

# Синдром эмоционального выгорания у врачей-наркологов: фантом или клиническая реальность?

ПЛОТКИН Ф.Б. Минский городской наркологический диспансер, Беларусь

Приведены краткие сведения об истории изучения проблемы снижения психологической устойчивости человека в профессиональной деятельности. Указаны различные точки зрения на патогенетические механизмы и вообще на семантическое именование процесса, самым распространенным из которых является «синдром эмоционального выгорания». Кратко изложена история становления наркологической службы в СССР, описаны имевшиеся при этом недостатки в кадровой политике. Рассмотрены некоторые особенности людей, выбирающих в качестве профессии медицину, а особенно психиатрию и наркологию. Проведен критический анализ исследований, посвященных синдрому профессионального выгорания у врачей, преимущественно наркологов. Показана несостоятельность большинства этих публикаций с позиций доказательной медицины. Высказываются сомнения в правомерности применения термина «синдром эмоционального выгорания», в частности у врачей-наркологов.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, врачи-наркологи, доказательная медицина

*Что скажут о тебе другие, коли ты сам  
о себе ничего сказать не можешь?*

*Козьма Прутков [29, с.111]*

*Мы не можем обходить сложные вопро-  
сы, которые при желании можно было бы  
счесть мелочами, а влияние этих неу-  
четенных факторов — погрешностью в  
пределах допустимого.*

*Курт Левин [37, с.51]*

**П**роблематика стрессоустойчивости человека в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов различных направлений. В классических исследованиях Селье, а позднее — Лазаруса, Розенмана и Фридмана было показано, что длительное воздействие стресса приводит к таким неблагоприятным последствиям, как снижение общей психической устойчивости организма, появление чувства неудовлетворенности результатами своей деятельности, тенденция к отказу от выполнения заданий в ситуациях повышенных требований, неудач и поражений. Анализ факторов, вызывающих подобные симптомы в различных видах деятельности, показал, что существует ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми. Появился термин *бессильный помощник*, описывающий состояние психической перегрузки в социальных профессиях. «Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой

человек». Эту метафору можно положить в основу исследований психологического феномена — синдрома профессионального выгорания (СЭВ) [68]<sup>1</sup>. Впервые синдром выгорания появился не как исследовательский конструкт, а как социальная проблема. Первоначально его определение базировалось на клинической терминологии. Наблюдение за большим количеством работников показало, что они испытывают постоянное эмоциональное истощение, потерю мотивации и работоспособности. Для обозначения данного феномена американский психолог Н.Фреуденбергер ввел специальный термин «burnout» (выгорание), который ранее использовался для обозначения эффекта хронической зависимости от наркотиков [Freudenberger, 1974] (цит. по [59]). Слово сочетание «психическое выгорание» было употреблено в связи с анализом требований, предъявляемых к социальным профессиям, основное содержание которых составляет межличностное взаимодействие [68]. Одновременно с клиническими наблюдениями этого явления социальный психолог С. Маслач, занимаясь исследованиями когнитивных стратегий, используемых для борьбы людей с эмоциональным возбуждением, установила, что исследуемые феномены оказывают влияние на профессиональную идентификацию и поведение работников (цит. по [59]). Основной причиной «выгорания» Кристина Маслач считала напряженные взаимоотношения профессионала и клиента (цит. по [14]). Уже в научных работах 50-х годов были описаны случаи наличия у людей психических состояний, имеющих симптоматику выгорания, но называющихся по другому [Burish, Shwartz, Will, 1953]

<sup>1</sup> В соответствии с концепцией «хронических житейских стрессов» Р. Лазаруса, особенно патогенна не постоянная, но имеющая хронический характер, очень высокая эмоциональная насыщенность межличностных контактов [36].

(цит. по [59]). Проблема психического выгорания стала предметом научного анализа в середине 70-х годов XX века благодаря многочисленным исследованиям зарубежных психологов (М. Burish, Н. Freudenberger, R. Golembiewsky, M. Leiter, Т. Marek, С. Maslach, А. Pines, W. Schaufeli и др.). Как отмечал в предисловии к книге «Профессиональный стресс и выгорание» ее редактор, директор социальной службы Католического медицинского центра Филадельфии W.S. Paine, «профессиональный стресс и выгорание становятся модными терминами 80-х годов». Интерес к этой проблеме не исчез и в наши дни, о чем свидетельствует большое количество публикаций и аналитических обзоров [78, с.7].

Из встретившихся нам в литературе указаний на возможный процесс выгорания отметим мнение Мишеля Монтеня. В своей книге «Опыты», впервые увидевшей свет в 1580 г., он пишет: «Так как ум наш укрепляется общением с умами сильными и ясными, нельзя и представить себе, как много он теряет, как опошляется в каждодневном соприкосновении и общении с умами низменными и ущербными. Это самая гибельная зараза» [57]. «Работа с большими массами людей, — отмечал в своей вышедшей в 1988 г. на русском языке замечательной книге Иштван Харди, — ведет к своеобразному расстройству, которое можно было бы назвать «отравление людьми»: врач (медсестра) становится раздражительным, вспыльчивым, часто безо всякой видимой причины. Может выработаться и защитная форма поведения: холодность, равнодушие» [88, с.313]. Что же касается психиатров, то вопрос о «профессиональном риске» был поднят еще Ю.В. Каннабихом, который высказывал предположение о возможности «индивидуального помешательства у сотрудников психиатрических больниц (цит. по [97, с.95]). В.А. Концов с соавторами еще в 1988 г. указывали, что «обследование сотрудников наркологических учреждений с использованием методики ММРІ позволяет говорить об их психологическом неблагополучии, что связывается с неблагоприятным влиянием профессиональных факторов на медицинский персонал этих специализированных учреждений» [33]. В свое время мы даже взяли на себя смелость предположить, что высказывание основоположника учения о шизофрении Е. Блейлера о том, что пациенты, страдающие шизофренией, стали для него более чуждыми, чем «птицы в саду» (цит. по [50]), ретроспективно можно расценивать как проявление синдрома выгорания [62]. В литературе встречаются различные термины, характеризующие рассматриваемую проблему. Упоминания об этом феномене можно найти в работах Б.Г. Ананьева, который употреблял термин *эмоциональное сгорание* для обозначения некоторого отри-

цательного явления, возникающего у людей професий типа «человек—человек» и связанного с межличностными отношениями (цит. по [59, с.56]). Ю.П. Поваренков рассматривает синдром выгорания как одну из форм профессиональных деструкций [65]. Встречаются также термины *профессиональная деформация личности* [3], *эмоциональное истощение* [58], *профессиональное выгорание* [80, 95], *синдром психического выгорания* [71], *синдром эмоционального перегорания* [7]. Как отмечает В.Е. Орел, «нет однозначной точки зрения на само определение выгорания, его основные симптомы и механизмы возникновения; имеются противоречивые взгляды относительно динамики возникновения выгорания; недостаточно проработаны вопросы связи выгорания и его влияния на различные подструктуры личности [59, с.57]. По мнению Glenn A. Roberts, «выгорание — это не научный конструкт, а напоминающаяся и неточная метафора; несомненно, это новое название старой проблемы» [102]. «С лексической точки зрения, — считает В.Е. Орел, — термин «burnout» переводится как «выгорание» («перегорание»). Термин *сгорание* имеет совершенно иной перевод — «combustion». Однако отличие кроется не только в формально-лексических различиях, но и в семантике. Оба термина, по нашему мнению, несут самую разную смысловую нагрузку. Термин «сгорание» представляет собой заключительный акт, результат преобразований регрессивного характера... Специфика же выгорания заключается в том, что личность может достаточно хорошо исполнять свои профессиональные обязанности, но внутри она чувствует себя опустошенной» [59, с.73—74]. Некоторые авторы (М. King, L. Morrow) не приняли сам термин «выгорание», считая его слишком неопределенным и во многом совпадающим с симптомами посттравматического стрессового расстройства и депрессии либо рассматривая его как «странную психиатрическую химеру» (цит. по [97]). В.Е. Орел считает важным «определение места феномена выгорания в структуре других понятий, связанных с профессиональным развитием личности. Прежде всего требуется дифференцирование этого понятия от существующего у нас термина «профессиональная деформация» [60]. Е.И. Лозинская подчеркивает, что «границы феномена СЭВ остаются нечеткими. Неясными по-прежнему видятся соотношения синдрома выгорания с профессиональным стрессом, профессиональными кризисами и профессиональными деформациями» [41, с.115]. Условия профессиональной деятельности нередко могут быть также причиной синдрома хронической усталости. В настоящее время понятия *синдром хронической усталости* и *синдром эмоционального выгорания* разграничивают, однако

достаточно часто они встречаются вместе [71, с.361]. Некоторые авторы не расценивают «выгорание» как новый клинический феномен, а считают его во многом совпадающим с так называемым травматическим стрессом [95, с.17]. Данные современных исследований наглядно показали, что выгорание отличается от других форм стресса как концептуально, так и эмпирически, и, следовательно, это не просто «побочный» синоним более устоявшихся обозначений стресс-симптомов [9, с.323]. Актуальной также является проблема дифференциации синдрома эмоционального выгорания от клинически верифицированных выраженных форм пограничных психических расстройств, в структуре которых доминируют симптомы тревожного ряда, а также депрессивные нарушения [37, с.6]. Проблема выгорания далеко вышла за рамки психологии, превратившись в междисциплинарную. В исследование данного феномена активно включились представители медицины, педагогики, социологии и т.п. Появившееся большое количество эмпирических исследований синдрома выгорания, безусловно, было положительным моментом в истории развития данного направления в нашей науке. Однако, как известно, это «палка о двух концах», и поток конкретных эмпирических исследований породил хаос в умах ученых относительно структуры и симптомов выгорания, источников его происхождения, места выгорания в системе понятий изучаемых его дисциплин. Это стало причиной большого континуума взглядов на данный феномен — от отказа ему в научном содержании и помещения в сферу житейских представлений «типа сгорел на работе» до излишне расширительной трактовки, когда термин *выгорание* превратился в злоупотребительное слово, и им обозначали любой психический феномен от профессионального стресса до стилей жизни. [78, с.7]. Важность четкого определения понятий подчеркивал Thomas Szasz: «Тот, кто контролирует лексику, контролирует социальную реальность» (цит. по [4])<sup>2</sup>.

