

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ

В связи с социальными изменениями и трансформацией рабочей ситуации в последние годы вырос интерес к синдрому эмоционального выгорания. Синдром выгорания представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности (негативизма, цинизма) и снижения удовлетворения исполнением работы. Он рассматривается как результат неудачно разрешенного стресса на рабочем месте. В статье обсуждаются диагностические критерии, методы профилактики и терапии.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, профилактика выгорания, терапия выгорания.

In the light of social change and a transformation in the work situation, interest in the problem of burnout has grown over the past decade. Burnout has been defined as a process of gradual loss of emotional, cognitive, and physical energy that is reflected in symptoms of emotional exhaustion, cognitive weariness, physical fatigue, depersonalisation (negativism/cynicism) and reduced satisfaction in performance. It is regarded as a result of chronic stress (at the workplace) which has not been successfully dealt with. By examining diagnostic criteria and possible therapies, methods of prevention are discussed.

Key words: burnout syndrome, prevention and therapy of burnout

В связи с социально-экономическими изменениями в обществе происходит изменение отношения людей к работе. Люди теряют уверенность в гарантированном рабочем месте, обостряется конкуренция за престижную работу, нарастают явления специализации, механизации. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий – медицинских работников, учителей. Как следствие, растет психическое, эмоциональное напряжение, чаще выявляются нарушения, связанные со стрессом на рабочем месте – тревога, депрессия, синдром эмоционального выгорания, психосоматические и психовегетативные нарушения, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, транквилизаторы и др.) [2, 7, 14].

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – понятие достаточно новое для отечественной психиатрии. СЭВ представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее в результате хронического стресса на работе. Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий системы «человек – человек», где доминирует оказание помощи людям (врачи, медицинские сестры, учителя, социальные работники). СЭВ рассматривается как результат неблагоприятно разрешения стресса на рабочем месте.

В исследовании, проведенном нами среди врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов Республики Беларусь показано, что почти 80% имеют различной степени выраженности признаки СЭВ, 7,8% имеют резко выраженный СЭВ, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям.

Клиническая картина СЭВ многогранна с рядом психопатологических проявлений, психосоматических, соматических расстройств и признаков социальной дисфункции. К психопатологическим проявлениям относят хроническую усталость, потерю энергии, нарушения памяти и внимания (недостаточная точность, дезорганизация), недостаток мотивации и личностные изменения (сниженный интерес, цинизм, агрессивность). Возможно развитие тревожного и депрессивного расстройств, которые могут привести к суициду. Также прослеживается связь между СЭВ и развитием зависимостей от психоактивных веществ. Общими соматическими симптомами являются головная боль, гастроинтестинальные расстройства (симптом раздраженного желудка, диарея), кардиоваскулярные нарушения (тахикардия, аритмия, гипертония). Наблюдаются частые простудные заболевания, возможно обострение хронических болезней: бронхиальной астмы, дерматитов, псориаза и др. К признакам социальной дисфункции можно отнести социальную изоляцию, проблемы в семье, на рабочем месте.

В настоящее время большинство психологов выделяют три ключевых признака этого синдрома — это предельное истощение, чувство личностной отстраненности от клиентов (пациентов, учеников) и от работы, и ощущение неэффективности и недостаточности своих достижений [10].

СЭВ соответствует третьей стадии общего адаптационного синдрома (Г.Селье) – стадии истощения [13]. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах [3]. Но затем наступает истощение — чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. Частыми являются следующие жалобы: «Я чувствую себя как выжатый лимон», «Работа высасывает из меня все силы», «Я словно стораю на работе». После периода отдыха (выходные, отпуск) данные проявления уменьшаются, однако по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию возобновляются. Истощение является основным компонентом СЭВ.

Личностная отстраненность представляет собой межличностный аспект выгорания, его можно охарактеризовать как негативный, бездушный или чрезмерно отдаленный ответ на различные аспекты работы. Сами обследуемые люди, испытывающие выгорание, описывают отстраненность как попытку справиться с эмоциональными стрессорами на работе изменением своего сострадания клиенту (пациенту) через эмоциональное отстранение («удаленный интерес»). Таким образом они защищаются от интенсивных эмоциональных раздражителей, которые могут помешать эффективному выполнению работы. В крайних проявлениях человека почти ничего не волнует из профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика — ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные. Утрачивается интерес к

человеку – субъекту профессиональной деятельности, он воспринимается как неодушевленный предмет, само присутствие которого порой неприятно [1].

