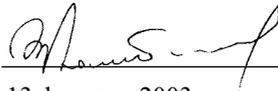


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

13 февраля 2003 г.

Регистрационный № 160–1202

**ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА
И ТЕРАПИЯ СИНДРОМА
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Белорусский государственный медицинский университет

Авторы: М.М. Скугаревская

Синдром эмоционального выгорания (burnout syndrome) представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического стресса на работе. Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий системы «человек — человек», где доминирует оказание помощи людям (врачи, медицинские сестры, учителя, социальные работники). Синдром эмоционального выгорания рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте и соответствует третьей стадии общего адаптационного синдрома (Г. Селье) — стадии истощения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основными симптомами синдрома эмоционального выгорания являются эмоциональное, психическое истощение, личностная отстраненность, ощущение утраты эффективности.

Эмоциональное, психическое истощение — чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. Частыми являются следующие жалобы: «Я чувствую себя, как выжатый лимон», «Работа высасывает из меня все силы», «Я словно сгораю на работе». После периода отдыха (выходные, отпуск) данные проявления уменьшаются, однако по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию возобновляются. Человек чувствует себя предельно уставшим от чрезмерной занятости работой, вкладывает огромные усилия в ее доскональное исполнение. Истощение является основным компонентом синдрома эмоционального выгорания.

Наблюдаются признаки *психической дисфункции*: потеря ясности мышления, трудности концентрации внимания («маленькие», но важные вещи постоянно забываются или теряются), ухудшение кратковременной памяти, постоянные опоздания, несмотря на огромные усилия быть вовремя, увеличение числа ошибок и оговорок, увеличение недоразумений на работе и дома, несчастные случаи и ситуации близкие к ним.

Личностная отстраненность представляет собой межличностный аспект синдрома эмоционального выгорания, ее можно охарактеризовать как негативный, бездушный или чрезмерно

отдаленный ответ на различные аспекты работы. Люди перестают сочувствовать, сопереживать тем, с кем работают (ученикам, пациентам и др.), они становятся формальными, безразличными в контактах. При синдроме эмоционального выгорания нарушается равное отношение ко всем субъектам деятельности, действует принцип «хочу или не хочу, сочту нужным, будет настроение — уделю внимание данному партнеру». У человека с синдромом выгорания возникает потребность в самооправдании: «Это не тот случай, чтобы переживать», «Такие люди не заслуживают доброго отношения», «Таким людям нельзя сочувствовать», «Почему я должен за всех волноваться?».

Ощущение утраты эффективности (достижений), или чувство некомпетентности можно рассматривать как сниженную самооценку в рамках синдрома эмоционального выгорания. Люди не видят перспектив для своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности. Наблюдается принижение собственных потребностей и желаний, сопряженное с чувством недостатка компетентности.

Этапы развития синдрома эмоционального выгорания

Развитие синдрома эмоционального выгорания носит стадийный характер. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты (часто как следствие экстремально положительной установки на выполнение профессиональной деятельности). По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе.

Синдром эмоционального выгорания развивается согласно определенным фазам (Burish, 1994):

1. Предупреждающая фаза:

а) чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований, ограничение социальных контактов);

б) истощение (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).

2. Снижение уровня собственного участия:

а) по отношению к сотрудникам, ученикам, пациентам и т.д. (потеря положительного восприятия коллег, переход от помощи к

надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, проявления негуманного подхода к людям);

б) по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки);

в) по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени, акцент на материальном аспекте при одновременной неудовлетворенности работой);

г) возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях, ощущение, что другие люди используют тебя, зависть).

3. Эмоциональные реакции:

а) депрессивное настроение (постоянное чувство вины, снижение самооценки, лабильность настроений, апатия);

б) агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружающими).

4. Фаза деструктивного поведения:

а) сфера интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, ригидность мышления, отсутствие воображения);

б) мотивационная сфера (отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям);

в) эмоционально-социальная сфера (безразличие, избегание неформальных контактов, отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу, избегание тем, связанных с работой, одиночество, отказ от хобби).