Существует четыре разновидности теоретических подходов к описанию источников СЭВ. Индивидуальные подходы обращают особое внимание на роль и процессы внутри личности, в то время как межличностные фокусируются на взаимоотношениях с другими личностями в процессе работы. Организационные подходы делают упор на важность организационного начала, тогда как социальные акцентируются на более широкие социальные и культурные аспекты. Эти четыре разновидности в подходах к проблеме выгорания не являются взаимно исключительными [37, с.7].

«В настоящее время, — отмечают акад. П.И. Сидоров с соавторами, — нет единого взгляда на структуру синдрома «burnout», но, несмотря на это, можно сказать, что он представляет собой личностную деформацию вследствие эмоционально затрудненных и напряженных отношений в системе человек—человек» [71, с.363]. Основным предрасполагающим фактором «выгорания» является продолжительность и чрезмерная рабочая нагрузка в ситуациях напряженных межличностных отношений. В связи с этим синдром «выгорания» характерен для представителей коммуникативных профессий: врачи, медицинский персонал, учителя, психологи, психиатры, психотерапевты, представители различных сервисных профессий, а также все категории руководителей-менеджеров [71, с.365]. Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям (медицинские работники, учителя, психологи, социальные работники, спасатели, работники правоохранительных органов, пожарные, продавцы-консультанты) [71, с.366]. Проведенные в различных странах исследования показывают, что особой «группой риска» являются учителя [18].

До настоящего времени вопрос о нозологической принадлежности синдрома выгорания окончательно не решен. Некоторые исследователи рассматривают его в рамках «расстройств адаптации» (F43.0) или «Неврастении» (F48.0), другие считают его болезнью современного общества или расценивают как один из вариантов хронической усталости или переутомления. ВОЗ признала, что «синдром выгорания» является проблемой, требующей медицинского вмешательства. В МКБ-10 «синдром выгорания» выделен в отдельный диагностический таксон — Z73 (проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни) и шифруется Z73.0 — «выгорание» (burnout) [53].

Имеются определенные разногласия по поводу отдельных факторов, влияющих на причины и темпы формирования СЭВ. Так, вопреки мнению основательницы учения о СЭВ, М.М. Скугаревская, как, впрочем, и некоторые другие исследователи, делает заключение «о том, что интенсивность контакта с пациентами не является ключевой в формировании СЭВ» [76, с.105]. В.Д. Вид и Е.И. Лозинская заключают, что «проявление синдрома перегорания не зависит от возраста респондентов. Это позволяет предположить, что на проявление синдрома не влияет длительность профессиональной деятельности, а скорее, культурно обусловленные условия работы и отношение к ней». По их мнению, «частота проявления синдрома коррелирует с терапевтической идеологией врача. Психотерапевтиче-

<sup>2</sup> Некоторые проблемы применения терминов в наркологии обсуждались нами ранее [64].

ски ориентированные психиатры оказались менее затронуты синдромом выгорания, чем биологически ориентированные. Таким образом, биологический уклон в лечебной идеологии чреват негативными последствиями как для психиатров, так, следовательно, и для их пациентов» [7]. Проведенный же В.В. Лукьяновым корреляционный анализ для общей группы психиатров-наркологов между показателями синдрома эмоционального «выгорания», возраста и стажа профессиональной деятельности, напротив, указывает на значение последних в формировании синдрома «выгорания» [43, 44, 47, 48]. Им установлены достоверные отличия симптомов «эмоционального выгорания» у наркологов в зависимости от возраста и стажа профессиональной деятельности [45]. Такую же зависимость подтверждает и В.М. Волобаев [11].

В зарубежной и отечественной литературе СЭВ, характерный для лиц коммуникативных профессий, оказывающих помощь больным и пострадавшим или работающим с населением, описан достаточно подробно. В различных источниках приводится от 120 до 150 различных симптомов выгорания [11]. Детально разработаны мероприятия, направленные на профилактику развития и коррекцию СЭВ у врачей [10, 37, 46, 51, 79, 82, 85, 93—95, 101]. Укажем здесь лишь на тот факт, что сотрудники Института мозга человека РАН (Санкт-Петербург) рекомендуют для лечения синдрома выгорания даже применение в виде внутримышечных инъекций пептидного биорегулятора кортексина [91].

Весьма существенным является то обстоятельство, что СЭВ не только неблагоприятно отражается на состоянии психического и соматического здоровья медицинского работника, но и существенно снижает качество медицинской помощи, на что обращают обычно мало внимания [2, 72]<sup>3</sup>. «Люди, имеющие служебное, деловое отношение к чужому страданию, — писал А.П. Чехов в рассказе «Палата №6», — например, судьи, полицейские, врачи, с течением времени, в силу привычки, закаляются до такой степени, что хотели бы, да не могут относиться к своим клиентам иначе, как формально» [90].

На сегодняшний день в литературе, посвященной синдрому выгорания, указывается на значительное расширение сфер деятельности, подверженных такой опасности, где контакт с людьми вообще не характе-

рен, например, программисты [66, 71, 72]. Описаны, к примеру, проявления СЭВ у работников атомной отрасли, где подверженными профессиональному стрессу оказались 60% обследованных [19]. Поскольку напряженные условия работы встречаются в любой профессии, следует ожидать появление в ближайшее время работ с описанием разнообразной симптоматики у представителей самых разных сфер трудовой деятельности, причем именоваться эти расстройства будут чаще всего как «синдром эмоционального выгорания». Более того, появляются описания аналогичной клинической картины уже даже не у врачей или других специалистов, а у пациентов, которые авторы также называют «синдромом эмоционального выгорания» [16]. Если же «изучение» СЭВ и далее пойдет в таком же темпе, то в самое ближайшее время его начнут обнаруживать у своих пациентов педиатры. Не заставит себя долго ждать и «доказательство» наследственной передачи СЭВ по доминантному признаку.

Литература на тему выгорания уже к 1997 г. насчитывала более 2500 статей и книг (цит. по [7]). Количество отечественных работ на эту тему в последние годы растет лавинообразно: статьи, диссертации, руководства, монографии. Многие из них посвящены описаниям проявления СЭВ у врачей-психиатров и наркологов. В некоторых работах именно эти специалисты предстают как невинные жертвы среды, тяжелых условий работы и других внешних обстоятельств, а также не в последнюю очередь и «нехороших» пациентов<sup>4</sup>. Мысли о тяжелой доле наших несчастных коллег вышибают от сочувственного читателя слезу. Впору потребовать от профсоюза медицинских работников (если еще где-то остались свободные профсоюзы)<sup>5</sup> инициировать процесс признания СЭВ профессиональным заболеванием, дающим право на назначение группы инвалидности (желательно при этом, правда, чтобы сохранялось и право на работу). Прежде чем детально рассмотреть соответствующие научные публикации в этой области и прокомментировать их, мы вынуждены для наших молодых коллег сделать небольшой исторический экскурс. Сложившееся в середине 70-х годов на большинстве крупнейших в СССР заводах с многотысячными коллективами, и, прежде всего в Москве и Ленинграде, положение с катастрофической нехваткой неквалифицированной рабочей силы, грозящее остановкой производств, потребовало принятия экстрен-

<sup>3</sup> «Мы так часто оказываемся жертвой мифологических представлений о Должном, — констатирует Н.А. Зорин. В медицине в эти ловушки нередко попадает начинающий врач. Уже по мере обучения в институте он постепенно избавляется, например, от обывательского мифа о розовом романтизме своей профессии... Со временем потесненные профессиональным цинизмом блекнут и более прочные конструкты, как-то медицинский Гуманизм» [25].

<sup>4</sup> «Пора бы нам перестать, — писал Ф.М. Достоевский, — апатически жаловаться на среду, что она нас заела. Это, положим, правда, что она многое в нас заедает, да не все же, и часто иной хитрый и понимающий дело плут преловко прикрывает и оправдывает влиянием этой среды не одну свою слабость, а нередко и просто подлость, особенно если умеет красно говорить или писать» [20].

<sup>5</sup> 14 августа 2010 г. исполняется 30 лет со дня основания профсоюза «Солидарность» в Польше, сыгравшего немаловажную роль в предстоящем распаде коммунистической системы.

