**Профессиональное выгорание**

Работа специалистов помогающих профессий связана с давлением социальных норм, предписывающих жёсткие стереотипы эмоционального и поведенческого реагирования. Необходимость сдерживать переживания в профессиональной коммуникации угнетает и разрушает их гораздо интенсивнее, чем специфичность деятельности и большие объёмы рабочей нагрузки.  
Источник сложностей и барьеров на пути к успеху зачастую находится в эмоциональной сфере, в неумении управлять психологическим состоянием и конструктивно преодолевать барьеры во взаимодействии. Дефицит таких возможностей ведёт к профессиональному стрессу, возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей деятельности, самоидентификации. Это приводит либо к разочарованию, неуверенности, социальной апатии, либо к излишней самоуверенности, снижению критичности, саморефлексии и профессиональной ригидности.

Синдром профессионального выгорания впервые описан Фройнденбергом в 1974 году. Наблюдая специалистов *помогающих* профессий, он отметил, что на смену энтузиазму со временем приходят истощение, раздражительность, цинизм и потеря интереса к деятельности. По контрасту с первоначальным *эмоциональным горением* Фройденберг назвал эти симптомы *эмоциональным выгоранием*. Позже, когда было выявлено, что они присущи и представителям других профессий, название трансформировалось в *синдром профессионального выгорания* *(СПВ).*   
Это одна из наиболее актуальных проблем современности. По данным статистики ВОЗ, депрессивные расстройства находятся на первом месте среди психосоматических заболеваний. А основной причиной депрессий организация считает СПВ.

Из нескольких тысяч врачей, принявших участие в обсуждении на Российском медицинском сервере проблемы профессионального выгорания, около 87% респондентов отметили у себя его признаки, а 50% признали балинтовские группы наиболее эффективным средством борьбы с ними.

На сегодняшний день БГ это уникальный инструмент, который позволяет не только предотвратить СПВ, но и помочь специалисту эмоционально вернуться в профессию. БГ успешно работают с СПВ, но как определить необходимость создания группы? Когда пора приглашать специалиста по ведению БГ?

Развитию СПВ предшествует период повышенной активности, когда специалист полностью замотивирован и поглощён работой, вследствие чего отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах.   
Затем появляется ***первый признак*** – истощение, чувство перенапряжения, исчерпания эмоциональных и физических ресурсов. Уменьшаются контакты с окружающими, что обостряет переживание одиночества. На фоне нарастающих сложностей специалист вместо анализа проблемы и поиска решений замыкается в себе, бездействует, отдаляется от коллег, чем ещё больше усугубляет болезненное состояние.   
***Второй признак*** - личностная отстранённость, которая проявляется в снижении сострадания к пациенту через эмоциональное отстранение от него. При сильно выраженном проявлении этого признака специалиста почти ничего не интересует из профессиональной деятельности и мало что вызывает эмоциональный отклик – ни положительные обстоятельства, ни отрицательные.   
***Третий признак*** - ощущение утраты собственной эффективности и падение самооценки. Специалист не видит перспектив для продолжения своей деятельности, утрачивается вера в профессиональные возможности.

Итак, если вы отмечаете у себя или своих коллег эти признаки, то посещение БГ будет полезным не только в контексте профессиональной деятельности, но и необходимым лично для Вас процессом. Занимаясь профессиональным здоровьем, мы улучшаем качество жизни, так как процессы БГ во многом отражают внутриличностные аспекты специалиста.

Активный, уверенный в себе, стабильный и эмоционально устойчивый специалист – это профессионал, которого будут рекомендовать друг другу пациенты. Внутри коммуникации врач- пациент происходит большое количество процессов, многие из которых остаются неназванными и неосознанными. И именно внутри БГ специалист получает возможность на всех уровнях прочувствовать и осознать аспекты своей личностной организации, а так же мотивы всех участников коммуникационного процесса. В этом помогают не только ведущий и участники БГ, но и те групповые феномены, которые являются основой самого процесса.

**Групповые феномены, характеризующие аналитический процесс.   
*1. Социализация*** — участники выходят из профессиональной «изоляции», попадая в атмосферу принятия и поддержки.   
Повышаются самооценка и удовлетворённость работой, что способствует предупреждению профессионального выгорания.   
***2. Феномен зеркала*** - участник переживает аспекты своего «Я» так же, как и «Я» других. Открываются новые стороны представления о себе и различных аспектах своего взаимодействия с пациентами. Отражённое от коллег «эхо» переживаний участника становится «громче» и отчетливее, более осознанно и понятно.

