



**МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ
И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ
«СИНДРОМА ПЕРЕГОРАНИЯ»
У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ**

ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ


САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2006

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М.Бехтерева

Утверждено:
Секцией психиатрии
Совета МЗ РФ
15 января 2002 г.
Заведующий секции,
д.м.н.
Т.Б. [подпись]



**МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ
«СИНДРОМА ПЕРЕГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2002 г.

Пособие подготовлено в отделении восстановительной терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

Составители: руководитель отделения восстановительной терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева доктор медицинских наук, профессор Вид В.Д., младший научный сотрудник отделения восстановительной терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева Лозинская Е.И.

Пособие для врачей представляет собой описание модели дистресса и функциональных нарушений, связанных с профессиональной деятельностью врачей-психиатров. В пособии приводятся дезадаптивные эмоционально-поведенческие реакции, возникающие у врачей-психиатров под влиянием производственного стресса, раскрывается их влияние на качество оказываемой помощи психически больным. Предлагаемая в пособии экспресс-диагностическая методика показана для выявления «синдрома перегорания» (burnout syndrome) у врачей-психиатров, а также для исследования стрессовых параметров производственной среды при проведении психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Пособие предназначено для врачей-психиатров.

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева. Отделение восстановительной терапии психически больных.

ВВЕДЕНИЕ

Качество взаимоотношений между врачом и пациентом во многом определяет успех любого терапевтического процесса. Это делает необходимым изучение различных факторов, которые могут оказывать существенное влияние на деятельность врача.

В современной литературе неблагоприятные эмоционально-поведенческие реакции, возникающие под влиянием производственного стресса у медицинских и социальных работников обозначается так называемым «синдромом перегорания» (burnout syndrome), введенном Freudenberger в 1974 году [7]. В русскоязычной литературе данное состояние описывается еще и как «синдром выгорания» или «синдром эмоционального сгорания». «Синдром перегорания» развивается в рамках специфического асимметричного взаимодействия между врачом и пациентом, где один по определению должен оказывать помощь, поддержку, внимание, заботу, оставаясь постоянно включенным в проблемы своего пациента, принимающего эту помощь. Продолжительное нахождение в ситуациях, где требования окружающей среды значительно превосходят эмоциональные ресурсы врача, приводят зачастую к тому, что врач чувствует себя эмоционально истощенным, утрачивает интерес к работе, становится апатичным, циничным, формально выполняет свои обязанности, оказывает помощь больным более низкого качества, чувствует себя некомпетентным, неуспешным и непригодным к данной работе. Таким образом, психодинамическая основа «синдрома перегорания» - это формирование определенного профиля интрапсихических механизмов дезадаптивной защиты под влиянием производственного стресса.

Анализ многочисленных определений «синдрома перегорания» позволил Vibeau [3] выделить субъективные и объективные критерии для его оценки. К субъективным критериям относится состояние тяжелой усталости, сопровождающееся:

- снижением самооценки, как следствия ощущения профессиональной некомпетентности и разочарованием работой;
- множественными физическими симптомами дистресса без идентифицируемого органического заболевания;
- проблемами концентрации, раздражительностью, негативным восприятием окружающего.

Объективные критерии включают значительное снижение производственной продуктивности за период в несколько месяцев, подтверждаемое супервизорами и проявляющееся:

- в снижении эффективности, в результате чего пациенты получают обслуживание более низкого качества;

–в снижении производственной дисциплины (появление прогулов, опозданий на работу и т.п.);

–в нарастающей соматизации (удлинения/учащения больничных листов).

Трудно дать точную оценку распространенности «синдрома перегорания», однако установленным является факт, что «синдром перегорания» поражает 30-40% медицинских работников на уровне, существенно влияющем на их личную и профессиональную адаптацию. При этом степень выраженности «перегорания» неодинакова у специалистов различных специализаций. Так, наиболее высокие показатели «перегорания» обнаружены, прежде всего, у психиатров и онкологов [11]. На «недостаток терапевтического успеха», как наиболее стрессовый аспект в их работе ссылаются 74% опрошенных психиатров, психологов и социальных работников [6].