ных и неординарных мер. И оригинальное решение было найдено, причем такое, которое могло быть реализовано только в условиях существовавшей тогда в СССР командно-административной системы. В 1976 г. в СССР наркология была официально выделена в самостоятельную отрасль медицинской научной и практической деятельности<sup>6</sup>. Руководство новой отраслью медицины было возложено на Э.А. Бабаяна, занимавшего в то время пост начальника Управления по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники Минздрава СССР. Он был назначен Главным наркологом Советского Союза и многие годы занимал этот высокий пост. В рамках этого проекта были организованы наркологические стационарные отделения при промышленных предприятиях, причем большинство этих отделений располагалось непосредственно на территории завода или фабрики. Важнейшим элементом лечебного процесса для алкоголиков была «назначена» трудотерапия, проводимая прямо на этом же предприятии, а сроки лечения специальным приказом Минздрава СССР были определены в размере до 4 мес. Отказ пациента от такого лечения мог незамедлительно обернуться для него отправкой на лечение в лечебно-трудовой профилакторий (ЛТП). И здесь мы снова вынуждены пояснить, что советская наркология «исповедовала» репрессивную немедицинскую стратегию в оказании помощи зависимым пациентам. Ярким тому примером являлась принудительная терапия больных алкоголизмом и наркоманиями в условиях лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), в которые пациент направлялся не на лечение, а на «исправление от вредной привычки и аморального (паразитического) образа жизни» [54]. По мнению В.Д. Менделевича, «недекларируемой целью «принудительного лечения» является все же не повышение эффективности лечения, а социальная изоляция пациента» [55]. В Российской Федерации под давлением общественности и правозащитных организаций практика принудительного лечения зависимых пациентов отменена более 15 лет назад<sup>7</sup>. В Беларуси фактически признано, что применение мер медицинского или социального характера в отношении ряда зависимых от алкоголя пациентов неэффективно. Доказательством тому является существование в Республике Беларусь лечебно-трудовых профи-

лакториев (ЛТП), которые, несмотря на попытку замаскировать их сущность применением благозвучного эвфемизма, являются типичными пенитенциарными учреждениями, находящимися в системе МВД, куда пациенты решением суда направлялись на срок до 2 лет, и где за колючей проволокой и решеткой им проводилось лечение алкоголизма с применением аверсивной (условнорефлекторная терапия — УРТ) и сенсibiliзирующей (тетурам, метронидазол, фуразолидон) терапии<sup>8</sup>.

Экстенсивное развитие системы специализированной помощи зависимым пациентам на начальных этапах существования наркологии повлекло за собой рекрутирование в эту систему большого числа слабо подготовленных специалистов, главным образом, из числа врачей не психиатров. Так, имея за плечами 10—15-летний стаж работы патологоанатомом или травматологом, дерматологом или инфекционистом и т.п., не сумевши утвердиться в своей профессии, сменив из-за конфликтов с пациентами и коллегами несколько мест работы, можно было одним росчерком пера руководителя органа здравоохранения стать наркологом. Преимущества новой работы для этих врачей становились очевидными — настоящая синекюра: более высокая заработная плата, намного более длительный отпуск, никаких проблем с диагностикой<sup>9</sup>, ограниченный 10—15 препаратами арсенал применяемых лекарственных средств, практическое отсутствие ночных дежурств, крайне редкие летальные случаи<sup>10</sup>, отсутствие необходимости купирования возникающих психических состояний (такие пациенты психбригадой скорой помощи переправлялись в психиатрические учреждения) и пр. Многие наши новые коллеги, как и в случаях, описанных ранее В.И. Литвиненко [40], отличались повышенной конфликтностью и амбициозностью, у них отмечались личностные особенности в виде неспособности вчувствоваться в переживания больного, а также прямолинейность и безапелляционность, излишняя директивность, деспотичность, холодность и равнодушие, фамильярность, неосознанное стремление ограничить время контакта с больным.

Рассмотрим в связи с этим некоторые особенности людей, выбирающих в качестве профессии психиатрию и наркологию. По наблюдениям Richard Tillet, имеются

<sup>6</sup> Негативные последствия этого решения лишь с течением времени стали очевидными, но еще в 1990 г. доклад Э.А. Бабаяна, в котором «на основании целенаправленных комплексных исследований с междисциплинарных позиций обоснована с медико-социальных и правовых позиций актуальность создания в стране специализированной отрасли медицины — наркологии», послужил основанием для присуждения ему ученой степени доктора медицинских наук [1].

<sup>7</sup> Отметим, что в настоящее время в Российской Федерации рассматривается вопрос о возобновлении работы ЛТП.

<sup>8</sup> Обсуждение вопроса об эффективности проведения психотерапии у пациентов, находящихся в тюремной робе, оставим за рамками данной статьи.

<sup>9</sup> Диагностика коморбидной патологии и до сих пор является редким событием в практике нарколога. Некоторые причины и последствия такого положения рассмотрены нами ранее [63].

<sup>10</sup> Смерть пациентов даже молодого возраста воспринималась обычно родственниками как избавление и на нашей памяти крайне редко вызвала с их стороны претензии в недостаточном лечении и пр.

данные, «позволяющие предположить, что многие люди выбирают медицинскую профессию в связи с тем, что их собственные психические расстройства делают их уязвимыми к психологическому стрессу — это так называемый «синдром медицинской профессии». Среди медицинских работников в целом отмечается повышенный уровень психиатрической заболеваемости, часто встречаются тревожные расстройства, депрессии, суицидальные попытки, злоупотребление алкоголем и наркотиками [103]. Malan (1979) описал «синдром обслуживающих профессий», при котором специалист «навязчиво дает другим то, что он хотел бы иметь сам, что приводит к выраженному нарушению эмоционального баланса» (цит. по [103]). Jacobs (1991) использует понятие «конструктивная месть», чтобы показать, что многие медицинские работники в своей профессиональной деятельности руководствуются желанием компенсировать вред, нанесенный в прошлом, сублимируя желание мести в сознательное желание возмещения эмоций (цит. по [103]). Потребность заботиться о других в определенной мере возникает из нашей бессознательной идентификации с ролью пациента, на основе проекции наших собственных неудовлетворенных эмоциональных потребностей... Лица, у которых впечатления раннего детства особенно отклоняются от нормы, чаще имеют значительный невротический компонент в структуре своей профессиональной роли и представляют собой группу повышенного риска [103].

Вообще же, по материалам американских исследователей, до 60% специалистов, занятых в сферах, связанных с «помогающими» профессиями — врачи, психологи, социальные работники и другие члены «команд» лечебных центров — сами воспитывались в дисфункциональных семьях, которые в большинстве своем имели проблемы со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Как правило, «эти люди выполняют роли «героев» со всеми свойственными им типами психологических установок, паттернами мышления и поведения. Внутренние душевные раны, закрепленные в детстве, чувство вины толкают их в зрелом возрасте к попыткам решать свою зафиксированную внутреннюю проблему через оказание эффективной (прежде всего быстрой) помощи другим людям» [83].

Данная ситуация хорошо отражена в психоаналитической литературе и рассматривается как перенос и «комплекс Спасителя» [92]. По мнению А. Адлера, нередко «выбор профессии является попыткой компенсировать комплекс неполноценности, возникший в детстве» (цит. по [95, с.104]). «Внутренний мир ребенка, — по наблюдению П. Холмса, — содержит памятные следы объектных отношений «расстроенный малыш — успокаивающая мать». Со временем внутренний объект «успокаивающая мать» сможет поддержать и приободрить его, даже когда реальной матери не будет рядом.

Ребенок, которому не хватило этой позитивной интернализации, будет продолжать поиски утешителя и покоя во внешнем мире, пытаясь найти их, уже, будучи взрослым, во взаимоотношениях с людьми или в наркотиках и алкоголе. Впоследствии через процесс интроективной идентификации ребенок сможет сам обеспечивать комфортом и утешать своих кукол и, возможно, других людей. Способность быть «утешителем» станет ролью в его «Я» — представлении и войдет (если не будет вытеснена) в ролевой репертуар» [89, с.208—209].

По мнению И. Ялома, «свой страх изоляции индивид обычно пытается ослабить с помощью межличностных контактов: он нуждается в присутствии других, чтобы утвердить свое существование; стремится быть поглощенным другими, представляющими в его глазах более могущественные фигуры, или уменьшить свое ощущение одинокой беспомощности, поглощая других; пытается возвысить себя через других» [99, с.443]. Lief (1971) считал, что, по меньшей мере, треть студентов, избравших медицину в качестве профессии, руководствовались бессознательными невротическими побуждениями, неразрешенными конфликтами детского возраста.

Многие авторы полагают, что выбор медицинской профессии может служить формой защиты против чувства тревоги и бессилия, которые возникают вследствие переживаний, связанных с болезнью или смертью членов семьи (цит. по [37, с.38]). Некоторые люди, по мнению Ирвина Ялома, «имеют высокую исходную тревогу смерти и именно поэтому, в поисках собственного облегчения, выбирают сферу психического здоровья» [99, с.59]. «При ощущении обладания властью, — продолжает И. Ялом, — сознательные страхи смерти ослабевают, но более глубокие страхи, отчасти обусловившие выбор профессии, продолжают действовать. Когда ужас перед смертью особенно велик, он дополнительно нарастает еще и от того, что агрессивные импульсы не могут целиком трансформироваться в процессе мирной сублимации. Высокомерие и агрессия нередко проистекают из этого источника» [99, с.144]. Приведем здесь также и мнение Александра Лоуэна: «В контексте терапевтического процесса как власть, так и воля представляют собой негативные силы, препятствующие исцелению. Власть находится в мозгу у терапевта, поскольку он рассматривает себя как посредника, который в состоянии вызвать в пациенте желательные изменения. Своим осознанным разумом терапевт может понимать, что не в силах изменить пациента, но имеющееся у него знание психологических нюансов, лежащих в основе дискомфорта или дистресса пациента, может давать ему ощущение власти, если сам он, подобно большинству людей в нашем культурном круге, представляет собой нарциссическую

личность и нуждается во власти для поддержания самомнения и собственного внутреннего имиджа» [42, с.410—411]<sup>11</sup>.

