

38. McDougle C.J., Scahill L., Aman M.G. et al. Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology // *Am. J. Psychiatry.* - 2005. - Vol. 162, N 6. - P.1142-1148.
39. Troost P.W., Lahuus B.E., Steenhuis M.P. et al. Long-term effects of risperidone in children with autism spectrum disorders: a placebo discontinuation study // *J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* - 2005. - Vol. 44, N 11. - P. 1137-1144.
40. McDougle C.J., Scahill L., McCracken J.T. et al. Research Units on Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Autism Network. Background and rationale for an initial controlled study of risperidone // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* II 2000. - Vol. 9, N1.-P. 201-224.
41. Hollander E., Phillips A.T. Targeted treatments for symptom domains in child and adolescent autism // *Lancet.* - 2003. - Vol. 362, N 9385. - P. 732-734.
42. Toren P., Ratner S., Laor N., Weizman A. Benefit-risk assessment of atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia and comorbid disorders in children and adolescents // *Drug Saf.* - 2004. - Vol. 27, N 14. - P. 1135-1156.
43. Malone R.P., Maislin G., Choudhury M.S. et al. Risperidone treatment in children and adolescents with autism: short- and long-term safety and effectiveness // *J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* - 2002. - Vol. 41, N 2. - P. 140-147.
44. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Risperidone treatment of autistic disorder: longer-term benefits and blinded discontinuation after 6 months // *Am. J. Psychiatry.* - 2005. - Vol. 162, N 7. - P. 1361-1369.
45. Scahill L., McCracken J., McDougle C.J. et al. Methodological issues in designing multisite trial of risperidone in children and adolescents with autism // *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* - 2001. - Vol. 11, N 4. - P. 377-388.
46. Masi G., Cosenza A., Mucci M., De Vito G. Risperidone monotherapy in preschool children with pervasive developmental disorders // *J. Child. Neurol.* - 2001. - Vol. 16, N6.-P. 395-400.
47. Turgay A., Binder C., Snyder R., Fisman S. Long-term safety and efficacy of risperidone for the treatment of disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs // *Pediatrics.* - 2002. - Vol. 110. - N 3. - P. e34.
48. Kozlova L.A., Burelomova I.V., Goriunov A.V. et al. // *Zh. Nevrol Psikhiatr. In S.S.Korsakova.* - 2001. - Vol. 101, N 7. - P. 35-38.
49. Харитонов Р.А., Пушков В.В., Яковлева Ю.А. и др. Эффективность препарата: рисполепт при лечении психических нарушений у детей. // М.: «НИЦГ РАМН», 2002.
50. Kim B.N., Lee C.B., Hwang J.W. et al. Effectiveness and safety of risperidone for children and adolescents with chronic tic or tourette disorders in Korea // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* - 2005. - Vol. 15, N 2. - P. 318-324.
51. Eapen V., Gururaj A.K. Risperidone treatment in 12 children with developmental disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder // *Prim. Care Companion J Clin. Psychiatry.* - 2005. - Vol. 7, N 5. - P. 221-224.
52. Van Bellinghen M., De Troch C. Risperidone in the treatment of behavioral disturbances in children and adolescents with borderline intellectual functioning: a double blind, placebo-controlled pilot trial // *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* - 2001. - Vol. 11, N1.-P. 5-13.
53. Michael G. Aman, Robert L. Findling, Albert Derivan et al. Risperidone versus placebo for severe conduct disorder in children with mental retardation.
54. Stevens J.R., Kymissis P.L., Baker A.J. Elevated prolactin levels in male youth; treated with risperidone and quetiapine // *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* - 2005. - Vol. 15, N 6. - P. 893-900.
55. Л.А.Громов, А.П.Чуприков, Я.Т.Багрий. Рisperidone в детском возрасте. // *Български психиатричен журнал.* 2007, брой 1, година IV. - P. 35-43

УДК 159.9:61
С.М. Гибнер

СИНДРОМ МЕНЕДЖЕРА КАК КРАЙНЯЯ СТЕПЕНЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРУДОГОЛИЗМА

Городской специализированный центр семейного здоровья и андрогинекологии, г. Киев

С.М.Гібнер

СИНДРОМ МЕНЕДЖЕРА ЯК КРАЙНЯ СТУПІНЬ ПРОЯВУ ТРУДОГОЛІЗМУ

Київський міський спеціалізований центр родинного здоров'я та андрогенікології

В роботі розглядається проблема нозологічної приналежності, механізмів виникнення, клінічних проявів та терапевтичної тактики щодо синдрому менеджера. Робиться висновок, що синдром менеджера є проявою трудоголізму крайнього ступеня.

