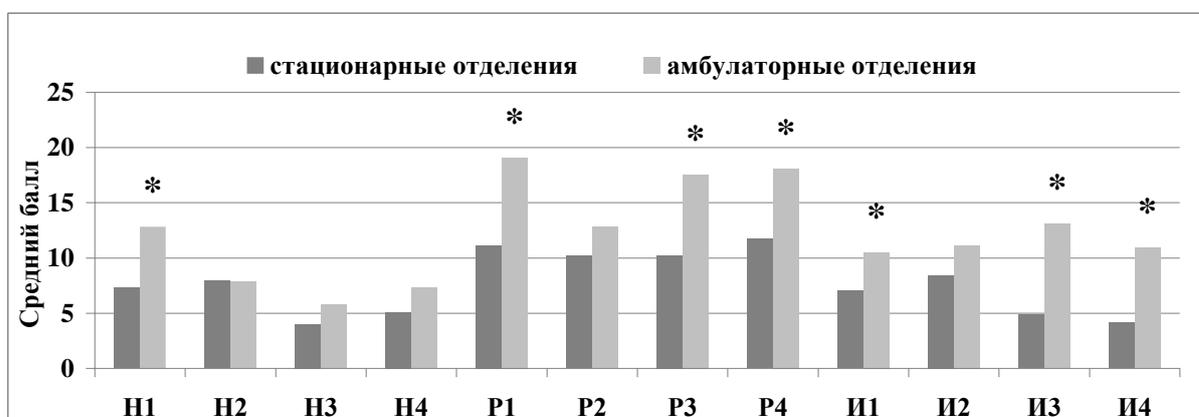


Рисунок 4. Симптомы СЭВ у врачей психиатров-наркологов (стаж >10 лет).

Примечание: см. рисунок 2.

Методика «Профессиональное выгорание» [20] «подтверждает, что врачи психиатры-наркологи амбулаторной службы имеют более выраженную симптоматику «выгорания», по сравнению с врачами стационаров в подгруппах стаж работы по симптомам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация». Результаты представлены в таблице 14.

Таблица 14 – Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов

Симптомы	Стационар/ /амбулаторное отделение	Стаж работы (годы)	Средний балл
Эмоциональное истощение	стационарное отделение	1-5	13,53±6,30
		5-10	13,33±9,35
		> 10	15,81±8,00
	амбулаторное отделение	1-5	*24,88±6,42
		5-10	*24,60±5,34
		>10	*23,62±10,05
Деперсонализация	стационарное отделение	1-5	8,00±4,20
		5-10	7,93±5,40
		> 10	8,22±5,57
	амбулаторное отделение	1-5	*15,44±4,64
		5-10	*14,20±4,9
		>10	*15,41±6,37
Редукция профессиональных достижений	стационарное отделение	1-5	32,61±9,08
		5-10	37,13±5,56
		> 10	34,36±6,52
	амбулаторное отделение	1-5	31,72±5,47
		5-10	30,26±7,09
		>10	31,83±6,83

Примечание: *Статистическая значимость различий «ПВ» между группами «стационарное отделение» и «амбулаторное отделение» в подгруппах по стажу работы по симптомам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация», $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

Характерно, что симптом «эмоциональное истощение» по методике «Профессиональное выгорание» у врачей психиатров-наркологов в амбулаторных отделениях достоверно выражен сильнее, по сравнению с врачами в стационаре во всех подгруппах $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Данные представлены на рисунках 5, 6, 7.

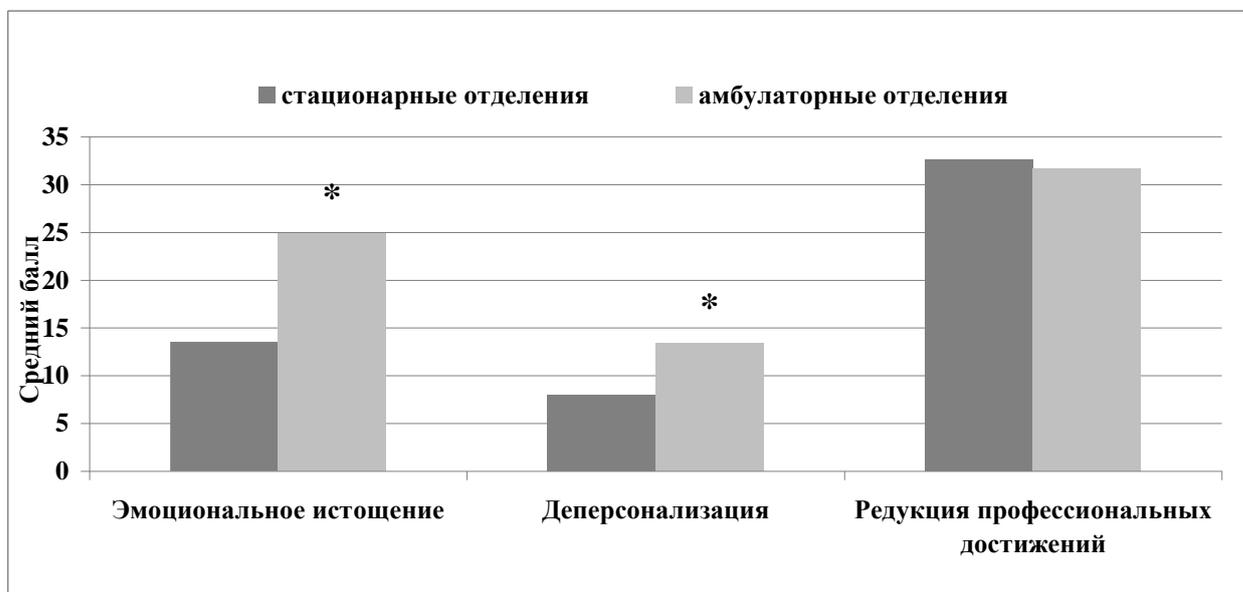


Рисунок 5. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов (стаж работы от 1 года до 5 лет).

Примечание: *Статистическая значимость различий симптомов «ПВ» в группах «стационарное отделение» и «амбулаторное отделение» в подгруппе стаж работы (1-5 лет), $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

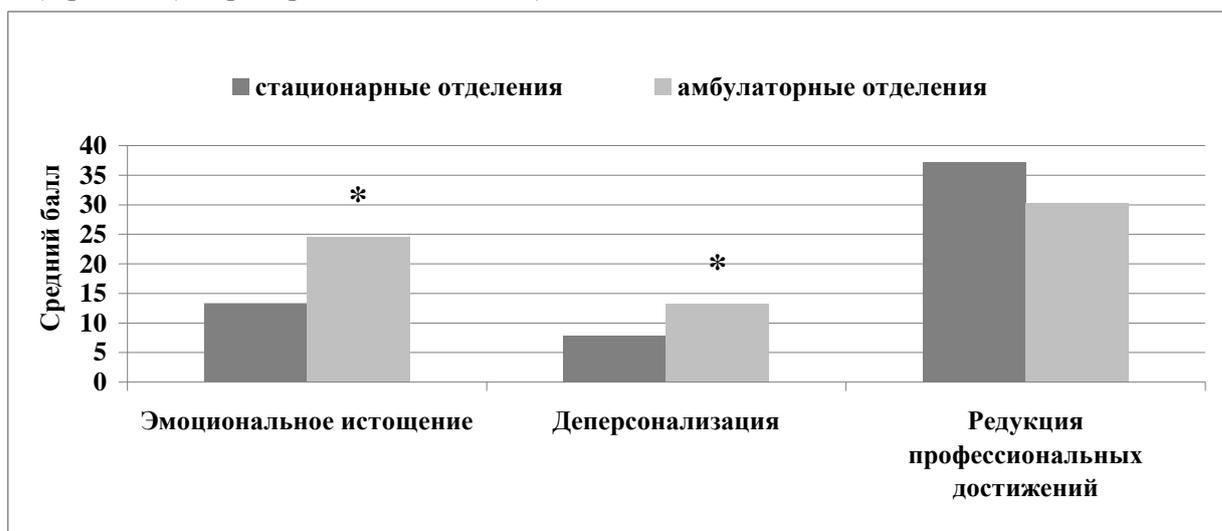


Рисунок 6. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов (стаж 5-10 лет).

Примечание: см. рисунок 5.

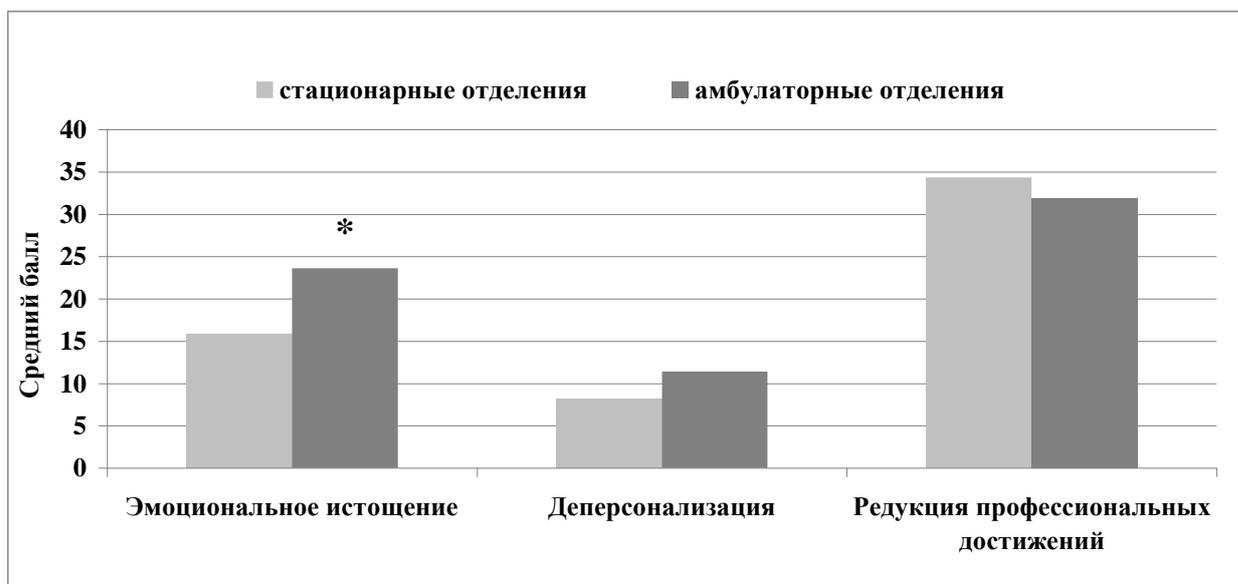


Рисунок 7. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов (стаж >10 лет).

Примечание: * см. рисунок 5.

В ходе исследования у врачей-наркологов не было обнаружено достоверных гендерных различий в степени выраженности симптомов «эмоционального выгорания».

В целом синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов амбулаторной службы выражен значительно сильнее, чем у врачей в стационаре по результатам его оценки с применением двух разных методик. Организационные факторы, влияющие на формирование СЭВ, имеют достоверные коррелятивные связи со степенью выраженности синдрома. Отмечается максимальная выраженность фазы «Резистенции», особенно у врачей в амбулатории, что свидетельствует о высоком рабочем напряжении и попытках адаптироваться к сложным условиям профессиональной деятельности, однако у 31,5% врачей в амбулатории сформирована фаза «Истощения», которая свидетельствует о профессиональной дезадаптации врачей, которая не может не сказываться на качестве оказания наркологической помощи и вместе с тем на качестве жизни пациентов, регулярно наблюдающихся в наркологических диспансерах.

3.3. Стратегии поведения у врачей психиатров-наркологов

В течение последних двадцати лет отмечается растущий интерес к научным исследованиям стресса, связанного с профессиональной деятельностью специалистов помогающих профессий, в связи с его влиянием на состояние здоровья, работоспособность, производительность и качество труда (Бодров В.А.2006). Изучение патогенетических механизмов и стратегий преодоления стресса является основой для разработки профилактических мероприятий и преодоления негативных последствий стресса, а также развития стрессоустойчивости специалиста на рабочем месте(Анцыферова Л.И.1994;Водопьянова Н.Е.2003). В нашем исследовании использована многоосевая модель копинг-поведения (coping behavior) и опросник Хобфолла (1989). Преодолевающее поведение рассматривается как стратегии (тенденции) поведения, а не как отдельные типы поведения (Водопьянова Н.Е. 2009).

Копинг-поведение (от англ. to cope – совладать) – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к более или менее успешной адаптации (Водопьянова Н.Е., 2008).

Модель копинг-поведения Хобфолла имеет две основные оси: просоциальная–асоциальная, активная–пассивная и одну дополнительную ось: прямая–непрямая. Данные оси представляют собой измерения общих стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

Опросник содержит 9 моделей преодолевающего поведения.

1. *Ассертивная (активная)* – предполагает уверенность в себе, активную жизненную, социальную и гражданскую позицию.

2. *Вступление в социальный контакт (просоциальная)* – способность личности принимать решения в сложных ситуациях. Поведение направлено на активное взаимодействие с другими людьми и достижение компромиса.

3. *Поиск социальной поддержки (просоциальная)* – поиск поддержки со стороны окружающих (семьи, друзей, коллег).

4. *Осторожные действия (пассивная)* – стремление минимизировать риски неудачи, склонности к перестраховке.

5. *Импульсивные действия (прямая)* – выражаются в быстром, необдуманном принятии решений или в следовании интуитивным импульсам.

6. *Избегание (пассивная)* – отказ от принятия конкретных решений и ответственности за их последствия, уход от проблем, либо переключение на более благоприятные события.

7. *Манипулятивные действия (непрямая)* – манипуляция другими людьми за счет различных «уловок», лести, фальши, хитрости, «игры на чувствах» для достижения собственных целей.

8. *Асоциальные действия (асоциальная)* – отказ от морально-этических норм поведения. Собственное мнение ставится превыше всего не зависимо от мнения других людей. Разрушение социальных связей.

9. *Агрессивное поведение (асоциальная)* – агрессивные действия по отношению к другим людям .

Исследование копинг-стратегий проводилось в основной группе врачей наркологов (50 респондентов в стационарном и 57 – в амбулаторном отделениях).

Стратегии преодоления стрессовых ситуаций в основной (стационар и диспансер) и контрольных группах по каждой стратегии в отдельности достоверных различий не выявили. Просоциальные стратегии: вступление в социальный контакт (2) и поиск социальной поддержки (3) явно превалируют над асоциальными: асоциальные действия (8) и агрессивные действия(9), $p < 0,05$ во всех группах.

Просоциальные стратегии имеют среднюю степень выраженности с тенденцией к высокой, тогда как асоциальные напротив имеют среднюю степень выраженности с тенденцией к низкой. Предпочтение просоциальной

модели поведения говорит о значимости социального окружения для преодоления стрессовых ситуаций.