5. Психосоматические реакции: снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, сексуальные расстройства, повышение артериального давления, тахикардия, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя, наркотиков.

6. Разочарование: отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальное отчаяние, безысходность.

Последствия синдрома эмоционального выгорания

Доказано *негативное влияние «выгорания» на соматическое здоровье*. Повышается риск развития ишемической болезни сердца, на что указывают результаты исследования уровня общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, глюкозы, триглицеридов, мочевой кислоты и электрокардиографические изменения. Также показано, что у мужчин «выгорание» предшествовало изменениям содержания холестерина в крови, наблюдавшимся 2–3 года спустя; у женщин же изменения содержания липидов крови (холестерина и триглицеридов) позитивно коррелировали с эмоциональным выгоранием, но негативно — с физическим утомлением. При синдроме эмоционального выгорания также повышается уровень адгезии/агрегации лейкоцитов, что может быть связано с механической обструкцией капилляров. Синдрому эмоционального выгорания сопутствуют нарушения регуляции в системе «гипоталамус — гипофиз — надпочечники».

Социальные последствия синдрома эмоционального выгорания следующие: ухудшается качество выполнения работы, утрачивается творческий подход к решению задач, увеличивается число конфликтов на работе и дома, частые прогулы, наблюдается переход на другую работу, смена профессии. Растет число профессиональных ошибок. Следует отметить, что люди, испытывающие выгорание, имеют негативное влияние на своих коллег, так как способствуют большему количеству межличностных конфликтов, а также срывают рабочие задания. Таким образом, выгорание может быть «заразным» и распространяться через неофициальные взаимодействия на работе.

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

Синдром эмоционального выгорания может осложниться депрессивным, тревожным расстройством, зависимостями от психоактивных веществ, психосоматическими заболеваниями, суицидом.

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Процесс диагностики синдрома эмоционального выгорания должен включать следующие компоненты:

1. Анализ жалоб пациента с учетом имеющихся симптомов. Необходимо уточнить наличие нарушений сна, соматических жалоб, очередность появления симптомов и временные взаимосвязи со значительными жизненными изменениями, конфликтными ситуациями в семье и на работе.

2. Предшествующие и имеющиеся заболевания (хронические соматические, инфекционные и др.), которые могут сопровождаться астеническим симптомокомплексом или осложнять состояние пациента.

3. Социальный и профессиональный анамнез. Прояснение факторов, способствующих развитию синдрома эмоционального выгорания: профессия «группы риска» (учителя, медицинские и социальные работники), т.е. те профессии, где доминирует оказание помощи другим людям; организационные факторы:

- высокая рабочая нагрузка, недостаток времени для выполнения работы;

- отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и начальства;

- недостаточное вознаграждение за работу, как моральное, так и материальное;

- невозможность контроля рабочей ситуации, невозможность влиять на принятие важных решений;

- двусмысленные, неоднозначные требования к работе;

- постоянный риск штрафных санкций (выговор, увольнение, судебное преследование);

- однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;

- нерациональная организация труда и рабочего места (экстремальные температуры, шум, пассивное курение, депривация сна и т.д.);

- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным (необходимость быть эмпатичным);

- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

4. Курение, употребление алкоголя и лекарств (антидепрессантов, транквилизаторов и др.).

5. Данные соматического обследования.

6. Психический статус, наличие коморбидных (сопутствующих) психических расстройств. Выявление личностных характеристик, способствующих синдрому эмоционального выгорания:

– повышенная личностная тревожность (тревога — отрицательно окрашенное переживание внутреннего беспокойства, озабоченности, ощущение неопределенной ожидаемой угрозы, характер и время которой не поддаются предсказанию);

– пониженная самооценка, склонность к чувству вины;

– выраженная эмоциональная лабильность;

– покорность, зависимость, робость;

– наружный локус контроля (в жизни опираются на случайность, удачу или достижения других людей), в отличие от внутреннего локуса контроля (рассчитывают в жизни на себя, свои способности);

– пассивные, избегающие стратегии выхода из сложных ситуаций.