Ключові слова: *трудоголізм, синдром менеджера.*

S.M.Gibner

MANAGER'S SYNDROME AS EXTREME DEGREE OF DEPENDENCE OF WORK

Kyiv city specialised family health and androgenology centre

The problem of nosology belonging, mechanisms of origin, clinical displays and therapeutic tactic of manager's syndrome is examined. The conclusion, that a manager's syndrome is dependence of work display is drawn.

Keywords: *dependence of work, manager's syndrome.*

Современная жизнь с ее высокой конкуренцией на рынке труда, быстро меняющимися требованиями к сотрудникам, внедрением новых технологий делают уязвимыми большинство работающих. Получив работу, люди стараются утвердиться на ней, стать незаменимыми, удивить работодателей своими деловыми качествами. Чтобы этого достичь, приходится работать на износ. Необходимость принятия решений, постоянная конкурентная борьба, огромное количество передаваемой информации и ощущение повышенной

личной ответственности в ряде случаев приводят к повышенному нервному напряжению и, как следствие, к нарушению всей системы биологической и социальной адаптации.

У человека возникает ощущение нехватки времени, страх не успеть, не смочь, не догнать; появляются комплексы «достижения цели» (как только одна цель достигнута, за ней следует другая) или «мобильного телефона», когда человек живет в постоянном ожидании звонка, от которого зависит исход важного дела. Состо-

3 ПРАКТИЧНОГО ДОСВІДУ

яние постоянной взвинченности, пребывание на грани нервного срыва не позволяют сконцентрироваться, неизбежно ухудшаются внимание и память, нарастают мнительность и угнетенное состояние. В таком случае говорят о «профессиональном заболевании» людей, живущих на грани опасного нервного срыва, так называемом «синдроме менеджера» (СМ).

Впервые вышеупомянутый синдром был выявлен у молодых, активных людей 25 – 40 лет, занимающих руководящие посты или занимающихся бизнесом. Однако в дальнейшем стало ясно, что для развития этой болезни вовсе не обязательно быть руководителем высокого ранга – любой человек, устраивающий себе ненормированный рабочий день и не умеющий отключаться от деловых проблем, покидая рабочее место, – потенциальный больной СМ.

Основная группа риска заболевания СМ – это молодые люди от 30 до 40 лет, имеющие одно или два высших образования в области экономики или юриспруденции, холерики по типу личности, с высоким интеллектуальным потенциалом. Замечено также, что люди, пришедшие в бизнес или на руководящие посты после 35 – 40 лет, значительно реже страдают СМ.

Авторство термина «*синдром менеджера*» приписывают японским психиатрам: они впервые выделили и описали клинические признаки этого явления. По их данным, 30 % людей, занятых бизнесом и управленческой работой (80 % из которых – мужчины в возрасте от 30 до 50 лет), страдают СМ.

Однако, первым, описавшим СМ, на наш взгляд, следует считать еще американского писателя О.Генри, который в своем «Романе биржевого маклера» рассказал историю о человеке, объяснявшемся в любви своей стенографистке, забыв в суете напряженной работы, что накануне уже обвенчался с ней. Суть СМ раскрывает также известный анекдот о муже, который говорит жене, что идет к любовнице, любовнице – что идет к жене, а сам запирается в кабинете, чтобы работать, работать, работать!

Первые клинические признаки СМ – нарушения сна, тревожность, раздражительность, головные боли, угасание либидо, снижение работоспособности.

Американские психиатры трактуют СМ как форму неврастения (F 48) с выраженными вегетативными нарушениями, развивающуюся при выполнении непосильной работы, связанной с большой ответственностью, конфликтами и эмоциональным напряжением.

Кроме того, СМ может диагностироваться врачами как невротическое, связанное со стрессом расстройство, obsessivный синдром, синдром хронической усталости, астенический синдром, вегето-сосудистая дистония и др.

