ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА 5

1.1 Понятие синдрома эмоционального выгорания в зарубежной и отечественной психологии 5

1.2 Феномен выгорания у медицинских работников 14

1.3 Динамика и психологическая симптоматика синдрома «эмоционального выгорания» 18

ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЯХ 21

2.1 Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников 21

2.2 Подходы к решению проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях 28

2.3 Рекомендации для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников 32

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 40

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 41

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования около 20 лет назад в психологии появилось такое понятие, как "эмоциональное выгорание". Оно стало широко использоваться в лексиконе психиатров, медицинских и социальных психологов. Дело в том, что представители многих профессий, работа которых связана с контактом с людьми, склонны к симптомам усталости и постоянной эмоциональной опустошенности. В основном это касается педагогов, психологов, поскольку их работа связана со сферой таких профессий, как "человек-человек", которые отличаются интенсивностью и накалом психоэмоционального состояния в профессиональной деятельности.

Синдром эмоционального выгорания – это ряд стойких симптомов, которые проявляются в негативных психологических переживаниях, деформации мотиваций и установок, а также ухудшении психофизического самочувствия. Эмоциональное выгорание как проявление несоответствия профессии приводит к снижению трудоспособности и качества трудовой жизни людей.

Изучение синдрома эмоционального выгорания медицинского персонала, особенно сестринского, особенно актуально в период реформ, ведущих к интенсификации профессиональной деятельности. Медицинские сестры обеспечивают эффективность производственной деятельности медицинского учреждения, что возможно только при высоком потенциале их здоровья.

Проблемой эмоционального выгорания в зарубежной литературе занимались К. Маслак, Х. Дж. Фрейденберг, А. М. Ричардсен и др. Отечественные исследователи, рассматривающие это вопрос, такие как В.Е. Орел, В.В. Бойко, Д. Трунов, Т.В. Форманюк и др. Особенности деятельности медицинских работников, а также последствия профессиональных стрессов в медицине рассматривались в работах И. Харди, В.В. Косарева, Г.Ф. Васюкова, Барабановой, Н. Водопьяновой.

Однако проблема выгорания медицинских сестер до сих пор остается актуальной и мало исследованной.

Цель курсовой работы: изучить эмоциональное выгорание у медицинских работников.

Исходя из поставленной цели, были сформулированы задачи курсовой работы:

1. Изучить историю развития проблемы эмоционального выгорания;
2. Рассмотреть синдром «эмоционального выгорания» как проявление профессиональной деформации;
3. Изучить динамику и психологическую симптоматику синдрома «эмоционального выгорания»;
4. Рассмотреть особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников;

5. Изучить подходы к решению проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях;

6. Разработать рекомендации для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников.

Объект курсовой работы: медицинские работники.

Предмет курсовой работы: синдром эмоционального выгорания у медицинских работников.

ГЛАВА 1. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

1.1 Понятие синдрома эмоционального выгорания в зарубежной и отечественной психологии

Человек проводит большую часть своей жизни на работе, особенно в профессиональной деятельности. Характеристики и условия этой деятельности являются важными факторами в развитии его личности. В последнее время во многих публикациях показано, что среди представителей многих профессий типа "человек-человек" эмоциональное выгорание является очень распространенной профессиональной деформацией.

Эмоциональная неудача сама по себе является одним из новейших защитных механизмов, обсуждаемых в психологической литературе, поэтому ее определение несколько расплывчато. Синдром "Эмоционального выгорания" можно считать мультисистемным детерминированным симптомокомплексом, связанным со многими изменениями в поведении, определенными стратегиями совладания и защитными механизмами, а также искажениями в процессе самореализации и саморазвития.

Недавно была изучена психологическая природа эмоционального выгорания. Многие значения этого понятия считаются терминологическими и неоднозначными. Среди всех источников эмоциональное выгорание считается сложным многомерным явлением, что привело к неоднозначности наполнения его многоспектральной природы классификационным и концептуальным содержанием и положением этого явления в системе психологических представлений.

Проблема эмоционального выгорания изучается зарубежными психологами уже более 30 лет. За этот период было опубликовано около трех тысяч публикаций об эмоциональном выгорании, и было отобрано около ста симптомов, связанных с эмоциональным выгоранием. Однако они в значительной степени носят описательный характер и не были подтверждены эмпирическими исследованиями.

Термин "эмоциональное выгорание" был введен американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году для описания психического состояния здорового человека, который тесно общается с клиентом, а пациент находится в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Атмосфера: Первоначально этот термин определялся как состояние истощения, изнеможения и бесполезности.

В.А.Абрамов, И.С.Алексейчук, А.И.Алексейчук определяют эмоциональное выгорание как "психологическое явление негативного характера, которое приводит к эмоциональному истощению"."Другими словами, это явление возникает в те моменты, когда человек долго тратит свою эмоциональную энергию и не имеет времени или возможности ее восполнить."

В некотором смысле, сегодня в психологии, педагогике и социальной литературе существует терминологическая путаница в определении термина "эмоциональное выгорание". Например, К.Маслак считает, что выгорание - это синдром физического и эмоционального истощения, который указывает на то, что профессионалы теряют положительные эмоции, включая развитие низкой самооценки, негативного отношения к работе, а также потерю понимания и симпатии к клиентам. Исследователи полагают, что выгорание - это разновидность эмоционального выгорания, которое возникает в контексте стресса, вызванного межличностными отношениями. В более общем плане это явление считается долговременной стрессовой реакцией или синдромом, возникающим из-за длительного профессионального стресса умеренной интенсивности.

Грубо говоря, большинство исследований показали, что эмоциональное выгорание имеет три взаимосвязанных аспекта: эмоциональную несостоятельность, деперсонализацию и снижение личностных качеств.

Сторонник теории К.Маслак и штатный исследователь Т.В.Рябова подчеркнула: "Эмоциональное истощение - это ключевой компонент, проявляющийся в эмоциональной перегрузке и опустошенности, оно истощает эмоциональные ресурсы человека."

Деперсонализация - это склонность к негативному, бездушному и циничному отношению к другим. В результате возникает цинизм, отчуждение и враждебность по отношению к тем, кто нуждается в работе.

Снижение личной результативности проявляется в снижении чувства компетентности на работе, неудовлетворенности собой, формировании низкой самооценки (профессиональной и личностной) и негативного самосознания на профессиональном уровне.

В этом смысле синдром эмоционального выгорания обозначается понятием "профессиональное выгорание", что позволяет рассматривать это явление с точки зрения профессиональной деформации под влиянием рабочей нагрузки.

В исследовании, конкретно описывающем феномен эмоционального выгорания, можно выделить три основных метода: личный, межличностный и организационный. Каждый существующий метод описывает процесс, посредством которого это явление происходит на отдельном уровне, существующем независимо друг от друга. Это способствует тому, что существует тенденция преувеличивать важность определенных факторов, особенно гиперболическую важность личных факторов или факторов, связанных со стрессом на работе. Вообще говоря, в экзистенциалистском подходе это представляет собой А. Поэтому эмоциональное выгорание, скорее всего, возникает у очень амбициозных социальных работников. А.Лэнгле отметил: «Работа как цель чьего-то существования полностью разочарует его, что может привести к эмоциональному выгоранию. Напротив, поведению сотрудников не хватает истинного смысла». Сторонники межличностного подхода видят причину эмоционального выгорания, вызванного

нескоординированными отношениями между сотрудниками и потребителями. Строго говоря, К.Маслах считает, что первопричиной эмоционального выгорания является напряженность между сотрудниками и субъектами их деятельности. Прямая психологическая опасность таких отношений - это проблема, с которой сталкиваются профессионалы, и в этом виноваты негативные эмоции.

С точки зрения гештальт-терапии, эмоциональное выгорание связано с потерей восприятия эксперта как зрелой личности. В то же время границы "моей правды" исчезли, и наметилась тенденция к созданию системы защиты.

В отличие от методов, упомянутых выше, организационный метод фокусируется на факторах рабочей среды как основной причине эмоционального выгорания. Эти факторы включают в себя широкий спектр областей работы, наиболее важными из которых являются ее частые составляющие, области тесного контакта и отсутствие независимости в работе.

Большое количество исследований в стране и за рубежом подтвердили, что профессиональный стресс является основой эмоционального выгорания. Термин "эмоциональное выгорание" впервые был приписан Дж.Работа Селье всесторонне раскрывает концепцию давления. Психологический стресс имеет множество проявлений, поскольку они определяются характером индивида и условиями общего человеческого опыта. Эмоциональное выгорание - это своего рода стресс. Это отличается от физиологического стресса, который Джи подробно изучил. Селье считал, что эмоциональный сбой вызван факторами угрозы и препятствиями в деятельности и связан с серьезной когнитивной, эмоциональной и коммуникативной перегрузкой, требующей срочного принятия решений и повышенной ответственности за результаты работы.

Большинство исследователей считают, что эмоциональное выгорание - это форма профессиональной деформации личности. Этот стереотип эмоционального восприятия действительности формируется под влиянием многих факторов: внешних и внутренних. К внешним факторам относятся: хронический стресс психоэмоциональной деятельности, нестабильность организации деятельности, повышенная ответственность за исполнительные функции и операции, неблагоприятная атмосфера профессиональной деятельности и психологические "внутренние" проблемы, с которыми могут справиться специалисты по коммуникации.

В научных кругах существует множество различных мнений о причинах и симптомах выгорания, но все ученые сходятся во мнении, что основная причина выгорания – это человеческое взаимодействие и напряжение в системе человек-человек. По мнению Т.В. Форманюка, эмоциональное выгорание «может перерасти в профессиональное выгорание - глобальное деструктивное явление, которое распространяется на всю профессиональную деятельность человека», что недопустимо для педагогической деятельности. Следовательно, на данном этапе развития общества поддержание психического здоровья учителей является крайне актуальной задачей.

Резюмирование работ отечественных исследователей синдрома эмоционального выгорания (В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, В.А. Орел, Т.И. Ронгинская, Т.В.Форманюк, Л.Н. Юрьева и др.), а также зарубежных авторов, изучавших данное явление (Х. Фройденбергер, Х. Маслах и др.), позволили условно выделить несколько этапов в истории восприятия эмоционального выгорания как психического явления.

Первый этап начался в 1974 году, когда Х. Фриденбергер ввел термин «staffburn-out» (профессиональное выгорание), который характеризовал психологическое состояние работников вспомогательных профессий после длительного и интенсивного контакта с клиентами. Поэтому иногда эмоциональное истощение еще называют синдромом служебных профессий, ссылаясь на явление, которое произошло в штате"...в котором человек выбирает, как правило, подсознательно, работу, связанную с оказанием помощи, с учетом собственных слабостей " пациента внутри себя...".