Нам приходилось наблюдать коллег, которые испытывали чуть ли не удовольствие, назначая пациентам инъекции сульфозина<sup>12</sup>. Естественно, что в те годы ни о каком принципе «информированного согласия» не было и речи, а отказ от подобного «лечения» рассматривался как отказ от лечения вообще и мог привести к направлению больного в ЛТП. Такую ситуацию хорошо иллюстрирует мнение известного английского психиатра и психотерапевта Р. Скиннера: «Существует естественная склонность уменьшать собственную боль путем распространения ее вокруг себя, и чем хуже тебе, тем более злобно ты относишься к другим. Это срабатывает лучше всего, если у тебя есть возможность заставить других чувствовать *гораздо более* (курсив — Р. Скиннера) сильную боль, чем испытываешь ты, так что в сравнении с ними ты можешь чувствовать себя счастливым» [75, с.148]<sup>13, 14</sup>.

У некоторых наших коллег отмечалась потребительская ориентация в отношении других членов коллектива, больных и вообще работы, т.е., как верно подметил В.М. Волобаев, «подход к трудовой деятельности не как к призванию, а как к работе» [12]. Для них принадлежность к профессии, профессиональной группе позволяла ощущать свою значимость даже тем, кто по выражению Э. Фромма (1994), «...сам по себе мало что значит и не имеет особых оснований гордиться своей персоной» [87, с.252]. С участием бессознательных механизмов возможность руководить другими людьми укрепляет самоуважение некоторых сотрудников, что является одной из причин патернализма. Но укрепление собственной личности не за счет саморазвития, а за счет унижения и подавления другой личности, низведения ее до объекта воздействия и манипуляций приводит к про-

тивоположному результату — профессиональной деформации. Чем ниже уровень профессионального развития, тем больше подвержен врач профессиональной деформации и профессиональной фрустрации. В этом случае их экзистенциальные потребности удовлетворяются через профессиональную идентичность. «Некоторые психиатры, — писал Генри Миллер, — всего лишь такие же жалкие, такие же измученные страхом человеческие создания, как и их пациенты, которые обращаются к ним в поисках облегчения... Вместо того, чтобы просто оставаться людьми, они пытаются исцелять и обращать в свою веру, стать дарующими жизнь спасителями для того только, чтобы в конце обнаружить, что распяли самих себя...» [56].

У некоторых из наших коллег пессимизм и терапевтический нигилизм в отношении лечения аддикций приводил к увлечению фармакологическими методами лечения в ущерб психо- и социотерапевтическим мероприятиям<sup>15</sup>. Проводимая психотерапия сводилась в основном к рассказам о токсическом действии алкоголя на различные органы и системы человеческого организма, да большего, впрочем, и нельзя было требовать от врачей, не имеющих никакой подготовки в области психиатрии, медицинской психологии и, конечно же, психотерапии<sup>16</sup>. Хорошо иллюстрирует сложившуюся в то время в наркологии ситуацию, как нам представляется, мнение Н.А. Зорина (отдел информатики и системных исследований Московского НИИ психиатрии), хотя и высказанное по другому поводу: «Психоанализ, который и раньше рекрутировал в свои ряды не самых здоровых людей, пополнился изрядным количеством перверзных и по-иному патологических или примитивных личностей, которым уже не чинило препятствий сколько-нибудь профессиональное сообщество и которым аналитическая практика позволяла выме-

<sup>11</sup> Объективности ради приведем здесь также мнение известного психотерапевта Адольфа Гугенбюль-Крейга: «Утверждение о том, что большинство врачей руководимо деструктивным началом, не выдерживает критики. В конце концов, человек выбирает себе профессию медика для того, чтобы помогать людям, и нет никаких оснований полагать, что им двигают в первую очередь разрушительные мотивы [17, с.63]. Об этом же пишет и Н.А. Зорин: «Я далек от мысли, что честные люди перевелись, и что никто более не выбирает профессию врача «по призванию», а последняя начисто лишена романтизма» [25].

<sup>12</sup> Сульфозин (не путать с противомикробным препаратом сульфазином) представляет собой 1%-ный раствор серы в персиковом масле. Внутримышечные инъекции его вызывают значительный подъем температуры тела, чрезвычайно болезненны и могут привести к некрозу мышечной ткани. Сульфозин был любимым средством адептов «карательной медицины».

<sup>13</sup> Тертуллиан утверждал, что «главное удовольствие рая — смотреть на муки страждущих в аду» (цит. по [61]).

<sup>14</sup> Сообщаемые российскими СМИ ужасающие факты жестокого обращения с гражданами сотрудников милиции позволяют предположить, что определенная часть наших сограждан с подобными личностными особенностями и не имеющие, к счастью, медицинского образования, охотно идут на службу в органы внутренних дел. Реализовать там свои «таланты» удастся столь многим из них, что население начинает воспринимать сотрудников милиции как представителей оккупационных властей.

<sup>15</sup> «Медико-центристская (патерналистская, манипуляционная) терапевтическая модель, — считают Р.И. Теркулов с соавторами, — явное преобладание ее над биопсихосоциальной (клиентцентрированной, развивающей) ведет к однобокому развитию системы наркологической помощи — в ущерб пациентам, их здоровью, их будущему» [83].

<sup>16</sup> Лучший отклик на такую психотерапию встретился нам у поэта Игоря Губермана:

«О том, что водка разрушает печень,  
Твердят нам доктора в глухие уши.  
Но печень мы при случае подлечим,  
А трезвость иссушает наши души».

щать их собственные комплексы на анализируемых, нередко принося прямой вред» [26].

Нами проанализированы некоторые отечественные диссертационные работы и статьи, посвященные проявлениям СЭВ у врачей различных специальностей, в том числе и наркологов<sup>17</sup>. По данным П.И. Сидорова, почти 80% врачей-психиатров и психиатров-наркологов имеют признаки СЭВ различной степени выраженности [70]. Л.Н. Юрьева обследовала 100 психиатров Восточной Украины и у 79% выявила признаки различной степени выраженности [96]. М.М. Скугаревская в своей кандидатской диссертации сообщает об обследовании 271 чел. (врачи-психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты и медицинские психологи). Признаки СЭВ различной степени выраженности выявлены ею у 78,7% респондентов [76]. С.А. Игумнов с соавторами при обследовании 100 врачей-наркологов с различным стажем работы не выявили полностью сформировавшейся фазы «эмоционального выгорания» ни в одной группе [28]. В.В. Лукьянов с соавторами обследовали 200 психиатров-наркологов России и Беларуси. При этом они сообщают лишь названия различных использованных методик, не приводя окончательных результатов [49]. В.В. Лукьянов также сообщает, что при изучении СЭВ у 117 врачей-наркологов в 29% случаев установлено наличие сложившихся симптомов фазы «истощения» [45]. Л.И. Ларенцова и Л.М. Барденштейн сообщают, что более половины из обследованных ими 150 стоматологов имеют СЭВ по одному или нескольким показателям [37]. Л.И. Ларенцова с соавторами обследовали 120 врачей (по 30 невропатологов, хирургов, терапевтов, стоматологов) и установили «высокий уровень выраженности отдельных компонентов эмоционального выгорания» [38]. Н.В. Якушкин с соавторами при обследовании 82 чел. (сотрудники МЧС, психологи, терапевты, невропатологи, 10 наркологов и 14 психиатров) именно у наркологов и психиатров выявили наиболее высокие показатели СЭВ [98]. Е.А. Жукович пишет о наличии СЭВ в сформированной фазе напряжения у 25,01% студентов 4-го курса и в сформированной фазе истощения у 22,58% студентов 5-го курса медико-профилактического факультета медуниверситета [22]. Ю.В. Сугако и Т.П. Крупская, обследуя студентов 5-го курса медуниверситета, лишь у 28% испытуемых не смогли выявить сложив-

шие симптомы и сформировавшиеся фазы СЭВ [81]. О.Н. Замбжицкий и М.В. Катковская обследовали 104 студентов 3-го курса и 80 студентов 5—6-го курсов медуниверситета и установили, что у 14,4 и 37,5% соответственно сформировался СЭВ [23].

Особенно интересным представляется нам вопрос о наличии СЭВ у врачей-стоматологов. Среди причин стресса у этих специалистов Л.И. Ларенцова и Л.М. Барденштейн отмечают перегрузки от профессиональной деятельности, финансовые неудачи, особенности взаимоотношения врача с пациентом, неудовлетворительные взаимоотношения в рабочем коллективе, проблемы профессионального роста и карьеры, низкий авторитет профессии и отсутствие должного общественного имиджа [37]. Особо подчеркивается «конфликтная личность пациента, который пытается за счет необоснованных претензий решать свои личностные и материальные проблемы» [37, с.87]. Конечно же, коллегам-стоматологам следует посочувствовать. Укажем при этом, что у большинства из них общение с пациентами происходит чаще на не вербальном уровне и сводится в основном к указанию пациентом пальцем на больное место. Как нам представляется, висящий на стене в стоматологическом кабинете лозунг «Время — деньги» был бы все-таки более уместен, чем «Светя другим — сгораю». Справедливости ради следует все же признать, что стоматологи в отличие от наркологов стараются устранить не только симптомы заболевания, но и его причину. В доступной литературе нам не встретились исследования, посвященные проявлениям СЭВ у врачей, в профессиональной деятельности которых трансферные отношения с пациентами не возникают: врачи лабораторной диагностики, рентгенологи, патологоанатомы и т.п. (за исключением диссертационной работы М.М. Скугаревской)<sup>18</sup>.

