

УДК 159.9
DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-221-231

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

© Н.А. Огнерубов, Е.Б. Карпова

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина
392000, Российская Федерация, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 33
E-mail: ognerubov_n.a@mail.ru

Приведен обзор литературы, посвященный вопросам эмоционального выгорания у врачей и студентов медицинских вузов. Этот синдром многие исследователи считают своеобразной психологической защитой организма в виде полного или частичного исключения эмоций. В течение этого синдрома различают 3 стадии, самой опасной является заключительная стадия, при которой развивается утрата профессиональных ценностей. Клинические проявления этого грозного синдрома весьма разнообразны. Выделяют 5 групп основных симптомов. Попытки исследователей к раскрытию механизмов формирования этого синдрома привели к обоснованию трех направлений. Подробно проанализированы результаты исследования, проведенного одним из соавторов Н.А. Огнерубовым. Сделан вывод, что разработка профилактических мероприятий, безусловно, является основополагающей для устранения синдрома эмоционального выгорания.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания; врачи; студенты медицинских вузов

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) было отмечено, что стресс, связанный с работой, – важная проблема приблизительно одной трети трудящихся стран Европейского союза, а стоимость устранения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3–4 % валового национального дохода [1].

Эмоциональное выгорание не случайно определяют как синдром, ведь оно имеет системный характер [2], разнообразие проявлений которого реализуется в совокупности связанных симптомов. Известно много определений сущности эмоционального выгорания, данных в работах Х. Фрейденберга, А. Пинес, К. Чернисс, В. Бойко, ВОЗ, М. Буриша, Р. Кочюнас, Т. Форманюк, А. Лэнгле, М. Кинга, Л. Морроу, Л. Деминой, И. Ральниковой, Д. Эделвич, А. Бродски, С. Геллерштейна, П. Брилл, Н. Самоукиной, Н. Водопьяновой, А. Широ, Н. Гришиной, Г. Абрамовой и Ю. Юдчиц, Д. Этзион, К. Маслак и М. Ляйтер, Энциклопедическом словаре, Международной классификации болезней (МКБ-Х, рубрика Z73), Большой энциклопедии по психиатрии.

Синдром выгорания (англ. burnout) довольно широко известен и исследуется в зарубежной литературе медицинского психологического профиля, однако нельзя сказать, что он уже достаточно хорошо изучен. В отечественной науке этот феномен личностной деформации начал изучаться как самостоятельный лишь с конца 1990-х гг., а до этого он либо обозначался, либо рассматривался в контексте более широкой проблематики [1–4].

СЭВ – это выработанный механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия [1].

Понятие «burnout» (выгорание) было введено в науку американским психиатром Х.Дж. Фрейденбергом в 1974 г. для описания особого расстройства личности у здоровых людей, возникающего вследствие эмоционально насыщенного и интенсивного общения в процессе профессиональной работы с клиентами, пациентами, учениками. К этому времени было собрано достаточно много фактов, говорящих о том, что среди учителей, врачей, полицейских и других социальных работников часто можно встретить людей сухих, резких и неадекватных в общении. В то же время ряд исследований показал, что представители этих профессиональных групп чаще других подвержены разного рода психосоматическим расстройствам [5].

Первоначально выгорание считалось «платой за сочувствие», а затем превратилось в «болезнь коммуникативных профессий» [6].

А. Лэнгле понимает под синдромом выгорания тяжелое состояние истощения, возникающее в деятельности. Первый симптом, в данном случае – истощение, касается вначале только самочувствия, затем начинает влиять на переживания, а потом и на решения, установки и действия человека, позиции, т. е. отражается во всех трех измерениях человеческого бытия согласно димENSIONАЛЬНОЙ антропологической модели В. Франкла [7].

Существуют несколько моделей психо-эмоционального выгорания.

1. Однофакторная модель (Р. Aronson, 1988). Согласно ей, психоэмоциональное выгорание – это состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Авторы данного подхода рассматривают истощение как главную причину, тогда как остальные проявления считают следствием.

2. Двухфакторная модель. Ее авторы – D. Dierendonck, W. Schaufeli, H. Sixma, 1994. Согласно ей, данный синдром сводится к двумерной конструкции, состоящей из эмоционального истощения и деперсонализации. Первый («аффективный») компонент складывается из жалоб на свое здоровье, нервное напряжение, физическое недомогание, эмоциональное истощение. Второй – деперсонализация – проявляется в изменении отношений либо к себе, либо к пациентам. Данный симптом проявляется в широком диапазоне фона настроения и поступков профессионала в процессе общения. Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессионального действия. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Объект тяготит своими проблемами, потребностями, неприятно его присутствие, сам факт его существования. Возникает деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманистический настрой. Личность утверждает, что работа с людьми неинтересна, не доставляет удовольствия, не представляет социальной ценности. В более тяжелых формах «выгорания» личность резко защищает свою антигуманистическую философию «ненавижу», «презираю». В этих случаях «выгорание» смыкается с психопатологическими проявлениями личности – неврозоподобными психопатическими состояниями [8].

3. Трехфакторная модель (К. Маслак и С. Джонсон). Эта модель включает в себя, помимо составляющих вышеописанных компонентов, еще и редукцию личных достижений, проявляющуюся в тенденции негативно оценивать свои профессиональные достижения и успехи, в преуменьшении собственного достоинства [9].

На настоящий момент синдром психоэмоционального выгорания рассматривается чаще как модель, складывающаяся из трех компонентов по схеме трехмерной модели.

Синдром эмоционального сгорания развивается постепенно, условно делясь на три стадии. Начинается все с притупления эмоций, чувства теряют свою остроту и радость переживаний. И пока все вроде бы нормально, но на душе как-то пусто и скучно. Даже любимая пища становится безвкусной. Даже чувства к родным людям приглушаются. Затем появляются негативные чувства к людям, с которыми приходится работать: они раздражают, в кругу своих коллег начавший «выгорать» профессионал с пренебрежением, а то и с насмешкой говорит о своих подопечных. Далее следует неприязнь к ним. И если на первых порах он легко сдерживает ее, то со временем скрывать свое раздражение удается с трудом, и, наконец, следует взрыв озлобленности. Жертвой становится ни в чем не повинный человек, который ждал от профессионала человечности и помощи. Причем «выгорающий» специалист сам не понимает причины разгорающегося в нем раздражения, думая, что все по-прежнему, ссылаясь на усталость и плохое настроение. Заключительная стадия – утрата профессиональных ценностей. Специалист по привычке может сохранять и апломб, и респектабельность, но если приглядеться к нему, то станут заметны «ледяное сердце» и «пустой взгляд». Само по себе присутствие другого человека вызывает дискомфорт и реальное чувство тошноты. Конечно же, синдром выгорания зачастую сочетается с психосоматикой [8].

Выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

1) физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; плохой недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, в т. ч. по ощущениям; затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы, неврологические расстройства);

2) эмоциональные симптомы (эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, недостаток эмоций; пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни; безразличие, усталость; ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение деперсонализации своей или других – люди становятся безликими, как манекены; преобладает чувство одиночества). К врачу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помочь своим пациентам – не может войти в их положение, соучаствовать, сопереживать, реагировать. Причем некоторое время тому назад таких ощущений не было, и врач переживает их появление. Со временем эти проявления усиливаются и приобретают более устойчивый характер – положительные эмоции появляются все реже, а отрицательные – все чаще. Грубость, раздражительность, обиды, резкость и капризы становятся неотъемлемыми в эмоциональной сфере. Медицинский работник почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Его почти ничего не волнует, ничего не вызывает эмоционального отклика – ни положительные, ни отрицательные эмоции. Эти проявления эмоциональной защиты указывают на приобретенный характер за длительные годы работы с людьми. Человек постепенно начинает вести себя как робот-автомат при сохранении эмоции в других сферах деятельности;

3) поведенческие симптомы (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи – падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение);

4) интеллектуальное состояние (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах – тренингах, образовании; формальное выполнение работы);

5) социальные симптомы (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег) [8].

Теоретические подходы к разъяснению выгорания в иностранных исследованиях можно разделить на три общих направления: 1) индивидуально-психологический подход: в нем подчеркивается характерное для

некоторых людей несоответствие между слишком высокими ожиданиями от работы и действительностью, с которой им приходится сталкиваться ежедневно; 2) социально-психологический: причиной феномена выгорания считается специфика самой работы в социальной сфере, отличающаяся большим количеством нагружающих психику неглубоких контактов с разными людьми; 3) организационно-психологический: причина синдрома связывается с типичными проблемами личности в организационной структуре – недостатком автономии и поддержки, ролевыми конфликтами, неадекватной или недостаточной обратной связью руководства и отдельного работника и т. д. [10, с. 29].

Выделяют еще один фактор, обуславливающий синдром эмоционального выгорания, – наличие психологически трудного контингента, с которым приходится иметь дело профессионалу в сфере общения (тяжелые больные, «трудные» подростки, конфликтные покупатели и т. д.) [8].

Увеличение уровня выгорания связано с увеличением уровня профессионального стресса. Л. Роуи получил данные о том, что лица, испытывающие выгорание, имеют более высокий уровень психологического стресса и меньшую выносливость, устойчивость [11].

Риск быть подвергнутым выгоранию зависит от того, насколько выполняемые работниками функции соответствуют их полоролевой ориентации. Так, установлено, что женщины оказались более чувствительны к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требуют от них сопереживания, воспитательных умений, подчинения, в то время как мужчины более чувствительны к воздействию стрессоров в таких ситуациях, в которых требуется демонстрация сугубо мужских качеств, таких как физические данные, показ своих достижений в работе, эмоциональная стабильность и сдержанность [12].

На всех, кто работает с людьми и честно относится к своим обязанностям, лежит нравственная и юридическая ответственность за благополучие деловых партнеров – пациентов, заказчиков, учащихся, пассажиров, клиентов, покупателей. Особенно высока ответственность за жизнь и здоровье человека. А плата за это – нервное перенапряжение [8].

В.В. Бойко выделяет ряд внешних и внутренних факторов, предпосылок, провоцирующих эмоциональное выгорание.

К внешним факторам относят уровни материальной среды, социально-психологические условия деятельности. К внутренним же факторам, обуславливающим эмоциональное выгорание, относят склонность к эмоциональной ригидности; интенсивную интериоризацию (восприятие и переживание) условий профессиональной деятельности; слабую мотивацию эмоциональной отдачи в процессе работы; моральные дефекты и дезориентацию личности [13].

Динамика процесса выгорания, согласно К. Маслак, протекает следующим образом:

- 1) идеализм и чрезмерные требования;
- 2) психическое и эмоциональное истощение;
- 3) дегуманизация как средство противодействия;
- 4) конечная стадия: синдром отвращения (против себя – против других – против всего) и, наконец, крах – увольнение, болезнь [14–15].

Так, врачи, в т. ч. студенты медицинских вузов – одна из основных мишеней для формирования синдрома, поскольку затрагивает практически все сферы их профессиональной и личной жизни [16].

С точки зрения динамики процесса, эмоциональное сгорание складывается из:

- фазы напряжения (переживание психотравмирующих обстоятельств, загнанность в клетку, тревога и депрессия, неудовлетворенность собой);
- фазы резистенции (эмоционально-нравственная дезориентация, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, расширение сферы экономии эмоции);
- фазы истощения (эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность или деперсонализация, эмоциональный дефицит, психосоматические и психовегетативные нарушения) [8].

В 2015 г. было проведено исследование, в котором приняли участие 126 врачей-терапевтов из медицинских учреждений г. Воронеж и г. Тамбов (Н.А. Огнерубов и соавт.). Выборка составила 80 женщин и 46 мужчин. Для изучения СЭВ использовалась «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко. Данная методика позволяет определить, к какой фазе развития стресса относятся основные симптомы сгорания и, конечно, диагностировать эти симптомы. По количественным показателям, которые были подсчитаны для всех трех фаз формирования синдрома «выгорания», по смысловому содержанию результатов

Таблица 1

Фазы стресса и их симптомы

Фаза стресса	№ п/п	Симптомы
Напряжение	1	переживание психотравмирующих обстоятельств
	2	неудовлетворенность собой
	3	«загнанность в клетку»
	4	тревога и депрессия
Резистенция	1	неадекватное эмоциональное реагирование
	2	эмоционально-нравственная дезориентация
	3	расширение сферы экономии эмоций
	4	редукция профессиональных обязанностей
Истощение	1	эмоциональный дефицит
	2	эмоциональная отстраненность
	3	личностная отстраненность (деперсонализация)
	4	психосоматические и психовегетативные нарушения

исследования можно объемно охарактеризовать личность, оценить адекватность эмоционального реагирования в стрессовой ситуации, наметить индивидуальные меры. Каждая фаза стресса диагностировалась на основе четырех характерных для нее симптомов (табл. 1). Методика состоит из 84 суждений.