Затем был подробно описан феномен "эмоционального истощения", что привело к его синдрому. Б. Пелман и Э. Хартман, обобщая многие определения "выгорания", определили три его основных компонента: эмоциональное или физическое выгорание, деперсонализация и снижение производительности труда.

В то же время важна социально-психологическая направленность изучения феномена эмоционального выгорания. В 1978 году началась разработка социально-психологического направления по изучению феномена эмоционального выгорания. Социальный психолог К. Маслак и ее коллеги, изучающие взаимодействие людей в ситуационном контексте, выделили такие ситуационные факторы эмоционального выгорания, как: большое количество клиентов, наличие негативных отзывов клиентов, нехватка личных ресурсов для преодоления стресса.

Вторым этапом изучения эмоционального выгорания, связанным с достижениями философии, медицины, психологии и кибернетики, стал системный подход, основанный на систематическом описании эмоционального выгорания и интеграции предыдущих данных благодаря системному принципу.

В начале 80-х годов начался этап исследования и изучения феномена выгорания с точки зрения его оценки, были разработаны анкеты и методология исследования выгорания в рамках индустриальной и организационной психологии. В 1982 г. К. Маслак опубликовала методику измерения выгорания MBI (Maslach Burnout Inventory). Непосредственно шкала измерения этого метода испытаний стала наиболее популярным инструментом для измерения выгорания в эмпирических исследованиях. С тех пор эмоциональное выгорание понимается как форма производственного стресса, связанного с такими факторами, как удовлетворенность работой, организационная культура и текучесть кадров.

Можно отметить, что индустриально-организационный подход объединил клинико-психологическое направление изучения феномена

эмоционального истощения, и изучение этого феномена приобрело на Западе почти массовый характер.

А. Пайнс и Э. Аронсон, сторонники однофакторной модели эмоционального выгорания, рассматривают это явление как состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, возникающее после длительного периода пребывания в сложных эмоциональных ситуациях. Согласно модели, представленной учеными, эмоциональное истощение угрожает представителям любой профессии.

Непосредственно профессор Б. Шауфелли из Утрехтского университета (Нидерланды) рассмотрел эмоциональное истощение как двумерную конструкцию и представил научному сообществу двухфакторную модель эмоционального истощения, состоящую из эмоционального истощения и деперсонализации. Как отметил Б. Шауфелли, первым "аффективным" компонентом является эмоциональное истощение - проявляющееся в жалобах на свое здоровье, физическое состояние, нервное напряжение. Второе "отношение" к деперсонализации проявляется в изменении отношения к себе или другим.

С середины 1990-х годов изучение эмоционального выгорания в американской психологии вышло на качественно новый уровень, поскольку в центре внимания исследований находятся не только факторы, но и другие аспекты этого психологического феномена, а именно:

• расширяется спектр социальных профессий, испытывающих эмоциональное выгорание;

• эмоциональное выгорание основано на разработанной методологии и определяется не только как форма, но и как следствие хронического профессионального стресса.

• меняются инструменты психодиагностики, с помощью которых зарубежные психологи измеряют эмоциональное выгорание на данном этапе.

Метод испытания The Tedium Scale (шкала утомляемости), разработанная А. Пинесом, используется, но наиболее распространенным и фундаментальным методом измерения выгорания по-прежнему считается МВИ (К. Маслак), и все остальные разработаны на его основе.

Дж. Шваб, сторонник четырехфакторной модели эмоционального выгорания, предложил возможность разделить каждый из элементов эмоционального выгорания на два отдельных фактора. Например, деперсонализация в отношении работы, связанной с выполнением служебных обязанностей, и деперсонализация в отношении вопросов профессиональной деятельности.

В исследованиях Б. Пельмана и Е. Хартмана, эмоциональное выгорание рассматривается как динамический процесс, развивающийся с течением времени (динамическая модель эмоционального выгорания), характеризующийся все большей степенью экспрессии его проявлений.

Исследователи описывают этот синдром как проявление трех основных классов реакций на организационный стресс: физиологические реакции,

проявляющиеся в физических симптомах (физическое истощение); аффективно-когнитивные реакции (эмоциональное и мотивационное истощение, деморализация, деперсонализация); поведенческих реакций (дезадаптация, дистанцирование от профессиональных обязанностей, снижение мотивации и производительности труда).

В работах Т.В. Форманюка подчеркивается, что именно после обобщения большого количества определений термина "выгорание" Б. Пельман и Э. Хартман выделил три основных компонента эмоционального выгорания: эмоциональное или физическое истощение, деперсонализация и снижение производительности труда.

В.А. Абрамов отмечает: «Последователи системного подхода в настоящее время органично сочетают теорию функциональных систем П.К.Анохина с субъектно-деятельностным подходом С.Л.Рубинштейна и подчеркивают интегрирующую роль механизмов обратной связи в стрессовом состоянии "...как факторов интеграции нервной и психической деятельности животных и человека...", а системная работа в стрессовом состоянии называется "необходимым условием адаптации и саморегулирования человека". На наш взгляд, эта точка зрения полностью соответствует системным описаниям В.А.Ганзена, для которого стресс является психическим состоянием, состоит из трех компонентов - «трех различных состояний тела: страха, сопротивления и истощения ... все это разные типы волевых практик и мотивационных компонентов ...».По классификации ученого психическое состояние воспроизводит интегральную характеристику психической деятельности и поведения за определенный период времени и показывает своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отображаемых предметов и явлений действительности, предыдущего состояния и психических свойств человека.

Что касается стресса, то В.А.Ганзен, полностью определяет его модальность: "негативная практика или отрицательное мотивирующее состояние", поскольку стресс присутствует в обоих случаях "за счет решения так называемой сложной проблемы организмом и психикой".

М.В. Борисова и другие представители Ярославской школы исследования эмоционального выгорания: А.Б. Орел, Т.В. Большакова, А. Леонов склонен рассматривать эмоциональное выгорание как «синдром (СЭВ) – динамическую многокомпонентную систему, опосредованную профессиональной деятельностью человека». Кроме того, исследователи вводят выгорание на более широкий феноменологический уровень и придают ему статус психического, что означает более системный «вес» выгорания.

Согласно современным представлениям российских ученых, результатом процесса эмоционального выгорания непосредственно является "система эмоционального истощения (переживание пустоты и бессилия), деперсонализация (проявление оцепенения, черствости, цинизма и грубости), снижение личной результативности (недооценка собственной результативности, потеря уверенности в себе). чувство и желание вкладывать

личные усилия в работу), которое развивается со временем и называется синдромом эмоционального выгорания."

Третий – актуальный этап изучения феномена эмоционального выгорания начался в связи с гуманитарно-культурным подходом к рассмотрению этого феномена как процесса трансформации собственного сознания субъекта. Представители гуманистической психологии (К. Роджерс, А. Маслоу, Э. Фром и др.) относятся к человеку как к уникальной целостной системе, которая имеет способность к самореализации. Жизненные кризисы (экзистенциальные кризисы) рассматриваются учеными в виде серии конкретных переживаний человека в обществе и самого себя как важнейшей психической реальности. Такой подход рассматривает эмоциональное истощение не только как угрозу развитию личности, но и как конструктивную возможность для развития самосознания.

В этом контексте уровень симптомов эмоционального истощения в континууме оценивается как " сформировано - не сформировано " (по В.В. Бойко) или "низкий – высокий" (по А.А. Рукавишникову, Н.Е. Водопьяновой и др.).

Собственно говоря, современные исследователи эмоционального истощения используют экзистенциальные понятия в дополнение к стандартным концепциям теории стресса и описаниям систем. Так, А. В. Емельяненкова, Н. Н. Сафукова, анализируя эмоциональное истощение, применяют экзистенциальный уровень описания его воздействия на человеческую жизнь, концепцию высших достижений человека – акме, которая системно связана с качеством жизни, личностными и иными чертами. Акмеологический кругозор проблемы, в данном случае охватывает ценности, смысл, сферу мотивации специалиста не только в профессиональной сфере деятельности. Исследователи считают, что "развитие эмоционального выгорания не ограничивается окружающей средой и проявляется в различных жизненных ситуациях человека, а труд как средство заработка и придания ему смысла оказывает мощное влияние на все жизненные ситуации человека".

Аналогичного мнения придерживается и Д.Г. Трунов, который воспринимает эмоциональное выгорание как "позитивный" сигнал специалисту о процессах, происходящих в его "душе". Автор определяет эмоциональное истощение как "проявление защитных механизмов, направленных на снижение негативных профессиональных факторов, последствий изменений в мотивационной сфере личности специалиста".

Это соответствует взглядам В.В. Бойко, который рассматривает эмоциональное выгорание как защитный механизм и указывает на его функциональность, "позволяющую более экономно расходовать "психическую", по мнению автора, энергию и разрушительные последствия".

По модели М. Буриша, развитие синдрома эмоционального истощения проходит несколько этапов. Вначале затраты на энергию были значительными – благодаря чрезвычайно высокому позитивному отношению к работе. По мере прогрессирования синдрома появляется чувство усталости,

которое постепенно сменяется фрустрацией, снижением интереса к своей работе. Однако следует отметить, что развитие эмоционального выгорания является индивидуальным и определяется различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых происходит профессиональная деятельность человека. Так, на современном этапе развития феномен выгорания изучается в психологии стрессовых состояний - выгорание в результате стресса, в психологии профессиональной деятельности - выгорание как форма профессиональной деформации и экзистенциальной психологии - выгорание как состояние физического и психического истощения, возникающее после длительного пребывания в ситуациях эмоционального стресса. В.В. Бойко определяет эмоциональное выгорание как психогенное расстройство, связанное с плохой профессиональной адаптацией, в частности, с поведением учителей в учебной среде.

В.А. Орел описывает выгорание как «состояние физического, эмоционального и умственного истощения, которое проявляется в профессиях социальной сферы». Автор, резюмируя обзор многочисленных классификаций, выделяет индивидуальные и организационные факторы эмоционального выгорания.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на большое количество теорий, единого определения эмоционального выгорания на сегодняшний день не существует, и нет точного представления о закономерностях возникновения и развития этого явления.

Существующие однофакторные и многофакторные теоретические модели полагают, что эмоциональная неудача - это физическое, психологическое состояние и, самое главное, эмоциональный срыв, вызванный длительным пребыванием в эмоционально перегруженной ситуации общения.