Существующие теоретические попытки объяснения происхождения «синдрома перегорания» можно свести к двум основным подходам. Согласно одному из этих подходов, переменные «перегорания» заложены в самой личности, ее ценностях, идеалах, особенностях реагирования на стрессовые факторы [4, 5], тогда как согласно другому – основной акцент делается на особенностях организации производственной деятельности с такими её составляющими, как адекватное руководство, социальная поддержка, система поощрений и т.д. [13]. Скорее всего, процесс «перегорания» является результатом взаимодействия нескольких факторов, а именно: специфического реагирования личности на определенные параметры производственной среды в рамках определенной профессии (в данном случае – врачебной) с предъявляемыми к ней социально-этическими требованиями.

Наибольшее распространение в исследовании данного состояния получил опросник MBI (Maslach Burnout Inventory) [9], позволяющий дать количественную оценку основным параметрам «синдрома перегорания». При этом остается неясным вопрос о механизме формирования вышеуказанного феномена. Более того, заполнение громоздких методик создает определенные трудности для диагностики этого синдрома, особенно в том случае, когда врач в той или иной степени находится под влиянием производственного стресса.

Исследование механизмов формирования «синдрома перегорания» предполагает, прежде всего, выявление стрессогенных параметров производственной среды, ведущих к его развитию с последующим анализом дезадаптивных эмоционально-поведенческих реакций врачей-психиатров на выделенные стрессоры, исследование взаимосвязи и взаимовлияния отдельных компонентов синдрома и, наконец, изучение антистрессорного

копинга, что позволило бы более конкретно говорить о системе профилактических мероприятий.

Актуальность проблем, связанных с качеством оказания помощи психически больным, обусловила попытку создания прогностической шкалы для диагностики «синдрома перегорания», которая позволила бы каждому врачу-психиатру самостоятельно оценивать риск возникновения у себя подобного состояния, а также выявлять в каждом конкретном случае источники производственного стресса. Прогностическая шкала может быть использована администрацией учреждения для проведения массовых скрининговых исследований в психиатрических учреждениях в рамках психогигиенических и психопрофилактических программ.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Методика показана для выявления группы риска по развитию «синдрома перегорания» среди врачей-психиатров с последующим более детальным клинико-психологическим обследованием. Методика также показана для исследования стрессовых параметров производственной деятельности при проведении соответствующих психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, как на индивидуальном, так и на организационном уровне.

К ограничениям использования прогностической шкалы можно отнести наличие выраженных установок на симуляцию и диссимуляцию состояния, а также наличие астено-депрессивных состояний различного генеза.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Включает 2 бланка, представленные в приложениях 2 и 4:

- регистрационный бланк, содержащий 40 утверждений опросника с соответствующими графами для регистрации выбора одного из возможных ответов (приложение 2);
- инструкция испытуемому, которая может быть предъявлена как на бланке, так и устно (приложение 1);
- бланк с диагностическими коэффициентами (приложение 4).

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Новая оригинальная экспериментально-психологическая методика является экспресс-диагностическим инструментом для распознавания «синдрома перегорания» у

врачей-психиатров.

Процедура конструирования опросника включала несколько этапов. Первоначально испытуемым предлагалось заполнить опросник МВІ. Данный опросник в настоящее время считается наиболее чувствительным и достоверным инструментом для диагностики «синдрома перегорания». Опросник состоит из 58 пунктов, включающих паспортную часть и 44 утверждения, оцениваемых по 7-ми бальной шкале (от «никогда» до «всегда»). Опросник позволяет дать количественную оценку основным составляющим «синдрома перегорания»: «Эмоционального истощения» (Emotional Exhaustion), «Деперсонализации»* (Depersonalization), «Редукции профессиональных возможностей» (Reduced feeling of personal accomplishment) и «Скуки» (Tedium). Неудовлетворительными, согласно «ключа» опросника, считаются показатели «Эмоционального истощения», превышающие 16 баллов, «Деперсонализации» выше 5 баллов, «Скуки» выше 3 баллов и «Редукции профессиональных возможностей» ниже 33 баллов.