Для исследования были выделены 2 группы врачей-мужчин: первая группа – в возрасте 30–40 лет; вторая группа – в возрасте 50–60 лет (табл. 2–4).

Исследование показало, что у большинства врачей фаза резистенции является уже формирующейся, ее симптомы отражают появление защитных механизмов, механизмов сопротивления психотравмирующим воздействиям; совокупность существующих симптомов деформирует профессионала как личность. Характерными является неадекватность эмоциональных реакций, формальное отношение к своим обязанностям, врач как бы принимает позицию «ничего личного». При этом не было выявлено преобладания среди врачей работников с уже сформированной фазой истоще-

ния, что свидетельствует о высокой сопротивляемости стрессовым воздействиям. Таким образом, полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы при разработке методов профилактики и преодоления эмоционального выгорания в частности и профессиональной деформации личности в целом медицинских работников и представляют интерес для психологов, специалистов по работе с персоналом и руководителей [8].

Теперь хотелось бы обратить внимание на то, что в формировании «выгорания» зачастую большую роль играют «несбывающиеся мечты», опрокинутые ожидания в отношении того, каким достойным обладателем своей профессии станет человек и к чему приведет выбранная профессия.

А. Адлер стремился создать теорию, которая могла бы быть использована в психотерапии. В своей книге «Философия возможного» О. Вайнингера развил идею, что на людей сильнее влияют их ожидания в отношении

Таблица 2

Формирование симптомов фазы напряжения СЭВ у врачей-мужчин различных возрастов (%)

№ п/п	Симптомы	Не сформирован		Формируется		Сформирован	
		группа 1	группа 2	группа 1	группа 2	группа 1	группа 2
1	Переживание психотравмирующих обстоятельств	75	70	25	30	–	–
2	Неудовлетворенность собой	84	64	16	36	–	–
3	«Загнанность в клетку»	86	84	13	14	1	2
4	Тревога и депрессия	50	72	29	14	21	14
	Фаза напряжения	55	44	35	36	10	20

Таблица 3

Распределение врачей-мужчин по сформированности симптомов фазы резистенции СЭВ (%)

№ п/п	Симптомы	Не сформирован		Формируется		Сформирован	
		группа 1	группа 2	группа 1	группа 2	группа 1	группа 2
1	Неадекватное эмоциональное реагирование	15	14	30	14	55	72
2	Эмоционально-нравственная дезориентация	33	36	38	43	29	21
3	Расширение сферы экономики эмоций	46	26	19	41	35	33
4	Редукция профессиональных обязанностей	26	18	28	25	46	57
	Фаза резистенции	22	14	32	14	46	72

Таблица 4

Сформированность симптомов фазы истощения СЭВ у врачей обеих групп (%)

№ п/п	Симптомы	Не сформирован		Формируется		Сформирован	
		группа 1	группа 2	группа 1	группа 2	группа 1	группа 2
1	Эмоциональный дефицит	43	46	28	27	29	27
2	Эмоциональная отстраненность	50	35	21	36	29	29
3	Личная отстраненность	46	51	25	29	29	20
4	Психосоматические и психовегетативные нарушения	61	43	18	36	21	21
	Фаза истощения	43	41	42	29	15	30

будущего, чем реальные и прошлые переживания. Он утверждал, что многие люди на протяжении всей жизни действуют так, как если бы идеи, которыми они руководствуются, были объективно верными. В понимании О. Вайнингера, людей побуждает к определенному поведению не только то, что истинно, но и то, что является таковым, по их мнению [17].

А. Адлер делает вывод, что основные цели, определяющие направление нашей жизни, представляют собой фиктивные цели, т. к. их невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть путем соотнесения с реальностью. Некоторые люди, например, могут выстраивать свою жизнь, исходя из представления, что напряженная работа и чуть-чуть удачи помогают достичь почти всего. С точки зрения А. Адлера, это утверждение – просто фикция, потому что многие, кто напряженно работает, не получают ничего из того, что заслуживают. Когда фиктивная цель индивидуума известна, все последующие действия наполняются смыслом, и его «история жизни» приобретает дополнительное объяснение [17].

А. Адлер настаивал на том, что если подобные цели не выполняют функции ориентира в повседневной жизни, их следует или изменить, или отбросить. Фиктивные цели могут быть как полезными, так и опасными для личности и для окружения. Теория А. Адлера имеет непосредственное отношение к психотерапевтической практике. В ходе психотерапии, согласно А. Адлеру, задачей психотерапевта является выяснение фиктивной цели человека, которая определяет направленность его жизни. И если эта цель невротическая и не приводит ни к чему хорошему, от нее необходимо отказаться. Таким образом, при анализе теории А. Адлера проявляется интересная идея, которая заключается в том, что не каждый смысл является правильным. Данная идея была подхвачена и развита в работах К. Хорни, ученицы А. Адлера. Центральной для теории К. Хорни является тема невротического конфликта, в основе которого лежит базальная тревожность, корнями уходящая в детство. Согласно К. Хорни, для невротика характерна подмена своего настоящего реального Я идеализированным образом Я. Невротик как бы держит перед своим взором свой образ совершенства и бессознательно говорит себе: «Забудь о том, каким презренным созданием ты в действительности являешься, вот каким ты должен быть, и важно только то, что помогает тебе быть этим идеализированным Я». Невротик считает, что он «должен все вытерпеть, все понять, любить всех, всегда быть продуктивным». «Он должен быть олицетворением честности, великодушия, внимательности, справедливости, достоинства, храбрости, бескорыстия. Он должен быть совершенным любовником, мужем, учителем. Он должен знать, понимать и предвидеть все. Он должен быть всегда в состоянии моментально решить любую проблему, собственную или чужую» [18, с. 61]. «Любая малейшая неудача может повергнуть его в депрессию, так как она доказывает его ничтожность в целом, даже если причины неудачи ему не подвластны» [18, с. 232]. Таким образом, мы видим перед собой то, что А. Адлер назвал «фиктивными установками».

