

## ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

В. Ю. Васильев<sup>1</sup>, И. А. Пушкаренко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НИИ общей реаниматологии им. В. А.Неговского РАМН, Москва,

<sup>2</sup> Кафедра педагогики и психологии МГМСУ

### Causes of Burnout in Anesthesiologists-Reanimatologists

V. Yu. Vasilyev<sup>1</sup>, I. A. Pushkarenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Russian Academy of Medical Sciences;

<sup>2</sup> Department of Pedagogy and Psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry

В обзоре литературы рассматриваются исторические аспекты и современное состояние проблемы эмоционального выгорания у анестезиологов-реаниматологов и факторы, которые приводят к его развитию. Эмоциональное выгорание характеризуется эмоциональным, умственным и физическим истощением, возникающим из-за продолжительной эмоциональной нагрузки, поэтапно, в соответствии с механизмом развития стресса.

The review of literature considers the historical aspects and state-of-the-art of burnout in anesthesiologists-reanimatologists and the factors leading to its development. Burnout is a state of emotional, mental, and physical exhaustion caused by prolonged stress in a stepwise manner through the mechanism for development of stress. *Key words:* burnout, anesthesiologists-reanimatologists.

На Европейской конференции ВОЗ 2005 года отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3–4% валового национального дохода. Специальные исследования, проведенные ВОЗ, посвященные проблеме психической дезадаптации субъектов социологических видов деятельности, позволили выделить синдром психического выгорания.

Эмоция (от лат. *emoveo* — потрясаю, волную) — психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта.

Еще в XVII веке голландский врач Ван Туль-Пас ввел эмблему горящей свечи и девиз: «Светя другим, сгораю сам», как символ высокого и самоотверженного служения врача другим людям. С тех пор и феномен «свечения другим», и проблеме «сгорания» врачей глубоко исследовала художественная литература (можно вспомнить произведения Оноре де Бальзака, А. П. Чехова, Ю. Германа).

Как заметил М. Burisch (1994), «тот, кто выгорает, когда должен был загореться» [1]. В случае несоответствия между собственным вкладом и полученным или ожидаемым вознаграждением появляются первые симптомы выгорания.

Эмоциональное выгорание — это сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение, возникающее из-за продолжительной эмоциональной нагрузки [2–4]. Является динамическим процессом и возникает поэтапно в полном соответствии с механизмом развития стресса. Соответственно каж-

дому этапу возникают отдельные признаки или симптомы нарастающего эмоционального выгорания.

Психологическая наука вплотную занялась этой проблемой в последней трети XX века.

Первые работы по этой проблеме появились в США. Термин «эмоциональное выгорание» впервые введен в клиническую практику американским психиатром Дж. Фрейденбергером в 1974 году для описания крайней усталости и подавленности у медицинского персонала. Включает три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений [5, 6].

Социальные психологи К. Маслач (1982) и С. Е. Джексон (1986) определили это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе. Утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам [7, 8].

Феномен «выгорания» проявляется в неудовлетворенности качеством жизни и в душевном неблагополучии (дискомфорте), часто связан с физическими недомоганиями.

Первым из отечественных ученых, кто занимался психическими состояниями, был Н. Д. Левитов, 1964 [9].

В популяции в настоящее время чрезвычайно большая распространенность психоэмоциональных расстройств — не менее 20% [10–12].

Профессия медицинских работников относится к числу помогающих, а в настоящее время отмечается неуклонное увеличение числа «выгорающих» специалистов помогающих профессий [4]. Медицинская сфера деятельности человека всегда сопряжена с риском, поскольку предусматривает вмешательство в организм человека при отсутствии гарантий успешности конечного результата.

Одной из самых ответственных, напряженных и психологически трудных медицинских специальностей является профессия анестезиолога-реаниматолога, поскольку они работают в критических ситуациях и ежедневно участвуют в действиях медицинского, юридического, этического и личностного значения [13–16].

#### Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Васильев Владимир Юрьевич  
E-mail: vasilyev-moscow@ziza.ru

По мнению Г. А. Робертса (1998) [17], существует общая беспокойность относительно того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Согласно данным Британской медицинской ассоциации (1992), это проявляется как разочарование в профессии и деморализация, развитие нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию.