7. Результаты психометрического тестирования. Для скрининговой диагностики синдрома эмоционального выгорания нами предложена *«Анкета для оценки синдрома эмоционального выгорания»* (см. Приложение). Данная анкета может использоваться для быстрой оценки выраженности синдрома эмоционального выгорания в различных профессиональных группах.

8. Результаты лабораторных анализов (общий анализ крови, тесты на функцию печени, почек, уровень электролитов в крови), необходимые при подозрении на наличие соматических заболеваний, «стресс-биомониторинг» — при необходимости и возможности выполнения (исследование уровня кортизола (дневной профиль)), специальные иммунологические и эндокринологические анализы (клеточный, гуморальный иммунитет, контроль системы «гипоталамус — гипофиз — надпочечники»).

Диагноз: диагностический эквивалент синдрома эмоционального выгорания в международной классификации болезней 10-го пересмотра — Z 73.0 «Выгорание» (burnout), в русской версии в свое время не совсем точно переведенное как «переутомление».

Хотя нозологическая принадлежность синдрома эмоционального выгорания дискутируется. В ряде случаев эквивалентом может считаться диагноз F 43.0 «Расстройство адаптации» (однако продолжительность нарушений при этом не должна превышать 6 мес.) или F 48.0 «Неврастения». Наблюдаемые среди специалистов разногласия не меняют сущности синдрома. Важна идентификация проблемы и принятие соответствующих мер.

При осложнении синдрома эмоционального выгорания тревожным или депрессивным расстройством, соматоформными расстройствами, зависимостями от психоактивных веществ (в том числе алкоголя) данные диагнозы необходимо указывать.

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

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

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

В первую очередь необходимо обеспечить осознание пациентом проблемы и принятие адекватной ответственности на себя за свою работу, свой профессиональный результат, за свои решения, действия, изменение поведения. Необходимо активное участие пациента в процессе терапии и сотрудничество с врачом.

Пациентам необходимо предоставить полную информацию о синдроме эмоционального выгорания: основных клинических проявлениях, закономерностях течения, предрасполагающих факторах; о стрессовом процессе и его стадиях в соответствии с учением Г. Селье об общем адаптационном синдроме (1 — реакции тревоги, 2 — стадия резистентности, 3 — стадия истощения); о физических симптомах, наблюдающихся при этом, и о мероприятиях по управлению стрессом.

На начальных стадиях синдрома необходимо обеспечение хорошего, полноценного отдыха с полной изоляцией от работы. Необходимо помощь психотерапевта, психолога.

Пациентам можно дать следующие рекомендации по мерам, препятствующим развитию синдрома эмоционального выгорания и повышающим стрессоустойчивость организма:

1. Регулярный отдых, баланс «работа — досуг». «Выгорание» усиливается всякий раз, когда границы между работой и домом начинают стираться и работа занимает большую часть жизни. Необходимо иметь свободные вечера и выходные (не брать работу на дом).

2. Регулярные физические упражнения (как минимум 3 раза в неделю по 30 мин). Пациенту необходимо объяснить необходимость физических упражнений как пути выхода энергии, накапливающейся в результате стресса. Нужно искать такие виды активности, которые будут нравиться пациенту (прогулки, бег, танцы, велосипед, работа в саду, на дачном участке и т.д.), иначе они будут восприниматься как рутинные и избегаться.

3. Адекватный сон как важнейший фактор, редуцирующий стресс. У пациентов надо выяснить, сколько они обычно спят и сколько им нужно, чтобы просыпаться отдохнувшими (от 5 до 10 ч, в среднем — 7–8 ч). Если наблюдается недостаточная продолжительность сна, можно порекомендовать лечь на 30–60 мин

раньше и контролировать результат через несколько дней. Сон считается хорошим, когда люди просыпаются отдохнувшими, чувствуют себя энергичными днем и легко пробуждаются утром, когда звонит будильник.