Асоциальная модель поведения (тенденция к игнорированию социальных норм, циничность и т.п.) и агрессивная стратегия поведения (осознанное или неосознанное стремление нанести физический или моральный ущерб другому лицу) в целом не характерна ни для одной из исследуемых групп.

Активная (1) и пассивные (4,6) стратегии преодоления в основной и контрольных группах достоверных различий не выявили, однако у врачей-наркологов в стационаре и контрольной группе не врачи осторожные действия (4) достоверно выражены сильнее пассивной стратегии избегания (6), $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Активная стратегия преодоления стресса представлена ассертивными действиями (уверенное поведение). Данная модель поведения на среднем уровне представлена у всех групп. Противоположная ей тенденция – пассивная стратегия преодоления стресса в виде избегания и осторожных действий также выражена на среднем уровне.

Осторожные действия (4), как вариант пассивной стратегии преодоления стресса имеет тенденцию к более высокой степени выраженности. Прямая стратегия преодоления стресса в форме импульсивных действий характеризуется ярким проявлением своих чувств и эмоций. Непрямая стратегия преодоления манипулятивные действия – это преднамеренное вызывание определенного чувства у человека с целью добиться от него желаемой реакции. Обе стратегии имеют среднюю степень выраженности, достоверно не различаются и в целом не характерны ни для одной из представленных групп.

Стратегии преодоления стрессовых ситуаций в основной группе врачей психиатров-наркологов (стационарные и амбулаторные отделения) по каждой стратегии в отдельности достоверных различий не выявили. Просоциальные стратегии (2, 3) между собой достоверно не различаются равно как и асоциальные (8, 9), однако выражены на высоком уровне как в

стационаре, так и амбулатории и имеют существенные различия с асоциальными стратегиями (8, 9), $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Активные стратегии преодоления (1) у врачей-наркологов в стационарных и амбулаторных отделениях достоверно не отличаются друг от друга, так же как и противоположные им пассивные стратегии (4, 6). Однако степень выраженности ассертивных действий (1) в стационаре значительно отличается от пассивной стратегии преодоления в виде избегания (6) стрессовой, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Осторожные действия (4) выражены достоверно выше (и в стационаре и в амбулаторных отделениях), в сравнении со стратегией избегания, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни) Прямая и непрямая стратегии выражены на среднем уровне и достоверных различий не имеют.

Гендерных различий в копинг-поведении у врачей наркологов не выявлено. Просоциальные модели поведения (2,3) достоверно отличаются от асоциальных (8, 9), $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Ассертивные действия (1), значимо не отличаются от пассивных стратегий (4, 6). Осторожные действия (4) у обоих полов достоверно выражены сильнее, чем стратегия избегания (6) $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни) Прямая (5) и непрямая (7) стратегии поведения выражены на среднем уровне и достоверных различий не имеют.

Просоциальные стратегии поведения – вступление в социальный контакт и поиск социальной поддержки (1, 2) в подгруппах 1, 2, 3 в стационаре и диспансере не выявили достоверных различий. Тогда как во всех подгруппах эти стратегии поведения достоверно выражены сильнее, чем противоположные им асоциальные стратегии – асоциальные и агрессивные действия (8, 9), $p < 0,05$ (критерий U Манна-Уитни). Активная модель преодоления в виде ассертивных действий (1) во всех подгруппах не имеет достоверных различий с пассивной стратегией осторожные действия (4). Однако в подгруппе со стажем работы от 1 года до 5 лет активная стратегия (1) в стационаре отличается от пассивной стратегии избегание (6), $p < 0,05$

(критерий U Манна-Уитни) и стратегия осторожные действия (4) в амбулатории достоверно отличается от стратегии избегания (6) на том же уровне значимости. В подгруппе со стажем работы от 5 до 10 лет в стационаре стратегия (1) достоверно различается от пассивной стратегии (6) и модель поведения (4) отличается от (6), $p < 0,05$ (критерий U Манна-Уитни). В подгруппе со стажем работы более 10 лет пассивная стратегия (4) достоверно отличается от (6), $p < 0,05$ (критерий U Манна-Уитни). Прямая и непрямая стратегии преодоления в стационаре и амбулатории (независимо от стажа работы) имеют среднюю степень выраженности с тенденцией к низкой и достоверно не отличаются друг от друга. Импульсивные и манипулятивные действия не характерны для врачей-наркологов.

В целом можно утверждать, что предпочитаемые стратегии преодоления стрессовых ситуаций у врачей психиатров-наркологов с разным стажем работы имеют одинаковый профиль. Преобладание просоциальных стратегий над асоциальными характерно для всех врачей психиатров-наркологов, не зависимо от стажа работы, специфики профессиональной деятельности и гендерных признаков. Предпочитаемые (просоциальные) стратегии преодоления стрессовых ситуаций непосредственно связаны с социальным окружением и взаимодействием с другими людьми. Поиск компромиссных решений одна из отличительных особенностей просоциальной модели поведения. Практикующий врач психиатр-нарколог находится в постоянном поиске компромиссного решения между пациентом, его родственниками и возможностями лечебного учреждения к качественной наркологической помощи. В профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов практически невозможно избежать стрессовых ситуаций, которые возникают при общении с больными, поэтому соответствующая стратегия выражена на среднем уровне с тенденцией к низкому. Осторожные действия как вариант пассивной стратегии преодоления стресса достоверно отличается, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни) от стратегии избегания, что возможно связано со спецификой работы

врачей-наркологов – «трудный» контингент больных, а так же высокая ответственность врача за неосторожные действия, которые могут навредить пациенту. Особенно если учесть, что пациенты с синдромом зависимости отличаются повышенной внушаемостью и каждое слово врача-нарколога может сильно повлиять на психический статус больного. Осознание повышенной ответственности перед пациентом и его родственниками заставляет врача сознательно или бессознательно использовать данную стратегию преодоления стрессовых ситуаций. Прямая и непрямая стратегии преодоления в стационаре и диспансере имеют среднюю степень выраженности с тенденцией к низкой и достоверно не отличаются друг от друга. В целом импульсивные и манипулятивные действия не характерны для врачей-наркологов. Слишком эмоциональное импульсивное поведение врача психиатра-нарколога может спровоцировать ответную негативную реакцию со стороны пациента и его родственников, возможно поэтому врачи и сознательно и подсознательно исключают подобные формы поведения.

3.4. Факторы развития СЭВ у врачей психиатров-наркологов

С марта 2012 г. по июнь 2013 г. на базе ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России и ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы проведено обследование 107 врачей психиатров-наркологов на предмет наличия или отсутствия признаков синдрома «эмоционального выгорания»

Количественное выражение СЭВ в стационарном отделении ($90,5 \pm 50,3$) балла, в амбулаторном отделении – ($162,1 \pm 45,8$) балла соответственно. В стационаре фаза «Напряжения» сформирована у 1 врача (2%) ($23,2 \pm 17,7$) балла, в амбулаторном отделении – у 8 врачей (14%), ($41,9 \pm 16,3$) балла. Фаза «Резистенции» в стационаре сформирована у 9 врачей (18%) ($42,0 \pm 21,7$) балла, в амбулаторном отделении – у 39 врачей (68,4%) ($71,0 \pm 20,8$) балла. Фаза «Истощения» в стационарном отделении сформирована у 2 врачей (4%) ($25,8 \pm 17,1$) балла, в амбулаторном – у 18 врачей (31,5%) ($49,0 \pm 20,2$) балла.

В фазе «Напряжения» в стационаре наиболее выражен симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств», который сформирован у 5 врачей (10%) ($7,7 \pm 7,1$) балла, причем у всех пяти этот симптом является доминирующим. В диспансере максимально выраженным в той же фазе СЭВ является так же симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств», который сформирован у 22 врачей (38,6%) ($14,0 \pm 8,0$) балла, причем у 17 из них симптом является доминирующим.

В фазе «Резистенции» в стационаре наиболее выражен симптом «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», который сформирован у 19 врачей (38%) ($12,2 \pm 6,9$) балла, причем у 7 человек он является доминирующим, в диспансере (в той же фазе) наиболее выражен симптом «редукция профессиональных достижений», который сформирован у 40 врачей (70, 2%) ($19,7 \pm 7,3$) балла, причем у 33 из них он является доминирующим. В фазе «Истощения» в стационаре наиболее выражен симптом «эмоциональный дефицит», который сформирован у 6 врачей (12%) ($6,8 \pm 6,0$) балла, причем у 4 он является доминирующим. В амбулатории в той же фазе наиболее выражен симптом «личностная отстраненность», который сформирован у 23 врачей (40,3%) ($14,3 \pm 7,1$) балла, причем у 17 человек симптом доминирующий. Очевидно, что выраженность фаз СЭВ у врачей психиатров-наркологов в амбулатории значительно сильнее, чем у врачей, работающих в стационаре. Вместе с тем и структура СЭВ в стационаре и амбулатории имеет существенные различия, что позволяет говорить о том, что факторы, влияющие на формирование синдрома, значительно отличаются. Нами проведено анкетирование 40 врачей психиатров-наркологов (20 врачей в стационаре и 20 врачей в амбулатории). Анкета состоит из 10 вопросов, которые, по нашему мнению, отражают факторы, создающие наибольшие трудности в профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов в реальных условиях работы. Испытуемым предлагалось выразить свою степень согласия/не согласия с каждым из 10 утверждений в диапазоне согласен (3 балла), не знаю (2 балла), не согласен (1

балл). Согласно результатам анкетирования, факторы, создающие наибольшие трудности в работе в стационаре и амбулатории представлены в таблицах 15 и 16.

Таблица 15 – Факторы СЭВ (стационарное отделение)

Факторы	Согласен (3 балла) (n)	Не знаю (2 балла) (n)	Не согласен (1 балл) (n)	Сумма баллов	Сред- ний балл
1. Низкая оплата труда	19	0	1	58	2,9±0,4
2.«Трудный» контингент больных	17	1	2	55	2,7±0,6
3.Большая профессиональная нагрузка	12	0	8	44	2,2±1,0
4. Высокая эмоциональная напряженность Вашей работы	9	5	6	43	2,1±0,9
5. Неудовлетворенность результатами лечения	7	4	9	38	1,9±0,9
6. Напряженные отношения в коллективе	3	10	7	36	1,8±0,7
7.Ощущение «бесперспективности» Вашей работы	4	7	9	35	1,7±0,8
8. Невозможность профессионального роста	2	8	10	32	1,6±0,7
9. Низкий престиж Вашей профессии	5	0	15	30	1,5±0,9
10. Проблемы с собственным здоровьем	1	3	16	24	1,2±0,5

Примечание: n-количество человек выразивших свою степень согласия/не согласия с каждым из 10 утверждений (факторы, создающие наибольшие трудности в профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов в реальных условиях работы) в диапазоне согласен (3 балла), не знаю (2 балла), не согласен (1 балл).

Таблица 16 – Факторы СЭВ (амбулаторное отделение)

Факторы	Согласен (3 балла) (n)	Не знаю (2 балла) (n)	Не согласен (1 балл) (n)	Сумма баллов	Средний балл
1. Большая профессиональная нагрузка	19	1	0	59	2,9±0,2
2. Низкая оплата труда	19	0	1	58	2,9±0,4
3. Неудовлетворенность результатами лечения	18	0	2	56	2,8±0,6
4. Высокая эмоциональная напряженность Вашей работы	16	2	2	54	2,7±0,6
5. Невозможность профессионального роста	14	5	1	53	2,6±0,6
6. Низкий престиж Вашей профессии	12	6	2	50	2,5±0,7
7. «Трудный» контингент больных	10	7	3	47	2,3±0,7
8. Ощущение «бесперспективности» Вашей работы	9	3	8	41	2,0±0,9
9. Напряженные отношения в коллективе	7	4	9	38	1,9±0,9
10. Проблемы с собственным здоровьем	5	0	15	30	1,5±0,9

Примечание: см. таблицу 15.

Патогенные факторы у врачей психиатров-наркологов в стационаре не показали достоверной корреляционной связи со степенью выраженности СЭВ. По нашему мнению, это связано с тем, что в стационаре подавляющее число специалистов адаптированы к профессиональным вредностям (об этом свидетельствует не высокий средний балл «выгорания» в целом $(90,5 \pm 50,3)$). О срыве адаптационных механизмов свидетельствует фаза «Истощения», а у врачей в стационаре только 2 человека (4%) у которых сформирована эта фаза, против 18 человек в амбулатории (31,5%).

Достоверные коррелятивные связи факторов вызывающих трудности в работе врачей психиатров-наркологов амбулаторной службы со степенью выраженности СЭВ представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Коррелятивные связи «патогенных факторов» и СЭВ у врачей психиатров-наркологов в амбулаторном отделении

Факторы	Коэффициент корреляции Пирсона, r
1. «Трудный» контингент больных	0,633**
2. Низкая оплата труда	0,507*
3. Большая профессиональная нагрузка	0,507*
4. Высокая эмоциональная напряженность работы	0,506*
5. Ощущение «бесперспективности» работы	0,499*
6. Невозможность профессионального роста	0,478*
7. Низкий престиж работы	0,452*

Примечание: *корреляция значима на уровне $p < 0,05$, **корреляция значима на уровне $p < 0,01$.

Все врачи в диспансерах, в отличие от врачей стационарной практики, выделили 3 основных фактора препятствующих качественному выполнению профессиональной деятельности:

1. Многократные «переключения» с одного пациента на другого в течение рабочего дня (включая профилактические осмотры до 70 человек ежедневно).

2. Огромный объем канцелярско-оформительской работы (врач перестает чувствовать себя врачом), возникает профессиональный тупик.

3. Неудовлетворенность результатами профессиональной деятельности, высокая эмоциональная напряженность работы и невозможность профессионального роста.

С точки зрения большинства врачей амбулаторной наркологической службы основным фактором осложняющим работу является низкая заработная плата и проблемы, связанные организацией профессиональной деятельности. Н.В. Полунина и др. (2002) отмечают резкое увеличение рабочей нагрузки на медицинский персонал в связи с реформированием системы здравоохранения. Реформы наркологической службы, введение новых стандартов оказания наркологической помощи оказывают дополнительную нагрузку на врачей психиатров-наркологов. В более короткое время требуется оказать более качественную помощь, что однозначно оказывает дополнительную психологическую нагрузку на сотрудников. Повышение интенсивности деятельности врача психиатра-нарколога способствует развитию синдрома «эмоционального выгорания». Анализ корреляционных связей между «патогенными» факторами и степенью выраженности СЭВ в целом это подтверждает. Конечно, психологические вредности вносят свой вклад в формирование СЭВ, но, по нашему мнению, в период модернизации системы здравоохранения в целом и наркологической службы в частности именно организационные факторы оказывают наибольшее влияние на формирование СЭВ у врачей психиатров-наркологов.