Итак, в случае невротика очень ярко виден разрыв между реальным и идеальным Я. По К. Хорни, реальное Я – это «изначальная сила», действующая в направлении индивидуального роста и самореализации». А так как у невротика наблюдается отчуждение от ре-

ального Я, доступ к этой силе закрыт. И работа с невротиком должна быть направлена как раз на то, чтобы открыть для него доступ к этой силе реального Я через разрушение его иллюзий. Неразрешенные внутренние конфликты приводят невротика к чувству безнадежности. «Безнадежность представляет собой конечный результат нерешенных конфликтов, и ее самым глубоким корнем является отчаяние когда-либо достичь внутренней цельности» [18, с. 36]. Многочисленные безуспешные попытки дотянуться до соответствия своему идеализированному образу приводят к духовной смерти человека, отчуждению от себя.

В своей работе «Невроз и развитие личности» К. Хорни пишет, что невротика необходимо личное возвеличивание, он не может не заключить, что что-то неправильно в окружающем его мире, и он заключает, что мир должен быть другим. Вместо того чтобы попытаться преодолеть свои иллюзии, человек предъявляет претензии к внешнему миру [19, с. 35].

Таким образом, можно заметить, что описание человека, находящегося в группе риска выгорания, похоже на описание невротика. Те же завышенные требования к самому себе, та же чувствительность к малейшим неудачам, та же зависимость от одобрения окружающих людей. Картина синдрома выгорания с присущими ему эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцией личных достижений может быть интуитивно названа безнадежностью. К чувству безнадежности невротик приходит вследствие неразрешенных внутренних конфликтов. То есть мы видим, что нереальность жизненных установок и отчуждение от себя реального неминуемо приводит к безнадежности и «духовной смерти» [10, с. 340].

Говоря о методах терапии синдрома выгорания, А. Лэнгле считает, что они должны начинаться с ситуативной разгрузки, и следует подумать о том, как помочь человеку, работающему в конкретных условиях конкретной организации или учреждения. К этому в первую очередь относятся меры, ориентированные на изменение поведения, целью которого будет делегирование и разделение ответственности, постановка реалистичных целей, исключение попадания в ситуацию цейтнота. Но экзистенциальный терапевт также будет работать с фундаментальными экзистенциальными мотивациями. Для того чтобы предотвратить выгорание, человеку необходимо задавать себе следующие вопросы: «Для чего я это делаю? Нравится ли мне то, что я делаю? Нравится ли мне только результат или также и процесс? Хочу ли я посвящать этому жизнь – то ли это, ради чего я живу?» [20].

В результате можно прийти к выводу, что именно разрушение смыслов более высокого порядка (восходящих к «проживанию» ценностей в соответствии с концепцией В. Франкла) ведет к разрушению практических смыслов инструментального уровня, т. е. разрушает профессиональную деятельность человека.

Но, несмотря на то, что каждая профессия накладывает свой психологический отпечаток на личность человека, по-своему «деформируя» ее в ущерб общей гармонии, следует помнить, что свои физические, умственные и эмоциональные ресурсы необходимо расходовать с умом, не утопая в стремлениях прыгнуть выше, чем это возможно.

Эмоциональное выгорание – процесс достаточно коварный, поскольку подверженный этому синдрому человек довольно часто плохо осознает его симптомы.

Он не видит себя со стороны и не может понять, что с ним происходит. На сегодняшний день этот синдром можно предупредить, а также лечить [8].

Раскрыв тему психоэмоционального выгорания у врачей, стоит задуматься о тех, кому только предстоит вступить на путь врачевания, но тех, кто уже выбрал для себя данное ремесло, – о студентах-медиках.

Итак, правомочен вопрос – специфичен ли процесс эмоционального выгорания только сфере профессионального труда или он имеет место и в сфере профессионального образования? Многочисленные исследования показывают, что в студенческой жизнедеятельности также действуют различные факторы, провоцирующие эмоциональное выгорание. Они определяются природой образовательной деятельности, несовершенством ее организации, отношением студентов к выполнению своих функций [21].

Согласно многочисленным исследованиям, образовательная деятельность студентов неотделима от значительной умственной работы, необходимости воспринимать, запоминать и оперативно интерпретировать новую визуальную, звуковую и письменную информацию, осмысливать и решать разнообразные проблемы. При этом нужно осваивать различные технологии обучения, искать эффективные способы запоминания материала. Возрастает роль самостоятельных занятий, к организации которых студенты чаще всего оказываются не готовыми. К тому же студентами выполняются различные общественные дела.

Несовершенная организация образовательной деятельности студентов проявляется в неоптимальном планировании их аудиторной и внеаудиторной деятельности, в повышенной учебной нагрузке при подго-

товке к занятиям и на самих занятиях, в нередко формирующемся чувстве усталости, в экзаменационном стрессе. Студенты испытывают большие психо-эмоциональные нагрузки. Часто они ощущают свою социальную незащищенность. Далеко не всегда благоприятными оказываются условия материальной среды, бытовые условия в общежитии и др.

В силу своих возрастных особенностей студенты склонны к сочувствию, неустойчивы, мечтательны. Поначалу многие из них идеалистически относятся к учебе, не адаптируются к новым требованиям, неадекватно оценивают свои возможности, гипертрофированно переживают неудачи и даже ощущают собственную несостоятельность. В результате формируется неудовлетворенность учебной, нарастает безразличие к своим обязанностям. Проявляются признаки деперсонализации, свидетельствующие о развитии эмоционального выгорания у студентов вуза, и особенно часто среди тех, кто обучается медицинской специальности.

Представляется естественным предположение о том, что указанные выше факторы воздействуют на студентов не только в вузе, но и в учреждении среднего профессионального образования. Для проверки этого предположения в 2013 г. было проведено диагностическое исследование, направленное на оценку того, в какой мере процесс эмоционального выгорания развивается у студентов Биробиджанского медицинского колледжа. На основе методики В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности» были исследованы 73 студента колледжа (I курс – 22 человека, II курс – 31 человек, III курс – 20 человек). Полученные характеристики процесса развития эмоционального выгорания у студентов медицинского колледжа представлены в табл. 5–7.