Такие тенденции приписывались пролонгированному рабочему стрессу, неудовлетворенности работой, которые, в свою очередь, могут быть главной причиной ухудшения качества медицинской помощи [13, 14, 18–20].

Психическое состояние самого врача является одним из самых важнейших условий его труда и оказывает значительное влияние на пациента [13, 14, 16, 18–21].

К специфике работы анестезиолога относятся: необходимость быстрого принятия ответственного решения, выполнение агрессивных манипуляций, осложнения которых могут оказаться фатальными, сохранение спокойствия в трудных клинических ситуациях, напряженность суточного графика, работа в условиях неопределенности и перегрузки темпом, исключительная тяжесть пациентов, недостаточность диагностических и лечебных ресурсов наряду с неустойчивостью быта [14–15].

В реальных условиях личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств — специфики профессии, ответственности за жизнь и здоровье других людей; психическому давлению со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации, повышенные требования к профессиональной компетентности врача, характера организации труда [13, 22]. Это приводит к дезадаптации физического и психического здоровья, повышению социальной напряженности и, как следствие, снижению профессионального здоровья [15]. Экстремальные условия работы предъявляют повышенные требования к профессиональному здоровью врачей анестезиологов-реаниматологов, особенно к психологической составляющей этого здоровья: оптимальному уровню тревоги и депрессии, высокой стрессоустойчивости, достаточной социальной адаптации, способности противостоять профессиональному выгоранию [15].

78,2, 69,4, 57,1% анестезиологов-реаниматологов (соответственно, из С-Петербурга, Рязани, Архангельска) оценили организацию производственного процесса в борьбе со стрессом на работе как неудовлетворительную [6].

По роду деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды: загрязнение воздуха вредными химическими веществами, биологическими агентами и лекарственными веществами, различные виды ионизирующего излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем [2, 23].

Отсутствие вербального контакта между пациентом и врачом (кома, шок и т. д.), работа в атмосфере негативных эмоций обычно способствует возникновению выгорания и сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Сюда же относятся и работа с хроническими больными или людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак); с пациентами старческого возраста, требующими интенсивного ухода; с людьми, употребляющими психоактивные вещества; угроза заражения медработников инфекционными заболеваниями; контакты с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность [2, 15, 22, 24].

Специфика контингента больных, поступающих по экстренным показаниям, до 60–70% наркоманы, бомжи и другие асоциальные элементы. Крайняя тяжесть состояния таких пациентов позволяет врачам не скрывать своего негативного отношения к таким лицам, отказываться от индивидуального подхода к лечению [25].

Социально-психологические факторы производственного процесса врачей анестезиологов-реаниматологов способствуют развитию состояния хронического стресса, что является

ся предпосылкой возникновения синдрома профессиональной дезадаптации [6].

Причинами профессионального выгорания выступают постоянные противоречия в стратегии и тактике профессиональной деятельности работника, а также: чрезмерные, объемные и, порой, невыполнимые требования к работнику со стороны руководителей; постоянная «ноша» ответственности — материальной, профессиональной, юридической; отсутствие объективных критериев для оценки результатов труда; неэффективная система мотивирования и стимулирования персонала. Профессиональное выгорание может быть неосознанным, неправильно понятым и неадекватно оцененным [26].

Частота и выраженность синдрома профессиональной дезадаптации напрямую зависит от степени урбанизации. В С-Петербурге полностью не удовлетворены своей работой 30,2% анестезиологов; 22% — в Рязани и 18% анестезиологов Архангельска.

Попытались бы реализовать себя в другой профессии: в С-Петербурге — 65,4% анестезиологов, в Рязани — 51,8% и в Архангельске — 37,7% анестезиологов [6].

Одну из групп причин профессионально обусловленного стресса составили ситуации, связанные с ощущением несправедливости, встречающиеся в отделениях анестезиологии и реанимации различных городов России (от 4,3 до 7,2%), конфликтами с сослуживцами (от 1,8 до 2,9%), дискриминацией по полу, возрасту, национальности (от 1,7 до 2,1%) и сексуальными домогательствами (от 0,5 до 1,7%) [6].