Ощущение утраты эффективности (достижений), или чувство некомпетентности можно рассматривать как самооценку в рамках выгорания. Люди не видят перспектив для своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности.

СЭВ также имеет негативное влияние на личную жизнь людей. Это может возникать из-за того, что после эмоционально насыщенного дня, проведенного с клиентами или пациентами, человек испытывает потребность уйти на некоторое время от всех людей, и это желание одиночества обычно реализуется за счет семьи и друзей.

К признакам психической дисфункции, наблюдающимся при СЭВ можно отнести следующие: потеря ясности мышления; трудности концентрации внимания— «маленькие», но важные вещи постоянно забываются или теряются; ухудшение кратковременной памяти; постоянные опоздания несмотря на огромные усилия быть вовремя; увеличение числа ошибок и оговорок; увеличение недоразумений на работе и дома; несчастные случаи и ситуации, близкие к ним [13].

Показано также негативное влияние выгорания на соматическое здоровье. Так, повышаются факторы риска ишемической болезни сердца (т. е. общий холестерин, липопротеины низкой плотности, глюкоза, триглицериды, мочевая кислота и электрокардиографические изменения). Также показано, что у мужчин выгорание предшествовало изменениям содержания холестерина в крови, наблюдавшимся 2-3 года спустя; у женщин же изменения липидов крови (холестерина и триглицеридов) позитивно коррелировали с эмоциональным выгоранием, но негативно с физическим утомлением [11]. При синдроме выгорания также повышается уровень адгезии/агрегации лейкоцитов, что может быть связано с механической обструкцией капилляров [9]. Показано также нарушение регуляции в системе гипоталамус-гипофиз-надпочечники при СЭВ [12].

Социальные последствия СЭВ: ухудшается качество выполнения работы, утрачивается творческий подход к решению задач, увеличивается число конфликтов на работе и дома, часты прогулы, наблюдается переход на другую работу, смена профессии. Растет число профессиональных ошибок. По данным американского здравоохранения, врачи, страдающие СЭВ, подвергаются большему количеству судебных исков и затраты на профессиональную реабилитацию «выгоревшего» врача могут достигать 50 000 долларов [5].

Следует отметить, что люди, испытывающие выгорание, имеют негативное влияние на своих коллег, так как способствуют большему количеству межличностных конфликтов, а также срывают рабочие задания. Таким образом, выгорание может быть «контагиозно» и распространяться через неофициальные взаимодействия на работе [10].

Таким образом, можно выделить пять ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ (S.Kahill):

1. Физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение, расстройства сна и специфические соматические проблемы).
2. Эмоциональные симптомы (раздражительность, тревога, депрессия, чувство вины, ощущение безнадежности).
3. Поведенческие симптомы (агрессивность, черствость, пессимизм, цинизм, зависимости от психоактивных веществ).
4. Симптомы, связанные с работой (прогулы, плохое качество работы, опоздания, злоупотребление рабочими перерывами).
5. Симптомы в межличностных отношениях (формальность отношений, отстраненность от клиентов, коллег, дегуманизация) [8].

Факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания
Ключевым компонентом развития СЭВ является стресс на рабочем месте, несоответствие между личностью и предъявляемыми ей требованиями.

К организационным факторам, способствующим СЭВ, относятся следующие:

- Высокая рабочая нагрузка, недостаток времени для выполнения работы.
- Отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства.
- Недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное.
- Невозможность контроля рабочей ситуации, невозможность влиять на принятие важных решений.
- Двусмысленные, неоднозначные требования к работе.
- Постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование).
- Однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность.
- Нерациональная организация труда и рабочего места (экстремальные температуры, шум, пассивное курение, депривация сна и т. д.).
- Необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным (необходимость быть эмпатичным).
- Отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы [4, 10, 13].