Однако некоторые ученые придерживаются мнения о том, что СМ – это предболезнь, состояние, вызванное перенапряжением основных систем организма, готовое перерасти в поражение любого *locus minoris resistenciac*, который и будет давать клиническую окраску болезни.

Клинически СМ проявляется следующим набором признаков:

- зависимость от работы;
- перманентный хронический стресс;
- чувство постоянной тревоги;

– астеническое состояние, хроническая усталость;

– нарушения сна: либо трудности с засыпанием и чувство разбитости при пробуждении утром, либо тревожный и прерывистый сон с пробуждениями по нескольку раз за ночь;

– хронические головные боли, начинающиеся или усиливающиеся ближе к вечеру;

– снижение памяти и концентрации внимания;

– снижение сексуальной активности.

В дальнейшем при прогрессировании заболевания развиваются:

– невротические расстройства тревожно-депрессивного, депрессивного или фобического спектра, а также неврастения;

– ранние инволюционные изменения, снижение концентрации сперматозоидов у мужчин;

– многообразные соматические нарушения (в первую очередь, сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем – т.н. психосоматические заболевания);

– синдром профессионального выгорания;

– другие аддикции – алкогольная, игровая и т.д.

Несмотря на общепризнанность и устойчивость симптоматики, пути возникновения СМ представители разных специальностей трактуют каждый по-своему.

Психотерапевты считают, что это попытка ухода от реальности, от необходимости решения личностных проблем, а сидение в офисе до полуночи объясняют нежеланием возвращаться домой.

Сексопатологи винят во всем сублимацию – направление сексуальной энергии в русло деловой активности.

По мнению невропатологов, СМ – это расстройство психики, возникающее на фоне органических изменений головного мозга.

В то же время, специалисты в области менеджмента уверены, что СМ – не патологическое состояние организма, а следствие неорганизованности и неумения правильно разделять обязанности в коллективе.

Однако, не вызывает сомнения тот факт, что нервно-психическое перенапряжение ведет к снижению интеллектуальных и мышечных резервов организма, нарушению функционирования ретикулярной формации, отвечающей за активное бодрствование, замедлению процесса передачи информации, ослаблению сенсорного восприятия, вследствие чего и возникают раздражительность, эмоциональная лабильность, головные боли, депрессивные и тревожные реакции. Кроме того, сдвиги в системе «гипоталамус – гипофиз – надпочечники» формируют полиморфизм клинической картины СМ.

Безусловно, лечить пациентов с СМ должны только врачи, в первую очередь, психотерапевты и медицинские психологи. Именно им под силу провести не симптоматическую, а патогенетическую терапию, т.к. решение проблем этого синдрома лежит в пространстве психотерапии. Главная цель терапии – изменение мировоззрения пациента, реконструкция личности, ранжирование приоритетов и жизненно важных ценностей. В то же время, без медикаментозной поддержки (общеукрепляющими, транквилизаторами, анксиоли-

тиками, антидепрессантами и др. средствами) полного выздоровления достичь практически невозможно. Таким образом, основным принципом в лечении больных СМ должен быть комплексный подход – только в этом случае можно достичь максимальной эффективности терапии.

Несмотря на то, что СМ уже начинает приобретать характер эпидемии, в большинстве медицинских учреждений пациенты с такой симптоматикой проходят «под маской» иных диагнозов, лишь частично отражающих, а, стало быть, и частично решающих суть этой сложной междисциплинарной (медико-психолого-социальной) проблемы.

Необходимо отметить, что американскими врачами предложена своя формула профилактики и лечения СМ – так называемое «правило четырех F – **food-foot-fight-fuck**», соблюдение которого является обязательным в комплексном лечении СМ.

Кроме того, разработаны меры профилактики, которые можно рекомендовать пациентам из группы риска возникновения СМ:

1. Помните, что все хорошо в меру и что работа должна чередоваться с отдыхом, а напряжение с расслаблением.

2. Не тратьте на работе времени впустую, не распыляйтесь и не отвлекайтесь. Не доводите состояние дел до аврала, не пускайте ситуацию на самотек. Старайтесь распределять свои нагрузки равномерно, всегда планируйте свои дела и выполняйте в порядке их важности.