Современные отечественные исследователи не пришли к единому мнению по этому вопросу. Некоторые ученые считают, что психологическое и умственное истощение является основной причиной эмоционального выгорания, в то время как другие считают, что в случае синдрома эмоционального выгорания имеет место не расстройство личности, а расстройство профессиональной роли. Некоторые люди понимают выгорание как профессиональный кризис, не только связанный с межличностными отношениями, но и связанный с к другим проблемам. Также связано с общепрофессиональной деятельностью. Ковальчук считает, что люди с низкой самооценкой и локусами внешнего контроля более восприимчивы к стрессу, а следовательно, более уязвимы и склонны к эмоциональным неудачам.

А.В.Емельяненкова считает, что эмоциональное выгорание - это сложная многомерная структура, вызванная негативными психологическими переживаниями и истощением из-за постоянного давления представителей профессий. Деятельность этих профессий связана с межличностными отношениями, сопровождается эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью.

В.В. Бойко определяет эмоциональное выгорание как "выработанный организмом механизм психологической защиты, который проявляется в частичном или полном исключении эмоций в ответ на травмирующие воздействия"."

Развитие синдрома эмоционального выгорания обусловлено активацией защитных механизмов в части психологической модели или полным устранением эмоциональной реакции на травму. В большинстве случаев она перегорает у людей, склонных к идеалистическим идеям.

Поэтому мы рассмотрели эмоциональное выгорание в контексте различных научных теорий. Эмоциональное выгорание - это синдром, который подвержен хроническому стрессу и постоянному напряжению, что приводит к истощению энергии и личных ресурсов человека.

1.2 Феномен выгорания у медицинских работников

Врачи и другие специалисты помогающих профессий защищают общество от болезней и критических ситуаций социального и природного происхождения, но сами часто лишены систематической помощи и поддержки. Выступая в роли своеобразного "сапожника без сапог", врач постепенно перегорает, с трудом преодолевая острые и хронические стрессы – к сожалению, неотъемлемый атрибут нашей благородной профессии. Современное общество знает много примеров эффективной поддержки врачей, но в настоящее время лишь немногие организации выполняют эти задачи, сохраняя при этом работоспособность, благополучие и здоровье врача. Административное решение по предотвращению эмоционального выгорания принять очень сложно, поскольку до недавнего времени оно часто даже не ассоциировалось с серьезными категориями вредных факторов рабочего процесса. Кроме того, эмоциональное выгорание становится заметным только тогда, когда оно вступает в критическую фазу развития, и поэтому многие вмешательства предпринимаются слишком поздно, когда врач-специалист уже принимает решение уйти из профессии, а в особо сложных ситуациях - даже из жизни.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время синдром эмоционального выгорания (далее - выгорание, синдром профессионального/эмоционального выгорания) традиционно изучается большинством исследователей в области патогенеза. Этому способствует формирование представлений об этиологии и динамике эмоционального выгорания, большое количество исследований посвящено поиску связей между эмоциональным выгоранием и стрессом, тревогой, депрессией, агрессивностью и суицидальным поведением. Также стоит отметить включение синдрома эмоционального выгорания в основные клинические классификаторы (Z73.0 в МКБ-10, D002055 в MeSH). Как правило, большинство исследований выгорания рассматривают это явление с позиций клинической психологии и психиатрии (хотя основоположник идей о выгорании Г. Фрейденбергер не относил его к психическим расстройствам), а также психологии труда – как фактор, снижающий производительность и результативность, мотивацию сотрудника, его качество жизни и психологическое благополучие. Причины эмоционального выгорания хорошо изучены. К ним обычно относятся:

-Чрезмерные требования к сотруднику или сотруднице, которая не соответствует его реальным возможностям и навыкам. В результате возникает чувство неудачи, самокритика, сопротивление самореализации.

-Прямое ограничение независимости людей – строгие предписания и запреты со стороны руководства или регламенты организации. Энтузиазм и вдохновение иссякают, появляется чувство ненужности, горечи и безответственного отношения к обязанностям.

-Расхождение между вознаграждением и ожиданиями сотрудника, который субъективно оценивает свою работу и вклад в общее дело, значительно выше. Он гораздо больше ценит свою работу и вклад в общее дело. Возникает разочарование, негодование и обесценивание деятельности – своей собственной и всей организации в целом.

-Отсутствие поддержки со стороны коллег, начальства и подчиненных. Часто это происходит из-за общего эмоционального выгорания, которым члены команды заражают друг друга. В результате каждый из них чувствует себя изолированным и непонятым, испытывает трудности в общении, сопротивление командной работе.

-Непризнание, унижение, издевательства, дискриминация. К сожалению, представители помогающих профессий часто сталкиваются с общественным непониманием, обесцениванием своей деятельности, и не все могут найти в себе силы противостоять этой несправедливости.

-Несоответствие между морально-этическими принципами человека и тем, что от него требуется делать в ходе его профессиональной деятельности, с этим внутренним несогласием могут столкнуться не только полицейские, военные, миротворцы и спасатели, но и в не меньшей степени- учителя, врачи и психологи.

Таким образом, выгорание понимается как особое психическое состояние здоровых людей, изнеможение и ощущение своей бесполезности, ответная реакция на продолжительные рабочие стрессы. Ведущий исследователь К. Маслак выделил три основные группы нервно-психических проявлений данного состояния:

1. эмоциональное истощение;
2. деперсонализация;
3. редукция профессиональных достижений.

Непосредственно под эмоциональным истощением обычно понимают чувство эмоциональной опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью. Деперсонализация в таком случае трактуется не как классическое психиатрическое понимание данного термина, а непосредственно как понижение личностного компонента в профессиональной деятельности. Деперсонализация проявляется в виде дегуманизации отношений к объектам своей деятельности (пациентам/клиентам), холодности, формализации контактов, черствости, цинизма. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам. Редукция личных профессиональных достижений – это занижение профессиональных успехов, возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере.

Можно отметить, что задачей данной статьи является освещение новых позиций в отношении выгорания, дающих больше вариантов своевременной профилактики. Основными теоретическими обоснованиями нового подхода служат модели проактивного совладания со стрессом Е. Гринглаcс и

салютогенеза А. Антоновского. Эти подходы объединяет направленность на перспективу будущего, тогда как традиционные подходы (например, Р. Лазаруса и С. Фолкман) ориентированы на прошлый опыт, порождающий стресс, формирующий копинг-репертуары и объясняющий причины формирования нарушения или заболевания (патогенез).

По словам Е. Белинской, перспектива проактивного совладания со стрессом «во-первых, в организации личной временной перспективы: подобный копинг ориентирован в будущее, человек создает собственные ресурсы для будущего совладания, к каковым относятся, например, оптимизм, самоконтроль, поиск смысла, а во-вторых, проактивное совладание представляет собой процесс специфического целеполагания – рефлексируя возможные риски, субъект не оценивает их как угрозу непосредственному существованию, а потому может оценить трудную ситуацию позитивно, как вызов и возможность достижения цели. В-третьих, проактивный копинг опирается на специфическое восприятие потенциальных трудных ситуаций – как принципиально вероятностных событий, что приводит к динамике самой мотивации совладания».

Последние годы ознаменовались включением идей салютогенеза (формирования здоровья, а не лечения уже выраженного заболевания) в официальную политику ВОЗ. Салютогенное отношение к стрессу, трудностям и невзгодам включает в себя постижимость (ясность контекста), управляемость (понимание результата своих действий) и осознанность (стимуляция опыта). Именно эта триада может возникнуть при повышении включенности врача в процессы его собственного психического здоровья и благополучия. В российской практике наиболее близкой к позициям салютогенеза нам видится модель 4П-медицины, включающая персонализацию (индивидуальный подход), предикцию (выявление редрасположенности к рискам), превентивность (меры профилактики будущих рисков) и партисипативность (деятельное участие).

Салютогенный подход в отношении выгорания позволяет врачу не ждать, когда выгорание заставит его завершить карьеру, а самостоятельно преодолевать возникающие трудности, часто даже не прибегая к помощи других людей, что особенно важно, учитывая интимный и отчасти стигматизированный образ накопившейся усталости, стресса, что стоит скрывать от других. Основной формой салютогенной профилактики выгорания служит стресс-менеджмент, или управление стрессом. Вспомним золотые слова невролога и отца современных учений о стрессе Ганса Селье, который говорил, что слово «стресс», так же как «успех» и «неудача», имеет различное значение для разных людей. Что это, усилие, утомление, боль, страх, необходимость сосредоточиться, унижение публичного порицания, потеря крови или даже неожиданный огромный успех, ведущий к ломке всего жизненного уклада? Любое из перечисленных условий может вызвать стресс. Как же справиться со стрессом? Непосредственно бизнесмен, испытывающий постоянное давление со стороны клиентов и служащих; диспетчер аэропорта,

который знает, что минутное ослабление внимания — это сотни погибших; спортсмен, безумно жаждущий победы, — все они испытывают стресс. Их проблемы совершенно различны, но организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначение которых — справиться с возросшими требованиями к человеческой машине. Вопреки расхожему мнению мы не должны — да и не в состоянии — избегать стресса. Но мы можем использовать его и наслаждаться им, если лучше узнаем механизм и выработаем соответствующую философию жизни».

Система управления стрессом, в противоположность попыткам избежать его, помогает заранее подготовить мозг и тело к тем испытаниям, которые готовит нам интересная и насыщенная жизнь и работа в помогающей профессии.

И все же отсутствие системных интервенций, даже в «простой форме» регулярных балинтовских групп, усиливает нехватку ресурсов и знаний в области противодействия выгоранию, которые характерны для современного медицинского образования. Так, несмотря на то, что выгорание упомянуто в МКБ-10 и сохранено в МКБ-11, в большинстве российских медицинских вузов нет курсов и программ, посвященных проблемам собственной психогигиены и профилактики стресса и выгорания у врача. При этом стоит вспомнить, что именно СССР стал одним из первых государств, внедривших на предприятиях комнаты психологической разгрузки (первым таким предприятием, о котором есть официальное подтверждение, стал крупный завод в Одессе, 1974 г.). Идеи профилактики и превенции профессиональных стрессов были взяты на вооружение и внедрялись еще с 1950-х гг. на производстве, железных дорогах, в санаториях, на Военно-морском флоте, в авиационной отрасли. Даже в тяжелые для отечественной науки и общества годы продолжались исследования, посвященные изучению вопросов, связанных со стрессом, большая часть таких исследований появилась в 2000-е гг., вышли работы М.А. Багрий, Б.А. Ясько, В.Е. Орла, Н.Е. Водопьяновой. Ниже мы проанализируем контекст, в котором работают современные врачи, и далее перейдем к путям профилактики выгорания.