Одновременно с МВІ испытуемые получали опросник, разработанный в отделении восстановительной терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. В процессе разработки данного опросника было проведено полу структурированное интервью с врачами-психиатрами НИПИ им. В.М.Бехтерева, психиатрических больниц психоневрологических диспансеров г.Санкт-Петербурга. Вопросы интервью были составлены с учетом факторов, предположительно ведущих к развитию «синдрома перегорания», описанных в современной литературе. Данные, полученные в ходе интервью, были структурированы в окончательный опросник, содержащий 167 утверждений, в которых врачам-психиатрам предлагалось выделить наиболее подходящие для них варианты стрессовых ситуаций, способы их преодоления. Полученные с помощью опросника данные были подвергнуты статистическому анализу с помощью системы обработки медицинских данных «МИДАС» [2]. Результаты ответов были сопоставлены с показателями по шкалам «Эмоционального истощения», «Деперсонализации», «Редукции профессиональных возможностей» и «Скуки», полученных при статистической обработке результатов опросника МВІ.

Для разработки диагностического правила опросника, направленного на выявление

* Под «деперсонализацией» в данном случае подразумевается отстраненность, эмоциональная невовлеченность, как защитная реакция, возникающая у лиц, имеющих тесный контакт с пациентами.

группы риска по «синдрому перегорания» используются методы теории распознавания образов [8]. Эта теория в общем виде рассматривает задачу конструирования решающего правила для классификации наблюдений по заданной совокупности признаков, известных для каждого наблюдения.

При разработке прогностической шкалы для выявления группы риска по «синдрому перегорания» проводится статистический анализ «обучающих выборок» протоколов врачей-психиатров с неудовлетворительным показателем по шкале «Эмоционального истощения», поскольку именно данный показатель считается ведущим в развитии «синдрома перегорания» в современной литературе.

В качестве признаков для классификации испытуемых на имеющих удовлетворительный показатель по шкале «Эмоционального истощения» и имеющих неудовлетворительный показатель по шкале «Эмоционального истощения» берутся ответы на 42 утверждения опросника МВІ (предварительно исключаются утверждения, включающие паспортную часть опросника, а также те утверждения, ответы на которые необходимы для подсчета баллов по основным шкалам опросника) и на 167 утверждений опросника, сформированного на основании данных интервью. Оценка информативности данных вопросов производится с помощью специальной меры – функционала Кульбака. Чем больше эта мера, тем больше в среднем диагностической информации можно ожидать от ответа испытуемого на соответствующие вопросы опросника.

Функционал Кульбака позволяет ранжировать утверждения опросника по диагностической информативности, располагая их от наиболее к наименее диагностически ценным (см. приложение 3). Общая диагностическая информативность всей совокупности ответов на утверждения обоих опросников определяется с помощью итоговой оценки. Итоговая оценка является алгебраической суммой всех диагностических коэффициентов, соответствующих всем ответам испытуемого. Эта оценка представляет собой дискриминатор, количественное значение которого для конкретного испытуемого отражает его сходство с представителями сравниваемого диагностического класса. Итоговая сумма диагностических коэффициентов всех ответов испытуемого может быть положительной или отрицательной. Отрицательный диагностический коэффициент ответа свидетельствует о том, что данный ответ преобладает у врачей-психиатров с неудовлетворительным показателем по шкале «Эмоционального истощения» и наоборот. Соответственно, чем меньше отрицательная по знаку итоговая оценка, тем больше вероятность наличия у испытуемого «синдрома перегорания».