ГЛАВА 4. ВЛИЯНИЕ СЭВ У ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

4.1. Качество жизни, как способ оценки медицинской помощи

Качество жизни (КЖ) – очень широкое и неоднозначно трактуемое понятие. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) определили качество жизни как «способ жизни в результате сочетанного воздействия факторов, влияющих на здоровье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» WHO (1986). Понятие КЖ, безусловно, следует признать теснейшим образом связанным с определением здоровья, (ВОЗ): «Здоровье – состояние полного физического, социального и психического благополучия человека, а не просто отсутствие заболевания» WHO (1986). Связанное со здоровьем качество жизни выступает как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии (Новик А.А., Ионова Т.И., 2004). Несмотря на отсутствие единой дефиниции понятия КЖ, и в России и за её пределами сложилось чёткое представление о составляющих его компонентах (Новик А.А., Ионова Т.И. 2007). Считается, что понятие КЖ объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но коррелирующих друг с другом областей:

- физической (физическое самочувствие);
- функциональной (способность осуществлять активную деятельность);
- эмоциональной (эмоциональное состояние человека);
- социальный статус.

Интересным является тот факт, что наряду с понятием КЖ, некоторые исследователи выделяют понятие «количество жизни» – резервы организма, которые обеспечивают определенную вероятность не заболеть и не умереть в течение конкретного периода времени (Петричко Т.А., 2002). Исследование

качества жизни в медицине позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психическое и социальное функционирование. Оценка качества жизни пациентов позволяет решить такие задачи как определение эффективности известных методов лечения; стратификация пациентов на группы и определение дифференцированной тактики лечения и диагностики, поиск новых методов лечения и реабилитации, направленных на улучшение течения заболевания (Мясоедова Н.А., 2002). Существует большое количество инструментов и методик для объективной оценки качества жизни. Количество инструментов для изучения КЖ постоянно увеличивается. Интернет-база PROQOLID (<http://www.proqolid.org>) содержала информацию о 565 инструментах для исследования качества жизни, в 2009 г. – 647, в 2011 г. – 693, из них 538 могут быть применены при проведении исследований у взрослых. Очевидным является тот факт, что понятие качества жизни тесно связано с качеством оказания медицинской помощи. Конкретное определение дает Федеральный закон от N 323-ФЗ (2011) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым, качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата («РГ» федеральный выпуск №5639, 2011, 23 ноября). Одним из путей формирования партнерства «врач–пациент», а значит и повышения качества медицинской помощи и соответственно качества жизни пациента является повышение мотивации и приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций, формирование партнерских отношений с врачом в лечении, реабилитации и профилактике, их взаимовыгодное сотрудничество.

4.2. Оценка влияния СЭВ у врачей психиатров-наркологов на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью

Согласно результатам нашего исследования врачи-наркологи амбулаторной практики имеют значительно более высокие показатели синдрома «эмоционального выгорания», по сравнению с врачами, работающими в стационарах ($162,2 \pm 45,8$) и ($90,5 \pm 50,3$) балла соответственно. Достоверные различия, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). В структуре СЭВ сформированная фаза «Истощения» свидетельствует о полном «выгорании» и профессиональной дезадаптации. В амбулаторных отделениях у 31,5% врачей фаза «Истощения» сформирована полностью, тогда как в стационаре всего у 4% респондентов. Признаки дезадаптации у врачей-наркологов амбулаторной практики ярче всего выражены в виде симптома «личностная отстраненность (деперсонализация)», который проявляется прежде всего утратой интереса к пациенту. В далеко зашедших случаях «эмоционального выгорания» пассивная утрата интереса к пациенту может смениться активной антигуманистической философией, которая особенно ярко выражается в кулуарных беседах врачей между собой и звучит приблизительно так: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...». В таких случаях «эмоциональное выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с невротоподобными или психопатическими состояниями. Проявления данного симптома у врачей-наркологов в наркологических диспансерах выражено достоверно сильнее, чем в стационаре, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). В амбулаторной службе у (29,8%) респондентов этот симптом является доминирующим в структуре синдрома «эмоционального выгорания». Конечно, не смотря на высокие показатели СЭВ у врачей амбулаторной наркологической службы подобные клинические случаи «эмоционального выгорания» встречаются достаточно редко. Исходя из этого очевидно, что профессиональная дезадаптация врачей психиатров-наркологов в виде синдрома «эмоционального выгорания» не может не сказываться на формировании продуктивного сотрудничества

между врачом и пациентом и вместе с тем качестве жизни пациентов соответственно. Для выявления корреляционных связей качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период клинической ремиссии с уровнем «эмоционального выгорания» лечащего врача психиатра-нарколога в нашем исследовании приняли участие врачи (с их добровольного информированного согласия) амбулаторной практики (1 группа - 3 врача с сформированной и 2 группа – 3 врача с несформированной фазой «Истощения» СЭВ). Каждый врач предоставил для обследования 10 пациентов, с верифицированным по критериям МКБ 10 диагнозом F 10.202 в период клинической ремиссии более 1 года. Все пациенты осмотрены и обследованы автором исследования. В таблице 22 представлены данные выраженности показателей СЭВ врачей психиатров-наркологов принявших участие в исследовании качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

Таблица 18 – СЭВ у врачей психиатров-наркологов 1 и 2 групп

Группы	Фаза «Истощения» СЭВ M±m.	СЭВ (в совокупности всех фаз) M±m.
1 группа	*70,00±7,81	*203,33±19,85
2 группа	21,33±11,06	96,33±19,85

Примечание: *Статистическая значимость различий между 1и 2 группами по фазе «Истощения» СЭВ и по совокупности всех фаз СЭВ, P<0,05 (U-критерий Манна Уитни).

Врачи-наркологи 1 и 2 группы наблюдали пациентов с диагнозом F10.202 более 1 года. На момент оценки качества жизни все пациенты находились в состоянии клинической ремиссии, лекарственной терапии не получали. Диспансерное наблюдение проходило в виде ежемесячного осмотра и рациональной психотерапии. Контакт врача-нарколога с пациентом по продолжительности занимал не менее 15 минут. Качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью оценивалось в состоянии

стабильной (не менее 12 месяцев) ремиссии. Для оценки показателей качества жизни пациентов использовался неспецифический опросник SF-36 (англ. Health status profile – Shot form 36). Проведено обследование 60 пациентов с алкогольной зависимостью в период клинической ремиссии, находящихся на диспансерном наблюдении в НД (наркологический диспансер). Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наблюдавших их врачей психиатров-наркологов:

1 группа: 30 человек (каждый врач обследовал 10 пациентов) наблюдались у врачей-наркологов со сформированной фазой «Истощения» в структуре СЭВ и высокими показателями синдрома в целом.

2 группа: 30 человек (каждый врач обследовал 10 пациентов) наблюдались у врачей-наркологов с не сформированной фазой «Истощения» в структуре СЭВ и высокими показателями синдрома в целом.

Социально-демографические характеристики пациентов влияют на качество жизни в целом, вследствие чего их изучение стало неотъемлемой частью проводимого обследования. Показатели уровня образования и социального положения пациентов представлены в таблицах 19 и 20.

Таблица 19 – Уровень образования обследованных пациентов

Группы	Высшее (n)	Н/высшее (n)	Среднее специальное (n)	Восьмилетнее (n)
1 группа	4	2	16	8
2 группа	3	2	15	10

Примечание: n-количество человек.

Таблица 20. – Социальное положение обследованных пациентов

Социальное положение	1 группа (n)	2 группа (n)
Руководитель предприятия (наемный)	0	0
Руководитель подразделения (наемный)	0	0
Индивидуальный предприниматель	2	0
Служащий	0	1
Квалифицированный рабочий	7	4
Неквалифицированный рабочий	3	5
Преподаватель	1	0
Пенсионер (неработающий)	2	3
Пенсионер (работающий)	2	0
Безработный	13	17

Примечание: n-количество человек.

Из таблиц видно, что группы являются однородными по признаку полученного образования, число лиц с высшим образованием невелико, в среднем образовательный уровень респондентов не высок. Показатели социального статуса также преимущественно невысоки, причем в группах около 50% безработных.

Так как патологическое влечение к алкоголю (ПВА) является основным психопатологическим феноменом в структуре алкогольной зависимости – его оценка является важной составляющей в процессе изучения качества жизни пациентов. Результаты оценки ПВА представлены на диаграмме, рисунок 17.

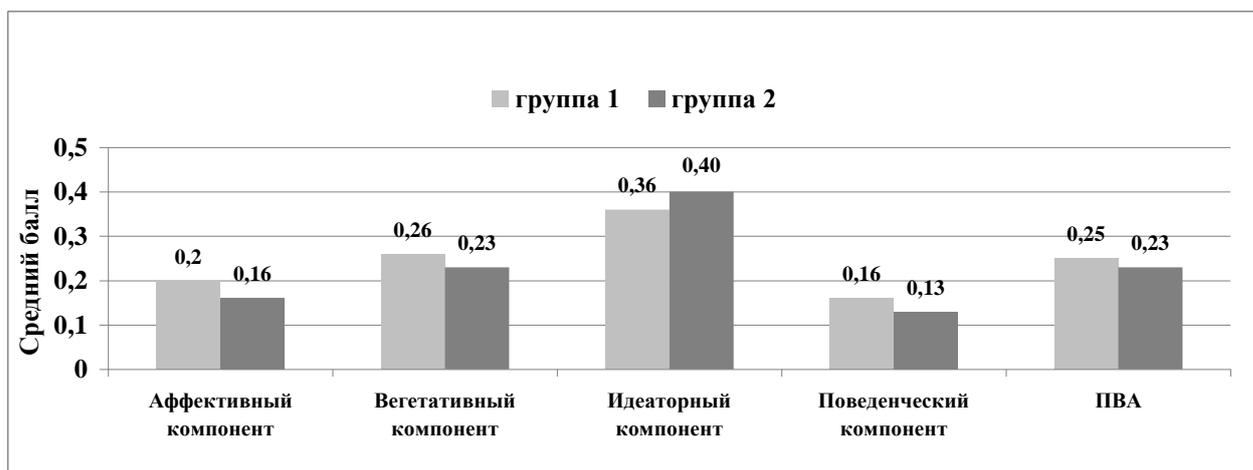


Рисунок 8. Компоненты ПВА у пациентов с алкогольной зависимостью.

Исследование ПВА у пациентов в стадии ремиссии более 1 года показало невысокую выраженность компонентов патологического влечения, а так же отсутствие достоверных различий между 1 и 2 группами пациентов. В обеих группах достоверно более выражен идеаторный компонент ПВА, который включает в себя разнообразные, но характерные для того или иного клинического варианта патологического влечения точки зрения, суждения, убеждения, сомнения, размышления и т.д., в которых выражается степень доминантности этого переживания. У обследованных пациентов чаще всего идеаторный компонент ПВА представлен в виде эпизодически возникающих воспоминаниях об употреблении алкоголя. Так как патологическое влечение к алкоголю в исследуемых группах выражено слабо, можно говорить о том, что ПВА, у обследованных пациентов не оказывает существенного влияния на качество жизни. Оценка качества жизни пациентов проводилась в присутствии автора исследования с использованием неспецифического опросника SF-36. Пациенты заполняли опросник самостоятельно, подписав предварительно добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Результаты представлены в таблицах 21, 22 и на рисунке 9.

Таблица 21 – Показатели качества жизни у пациентов 1 группы

Шкалы опросника SF-36	Баллы (M±m)
1.Физическое функционирование	71,8±31,6
2.Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	60,0±38,6
3.Интенсивность боли	80,7±23,0
4.Общее состояние здоровья	55,5±27,1
5.Жизненная активность	49,0±31,1
6.Социальное функционирование	65,8±28,0
7.Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	47,7±46,8
8.Психическое здоровье	56,2±30,1

Таблица 22 – Показатели качества жизни у пациентов 2 группы

Шкалы опросника SF-36	Баллы (M±m)
1.Физическое функционирование	90,00±12,79
2.Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	83,33±28,11
3.Интенсивность боли	86,00±20,44
4.Общее состояние здоровья	81,16±21,89
5.Жизненная активность	76,66±32,38
6.Социальное функционирование	83,33±23,97
7.Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	83,31±25,91
8.Психическое здоровье	80,00±28,57

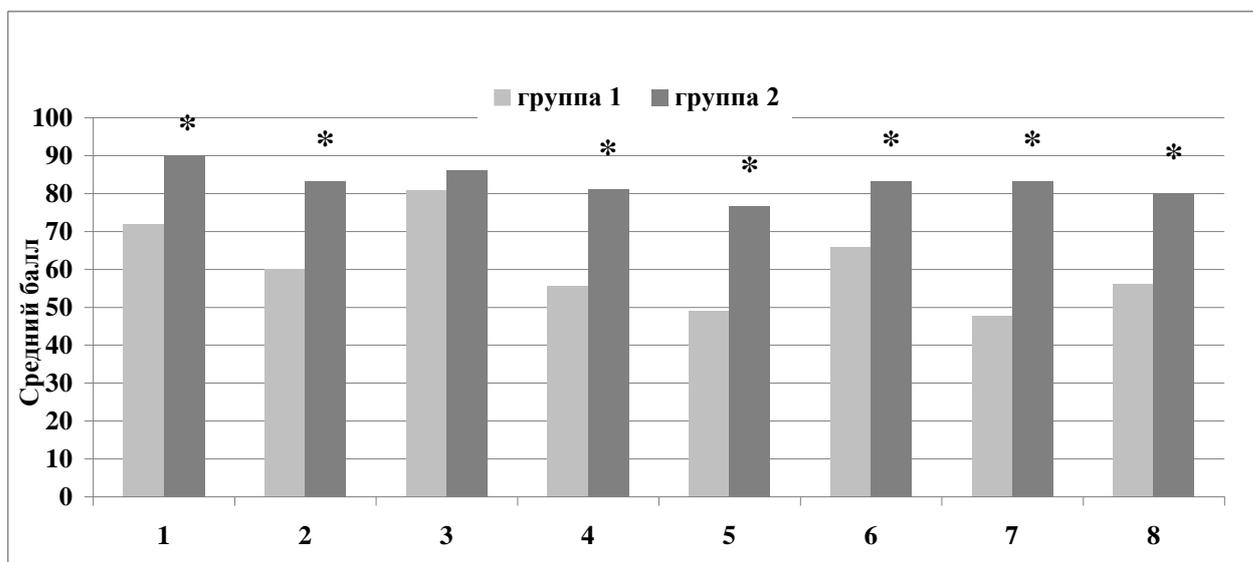


Рисунок 9. Показатели качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью по шкале опросника SF 36.