К профессиональным факторам риска относят «помогающие», альтруистические профессии, где сама работа обязывает оказывать помощь людям (врачи, медицинские сестры, социальные работники, психологи, учителя и даже священнослужители). Также предрасполагает к СЭВ и работа с «тяжелыми» клиентами. В медицине это геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты с зависимостями. В последнее время концепция СЭВ расширилась на специальности, где контакт с людьми вообще не характерен (например, программисты). При этом личностная отстраненность воспринимается как негативное отношение к своей работе в целом. Люди, занимающие руководящие, более высокие должности более склонны к развитию СЭВ ввиду повышенной ответственности. Среди работающих в стационаре психиатров выше показатели СЭВ, чем среди работающих в диспансерах.

Не менее важны личностные характеристики как предпосылки развития СЭВ. У женщин выше показатели истощения, у мужчин – негативного отношения к клиентам (пациентам). Женщины более склонны к реагированию на стрессогенные ситуации через психосоматические нарушения, мужчины – через

развитие зависимостей от психоактивных веществ. Защитную роль играет хороший психологический климат в семье.

Среди личностных характеристик наиболее важны следующие:

- Повышенная личностная тревожность (тревога — отрицательно окрашенное переживание внутреннего беспокойства, озабоченности, ощущение неопределенной ожидаемой угрозы, характер и время которой не поддаются предсказанию).
- Пониженная самооценка, склонность к чувству вины.
- Выраженная эмоциональная лабильность.
- Наружный локус контроля (в жизни опираются на случайность, удачу или достижения других людей).
- Пассивные, избегающие стратегии выхода из сложных ситуаций.

Таким образом, несоответствие между личностью, ее способностями противостоять стрессу и требованиями окружающей среды является решающим в развитии СЭВ.

Диагностика и дифференциальная диагностика

В связи с тем, что большинство симптомов СЭВ являются неспецифическими, при диагностике СЭВ необходим интегративный, междисциплинарный подход и хорошая кооперация между пациентом, врачом-терапевтом, психиатром, психологом и др. Для выявления СЭВ необходимо учитывать:

- Наличие симптомов выгорания, нарушений сна, соматических жалоб, их очередность и временные взаимосвязи со значительными жизненными изменениями, конфликтными ситуациями в семье и на работе.
- Предшествующие и имеющиеся заболевания (хронические соматические, инфекционные заболевания), которые могут сопровождаться астеническим симптомокомплексом или осложнять состояние пациента.
- Социальный и профессиональный анамнез (наличие потенциальных стрессогенных факторов, учет возможных негативных влияний на личную и профессиональную жизнь).
- Курение, употребление алкоголя и лекарств (антидепрессантов, транквилизаторов и др.).
- Данные физикального обследования.
- Психический статус, наличие коморбидных психических расстройств.
- Результаты психометрического тестирования (использование опросников для выявления СЭВ).
- Результаты лабораторных анализов (общий анализ крови, тесты на функцию печени, почек, уровень электролитов в крови).
- «стресс-биомониторинг» — при необходимости и возможности выполнения (уровень кортизола (дневной профиль), специальные иммунологические и эндокринологические анализы (клеточный, гуморальный иммунитет, контроль системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники) [14].

Выявление связи состояния пациента с его работой является важным, хотя и достаточно сложным этапом. Профессиональные и непрофессиональные стрессовые факторы часто взаимосвязаны и не могут быть разделены в связи с их биологическими последствиями.

Диагностическим эквивалентом СЭВ в МКБ-10 является Z 73.0 «Выгорание» (burnout), в русской версии в свое время не совсем точно переведенное как

переутомление. [15] Хотя, нозологическая принадлежность СЭВ дискутируется. Некоторые исследователи считают ее эквивалентом диагноз F 43.0 «Расстройство адаптации» (однако, продолжительность нарушений при этом не должна превышать 6 месяцев) или F 48.0 «Неврастения». [6,10] Наблюдаемые разногласия не меняют сущность СЭВ. Важна идентификация проблемы и принятие соответствующих мер.

При осложнении СЭВ тревожным или депрессивным расстройством, соматотормными расстройствами, зависимостями от психоактивных веществ (в том числе алкоголя) данные диагнозы необходимо указывать.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с психическими расстройствами, которые не зависят от влияния экзогенных факторов. Не должны быть забыты хронические соматические заболевания, такие как хронические инфекционные болезни (например, вирусный гепатит), эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, болезнь Аддисона и др.), аутоиммуннопатии, опухоли. Дифференциальный диагноз между СЭВ и синдромом хронической усталости (заболеванием предположительно вирусной природы) затруднен ввиду схожести симптомов. Различие заключается лишь в том, что СЭВ затрагивает преимущественно рабочий аспект, а синдром хронической усталости — все аспекты жизни пациента.