Появление большого количества работ по рассматриваемой проблеме объясняется, конечно, интересом к новой теме, но может быть, не в последнюю очередь, и относительно несложной методикой подготовки такого материала. *Modus operandi* в этих случаях прост: дается более или менее подробное описание симптомов «выгорания», взятое из опубликованных ранее работ (нередко без ссылок на конкретные источники); далее приводятся результаты обследования ничем не обоснованного количества тех или других респондентов с ис-

<sup>17</sup> При этом интересно отметить, что совершенно отсутствуют работы, в которых бы исследовались процессы СЭВ у врачей, работающих в учреждениях негосударственной формы собственности или вообще занимающихся частной практикой, к примеру, в наркологии в виде «выведения из запоя круглосуточно на дому» или же проводящих сеансы плацебо-опосредованной суггестии, которая, по меткому замечанию Е.М. Крупницкого и А.В. Борцова, «по сути, является сциентистски декорированным шаманством» [34]. Имеются лишь противоречивые указания на разницу в выраженности проявления тревоги у стоматологов, работающих в государственных клиниках и в частных структурах [37, 38].

<sup>18</sup> Имеется лишь указание на профессиональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов, где эти отношения, как нам представляется, несколько своеобразны [52].



пользованием в основном опросника MBI, состоящего из 22 вопросов, достаточно незамысловатого в работе, не требующего сложных интерпретаций<sup>19</sup>; затем простая, иногда не совсем валидная статистическая обработка (а нередко и без нее)<sup>20</sup>, и статья готова. «Подавляющая часть статей и книг, — констатирует Н.Е. Водопьянова, — написанных на тему выгорания с 1974 г. до 1980-х годов, не могли быть признаны научными исследованиями, поскольку содержали лишь описательные характеристики и отдельные примеры из практики. Положение существенно изменилось после создания «Опросника для выявления выгорания» — MBI (Maslach Burnout Inventory), разработанного американскими психологами К. Маслач и С. Джексоном [Maslach C., Jackson S.E. (1986). *The Maslach Burn-Out Inventory Manual (2<sup>nd</sup> edn.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.]. Это снабдило исследователей психометрическим инструментом, позволявшим использовать более стандартизированный и научный подход к изучению рассматриваемого синдрома» [9]. Опросник MBI содержит 22 утверждения: эмоциональное истощение — 9 утверждений, деперсонализация — 5, редукция персональных достижений — 8. Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старшенкова рекомендуют собственный опросник «Профессиональное выгорание», содержащее, как и MBI, 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности, и разработанный ими для инженерно-технических работников, коммерческого персонала, сотрудников правоохранительных органов, медицинских работников, консультантов фонда социальной защиты [9]. М.М. Скугаревской разработана собственная анкета, состоящая из 52 утверждений [76]. «Опросник поведения и переживания, связанного с работой — АВЕМ», предлагаемый Т.И. Ронгинской, содержит 66 утверждений [68]. Аналогом MBI может служить предлагаемая В.В. Бойко «Методика выявления уровня эмоционального выгорания», состоящая из 84 утверждений [67]. Более того, Н.Е. Водопьянова указывает на возможность даже экспресс-оценки выгорания с помощью теста, состоящего всего из 10 утверждений (ответы «да» или «нет»). Приведем

пример лишь одного из них: «За последние три месяца мне не попала в руки ни одна специальная книга, из которой я почерпнул бы что-нибудь новенькое» (?!) [9, с.222]<sup>21</sup>. Особо подчеркнем, что изначально опросник MBI предназначался только для профес- сий, которые предполагают интенсивные межлич- ностные взаимодействия. При всем при этом полно- стью игнорируется положение, которое совершенно справедливо подчеркивают Е.М. Крупицкий и А.В. Борцов: «Все используемые диагностические методики должны пройти валидизацию в той язы- ковой и культурной среде, в которой их планирует- ся применять. Это особенно важно потому, что при переводе опросников на другой язык их диагно- стические свойства могут отличаться от оригина- ла» [34]. Как справедливо заметил Курт Левин, «от- веты на вопросы — это не констатация факта, а ско- рее реакция на ситуацию, которая определяется не только задаваемыми вопросами, но и другими факто- рами (ситуацией этого человека, его особенностями и др.); в этом смысле любые опросники представляют собой своего рода проективный материал» [39, с.53]. По мнению Жана Бодрийера, «тест и референдум представляют собой идеальные формы симуляции: от- вет подсказывается вопросом, заранее моделирует- ся/обозначается [design-ee] им [6, с.134]. В своей книге «Символический обмен и смерть» он, ссылаясь на М. Тора, пишет: «Ответ на вопрос определяется не вопросом как таковым, в той форме, в какой он был поставлен, но тем, какой смысл вкладывает опрашива- емый в этот вопрос, тем, как он представляет себе наи- лучшую тактику ответа, в зависимости от того, как он представляет себе ожидания спрашивающих» [6, с.137]. И продолжает: «Что же касается ответов опра- шиваемых опрашивателям, то круговая структура на- личествует в них наверняка: отвечающие на вопрос всегда делают такими, какими воображает и побуж- дает их быть вопрос. Даже психоаналитический пере- нос и контрперенос ныне подпадают под власть этих стимулированных, симулированных, предвосхищенных ответов, представляющих собой всего лишь разновид- ность selffulfilling prophecy»<sup>22</sup> [6, с.141]. Именно по

<sup>19</sup> По мнению Л.Н. Благова, хотя и высказанного по другому поводу, «здесь же появляются пресловутые диагностические опросники и шкалы, позволяющие «разобраться» с больным за 20 мин. Это, однако, не клиническая диагностика, как бы ее не называли» [5, с.39].

<sup>20</sup> «Тремя «китами» достоверности, — напоминает нам Н.А. Зорин, — являются: случайная слепая выборка испытуемых в группы сравнения (слепая рандомизация); достаточная величина выборки; слепой контроль (в идеале тройной). Нужно специально подчеркнуть, что неправильный, но повсеместно употребляемый термин «статистическая достоверность» с его пресловутым  $p < \dots$  не имеет к вышеизложенному определению никакого отношения (правильный термин — статистическая значимость). Достоверные исследования свободны от так называемых систематических ошибок (возникающих от неправильной организации исследования), тогда как статистика ( $p < \dots$ ) позволяет учесть лишь случайные ошибки» [24].

<sup>21</sup> «Периодически обновляется, — замечает Л.Н. Благов, — инструментарий исследования в форме продуцирования все новых шкал и опрос- ников, тем не менее, абсолютно стандартных и копирующих один другой. Можно смело считать очень многие из подобных исследований формальными и несущими мало пользы клинике и практическому врачу, поскольку сама методология их проведения, несмотря на скрупулез- ную процедурно-бюрократическую часть, оставляет много вопросов и сомнений в качестве диагностики и адекватности оценки (курсив — авт.) клинического феномена [5, с.86].

<sup>22</sup> Self-fulfilling prophecy — самоисполняющееся пророчество (англ.).

вышеизложенным причинам, а также из-за отсутствия в применяемых опросниках «шкалы лжи», позволяющей «отсечь» недобросовестных респондентов, результаты исследований в рассматриваемой ситуации вызывают сомнения в надежности и достоверности<sup>23</sup>. Весьма сомнительна и трактовка полученных результатов у лиц, еще вообще не приступивших к профессиональной деятельности<sup>24</sup>. Не наблюдаем ли мы в данной ситуации проявление профнепригодности, которая еще на студенческой скамье может иметь маску СЭВ? В связи с этим, возникает вопрос: какую реальную информацию дают эти исследования для критического осмысления положения дел, или мы вообще имеем дело с неким фантомом?

Важным при оценке достоверности проведенных исследований является также вопрос о выборе контрольной группы. Так, М.М. Скугаревская в качестве контрольной группы в своих исследованиях рассматривала врачей лабораторной и лучевой диагностики. Как сообщается, у этих специалистов также выявлен СЭВ, что позволило автору сделать вывод «о том, что интенсивность контакта с пациентами не является ключевой в формировании СЭВ» [76, с.105]. В таком случае выбор указанных специалистов в качестве контрольной группы неправомерен. Доктор мед. наук, профессор кафедры коррекционной психологии и педагогики дефектологического факультета Курского государственного университета В.В. Лукьянов в своей докторской диссертации под названием «Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных» сообщает об обследовании 117 психиатров-наркологов, 179 пролеченных ими больных алкоголизмом в развернутой стадии, 53 их родственников, а также 105 практически здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 57 лет [45, с.13], которых, видимо, и следует рассматривать как контрольную группу. Нам не удалось обнаружить в автореферате диссертации результат обследования этих лиц. Не сообщил автор также, по каким критериям они были признаны здоровыми. Значит ли это, что основная группа *a priori* считалась «больной»? Были ли представители контрольной группы все безработными, что позволило бы исключить

влияние профессиональных стрессов<sup>25</sup>? В остальных работах вообще не было указаний на наличие контрольной группы. Если же признать, как это следует из многих исследований, что развитие СЭВ не зависит от стажа работы, возраста врача, степени контактов с пациентами, то каким образом вообще можно набрать контрольную группу?