Таблица 5

Состояние фазы «Напряжение» у студентов медицинского колледжа

Студенты	Фаза не сформировалась, %	Фаза в стадии формирования, %	Фаза сформировалась, %
1 курс	72,7	27,3	0,0
2 курс	64,5	19,4	16,1
3 курс	10,0	75,0	15,0

Таблица 6

Состояние фазы «Резистенция» у студентов медицинского колледжа

Студенты	Фаза не сформировалась %	Фаза в состоянии формирования, %	Фаза сформировалась, %
1 курс	50	31,8	18,2
2 курс	38,7	32,3	29
3 курс	0	35	65

Таблица 7

Состояние фазы «Истощение» у студентов медицинского колледжа

Студенты	Фаза не сформировалась, %	Фаза в состоянии формирования, %	Фаза сформировалась, %
1 курс	69,6	26,1	4,3
2 курс	54,8	22,6	22,6
3 курс	20	55	25

Заметим, что данные, приведенные в табл. 5–7, несколько занижая, оценивают рассматриваемый процесс, поскольку не были рассмотрены студенты, отчисленные из колледжа. При учете таких студентов показатели процесса эмоционального выгорания, вероятно, будут больше, чем те, которые даны в этих таблицах.

Результаты диагностики позволяют сделать следующие выводы:

1) у студентов медицинского колледжа реально развивается процесс эмоционального выгорания, причем все составляющие данного процесса систематически усиливаются от курса к курсу;

2) интенсивность развития фаз эмоционального выгорания резко возрастает на 3-м курсе, что, вероятно, свидетельствует об усилении роли факторов, связанных с предстоящим переходом из сферы образования в сферу профессионального труда;

3) сравнение различных фаз эмоционального выгорания указывает на то, что интенсивнее всего формируется фаза «резистенция», которая энергетически и эмоционально является наиболее затратной.

Полученные результаты соответствуют известным из литературы характеристикам распространения эмоционального выгорания среди студенческой молодежи вузов. Согласно исследованию О.С. Глазачева, эмоциональное выгорание имеет место у 34–40 % студентов медицинских вузов. А по данным С. Джекобса и Д. Додда, до 40 % студентов страдают эмоциональным выгоранием разной степени сформированности, причем частота его выявления увеличивается от младших к старшим курсам [21].

Выполненное исследование указывает на недостатки действующей в Биробиджанском областном медицинском колледже системы организационно-педагогических условий, слабо ориентированной на снижение риска развития эмоционального выгорания у студентов. По нашему мнению, указанная проблема имеет место во многих российских образовательных учреждениях, причем не только среднего профессионального образования.

Исследования на выявление выгорания у студентов-медиков были проведены в одном из австралийских медицинских вузов.

Выборка состояла из 127 студентов (из 709 учащихся), обучающихся по 5-летней медицинской программе в 2013 г. в австралийском университете. Выборка состояла из студентов 1-го, 3-го и 5-го курсов. Число участников от каждого курса было 43, 36 и 46 соответственно (два незарегистрированных). Из них 32 мужчины, 93 женщины (две неучтенные), и средний возраст был 22 (диапазон 17–49 лет). Все обучающиеся были студенты-очники, и 28 имеют высшую квалификацию [22].

Анкета состояла из восьми секций:

1) общие демографические вопросы, включающие информацию по полу, возрасту, проживанию в течение семестра и другое время (с родителями, друзьями, партнером, в одиночку, других), отношения (в браке, в паре, один (в отношениях), один (нет текущих отношений), отделены или разведены), год текущей ступени обучения, выбранная сфера врачебной деятельности, наличие образования, полученного до или во время медицинского;

2) о работе и учебе, а именно: средняя продолжительность рабочей недели обучения (лекции, практические занятия, самостоятельно домашнее обучение),

часов оплачиваемой работы в течение семестра и за ее пределами и часы волонтерской работы в течение семестра и за ее пределами;

3) состояние здоровья – физическое здоровье за последние 5 лет, текущее физическое здоровье, психическое здоровье за последние 5 лет и актуальное психическое здоровье. Все ответы по 5-балльной шкале от «очень плохо» до «отлично»;

4) спорт и отдых – часы тренировки и других физических нагрузок в течение недели, время отдыха, хобби;

5) социальная поддержка. Участники заполняли опросник социальной поддержки индекса (ДССИ), который включал в себя одиннадцать вопросов, например, таких как «сколько раз Вы говорили по телефону в последнюю неделю?» с восемью вариантами ответа (0–7 или больше) или «сколько времени Вы проводите для вашей семьи и друзей (т. е. важных для вас людей)?» с ответом варианты «немного», «иногда», «большую часть времени», удовлетворенность отношениями с другими людьми и в целом социальной поддержкой;

6) употребление психоактивных веществ. Данная секция включала в себя вопросы о том, принимались ли студентами различного рода психоактивные вещества, например, из класса некоторых психотропных веществ, о злоупотреблении алкоголем и т. д. и имелись ли связанные с этим психические отклонения;

7) психологические расстройства. Вопросы о том, замечали ли вы за собой депрессивное состояние, тревогу, чрезмерную агрессивность, раздражительность, плаксивость, обидчивость, частые скачки настроения, либо безразличие, приглушенность эмоций, неудовлетворенность своей жизнью, подавленность, чувство собственной бесполезности, черствости. А также в этой секции оценивались предпосылки выгорания у студентов. Эмоциональное истощение измерялось с помощью девяти пунктов, таких как «я чувствую, что я не могу справиться с учебной, будущей работой лучше, хорошо», пунктов об отсутствии личных достижений, например «я чувствую, что я потерял свою цель в учебе», а также вопросы на обезличивание, например «я боюсь, что выбранная мной профессия подавит меня эмоционально»; все ответы по 5-балльной шкале от «полностью не согласен» до «полностью согласен» [23];

8) личность – опросник на три черты характера, которые формируют модель психологической устойчивости. Черты привязанности к другим (высокие баллы указывали на эмпатию и доверие в общении с другим), степень сочувствия, сопереживания другим (низкие оценки означают отчужденность и нарциссическое поведение), эмоциональная устойчивость (высокая оценка свидетельствует об эмоциональной устойчивости и низкая оценка свидетельствует о невротизации) и самоконтроль (организованность, добросовестность, сдержанность), неорганизованность (беспорядочность, импульсивность). Высокие баллы по оценке всех трех пунктов указывают на психологическую устойчивость, в то время как низкие баллы свидетельствуют о предрасположенности к психологическому дистрессу.

Данные были собраны за период семестр 1 (март–май 2013 г.).