Профилактика и лечение синдрома эмоционального выгорания

Профилактические и лечебные меры при синдроме эмоционального выгорания во многом схожи: то, что защищает от развития данного синдрома, может быть использовано и при терапии уже развившегося эмоционального выгорания. В терапии и профилактике синдрома эмоционального выгорания можно использовать различные подходы: личностно-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения; меры, направленные на изменение рабочего окружения (предупреждение неблагоприятных обстоятельств).

Как показывают исследования, если активно не вмешиваться в развитие синдрома эмоционального выгорания среди персонала, то самопроизвольного улучшения не происходит.

Концепция поведенческих профилактических мер, представленная в психологической литературе, фокусируется на первичной профилактике [14].

Сюда относятся следующие мероприятия:

- улучшение навыков борьбы со стрессом (дебрифинг (обсуждение) после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.);
- обучение техникам релаксации (расслабления) – прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, медитация;
- умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «нет»;
- хобби (спорт, культура, природа);
- попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений;
- фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий). Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически и адекватно ввести в курс дела. Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Еще на этапе обучения профессии желательно давать студентам такие навыки. Примером может служить проведение дебрифинга после критического события, который предполагает возможность выразить свои мысли, чувства, ассоциации, вызванные каким-либо серьезным происшествием. Данный метод широко используется за рубежом в правоохранительных органах. Через обсуждение после травматических воздействий (погони, стрельбы, смерти) профессионалы избавляются от затаенного чувства вины, неадекватных и неэффективных реакций и могут продолжить дежурство. [2, 6] Необходима личностно-ориентированная подготовка врача с акцентом на способность формировать хорошие взаимоотношения с больным как фундамент для использования медицинских знаний и технологий. [2] Врачи должны быть обучены продвинутым навыкам клинического интервью (контакт с «трудными», умирающими больными, сообщение плохих новостей).

Пациентам необходимо давать информацию о стрессовом процессе, о его стадиях: 1 — реакции тревоги, 2 — стадии резистентности и 3 — стадии истощения, о физических симптомах, наблюдающихся при этом и мероприятиях по управлению стрессом.

Кроме этого некоторые авторы относятся к религии как к потенциальному профилактическому фактору. Профессионалы должны участвовать в мероприятиях полностью не связанных с работой. Хобби, занятия спортом позволяют переключиться, отдохнуть от работы [10,13].

Широкое распространение получил метод образования по обучению личности справляться с трудностями на рабочем месте. Но, несмотря на то, что люди могут обучиться новым путям выхода из стрессовых ситуаций, они не могут применить полученные навыки в рабочей обстановке, т.к. их работа требует поведения по специфическому пути, организационная процедура обуславливает время и место, в котором проходит большая часть работы. Сотрудники распределены согласно рабочим функциям, а не личностной совместимости [10].

Стратегии по предотвращению внешних обстоятельств, вызывающих выгорание (комбинация первичной и вторичной профилактики), могут быть разделены на действия по изменению организации и руководства и на мероприятия, проводимые с работниками [14].

Мерами, направленными преимущественно на рабочее окружение, являются:

- создание, поддержание «здорового рабочего окружения» (т. е. временный менеджмент, коммуникативные стили руководства);
- признание результатов работы (похвала, высокая оценка, оплата);
- обучение руководителей («ключевая роль» начальника в предотвращении выгорания). Руководитель должен обеспечить возможность участия сотрудников в принятии важных для них решений. Поддержка со стороны руководства порой даже более важна, чем поддержка со стороны коллег. Воздействовать можно практически на все факторы, способствующие развитию СЭВ.

Личностно-ориентированные стратегии:

- выполнение «тестов на пригодность» перед обучением профессии;
- проведение специальных программ среди групп риска (например, Балинтовские группы для учителей и врачей);

- регулярный профессионально-медицинский, психологический мониторинг.

Следует отметить, что тесты пригодности не очень хороши с социальной точки зрения, так как не дают свободы в выборе профессии.