Примечание: *Статистическая значимость различий между 1и 2 группами пациентов по шкале качества жизни опросника SF-36, $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни).

У пациентов 1 группы, находящихся на диспансерном наблюдении у врачей-наркологов с сформированной фазой «Истощения» уровень качества жизни достоверно $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни) ниже, чем у пациентов 2 группы, которые наблюдались у врачей-наркологов с несформированной фазой. Значительное снижение качества жизни пациентов 1 группы объясняется снижением качества оказания врачом психиатром-наркологом качества наркологической помощи.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Мотивацией к изучению синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов стало проведение реформ в системе здравоохранения в целом и в системе наркологической помощи в частности, которые приводят к интенсификации работы врача. Повышение профессиональной нагрузки с учетом «трудного» контингента наркологических больных, несомненно влияет на потенциал физического и психического здоровья врача психиатра-нарколога и качество оказания им медицинской помощи. Особенно хочется отметить, что повышение качества медицинской помощи является одной из приоритетных целей Национального проекта «Здоровье». В практической деятельности врача психиатра-нарколога становится очевидна взаимосвязь качества медицинской помощи и качества жизни пациентов. В исследовании проведен тщательный анализ структуры и степени выраженности симптомов «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов в стационарах и диспансерах, выявлены «патогенные» факторы и стратегии преодоления стрессовых ситуаций. Впервые установлен факт негативного влияния фазы «Истощения» в структуре синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов диспансеров на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

На предварительном этапе исследования был проведен анализ теоретических и эмпирических научных фактов, связанных с синдромом «эмоционального выгорания». Описаны современные теории, модели, факторы и механизмы развития синдрома. Выявлены малоизученные проблемы «эмоционального выгорания», такие как: оценка преморбидного статуса респондентов с выраженными признаками «выгорания», дифференциальная диагностика с пограничными психическими расстройствами, влияние СЭВ у врачей психиатров-наркологов на качество оказания медицинской помощи и качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

В результате проведенной работы установлена большая выраженность СЭВ в группе врачей психиатров-наркологов за счет фазы «Резистенции», в структуре которой клинические симптомы: «расширение сферы экономии эмоций» и «редукция профессиональных обязанностей» достоверно различаются с контрольными группами $P < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Проявления указанных симптомов выражаются в негативном отношении врача к пациентам, в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. По нашему мнению эти симптомы отражают максимальное напряжение, возникающее в процессе профессиональной деятельности врачей психиатров-наркологов.

В целом синдром «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов амбулаторной службы выражен достоверно сильнее, чем у врачей в стационаре, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). У (31,5%) врачей психиатров-наркологов амбулаторной практики сформирована фаза «Истощения», которая проявляется полной утратой интереса к пациенту. В далеко зашедших случаях «эмоционального выгорания» пассивная утрата интереса к пациенту может смениться активной антигуманистической философией, которая особенно ярко выражается в кулуарных беседах врачей между собой. В таких случаях «эмоциональное выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности, с невротоподобными или психопатическими состояниями.

По результатам исследования установлено, что предпочитаемые стратегии преодоления стрессовых ситуаций у врачей психиатров-наркологов имеют одинаковый профиль. Преобладание просоциальных стратегий преодоления над асоциальными, характерно для всех врачей психиатров-наркологов, не зависимо от стажа работы, специфики профессиональной деятельности и гендерных признаков, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни)

Исследуя факторы, влияющие на формирования СЭВ, нами установлено, что «трудный» контингент больных, низкая оплата труда,

эмоциональная напряженность работы, ощущение «бесперспективности» работы, невозможность профессионального роста, низкий престиж достоверно коррелируют с синдромом «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов, $p < 0,05$ (r-Пирсона).

Достоверно установлено негативное влияние клинических симптомов фазы «Истощения» в структуре синдрома «эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов амбулаторных отделений на качество наркологической помощи и качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью, $p < 0,05$ (U-критерий Манна Уитни). Врач, в силу выраженной клинической симптоматики «эмоционального выгорания», просто не в состоянии оказать качественную наркологическую помощь пациенту, особенно если больной нуждается в проведении психотерапии. Оказание наркологической помощи сводится к заполнению амбулаторных карт и различных отчетов. Именно врач (не медицинское оборудование, не современные лекарственные препараты) является ключевым звеном системы здравоохранения в целом и системы наркологической помощи в частности. Совершенно очевидно, что повышение качества жизни пациентов длительно наблюдающихся (в течение 3 и более лет) в наркологических диспансерах возможно только при высоком потенциале физического и психического здоровья участкового врача психиатра-нарколога. Результатом нашей работы является расширение представлений о СЭВ, что несомненно важно для профилактики и развития клинической картины синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов и как следствие в дальнейшем повышение качества наркологической помощи и качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

ВЫВОДЫ

1. В структуре синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов как стационарных, так и амбулаторных отделений фаза «Резистенции» достоверно более выражена, чем в контрольных группах.

2. Врачи психиатры-наркологи амбулаторных отделений имеют достоверно более высокие показатели выраженности всех симптомов «эмоционального выгорания», в сравнении с врачами психиатрами-наркологами стационаров. Более 30% врачей амбулаторных наркологических отделений имеют сформированную фазу «Истощения» в структуре синдрома «эмоционального выгорания».

3. Такие предрасполагающие организационные факторы как «трудный» контингент наркологических больных, низкая заработная плата, большая профессиональная нагрузка, высокая эмоциональная напряженность работы, ощущение «бесперспективности» работы, выявляют достоверные корреляционные связи с высоким уровнем выраженности симптомов «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов амбулаторных наркологических отделений.

4. Врачи психиатры-наркологи стационаров и амбулаторных наркологических отделений достоверно чаще предпочитают такие просоциальные стратегии поведения, как вступление в социальный контакт и поиск социальной поддержки, которые достоверно превалируют над антисоциальными стратегиями – асоциальные и агрессивные действия.

5. У врачей психиатров-наркологов со сформированной фазой «Истощения» в структуре синдрома «эмоционального выгорания» достоверно больше пациентов с алкогольной зависимостью в период динамического наблюдения в ремиссии и имеют более низкий уровень качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапова М. В. Социально-психологические аспекты социального выгорания и самоактуализация личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Агапова Марина Валентиновна ; Ярослав. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. – Ярославль, 2004. – 22 с.
2. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – 339 с.
3. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : в 2 тт. / Б. Г. Ананьев; Акад. пед. наук СССР ; под ред. А. А. Бодалева, Б. Ф. Ломова. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1 – 229 с.
4. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 3–19.
5. Арутюнов А. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.21; 14.00.13 / Арутюнов Арменак Валерьевич ; Ин-т повышения квалификации федер. упр. "Медбиоэкстрем" при МЗ РФ. – М., 2004. – 27 с.
6. Березовская Л. Г. К вопросу критериев риска развития синдрома «эмоционального выгорания» / Л. Г. Березовская, В. Ю. Слабинский, С. А. Подсадный // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник науч. статей / под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. – Курск: Изд КГУ, 2007. – С. 17–19.
7. Бодагова Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей: автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.01.06 / Бодагова Екатерина Александровна ; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2013 – 24 с.
8. Бодров В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – М. : Изд-во « ПЕР СЭ », 2000. – 352 с.

9. Профессиональная пригодность : субъектно-деятельностный подход / под ред. В. А. Бодрова. – М. : Институт психологии РАН, 2004. – 390 с.
10. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 1: «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению / В. А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 122–133.
11. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – М.: Изд-во «ПЕР СЭ», 2006. – 527 с.
12. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М. : Наука, 1996. – 154 с.
13. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М. : Изд. Дом «Филин», 1996. – 472 с.
14. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб. : Питер, 1999. – 105 с.
15. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – СПб. : Сударыня, 1999. – 29 с.
16. Бойко В. В. Энергия эмоций / В. В. Бойко. – СПб. : Питер, 2004. – 355 с.
17. Вид В. Д. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии / В. Д. Вид, Е. И. Лозинская // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 19–21.
18. Водопьянова Н. Е. Стратегии и модели преодолевающего поведения / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: учебное пособие / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб. : Речь, 2003. С. 311–321.
19. Водопьянова Н. Е. Копинг-стратегии как фактор профессиональной адаптации / Н. Е. Водопьянова, Е. В. Жукина // Психологические проблемы самореализации личности / под ред. Л. А. Корыстилевой. – СПб.: СПбГУ, 2004. – Вып. 8. – С. 242–254.

20. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб. : Питер, 2005. – 336 с.
21. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
22. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика (1933) / П. Б. Ганнушкин // Избранные труды. – М.: Медицина, 1964. – С. 116–252.
23. Геллерштейн С. Г. Психология труда в историческом аспекте / С. Г. Геллерштейн // Вопросы психологии: Материалы Второй Закавказской конференции психологов. – Ереван, 1960. – С. 35–42.
24. Гринберг Д. Управление стрессом. – 7-е изд. / Д. Гринберг. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.
25. Дербенев Д. П. «Синдром психоэмоционального выгорания как профессиональная дезадаптация у врачей» / Д. П. Дербенев, К. А. Эхте, О. В. Крячкова // Материалы IV съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. – Чебоксары, 2010. – С. 219.
26. Дикая Л. Г. Психологическая саморегуляция функционального состояния человека / Л. Г. Дикая. – М.: Институт психологии РАН, 2003. – 318 с.
27. Жукович Е. А. Синдром эмоционального выгорания у студентов 4-6 курсов медико-профилактического факультета / Е. А. Жукович // Актуальные проблемы современной медицины : материалы 62-й Междунар. науч. конф. – Минск, 2008. – Ч. I. – С. 148.
28. Совладающее поведение : Современное состояние и перспективы / под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М. : Институт психологии РАН, 2008. – 474 с.
29. Замбржицкий О. Н. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у студентов-медиков / О. Н. Замбржицкий, М. В. Катковская // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. – Минск, 2009. –

Вып. 13 / Мин-во здравоохранения РБ, Респ. науч.-практ. центр гигиены. – С. 300–303.

30. Игумнов С. А. Проявления синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов Беларуси / С. А. Игумнов, И. А. Дук, В. Н. Склема, М. М. Скугаревская // Медицинский журнал (Минск). – 2008. – № 2. – С. 37–40.

31. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2001. – 752 с.

32. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2005. – 412 с.

33. Информационная деятельность в области укрепления здоровья: Руководство для медицинских работников. – М., 1996. – 68 с.

34. Каннабих Ю. В. Что такое душевные болезни / Ю. В. Каннабих. – М.-Л. : Госиздат, 1928. – 102 с.

35. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 тт. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок: пер. с англ. – М. : Медицина, 1994. – Т.2. – 523с.

36. Касл С. В. Эпидемиологический подход к изучению стресса в труде / С. В. Касл // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития (хрестоматия) / сост. : А. Б. Леонова, О. Н. Чернышова. – М. : Радикс, 1995. – С. 144–178.

37. Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий / О. В. Кербиков // Избранные труды. – М. : Медицина, 1971. – С. 163–187.

38. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 370 с.

39. Китаев-Смык Л. А. Стресс и психологическая экология / Л. А. Китаев-Смык // Природа. – 1989. – № 7. – С. 98–105.

40. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Академический проект, 2009. – 943 с.

41. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е. А. Климов. – М. : Издательский центр «Академия», 2007. – 304 с.
42. Клищевская М. В. Профессионально-важные качества врача как необходимые и достаточные условия прогнозирования успешной деятельности / М. В. Клищевская, Г. Н. Солнцева // Вестник МГУ. – Сер. 14 : Психология. – 1999. – № 4. – С. 134–138.
43. Крапивина О. В. Синдром эмоционального сгорания у пенитенциарных служащих / О. В. Крапивина, В. Н. Косырев // Вестник ТГУ (Тамбов). – 2003. – Сер. : Гуманитарные науки. – Вып. 1 (29). – С. 36–47.
44. Куликов Л. В. Психология настроения личности : автореферат дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.11 / Куликов Леонид Васильевич; СПбГУ. – СПб, 1997. – 38 с.
45. Купер К. Л. Организационный стресс. Теории, исследования и практическое применение / К. Л. Купер, Ф. Дж. Дейв М. П. О’Драйсколл : пер. с англ. – Харьков: Изд-во «Гуманитарный центр», 2007. – 336 с.
46. Ларенцова Л. И. Психологические и психопатологические особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей клинического профиля / Л. И. Ларенцова, Л. М. Барденштейн, Н. В. Терехина и др. // Российский медицинский журнал. – 2008. – № 6. – С. 32–35.
47. Ларенцова Л. И. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты / Л. И. Ларенцова, Л. М. Барденштейн. – М.: Мед. книга, 2009. – 142 с.
48. Леонова А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник МГУ. – 2000. – Сер. 14 : Психология. – № 3. – С. 4–21.
49. Леонова А. Б. Методы субъективной оценки функциональных состояний человека / А. Б. Леонова, М. С. Капица // Практикум по инженерной психологии и эргономике / под ред. Ю. К. Стрелкова. – М. : Изд-во «Академия», 2003. – С. 136–166.

50. Леонова А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике коррекции / А. Б. Леонова // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 75–85.

51. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения : пер. с англ. / под общ. ред. В. П. Поздняка. – Киев: Сфера, 2001. – 398 с.

52. Либин А. В. Дифференциальная психология : на пересечении европейских, российских и американских традиций / А. В. Либин. – М. : Смысл, 1999. – 532 с.

53. Лукьянов В. В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ...д-ра мед. наук : 19.00.04; 14.00.15 / Лукьянов Владимир Викторович ; СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2007. – 53 с.

54. Лукьянов В. В. Психодинамический подход к исследованию синдрома выгорания у психиатров-наркологов / В. В. Лукьянов, С. А. Игумнов // Психотерапия и клиническая психология. – 2007. – № 2. – С. 32–33.

55. Лэнг Р. Д. Расколотое «Я» / Р. Д. Лэнг : пер. с англ. – М. : Академия; СПб. : Белый кролик, 1995. – 352 с.

56. Малыгин В. Л. Синдром эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер наркологических учреждений / В. Л. Малыгин, Е. Е. Пахтусова, Д. В. Шевченко, А. Б. Искандирова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2011. – № 5. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

57. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная организация здравоохранения ; пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб. : АДИС, 1994. – 300 с.

58. Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) : методические рекомендации / НИПНИ им. Бехтерева ; сост. : отд. мед. психологии / под ред. А. Е. Личко. – Л., 1980. – 45 с.