При всем при этом не следует забывать, что, по данным Р.Л. Brill, «выгорание» возникает у ранее адекватно функционирующих индивидов, *не имеющих признаков психопатологии* (курсив мой. — Ф.П.)» (цит. по [13]). Важность этого положения подчеркивает и доктор психол. наук, проф. кафедры психологии труда и организационной психологии Ярославского государственного университета В.Е. Орел: «Более глубокий анализ понятия «выгорание» показывает, что особенности его симптоматики и развития позволяют рассматривать его как психологическое явление, проявляющееся в профессиональной деятельности у лиц без признаков психической патологии (курсив мой. — Ф.П.)» [59, с.80]. Анализируя указанные работы, отметим, что ни в одной из них (!) не оценивался преморбидный статус респондентов. Не учитывалась акцентуация с возрастом психопатологических черт личности. Ни в одной работе (!) не проведена дифференциальная диагностика не только с профессиональными деформациями и синдромом хронической усталости, но и с посттравматическими, дисциркуляторными и (что уж тут скрывать) токсическими энцефалопатиями, при которых может отмечаться аналогичная симптоматика<sup>26</sup>. По нашему убеждению, все наблюдаемые у врачей-наркологов изменения, которые авторы объявляют проявлениями СЭВ, вполне можно (и нужно) объяснять другими причинами.

В целом ряде работ совершенно не учитывается, что начальный период профессиональной адаптации неизбежно связан с осознанием молодым специалистом некоторой неадекватности своих знаний и умений требованиям практической деятельности. Это, естественно, обуславливает определенное усиление напряженности (психологический стресс) в отношении собственных успехов или достижений. Если подобное

<sup>23</sup> В связи с весьма своеобразной формулировкой утверждений в рассматриваемых опросниках могут иметь место и непреднамеренные искажения.

<sup>24</sup> Особенно опасным представляется нам то обстоятельство, что проводящие в данном случае тестирование среди студентов мединститутами, становящееся в дальнейшем основой для публикации, члены научного кружка при кафедрах психиатрии с самого начала не получают правильного представления о методологии научного исследования, у них складывается впечатление о весьма незамысловатой сущности этого процесса.

<sup>25</sup> Известно, что сама по себе безработица является сильнейшим стрессогенным фактором.

<sup>26</sup> Коллегам прекрасно известно, сколь много среди нас аддиктов, причем согласно нашим многолетним наблюдениям, не подкрепленным пока исследованиями, безупречными с точки зрения доказательной медицины, лишь у некоторых из них зависимость сформировалась за время работы. В большинстве случаев они пришли в профессию, уже имея за плечами как минимум стадии  $\alpha$ - и  $\beta$ -алкоголизма по классификации E. Jellinek [32, с.48–49; 69, с.173]. Не правда ли, весьма интересный оксюморон — «зависимый нарколог»? Укажем в связи с вышеизложенным и на мнение К. Ясперса, который подчеркивал, что «психотерапевт, не видящий глубин собственной души, не может по настоящему проникнуть в глубинные слои психической жизни своего пациента: ведь при любой попытке такого проникновения на психотерапевта действуют чуждые импульсы, которые ему необходимо понять. Психотерапевт, не способный помочь самому себе, не может оказать реальной помощи другому» [100, с.968].

явление не учитывать, можно ошибочно интерпретировать у начинающих специалистов низкие баллы по шкале «персональные достижения» как симптом выгорания» [9]. Особенно ярко методологические ошибки в определении причин наблюдаемых процессов проявились в работе молодого доктора мед. наук А.А. Кирпиченко [29] с соавторами «Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей» [30]. В славном городе Витебске с помощью опросника МВИ было опрошено 72 врача (хирурги, терапевты, стоматологи и 16 психиатров), работающих в государственных ЛПУ. «Среди обследованных врачей, — радостно сообщают *urbi et orbi* коллеги, — признаки формирования СЭВ, хотя бы в незначительной степени, присутствуют у 100% респондентов» (!). При этом возраст обследованных врачей — от 23 до 69 лет. Помилуйте! Что за «выгорание» может быть в 23 года, т.е. на первом же году работы, и какая может здесь быть, отмечаемая авторами как доминирующий симптом, «редукция профессиональных достижений»? А если это так, то как же сложится дальше профессиональная деятельность такого врача? Ведь одним из важнейших последствий истинного СЭВ является изменение отношения к пациентам, и, причем далеко не в лучшую сторону. Будет ли такой хирург при грыжесечении перевязывать заодно и семенной канатик? Станет ли такой стоматолог наряду с большим зубом экстрагировать и еще несколько находящихся рядом здоровых? Как нам оградить пациентов от таких «самовозгорающихся» и «огнеопасных» врачей?

В рассматриваемых работах не соблюдаются, на наш взгляд, два важнейших принципа, о которых не всегда упоминается, но которые всегда должны быть в памяти любого исследователя. Первый из них в философии описывается как «Бритва Оккама» — «без необходимости не умножайте сущности», т.е. не ищите сложное, пока не посмотрели простое<sup>27</sup>. Вторым постулатом в римском праве звучит так: «Post et not propter» — «После — не значит вследствие». В рассматриваемых здесь нами публикациях все было с точностью до наоборот. Эти работы поэтому можно расценить лишь как отражающие личное мнение их авторов. С точки зрения же идеологии доказательной медицины [8, 20, 74, 84, 86] они являются попросту бесполезными. «В отличие от большинства других отраслей медицины, — отмечают Е.М. Крупицкий и А.В. Борцов, — в отечественной наркологии методология доказательной медицины до сих пор не стала

доминирующей парадигмой проведения исследований и основой для клинической практики» [35, с.4]. И продолжают: «Доказательная медицина предлагает количественно определять выраженность симптомов болезни и эффект лечебных воздействий с помощью валидных оценочных шкал и тестов, регламентирует стандартные правила проведения клинических исследований, позволяющих находить статистически достоверные связи между измеряемыми величинами, и обеспечивает получение воспроизводимых результатов исследования и научно обоснованных практических рекомендаций... Проспективные когортные исследования позволяют исследовать факторы риска или прогностические факторы. При данном подходе большая группа испытуемых прослеживается в течение длительного периода времени (обычно годы), выделяются подгруппы, в которых факторы риска присутствуют или отсутствуют, и затем оценивается влияние данных факторов на исследуемые клинические переменные. Рандомизация призвана нивелировать влияние на результаты эксперимента всех возможных факторов, оставляя лишь возможность случайных различий между группами исследования, стратификация позволяет полностью устранить влияние ограниченного числа факторов. Отсутствие рандомизации приводит к наличию исходных различий между группами испытуемых и делает результаты исследований недостоверными» [35]. Одной из актуальных задач доказательной медицины в современной российской наркологии авторы считают «значительное уменьшение количества публикаций, не соответствующих критериям доказательности и научности, в российских научных наркологических журналах» [35]. В рассматриваемых работах не применялись методы рандомизации и стратификации и, конечно же, метод «ослепления» (blinding), что делает результаты исследований недостоверными<sup>28</sup>. Наблюдалось, как верно подметил В.Е. Орел, «неправомерное расширение понятия *выгорание*, использование его для объяснения любых феноменов зачастую более широкого, а иногда и противоположного содержания, Это приводило к тому, что сам факт существования понятия *выгорание* терял всякий смысл» [59, с.55].

К примеру, считающиеся облигатными для СЭВ такие феномены, как морализаторство, стигматизация, пессимизм врача, создание стереотипов, пренебрежение, игнорирование и пр. действительно можно наблюдать у представителей рассматриваемой нами группы врачей, но причины их возникновения в дан-

<sup>27</sup> «Бритва (лезвие) Оккама» — методологический принцип, получивший название по имени английского монаха-францисканца, философа-номиналиста Уильяма Оккама (Ockham, Ockam, Occam; ок. 1285–1349 гг.). В упрощенном виде он гласит: «Не следует множить сущее без необходимости» (либо «Не следует привлекать новые сущности без самой крайней на то необходимости»). Этот принцип формирует базис методологического редукционизма, также называемый принципом бережливости, или законом экономии.

<sup>28</sup> Отметим также, что некоторые статьи были опубликованы в рецензируемых журналах.

ной ситуации, по нашему мнению, совершенно дру- гие. Далее. Одними из ключевых симптомов СЭВ считаются высказывание суицидальных мыслей (или даже совершение определенных действий) и желание оставить работу. За время нашей многолетней работы в наркологии (автор в профессии с 1978 г.) мы ниче- го подобного не наблюдали. Никто из наркологов «первого призыва» не только добровольно не ушел из жизни и не оставил работу, но и «уйти» его с работы через много лет после наступления пенсионного воз- раста — большая проблема для администрации. И здесь в пользу ветеранов труда играет то обстоя- тельство, что с комплектацией наркологической службы врачебными кадрами имеются определенные пробле- мы. Молодые врачи, чье мировоззрение сформирова- лось в условиях развивающегося на постсоветском пространстве пусть дикого, но капитализма и рыноч- ных отношений, предпочитают реализовывать свои профессиональные потребности в тех отраслях меди- цины, где позитивные результаты лечения проявля- ются намного раньше, чем в наркологии, а благодар- ность пациентов и их родственников значительно бо- лее зрима и весома<sup>29</sup>. Поразительный факт: «Сегод- ня даже в нашем учреждении, — восклицает дирек- тор Национального научного центра наркологии Рос- сийской Федерации член-корр. РАМН проф. Н.Н. Иванец, — при наличии бюджетных мест в ординатуру по психиатрии-наркологии, к боль- шому стыду, у нас поступил только один человек. Че- тыре места вообще пропало» [27]<sup>30</sup>.