***3. Феномен конденсатора*** - усиливаются и концентрируются до этого неосознаваемые части межличностных отношений. Эффективное понимание другими участниками достигается через сопереживание и выражение чувств, а не через их рационализацию. Логический анализ хорошо работает с достоверной и определенной клинической информацией. Но при её отсутствии на первый план выходит интуитивное и эмоциональное отражение анализируемой коммуникации.   
***4. Рост взаимопонимания и эмоционального резонанса*** - каждый участник по-своему реагирует на обсуждаемое событие, создавая тем самым богатый источник новой и полезной информации. Выражаемая участниками эмпатия позволяет специалисту, представляющему случай, лучше понять всё разнообразие своих чувств по отношению к пациенту. При этом плюрализм мнений поддерживает продуктивный, доброжелательный диалог коллег с различным уровнем опыта, объединяет их профессиональные и личностные ресурсы. Таким образом, избегается эффект *группомыслия* - когда состояние единодушия и поиск согласия становятся настолько доминирующими, что пересиливают реалистичную оценку альтернативных мнений.   
***5. Феномен новых стилей коммуникации*** — в группе некоммуникативное переходит в коммуникативное, становясь более понятным благодаря речевому описанию. Повышается чувствительность как к осознаваемым, так и к неосознаваемым эмоциональным реакциям во время общения с пациентом. Появляется возможность слышать не только то, что тот рассказал, но и обращать внимание на невербальную часть его сообщения. Это может развернуть приём с привычного русла и позволяет решать действительно актуальные проблемы пациента, о которых он не считал возможным говорить вслух.

**Два основных инструмента работы группы:  
Анализ и Поддержка. *Анализ*** направлен на выяснение незамеченных рассказчиком составляющих коммуникации (смыслов, причин, ожиданий, реакций и т.д.). Происходит резонанс бессознательного участников и появляются фантазии, ассоциации, образы и метафоры. Дальнейшее их обсуждение вызывает дополнительные ассоциации, смыслы и значения. Это позволяет отстраниться от привычного, предвзятого представления о своей врачебной роли и миссии, увидеть произошедшее с других точек зрения.Важным источником информации является «параллельный процесс» — ситуация, когда рассказчик идентифицируется с пациентом, а группа или её часть – со специалистом. Осознание возникающих эмоций позволяет получить дополнительную информацию о составляющих коммуникации данного случая. ***Поддержка*** способствует улучшению эмоциональной атмосферы в группе, помогает выдерживать Анализ, позволяет поднять самооценку, осознать и принять то, что вытеснялось. Участник обучается новым индивидуальным подходам и реакциям в противовес привычным, защитным, давно сложившимся стереотипам реагирования в эмоционально значимых ситуациях общения с пациентами, расширяет репертуар отношений и точек зрения.

«Одно из прекраснейших свойств жизни — в том, что невозможно искренне помогать другому, не помогая при этом самому себе». Чарльз Уорнер

Если специалист приходит в профессию и стоит на месте не зная, что делать дальше, если отсутствует движение, то в скором времени профессия теряет его. Движение вперед и ввысь это естественный процесс познания. И сегодня именно он стал мотивом каждого, кто пришел сюда. Большой остроконечный треугольник, разделенный на неравные секции – это схематическое изображение данного процесса, который Кандинский назвал «Духовным треугольником». Он едва заметно движется вверх, и там, где сегодня находился наивысший угол, завтра будет следующая часть. То, что сегодня понятно одной лишь вершине, завтра станет для второй секции полным смысла и чувства содержанием жизни. БГ для специалиста помогающей профессии это возможность двигаться вперед и вверх, развивать и постигать не только свою специальность, но и суть отношений между людьми. Духовная жизнь, наиболее определяющим фактором которой является искусство - это движение вперед и ввысь, движение познания.

"Нет на земле ничего, что сильнее жаждало бы прекрасного и легче бы в прекрасное преображалось, чем душа" Метерлинк.  
И это качество души, с помощью которого возможно медленное, но неизменное движение духовного треугольника вперед и ввысь.