В связи с развитием медицинской науки увеличивается сложность оперативных вмешательств у более тяжелого контингента пациентов с большим количеством сопутствующих заболеваний. Например, если полвека тому назад число пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией, прооперированных под наркозом, не превышало 5–7,5%, то в последние годы их число составляет 46–60% [27].

Нарастание интенсивности труда за три года (2006–2008) отметили 87% анестезиологов Санкт-Петербурга, 85% — из Рязани, 81% — из Архангельска. В среднем 96,9% врачей в числе факторов профессионального стресса поставили на 1-е место повышенную напряженность труда и сверхурочную работу, которые характеризовали как «слишком напряженная работа», «ненормированный труд», «чрезмерная производственная нагрузка», «слишком большая ответственность» и «слишком много изменений на работе» [6, 22].

Субъективные ощущения переутомления или несоответствия своих возможностей и резервов организма производственным нагрузкам отмечали от 59,4 до 65,2% анестезиологов-реаниматологов [6].

63% врачей анестезиологов-реаниматологов считают выбранную профессию престижной, но 85,2–91,7% не удовлетворены уровнем зарплаты и ее несоответствием выполняемой работе.

Поэтому 92,6% врачей работают сверх ставки, а 81,5% врачей вынуждены работать дополнительно в период отпуска [6, 26].

Врачи, испытывающие материально-бытовую неустойчивость (около 50%), имеют достоверно более высокий уровень стресса, чем благополучные в материальном положении врачи [28–30].

Из-за зависимости анестезиологов от хирургов, синдром выгорания более выражен у анестезиологов (расценивается как вспомогательная специальность с более низким социальным статусом), частым отсутствием вербального контакта с пациентом (кома, шок), восприятие пациента не как личности, а как синдром, отсутствием оценки больными труда анестезиолога после его перевода в профильное отделение.

Стадия эмоционального истощения при стаже работы от 5 до 15 лет у анестезиологов наблюдалась в 2,54 раза больше, чем у хирургов с тем же стажем.

Стадия деперсонализации при стаже до 5 лет у анестезиологов — 5,0%, а у хирургов — 3,1% (в 1,6 раза чаще). При стаже свыше 5 лет — 13,3%, а у хирургов — 7,7% (в 1,7 раза больше) [6].

Большое значение в психологическом состоянии анестезиолога-реаниматолога имеют факторы информационного стресса: необходимость принятия решения в условиях дефицита времени и информации, монотония, риск возникновения нештатных ситуаций [25].

Регистрация критических инцидентов при проведении внутреннего аудита — (ошибка анестезиолога или поломка аппаратуры, которые могли бы привести к неблагоприятным последствиям) даже при отсутствии явных осложнений, показала, что критические инциденты возникали 850 раз во время 298-и общих анестезий, что составило 2,86 на 1 общую анестезию [31].

Наибольшее количество критических инцидентов встречалось при проведении тотальной внутривенной анестезии — (1,68), наименьшее — при анестезиологическом мониторинге и седации/седанальгезии (0,07 и 0,27, соответственно). При выполнении однополостных хирургических вмешательствах — 1,21, а при малоинвазивных — 0,11.

По данным М. И. Руденко (2004), от 60 до 90% осложнений при анестезии составляет «человеческий фактор», в 13% — разгерметизация дыхательного контура, незамеченная анестезиологом и при отсутствии мониторинга, в 11% — неисправность анестезиологического оборудования.

В. В. Лиханцев и соавт. (2008) считают, что «человеческий фактор» явился причиной возникновения потенциально опасной ситуации в 36% случаев в экстренной и в 46% — в плановой анестезиологии. Первым и основным фактором, влияющим на частоту возникновения критических инцидентов, следует признать опыт, знание и практические навыки анестезиолога. Причины: «ситуация встретилась впервые», «спешка, обусловленная нестандартной ситуацией», «незнание оборудования и приборов» — отмечены в экстренной ситуации в 12, 42 и 11% случаев, тогда как в плановой — в 4, 8 и 7% случаев, соответственно [16].