На основании таблицы диагностических коэффициентов (см. приложение 4)

выбираются первые 40 утверждений, содержащих максимальное значение функционала Кульбака, которые включаются в окончательный вариант экспресс-диагностического опросника (см. приложение 2).

Специальные исследования, подтверждающие надежность предлагаемой методики не предусматривались, прежде всего, потому, что традиционные процедуры, направленные на изучение статистических характеристик воспроизводимости тестовых результатов, подразумевают направленность теста на изучение относительно устойчивых психологических свойств личности и психологических состояний. «Синдром перегорания» не относится к таким состояниям.

Опросник рассчитан на врачей-психиатров. Испытуемому предъявляется инструкция и бланк для регистрации ответов. Время заполнения бланка не ограничивается, однако испытуемому предлагается ответить на вопросы по возможности быстро, не раздумывая. Испытуемый в соответствии с инструкцией фиксирует на бланке свои ответы на каждое из 40 утверждений, выбирая наиболее подходящий для него вариант ответа. Каждому из ответов испытуемого присваивается диагностический коэффициент, для чего используется бланк с диагностическими коэффициентами. Суммируются все диагностические коэффициенты с учетом их знака. Отрицательная итоговая оценка свидетельствует о наличии у испытуемого проявлений «синдрома перегорания».

Количественную оценку состояния испытуемого целесообразно дополнять качественным содержательным анализом ответов, связанными с конкретными утверждениями опросника, выделяя наиболее значимые стрессовые параметры дезадаптивные эмоционально-поведенческие реакции испытуемого.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

В исследование было включено 98 врачей-психиатров НИПИ им. В.М.Бехтерева и психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров г.Санкт-Петербурга.

Анализ результатов показал, что только 10 врачей-психиатров имеют неудовлетворительные показатели по всем шкалам опросника МВІ. При этом 48 врачей-психиатров имеют неудовлетворительный показатель по шкале «Эмоциональное истощение», 43 врача-психиатра имеют неудовлетворительный показатель по шкале «Деперсонализации», 78 врачей-психиатров имеют неудовлетворительный показатель по шкале «Редукция профессиональных возможностей» и 37 врачей-психиатров имеют неудовлетворительный показатель по шкале «Скука». Корреляционный анализ выявил,

что шкала «Скука» имеет статистически достоверную корреляцию практически со всеми шкалами опросника МВІ ($p < 0,01$), шкала «Эмоциональное истощение» статистически достоверно коррелирует со шкалами «Деперсонализация» и «Скука» ($p < 0,01$), шкала «Деперсонализация» статистически достоверно коррелирует со шкалой «Скука» ($p < 0,01$).

Разработанная прогностическая шкала относится к экспресс-диагностическим методикам, которая позволит существенно сократить время на диагностику «синдрома перегорания» и является незаменимым инструментом для идентификации стрессогенных параметров производственной деятельности. Эффективность метода определяется его психопрофилактическим потенциалом – повышением выявляемости «синдрома перегорания» и точностью проведения профилактических мероприятий. Использование выбранных утверждений, согласно данным статистического анализа позволяет с достаточно высокой степенью надежности (процент ошибок – 12,5, процент неопределенности – 10,4) диагностировать наличие «синдрома перегорания» у врачей-психиатров.

Анализ утверждений окончательного варианта опросника позволяет говорить о значимости для формирования «синдрома перегорания» прежде всего социальной поддержки с адекватным распределением уровня ответственности, а также особенностей организации производственного процесса с такими его составляющими как: адекватное администрирование, четкое распределение обязанностей и времени их выполнения, возможность повышения профессиональной квалификации, адекватное распределение нагрузки, удовлетворительное материальное вознаграждение. Полученные нами результаты подтверждают данные литературы [13] о приоритетности факторов социальной поддержки и организационной структуры для формирования «синдрома перегорания».