59. Монтень М. Опыты : в 3-х кн. / М. Монтель : пер. с франц. – СПб.: Кристалл, Респекс, 1998. – Кн. 3. – С. 184–185.

60. Мясоедова Н. А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях / Н. А. Мясоедова, Э. Б. Тхостова, Ю. Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 1. – С. 52–57.

61. Наенко Н. И. Психическая напряжённость / Н. И. Наенко. – М. : Наука, 1976. – 235 с.

62. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине : учебное пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.

63. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – 2-е изд. / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

64. Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения / Р. Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 5–9.

65. Орел В. Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90–101.

66. Орел В. Е. Синдром психического «выгорания» личности / В. Е. Орел. – М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2005. – 330 с.

67. Орел В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.11 / Орел Валерий Емельянович; Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль, 2005. – 51 с.

68. Орел В. Е. Синдром выгорания в современной психологии: состояние, проблемы, перспективы / В. Е. Орел // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных

профессий : коллективная монография / под ред. В .В. Лукьянова, Н. Е. Водопьяновой, В. Е. Орла и др. – Курск : Курск. гос. ун-т., 2008. – С. 54–80.

69. Петленко В. П. Основы валеологии : в 3-х кн. – Киев : Олимпийская литература, 1998-1999. – Книга третья. – 433 с.

70. Петричко Т. А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений артериальной гипертонии путем модификации факторов риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.05 / Петричко Татьяна Алексеевна ; [Дальневост. гос. мед. ун-т]. – Хабаровск, 2002. – 21 с.

71. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград : Издатель, 2001. – 96 с.

72. Плоткин Ф. Б. «Синдром эмоционального выгорания» у врачей наркологов: фантом или клиническая реальность? / Ф. Б. Плоткин // Наркология. – 2011. – № 6. – С. 89–103.

73. Полунина Н. В. Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений, её эффективность и влияние на состояние здоровья врачей / Н.В. Полунина, Е. И. Нестеренко Д. И. Федоров, В. В. Мадьянова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 4. – С. 3–8.

74. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. (Первый доклад экспертов ВОЗ, МОГ, ВНОК) // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – Т. 9, № 3. – С. 5–30.

75. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – 608 с.

76. Пушкова Э. С. Качество жизни пожилых. Опыт Санкт-Петербургской гериатрической службы / Э. С. Пушкова // Мир медицины : электрон. науч. журнал. – 1999. – № 9. – С. 1–3. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medi.ru/doc/8590915.htm>

77. Рукавишников А. А. Опросник психического выгорания для учителей : руководство / А. А. Рукавишников. – Ярославль : НПЦ Психодиагностика, 2001. – 14 с.

78. Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03, 19.00.05 / Рукавишников Александр Александрович ; Ярославский гос. ун-т. – Ярославль, 2001. 23 с.

79. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье : пер. с англ. – М.: Медгиз, 1960. – 255 с.

80. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье : пер. с англ. – М. : Прогресс, 1982. – 128 с.

81. Селье Г. Некоторые аспекты учения о стрессе / Г. Селье // Хрестоматия по психологии : учебное пособие для студентов педагогических институтов / под ред. А. В. Петровского. – М. : Просвещение, 1977. – С. 305–310.

82. Сидоров П. И. Синдром эмоционального выгорания / П. И. Сидоров // Мед. газета. – 2005. – № 43.

83. Сикорский И. А. Основы теоретической и клинической психиатрии / И. А. Сикорский. – Киев : Типография С.В. Кульженко, 1910. – 689 с.

84. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.

85. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, профилактика и терапия / М. М. Скугаревская // Медицинский журнал (БГМУ, Минск). – 2003. – № 1. – С. 89–95.

86. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18, 19.00.04 / Скугаревская Марина Михайловна; Белорус. гос. мед. ин-т. – Минск, 2003. – 20 с.

87. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова ; Курск. гос. ун-т. – Курск, 2008. – 336 с.

88. Сугако Ю. В. «Синдром эмоционального выгорания» у студентов гомельского медицинского университета / Ю. В. Сугако, Т. П. Крупская // Проблемы и перспективы развития современной медицины : Сборник научных статей I республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых, Гомель, 26-27 марта 2009 г. – Гомель : ГомГМУ, 2009. – С. 72–73.

89. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний (основные термины и понятия) / под ред. акад. РАМН Р. Г. Оганова и чл.-корр. РАМН А. И. Вялкова. – М., 2000. – 19 с.

90. Фёдорова Т. Г. Социологическое исследование особенностей трудовой деятельности врачей Северо-Западного региона России / Т. Г. Фёдорова, А. С. Нехорошев, Г. Н. Котова // Гигиена и санитария. – 2003. – № 3. – С. 24–27.

91. .Федеральный закон от 21.11. 2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская Газета. – 2011. – Федеральный выпуск № 5639. – 23 ноября.

92. Форманюк Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» учителя / Т. В. Форманюк // Вопросы психологии. –1994. – № 6. – С. 57–63.

93. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди : пер. с венгерского ; под ред. М. В. Коркиной. – Будапешт: Изд-во Акад. мед. наук Венгрии, 1974. – 286с.

94. Чередниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшуллер // Вопросы наркологии. – 2008. – № 2. – С. 74–78.

95. Чехов А. П. Ионыч // Полное собрание сочинений и писем в тридцати томах. Сочинения в восемнадцати томах. Том десятый : 1896–1903. – М. : Наука, 1986. – С. 24–41.

96. Чехов А. П. «Палата № 6» // Полное собрание сочинений и писем в тридцати томах. Сочинения в восемнадцати томах. Том восьмой : 1892–1896. – М. : Наука, 1986. – С. 72–126.

97. Шапиро И. А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.06 / Шапиро, Ирина Анатольевна ; ГНЦ профилактической медицины МЗ РФ. – М., 2002. – 45 с.

98. Юдина Е. Г. Профессиональное сознание педагога: опыт постановки проблемы в современном образовании / Е. Г. Юдина // Психологическая наука и образование. – 2001. – № 1. – С. 89–100.

99. Юрьева Л. Н. Распространенность синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-психиатров и причины его формирования / Л. Н. Юрьева // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 23–25.

100. Якушкин Н. В. Проявление синдрома эмоционального выгорания в различных профессиях / Н. В. Якушкин, Е. В. Мартынова // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: Материалы научн.-практ. конф., г. Гродно, 30 мая 2008 г. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – С. 107–109.

101. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма / Г. М. Энтин. – М.: Медицина, 1990. – 416 с.

102. Bennet L. Quality of life in health care professionals: Burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care / L. Bennet, M. Kelaher, M. W. Ross // Psychology and Health. – 1994. – Vol. 9 (4). – P. 273–283.

103. Bibeau G., Dussault G., Lauroche L. et al. Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout [Some cultural diagnostic juridical aspects of burnout]. Montréal : Confédération des Syndicats Nationaux, 1989. – Цит. по :

Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research / ed. by W .B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington : Taylor and Francis, 1993.

104. Brill P. L. The need for an operational definition of burnout / P. L. Brill // Family & Community Health. – 1984. – Vol. 6(4). – P. 12–24.

105. Burisch M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout / M. Burish // Professional burnout: recent developments in theory and research / ed. by W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington : Taylor and Francis, 1993. – P. 75–93.

106. Burish M. Approaches to personally inventory construction / M. Burish // American Psychologist. – 1984. – Vol. 39(3). – P. 214–227.

107. Burke R. J. A longitudinal study of psychological burnout in teachers / R. J. Burke, E. Greengaiass // Human Relations. – 1995. – Vol. 48(2). – P. 187–202.

108. Burke R. J. Correlates of psychological burnout phases among police officers / R. J. Burke, G. Deszca // Human Relations. – 1986. – Vol. 39. – P. 487–501.

109. Burke R. J. Stress, burnout and health / R. J. Burke, A. M. Richardsen // Handbook of Stress, Medicine and Health / ed. by C. Cooper. – London : CRC Press, 1996. – P. 101–117

110. Buunk B. P. Social comparison and professional burnout / B. P. Buunk, W. B. Schaufeli // Journal of Personality & Social Psychology. – 1992. – Vol. 59. – P. 1238–1249.

111. Byrne B. M. Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers / B. M. Byrne // American Educational Research Journal. – 1994. – Vol. 31(3). – P. 645–673.

112. Cancer Pain Relief. – Geneva : World Health Organization, 1986. – 76 p.

113. Cherniss C. Long-term consequences of burnout : An exploratory study / C. Cherniss // *Journal of Organizational Behavior*. – 1992. – Vol. 13(1). – P. 1–11.
114. Cherniss C. The role of professional self efficacy in the etiology and amelioration of burnout / C. Cherniss // *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* / ed. by W .B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington : Taylor and Francis, 1993. – P. 135–149.
115. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services / C. Cherniss. – Beverly Hills CA: Sage, 1980. – 227 p.
116. Crane M. Why burn-out doctors get sued more often / M. Crane // *Medical Economics*. – 1988. – Vol. 75(10). – P. 210–212.
117. Edelwich J. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions / J. Edelwich, A. Brodsky. – New York : Human Sciences Press 1980. – 255 p.
118. Farber B. F. The process and dimension of burnout in psychotherapists / B. F. Farber, L .K. Heifetz // *Professional Psychology*. – 1982. – Vol. 13. – P.293–301.
119. Farber B. F. Stress and burnout in suburban teachers / B. F. Farber // *J. of Educational Research*. – 1984. – Vol. 77. – P. 325–331.
120. Felton J. S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers / J. S. Felton // *Occupational Medicine*. – 1998. – Vol. 48. – P. 237–250.
121. Freudenberger H. J. Burnout: The High Cost of High Achievement / H. J. Freudenberger, G. Richelson. – NY : Anchor Press, 1980. – 214 p.
122. Freudenberger H. J. Staff burnout / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues*. – 1974. – Vol. 30(1). – P. 159–165.
123. Freudenberger H. J. Staff burn-out / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues*. – 1994. – Vol. 30. – P. 159–165.
124. Gibson S. Occupational stress in social work / S. Gibson, A. McGrath, N. Reid // *British J. of Social Work*. – 1984. – Vol. 19 (1). – P. 1–18.

125. Harrison D. H. A social competence model of burnout// Stress and burnout in the human service professions / D. H. Harrison / Stress and Burnout in the Human Service Professions / ed. by B. Farber/ – New York : Pergamon, 1983. – P. 29–39.
126. Hobfoll S. E. Personal relationships, personal attitudes, and stress resistance: mother's reactions to the child's illness / S. E. Hobfoll, M. Lerman // American Journal of Community Psychology. – 1989. – Vol. 1(4). – P. 565–589.
127. Holloway F. Support systems. 1. Introduction / F. Holloway, G. Szmukler, J. Carson // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 226–235.
128. Hughes P. H. Resident physician substance use in the United States / P. H. Hughes // JAMA. – 1991. – Vol.265. – P. 46–58.
129. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence / S. Kahill // Canadian Journal of Counseling Review. – 1988. – Vol. 22(3). – P. 310–342.
130. Klinger E. Consequences of commitment to and disengagement from incentives / E. Klinger // Psychological Review. – 1975. – Vol. 82. – P. 1–25.
131. Kondo K. Burnout syndrome / K. Kondo // Asian Medical Journal. – 2001. – Vol. 34(11). – P. 49–57.
132. Lavanco G. Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily / G. Lavanco // Psychological Reports. – 1997. – Vol. 81(2). – P. 523–528.
133. Lazarus R. S. Stress, Appraisal, and Coping / R. S. Lazarus, S. Folkman. – New York : Springer Publ. Co., 1984. – 456 p.
134. Leithwood K. School restructuring, transformational leadership and amelioration of teacher burnout / K. Leithwood, T. Menzies, D. Jantzi, J. Leithwood // Anxiety, Stress and Coping : An International Journal. – 1996. – Vol. 9 (3). – P. 199–215.
135. Marguis S. Death of the nursed: Burnout of the Provider / S. Marguis // Omega Journal of Death and Dying. – 1993. – Vol. 27(1). – P. 17–33.

136. Maslach C. Burned-out / C. Maslach // *Human Behavior*. – 1976. – Vol. 5. – P. 16–22.
137. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective // *Professional Burnout: Recent Developments in the Theory and Research* / ed. by W. B. Schaufeli, Cr. Maslach and T. Marek. – Washington D.C. : Taylor & Francis, 1993. – P. 19–32.
138. Maslach C. Maslach Burnout Inventory Manual. – 2nd ed. / C. Maslach, S. E. Jackson. – Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1981. – 19 p. ; Maslach C. Maslach Burnout Inventory Manual. – 3rd ed. / C. Maslach, S. E. Jackson, M. P. Leiter. – Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996. – 52 p.
139. Maslach C. Prevention of burnout: New perspectives / C. Maslach, J. Goldberg // *Applied and Preventive Psychology*. – 1998. – Vol. 7. – P. 63–74.
140. Maslach C. The role of sex and family variables in burnout / C. Maslach, S. E. Jackson // *Sex Roles*. – 1985. – Vol. 12. – P. 41–48.
141. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon / C. Maslach // *Job Stress and Burnout* / ed. by W. S. Paine. – Beverly Hills : Sage, 1982. – P. 29–40.
142. Maslach C. Job Burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeii, M. P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.
143. Maslach C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S. E. Jackson // *Journal of Organizational Behavior*. – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113.
144. McGrath A. Occupational stress in nursing / A. McGrath, N. Reid. J. Boore // *International Journal of Nursing Studies*. – 1989. – Vol. 26(4). – P. 343–358.
145. McQueen D. V. Social factors in the etiology of chronic disease / D. V. McQueen, J. Siegrist // *Social Science & Medicine*. – 1982. – Vol. 16. – P. 353–365.
146. Melchior M. E. W. Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings / M. E. W. Melchior, A. A. van den Berge, R.

Halfens, H. H. Abu-Saad // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1997. – Vol. 32(3). – P. 158–164.

147. Olkinuora M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians / M. Olkinuora, S. Asp, J. Juntunen. et al. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1990. – Vol. 25. – P. 81–86.

148. Onyett S. Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams / S. Onyett, T. Pillinger, M. Muijen // *Journal of Mental Health (UK)*. – 1997. – Vol. 6(1). – P. 55–66.

149. Paine W. S. The burnout syndrome / W. S. Paine // *The Burnout Syndrome: Current research, theory, interventions* / ed. by J. W. Jones. – London : House Press, 1982. – P. 1–29.

150. Perlman B. «Burnout»: summary and future and research / B. Perlman, E. A. Hartman // *J. Human Relations*. – 1982. – Vol. 14(5). – P. 153–161.