Ответы на вопросы, касающиеся общей демографии, учебы, работы, отдыха и здоровья, были собраны и изучены, чтобы дать представление о студенческой выборке (табл. 8). В течение семестра 50,4 % студентов проживали с друзьями, а за время семестра 68,5 %

Таблица 8

Данные о проживании, статусе отношений, специализации и обращаемости за медицинской помощью студентов

Проживание	В течение семестра	За пределами семестра	Статус отношений	Н (%)
С друзьями	50,4(64)	11,0(14)	одинок не в отношениях в отношениях	48,0 (61)
С партнером	12,6(16)	9,4(12)		25,2(32)
С родителями или родственниками	10,2(13)	68,5(87)		18,1(23)
Одни	9,4(12)	3,9(5)	женат/замужем	3,9(5)
В университете, колледже	8,7(11)	0		
В общежитии	7,1(9)	1,6(2)	в разводе нет ответа	1,6(2)
Другое	1,6(2)	5,5(7)		3,1(4)

Работа и здоровье	н	Средние часы
Работа в течение недели	122	38
Оплачиваемая работа в течение семестра	43	8
Оплачиваемая работа вне семестра	58	23,2
Волонтерская работа в течение семестра	39	3,8
Волонтерская работа вне семестра	36	5
Физическая активность в течение семестра	126	4,5
Физическая активность вне семестра	120	5,7
Другие виды физической активности	119	4,1
Другие виды отдыха	100	4,4
Физическое здоровье в течение 5-ти лет	126	3,9
Психическое здоровье в течение 5-ти лет	127	3,0
Текущее физическое здоровье	127	4,5
Текущее психическое здоровье	127	3,6

Специализация	н (%)	Использование медицинских услуг	да (н, %)
Окончательно не выбрана	40,9 (52)	обращение за мед. помощью в университете	81 (103)
Врач общей практики	15,7 (20)	оповещение о мед. сервисе университета	38 (49)
Хирургия	13,4 (7)	осведомление о тех, кто обращался за помощью университета	46 (59)
Психиатрия	4,7 (6)	удовлетворенность от обращения	63 (37)
Педиатрия	4,7 (6)	использование услуг здравоохранения	71 (30)
Ядерная медицина	3,9 (5)	удовлетворенность от услуг здравоохранения	67 (85)
Акушерство	3,1 (4)	комфорт от предоставленных услуг университета	65 (82)
Анестезиология	3,1 (4)	комфорт от предоставленных услуг вне университета	63 (80)
Судебная медицина	0,8 (1)		
Гематология	0,8 (1)		
Онкология	0,8 (1)		
Офтальмология	0,8 (1)		
Патологическая анатомия	0,8 (1)		
Нет ответа	63 (8)		
Финансы			
Проблемы с финансами	25 (19)		
Средний уровень достатка	79 (62)		
Выше среднего	23 (18)		

Таблица 9

Степени развития составляющих выгорания

Характеристика	Мужчины			Женщины		
	депрессия	тревога	стресс	депрессия	тревога	стресс
Нет отклонений от нормы	72 (23)	75 (24)	75 (24)	54 (50)	60 (65)	62 (56)
Мягкая	6 (0)	13 (4)	9 (3)	14 (13)	7 (6)	9 (8)
Умеренная	19 (6)	13 (4)	13 (4)	12 (11)	12 (11)	13 (12)
Средней тяжести	3 (1)	0	3 (1)	7 (7)	7 (6)	13 (12)
Тяжелая	0	0	0	12 (11)	15 (14)	4 (4)

жили с родителями или другими родственниками. Большинство студентов были без отношений (73,2 %). На вопрос о том, сколько времени тратится на обучение, студенты отвечали, что в течение обычной недели семестра оно варьирует от 3 до 120 ч, в среднем – 40 ч в неделю. Из 127 учащихся в примере 43 (33,8 %) проводили в среднем 8 ч в неделю за оплачиваемой работой в течение семестра. В среднем по 3,8 ч в неделю было потрачено на волонтерскую работу в течение семестра среди 39 (30,1 %) студентов. Еще 4,5 ч уходило на тренировки или другую физическую активность. Значительная доля студентов (79 %) были несколько обеспокоены своими финансами, в то время как 23 % из них были очень обеспокоены. А также, как показано в табл. 8, физическое и психическое здоровье за последние 5 лет и в настоящее время были оценены в среднем (по 5-балльной шкале) между 3 (незначительные проблемы) и 4 (в целом хорошее). Однако психическое здоровье за последние 5 лет было оценено значительно ниже ($p < 0,05$), чем физическое здоровье за последние 5 лет ($t = 3,77, p < 0,001$), и актуальное психическое здоровье было оценено значительно ниже, чем текущее физическое здоровье ($t = 3,19, p = 0,002$) [24].

Далее было исследовано, кто более подвержен дистрессу и выгоранию: мужчины или женщины (табл. 9). И что касается половых различий, по сравнению с мужчинами женщины имели значительно более высокие средние баллы по депрессии, тревожности и стрессу. У мужчин были подсчитаны значительно более высокие показатели потребления алкоголя по сравнению с женщинами. Употребление психотропных веществ: 22 % мужчин и 5,4 % женщин в течение последних 6 месяцев. Что же касается психологических аспектов личности, то женщины значительно более активны в проблемах с другими людьми и имели более высокий уровень самоконтроля по сравнению с мужчинами. То есть существуют половые различия в отношении социального поведения, удовлетворенности жизнью, выгорания, эмоциональной устойчивости [24].

На процесс обучения непосредственно влияют все обстоятельства и факторы, приведенные в данном исследовании. То есть, кроме того, что студенты медицинских вузов выбирают без того нелегкий путь, связанный с постоянным самоконтролем, нервным напряжением, ответственностью за жизнь других людей, так на них еще и воздействуют окружающие факторы, присутствующие в жизни студентов любых других специальностей [25–30]. Из этого следует вывод, что студенты-медики, безусловно, подвержены психоэмоциональному дистрессу, который в будущем может стать основой для формирования психоэмоционального выгорания.