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Инструкция для заполнения опросника

Вам будет предъявлен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего самочувствия и поведения на работе. Выберите один из вариантов ответа в зависимости от того, насколько верно по отношению к Вам каждое из утверждений вопросника: 1 – никогда, 2 – почти никогда, 3 – редко, 4 – иногда, 5 – часто, 6 – почти всегда, 7 – всегда. Вопросы №№ 5, 14, 21, 28, 30, 35, 36, 38 требуют либо положительного (1), либо отрицательного ответа (2).

Отвечайте, пожалуйста, в соответствии с Вашим самочувствием на протяжении последнего времени. Не раздумывайте долго – важна Ваша первая реакция.

Приложение 2. Опросник для выявления группы риска по развитию «синдрома перегорания»

№	Утверждения	1	2	3	4	5	6	7
---	-------------	---	---	---	---	---	---	---

п/п									
1.	Мне трудно говорить с коллегами о том, как идут дела на работе								
2.	Не думаю, что мне захочется остаться на этой работе								
3.	Я полагаю, что мои коллеги чувствуют себя на работе довольно скверно								
4.	Я часто чувствую себя инструментом, который начальник может использовать и выбросить								
5.	Мои больничные листы связаны с периодами стресса на работе (да –1, нет – 2)								
6.	На работе я не распоряжаюсь своим рабочим временем								
7.	Я не осмеливаюсь просить о повышении оклада								
8.	Для меня уже не вполне ясно, руководствуемся ли мы благом для больных в нашей деятельности								
9.	Наш начальник не хочет слышать о моих проблемах на работе								
10.	Я полностью контролирую свои отношения с больными								
11.	Я полностью контролирую свои отношения с персоналом								
12.	Я полностью контролирую свою профессиональную карьеру								
13.	У меня доверительные отношения с больными								
14.	Мне удастся компенсировать нервное напряжение, вызванное работой, занятием домашним хозяйством (да – 1, нет – 2)								
15.	Мне повезло, что мои коллеги поддерживают меня и могут обсудить со мной возникшие проблемы								
16.	Я не чувствую, что мои творческие ресурсы оцениваются на работе должным образом								
17.	Я замечаю, что начинаю сторониться коллег и определенных производственных поручений; хочу, чтобы меня оставили в покое								
18.	На этой работе мы имеем консультации, обучение, необходимые для повышения квалификации								
19.	Начальнику безразлично, что чувствуем я и мои коллеги								
20.	Я чувствую себя надежно на этом месте и не боюсь потерять работу								
21.	Я не удовлетворен работой вследствие чрезмерной ответственности (да – 1, нет – 2)								
22.	Я не вижу больше смысла в выполняемой мною работе								
23.	Я не высказываю откровенное мнение о рабочей обстановке здесь								
24.	Я чувствую, что мой начальник заинтересован в моих идеях о повышении эффективности труда								
25.	Неадекватное поведение больных временами очень беспокоит меня								

26.	Я не уверен в том, кто здесь мой начальник, кто отвечает за мою работу и к кому я могу обратиться за помощью								
27.	Начальник (коллеги выше по званию) не принимают в расчет мои знания и опыт в отношении больных								
28.	Родственники и знакомые говорят, что я изменился с тех пор, как работаю психиатром (да – 1, нет – 2)								
29.	У меня все более двойственные чувства как по отношению к больным, так и по отношению к работе								
30.	Снижение нагрузки необходимо для улучшения качества моего труда (да – 1, нет – 2)								
31.	Я всегда выслушиваю больных и искренне интересуюсь тем, как у них идут дела								
32.	Опасно публично критиковать организацию работы здесь								
33.	Часто на работе такая горячка, что приходится делать сразу несколько дел								
34.	Я уверен, что не совершу серьезных ошибок на работе								
35.	Я испытываю неудовлетворенность работой вследствие низкого заработка (да – 1, нет – 2)								
36.	Я испытываю разочарование в работе (да – 1, нет – 2)								
37.	Мои человеческие качества не оцениваются на работе должным образом								
38.	У меня есть опасения заболеть психическим заболеванием (да – 1, нет – 2)								
39.	Весь энтузиазм и радость, которые я испытывал здесь поначалу, обернулись противоположными чувствами								
40.	Мое представление о своем профессионализме весьма нечеткое								