151. Pines A. Burnout an existential perspective / A. Pines // *Professional Burnout : Recent Developments in Theory and Research* / ed. by W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – Washington : Taylor and Francis, 1993. – P. 35–51.

152. Pines A. *Career Burnout: Causes and Cures* / A. Pines, E. Aronson. – New York : Free Press, 1988. – 257 p.

153. Pines A. Helpers motivation and the burnout syndrome / A. Pines // *Basic Processes in Helping Relationships* / ed. by T. H. Wills. – New York : Academic Press, 1982. – P. 453–475.

154. Pradham M. Gender differences in type A behavior patterns : Burnout relationship in medical professionals / M. Pradham, N. Misra // *Psychological Studies*. – 1996. – Vol. 4 (12). – P. 4–9.

155. PROQOLID, the Patient-Reported Outcome and Quality Of Life. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.academia.edu/4304054/Patient-Reported_Outcome_and_Quality_of_Life_Instruments_Database_PROQOLID_Frequently_asked_questions

156. Schaufeli W. B. Burnout and reciprocity: Towards a dual level social exchange model / W. B. Schaufeli, D. Dierendonck, K. Gorp // *Work & Stress*. – 1996. – Vol. 10(3). – P. 225–237.
157. Schaufeli W. B. Measurement of burnout : A review / W. B. Schaufeli, D. Enzmann, N. Girault / *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* / ed. by W. B. Schaufeli, C Maslach, T. Marek. – Washington, D.C. : Taylor & Francis, 1993. – P. 199–215.
158. Schaufeli W. B. The construct validity of two burnout measures / W. B. Schaufeli, D. van Dierendonck // *Journal of Organizational Behavior*. – 1993. – Vol. 14. – P. 631–647.
159. Soderfeldt M. Burnout in social work / M. Soderfeldt, B. Soderfeldt, L. E. Wag // *Social Work*. – 1995. – Vol. 40(5). – P. 638–646.
160. Stokols D. Toward a psychological theory of alienation / D. Stokols // *Psychological Review*. – 1975. – Vol. 82. – P. 26–44.
161. Taylor S. E. Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts / S. E. Taylor, M. Lobel // *Psychological Review*. – 1989. – Vol. 96. – P. 569–575.
162. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers / P. I. Thornton // *Journal of Psychology*. – 1992. – Vol. 126(3). – P. 261–271.
163. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses / C. van Wijk // *Military Medicine*. – 1998. – Vol. 162(10). – P. 707–710.
164. Westman M. Effects of a respite from work on burnout : Vacation relief and fade-out / M. Westman, D. Eden // *Journal of Applied Physiology*. – 1997. – Vol. 82(4). – P. 516–527.
165. Wills T. A. Similarity and self-esteem in downward comparison / T. A. Wills // *Social Comparison : Contemporary Theory and Research* / ed. by J. Suls, T. A. Wills. – New York : Lawrence Erlbaum Associates, 1991. – P. 25–35.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Таблица 1. Стаж работы врачей-наркологов	33
Таблица 2. Стаж работы врачей-наркологов в стационаре	33
Таблица 3. Стаж работы врачей-наркологов в амбулатории	33
Таблица 4. Возраст врачей-наркологов	34
Таблица 5. Возраст врачей-наркологов в стационарном отделении	34
Таблица 6. Возраст врачей-наркологов в амбулаторном отделении	34
Таблица 7. Стаж работы врачей-педиатров	35
Таблица 8. Возраст врачей-педиатров	36
Таблица 9. Стаж работы респондентов в группе не врачи	36
Таблица 10. Возраст респондентов в группе не врачи	37
Таблица 11. Фазы СЭВ в основной и контрольной группах	41
Таблица 12. Симптомы СЭВ в основной и контрольной группах	42
Таблица 13. СЭВ у врачей-наркологов в подгруппах стаж работы	44
Рисунок 1. Фазы СЭВ у врачей психиатров -наркологов	47
Рисунок 2. Симптомы СЭВ у врачей психиатров-наркологов в подгруппе стаж работы 1-5 лет	52
Рисунок 3. Симптомы СЭВ у врачей психиатров-наркологов в подгруппе стаж работы 5-10 лет	52
Рисунок 4. Симптомы СЭВ у врачей психиатров-наркологов в подгруппе стаж работы более 10 лет	52
Таблица 14. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов	53
Рисунок 5. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов в подгруппе стаж работы 1-5 лет	54
Рисунок 6. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов в подгруппе стаж работы 5-10 лет	54
Рисунок 7. Симптомы «ПВ» у врачей психиатров-наркологов в подгруппе стаж работы более 10 лет	55
Таблица 15. Факторы СЭВ (стационарное отделение)	63
Таблица 16. Факторы СЭВ (амбулаторное отделение)	64

Таблица 17. Корреляционные связи патогенных факторов и СЭВ у врачей психиатров-наркологов в амбулаторном отделении	65
Таблица 18.СЭВ у врачей психиатров-наркологов 1 и 2 групп	70
Таблица 19.Уровень образования обследованных пациентов	71
Таблица 20.Социальное положение обследованных пациентов	72
Рисунок 8. Компоненты ПВА у пациентов с алкогольной зависимостью	73
Таблица 21.Показатели качества жизни у пациентов 1-ой группы	74
Таблица 22.Показатели качества жизни у пациентов 2-ой группы	74
Рисунок 9.Показатели качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью	75

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко

Порядок работы

Испытуемым предлагается ответить «ДА» если утверждение верно или «НЕТ», если утверждение неверно по отношению к ним и поставьте знак (V) в графу на бланке ответов рядом с номером, соответствующим номеру утверждения. Выдается бланк для ответов и опросник с инструкцией.

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, качественно, медленнее).

5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения - хорошего или плохого.

6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.

7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.

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 партнерами требует от меня большого напряжения.

14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.

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 деловым партнером.

19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.

20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, 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 мне кажется 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 меньше уделять ему 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.Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36.При мысли 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 в 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) хуже, чем обычно.

43.Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

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 психологические 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 удается беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

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 которым я работаю, очень трудный.

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я 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 со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали 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: скорей бы рабочий день кончился.

69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.

70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий 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) в общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется 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 профессионала - обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Ключ к методике Бойко В.В.

«НАПРЯЖЕНИЕ»

Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(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)

«РЕЗИСТЕНЦИЯ»

Неадекватное эмоциональное избирательное 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)

«ИСТОЩЕНИЕ»

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), +72(2), +83(10)

Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2),
+36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Приложение 2

Методика ПВ - «Профессиональное выгорание» [20]

Порядок работы.

Испытуемым предлагается оценить по 6-балльной шкале частоту возникновения у них чувств и переживаний, связанных с выполнением профессиональной деятельности. Выдается бланк для ответов и опросник с инструкцией.

1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным (ой).
2. К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.
3. Я чувствую себя усталым (ой), когда встаю утром и должен (должна) идти на работу.
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты (клиенты), и использую это для более успешной работы с ними.
5. Я общаюсь с моими пациентами (клиентами) только формально, без лишних эмоций, и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.
6. Я чувствую себя энергичным (ой), эмоционально приподнятым (ой).
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с пациентами (клиентами) и их родственниками.
8. Я чувствую угнетенность и апатию.
9. Я могу позитивно влиять на настроение пациентов (клиентов), стимулировать своим настроением их выздоровление.
10. В последнее время я стал (а) более черствым (ой), бесчувственным (ой) по отношению к пациентам (клиентам).
11. Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.
12. У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление.
13. Я испытываю всё больше разочарований.
14. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко всему, что радовало меня раньше.

15. Бывает, что мне действительно безразлично, что происходит с некоторыми моими пациентами (клиентами).
16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и ото всех.
17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях между моими коллегами и по отношению к моим пациентам (клиентам).
18. Я одинаково ровно общаюсь с пациентами (клиентами) и их родственниками независимо от их социального статуса и характера
19. Я многое успеваю сделать за день.
20. Я чувствую себя на пределе возможностей.
21. Я много еще смогу достичь в этой жизни.
22. Мои клиенты, как правило – неблагодарные люди

Ключ опросника «ПВ»

Субшкала	Номер утверждения	Сумма баллов Максимальная
Эмоциональное истощение	1, 2, 3, 6*, 8 13, 14, 16, 20	54
Деперсонализация	5,10, 11, 15, 22	30
Редукция персональных достижений	4, 7, 9, 12,17,18,19,21	48

Примечания: * «Обратный» вопрос, который считается в обратном порядке, т.е. ответ «ежедневно» соответствует нулевому значению

Методика «Уровень невротизации и психопатизации»

Порядок работы.

Испытуемым предлагается ответить «ДА» если утверждение верно или «НЕТ», если утверждение неверно по отношению к ним и поставьте знак (V) в графу на бланке ответов рядом с номером, соответствующим номеру утверждения. Выдается бланк для ответов и опросник с инструкцией.

1. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ползание мурашек, онемение.
2. Всю свою жизнь я строго слеую принципам, основанным на чувстве долга.
3. Я редко задыхаюсь и у меня не бывает сильных сердцебиений.
4. Мне часто хотелось бы быть женщиной (если вы женщина: я довольна тем, что я женщина, а не мужчина).
5. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
6. Страх перед мышами у меня отсутствует.
7. Голова у меня болит часто.
8. Бывали случаи, когда мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь, например, в магазине.
9. Временами мне хочется выругаться.
10. Кое-кто рад бы мне навредить.
11. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.
12. Бывало, что в школе меня вызывали к директору за озорство.
13. Сейчас я себя чувствую лучше, чем когда-либо.
14. Я стараюсь запомнить всякие интересные истории, чтобы потом рассказывать их другим.
15. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
16. О любви я читаю с удовольствием.
17. У меня бывали периоды, когда из-за волнений я терял сон.
18. Иногда я говорю неправду.

19. Обычно работа стоит мне большого напряжения.
20. Я придерживаюсь принципов нравственности и морали более строго, чем большинство других людей.
21. Иногда я бываю так возбужден, что это даже мешает мне заснуть.
22. Я хотел бы быть автогонщиком.
23. Большую часть времени я вполне доволен жизнью.
24. Я злоупотреблял спиртными напитками.
25. У меня гораздо меньше всяких опасений и страхов, чем у моих знакомых.
26. Я мало пугаюсь, когда вижу змей.
27. Бывает, что я отвечаю на письма с опозданием.
28. Я всегда был равнодушен к игре в куклы.
29. Мне бы хотелось встречаться часто вне работы со своими знакомыми и друзьями.
30. Мне часто кажется, что у меня комок в горле.
31. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
32. Я люблю читать научно-популярные журналы по технике.
33. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
34. Плохое настроение у меня быстро проходит, потому что всегда находится что-нибудь интересное, что меня отвлекает.
35. Я мало устаю.
36. Бывает, что я сержусь.
37. Я верю в будущее.
38. Нужно очень много доказательств, чтобы убедить людей в какой-нибудь истине.
39. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
40. В школе я часто прогуливал уроки.
41. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
42. Я считаю, что детей следовало бы ознакомить со всеми вопросами половой жизни.
43. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.

44. Охота мне нравится.
45. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
46. Как правило, отметки за поведение в школе у меня были неважными.
47. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
48. Временами я бываю полон энергии.
49. У меня мало уверенности в себе.
50. Временами я был вынужден обходиться резко с людьми, которые вели себя грубо или назойливо.
51. Я вполне уверен в себе.
52. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по каким-либо причинам остается без наказания.
53. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
54. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
55. Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
56. Уверен, что за моей спиной обо мне говорят.
57. Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
58. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
59. Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.
60. Я опасаясь пользоваться ножом или другими острыми, или колющими предметами.
61. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
62. Временами я ощущаю странные запахи.
63. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
64. Я люблю собирать цветы и выращивать комнатные растения.
65. Мое зрение осталось таким же, как и было в последнее время.
66. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.

67. Я верю в конечное торжество справедливости.
68. Меня ужасно задевает, когда меня ругают или критикуют.
69. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.
70. У некоторых членов моей семьи есть привычки, которые меня раздражают.
71. Я люблю ходить на танцы.
72. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
73. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.
74. Бывает, что я испытываю ненависть к членам моей семьи, которых я обычно люблю.
75. Мой желудок сильно беспокоит меня.
76. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы им посочувствовали и помогли.
77. Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
78. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как прежде.
79. Часто я и сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.
80. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что у меня это плохо получается.
81. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
82. Почти все мои родственники относятся ко мне доброжелательно.
83. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно что-то случиться страшное.
84. Зачастую мои поступки неправильно истолковываются.
85. Если бы мне дали такую возможность, я мог бы успешно руководить людьми.
86. Я думаю, что мне понравилось бы охотиться на хищных, зверей.
87. Боли в сердце или груди у меня бывают редко (или не бывают совсем).
88. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение самому себе или кому-нибудь другому.

89. В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.

90. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка вызывает у меня смех.

Диагностические коэффициенты теста УНП по шкале невротизации.

Обработка и интерпретация результатов.

Опросник включает три шкалы: невротизации, психопатизации и неискренности (лжи). Нечетные вопросы относятся к шкале невротизации (40 вопросов), четные - к шкале психопатизации (также 40 вопросов).

Шкала неискренности включает вопросы №№ 9, 18, 27, 36, 45, 54, 63, 72, 81, 90, то есть каждое девятое утверждение (всего 10 вопросов). При обработке теста производится алгебраическое суммирование по каждой шкале диагностических коэффициентов

Вопрос №	Мужчины		Женщины		Вопрос №	Мужчины		Женщины	
	Да	Нет	Да	Нет		Да	Нет	Да	Нет
1	-5	2	-4	3	47	-3	2	-2	2
3	3	-4	3	-3	49	-2	2	-2	3
5	-2	2	-2	4	51	5	-3	2	0
7	-4	1	-4	2	53	-5	2	-2	1
11	-5	1	-4	2	55	-3	2	-2	2
13	9	-1	7	-1	57	-4	0	-4	1
15	-12	1	-4	1	59	-1	2	-1	4
17	-3	6	-1	3	61	1	-1	2	-3
19	-1	1	-3	4	65	1	-3	2	-2
21	-1	4	-1	4	67	1	-3	1	-3
23	6	-2	7	-2	69	-1	2	-2	3
25	6	-2	2	-1	71	3	-1	3	-2
29	1	-3	2	-4	73	-3	3	-1	1
31	-1	2	-2	3	75	-8	1	-3	1
33	-4	3	-2	2	77	-3	2	-1	2
35	8	-2	3	-1	79	-2	2	-1	2
37	1	-4	1	-4	83	-4	1	-3	1

39	-3	3	-1	3	85	4	-1	5	-1
41	-2	3	-1	4	87	1	-1	0	-1
43	-1	3	-1	4	89	-2	2	-2	2

Диагностические коэффициенты теста УНП по шкале психопатизации.