Ятрогенные (врачебные) осложнения анестезиолого-реанимационного профиля занимают одно из ведущих мест среди данной патологии в стационаре, уступая только хирургической ятрогении. А по удельному вкладу в танатогенез эти осложнения в отделении анестезиологии и реаниматологии (неадекватные или ошибочные медицинские воздействия) заметно опережают хирургические и инструментально-диагностические [32].

Современная анестезиология и реаниматология — это еще и высокотехнологический процесс. Высокие технологии несут в себе новые возможности диагностики и лечения заболеваний, однако они предъявляют врачу повышенные требования к овладению сложной наркозно-дыхательной аппаратурой, мониторингом. Интенсифицируются мыслительные процессы для переработки многочисленных данных о больном.

Так, по данным Silverstein J. H. (1993), появляется еще одна составляющая профессии анестезиолога-реаниматолога — технологическая, также способствующая выгоранию врача.

Признаки, характерные для различных стадий синдрома профессиональной дезадаптации, отмечены у 60,3% анестезиологов С-Петербурга, у 53,2% — анестезиологов Рязани, 46,4% — анестезиологов Архангельска [6].

В возрасте до 35 лет у анестезиологов-реаниматологов сложившийся синдром эмоционального выгорания выявлен в 44,4% случаях. В группе 36–55 лет у 50% врачей сформировалась 2-я фаза синдрома (резистенция) и они потенциально могут оказаться в фазе истощения (эмоциональной и личностной отстраненности, отсутствием способности к сосредоточению, наличием психосоматических и вегетативных расстройств). Это может негативно влиять на профессиональную деятельность анестезиолога-реаниматолога [26].

На вопрос об удовлетворенности своей профессиональной деятельностью положительно ответили только 23,6% врачей анестезиологов С-Петербурга, 34,7% — анестезиологов Рязани; 38,3% — Архангельска. Ответ «скорее удовлетворен, чем неудовлетворен» выбрали, соответственно, 36,4, 38,6, 40,3%. Повторно выбрали бы свою работу, если бы им предоставили

такой выбор, в С-Петербурге — только 34,6%; в Рязани — 38,2%; в Архангельске — 42,3% анестезиологов [6].

Психологические отклонения могут быть как причиной, так и следствием низкого уровня профессиональной деятельности. Недостаточная подготовка по специальности способствует формированию профессиональной неудовлетворенности, а последствия профессионального стресса выражаются тревогой, астенизацией, депрессией. Хорошая подготовка служит мощным фактором защиты от развития психологических отклонений [14, 33, 34].

По данным Blicbern W. N. (2003), эмоциональное истощение у врачей анестезиологов-реаниматологов встречается в 7 раз чаще, чем у других специалистов [27, 35, 36].

На разных стадиях развития синдрома могут находиться от 25% до 60% врачей [14, 37].

Эмоциональное выгорание, по К. Маслач, у анестезиологов наблюдается в 47,2–64,7% случаях, по В. В. Бойко — в 44,6–62,0% (сильная корреляция) [8, 25, 37, 38].

Синдром эмоционального выгорания наблюдается у 37,9–40% врачей в степени, достаточной для нарушения личного благополучия и профессиональной деятельности [26, 29, 39].

Более половины персонала отделения реаниматологии и интенсивной терапии находится в различных стадиях формирования эмоционального выгорания. В полностью сформированном виде он встречается примерно у 5% респондентов, хотя сниженная рабочая продуктивность характерна более чем для 90% врачей отделения реаниматологии и интенсивной терапии [25, 37, 40].

Среди базовых эмоциональных негативных состояний выделяются: тревога, депрессия, враждебность. К более сложным психическим состояниям, возникающим в трудных условиях жизнедеятельности человека, относят эмоциональную напряженность, агрессивность, фрустрацию, эмоциональный стресс [40, 41].

Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента.

По словам К. Маслач (1993) [8], выгорание можно приравнять к дистрессу в его крайнем проявлении и к 3-й стадии общего синдрома адаптации — стадии истощения, однако момент, когда стресс переходит в дистресс, ясно не определен.