4. Необходимо создание, поддержание «здорового рабочего окружения», когда осуществляется планирование очередности, срочности выполнения дел, управление своим временем и др. Организация своей работы: частые короткие перерывы в работе (например, по 5 мин каждый час), которые более эффективны, чем редкие и длительные. На работу лучше приготовить легкий завтрак, чем голодать весь день и переедать по вечерам. Небольшие физические упражнения полезны для пользователей компьютеров. Несколько глубоких вдохов с медленным выдохом могут противодействовать немедленной стрессовой реакции или панической атаке. Желательно сократить потребление кофеина (кофе, чай, шоколад, кола), так как кофеин является стимулятором, способствующим развитию стрессовой реакции. Примерно через три недели после постепенного сокращения потребления кофеина большинство пациентов отмечают снижение тревоги и беспокойства, изжоги и мышечных болей.

5. Разъяснение необходимости делегировать ответственность (разделять ответственность за результат деятельности с клиентами, учениками, пациентами). Выработка умения говорить «нет». Те люди, которые придерживаются позиции «чтобы что-то было сделано хорошо, надо делать это самому», напрямую идут к «выгоранию».

6. Наличие хобби (спорт, культура, природа). Пациенту нужно разъяснить необходимость наличия интересов вне работы, позволяющих снять напряжение, возникающее на работе. Желательно, чтобы хобби давало возможность расслабиться, отдохнуть (например, живопись, а не автогонки).

7. Активная профессиональная позиция, принятие ответственности на себя за свою работу, свой профессиональный результат, за свои решения, действия, изменение поведения. Действия по изменению стрессогенной ситуации.

В работе с пациентами при индивидуальной или групповой терапии можно придерживаться следующих направлений:

Тренинг коммуникативных навыков. Обучение навыкам эффективного межличностного общения. Выявление и расширение значимых для пациента межличностных связей (семья, друзья, коллеги).

Позитивный взгляд на вещи. Пациенту нужно помочь осознать, что существует много вариантов интерпретации определенной ситуации. Ответ на вопрос «Стакан наполовину пуст или наполовину полон?» зависит от взгляда на вещи: у оптимистов стакан полон, хоть и наполовину, у пессимистов — пуст. Совместно с пациентом можно пересмотреть стрессогенную ситуацию и найти позитивные моменты. Это не изменит ситуации, но позволит по-другому смотреть на вещи (рационально-эмотивная терапия).

Фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий). Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема. Сознательный выбор профессии, знания о трудностях, связанных с ней, реальная оценка своих собственных возможностей может помочь избежать «выгорания» или существенно приостановить его развитие.

Тренинг уверенности в себе. Люди, подверженные синдрому эмоционального выгорания часто имеют заниженную самооценку, робки, тревожны, неуверенны в себе. Можно использовать методику «волшебный магазин». Пациенту предлагается представить, что он находится в волшебном магазине, в котором может приобрести любую недостающую ему личностную черту: примерить ее на себя, взять ее себе.

Обучение техникам релаксации (расслабления). Возможно использование следующих техник:

– прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона). Упражнения легко осваиваются в группах либо самостоятельно. Основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое. Сеансы занимают до 30 мин;

– трансцендентальная медитация. Под медитацией понимают искусственно созданную ситуацию, в которой человек специально занят самосовершенствованием своих мыслительных процессов или каких-то психических особенностей, размышляя над им же созданными искусственными обстоятельствами;

– аутогенная тренировка (метод Шульца) — самовнушение в состоянии релаксации или гипнотического транса;

– произвольное самовнушение (метод Куэ) позволяет подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными. Может использоваться для редукации стресса перед важными встречами.

Проведение дебрифинга (обсуждения) после критического события. Обсуждение предполагает возможность выразить свои мысли, чувства, ассоциации, вызванные каким-либо серьезным происшествием. Данный метод широко используется за рубежом в правоохранительных органах. Через обсуждение после травматических воздействий (погони, стрельбы, смерти) профессионалы избавляются от затаянного чувства вины, неадекватных и неэффективных реакций и могут продолжить работу (например, дежурство).