Приложение 3. Ранговый порядок убывания диагностической информативности утверждений опросника

№ п/п	Утверждения	Функционал Кульбака
1.	Мне трудно говорить с коллегами о том, как идут дела на работе	6.61
2.	Не думаю, что мне захочется остаться на этой работе	5.33
3.	Я полагаю, что мои коллеги чувствуют себя на нашей работе довольно скверно	5.13
4.	Я часто чувствую себя инструментом, который начальник может использовать и выбросить	4.86
5.	Мои больничные листы связаны с периодами стресса на работе	4.51
6.	На работе я не распоряжаюсь своим рабочим временем	4.44
7.	Я не осмеливаюсь просить о повышении оклада	4.41
8.	Для меня уже не вполне ясно, руководствуемся ли мы благом для больных в нашей деятельности	4.27
9.	Наш начальник не хочет слышать о моих проблемах на работе	4.10
10.	Я полностью контролирую свои отношения с больными	4.09
11.	Я полностью контролирую свои отношения с персоналом	4.06
12.	Я полностью контролирую свою профессиональную карьеру	3.99
13.	У меня доверительные отношения с больными	3.91
14.	Мне удастся компенсировать нервное напряжение, вызванное работой, занятием домашним хозяйством	3.90
15.	Мне повезло, что мои коллеги поддерживают меня и могут обсудить со мной возникшие проблемы	3.89
16.	Я не чувствую, что мои творческие ресурсы оцениваются на работе должным образом	3.88
17.	Я замечаю, что начинаю сторониться коллег и определенных производственных поручений; хочу, чтобы меня оставили в покое	3.87
18.	На этой работе мы имеем консультации, обучение, необходимые для повышения квалификации	3.81
19.	Начальнику безразлично, что чувствую я и мои коллеги	3.79
20.	Я чувствую себя надежно на этом месте и не боюсь потерять работу	3.63
21.	Я не удовлетворен работой вследствие чрезмерной ответственности	3.45
22.	Я не вижу больше смысла в выполняемой мною работе	3.39
23.	Я не высказываюсь откровенно о нашей рабочей обстановке	3.38
24.	Я чувствую, что начальник заинтересован в моих идеях о повышении эффективности труда	3.29
25.	Неадекватное поведение больных временами очень беспокоит меня	3.18
26.	Я не уверен в том, кто здесь мой начальник, кто отвечает за мою работу и к кому я могу обратиться за помощью	3.15
27.	Начальник (коллеги выше по званию) не принимают в расчет мои знания и опыт в отношении больных	3.11
28.	Родственники и знакомые говорят, что я изменился с тех пор, как работаю психиатром	3.10
29.	У меня все более двойственные чувства как по отношению к больным, так и по отношению к работе	3.07
30.	Снижение нагрузки необходимо для улучшения качества моего труда	3.06
31.	Я всегда выслушиваю больных и искренне интересуюсь тем, как у них	2.92

	идут дела	
32.	Опасно публично критиковать организацию работы здесь	2.81
33.	Часто на работе такая горячка, что приходится делать сразу несколько дел	2.76
34.	Я уверен, что не совершу серьезных ошибок на работе	2.69
35.	Я испытываю неудовлетворенность работой вследствие низкого заработка	2.50
36.	Я испытываю разочарование в работе	2.46
37.	Мои человеческие качества не оцениваются на работе должным образом	2.44
38.	У меня есть опасения заболеть психическим заболеванием	2.38
39.	Весь энтузиазм и радость, которые я испытывал здесь поначалу, обернулись противоположными чувствами	2.30
40.	Мое представление о своем профессионализме весьма нечеткое	2.27