Этот синдром изучается до сих пор и, несомненно, имеет пищу для разработки различного рода профилактических мероприятий, методов преодоления этого состояния, мешающего полноценно и свободно существовать и развиваться в своей профессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб., 2005. 336 с.
2. *Бойко В.В.* Энергия эмоций. СПб., 2004. 474 с.
3. *Кайбышев В.Т.* Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России // Медицина труда и промышленная экология. 2006. № 12. С. 21–26.
4. *Хетагурова А.К., Касимовская Н.А.* Социально-демографические и психологические факторы, влияющие на уход из профессии медицинских сестер на современном этапе // Экономика здравоохранения. 2007. № 2–3 (112). С. 25–29.
5. Практикум по психологии профессиональной деятельности и менеджменту / под ред. Г.С. Никифорова и др. СПб., 2001. 448 с.
6. *Орел В.Е.* Синдром психического выгорания личности. М., 2006. 436 с.
7. *Франкл В.* Теория и терапия неврозов. Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ. СПб., 2001. 234 с.
8. *Огнеурбов Н.А., Огнеурובה М.А.* Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2015. Т. 20. Вып. 2. С. 307–318.
9. *Водопьянова Н.Е.* Синдром «выгорания» в профессиях системы «Человек – человек» // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г.С. Никифорова и др. СПб., 2001. С. 175–180.
10. *Ермакова Е.В.* Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология. 2010. № 1. С. 27–38.
11. *Орел В.Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 90–101.
12. *Трунов Д.* Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога. М., 1998. № 8. С. 84–89.
13. *Бойко В.В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 105 с.
14. *Langle A., Orgler C.* The Existence Scale // European Psychotherapy. 2003. V. 4. № 1. P. 135–151.
15. *Maslach C., Leiter M.* The Truth About Burnout. San Francisco, 1997.
16. *Маркова Ю.А., Мареева Е.Б., Севидова Л.Ю.* Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и успеваемости среди студентов старших курсов медицинских вузов // РМЖ. 2010. Т. 18. № 30. С. 1834–1836.
17. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб., 2003. 608 с.
18. *Хорни К.* Невроз и развитие личности. М., 1998.
19. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 2000.
20. *Langle A.* Burnout Existential meaning and Possibilities of Prevention // European Psychotherapy. 2004. V. 4. № 1. P. 129–143.
21. *Фишман Б.Е., Гольцова Н.В.* Реальность эмоционального выгорания у студентов медицинского колледжа // Фундаментальные исследования. 2014. № 9–12. С. 2774–2778.
22. АБС-медико-санитарные обследования. Австралия, 2007–2008. Канберра: Австралийское бюро статистики, 2012.
23. *Maslach C., Jackson S.E.* The measurement of experienced burnout // Journal of occupational behavior. 1981. V. 2. P. 99–113.
24. *Bore M., Kelly B., Nair B.* Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study // Adv. Med. Educ. Pract. 2016. V. 2. № 7. P. 125–35. doi: 10.2147/AMEP.S96802. eCollection 2016.
25. *Бердыева И.А., Войт Л.Н.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 2. С. 117–120.
26. *Schaufeli W.B., Enzman D.* The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis. L., 1998.
27. *Боре М., Манро Д., Пауис Да.* Комплексная модель для отбора студентов-медиков // Медицинские образования. 2009. № 31. С. 1066–1072.
28. *Сидоров П.* Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. 2005. 8 июня.
29. *Бабор Т.Ф., Хиггинс-Биддл Й.К., Сондерс Б., Монтерио М.Г.* Аудит – употребление алкоголя расстройства идентификации испытаний: рекомендации для использования в первичном звене здравоохранения. Женева: ВОЗ, 2001.
30. *Said D., Kypri K., Bowman J.* Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2013. V. 48. P. 935–944.

Поступила в редакцию 26 октября 2016 г.

Огнерубов Николай Алексеевич, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой анатомии, оперативной хирургии и онкологии, e-mail: ognerubov_n.a@mail.ru

Карпова Евгения Борисовна, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, ассистент кафедры анатомии, оперативной хирургии и онкологии, e-mail: ognerubov_n.a@mail.ru

UDC 159.9

DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-221-231

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG DOCTORS AND STUDENTS IN MEDICAL UNIVERSITIES

© N.A. Ognerubov, E.B. Karpova

Tambov State University named after G.R. Derzhavin
33 Internatsionalnaya St., Tambov, Russian Federation, 392000
E-mail: ognerubov_n.a@mail.ru

A literary review, devoted to emotional burnout among doctors and students of medical universities is presented. This syndrome is considered as special psychological protection by many psychologists of the organism as full or partial rejection of emotions. There are 3 stages in this syndrome, the most dangerous is final stage, at which the loss of professional values develops. Clinical aspects of this syndrome are rather diverse. 5 groups of basic symptoms are marked. The attempts of researches to reveal mechanisms of this syndrome formation lead to foundation of three directions. The authors think that the development of preventive events is the basic for elimination of this dangerous syndrome.