1.3 Динамика и психологическая симптоматика синдрома «эмоционального выгорания»

Можно отметить, что в настоящее время нет единого взгляда на структуру синдрома «эмоционального выгорания», но, несмотря на разные подходы к его исследованию, можно констатировать, что он предопределяет деформацию личности.

Симптомы профессионального выгорания указывают на характерные особенности длительного стресса и психической перегрузки, которые могут привести к полному распаду различных психических сфер. У специалиста, страдающего "выгоранием", наблюдаются следующие изменения:

– в поведении (он часто смотрит на часы; откладывает встречи; часто опаздывает (приходит поздно и уходит рано); теряет творческий подход к решению проблем; работает усерднее и дольше, а достижений становится меньше; уединяется и избегает коллег; присваивает собственность учреждения; увеличивает использование настроения- употребляет психоактивные вещества (включая кофеин и никотин); теряет способность удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; подвержен несчастным случаям; его сопротивление походу на работу возрастает;

– чувства (потеря чувства юмора или юмор висельника; постоянное чувство неудачи, вины и самообвинения; часто испытывает гнев, обиду и горечь; повышенная раздражительность, проявляющаяся на работе и дома; ощущение, как будто над ним издеваются; чувство обескураженности и безразличия; бессилие; снятие стресса, а не творческая деятельность);

– в мышлении (все более настойчивые мысли об уходе с работы; снижение способности концентрировать внимание; ригидное мышление, сопротивляющееся переменам; повышенная подозрительность и недоверие; циничное, придирчивое отношение к другим; менталитет жертвы; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием);

– со стороны здоровья: нарушение сна; частые, длительно протекающие незначительные недомогания; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; усталость и истощение в течение всего дня; ускорение психических и соматических расстройств здоровья.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушений в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Синдром профессионального выгорания развивается постепенно. Он проходит три этапа – три лестничных пролета в глубины профессиональной непригодности:

Первый этап:

– начинается с приглушения эмоций, сглаживания остроты чувств и свежести переживаний; специалист вдруг замечает: пока вроде бы все хорошо, но на душе тоже скучно и пусто;

– исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстраненность в отношениях с членами семьи;

– возникает состояние тревоги, неудовлетворенности; возвращаясь домой, все чаще и чаще хочется сказать: "Не приставай ко мне, оставь меня в покое!"

Второй этап:

– возникают недоразумения с клиентами, настоящий профессионал в кругу своих коллег начинает пренебрежительно отзываться о некоторых из них;

- Неприязнь начинает постепенно проявляться перед клиентами - сначала в ней почти не сдерживаемое отвращение, а затем прорывается раздражение. Такое поведение профессионалов является бессознательным проявлением чувства самозащиты при общении - превышением безопасного уровня организма.

Третий этап:

- Ослабляется представление о жизненных ценностях, эмоциональное отношение к миру "сплющивается", и человек становится опасно безразличным ко всему, даже к собственной жизни.;

- Такой человек, по привычке, еще может сохранять внешнее уважение и некоторое самообладание, но его глаза утратили искру интереса к чему бы то ни было, а в душе почти физически ощутимый холод безразличия.

Можно сказать, что развитие синдрома "эмоционального выгорания" идет полным ходом. Поэтому, прежде всего, наблюдались значительные энергозатраты - результат очень позитивного отношения к выполнению профессиональной деятельности. С развитием синдрома "эмоционального выгорания" появилось чувство усталости, которое постепенно сменилось разочарованием, и интерес к своей работе снизился.

В развитии "эмоционального выгорания" можно выделить непрерывные стадии, которые отличаются степенью участия человека в этом процессе,а следовательно, и степенью обратимости.

1. Невротическая реакция. Во-первых, меняется физическое и эмоциональное здоровье человека. Эти изменения являются классическими признаками одной из форм невроза - так называемой неврастении или синдрома раздражительной слабости. Это проявления сбоя нервной системы, такие как повышенная утомляемость, снижение умственной (возможно, физической) работоспособности, различные проявления физического дискомфорта, а также повышенная раздражительность и конфликтность, когда человек переносит плохие эмоции на других.

2. Невротическое развитие. Отношение человека к работе меняется до тех пор, пока не проявляется отвращение, и результатом становится формальное выполнение профессиональных обязанностей. Это сочетается с

социальной изоляцией. Человек установил невидимый барьер между собой и другими. При общении с таким собеседником возникает ощущение, что он, как бы, за стеклом.

3. Постоянные изменения личности. Эти изменения соответствуют мейнстриму так называемой профессиональной деформации личности. Обычно они проявляются в виде эмоциональной безжалостности, цинизма и акцента на агрессивности (от раздражительности до откровенной грубости). Все это происходит в условиях общей эмоциональной бедности, когда человек постепенно теряет способность радоваться жизни. Перепады настроения, кратковременные эпизоды снижения настроения или длительная депрессия (обычно скрытая, человек может пребывать в ней много лет) могут усугубить эту ситуацию.

Анализируя этапы развития синдрома "эмоционального выгорания", можно заметить тенденцию: сильная зависимость от работы приводит к полному отчаянию и пустоте существования.

ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЯХ

2.1 Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников

Первоначально медицинские работники были классифицированы как потенциально подверженные "эмоциональному выгоранию". Этот феномен объясняется специфическими особенностями "помогающей профессии".

Можно отметить, что высокая загруженность медсестер, обязательный посменный режим работы 24/7 и ожидаемые осложнения состояния пациента требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущая патогенная профессия. Кроме того, контакт с умирающими пациентами оказывает изнуряющее воздействие на здоровье работников. Когда медицинские работники не видят положительных результатов его усилий по спасению пациентов, он часто чувствует себя бессильным. В результате развиваются заболевания головного мозга в виде неврозов, гипертонии, стенокардии, язв желудочно-кишечного тракта и соматико-клеточных заболеваний внутренних органов. Профессиональная деятельность часто оказывает негативное влияние на личность и приводит к депрессии.

Чем больше производственная нагрузка, тем меньше радости получают медицинские работники от самого рабочего процесса. Количество пациентов превышает стандарты и нормы, большой объем бумажной работы, низкая техническая оснащенность на рабочем месте и продолжающаяся нехватка лекарств также приводят к усталости и напряжению. Это можно заметить по эргономическим факторам работы медсестер: зрительная усталость, перегрузка опорно-двигательного аппарата.

Недавние фундаментальные изменения в обществе легли важной дополнительной психологической нагрузкой на медицинский персонал, поскольку им необходимо работать лучше за более короткий промежуток времени, а экономическое обеспечение медицинских учреждений ограничено. Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений непосредственно направлена на реальное использование научно-технических достижений и интеллектуального потенциала для расширения объема предоставляемых услуг, методов их производства, повышения качества медицинской помощи и удовлетворения потребностей пациентов в высококачественных медицинских услугах. Население.

Большинство врачей обычно работают в инновационных условиях, с ненормированным рабочим днем, а сверхурочная работа связана с совмещением должностей или дополнительными профессиональными нагрузками (повышение квалификации, освоение новых методов диагностики

и лечения). Усиление профессиональной деятельности скажется на здоровье, что приведет к увеличению общей заболеваемости и распространенности хронических заболеваний.

В условиях развития рыночной экономики низкая заработная плата медсестер вынуждает их работать, часто игнорируя время на отдых, чтобы восстановить физическое и психическое равновесие организма. Большая ответственность за результат своей деятельности - жизнь пациента - приводит к чрезмерной нагрузке на отдельные органы и системы и возникновению заболеваний.

Медицинский работник находится в рамках медико-экономических стандартов, требований к объему медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые он должен выполнить по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объему. Кроме того, состоянию стресса способствуют перегрузки, связанные с дежурствами, и напряженность труда.

Медицинский персонал, как правило, подвержен высокому профессиональному риску заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией, туберкулезом. Медицинский работник находится в постоянном контакте с лекарственными и дезинфицирующими средствами, что создает опасность аллергических и токсико-химических поражений. Воздействие ионизирующих и неионизирующих излучений (радиация, ультразвук, лазерное) является потенциальной причиной возникновения катаракты, новообразований.

Интенсивная работа в неблагоприятных условиях труда и при высокой изношенности оборудования обусловила высокие показатели выявления и рост профессиональной заболеваемости у врачей и других медицинских работников.

Зачастую в качестве факторов, способствующих развитию синдрома «эмоционального выгорания», исследователи называют чувство социальной незащищенности, неуверенности в социально-экономической стабильности и другие негативные переживания, связанные с социальной несправедливостью и недостатком социальной поддержки.

О стагнации личности врача писали многие авторы. Некоторые особое внимание обращали на такой признак, как «приборный фетишизм», который характерен установкой на обезличивание пациента, недооценку анамнеза, клиники и особенностей личности.

Затрагивая проблему узкой специализации при отсутствии достаточно широкой общекультурной подготовки, многие авторы указывают на ее негативные последствия:

– односторонность восприятия и понимания;

– узость мышления;

– субъективизм и односторонность диагноза;

– преувеличение важности биологических и недооценка роли социальных и психологических факторов заболевания;

– концентрация внимания врача только на одном органе, а не на всем организме в целом;

– такое медицинское мышление, когда врач сосредотачивается на частностях в ущерб общему;

– превращение лечащих врачей либо в диспетчеров (участковый терапевт), либо в механических манипуляторов (хирург);

– разрушение этической и юридической ответственности (особенно при групповых формах наблюдения за пациентами);

– утрата индивидуального и целостного подхода к пациенту;

– бесцеремонность медицинских работников;

– отсутствие словотерапии в работе;

– забвение доброты по отношению к пациенту, леча с нежностью и любовью;

– много медицинских работников (врачи, медсестры, санитары);

– нетерпимость и даже агрессия, а иногда и грубость при общении с пациентом;

– хамское отношение;

– отсутствие такта, чувства меры как по отношению к пациентам, так и к коллегам в присутствии пациентов и т.д.

Как известно, А.Н. Орлов в своей монографии о коммуникативной культуре медицинского работника выделяет огромный перечень примеров и признаков "немедицинского", непрофессионального отношения медицинских работников к пациентам, которые приводят к печальным последствиям.

Р. Конечный и М. Боухал, непосредственно изучавшие профессиональную деформацию врачей и медицинских сестер, пишут: «Профессиональной деформацией являются и поведение, и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у немедицинских работников создается впечатление бездушия и цинизма. Например, если врач или медсестра не считают нужным отделить хотя бы ширмой умирающего больного в 20-коечной палате. Или врачи, совершая обход, при больном дискутируют о неблагоприятном прогнозе его болезни. Или в анатомическом зале шутят над трупами, рассказывают анекдоты и курят».