Религиозность также рассматривается рядом исследователей как профилактический фактор, препятствующий развитию синдрома эмоционального выгорания. Религиозность ассоциируется с долгожительством и отрицательно связана с наркоманией, алкоголизмом, суицидальными мыслями, уровнем депрессии, разводами.

Проведение специальных программ среди групп риска (например, Балинтовских групп для учителей, врачей). Балинтовские группы впервые были организованы в Лондоне в середине 50-х гг. 20 в. Михаэлем Балинтом как тренинговые семинары для врачей общей практики. В отличие от традиционного клинического разбора или консилиума акцент в работе балинтовской группы делается не на клиническом анализе ведения данного пациента, а на различных особенностях взаимоотношений врача с пациентом, на реакциях, трудностях, неудачах, которые врачи сами выносят на обсуждение (аналогичной может быть группа учителей, медицинских сестер и др.). Группа численностью 8–12 человек встречается несколько раз в месяц (продолжительность встречи — 1,5–2 ч) на протяжении нескольких лет. Ведущими данных семинаров являются психологи или психиатры (1–2 человека). Стиль ведения занятий — недирективный. На групповых занятиях можно поделиться своими мыслями и чувствами, пришедшими в голову фантазиями, не имеющими, на первый взгляд, никакой рациональной связи с предметом

изложения. Делается акцент на эмоциональных межличностных воздействиях. Занятия в балинтовских группах позволяют участникам прояснить стереотипы действий, препятствующие решению проблем, устанавливать более эффективные взаимоотношения с партнерами. В группу лучше не включать участников, находящихся на работе в прямом подчинении. В работе семинара могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, тренинг сенситивности, приемы эмпатического слушания, невербальной коммуникации и др.

Метод образования по обучению личности справляться с трудностями на рабочем месте получил широкое распространение в мире. Но несмотря на то, что люди могут обучиться новым путям выхода из стрессовых ситуаций, они не могут применить полученные навыки в рабочей обстановке, т.к. их работа требует поведения по специфическому пути, организационная процедура обуславливает время и место, в котором проходит большая часть работы. Сотрудники распределены согласно рабочим функциям, а не личностной совместимости. Руководителям нужно разъяснять их ключевую роль в предотвращении развития синдрома эмоционального выгорания среди своих подчиненных.

При терапии уже развившегося синдрома эмоционального выгорания можно использовать следующие подходы:

1. Психотерапия (когнитивно-бихевиоральные, релаксационные техники, недирективная психотерапия, интегративная психотерапия).
2. Фармакологическое лечение согласно симптомам, т.е. антидепрессанты, транквилизаторы, β -адреноблокаторы, снотворные средства, препараты нейрометаболического действия.
3. Реорганизация рабочего окружения.
4. Комбинация изменений в рабочем окружении с реабилитацией и переобучением.

Транквилизаторы (анксиолитики) бензодиазепиновой (диазепам, альпразолам, лоразепам, феназепам, медазепам и др.) и небензодиазепиновой структуры (гидроксизин, мепробамат, оксидин и др.) назначаются при тревожных состояниях, нервном напряжении, соматоформных расстройствах и др. Транквилизаторы следует назначать в минимально эффективных дозах, как можно более корот-

ким курсом или прерывисто, отменять постепенно, так как велик риск развития зависимости. Пациентов необходимо предупредить о возможных побочных эффектах (трудности концентрации внимания, снижение скорости двигательных реакций и др.)