Балинтовские группы впервые были организованы в Лондоне в середине 50-х годов Михаэлем Балинтом как тренинговые семинары для врачей общей практики. В отличие от традиционного клинического разбора или консилиума акцент в работе балинтовской группы делается не на клиническом анализе ведения данного пациента, а на различных особенностях взаимоотношений врача с пациентом, на реакциях, трудностях, неудачах, которые врачи сами выносят на обсуждение. Группа врачей численностью 8-12 человек встречается несколько раз в месяц (продолжительность встречи 1,5-2 часа) на протяжении нескольких лет. Ведущими данных семинаров являются психологи или психиатры (1-2 человека). Стиль ведения занятий – недирективный. На групповых занятиях можно поделиться своими мыслями и чувствами, пришедшими в голову фантазиями, не имеющими на первый взгляд никакой рациональной связи с предметом изложения. Делается акцент на эмоциональное воздействие пациента на врача. Занятия в балинтовских группах позволяют участникам прояснить стереотипы действий, препятствующие решению проблем, устанавливать более эффективные взаимоотношения с пациентами. В группу лучше не включать участников, находящихся на работе в прямом подчинении. В работе семинара могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, тренинг сензитивности, приемы эмпатического слушания, невербальной коммуникации и др.

При терапии уже развившегося синдрома выгорания можно использовать следующие подходы:

- фармакологическое лечение согласно симптомам, то есть антидепрессанты, транквилизаторы, β -адреноблокаторы, снотворные средства. Фармакологические препараты назначаются в среднетерапевтических дозах. Транквилизаторы или β -адреноблокаторы используются для кратковременного облегчения состояния, но могут быть опасны при длительном применении из-за риска развития зависимости от транквилизаторов и нарушений сердечной проводимости от β -адреноблокаторов. Они не убирают суть проблемы. Антидепрессанты назначаются при наличии депрессии в структуре синдрома и лучше сочетать их назначение с психотерапией;

- психотерапия (когнитивно-бихевиоральные, релаксационные техники, интегративная психотерапия);

- реорганизация рабочего окружения;

- комбинация изменений в рабочем окружении с реабилитацией и переобучением.

Несомненно, что указанные выше профилактические меры также будут эффективны при лечении СЭВ.

В первую очередь необходимо осознание проблемы и принятие ответственности на себя за свою работу, свой профессиональный результат. Необходима мыслительная перестройка: переоценка целей, осознание своих возможностей и своих ограничений, позитивный взгляд на вещи.

К сожалению, в ряде случаев развитие СЭВ заходит очень далеко, наблюдается стойкое негативное отношение к работе, к пациентам, коллегам. В таких

ситуациях необходимым становится изменение места работы, переход на административный вид деятельности, работа, не связанная с людьми.

Литература

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.-1996.
2. Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Обзор современной психиатрии.- 1998.- №1.- с. 39-46.
3. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях. // Психологический журнал. – 2002, том23, №3. – с.85-95.
4. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости.—2002.— №7.— С. 3-9.
5. Crane M. Why burn-out doctors get sued more often.// Medical Economics.- 1988.- vol. 75(10). -P.210-212.
6. Felton J. S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers. // Occupational medicine.-1998. – vol. 48.- p.237- 250.
7. Holloway F., Szmukler G., Carson J. Support systems. 1. Introduction.// Advances in Psychiatric Treatment.- 2000. Vol.6.- p.226-235
8. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the emperical evidence. // Canadian Journal of counseling review. – 1988. – V.22 (3), p.310-342.
9. Lerman Y., Melamed S., Shragin Y. Et al. Asociacion between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation// Psychosomatic Medicine-1999.-vol.61.- p.828-833
10. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout.// Annual Review of Psychology- 2001.- vol.52.- p.397-422.
11. Melamed S., Kushnir T., Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases//1992-Behav Med-18-p.53-60.
12. Pruessner J.C.,Hellhammer D.H., Kirschbaum c. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening.// Psychosomatic Medicine-1999.-vol.61.-p.197-204.
13. Von Oncuil J. ABC of work related disorders: stress at work.// British Medical Journal.- 1996.- vol.313.- p.745-748.
14. Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies?// Occupational medicine.- 2000.-vol.50(7).- p.512-517.
15. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.- Geneva: WHO.- 1992.