Совершенно не думают о смене профессии и уходе на пенсию и особенно хорошо себя чувствуют мораль- но и, что особенно важно, и материально, те наши коллеги, которые с давних пор и по сегодняшний день принадлежат, по меткому выражению В.А. Галкина, к «своеобразному клану «врачей-похметологов», ко- торые занимались исключительно попытками купиро- вания абстиненции с помощью бесконтрольных вли- ваний («врач капельницу ставил»<sup>31</sup>) без учета ионно- го баланса, без элементарного определения хотя бы рН крови, а главное — без должной оценки психиче- ского и соматического состояния» [15]<sup>32</sup>.

В связи с рассматриваемой проблемой вспомним из- вестное изречение голландского врача и анатома XVII века Николаса Ван Тульпа, характеризующее судьбу врачей: «Света другим — сгораю» (цит. по [95,

с.213]). По мнению А. Pines, «синдрому выгорания подвергаются только высоко мотивированные личности. Чтобы «сгореть», кто-то должен сначала быть в «огне». Любой индивидуум без такой начальной мотивации мо- жет испытывать стресс, отчуждение, депрессию, кризис существования или психологическую усталость, но не СЭВ» (цит. по [37, с.11.]). Согласно концепции М. Буриша (Burisch, 1994), «на первом этапе развития синдрома профессиональная деятельность является главной ценностью и смыслом всей жизни человека». По мнению этого автора, «тот, кто выгорает, когда-то должен был загореться» (цит. по [68]). О том же пи- шет и акад. П.И. Сидоров: «Развитию синдрома эмо- ционального выгорания предшествует период повышен- ной активности, когда человек полностью поглощен ра- ботой, отказывается от потребностей, с ней не связан- ных, забывает о собственных нуждах» [70, 71, с.362]. За время нашей многолетней работы в наркологии та- ких коллег наблюдать нам не удавалось.

Возьмем на себя смелость утверждать, что у со- ветских наркологов, прошедших закалку в засто- йные годы, синдром эмоционального выгорания не возникает! Так держать, старая гвардия! Если же говорить серьезно, синдром выгорания, безусловно, существует. Дискредитация средств не означает ди- скредитацию цели. И, конечно же, СЭВ следует изучать, предотвращать, смягчать и т.д. и, в первую очередь, необходимо все же проводить тщательную дифференциальную диагностику с другими анало- гичными по клинической картине состояниями. На- стоятельно необходима также консолидация усилий ученых, занимающихся проблемой выгорания, об- суждение наболевших проблем, принятие совмест- ных решений [78].

*P.S. Интересно отметить ситуации, связан- ные с работой в некоторых наркологических отде- лениях молодых, как правило, психологов, которым проблема СЭВ более известна. Вместо ожидаемой в связи с их приходом нормализации морально-пси- хологического климата в отделении иногда работа его чуть ли не парализуется: многие наркологи, желая оправдать выявляемые в их работе недо- статки, с настойчивостью, достойной лучшего применения, начинают отстаивать свое священ- ное право «выгорать».*

<sup>29</sup> В области наркологии весьма привлекательной, в том числе и для врачей-наркологов, является организация коммерческих центров для детоксикации, лечения и реабилитации зависимых от наркотиков. Свидетельство существующей здесь высочайшей конкуренции — убийст- во начмеда одного из наркологических диспансеров в Санкт-Петербурге [77].

<sup>30</sup> 21.04.10 г. на должность директора ФГУ «Национальный научный центр наркологии назначена проф. Е.А. Кошкина.

<sup>31</sup> Некоторые причины широкого распространения столь любимых нашими пациентами и их родственниками так называемых капельниц рас- смотрены нами ранее [64].

<sup>32</sup> «Создается впечатление, — пишет Л.Н. Благов, — что на уровне клинической практики работают одни специалисты, становящиеся, по су- ществу, медицинскими ремесленниками, выполняющими простейшие функции детоксикации или практически реализующие довольно неза- тейливые по своему клиническому дизайну программы поддержки и самопомощи» [5, с.86].

## Список литературы

1. Бабаян Э.А. Совершенствование психиатрической помощи на основе междисциплинарного подхода: Дисс. в форме науч. докл. на соискание ученой степени д.м.н.: 14.00.18 / Всесоюз. науч.-исслед. ин-т общ. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского. — М., 1990. — 58 с.
2. Башмакова О.В. Клинико-социальные особенности невротических расстройств врачей и педагогов, работающих с психически больными: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 19.00.04 / Казан. гос. мед. акад. — М., 2009. — 22 с.
3. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности. — СПб.: Речь, — 2004. — 272 с.
4. Берзин В.А. Правовые проблемы недобровольного наркологического лечения алкоголизма // Наркология. — 2010. — №5. — С. 75—86.
5. Благов Л.Н. Актуальные проблемы психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
6. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть / Пер. с франц. 3-е изд.-е. — М.: Добросвет, Издательство «КДУ», 2009. — 387 с.
7. Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Рос. психиатр. журн. — 1998. — №1. — С. 19—21.
8. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. — М.: Медиа Сфера, 2001. — 392 с.
9. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — 2-е изд.-е. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.
10. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Современные подходы к превенции синдрома выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 234—247.
11. Волобаев В.М. К вопросу о клиническом подходе к диагностике синдрома эмоционального выгорания // Психотерапия. — 2008. — №6. — С. 23—24.
12. Волобаев В.М. К вопросу о функциональном диагнозе синдрома эмоционального выгорания // Психотерапия. — 2008. — №11. — С. 25—29.
13. Волобаев В.М. О феномене «выгорания» с позиции патопсихологического метода исследования // Психотерапия. — 2008. — №7. — С. 56—57.
14. Волобаев В.М. О феномене «выгорания» с позиции патопсихологического метода исследования // Психотерапия. — 2008. — №8. — С. 28—29.
15. Галкин В.А. Наркология — раздел психиатрии или самостоятельная медицинская дисциплина? // Наркология. — 2004. — №1. — С. 67—68.
16. Горбат Т.В. Выраженность синдрома эмоционального выгорания у пациентов со стрессиндуцированной гипертензией // Здоровоохранение. — 2009. — №2. — С. 35—39.
17. Гуттенбуль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине: Учеб. пособие для доп. образования. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 120 с.
18. Гуреева Л.П., Великанова Л.П., Костина Л.А. Синдром выгорания у педагогов общеобразовательных школ и его последствия // Психич. здоровье. — 2010. — №2. — С. 52—59.
19. Гюнтер Н.А. Синдром профессионального «выгорания» у работников атомной отрасли // Воен.-мед. журн. — 2008. — №5. — С. 67.
20. Доказательная медицина в наркологии / Под ред. Е.М. Крупицкого, Э.Э. Звартау // Ученые записки СПб. гос. мед. ун-та. — 2003. — Т. 10, №2. — С. 1—68.
21. Достоевский Ф.М. Записки из мертвого дома. Собр. соч. в 15 томах. Т. 3. — Л.: Наука, 1988. — С. 372.
22. Жукович (Субоч) Е.А. Синдром эмоционального выгорания у студентов 4—6 курсов медико-профилактического факультета // Актуальные проблемы современной медицины: материалы 62-й Междунар. науч. конф. — Минск, 2008. — Ч. I. — С. 148.
23. Замбрыцкий О.Н., Катковская М.В. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у студентов-медиков // Здоровье и окружающая среда: Сб. науч. тр. — Минск, 2009. — С. 300—303.
24. Зорин Н.А. Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они? // Психиатрия (Минск). — 2009. — №1. — С. 13—19.
25. Зорин Н.А. Зачем больной приходит к врачу? // Психиатрия (Минск). — 2008. — №2. — С. 26—29.
26. Зорин Н.А. Скромное обаяние психоанализа // Независимый психиатр. журн. — 1996. — №3. — С. 66—71; // Психиатрия (Минск). — 2008. — №2. — С. 128—136.
27. Иванец Н.Н. Как нам реформировать наркологию? // Наркология. — 2008. — №10. — С. 12—14; 2009. — №1. — С. 4—11.
28. Игумнов С.А., Дук И.А., Склема В.Н., Скугаревская М.М. Проявления синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов Беларуси // Мед. журн. — 2008. — №2. — С. 37—40.
29. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н.: 14.00.45 / Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. — М., 2008. — 35 с.
30. Кирпиченко А.А., Уселенок Г.О. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей // Психотерапия и клиническая психология. — 2009. — №4. — С. 11—19.
31. Козьма Прутков. Плоды раздутья: сб. сочинений. — М.: Худож. лит., 1976. — 381 с.
32. Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф. Алкоголизм / Под ред. П.П. Волкова. — Минск: Беларусь, 1983. — 288 с.
33. Концов В.А., Королева Е.П., Шамарина Т.О. О влиянии профессиональных факторов на психологический статус медицинского персонала наркологических учреждений // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тез. докл. — М., 1988. — Т. 1. — С. 281—283.
34. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Парадигма доказательной медицины: принципы проведения клинических исследований // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. — 2008. — №2. — С. 31—37.
35. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Парадигма доказательной медицины: принципы проведения клинических исследований в наркологии // Обозрение психиатрии и мед. психологии. — 2009. — №1. — С. 4—11.
36. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. — Л.: Наука, 1970. — 178 с.
37. Ларенцова Л.И., Барденштейн Л.М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. — М.: Мед. книга, 2009. — 142 с.
38. Ларенцова Л.И., Барденштейн Л.М., Терехина Н.В. и др. Психологические и психопатологические особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей клинического профиля // Рос. мед. журн. — 2008. — №6. — С. 32—35.
39. Левин К. Разрешение социальных конфликтов / Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2000. — 408 с.
40. Литвиненко В.И. Терапевтическая среда психиатрического стационара. — Полтава: [б.и.], 1995. — 114 с.
41. Лозинская Е.И. Организационный аспект синдрома выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 115—128.
42. Лоуэн А. Радость / Пер. с англ. — Минск: ООО «Попурри», 1999. — 463 с.
43. Лукьянов В.В. Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов // Вестн. психотерапии. — 2006. — №17. — С. 54—61.
44. Лукьянов В.В. Влияние стажа профессиональной деятельности и уровня эмпатии на структуру синдрома перегорания у врачей-наркологов // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. — 2007. — №1. — С. 18—19.

45. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н.: 19.00.04;14.00.15 / СПб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. Бехтерева. — СПб., 2007. — 53 с.
46. Лукьянов В.В. Коррекция синдрома выгорания с использованием методики балинтовских групп // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 265—283.
47. Лукьянов В.В. Синдром выгорания и совладающие механизмы у психиатров-наркологов // Неврол. вестн. — 2008. — №1. — С. 103—104.
48. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов // Наркология. — 2007. — №10. — С. 51—55.
49. Лукьянов В.В., Игумнов С.А. Психодинамический подход к исследованию синдрома выгорания у психиатров-наркологов // Психотерапия и клинич. психология. — 2007. — №2. — С. 32—33.
50. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я» / Пер. с англ. — М.: Академия; СПб.: Белый кролик, 1995. — 352 с. — (Библиотека зарубежной психологии).
51. Макарова Г.А. Синдром эмоционального выгорания // Психотерапия. — 2003. — №11. — С. 20—24.
52. Манерова О., Османова С. «Профессиональное выгорание» врачей анестезиологов-реаниматологов // Врач. — 2008. — №11. — С. 78—79.
53. Международная классификация болезней МКБ. Десятый пересмотр. — Женева: ВОЗ, 1995. — Т. 1 — Ч. 2. — С. 557.
54. Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркомании — новая проблема биомедицинской этики и медицинского права // Независимый психиатр. журн. — 2006. — №1. — С. 63—68.
55. Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и безупречность процедур // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56—64.
56. Миллер Г. Мудрость сердца // Улыбка у подножия лестницы: Повести, рассказы, эссе: Сб. — СПб.: Азбука-классика, 2001. — С. 284.
57. Монтень М. Опыты: в 3 кн. — СПб.: Кристалл, Респекс, 1998. — Кн. 3. — С. 184—185.
58. Никитин Е.А., Шкленник С.М., Цой В.С., Парфенов Ю.А. Эмоциональное истощение как проявление дезадаптации у медицинских работников // Вестн. психотерапии. — 2007. — №21. — С. 39—48.
59. Орел В.Е. Синдром выгорания в современной психологии: состояние, проблемы, перспективы // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 54—80.
60. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психол. журн. — 2001. — Т. 22, №1. — С. 90—101.
61. Оруэлл Дж. 1984: Роман, сказка, эссе / Пер. с англ. — М.: Эксмо, 2002. — 448 с. (Серия «Двадцатый век»).
62. Плоткин Ф.Б. Синдром «выгорания»: профпатология у врачей? // Мед. панорама. — 2001. — №6. — С. 24—26.
63. Плоткин Ф.Б. Когнитивный диссонанс как причина нестабильности ремиссий при алкогольной зависимости // Наркология. — 2010. — №3. — С. 91—99.
64. Плоткин Ф.Б. О некоторых особенностях применения терминов в аддиктологии // Наркология. — 2009. — №4. — С. 93—97.
65. Поваренков Ю.П. Синдром выгорания в свете проблематики конструктивных и деструктивных тенденций профессионального становления личности // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 35—53.
66. Подсадный С.А., Орлов Д.Н. Развитие научных представлений о синдроме выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 13—34.
67. Практическая психодиагностика: методы и тесты: Учеб. пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: БАХРАХ-М, 2009. — 676 с.
68. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психол. журн. — 2002. — Т. 23, №3. — С. 85—95.
69. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
70. Сидоров П.И. Симптом эмоционального выгорания // Мед. газета. — 2005. — №43.
71. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Рук. для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 568 с.
72. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Синдром «эмоционального выгорания у лиц коммуникативных профессий // Гигиена и санитария. — 2008. — №3. — С. 29—33.
73. Синдром эмоционального выгорания и его влияние на качество медицинской помощи // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. — 2009. — №2. — С. 11—21.
74. Скворцова В.И., Стахова Л.В. Современные методы доказательной медицины // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 2001. — №8. — С. 32—34.
75. Скиннер Р., Клииз Дж. Жизнь и как в ней выжить / Пер. с англ. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. — 368 с.
76. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.18, 19.00.04 / Белорус. гос. мед. ин-т. — Минск, 2003. — 20 с.
77. Совершенно секретно (газета). — 2006. — №9.
78. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — 334 с.
79. Соколов Е.Ю., Вышлов В.Ф. Синдром эмоционального выгорания у психотерапевта // Независимый психиатр. журн. — 2008. — №2. — С. 71.
80. Старченкова Е.С. Психологические факторы профессионального «выгорания» (на примере деятельности торгового агента): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.псих.н. — СПб., 2002. — 20 с.
81. Сугако Ю.В., Крупская Т.П. «Синдром эмоционального выгорания» у студентов гомельского медицинского университета // Проблемы и перспективы развития современной медицины: Сб. науч. ст. — Гомель, 2009. — С. 72—73.
82. Терещук Е.И. Особенности личности лиц «помогающих» профессий, их постоянная подверженность стрессу и возможности конструктивного выхода // Психотерапия и клинич. психология. — 2010. — №1. — С. 23—32.
83. Теркулов Р.И., Кузнецов А.В., Леонова Л.А., Цетлин М.Г. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях // Вопр. наркологии. — 2000. — №1. — С. 65—70.
84. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Соц. и клинич. психиатрия. — 2004. — №1. — С. 87—96.
85. Филина С.В. Коррекция и профилактика синдрома выгорания // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 248—264.
86. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины. — М.: Медиасфера, 2004. — 352 с.
87. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Пер. с англ. — Мн.: ООО «Поппури», 1999. — 624 с.

88. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. — 338 с.
89. Холмс П. Внутренний мир снаружи: теория объектных отношений и психодрама. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — Вып. 74. — 288 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
90. Чехов А.П. Палата №6. Сочинения в 4 т. — М.: Правда, 1984. — Т. 2. — С. 284—285.
91. Чутко Л.С., Сурушкина И.С., Никишена Е.А. и др. Коррекция клинических проявлений синдрома эмоционального выгорания // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. — 2009. — №2. — С. 66—68.
92. Юнг К.Г. Психология бессознательного. — М.: Наука, 2004. — 320 с.
93. Юрикова А.А. Исследование выраженности синдрома эмоционального выгорания психологов-практиков с различным стажем профессиональной деятельности // Психотерапия. — 2005. — №1. — С. 39—40.
94. Юрьева Л.Н. Профилактика и коррекция синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Курск. гос. ун-т. — Курск, 2008. — С. 284—299.
95. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — К.: Сфера, 2004. — 272 с.
96. Юрьева Л.Н. Распространенность синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-психиатров и причины его формирования // Психич. здоровье. — 2006. — №9. — С. 23—25.
97. Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштабы проблемы // Соц. и клинич. психиатрия. — 2004. — №4. — С. 91—97.
98. Якушкин Н.В., Мартынова Е.В. Проявление синдрома эмоционального выгорания в различных профессиях // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: Матер. научн.-практ. конф. — Гродно: ГрГМУ, 2008. — С. 107—109.
99. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2004. — 576 с.
100. Ясперс, К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1053 с.
101. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 304 с.
102. Glenn A. Roberts. Профилактика выгорания // Обзор современ. психиатрии. — 1998. — №1. — С. 39—46.
103. Richard Tillet. Большой внутри нас: психические расстройства у специалистов медицинского профиля // Обзор современ. психиатрии. — 2004. — №2. — С. 23—30.

## BURN-OUT SYNDROME IN SPECIALISTS ON ADDICTIONS: PHANTOM OR CLINICAL REALITY?

**PLOTKIN F.B.** Minsk City Addiction Centre, Belarus

Short information on history of developing human psychological stability within the frame of professional activities has been presented. Various points of view at pathogenetic mechanisms and the process semantic naming in general have been shown, mostly spread of these «burn-out syndrome» is. The history of founding the service providing to addicts in the USSR, drawbacks in personnel selection policy have been described in brief. Some peculiarities of people choosing medicine as a profession, especially psychiatry and addictology have been considered. Burn-out syndrome studies critical analyses in physicians, mainly specialists on addictions has been conducted. Insolency of these publications from evidence-based medicine positions has been shown. Doubts in the ground for «burn-out syndrome» using relating the specialists in addictology, in particular, have been discussed.

**Key words:** burn-out syndrome, evidence-based medicine, specialists in addictology