Снотворные средства (гипнотики) также могут использоваться при нарушениях сна в структуре синдрома эмоционального выгорания. Сюда относятся препараты из различных фармакологических групп, в том числе транквилизаторы, небензодиазепиновые гипнотики (золпидем, зопиклон, клонетиазол и др.). Перед тем, как назначить гипнотики, следует установить и по возможности устранить причины бессонницы. Это может быть злоупотребление тонизирующими напитками (чай, кофе), алкоголем, привычка спать днем, физические неудобства (боль, зуд, нарушения дыхания, смена часового пояса и т.д.). Гипнотики следует назначать только в тех случаях, когда бессонница приводит к значительному дистрессу. Для уменьшения риска развития зависимости рекомендуется применение прерывистых курсов со сменой препаратов, контроль за принимаемой пациентом дозой.

Бета-адреноблокаторы (обзидан, индерал, тразикор, пропранолол) уменьшают вегетативные проявления тревоги. Они могут использоваться для кратковременного облегчения состояния в определенных ситуациях, вызывающих страх (например, перед публичным выступлением, экзаменом, походом к начальнику и т.д.). В таких случаях β -адреноблокаторы используются однократно, за 30–60 мин до вызывающего тревогу события. Однако они не убирают суть проблемы и при длительном применении могут вызывать серьезные побочные эффекты (нарушения сердечной проводимости и др.).

Антидепрессанты различных химических групп (трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, мапротилин и др.), ингибиторы моноаминооксидазы (моклобемид, пирлиндол), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, сертралин, флувоксетин), растительного происхождения (гелариум) и др.) используются при наличии депрессии в структуре синдрома эмоционального выгорания. Лечение должно проводиться в режиме оптимальных доз в течение как минимум 2–3 недель

до развития тимоаналептического эффекта, а после купирования депрессивной симптоматики — не менее 4–6 мес. Выбор антидепрессанта зависит от специфики клинической картины депрессии. Трициклические антидепрессанты должны назначаться только при выраженных явлениях депрессии с тенденцией к протрагированию болезненного состояния. Назначение антидепрессантов лучше сочетать с психотерапией.

Учитывая астенические проявления в структуре синдрома эмоционального выгорания, целесообразно также использовать препараты, стимулирующие нейрометаболические процессы (нотропы, церебропротекторы, адаптогены и средства, обладающие цереброваскулярными свойствами), способные активизировать метаболизм и энергетические процессы в клетках головного мозга. Можно использовать такие препараты, как пирацетам, пиритинол, гамма-аминомасляную кислоту, церебролизин, элеутерококк, танакан, когитум (ацетиламиноянтарная кислота) и др.

К сожалению, в ряде случаев развитие синдрома эмоционального выгорания заходит очень далеко, наблюдается стойкое негативное отношение к работе, к клиентам, коллегам. Проявления личностной отстраненности достаточно устойчивы к терапии. В таких ситуациях необходимым становится изменение места работы, переход на административный вид деятельности, работа, не связанная с людьми. Задача врача при этом состоит в необходимости объяснить пациенту, что смена профессии приведет к значительному улучшению самочувствия и повышению работоспособности.

Приложение

Анкета для оценки синдрома эмоционального выгорания

Инструкция: ответьте, пожалуйста, на вопросы, представленные ниже. Отметьте ответ, который Вы считаете наиболее подходящим для себя.

	Почти никогда	Редко	Часто	Почти всегда
1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным к концу рабочего дня				
2. Я плохо засыпаю из-за переживаний, связанных с работой				
3. Эмоциональная нагрузка на работе слишком велика для меня				
4. После рабочего дня я могу срываться на своих близких				
5. Я чувствую, что мои нервы натянуты до предела				
6. Мне сложно снять эмоциональное напряжение, возникающее у меня после рабочего дня				
7. Моя работа плохо влияет на мое здоровье				
8. После рабочего дня у меня уже ни на что не остается сил				
9. Я чувствую себя перегруженным проблемами других людей				

Интерпретация результатов. Ответы на каждый вопрос оцениваются по четырехбалльной шкале: «0» — почти никогда, «1» — иногда, «2» — часто, «3» — почти всегда.

Суммарный показатель менее 3 баллов можно оценить как низкий показатель эмоционального выгорания, 3–12 баллов — средний, выше 12 — высокий.