Авторы считают, что профессиональная деструкция проявляется также в своеобразном профессиональном жаргоне, который используется даже в присутствии больного. Например, они могут сказать, что у них в палате лежат четыре желудка, три желчных пузыря и одна почка. «Поведение и некоторые выражения медиков находятся на грани профессиональной адаптации и деформации».

Р. Конечный и М. Боухал считают, что от того времени, когда на целителя смотрели как на чародея и мага, в психологии врачей остались пережитки, иногда имеющие даже кастовый характер. Явно демонстрируемое отсутствие интереса к больному как к человеку может приводить к ятрогенным эффектам. В.В. Пилипенко также считает странным и неприятным, когда медицинские

работники называют своих больных «астматиками», «язвенниками», «ревматиками» и т.д.

А.Н. Орлов обнаружил важную закономерность связи между характером деятельности профессионала и степенью его квалификации, а именно, чем ниже квалификация врача, тем меньше он беседует с больным, обследует его физикальными методами, чаще назначает анализы, рентгеновские и другие виды исследования. Подобные явления обнаруживаются и в других видах профессиональной деятельности, относящейся к типу «человек – человек». Самое трудное и сложное – профессионально демонстрировать свои умения в субъект-субъектных взаимоотношениях. Это проявляется, например, в юридической деятельности следователей, судей, сотрудников органов внутренних дел, в управленческой, педагогической и других профессиях.

Некоторые авторы относят к признакам профессиональной деформации следующие проявления:

– потеря ощущения своей деятельности как благородной миссии;

– склонность к технократическому мышлению, когда человек рассматривается как "биологическая машина", а болезни рассматриваются как поломки, несчастные случаи в этой машине, устранить которые можно только материальными средствами (лекарства, операции);

– установка на патоцентризм, то есть такой образ мышления, когда в центре идей находится понятие болезни ("пафос"), а не здоровья ("санус");

– неиндивидуальный подход к лечению, когда лечение пациента ставится на конвейер и исчезает индивидуальная ответственность врача за конкретного пациента (например, групповой хирургический метод лечения глазных заболеваний на конвейере типа "Ромашка", как в центре микрохирургии глаза);

- отрицание и недооценка необходимости моральной поддержки пациента;

– дегуманизация отношений между врачом и пациентом;

– грубость персонала;

– безответственное отношение к своему долгу;

– взяточничество;

– бюрократия;

– отсутствие милосердия.

О степени распространения этих признаков профессиональной деформации можно судить только по результатам последней аттестации. А именно, 350 тысяч медработников в 1998 г. в РСФСР, тогда 10% аттестовали условно, а тысячу медработников вообще отстранили от работы.

В Уголовном кодексе Республики Беларусь перечислены следующие виды нарушений норм деятельности врачей, которые рассматриваются как преступления строго медицинского характера:

– неоказание медицинской помощи пациенту;

– незаконный аборт;

– незаконная работа врача;

–незаконное составление и выдача поддельных медицинских документов;

–нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил;

–нарушение правил производства, хранения, транспортировки наркотических и других сильнодействующих, ядовитых веществ; неосторожные действия медицинских работников.

Непосредственно В.Д. Тополянский и М.В. Струковская пишут об особом признаке профессиональной деформации врачей – органолокалистической установке на больного: готовности жестко привязать каждую жалобу пациента к определенному органу или физиологической системе, что начисто исключает допущение возможности чисто функционального расстройства. Корни таких установок они видят в популярности выдвинутого свыше ста лет назад немецким ученым Р. Вирховым принципа анатомического мышления: врач обязан найти место в теле больного, где гнездится болезнь. В этом, на наш взгляд, очень ярко проявляется роль той теоретической концепции, которую успели усвоить работники и которая делает их «рабами» этого мировоззрения. Вышеупомянутые авторы предлагают использовать и другие нормы лечебной деятельности: психосоматический подход к пациенту, максимальный учет эмоциональной сферы, личностного фактора в этиологии болезни.

Л.А. Цветкова, изучавшая процессы коммуникации между педиатрами и пациентами, обнаружила, что для врачей, которые неуспешны в своей работе, характерны следующие негативные признаки:

– низкий уровень развития эмпатии;

– слабо развитое отношение к другим людям как к ценности;

– негативная направленность взаимодействий;

– повышенный уровень игнорирования психологического состояния пациента;

– отсутствие отношения к пациенту как к активному сообщнику;

– возлагать больше ответственности за успех лечения на таблетки, оборудование, а не на себя;

– отсутствие дружелюбия;

– отсутствие желания прийти на помощь.

С. Криппер отмечает, что «современная медицина, уход за престарелыми, социальная помощь, консультирование и психотерапия ориентированы на решение только соматических, психических, эмоциональных, социальных проблем, но очень редко духовных. Большинство практикующих врачей весьма смутно представляют себе культурные и этнические различия в этой области. Многие профессионалы своего дела оказываются беспомощны, когда пациенты или клиенты задают им вопрос о смысле жизни. Непосредственно чем больше человек, нуждающийся в помощи, озабочен такими проблемами, как страх смерти, чувство одиночества, бессмысленность существования, тем меньше шанс, что он сможет найти

профессионала, способного ему такую помощь оказать». И это, по нашему мнению, служит еще одним доказательством в пользу тезиса о принципиальной ограниченности ресурсов каждого профессионала и соответствующей предметности их подходов к людям. Как оказывается духовная поддержка больных не входит в компетенцию специалистов по болезням тела. Это удел представителей других профессий – священников, психиатров и т.п.

Разумеется, деятельность медицинских работников разнообразна, специализация медицинской профессии продолжает увеличиваться. Остаются специальности, традиционно воспринимаемые как гуманные, но есть и такие, которые вызывают публичные сомнения в этом. Например, специалисты, допущенные делать аборты, в тех странах, где они официально разрешены, но где имеются активисты, проповедующие их запрет и считающие медицинских работников абортария «убийцами в белых халатах». Подобные коллизии, как известно, могут вызывать очень сильные эмоциональные реакции у врачей, сестер милосердия, которые могут приводить к моральным деструкциям личности.

Л.А. Лещинский, долгое время изучавший деонтологические проблемы в медицинской работе, составил список негативных признаков, которые проявляются в деятельности некоторых специалистов:

– недооценка активной роли пациента во время выздоровления;

– ятрогения и сестрогения – негативное, психогенное воздействие на пациента;

– отсутствие чувствительности, внимания к пациентам.

– несоответствие между уровнем профессиональных знаний, умений и деонтологических условий;

– фундаментальное непонимание, принижающее роль этических факторов и профессиональной подготовки;

– выдача больничного листа по временной нетрудоспособности заведомо здоровым пациентам;

– нарушения закона врачом, медицинские преступления;

– нарушение тех норм деятельности, которые закреплены в законе, подзаконных актах. Среди них халатность, преступное оставление пациента без помощи, невежество и, как следствие, ненадлежащее лечение, взятки и т.д.;

– получение дополнительной оплаты, гонорара за выполнение обязанностей врача, уже оплаченного (государством);

– выбор "фаворитов" среди пациентов;

– нарушение норм коллективного обращения.

С современной формулировкой медицинской практики, а именно: полипатология, полиморбидность, полиатрия, полипрагнизация. Когда на одного пациента приходится в среднем 9,45 врача, возникает необходимость в регулярных консультациях. Однако такие личные встречи у постели больного на практике крайне редки (0,5-1% случаев), но они часто происходят:

- неточное выполнение медицинских назначений по уходу за пациентом, халатность, необязательность, небрежность;

– отказ информировать пациента о его диагнозе, тактике лечения или чрезмерной, неоправданно подробной информации;

– государственно-бюрократический подход к лабораторным и инструментальным исследованиям, когда врач назначает множество ненужных обследований по принципу "что бы ни случилось" (чтобы не было претензий со стороны администрации и обследования);

- неуместное высмеивание страхов пациента, которое часто звучит как издевательство;

– грубая психическая организация личности врача;

– нарушения требований по сохранению врачебной тайны и конфиденциальности информации о пациенте;

– нарушение норм медицинской деонтологии полости рта. Это одно из наиболее частых проявлений признаков профессиональной деформации;

– чрезмерный диктат над пациентом (патернализм) с полным отрицанием его собственных желаний;

– неоправданное использование профессионального жаргона;

– неправильные, субъективные представления врача о некоторых заболеваниях; например, представление о неврозе как о "ложном, несуществующем" заболевании, поскольку в данном случае нет органического поражения головного мозга;

– медицинский техницизм, дегуманизация деятельности, переоценка, абсолютизация технических, аппаратных средств диагностики и лечения в ущерб всем остальным средствам. Установлено, что техницизм провоцирует до 20% врачебных ошибок. Это сопровождается деперсонализацией пациента, девальвацией представления о пациенте как о личности;

– варварские, отвратительные преступления врачей – эксперименты над людьми.

После публикации фактов нарушений норм общественной морали и профессиональной этики мировое сообщество сформулировало общие критерии допустимых экспериментов над людьми, обобщенные в кодексах мирового значения. Например, "Декларация, принятая в Хельсинки. Рекомендации врачей по клиническим испытаниям на людях. Этический комплекс".

2.2 Подходы к решению проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях

Прямым следствием "эмоционального выгорания" является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, использование стереотипных навыков, идентичные пробелы в работе, подмена творческой продуктивной деятельности формальным выполнением своих обязанностей, желание сократить объем работы, потому что это кажется невозможным. Медицинская сестра находится в таком состоянии, что ее чувство хронической усталости и напряжения связано с перегрузкой. У нее есть желание избавиться от дополнительных нагрузок, увеличить дистанцию в общении с пациентами и коллегами, избежать новых обязанностей.

Формализация общения приводит к тому, что медицинская сестра начинает прятаться за правила, инструкции и становится менее открытой для контакта. Фактически одним из очень серьезных следствий профессионального стресса у медицинских сестер считается появление или заметное учащение соматических заболеваний, поэтому следует задуматься над тем, что беспричинно учащаемые головные боли, повышение АД, частые ОРЗ могут быть соматическими эквивалентами эмоциональных расстройств.