Вопрос №	Мужчины		Женщины		Вопрос №	Мужчины		Женщины	
	Да	Нет	Да	Нет		Да	Нет	Да	Нет
2	-2	4	-1	4	46	-2	1	-4	1
4	-10	0	1	0	48	1	-4	1	-2
6	-1	3	-2	1	50	0	-3	-1	5
8	-9	0	-10	0	52	-1	2	1	-3
10	-2	2	-2	2	56	-1	2	-1	2
12	-2	1	-4	1	58	0	1	-1	1
14	1	-4	2	-4	60	-5	1	0	0
16	0	-1	0	-5	62	-3	1	-1	0
20	2	-1	-1	2	64	1	0	1	-1
22	-1	1	-2	1	66	-1	2	-1	4
24	-3	1	0	0	68	1	-1	1	-2
26	0	0	-3	2	70	-1	1	-1	2
28	0	0	-1	0	74	0	1	-1	1
30	-2	0	-3	1	76	-2	2	2	-2
32	0	1	-2	1	78	1	-2	1	-3
34	-1	3	2	-3	80	0	0	2	-5
38	1	-4	0	-2	82	1	-2	1	-1
40	-2	1	-3	0	84	-2	1	-2	2
42	-2	2	-1	0	86	-1	1	-1	0
44	-1	1	-10	0	88	-5	1	-1	0

Методика SACS Хобфолла – «Стратегии преодоления».

Порядок работы. Испытуемым предлагается оценить по 5-балльной шкале особенности своего поведения в сложных (стрессовых) ситуациях. Выдается бланк для ответов и опросник с инструкцией.

1. В любых сложных ситуациях вы не сдаётесь.
2. Вы объединяетесь с другими людьми, чтобы вместе разрешить ситуацию.
3. Вы советуетесь с друзьями или близкими о том, что бы они сделали, оказавшись в вашем положении.
4. Вы всегда очень тщательно взвешиваете возможные варианты решений (лучше быть осторожным, чем подвергать себя риску).
5. Вы полагаетесь на свою интуицию.
6. Как правило, вы откладываете решение возникшей проблемы в надежде, что она разрешится сама через некоторое время.
7. Вы стараетесь держать все под контролем, хотя и не показываете этого другим.
8. Вы полагаете, что иногда необходимо действовать столь быстро и решительно, чтобы застать других врасплох.
9. Решая неприятные проблемы, выходите из себя и можете «наломать дров».
10. Когда кто-либо из близких поступает с вами несправедливо, Вы пытаетесь вести себя так, чтобы они не почувствовали, что вы расстроены или обижены.
11. Вы стараетесь помочь другим при решении ваших общих проблем.
12. Вы не стесняетесь при необходимости обращаться к другим людям за помощью или поддержкой.
13. Без необходимости не «выкладываетесь» полностью, предпочитая экономить свои силы.
14. Вы часто удивляетесь, что наиболее правильным является то решение, которое первым пришло в голову.

15. Иногда предпочитаете заняться чем угодно, лишь бы забыть о неприятном деле, которое нужно делать.
16. Для достижения своих целей вам часто приходится «подыгрывать» другим или подстраиваться под других людей (несколько «кривить душой»).
17. В определенных ситуациях вы ставите свои личные интересы превыше всего, даже если это пойдет во вред другим.
18. Как правило, препятствия для решения ваших проблем или достижения желаемого сильно выводят вас из себя, можно сказать, что они просто бесят вас.
19. Вы считаете, что в сложной ситуации лучше действовать самому, чем ждать, когда ее будут решать другие.
20. Находясь в трудной ситуации, вы раздумываете о том, как поступили бы в этом случае другие люди.
21. В трудные минуты для вас очень важна эмоциональная поддержка близких людей.
22. Считаете, что во всех случаях лучше «семь и более раз отмерить, прежде чем отрезать».
23. Вы часто проигрываете из-за того, что не полагаетесь на свои предчувствия.
24. Вы не тратите свою энергию на разрешение того, что, возможно, само по себе рассеется.
25. Позволяете другим людям думать, что они могут повлиять на вас, но на самом деле вы - крепкий орешек и никому не позволяете манипулировать собой.
26. Считаете, что полезно демонстрировать свою власть и превосходство для укрепления собственного авторитета.
27. Вас можно назвать вспыльчивым человеком.
28. Вам бывает достаточно трудно ответить отказом на чьи-либо требования или просьбы.

29. Вы полагаете, что в критических ситуациях лучше действовать сообща с другими.
30. Вы считаете, что на душе может стать легче, если поделиться с другими своими переживаниями.
31. Ничего не принимаете на веру, так как полагаете, что в любой ситуации могут быть «подводные камни».
32. Ваша интуиция вас никогда не подводит.
33. В конфликтной ситуации убеждаете себя и других, что проблема «не стоит и выеденного яйца»
34. Иногда вам приходится немного манипулировать людьми (решать свои проблемы, используя других людей, не учитывая их интересы).
35. Бывает очень выгодно поставить другого человека в неловкое и зависимое положение.
36. Вы считаете, что лучше решительно и быстро дать отпор тем, кто не согласен с вашим мнением, чем «тянуть кота за хвост».
37. Вы легко и спокойно можете защитить себя от несправедливых действий со стороны других, в случае необходимости сказать «нет» в ситуации эмоционального давления.
38. Вы считаете, что общение с другими людьми обогатило ваш жизненный опыт.
39. Вы полагаете, что поддержка других людей очень помогает Вам в трудных ситуациях.
40. В трудных ситуациях вы долго готовитесь и предпочитаете сначала успокоиться, а потом уже действовать.
41. В сложных ситуациях лучше следовать первому импульсу, чем долго взвешивать возможные варианты.
42. По возможности избегаете решительных действий, требующих большой напряженности и ответственности за последствия.
43. Для достижения заветных целей не грех иногда немного слукавить.

44. В трудной ситуации вы ищете слабости других людей и используете их с выгодой.

45. Грубость и глупость других людей часто приводят вас ярость (выводят вас из себя).

46. Вы испытываете неловкость, когда вас хвалят или говорят комплименты.

47. Считаете, что совместные усилия с другими принесут больше пользы в любых ситуациях (при решении любых задач)

48. Вы уверены, что в трудных ситуациях вы всегда найдете понимание и сочувствие со стороны близких людей.

49. Вы полагаете, что во всех случаях нужно следовать принципу «тише едешь, дальше будешь».

50. Действие под влиянием первого порыва всегда хуже, чем трезвый расчет.

51. В конфликтных ситуациях предпочитаете найти какие-либо важные и неотложные дела, позволяя другим заняться решением проблемы или надеясь, что время все расставит на свои места.

52. Вы полагаете, что хитростью можно добиться порою больше, чем действуя напрямую.

53. Цель оправдывает средство.

54. В значимых и конфликтных ситуациях вы бываете агрессивным.

«КЛЮЧ» SACS

Субшкала	Номера утверждений
Ассертивные действия	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
Вступление в социальный контакт	2, 11, 20, 29, 38, 47
Поиск социальной поддержки	3, 12, 21, 30, 39, 48
Осторожные действия	4, 13, 22, 31, 40, 49
Импульсивные действия	5, 14, 23, 32, 41, 50 *
Избегание	6, 15, 24, 33, 42, 51
Непрямые действия	7, 16, 25, 34, 43, 52
Асоциальные действия	8, 17, 26, 35, 44, 53
Агрессивные действия	9, 18, 27, 36, 45, 54

Примечания: * «Обратный» вопрос, который считается в обратном порядке.

Неспецифический опросник качества жизни SF-36

Ответьте, пожалуйста, на вопросы, касающиеся состояния Вашего здоровья

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

- Отличное 1
- Очень хорошее..... 2
- Хорошее 3
- Посредственное 4
- Плохое 5

2. Как Вы оцениваете свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад..... 1
- Несколько лучше, чем год назад 2
- Примерно так же, как год назад..... 3
- Несколько хуже, чем год назад..... 4
- Гораздо хуже, чем год назад 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3
4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:			
(обведите одну цифру в каждой строке)			

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешало 1
 Немного 2
 Умеренно 3

Сильно 4
Очень сильно 5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а) 1
Очень слабую 2
Слабую 3
Умеренную 4
Сильную 5
Очень сильную 6

8.В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешала 1
Немного 2
Умеренно 3
Сильно 4
Очень сильно 5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям (обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6

Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

- Все время 1
 Большую часть времени 2
 Иногда..... 3
 Редко..... 4

Ни разу.....5

11.Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Опре- деленно верно	В основ- ном верно	Не знаю	В основ- ном не- верно	Опреде- ленно неверно
А. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г.У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3

ние (RE)			
Психологическое здоровье (МН)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – производится обратный счет значений.

Формула вычисления значений: $[(\text{реальное значение показателя}) - (\text{минимально возможное значение показателя})] : (\text{возможный диапазон значений}) \times 100$.

Приложение 6

Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом по Альтшуллеру В.Б.

Компоненты и симптомы патологического влечения к алкоголю (ПВА)		Баллы
АФФЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ		
Субдепрессивное состояние	а) пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость.	1
	б) избегает общения из-за отсутствия интереса; жалобы на скуку, однообразии жизни; избегает всякой деятельности; медлительность, вялость; фиксация на жизненных невзгодах и понесенных обидах.	2
	в) подавленность, жалобы на плохое настроение, безразличие к окружающему, утрата эмоциональных контактов, нежелание чем-либо заниматься; стремление к залеживанию в постели; перестает следить за собой, становится неряшливым.	3
Тревога	а) озабоченность по различным конкретным поводам.	1
	б) мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего, неуверенность в собственных силах.	2
	в) напряженное ожидание надвигающегося срыва; ощущение беспомощности; не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив.	3
Эмоциональная лабильность	а) слезы и омраченность только при обсуждении неприятных для больного вопросов; перепады настроения незначительны и непродолжительны.	1
	б) взволнованность и слезы в течение всей беседы и некоторое время после нее.	2
	в) обидчивость, капризность, слезливость в течение всего дня.	3
Дисфория	а) недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение.	1
	б) напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности.	2
	в) подавленность, напряженность, взрывчатость, агрессивность.	3

ВЕГЕТАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ		
Алкогольные сновидения, нарушения сна	а) спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой; могут быть трудности при его воспроизведении.	1
	б) яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление; оживление мимических реакций при воспроизведении содержания сна.	2
	в) поверхностный сон, частые просыпания; яркие будоражащие алкогольные сновидения.	3
Мимические реакции	а) нет.	0
	б) есть.	1
Изменения аппетита	а) неустойчивость аппетита.	1
	б) стойкое снижение или повышение аппетита.	2
	в) анорексия, булимия, жажда.	3

ИДЕАТОРНЫЙ КОМПОНЕНТ		
Симптоматика, отражающая отношение к алкоголю:	а) эпизодически появляющиеся мысли (воспоминания) о спиртном.	1
	б) частые возвращения к мыслям о спиртном.	2
	в) постоянные размышления о спиртном.	3
Симптоматика, отражающая отношение к болезни и лечению:	а) формальная критика болезни, сомнения в необходимости лечения.	1
	б) частичная критика болезни, мнение о нецелесообразности дальнейшего лечения.	2
	в) отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности и бессмысленности лечения.	3

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ		
Смакование алкогольной тематики в беседах:	а) гиперактивность и хлопотливость в попытках отвлечься от мыслей о спиртном; просьбы о дополнительном лечении; горячность, показной пафос в осуждении пьянства, несобранность, забывчивость, непоседливость.	1
	б) стремление уклониться от лечения; недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы; изменение круга общения (общение с больными, не настроенными на лечение); неустойчивость и непоследовательность в повседневных делах; суетливость, рассеянность; не сразу включается в беседу; медленно осмысливает вопросы; с трудом переключается на другие темы.	2
	в) враждебность, оппозиция к лицам, навязывающим трезвость; «эксперименты» с алкоголем; обращения с жалобами на тягу к спиртному; стремление немедленно выписаться.	3

Приложение 7

Форма «Индивидуальной карты исследования врача психиатра-нарколога, врача-педиатра, респондента несоциально-экономических профессий

Индивидуальная карта исследования № _____

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения (возраст) _____ 3. Пол _____

4. Место работы _____

5. Стаж работы по данной специальности _____

6. Должность _____

7. Семейное положение (дети) _____

8. Соматические заболевания _____

9. Наследственная отягощенность _____

10. Зависимость от психоактивных веществ _____

11. Индивидуальные особенности личности _____

12. Уровень «эмоционального выгорания» по Бойко В.В. [12]

Симптомы «эмоционального выгорания»	Баллы
«НАПРЯЖЕНИЕ»	
1. Переживание психотравмирующих обстоятельств:	
2. Неудовлетворенность собой:	
3. " Загнанность в клетку":	
4. Тревога и депрессия:	
«РЕЗИСТЕНЦИЯ»	
1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование:	
2. Эмоционально-нравственная дезориентация:	
3. Расширение сферы экономии эмоций:	
4. Редукция профессиональных обязанностей:	
«ИСТОЩЕНИЕ»	
1. Эмоциональный дефицит:	
2. Эмоциональная отстраненность:	
3. Личностная отстраненность (деперсонализация):	
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения:	

13. Уровни выгорания по шкале «Профессиональное выгорание» [20].

Субшкала	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Эмоционально истощение	0-15	16-24	25 и больше
Значение респондента			
Деперсонализация	0-5	6-10	11 и больше
Значение респондента			
Редукция личных достижений	37 и более	36-31	30 и меньше
Значение респондента			

14. Уровень невротизации по шкале УНП.

Высокий уровень невротизации менее (-10) баллов.	
Низкий уровень невротизации более (+10) баллов.	
Неопределенный диагноз от -10 до +10 баллов.	
По шкале лжи: результаты теста считаются недостоверными, если показатель по данной шкале больше или равен 5.	

15. Уровень психопатизации по шкале УНП.

Высокий уровень психопатизации менее (-5) баллов.	
Низкий уровень психопатизации более (+5) баллов.	
Неопределенный диагноз от -5 до +5 баллов.	
По шкале лжи: результаты теста считаются недостоверными, если показатель по данной шкале больше или равен 5.	