Приложение 4. Диагностические коэффициенты утверждений опросника

№	Утверждения	1	2	3	4	5	6	7
1.	Мне трудно говорить с коллегами о том, как идут дела на работе	-24	-9	97	-8	62	24	14
2.	Не думаю, что мне захочется остаться на этой работе	-23	32	41	-21	1	-30	62
3.	Я полагаю, что мои коллеги чувствуют себя на нашей работе довольно скверно	-22	-20	27	-11	67	32	19
4.	Я часто чувствую себя инструментом, который начальник может использовать и выбросить	-30	11	42	24	12	42	2
5.	Мои больничные листы связаны с периодами стресса на работе (да -1, нет – 2)	79	-10					
6.	На работе я не распоряжаюсь своим рабочим временем	-34	18	-8	-47	19	19	37
7.	Я не осмеливаюсь просить о повышении оклада	-39	9	7	18	-7	-70	21
8.	Для меня уже не вполне ясно, руководствуемся ли мы благом для больных в нашей деятельности	-31	-3	39	17	12	15	19
9.	Наш начальник не хочет слышать о моих проблемах на работе	-25	-3	21	56	-11	19	32
10.	Я полностью контролирую свои отношения с больными	-48	-60	1	14	25	17	-29
11.	Я полностью контролирую свои отношения с персоналом	-30	-30	-23	26	27	13	-33
12.	Я полностью контролирую свою профессиональную карьеру	32	27	-11	22	-43	-16	-4
13.	У меня доверительные отношения с больными	-60	1	49	19	-3	-18	32
14.	Мне удается компенсировать нервное напряжение, вызванное работой, занятием домашним хозяйством (да - 1, нет - 2)	41	-17					
15.	Мне повезло, что мои коллеги поддерживают меня и могут обсудить со мной возникшие проблемы	1	-16	-16	-46	-13	44	-6
16.	Я не чувствую, что мои творческие ресурсы оцениваются на работе должным образом	-26	-29	27	11	26	19	32
17.	Я замечаю, что начинаю сторониться коллег и определенных производственных поручений; хочу, чтобы меня оставили в покое	-20	-8	49	24	24	31	49
18.	На этой работе мы имеем консультации, обучение, необходимые для повышения квалификации	79	23	1	41	-29	-13	-6
19.	Начальнику безразлично, что чувствую я и мои коллеги	-25	2	-16	16	1	79	17
20.	Я чувствую себя надежно на этом месте и не боюсь потерять работу	-36	1	8	46	-38	-6	7
21.	Я не удовлетворен работой вследствие чрезмерной ответственности (да - 1, нет – 2)	56	-11					
22.	Я не вижу больше смысла в выполняемой мною работе	-13	1	48	48	23	61	-17
23.	Я не высказываю откровенное мнение о нашей	-29	-29	25	14	19	17	-21