3. Не взваливайте на себя слишком много дел. Если есть возможность, то привлекайте помощников к их выполнению. Не решайте чужие проблемы и научитесь говорить «нет». Не позволяйте себя эксплуатировать – отказывайтесь от рабочих дел, которые не входят в ваши прямые обязанности.

4. Учитесь отключаться от всех проблем, учитесь расслабляться, давать организму отдых. Причем отдыхайте, не дожидаясь усталости, понемногу, но часто.

5. Не закидывайтесь на работе. Оставляйте за порогом дома все мысли о ней. Создайте дома оазис спокойствия, в котором комфортно, тепло, уютно и спокойно.

6. Найдите себе увлечение, хобби по душе – начните коллекционировать, фотографировать, рисовать, шить, вязать. Старайтесь больше получать положительных эмоций, занимайтесь тем, что приносит вам удовольствие, наслаждение. Например, чаще слушайте любимую музыку, встречайтесь с друзьями, приятными и интересными для вас людьми. Пишите письма, поздравительные открытки, общайтесь через Интернет, устраивайте вечеринки, ходите на театральные премьеры, смотрите хорошие фильмы, читайте любимые журналы, интересные книги.

7. Откажитесь от искусственных подсластителей, алкоголя и кофеина. Попробуйте уменьшить количество потребляемых углеводов и увеличить количество белков: ешьте побольше мяса и рыбы и поменьше булок и сладостей.

8. Начните посещать бассейн или тренажерный зал, в крайнем случае, больше ходите пешком.

9. Вернувшись домой с работы, примите теплую ароматную ванну (с отварами трав, хвойным экстрактом, специальными фитосолями), завернитесь в мягкий халат и отведите полчаса только для себя.

10. Особое внимание уделите подготовке ко сну: вечерняя прогулка, столовая ложка меда, запитая прохладной водой, и тихая музыка настроит ваш организм на нужный лад.

11. Если тревожные мысли не дают уснуть, не пытайтесь их отгонять – бесполезно. Попробуйте взглянуть на прошедший день позитивно: так ли уж плохо все складывалось, чтобы вычеркивать этот день из жизни?

Для нивелирования негативного влияния стресса на организм в экстремальных случаях на работе необходимо научить пациентов достигать состояния релаксации. Для этого посоветуйте им освоить несколько упражнений.

1. Сядьте спокойно и начните производить удары ребром ладони по твердой поверхности – это успокаивает и помогает сосредоточиться.

2. Сядьте спокойно, закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Положите руки на колени, сцепите пальцы в замок. Скиньте обувь и тихонько постучите ногами по полу.

3. Попробуйте глубоко подышать нижней частью живота – это снимет беспокойство и тревогу.

4. Встаньте прямо, руки согните в локтях так, чтобы они (локти) смотрели в пол. Ладони разверните от себя. Коротко и ритмично вдыхайте носом, одновременно сжимая ладони в кулаки и имитируя хватательные движения. Сделайте 4 резких вдоха носом (попросту говоря, шмыгните), потом выдохните и опустите руки. После короткой паузы повторите все заново. Вдох должен быть как можно громче и задорнее. Плечи остаются неподвижными.

5. Поочередно сильно напрягайте и затем расслабляйте пальцы ног, потом ступни и лодыжки, икры, бедра, ягодичные мышцы, живот, спину, плечи, кисти рук, предплечья и, наконец, мышцы шеи. Посидите несколько минут, наслаждаясь покоем.

6. Если есть возможность, подержите кисти рук несколько минут под струей горячей воды – такие водные процедуры оказывают успокаивающее действие.

В заключение хочется отметить, что в случае заболевания СМ, выздоровление во многом зависит от качества мониторинга у врача, соблюдения правил психогигиены, рационального сочетания умственного труда с физическими нагрузками, а также от полноценного отдыха.

Ведь героизм состоит не в том, чтобы «сгореть на работе», а, напротив, получая удовольствие от нее, оставаться здоровым! Ведь, как говорил персонаж из фильма «Тот самый Мюнхгаузен», «...каждый день к 9-ти ходить на работу – это, конечно, не подвиг, но что-то героическое в этом есть».