Наряду с желанием снизить эмоциональную нагрузку в ситуации профессионального стресса часто встречается такой обратный вариант, который связан с "трудоголизмом" – желанием компенсировать ощущение недостаточной профессиональной успешности еще большим усердием и стрессом на работе, часто за счет семьи, дружбы и других значимых для человека отношений. У многих медицинских работников нет никого, кроме их супруга или партнера, с кем можно было бы обсудить личные проблемы. Принося профессиональные проблемы в семью, они рискуют разрушить личные отношения. Они не способны выполнять другие обязанности и получать от этого удовольствие. Образ родителя, который не может оторваться от работы и недоступен для своих детей, остается печальным стереотипом.

Следует отметить, что многие специалисты, находясь в синдроме "выгорания", искренне убеждены, что строгие социальные стандарты медицинской профессии накладывают ограничения не только на стиль поведения, но и на чувства ("Я не имею права испытывать гнев, раздражение, страх, вину, иначе я я плохой специалист"). И это создает отчуждение от самого себя. Если при этом медсестра неосознанно стремится играть роль "родителя" или "спасителя", ответственного за все, это прямой путь к профессиональному стрессу.

Поведение медицинских работников, работающих в экстремальных условиях, характеризуется двумя крайностями – дистанцированием и полным слиянием. Если пространственная и эмоциональная дистанция между индивидом и другим человеком слишком мала, специалист "заражается" своим

состоянием, как будто его засасывает в воронку, где он растворяется и теряет себя, свою "самооценку". Это один из вариантов синдрома "эмоционального выгорания".

Другой вариант - это когда человек просто не позволяет другим приближаться к нему. Он идет на встречу, прямо подстегивая себя словом "должен". В этой группе есть люди, которые компенсируют недостаточность своей личной жизни. Например, у человека нет собственных детей или у него нет с ними отношений, поэтому неудачи своей личной жизни он компенсирует в отношениях с окружающими. "Эмоциональное выгорание" возникает не из-за чрезмерной вовлеченности в работу, а скорее из-за плохого самопознания, неполного разрешения личных проблем, которые не дают возможности чувствовать легкость и радость в общении с людьми.

Как правило, существуют организационные и экономические обстоятельства, которые усиливают деформированный подход к пациенту. При планировании большое внимание уделяется приобретению диагностического оборудования и лабораторного оборудования, а не реструктуризации больничных отделений в соответствии с требованиями терапевтического и защитного режима. Необходимо помнить, что пациенту необходимо создать хотя бы минимальные интимные условия. Пациенты спонтанно подвергаются дискриминации в этом отношении. Все это связано с характером профессиональных деформаций психологического значения, которые проявляются в профессиональном жаргоне, свободно используемом пациентами. Необходимо следить за тем, чтобы подсознательное и неконтролируемо развивающееся разрушение не стало одним из факторов ятрогенного повреждения пациентов. Необходимой и базовой частью профилактики возникновения синдрома "эмоционального выгорания" является персональная психологическая подготовка специалистов "помогающих" профессий. Здесь мы имеем в виду не только теоретическую подготовку по основам психологии (хотя это не теряет своего значения), но и практические упражнения, направленные на развитие стрессоустойчивости профессионала.

Модель профилактики "эмоционального выгорания" предусматривает следующие направления, а именно: совершенствование коммуникативных навыков с помощью активных методов обучения (социально-психологические тренинги, деловые игры); обучение эффективным стилям общения и разрешению конфликтов; тренинги, стимулирующие мотивацию к саморазвитию, личностному и профессиональному росту; антистрессовые программы и группы поддержки направлены на личную коррекцию самооценки, уверенности в себе, социальной смелости, эмоциональной стабильности и психофизической гармонии путем овладения методами саморегуляции и планирования личной и профессиональной карьеры.

Можно сказать, что индивиды могут переносить значительный стресс без повышенного риска развития психического или соматического заболевания, если они получают адекватную поддержку. На практике данное

явление означает уважение и принятие человеческой природы медицинского работника и такой его жизни за пределами работы, чтобы он мог удовлетворять собственные потребности наряду с потребностями пациентов, а также создание материальной заинтересованности в результатах труда.

Основным психологическим качеством, обеспечивающим стрессоустойчивость, непосредственно является уровень личностной зрелости специалиста. Здесь, как правило, подразумевается определенная степень самосознания, умение брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, умение выстраивать гармоничные отношения с другими людьми, открытость переменам и принятие собственного и чужого опыта во всем его многообразии.

Мы выделим еще один важный аспект этой проблемы: "эмоциональное выгорание", как правило, является следствием неконструктивного общения с коллегами и руководством. Хороший климат в коллективе, ощущение достаточной эмоциональной поддержки со стороны коллег и администрации - мощный ресурс для предотвращения и устранения профессионального стресса. Чувство безопасности в коллективе, наличие надежной поддержки среди коллег, возможность конфиденциально обсуждать вопросы, связанные со стрессом на работе, могут снизить напряженность, тревожность, а также частые агрессивные проявления.

Менеджеры, которые нанимают сотрудников, должны рассматривать персонал как свой самый ценный ресурс и заботиться о его сохранении. Сотрудники, впервые приступающие к работе, нуждаются в реалистичном и адекватном введении в курс дела; также возможно организовать систему наставничества для обеспечения качественных, количественных и клинических аспектов работы, а также для содействия консолидации индивидуального наставника.

Обратив внимание, что существуют конкретные способы, которые помогут устранить путь к синдрому "эмоционального выгорания".:

– культивирование других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью;

– привнесение разнообразия в вашу работу;

– создание новых проектов и их реализация, не дожидаясь разрешения официальных органов власти;

– поддержание вашего здоровья, соблюдение режима сна и питания;

– овладение техникой медитации; активная общественная жизнь;

– наличие нескольких друзей (желательно других профессий), в отношениях с которыми есть баланс;

– стремление исполнять желания, без надежды стать победителем во всех случаях, и умение проигрывать без ненужного самоуничижения и агрессивности;

– способность к самоуважению, не полагаясь только на уважение окружающих; открытость новому опыту;

– умение не торопиться и уделять себе достаточно времени для достижения положительных результатов в работе и жизни;

– сознательные обязательства (например, вы не должны брать на себя больше ответственности за пациента, чем он сам);

– чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы просто для собственного удовольствия, не зацикливаясь на какой-либо пользе;

– участие в семинарах, конференциях, где есть возможность познакомиться с новыми людьми и обменяться опытом;

– периодическое сотрудничество с коллегами, которые существенно отличаются друг от друга в профессиональном и личностном плане;

– участие в работе профессиональной группы, которая дает возможность обсудить личные проблемы, связанные с работой; хобби, доставляющие удовольствие, и т.д.

Первый шаг к преодолению "эмоционального выгорания" - разобраться в себе, понять не только свои цели и представить образ будущего, но и ответить на вопрос о смысле своих действий. Самый распространенный способ - попытаться подняться над ситуацией, взглянуть на свою ситуацию и работать с более глобальной точки зрения.

Другой способ - отправиться в другую область, которая находится поблизости. Когда прежние знания, навыки и ловкость находят новое применение, человек делает так называемую горизонтальную карьеру.

Третий способ – не оставляя занятия, сделать его инструментом для достижения более глобальных целей.

Четвертый способ, который часто применяют – оставаясь в той же ситуации, сосредоточить внимание не на хорошо известных, усвоенных объектах, а на нерешенных проблемах.

2.3 Рекомендации для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников

В качестве рекомендаций по профилактике профессиональных деформаций у медицинских работников мы можем предложить группы Балинта в качестве основного метода.

Этот метод групповой образовательной и исследовательской работы был назван в честь его создателя, Балинта М., который с 1949 года проводит групповые семинары с практикующими врачами и психиатрами в Тавистокской клинике в Лондоне. Опыт, обобщенный Балинтом в его книге "Врач, его пациент и его болезнь", лег в основу метода проведения исследований и обучающих семинаров. Центральным объектом исследования в классической группе Балинта являются отношения между врачом и пациентом. Они объективны, поскольку пациент передает врачу определенные установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые схожи с его отношением к объектам его реальной жизни (значимым лицам ближайшего окружения). Анализ этих взаимосвязей позволяет лучше понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует эффективности терапии. В то же время врач в своей практике часто сталкивается с ситуациями, которые его расстраивают (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, ориентированному на быструю помощь). Поэтому психотерапевту необходимо изучать эти явления в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В группе Балинта врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту, а также то, как он на самом деле воспринимает пациента.

Обычно 8-12 участников встречаются с психоаналитиком – руководителем группы, раз в неделю в течение полутора часов занятий в течение 2-3 лет. Обсуждение развивается из описания 1-2 случаев, которые свободно всплывают в памяти. Дополнительная информация о пациенте, уже известная группе по предыдущим сеансам, обычно сообщается первой. Как правило, даже короткая встреча с пациентом может быть квалифицирована, если, по мнению врача, она представляет интерес. Однако, если есть предварительная договоренность, также обсуждаются случаи, не связанные с Balint. Группа и докладчик пытаются определить суть взаимоотношений между врачом и пациентом с помощью комментариев и свободных ассоциаций (идей) по обсуждаемому случаю. Эти свободные ассоциации разбивают сообщение, подобно призме, на, возможно, бессознательные детерминанты. Психоаналитик, как лидер группы, изучает этот процесс, направляет и стимулирует его, делает выводы и дает интерпретации. Он объясняет структуру взаимоотношений между врачом и пациентом: формально – так, как это описано, по мнению группы; осмысленно – в соответствии со способом

ведения дискуссии, поведением группы. В то же время пронизываются разные уровни взаимоотношений: как пациент спонтанно рассказывает о себе и своей болезни, так и врач спонтанно делится со своими коллегами опытом взаимоотношений с пациентом; как врач пытается особым образом слушать, чтобы понять скрытый смысл идей своего пациента в контексте ситуационного момента, так и его коллеги пытаются понять отношения между врачом и пациентом в контексте их реакций –отношения к спонтанным явлениям, которые они обнаруживают в отчете о их коллега. Бессознательные аспекты взаимоотношений, возникающие в результате "переноса", проявляются врачом как на уровне пациента, так и на уровне коллег. Этот актуальный "перекрестно-расчлененный" феномен может быть выявлен в условиях долгосрочного группового процесса, который протекает в течение нескольких лет одновременно как образовательный процесс и как процесс взаимоотношений.