16. Показатели стратегий преодоления по шкале SACS Хобфолла.[127]

№	Стратегии преодоления	Модель поведения (действия)	Степень выраженности преодолевающих моделей		
			Низкая	Средняя	Высокая
1	Активная	Ассертивные действия			
2	Просоциальная	Вступление в социальный контакт			
3	Просоциальная	Поиск социальной поддержки			
4	Пассивная	Осторожные действия			
5	Прямая	Импульсивные			

		действия			
6	Пассивная	Избегание			
7	Непрямая	Манипулятивные действия			
8	Асоциальная	Асоциальные действия			
9	Асоциальная	Агрессивные действия			

17. Индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

18. Примечания

Приложение 8

Форма «Индивидуальной карты исследования пациента с алкогольной зависимостью»

Индивидуальная карта обследования №

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения (возраст) _____ 3. Пол _____

4. Социальное положение _____

5. Образование _____

6. Инвалидность _____

7. Зависимость от ПАВ _____

8. Клиническая ремиссия _____

9. Выраженность синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА)

Компоненты синдрома патологического влечения к алкоголю	Баллы
Аффективный компонент	
Вегетативный компонент	
Идеаторный компонент	
Поведенческий компонент	
Общий балл ПАВ	

10. Показатели качества жизни

Шкалы опросника SF-36	Баллы
1. Физическое функционирование	
2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	
3. Интенсивность боли	
4. Общее состояние здоровья	
5. Жизненная активность	
6. Социальное функционирование	
7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	
8. Психическое здоровье	

Приложение 9

Оригинальная анкета для выявления неблагоприятных факторов, способствующих формированию СЭВ.

Если утверждение верно, поставьте знак (V) в графу "Согласен"

Если утверждение неверно, поставьте знак (V) в графу "Не согласен"

Если Вы не можете сказать верно или неверно утверждение, поставьте знак (V) в графу "Не знаю"

Неблагоприятным фактором, вызывающим отрицательные переживания и препятствующим качественной профессиональной деятельности является:

Утверждение	Согласен (3 балла)	Не знаю (2 балла)	Не согласен (1 балл)
1. Низкая оплата труда			
2. Низкий престиж Вашей профессии			
3. Напряженные отношения в коллективе			
4. «Трудный» контингент больных			
5. Ощущение «бесперспективности» работы			
6. Невозможность профессионального роста			
7. Высокая эмоциональная напряженность работы			
8. Большая профессиональная нагрузка			
9. Неудовлетворенность результатами лечения			
10. Проблемы с собственным здоровьем			

Клинический пример

Анамнез: Врач психиатр-нарколог А. (мужчина) 42 года. Анамнез собран со слов респондента. Из данных анамнеза известно, что родился от первой беременности в срок (на 40-й неделе), роды через естественные родовые пути. Раннее развитие без особенностей. Перенес детские болезни. С 3-х летнего возраста посещал ДДУ. Отмечались сложности в поведении – конфликтные ситуации со сверстниками и воспитателями. Физическое и психическое развитие соответствовало возрасту. Воспитывался в полной семье: мать учитель начальных классов, отец врач-психиатр областной психиатрической больницы. Мать часто баловала и проявляла гиперопеку. Воспитывался по большей части матерью в атмосфере вседозволенности, отличался капризностью, обидчивостью, эгоистичностью. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо, особый интерес в старших классах проявлял к естественным предметам химии и биологии. С 10 летнего возраста мечтал пойти «по стопам отца» и стать врачом. Отмечает, что всегда хотел помогать людям. С подросткового возраста готовился к поступлению в медицинский институт, читал много научно-популярной литературы, в том числе и по психологии. Интересовался домашней медицинской библиотекой. Окончил 10 классов общеобразовательной школы. После окончания школы в 1988 г. поступил в медицинское училище на фельдшерское отделение. Закончив медицинское училище с отличием, в 1992 г. с первого раза поступил на педиатрический факультет Российского государственного медицинского университета им.Н.И. Пирогова. С 1-го курса активно участвовал в заседаниях студенческого научного кружка по психиатрии. Интересовался проблемами зависимости от ПАВ. Выступал с докладами по различным темам современной психиатрии. Во время обучения подрабатывал медбратом в Детской психиатрической больнице №6. На 5 курсе медицинского университета с отличием сдал экзамен по психиатрии на базе Детской психиатрической больницы №6. По окончании РГМУ им.Н.И. Пирогова в

1998 г. поступил в клиническую ординатуру по психиатрии в НЦПЗ РАМН, которую успешно закончил. В ординатуре проявил интерес к пограничным психическим расстройствам. Начал писать диссертацию по психиатрии на тему «психопатий», но не закончил в связи с высокой занятостью. После ординатуры вступил в брак и завел ребенка (мальчик 2001 года рождения). В 2005 году закончил клиническую ординатуру по психиатрии-наркологии в НИЦН Минздрава РФ, после окончания которой пришел на работу в наркологический диспансер №10 Зеленоградского АО г.Москвы, где работает по настоящее время в должности участкового врача психиатра-нарколога. Отмечает, что негативное отношение к работе и пациентам начало формироваться на первом году работы в наркологическом диспансере и далее только усиливалось. По словам испытуемого огромный объем бумажной работы и большой поток пациентов для периодических осмотров способствовал окончательному разочарованию в выбранном месте работы. В настоящее время желает сменить место работы, в связи с чем находится в активном поиске. Предпочтение отдает частной наркологической практике. Перспектив работы в государственной системе здравоохранения не видит. Отмечает, что профессиональное развитие в качестве врача психиатра-нарколога в наркологическом диспансере крайне затруднено в связи с небольшим объемом пациентов, которые обращаются за наркологической помощью. Ощущение бесперспективности работы в диспансере и отсутствие профессионального и карьерного роста считает одним из главных факторов предрасполагающих «эмоциональному выгоранию».

Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, вен. заболевания, ВИЧ отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. За последние 6 месяцев за пределы Москвы и МО не выезжал, манипуляции, связанные с целостностью кожных покровов и слизистых не проводились. Прививочный анамнез не известен. Курит до 1 пачки сигарет в день. Эпизодически употребляет алкоголь, других психоактивных веществ не принимает.

Соматический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы сухие, бледные, чистые. Лицо бледно-розового цвета, пастозное, небритый. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/90 мм рт. ст, пульс 78 ударов в минуту. Язык влажный, с белесоватым налетом по краям. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Периферических отеков нет.

Неврологический статус: Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки S=D. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Менингеальных знаков, парезов и параличей нет, патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет уверенно. Тремора нет.

Психический статус: Охотно откликнулся на предложение принять участие в исследовании синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов. Отмечает наличие выраженной симптоматики синдрома в виде отрицательного отношения к пациентам, ощущения отсутствия перспектив в профессиональном плане, чувство безысходности. Со слов респондента разочарован выбранной профессией, но «что-то менять уже поздно». Предъявляет жалобы на участвовавшие случаи злоупотребления алкоголем. Предпочитает употреблять спиртное в одиночестве, не считает что алкоголь становится проблемой. Употребление спиртных напитков не чаще 2-3 раз месяц, со слов испытуемого в умеренных количествах. Прием наркотиков и других психоактивных веществ отрицает. Внешне опрятный. Держится несколько скованно. Мимика живая. Взгляд в сторону не отводит. Ориентирован в месте времени и собственной личности полностью правильно. Продуктивной психопатологической симптоматики, обманов восприятия не обнаружено. Суицидальных мыслей не высказывает. Контакт доступен в полном объеме, на вопросы отвечает по существу, в плане заданного в беседе заинтересован. Внушаем. Склонен к рефлексии и

застреванию на негативных впечатлениях и переживаниях. Память и интеллект представляются сохранными. Внимание адекватное. Фон настроения по ходу беседы устойчивый. Высказывает заинтересованность в проведении исследования по поводу синдрома «эмоционального выгорания». В беседе неоднократно отмечает наличие выраженной симптоматики в виде отрицательного отношения к пациентам. Со слов испытуемого ощущает полное безразличие к пациентам и как следствие ограничивает вербальный контакт с пациентами, состоящими на диспансерном наблюдении. Интерес к работе полностью утерян. Периодически, в кулуарных беседах высказывает открытое негативное отношение к пациентам, родственникам, коллегам по работе, администрации лечебного учреждения. Наблюдение пациентов носит формальный характер. Отмечает, что мысль о работе сама по себе вызывает неприятные переживания и эмоции. За последние 3 года работы участились случаи заболеваний ОРВИ (уходил на «больничный» не реже 1 раза в 3-4 месяца). Отмечает нарастание психосоматической симптоматики в виде нарушения сна, снижении аппетита, неприятных ощущений в области сердца и болезненных переживаний конфликтных ситуаций на работе. На момент участия в исследовании симптоматика «эмоционального выгорания» со слов респондента «зашкаливает».

По методике УНП респондент показал достоверно низкий уровень невротизации и психопатизации.

Высокий уровень невротизации менее (-10) баллов.	
Низкий уровень невротизации более (+10) баллов.	+15
Неопределенный диагноз от -10 до +10 баллов.	
По шкале лжи: результаты теста считаются недостоверными, если показатель по данной шкале больше или равен 5.	2
Высокий уровень психопатизации менее (-5) баллов.	
Низкий уровень психопатизации более (+5) баллов.	+18

Неопределенный диагноз от -5 до +5 баллов.	
По шкале лжи: результаты теста считаются недостоверными, если показатель по данной шкале больше или равен 5.	2

По шкале УНП респондент имеет достоверно низкий уровень невротизации и психопатизации

Уровни выгорания по шкале «Профессиональное выгорание»

Субшкала	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Эмоционально истощение	0-15	16-24	25 и больше
Значение респондента			27
Деперсонализация	0-5	6-10	11 и больше
Значение респондента			13
Редукция личных достижений	37 и более	36-31	30 и меньше
Значение респондента			24

По шкале «Профессиональное выгорание» респондент имеет высокий уровень всех обозначенных симптомов, что подтверждает активные жалобы испытуемого выявленные в результате осмотра и беседы.

По данным оценки «эмоционального выгорания» по методике Бойко В.В. респондент показал следующие значения симптомов и фаз:

Симптомы «эмоционального выгорания»	Баллы
«НАПРЯЖЕНИЕ»	67
1.Переживание психотравмирующих обстоятельств:	15

2. Неудовлетворенность собой:	17
3. " Загнанность в клетку":	18
4. Тревога и депрессия:	17
«РЕЗИСТЕНЦИЯ»	84
1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование:	18
2. Эмоционально-нравственная дезориентация:	17
3. Расширение сферы экономии эмоций:	24
4. Редукция профессиональных обязанностей:	25
«ИСТОЩЕНИЕ»	75
1. Эмоциональный дефицит:	18
2. Эмоциональная отстраненность:	21
3. Личностная отстраненность (деперсонализация):	22
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения:	14

Симптомы «эмоционального выгорания» выявленные по данной методике дают аналогичные результаты с методикой «ПВ». Максимальна выражена в структуре синдрома фаза «РЕЗИСТЕНЦИИ», которая свидетельствует о высоком эмоциональном напряжении на рабочем месте и попытках адаптироваться к сложным условиям профессиональной деятельности. Сформированная фаза «ИСТОЩЕНИЯ» в структуре синдрома означает присутствие признаков профессиональной дезадаптации в виде открытого негативного отношения к пациентам, которое отмечает сам испытуемый.

Показатели стратегий преодоления по шкале SACS Хобфолла.[127]

№	Стратегии преодоления	Модель поведения (действия)	Степень выраженности преодолевающих моделей		
			Низкая	Средняя	Высокая
1	Активная	Ассертивные действия			25

2	Просоциальная	Вступление в социальный контакт			27
3	Просоциальная	Поиск социальной поддержки			28
4	Пассивная	Осторожные действия		19	
5	Прямая	Импульсивные действия	15		
6	Пассивная	Избегание	12		
7	Непрямая	Манипулятивные действия	14		
8	Асоциальная	Асоциальные действия	9		
9	Асоциальная	Агрессивные действия	11		

Просоциальные стратегии: вступление в социальный контакт (2) и поиск социальной поддержки (3) явно преобладают над асоциальными: асоциальные действия (8) и агрессивные действия (9), что в целом согласуется с результатами выявленными в группе врачей психиатров-наркологов. Предпочтение просоциальной модели поведения говорит о значимости социального окружения для преодоления стрессовых ситуаций. Асоциальная модель поведения (тенденция к игнорированию социальных норм, циничность и т.п.) и агрессивная стратегия поведения имеет низкую степень выраженности как и в целом в основной группе врачей психиатров-наркологов.

Неблагоприятные факторы, способствующие формированию СЭВ.

Утверждение	Согласен (3 балла)	Не знаю (2 балла)	Не согласен (1 балл)
1. Низкая оплата труда	V		
2. Низкий престиж Вашей профессии	V		
3. Напряженные отношения в коллективе	V		
4. «Трудный» контингент больных	V		
5. Ощущение «бесперспективности» работы	V		
6. Невозможность профессионального роста	V		
7. Высокая эмоциональная напряженность работы	V		
8. Большая профессиональная нагрузка	V		
9. Неудовлетворенность результатами лечения		V	
10. Проблемы с собственным здоровьем			V

Высокий уровень «эмоционального выгорания», при достоверно низком уровне невротизации и психопатизации по шкале УНП свидетельствует, что жалобы респондента связаны именно с синдромом «эмоционального

выгорания, в основе которого лежит неблагоприятная ситуация связанная с профессиональной деятельностью. Данные по методикам Бойко В.В. и «Профессиональное выгорание» дают аналогичные результаты, что только подтверждает наличие сформированных симптомов «эмоционального выгорания». Предпочитаемые стратегии преодоления стрессовых ситуация имеют профиль, как и в целом в исследуемых группах. Респондент явно предпочитает просоциальные модели поведения: вступление в социальный контакт и поиск социальной поддержки. Неблагоприятные факторы выделены в целом также как в группе врачей психиатров-наркологов амбулаторных отделений (на первом месте стоит низкая заработная плата).

В беседе респондент отмечает ведущую роль организационных факторов, которые явно превалируют над личностными особенностями. Пациенты, состоящие на диспансерном наблюдении у врача психиатра-нарколога А. имеют более низкий уровень качества жизни по сравнению с пациентами, которые наблюдаются у врачей с несформированной фазой «ИСТОЩЕНИЯ» в структуре синдрома «эмоционального выгорания» По результатам проведенного исследования врачу психиатру-наркологу А. даны следующие рекомендации:

1. Оптимизация профессиональной нагрузки: снижение объемов канцелярско-оформительской работы, исключение превышения нормативного числа пациентов, изменение (при необходимости) графика дежурств.
2. Регулярные физические нагрузки (как минимум 3 раза в неделю по 30 минут), которые выполняются легко, с удовольствием: прогулки, плавание, танцы, велосипед, работа в саду, на дачном участке и т.п.
3. Адекватный ночной сон. Рекомендуемая продолжительность сна 7-8 часов в сутки.
4. Рациональное питание, отказ от курения и употребления алкоголя.