	рабочей обстановке							
24.	Я чувствую, что мой начальник заинтересован в моих идеях о повышении эффективности труда	24	41	-13	-4	-11	-29	-20
25.	Неадекватное поведение больных временами очень беспокоит меня	-16	19	-12	-22	-5	54	2
26.	Я не уверен в том, кто здесь мой начальник, кто отвечает за мою работу и к кому я могу обратиться за помощью	-20	13	31	19	41	49	-11
27.	Начальник (коллеги выше по званию) не принимают в расчет мои знания и опыт в отношении больных	-24	7	19	19	14	49	31
28.	Родственники и знакомые говорят, что я изменился с тех пор, как работаю психиатром (да - 1, нет - 2)	32	-17					
29.	У меня все более двойственные чувства как по отношению к больным, так и по отношению к работе	-26	7	20	-4	15	62	15
30.	Снижение нагрузки необходимо для улучшения качества моего труда (да - 1, нет - 2)	37	-15					
31.	Я всегда выслушиваю больных и искренне интересуюсь тем, как у них идут дела	31	-30	19	1	32	10	-24
32.	Опасно публично критиковать организацию работы здесь	-26	-9	-23	11	-6	11	32
33.	Часто на работе такая горячка, что приходится делать сразу несколько дел	1	1	-41	-23	-11	-3	24
34.	Я уверен, что не совершу серьезных ошибок на работе	32	-37	21	10	2	-21	2
35.	Я испытываю неудовлетворенность работой вследствие низкого заработка (да - 1, нет - 2)	21	-21					
36.	Я испытываю разочарование в работе (да - 1, нет - 2)	-28	15					
37.	Мои человеческие качества не оцениваются на работе должным образом	-10	2	-3	44	1	-39	49
38.	У меня есть опасения заболеть психическим заболеванием (да - 1, нет - 2)	29	-14					
39.	Весь энтузиазм и радость, которые я испытывал здесь поначалу, обернулись противоположными чувствами	-18	19	11	24	19	31	19
40.	Мое представление о своем профессионализме весьма нечеткое	-19	15	-11	-19	2	26	27

Примечание:

1 – «никогда»; 2 – «почти никогда»; 3 – «редко»; 4 – «иногда»; 5 – «часто»; 6 – «почти всегда»; 7 – «всегда».

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб., 1999.
2. Лаврушин А.А. Медицинская исследовательская автоматизированная система. – СПб., 1996.
3. Bibeau, G., Dussalt, G., Larouche, L.M. et al. (1989) Certains aspects cultures, diagnostiques et juridiques de burnout, Montreal: Confédération des Syndicats Nationaux.
4. Burish, M. (1984a) Approaches to personality inventory construction. *American Psychologist*, 39, P.214-227.
5. Buunk, B.P. (1990) Affiliation and helping interaction withing organizations: A critical analysis of the role of social support with regard to occupational stress. *European review of social psychology*, 1, P.293-322.
6. Farber, B.& Heifetz, L. (1982) The process and dimension of burnout in psychotherapists: *Professional psychology*, 13, P.293-301.
7. Freudenberger, H.J. (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, P.159-166.
8. Kullback, S. (1967) *Information Theory and Statistics*: New-York.
9. Maslach, C.& Jackson, S.E. (1986) *The Maslach Burn-Out Inventory Manual* (2nd.ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
10. Meichenbaum, D.& Jaremko, M.E. (1983) *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press.
11. Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J. et al. (1990) Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish psisicans: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, P.81-86.
12. Shaufeli, W.B., Maslach, C.& Marek, T. (1993) *Professional burnout: Recent Development in Teory and Research*. London: Taylor and Francis.
13. Winnubst, J., Buunk, B., Marselissan, F. (1982) Social support in the stressor-strain relationship: A Dutch sample. *Social Science & Medicine*, 16, P.475-482.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	Ошибка: источник перекрестной ссылки не найден
ОПИСАНИЕ МЕТОДА	
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА.....	Ошибка: источник перекрестной ссылки не найден
МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА.....	Ошибка: источник перекрестной ссылки не найден
ОПИСАНИЕ МЕТОДА.....	Ошибка: источник перекрестной ссылки не найден
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА.....	8
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	9
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	15

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева

Механизмы формирования и способы профилактики «синдрома перегорания» у врачей-психиатров: Пособие для врачей / СПб. науч.-иссл. психоневрол. инт-т им.В.М.Бехтерева; Авторы-сост.: В.Д.Вид, Е.И.Лозинская. – СПб., 2006. – 16 с.

Подписано в печать 26.12.2006. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета

в типографии СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева

Печать ризографическая.

Заказ № 84. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева.

192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д.3, тел. 365-20-80