У большинства врачей со временем появляются психосоматические нарушения, возрастает уровень тревожности, склонность к депрессиям и использованию медикаментозных средств и алкоголя для коррекции эмоционального напряжения и в итоге — к аддиктивному поведению [6].

До пенсии дорабатывает 37–41% анестезиологов и 19% реаниматологов [37].

Организм человека является нелинейной иерархической системой, все элементы которой находятся во взаимодействии [42, 43].

Анализ клинических изменений в организме, проведенный в соответствии с МКБ-10, показал, что при «перенапряжении» межсистемных взаимодействий наблюдается тенденция к увеличению числа лиц, имеющих нозологические формы заболеваний в таксонах Z73, G90, F43, F45 [42, 43].

Таким образом, определение степени нарушения межсистемных взаимодействий в организме позволяет не только количественно оценивать адекватность его системного ответа на любое воздействие, но и прогнозировать возможность развития тех или иных психосоматических заболеваний [42].

Коморбидность психоэмоциональных расстройств и соматических заболеваний ведет к взаимному потенцированию патологических процессов [10, 44–46].

Могут развиваться физические и психологические проблемы типа язв и депрессий; попытки заботиться о себе, как правило, не приносят результата, а профессиональная помощь может не дать быстрого облегчения [41, 42].

Поскольку значительная часть расстройств проявляется не «психическими» симптомами, а привычными в бытовом понимании проблемами (нарушения сна, раздражительность,

утомляемость, снижение настроения, ощущения бесперспективности существования, хроническая усталость), это приводит к позднему обращению за помощью и хронизации заболевания [10, 47].

Психоэмоциональные нарушения приводят к снижению трудоспособности, концентрации внимания, скорости реакции и оперативности мышления, а это в свою очередь ведет к резкому росту риска возникновения негативного действия «человеческого фактора» [10, 11].

Установлено, что среди медицинских работников на фоне синдрома эмоционального выгорания со временем появляются психосоматические нарушения, отмечается повышенный уровень тревожных расстройств, депрессии, суицидальные попытки, злоупотребление алкоголем, наркотиками для коррекции эмоционального напряжения [17, 29, 30, 44, 48–50].

Анестезиологи-реаниматологи первенствуют среди врачей других специальностей по суицидальным попыткам и ранней летальности [14, 19–21, 50].

Особое значение приобретает депрессивный синдром в свете своего потенцирующего воздействия на имеющуюся соматическую патологию [10, 41, 45, 46].

У персонала формируется синдром «профессионального выгорания» — неудовлетворенность своим трудом, эмоциональное истощение и психологические отклонения [14, 35, 27, 36].

Люди, испытывающие чувство тревоги и страха, достоверно чаще предъявляли жалобы на вздутие живота, отрыжку, тошноту, боли в подреберье, чувство затрудненного прохождения пищи по пищеводу, сухость во рту, головокружение, утомляемость и сниженную работоспособность, плохой сон, головные боли, боли в области сердца и грудной клетки, тяжесть за грудиной, нехватку воздуха, раздражительность, боли в спине, ком в горле, потливость, приливы жара или озноба, боли в пояснице, боли в мышцах, слабость в различных частях тела, онемение.

Установлено, что не менее 76% людей с диагнозом «депрессия» жалуются на такие соматические симптомы, как головная боль, боль в животе, боли неясного характера без четкой локализации, боли в спине [10, 51, 52].

Распространенность психических расстройств (тревога, депрессия) является фактором, значительно повышающим риск развития ИБС, артериальной гипертензии, инфаркта, инсульта [10, 41].

Депрессию диагностируют у 20–50% пациентов, обращающихся к врачам общей практики. Правильный диагноз в таких случаях ставится лишь 0,5–4,5% больных [10, 11].