Key words: emotional burnout syndrome; doctors; medical universities students

REFERENCES

1. Vodop'janova N.E. *Sindrom vygoranija: diagnostika i profilaktika* [Burnout Syndrome: Diagnostics and Preventive Measures]. St. Petersburg, 2005, 336 p. (In Russian).
2. Bojko V.V. *Jenergija jemocij* [Energy Emotions]. St. Petersburg, 2004, 474 p. (In Russian).
3. Kajbyshev V.T. Professional'no determinirovannyj obraz zhizni i zdorov'e vrachej v uslovijah sovremennoj Rossii [Occupationally determined lifestyle and health state of doctors in Russia nowadays]. *Medicina truda i promyshlennaja jekologija – Occupational medicine and industrial ecology*, 2006, no. 12, pp. 21-26. (In Russian).
4. Hetagurova A.K., Kasimovskaja N.A. Social'no-demograficheskie i psihologicheskie faktory, vlijajushhie na uhod iz professii medicinskih sester na sovremennom jetape [Social-demographic and psychological factors, influencing the nurses' leaving at modern stage]. *Jekonomika zdavoohranenija* [Public Health Economics], 2007, no. 2-3 (112), pp. 25-29. (In Russian).
5. *Praktikum po psihologii professional'noj dejatel'nosti i menedzhmentu* [A Practical Guide to Psychology of Professional Activity and Management]. G.S. Nikiforov, M.A. Dmitrieva, V.M. Snetkov (eds.). St. Petersburg, 2001, 448 p. (In Russian).
6. Orel V.E. *Sindrom psihicheskogo vygoranija lichnosti* [Psychological Burnout Syndrome of Personality]. Moscow, 2006, 436 p. (In Russian).
7. Frankl V. *Teorija i terapija nevrozov. Vvedenie v logoterapiju i jekzistencial'nyj analiz* [Theory and Therapy of Neurosis. Introduction in Logotherapy and Existential Analysis]. St. Petersburg, 2001, 234 p. (In Russian).
8. Ognerubov N.A., Ognerubova M.A. Sindrom jemocional'nogo vygoranija u vrachej-terapevtov [Syndrome of emotional fading at therapists]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya Estestvennye i tekhnicheskie nauki – Tambov University Reports. Series: Natural and Technical Sciences*, 2015, vol. 20, no. 2, pp. 307-318. (In Russian).
9. Vodop'janova N.E. Sindrom «vygoranija» v professijah sistemy «Chelovek – chelovek» [Burnout syndrome in professional system “Human – human”]. *Praktikum po psihologii menedzhmenta i professional'noj dejatel'nosti* [A Practical Guide to Psychology of Management and Professional Activity]. G.S. Nikiforov, M.A. Dmitrieva, V.M. Snetkov (eds.). St. Petersburg, 2001, pp. 175-180. (In Russian).
10. Ermakova E.V. Izuchenie sindroma jemocional'nogo vygoranija kak narushenija cennostno-smyslovoj sfery lichnosti (teoreticheskij aspekt) [Emotional burnout syndrome study as violation of axiological sphere of personality]. *Kul'turno-istoricheskaja psihologija – Cultural-Historical Psychology*, 2010, no. 1, pp. 27-38. (In Russian).
11. Orel V.E. Fenomen «vygoranija» v zarubezhnoj psihologii: jempiricheskie issledovanija [“Burnout” syndrome in foreign psychology: empirical study]. *Psihologicheskij zhurnal – Psychological Journal*, 2001, vol. 22, no. 1, pp. 90-101. (In Russian).
12. Trunov D. Sindrom sgoranija: pozitivnyj podhod k probleme [Burnout syndrome: positive approach to the problem]. *Zhurnal prakticheskogo psihologa* [Practical Psychologists' Journal], 1998, no. 8, pp. 84-89. (In Russian).
13. Bojko V.V. *Sindrom «jemocional'nogo vygoranija» v professional'nom obshhenii* [“Emotional Burnout” Syndrome in Professional Communication]. St. Petersburg, Piter Publ., 1999, 105 p. (In Russian).
14. Langle A., Orgler C. The Existence Scale. *European Psychotherapy*, 2003, vol. 4, no. 1, pp. 135-151.
15. Maslach C., Leiter M. *The Truth About Burnout*. San Francisco, 1997.

16. Markova Ju.A., Mareeva E.B., Sevidova L.Ju. Vzaimosvjaz' sindroma jemocional'nogo vygoranija i uspevaemosti sredi studentov starshih kursov medicinskih vuzov [The connection between emotional burnout syndrome and progress among students of upper courses of medical universities]. *Russkij meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2010, vol. 18, no. 30, pp. 1834-1836. (In Russian).
17. H'ell L., Zigler D. *Teorii lichnosti* [Personality Theory]. St. Petersburg, 2003, 608 p. (In Russian).
18. Horni K. *Nevroz i razvitie lichnosti* [Neurosis and Personality Development]. Moscow, 1998. (In Russian).
19. Horni K. *Nevroticheskaja lichnost' nashego vremeni. Samoanaliz* [Neurotic Personality of Our Times. Self-Study]. Moscow, 2000. (In Russian).
20. Langle A. Burnout Existential meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, 2004, vol. 4, no. 1, pp. 129-143.
21. Fishman B.E., Gol'cova N.V. Real'nost' jemocional'nogo vygoranija u studentov medicinskogo kolledzha [The reality of emotional burnout among students of medical college]. *Fundamental'nye issledovaniya – Fundamental research*, 2014, no. 9-12, pp. 2774-2778. (In Russian).
22. *ABS-mediko-sanitarnye obsledovaniya. Avstralija, 2007–2008* [ABS medical and sanitary research. Australia, 2007–2008]. Canberra, Australian Bureau of Statistics Publ., 2012. (In Russian).
23. Maslach S., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 1981, vol. 2, pp. 99-113.
24. Bore M., Kelly B., Nair B. Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Adv. Med. Educ. Pract.*, 2016. vol. 2, no. 7, pp. 125-35. doi: 10.2147/AMEP.S96802. eCollection 2016.
25. Berdjaeva I.A., Vojt L.N. Sindrom jemocional'nogo vygoranija u vrachej razlichnyh special'nostej [Emotional burnout syndrome among doctors of different professions]. *Dal'nevostochnyj meditsinskiy zhurnal – Far East Medical Journal*, 2012, no. 2, pp. 117-120. (In Russian).
26. Schaufeli W.B., Enzman D. *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis*. London, 1998.
27. Bore M., Manro D., Paus Da. Kompleksnaja model' dlja otbora studentov-medikov [Complex model of medical students' selection]. *Medicinskie obuchenija* [Medical Training], 2009, no. 31, pp. 1066-1072. (In Russian).
28. Sidorov P. Sindrom jemocional'nogo vygoranija [Emotional burnout syndrome]. *Medicinskaja gazeta* [Medical Newspaper], 2005, 8 June. (In Russian).
29. Babor T.F., Higgins-Biddl J.K., Sonders B., Monterio M.G. *Audit – upotreblenie alkogolja rasstrojstva identifikacii ispytanj: rekomendacii dlja ispol'zovanija v pervichnom zvene zdavoohranenija* [Audit – Alcohol Consumption Disorder of Examination Identification: Recommendations for Use in Primary Stage of Public Health]. Geneva, World Health Organization, 2001. (In Russian).
30. Said D., Kypri K., Bowman J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2013, vol. 48, pp. 935-944.

Received 26 October 2016

Ognerubov Nikolay Alekseevich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Head of Anatomy, Operative Surgery and Oncology Department, e-mail: ognerubov_n.a@mail.ru

Karpova Evgeniya Borisovna, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Assistant of Anatomy, Operative Surgery and Oncology Department, e-mail: ognerubov_n.a@mail.ru

Информация для цитирования:

Огнерубов Н.А., Карпова Е.Б. Синдром эмоционального выгорания у врачей и студентов медицинских вузов // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2017. Т. 22. Вып. 1. С. 221-231. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-221-231

Ognerubov N.A., Karpova E.B. Sindrom emotsional'nogo vygoranija u vrachej i studentov meditsinskih vuzov [Emotional burnout syndrome among doctors and students in medical universities]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya Estestvennye i tekhnicheskie nauki – Tambov University Reports. Series: Natural and Technical Sciences*, 2017, vol. 22, no. 1, pp. 221-231. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-1-221-231 (In Russian).