Искусство общения это то, что невозможно постичь одним лишь знанием, без включения чувств. Невозможно научить специалиста понимать и уж тем более любить другого. Для того, чтобы оставаться в профессии долгие годы здоровым и успешным необходимо чувствование баланса между тем, что специалист отдает пациенту и что получает взамен. Вклад Балинта в описание объектных отношений невозможно недооценивать. Его взгляды актуальны тогда и сейчас, это дает нам понимание и возможность описать то, что происходит в процессе общения в кабинете специалиста. "Человек становится больным, потому что с самого детства окружающие люди относились к нему бездушно". Он может стать здоровым лишь благодаря чуткому и любящему окружению, то есть благодаря объектным отношениям в рамках психоаналитической ситуации. В объектных отношениях Балинт открывает новую область переживаний - "первичную форму любви", которую разделяет на "окнофилию" и "филобатизм". Тех, кто получает удовольствие от риска, Балинт, по аналогии с "акробатами", называет филобатами; тех, "кто предпочитает цепляться за нечто прочное в случае угрозы безопасности", он называет окнофилами, "(от греческого: 'бояться, колебаться, цепляться).  
В начале существования младенец находится в гармоничном мире, который Балинт называет первичной любовью. Здесь "не может и не должно быть никаких столкновений интересов между субъектом и внешним миром. Первичная любовь характеризуется бесструктурными 'дружественными пространствами'. "Эти гармоничные отношения кратковременны, травматическое открытие того, что жизненно важные части в них являются независимыми и непостижимыми способствует созданию структуры. Мир начинает существовать из объектов и разделяющих их пространств. Ответом индивида на это является смешение окнофилического цепляния за объекты и филобатического предпочтения безобъектных пространств.

Окнофилия основывается "на представлении, что объекты надежны и благожелательны, что всегда, если потребуется, они будут рядом, и не будут возражать и оказывать сопротивления".   
Филобатия "восходит к той фазе жизни, когда ещё не был обретен опыт обнаружения объектов, нарушающих гармонию. Они воспринимаются либо как опасные и непредсказуемые инциденты, либо как предметы снаряжения. Этот мир пронизан оптимизмом, не основанным на фактах. Окнофилический мир состоит "из объектов, разделенных внушающими страх пустыми пространствами" и строится на физической близости и прикосновении.  
"Филобатический мир - из дружественных пространств и строится на надёжной дистанции и дальновидении.   
«Главная цель пациента - освободиться от тирании объектов, за которые он цепляется", то есть избавиться от своей зависимости и стать свободным; открыть заново 'дружественные пространства «филобатического мира, а за ними - мир первичной любви, который поддерживает человека, не предъявляя каких-либо дальнейших требований».  
"Самое большое желание любого пациента заключается в том, чтобы быть понятым". На эдиповом уровне, то есть на уровне языка взрослых, аналитику нетрудно понять пациента. Однако при глубокой регрессии слова "перестают служить основным средством коммуникации и на первый план выходят невербальные сообщения. Задача аналитика – адекватно интерпретировать, а затем перевести пациенту эти сообщения на привычный язык взрослых, позволив ему таким образом понять значение его поведения.

Доступ к чувствам пациента открывает новые возможности отношений в кабинете. Тех отношений, которые не будут опустошающими для специалиста, отношений свободных от тревоги и непредсказуемости. Умение слушать и слышать это то волшебство, которое каждый может испытать, придя в БГ. Знание своих потребностей и мотивов поможет предотвратить отыгрывание после общения с пациентами и даст доступ к получению удовольствия от реализации своего потенциала.

«Врач должен открыть в себе способность выслушивать у больных то, что вряд ли им всегда удается выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого» (Балинт)

***Работа группы включает в себя двухфазный процесс:*** идентификацию и свободное обсуждение характера взаимодействия с пациентом с фокусом на переживаниях и реакциях;   
и выдвижение «за круг», отстранение и анализ мнений других, с отсутствием возможности спорить, комментировать и доказывать свою «правоту». Это позволяет участникам сопереживать рассказчику или его пациенту, а потом, основываясь на эмоциях, делать предположения о возможных проблемах в коммуникации.   
В итоге реже используются привычные и не конструктивные поведенческие стили. Их легче отследить, пропадает стремление к поиску «оборонительных» объяснений, что не дает возможности как-нибудь иначе посмотреть на пациента и на себя в работе с ним.   
«Наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство — сам врач. В лечении пациента важны не столько микстуры или пилюли, сколько атмосфера, в которой лекарство назначается врачом и в которой оно принимается пациентом».

***Заключение***