Группа Балинта имеет ряд принципиальных отличий от родственных форм групповой работы. Таким образом, это не совсем "семинар по изучению психоаналитических ситуаций": акцент на практическом использовании метода работы, ориентированного на взаимоотношения, изменяет классические психоаналитические принципы. Группа Балинта также не является "самообучающейся" группой: основное внимание уделяется не эмоциональным потребностям участников, а проблемам их взаимоотношений с пациентами. Группа Balint, нацеленная на новый способ чуткого слушания, способствует более глубокому восприятию себя. Оба процесса совершенствуются в рамках процесса Balint group. Наконец, группа Балинта не является "тематически ориентированным взаимодействием": при большом сходстве этих форм групповой работы (акцент делается на живом, связанном с практикой взаимном обучении), таким образом, она более ориентирована на взаимоотношения, сильнее ассоциируется с психоанализом, происходит из области практической медицины.. Объективная информация, например, о диагнозе, методах лечения интерпретируется в Б.Г. так же, как общепринятые светские рассуждения.

Наряду с классической группой Балинта существуют и ее варианты. Бельгийский автор Моро описывает экзистенциальную систему ведения таких групп. Как лидер, он отвергает психоаналитическую позицию нейтралитета, которая, по его мнению, "инфантилизирует группу". Моро предпочитает быть активным участником дискуссии. Он отвергает психоаналитический метод интерпретации материала, выявленного в ходе обсуждения, и считает задачей членов группы только выражать свои переживания, проникаться переживаниями других членов группы, надеясь, что это отразит отношения между врачом и пациентом, помогая лучше понять последнего. Если, по словам Балинта, "пациент должен быть постигнут как интеллектуально, так и эмоционально", то Моро требует отказа от интеллектуальных объяснений, поскольку для него важен не диагноз, а субъективное бытие пациента, постигаемое не рациональными средствами, а инстинктивно. Чтобы научить этому врачей, при обсуждении отчета об одном из случаев члены группы

должны говорить не о том, что они думают, а о том, что они чувствуют в отношениях врач–пациент. Врачей учат быть непринужденными с пациентами, поощрять последних меньше говорить о своей болезни, и главным образом о своем эмоциональном отношении к ней. Для создания эмоционального настроя используются специальные техники, например, метод "встречи", который заключается в разыгрывании ролей членами группы в парах, в которых один из них представляет пациента.

В отличие от классических групп Балинта, ее экзистенциальная версия не только улучшает эмоциональный контакт врача с пациентами, но и учит его отвечать на вопросы, от которых врачи обычно уклоняются в своей практике, например, на вопросы онкологического больного о неминуемой смерти.

Опыт Balint groups, первоначально ориентированный на врачей общей практики в области соматики, позже распространился на подготовку психотерапевтов. Работа в такой группе, по мнению авторов, направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личных "слепых зон", блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о процессе лечения в противовес "апостольским" установкам врача; психопрофилактика членов группы, основанная на возможности проработки "неудачных" случаев в ситуации коллегиальной поддержки.

Группа состоит из 6-15 человек (предпочтительно 8-10), работающих в одном или разных медицинских учреждениях, но предпочтительно не связанных служебно-иерархическими отношениями. Группа может объединить людей с разным опытом работы, но их участие наиболее эффективно, если у них стаж работы более трех лет. Основным принципом формирования группы является добровольное объединение профессионалов, готовых пересмотреть стереотипы в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Работа в группе может вестись в течение 2-3 лет. В этом случае 4-5-часовые занятия проводятся 1-2 раза в месяц. Если группа сформирована из слушателей краткосрочного обучающего семинара, занятия могут быть ежедневными или с интервалом в несколько дней, но их общее количество должно соответствовать количеству участников. По желанию группы занятия могут быть записаны с помощью видеокамеры или магнитофона. Руководитель группы Балинта специально приглашается для этой работы или избирается участниками. Предметом анализа в группе является обсуждение кейсов из практики ее членов. Это могут быть "трудные" или "неудачные" эпизоды из прошлого, которые продолжают беспокоить врача, вызывая у него неприятные воспоминания, которые остаются для него "непонятыми"; текущие случаи, которые вызывают у врача беспокойство; так называемые фантастические терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых беспокоит врача. Каждый урок посвящен конкретному случаю, о котором рассказывает один из членов группы. История построена в абсолютно свободной форме. Выступающий не ограничен по времени и не прерывается. Для Balint groups нет необходимости готовить отчет,

восстанавливать в памяти и документировать эпизод, произошедший накануне. Спонтанные истории более продуктивны, потому что анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления "слепых зон". В заключение ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по представленному материалу таким образом, чтобы они были сосредоточены на отношениях между врачом и пациентом, а не на технических деталях процесса лечения. Авторы подчеркивают, что задача модератора состоит в том, чтобы удержать группу от "сползания" к личностно безопасному клиническому анализу с его центральным вопросом "Что следует делать с пациентом?", с одной стороны, и от смещения фокуса работы группы в сторону личной психотерапии, вызванного с другой стороны, эмоциональная вовлеченность членов группы и созданная атмосфера доверия и безопасности. По мнению ряда авторов, отклонение группы в ту или иную сторону может носить оборонительный характер и является проявлением избегания обсуждения собственного профессионального опыта, и лидеру приходится "возвращать" группу к обсуждению отношений между врачом и пациентом.

В классической группе Балинта поведение участников не регламентировано. Все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, записываются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Опыт работы с отечественными специалистами подсказал авторам вариант балинтовских групп со структурированными этапами. В частности, на следующем этапе после доклада (вопросы докладчику) всем участникам предлагается задать уточняющие вопросы по кругу. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не заменялись советами, которые перерастают в групповое обсуждение. Часто уже на этом этапе докладчик отмечает, что вопросы, задаваемые членами группы, оказываются более значимыми, чем его собственные, для прояснения описанной им ситуации. Такие вопросы могут быть вынесены на групповое обсуждение вместе с его собственными. На следующем этапе всем членам группы предлагается дать свои ответы на все задания, поставленные по кругу. В отличие от "права" задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, отвечать на его вопросы - "обязанность" всех членов группы. Каждый из ответов или суждений участников расширяет видение ситуации, стимулирует самопознание. Однако наиболее ценными являются свободные ассоциации "похожего случая", высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно отождествляют себя с пациентом. Модератор тщательно следит за сохранением акцента дискуссии на отношениях между врачом и пациентом, оказывает эмоциональную поддержку рассказчику, предотвращает блокирование дискуссий. В критической ситуации группы целесообразно использовать психодраму, в ходе которой "советчику и критику" предлагается реализовать их собственные советы. Роль пациента отводится рассказчику. Обычно это нейтрализует критическое настроение группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в некоторых случаях психодрама может спровоцировать конструктивное понимание со стороны членов группы.

В хорошо функционирующей группе заявления отдельных участников поощряют продолжение дискуссии в форме второго или третьего раунда обсуждения, предметом которого является творческая коллективная разработка предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностного к углубленному - глубокое видение проблемы. Динамика групп Балинта существенно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для того, чтобы заблокировать обычную групповую динамику, запрещена критика ведущего. Заявления о рассказчике, основанные на ситуациях "там и тогда", не поощряются. Динамический подход в группах Балинта предполагает, что эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы, наблюдаемые "здесь и сейчас", соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям врача и его пациента в ситуации, предложенной для обсуждения. Именно наблюдаемые реакции могут быть проанализированы достаточно глубоко и многосторонне. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Задача таких групп состоит не в том, чтобы создать некий конечный продукт, абсолютно истинное видение предлагаемой ситуации, а в том, чтобы расширить сознание членов группы и стимулировать самопознание.

А.А. Александров и др. (1990) описывают использование групп Балинта для обучения групповых психотерапевтов. В целом, группа Балинта в области обучения групповых психотерапевтов направлена на анализ сложных случаев, содержание которых более разнообразно по сравнению с индивидуальной психотерапией, поскольку характеризуется более многочисленными и многомерными переменными. Важной проблемой Balint groups в области групповой психотерапии, по мнению авторов, является разработка методик компактного, структурированного и достаточно содержательного представления исходных данных о конкретном случае. В классической группе Балинта история сложного случая получается богатой информацией, многогранной, трудно поддающейся систематизации, чрезмерной по объему. Для групповой психотерапии, из-за большей сложности психотерапевтического процесса, эта задача оказывается еще более сложной. Здесь могут быть очень полезны вспомогательные материалы и методы: представление стенограммы хотя бы одного группового занятия (магнитофонная или видеозапись); реконструкция социометрических срезов группы; распределение психотерапевтом, представляющим сложный случай, для обсуждения ролей членов анализируемой группы среди участников дискуссии. (включая его самого) с предложением "сценария" важного эпизода; психодраматическое воспроизведение этого эпизода. Основное внимание в обсуждении уделяется различным аспектам взаимодействия и взаимоотношений психотерапевта в изменяющейся групповой ситуации (с отдельным пациентом, группой в целом или одной из ее подгрупп). Такое обсуждение, будучи эмоционально значимым для терапевта, дает ему возможность использовать обратную связь в качестве корректирующего

средства. Эта обратная связь первого порядка (от членов группы к докладчику) может быть дополнена обратной связью второго порядка (от докладчика к участникам обсуждения), которая предоставляет всем членам группы информацию об эффективности их корректирующих действий.

В качестве профилактической меры и для снижения выраженности синдрома эмоционального выгорания автор предлагает создать кабинет психологической разгрузки в этом медицинском учреждении. Она включает в себя улучшенный вариант комнаты отдыха, в которой созданы оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, психотерапевтических и психогигиенических мероприятий. В офисе используется комплексный метод оптимизации психических процессов, условно называемый психологической разгрузкой, который включает физиологические и психологические средства восстановления работоспособности и предотвращения переутомления эмоционального происхождения. Площадь кабинета определяется из расчета не менее 2 кв. м на человека. Шум, вибрация и другие неблагоприятные факторы производственной среды не должны ощущаться в помещении, оно должно быть обеспечено приточно-вытяжной вентиляцией. Оптимальная температура в помещении - +20-22 °С. Помещение оборудовано мягкими креслами с подлокотниками, в которых можно принять полулежачее положение (желательно накрыть стулья полиэтиленовой пленкой и предусмотреть подставки для ног), магнитофоном (с набором кассет), гидроаэроионизатором и, по возможности, кондиционером. В цветовом и световом решении интерьера должны преобладать синие и зеленые тона, которые успокаивают нервную систему. Желательно создать впечатление пребывания на лоне природы. Пол покрыт линолеумом на мягкой основе, гармонирующим с цветом стен. Цветовая композиция дополняется цветным освещением, которое меняется трижды в течение сеанса. Чтобы создать более полную иллюзию пребывания на лоне природы, используются пейзажи, вызывающие положительные эмоции. Это могут быть прозрачные пленки с изображением лесов, морей, озер и т.д., проецируемые на экран с помощью слайд-проекторов. Декоративные элементы – валуны, галька, коряги, вьющиеся растения и т.д. также могут быть использованы для оформления кабинета психологической разгрузки. Основной задачей кабинета психологической разгрузки является восстановление работоспособности на стадии развивающегося утомления. Можно разделить на три периода время, проведенное в кабинете психологической разгрузки:

– отвлекающий (1,5–2 минуты);
– успокаивающий (7–10 минут);
– тонизирующий (2–3 минуты).