## Литература

1. *Burish M.* Burnout-Syndrom. Theorie der inner Erschopfung. Berlin; 1994.
2. *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Синдром выгорания. М.: Юпитер; 2008. 269.
3. *Орел В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы. Психологический журнал 2001; 1 (22): 90–101.
4. *Ронгинская Т. И.* Синдром выгорания в социальных профессиях. Психологический журнал 2002; 3 (23): 85–95.
5. *Freudenberger H. J.* Staff burn-out. J. Soc. Issues 1974; 30: 159–165.
6. *Ловчев А. Ю., Корячкин В. А.* Синдром эмоционального выгорания как проявление профессионального стресса в трудовой деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов. Тр. Всеросс. съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006. 6–7.
7. *Maslach S.* Burnout. The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1982.
8. *Maslach C., Schaufeli W.* History and conceptual specificity of burnout. Recent development in theory and research. New-York: Hemisphere; 1993. 156.
9. *Левитов Н. Д.* О психических состояниях человека. М.; 1964.
10. *Федотов С. А., Дмитриев А. В., Тетюшкин М. А.* Влияние опосредованного вовлечения в чрезвычайные ситуации на психическое здоровье населения. Медицина катастроф 2010; 4 (72): 23–25.
11. *Murray C. J., Lopez A. D.* Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349 (9063): 1436–1442.
12. *Mulsant B. H., Ganguli M.* Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J. Clin. Psychiatry 1999; 60 (Suppl 20): 9–15.
13. *Гриджик И. Е.* Психосоциальный статус врача анестезиолога-реаниматолога. Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. СПб.; 2008. 360.
14. *Мазурок В. А., Лебединский К. М., Решетова Т. В.* Врач анестезиолог-реаниматолог: проблема психолого-педагогического обеспечения профессиональной деятельности. Вестн. интенс. терапии 2006; 5: 22–25.
15. *Ловчев А. Ю., Корячкин В. А.* Проявления психологической дезадаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов. 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск; 2007. 180–181.
16. *Лихвиц В. В., Большедворов Р. В., Куликов В. А.* Анализ причин возникновения критических инцидентов в экстренной и плановой анестезиологии. Тр. VI науч.-практ. конф. «Безопасность больного в анестезиологии-реаниматологии». М.; 2008. 42–43.
17. *Робертс Г. А.* Профилактика выгорания. Вопросы общей психиатрии. Вып. 1. 1998.
18. *Каплан Г. И., Сэдок Б.* Клиническая психиатрия. М.: Медицина; 1994.
19. *Katz J. D.* Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. Anesth. Analg. 2004; 4 (98): 1111–1113.