В соответствии с задачами этих периодов трижды меняется музыка (по содержанию, громкости и темпу), цвет, уровень освещенности, поза, ритм дыхания и словесные формулировки аутогенной тренировки. В течение первого периода звучит запись пения птиц и популярных мелодий с мягким

мелодико-ритмическим рисунком (громкость до 15-20 дБ). Посетители кабинета психологической разгрузки сидят в креслах в свободной позе с поднятыми ногами, смотрят на проецируемые на экран изображения пейзажей, вызывающих положительные эмоции. На втором этапе включаются зеленые лампы для достижения состояния эмоционального равновесия. Посетители принимают полусидячее положение, способствующее расслаблению мышц, переключаясь на успокаивающий ритм дыхания (короткий вдох и удлиненный выдох). Звучит негромкая мелодичная музыка (до 10 дБ), а в паузах – психотерапевтические формулы, записанные на магнитофон, построенные с учетом характера работы, задач данного периода и требований аутогенной тренировки. Третий период проходит при оранжевом (красном) освещении, его музыкальная программа состоит из веселых, мажорных произведений (марши, спортивные и молодежные песни, энергичная и жизнерадостная танцевальная музыка). Те, кто занимается в кабинете психологической разгрузки, постепенно переходят в положение стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений (глубокий вдох и короткий выдох). Словесные формулы этого периода направлены на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов. В заключение включаются все лампы дневного света, и в сопровождении марша, веселой песни выполняется комплекс физических упражнений с учетом специфики вида работы и возраста людей. Самомассаж полезен людям, занятым тяжелой физической работой. В соответствии с этими тремя периодами желательно менять виды, изображенные на больших слайдах или проецируемые на экран с помощью подсветки. Например, на первом этапе посетители видят изображение леса на закате, на втором этапе – днем, на третьем – на рассвете, во время восхода солнца, когда природа просыпается, воздух насыщается озоном, ощущается приятный запах хвойных деревьев.

С ограниченными возможностями кабинета психологической разгрузки сталкиваются, прежде всего, люди, работающие в условиях повышенной нагрузки на нервную систему, совмещающие работу с учебой, а также те, кто жалуется на переутомление или находится в кризисной ситуации (тяжелая болезнь или смерть близкого человека, чрезмерно напряженная семейная обстановка, частые служебные конфликты и т.д.) отправляются туда.

В отделении психологической разгрузки восстанавливается работоспособность людей, находящихся в стрессовом состоянии, или тех, чья повседневная деятельность протекает в условиях эмоционального стресса. Эмоциональный стресс не только приводит к снижению работоспособности и ухудшению деятельности организма, но и является одной из частых причин нарушений техники безопасности. Пребывание в отделении психологической помощи также помогает предотвратить эмоциональное и аффективное перенапряжение и его негативные последствия у людей, страдающих заболеваниями, вызванными психическим фактором (неврозы, психосоматические расстройства).

Другие психогигиенические мероприятия также могут проводиться в кабинете психологической помощи. К ним относятся:

1) массовое обучение сотрудников различных предприятий приемам психотерапевтической доврачебной самопомощи и, в частности, аутогенной тренировке;

2) активная психопрофилактика рецидивов алкоголизма;

3) эмоционально-волевая подготовка спортсменов (по А.Т. Филатову);

4) дополнительные сеансы психологической разгрузки для работников пенсионного и предпенсионного возраста с целью расширения их трудоспособности;

5) лечебно-профилактическая помощь людям, которые хотят избавиться от хронического никотинизма;

6) психогигиенические беседы, включая демонстрацию слайдов и прослушивание фрагментов литературных и музыкальных произведений, посвященных различным аспектам здорового образа жизни.

В последние годы на предприятиях были организованы кабинеты эмоционально-волевой подготовки и социального тренинга, психологической гимнастики и т.д. В связи с тем, что в их штатном расписании предусмотрены должности психотерапевта или психолога, на их основе решается широкий спектр задач, в том числе психотерапевтических и социально-психологических. Целесообразно открывать кабинеты психогигиенического профиля в медицинских учреждениях, где работа медицинских работников связана с повышенным эмоциональным напряжением, и необходимо быстро восстанавливать трудоспособность (в отделениях хирургии, интенсивной терапии, анестезиологии, на станциях скорой медицинской помощи). В заводских профилакториях и домах отдыха, где должность психотерапевта не предусмотрена, отделение психологической помощи может обслуживать фельдшер, прошедший специальную подготовку по психогигиене, психопрофилактике и психотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе выполнения первой главы курсовой работы мы исследовали историю развития эмоционального выгорания и подчеркнули, что с 2000 года научные исследования сосредоточены на факторах, формирующих синдром эмоционального выгорания. Профессиональная деятельность со временем исследования вышли на иной и более углубленный уровень и выразили научный взгляд на синдром эмоционального выгорания в организации.

Следует отметить, что синдром "эмоционального выгорания" изучался как проявление профессиональной деформации. Также делается вывод о том, что эмоциональное выгорание определяется как механизм психологической защиты, выработанный человеком в виде полного или частичного исключения эмоций для борьбы с различными проявлениями его психологической травмы.

Кроме того, мы изучили динамику и психологические симптомы синдрома "эмоционального выгорания" и пришли к выводу, что очень сильная зависимость от работы приводит к абсолютной депрессии и экзистенциальной пустоте.

Во второй главе курсовой работы изучается состояние проблем деформации в медицинской профессии, а именно:

1. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников;

2. Способ решения проблемы деформации в медицинской профессии.

После этого были сформулированы рекомендации по профилактике профессиональных деформаций медицинских работников.

Таким образом, можно сделать вывод, что поставленные цели и задачи реализуются в ходе курсовой работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамов В. А. Исследование синдрома эмоционального выгорания на этапе мета обзоров. Ч. 1 / В. А. Абрамов, И. С. Алексейчук, А. И. Алексейчук // Журнал психиатрии и медицинской психологи. – 2008. – № 1 (18). – С. 117-123.
2. Абрамова Г.С., Юдиц Ю.А. Психология в медицине. М., 1998.
3. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А.Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
4. Андреева Г. М. Социальная психология : учебник / Г. М.Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2012. – 363 с.
5. Баранов А.А., Сагитова Д.Р. Синдром профессионального «выгорания» как показатель зависимости специалиста от его профессиональной деятельности. //Зависимость, ответственность, доверие: Материалы науч.-практ. конф. - Ижевск: Изд-во УдГУ, 2004. - С. 54.
6. Баринова А.А. Не сгорите на работе. //Природа и человек (Свет), 2003. ~№3.
7. Безносов С.П. Теоретические основы изучения профессиональной деформации личности. СГ16., 1995. - с. 167.
8. Водопьянова Н. Е. Синдром «выгорания» в профессиях системы «человек-человек» / под ред. Г. С. Никифорова и др. – СПб., 2011. – С. 276282.
9. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2014. – 336 с.
10. Доценко О. Н. Эмоциональная направленность как фактор«выгорания» у представителей социономических профессий / О. Н.Доценко // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29, № 5. – С. 91-100.

11. Емельяненкова А. В. Особенности синдрома «эмоционального выгорания» личности специалистов различных профессий системы «человек-человек» / А. В. Емельяненкова, Н. Н. Сафукова // – М., 2014. – С. 106–110.

12. Зеер Э. Ф. Психология профессиональных деструкций: учеб.пос. / Э. Ф. Зеер, Э. Э. Сыманюк. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2012. – 240 с.

13. Картузова А. А. Профессиональная деструкция личности: определение понятия / А. А. Картузова // Педагогика, психология и медикобиологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2014. – № 3. – С. 48–51.

14. Коваленко А.В. Профессиональная деструкция личности : уч.пособ. / сост. А. В. Коваленко, Л. А. Шиканов. – Томск : Изд-во ТПУ. – 2014. – 90 с.

15. Козырева О.А. Основные аспекты отечественных и зарубежных концепций профессионального развития// Дополнительноепрофессиональное образование/О.А.Козырева. - 2012. - №2(48). - С.21-25

16. Козырева О.А. Становление специалиста с позиций современных концепций профессионального образования// Компетентность/О.А.Козырева. - 2012. - №7(98). - С. 6-11.

17. Котова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального выгорания // Учебное пособие. — Красноярск, 2013.

18. Корытова Г. С. Эмоциональное выгорание как проявление защитного поведения в профессиональной деятельности / Г. С. Корытова // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 4. – С. 29-32.

19. Кошелев А.Н. Синдром «белого воротничка» или профилактика «профессионального выгорания». – М.: ГроссМедиаФерлаг, 2008. – 240 с.

20. Леонова А.Б. Психическая надежность профессионала и современные технологии управления стрессом // Вестник МГУ. Сер.14. Психология.– 2007. – № 3.

21. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа / А. Лэнгле // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3-16.

22. Мерзлякова Д.Р. Социальные коммуникации и профессиональное «выгорание». //Коммуникативная природа человека: Материалы Росс, науч.-теор. конф. - Ижевск: Изд-во Удм. ун-та, 2006.

23. Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь / Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. – М., 2012. – 630 с.

24. Ненарт Е. О. Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания с элементами профессиональной деформации личности / Е. О. Ненарт // Вестник Санкт-Петербург. ун-та. сер. 12. – 2008. – № 3. – С. 402-406.

25. Орел В. Е. Профессиональное развитие личности / В. Е. Орел // Общая и прикладная психология: хрестоматия. М. : ТЕИС, 2012. - С. 358 378.

26. Робертс Г. А. Профилактика выгорания / Г. А. Робертс // Обзор современной психиатрии. – 1998. – № 1. – С. 39-46.

27. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Ронгинская // Психол. журн. 2012. - Т. 23, № 3. - С. 85 - 95.

28. Рябова Т. В. Феномен эмоционального выгорания / Т. В. Рябова // Экология и жизнь. – 2015. – № 10 (83). – С. 78-81.

29. 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: КГУ, 2008. – 336 с.

30. Трунов Д. Г. “Синдром сгорания”: позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога, 1998. - №5.

31. Трунов Д.Г. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме. // Журнал практического психолога, 1998. - № 8.

32. Форманюк Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» учителя // Вопросы психологии. 1994. № 6.