20. *Lutsky I., Hopwood M., Abram S. E. et al.* Psychoactive substance use among American anesthesiologists: a 30-year retrospective study. *Can. J. Anesth.* 1993; 40 (10): 915-921.
21. *Alexander B. H., Checkoway H., Nagahama S. I., Domino K. B.* Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93 (4): 922–930.
22. *Водотьянова Н. Е.* Профессиональное выгорание и ресурсы его преодоления. В кн.: Психология здоровья. Никифоров Г. С. (ред.). СПб.; 2003.
23. *Косарев В. В.* Профессиональные заболевания медицинских работников. Самара; 1998.
24. *Schaufeli W. B.* The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *J. Health Hum. Serv. Adm.* 1995; 18 (1): 11–30.
25. *Миронов П. И.* Распространенность и структура синдрома «профессионального выгорания» у врачей и медицинских сестер отделений интенсивной терапии. Тр. Всеросс. съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006. 7–8.
26. *Уткин С. И., Кычакова Ф. Д.* Синдром «эмоционального и профессионального выгорания» у персонала реанимационно-анестезиологических отделений. Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. СПб.; 2008. 471–472.
27. *Федоровский Н. М., Григорьева О. М.* К вопросу о «синдроме профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. *Вестн. интенс. терапии* 2004; приложение к N 5 «Современные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии»: 65–66.
28. *Ларенцова Л. И.* Производственный стресс врача-стоматолога и возможность его коррекции при работе с тревожными пациентами. *Росс. стоматология* 2002; 3: 45–48.
29. *Ларенцова Л. И., Барденштейн Л. М.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. М.: Медицинская книга; 2009. 142.
30. *Мазурок В. А.* Врач анестезиолог-реаниматолог: проблемы подготовки и сопровождения деятельности. 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск; 2007. 181–184.
31. *Виноградов В. Л., Лихвицев В. В., Алексеев А. А.* Регулярный внутренний аудит и регистрация критических инцидентов как элементы поддержания безопасности анестезиологического обеспечения больных. *Анестезиология и реаниматология* 2004; 3: 64–67.
32. *Fasting S., Givold S. E.* Serious problems during anaesthesia — a five year review of 83844 anesthetics. *Can. J. Anaesth.* 2002; 49: 545–553.
33. *Kluger M. T., Townend K., Laidlaw T.* Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialists anaesthetists. *Anaesthesia* 2003; 58 (4): 339–345.
34. *Uskun E.* Burnout and job satisfaction amongst staff Turkish community health services. *Prim. Care Community Psychiatr.* 2005; 2 (10): 63–69.
35. *Баклаев А. В., Смирнов И. В., Мизиков В. М., Буянтян А. А.* Информационный стресс анестезиолога-реаниматолога. *Анестезиология и реаниматология* 2002; 2: 4–9.
36. *Nyssen S., Hansez I., Baele P. et al.* Occupational stress and burnout in anesthesia. *Br. J. Anaesth.* 2003; 90 (3): 333–337.
37. *Миронов П. И., Каширина Е. А., Крыкля А. С., Берестов А. Л.* Проблема «эмоционального выгорания» среднего медицинского персонала отделений реанимации и интенсивной терапии. *Клин. анестезиология и реаниматология* 2004; 4 (1): 14–18.
38. *Бойко В. В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер; 1999.
39. *Himie D. P., Jayaratne S., Thyness A.* Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. *Soc. Work Res. Abstr.* 1991; 27 (1): 22–27.
40. *Ситникова Е. С., Фаязов Р. Р., Миронов П. И. и соавт.* Распространенность и характеристика синдрома «профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. СПб.; 2008. 456–457.
41. *Львов А. Н.* Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции: автореф. дис. ... к. м. н. М.; 2001. 27.
42. *Космодемьянский Л. В., Бобров А. Ф., Башир-Заде Т. С.* Методологический подход к количественной оценке межсистемных взаимодействий в организме лиц опасных профессий. *Медицина катастроф* 2010; 4: 52–53.
43. *Зилов В. Г., Судаков К. В., Эшттейн О. И.* Элементы информационной биологии и медицины. М.: МГУП; 2000. 248.
44. *Сидоров П. И.* Синдром выгорания. *Медицинская газета* № 43 от 08.06.2005. Интернет: <http://medgazeta-rusmed.serv.com./2005/43/article-1322.html>.
45. *Ветроградова О. П.* Депрессии в общемедицинской практике (ранняя диагностика, профилактика, лечение). *Журн. неврологии и психиатрии* 1997; 7: 22–26.
46. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л.* Диагностика и фармакотерапия депрессий у соматических больных. *Журн. неврологии и психиатрии* 1997; 7: 29–31.
47. *Strand J., Bahro M.* Depression of old age. *Schweiz. Med. Wochenschr. CHUV, Lausanne: Service Universitaire de Psychogeriatry.* 1999; 129 (33): 1162–1170.
48. *Heim E.* Job stressors and coping in health professions. *Psychother. Psychosom.* 1991; 55 (2–4): 90–99.
49. *Guthrie E., Black D.* Psychiatric disorder, stress and burnout. *Adv. Psychiatr. Treat.* 1997; 3: 275–279.
50. *Колотилов Л. В.* Мультимедиа технологии в последипломном образовании анестезиологии и реаниматологии. 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск; 2007. 196–198.
51. *Кашеварова С. С.* Клиническая картина, личностные особенности, психологический статус и качество жизни больных с функциональной диспепсией: автореф. дис. ... к. м. н. М., 2011. 22.
52. *Corruble E., Guelfi J. D.* Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000; 33 (6): 307–309.
53. *Назаров И. П.* Эмоциональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов Тр. Всеросс. съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006. 10–11.
54. *Зильбер А. П.* Этика и закон в медицине критических состояний. *Этюды критической медицины.* т. 4. Петрозаводск; 1998. 560.
55. *Иванова Е. И., Иванов И. В., Сердакова К. Г.* Синдром эмоционального выгорания и стили педагогического общения у преподавателей в медицинском ВУЗе. *Вестник РАМН* 2011; 1: 39–41.

Поступила 22.02.11