

**Осипова Надежда Геннадьевна**

доктор социологических наук, профессор,  
декан социологического факультета,  
заведующий кафедрой современной социологии  
Московского государственного университета

**Семина Татьяна Васильевна**

кандидат социологических наук,  
начальник юридического отдела  
Национального научно-практического центра  
сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

## ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧА КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ МАКРОСФЕРЫ И МИКРОСФЕРЫ

**Аннотация:**

*В статье рассматривается проблема эмоционального выгорания специалистов медицинской отрасли, возникающего в результате воздействия факторов макросферы и микросферы в современном обществе. Представлены результаты авторского социологического исследования, нацеленного на установление причин профессионального выгорания врача. Сделаны выводы о наличии необоснованно завышенных ожиданий общества от медицинской деятельности врача, о недооценке обществом сложных условий труда врача. Выявлено, что в обществе происходит подмена понятия «обоснованный риск в профессии» понятием «врачебное преступление». Профессиональная деятельность врача, ограждаемая ранее от обвинений ведомственными барьерами, сегодня не в полной мере защищена социальными и правовыми средствами. Статус врача в обществе снижен, что является одной из причин, вызывающей эмоциональное выгорание работника медицинской сферы. Этому во многом способствуют современные СМИ. Решение означенного вопроса возможно при междисциплинарном и комплексном подходе с дальнейшей консолидацией сообществ врачей, социологов и юристов и привлечением их в сферу здравоохранения.*

**Ключевые слова:**

*выгорание врача, макросфера, микросфера, общество, СМИ, обоснованный риск, профессиональное заболевание.*

**Osipova Nadezhda Gennadyevna**

D.Phil. in Social Science, Professor,  
Dean of the Sociology Department,  
Head of the Modern Sociology Subdepartment,  
Lomonosov Moscow State University

**Semina Tatiana Vasilyevna**

PhD in Social Science,  
Head of the Legal Department,  
National Research Center of  
Cardiovascular Surgery of the Ministry of  
Healthcare of the Russian Federation

## PROFESSIONAL BURNOUT OF A PHYSICIAN AS A RESULT OF THE IMPACT OF THE MACROSPHERE AND MICROSPHERE FACTORS

**Summary:**

*The article deals with the problem of professional burnout of a medical professional caused by the impact of the macrosphere and microsphere factors in modern society. The authors conducted a sociological study to determine the reasons for the professional burnout of a physician. It is concluded about the presence of inflated expectations of society from medicine and the underestimation by the society of the difficult working conditions of a doctor. Moreover, there is a substitution of the concepts of the "reasonable risk in the profession" and the "medical crime". The departmental barriers defended the professional activities of the physicians from charges in the past. However, today their activity is not fully protected by social and legal means. Nowadays, the physician status is reduced that is one of the reasons for burnout of a medical professional. This is facilitated by modern media. The solution of this problem is possible with the help of interdisciplinary and integrated approach, further consolidation of communities of physicians, sociologists and lawyers and their involvement in health care.*

**Keywords:**

*physician's burnout, macrosphere, microsphere, society, media, reasonable risk, occupational disease.*

Профессия врача приобретает в современной России новую значимость, становится объектом правового и социального контроля. Врач, обладая высоким социальным смыслом, остается практически незащищенным в правовом и социальном отношениях со стороны государства. Вместе с тем результаты работы врача имеют непосредственный социальный эффект, от которого во многом зависит не только жизнь конкретных людей, но и стабильность общества в целом. Это позволяет говорить о том, что представители данной профессиональной группы являют собой особую ценность для общества.

Эмоциональное выгорание возникает как итог закономерного воздействия макро- и микросферы, которому постоянно подвергается личность врача. Так, работа в медицине предусматривает общение со специфическими категориями больных: асоциальными больными, носителями СПИДа, психически больными людьми и др., а потому предполагает ежедневное наблюдение

страданий больных и даже смерти, ненормированный рабочий день, огромную ответственность за здоровье и жизнь человека и риск «врачебной ошибки». На современном этапе этот перечень может быть расширен и другими факторами макро- и микросферы. Здесь могут быть названы низкая мотивация, которая долгие годы не стимулировала врача к труду, а лишь занижала его самооценку, изменила идеологию и гуманистическое начало врача; правовая и социальная незащищенность работников медицинской отрасли. Все это порождает у молодых людей сомнение при выборе такой сложной в физическом и моральном плане профессии и вызывает у ее представителей эмоциональное выгорание.

Права пациента в сфере здравоохранения, безусловно, важны, но не менее значимы права медицинского работника. Сфера медицины стала объектом исследований юристов, причем их интерес в основном лежит в плоскости оказания правовой помощи именно пациентам. В то же время не следует забывать, что лечащий врач является главной фигурой в лечении пациента, так как, согласно п. 2 ст. 70 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», он самостоятельно организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи [1].

Врач не имеет права быть рядовым, поскольку его предназначение высоко. Эта однажды принятая на себя роль исполняется годами и постепенно перестает быть только ролью – становится характером [2, с. 82].

В действительности при излечении людей врач руководствуется общечеловеческими морально-нравственными принципами долга, ответственности перед больным человеком, которые свойственны лишь для этой профессии. Крайне важны социальная и правовая удовлетворенность врача при принятии решений, касающихся вопросов здоровья, а порой и жизни человека. Культура врачевания уходит в прошлое, на первый план в эпоху глобализации выдвигается материальная заинтересованность индивида.

Как полагают С. Поттер (S. Potter) и Дж. МакКинлей (J. McKinlay), отношения между врачом и пациентом в начале XXI в. наиболее точно характеризуются метафорой, согласно которой пациенты становятся клиентами, а врачи – поставщиками медицинских услуг. Можно только догадываться о том, насколько серьезно трансформации в системе здравоохранения, произошедшие за последние десятилетия, повлияли на отношения между врачом и пациентом. Сложность исследования произошедших перемен обусловлена тем, что социологическая теория и практика акцентируют свое внимание преимущественно на обобщенных характеристиках, а не на конкретных особенностях [3, р. 324–325].

В рассматриваемых взаимоотношениях врача и пациента автономия больного во все времена сводится к его согласию с врачебным назначением, а доверие к врачу остается обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса. Пациент может быть не согласен с назначенным лечением, но в отсутствие медицинского образования может нанести вред своему здоровью. В центре проблемного поля конфликтных взаимоотношений пациента и врача сегодня находится интернет, так как пациенты слепо доверяют найденной там информации и рассматривают врача только как исполнителя, а иногда даже как малограмотного специалиста. Результаты контент-анализа сообщений, представленных на интернет-форумах, отражающих мнения пациентов о врачах и медицинских учреждениях, подтверждают их необъективность ввиду отсутствия медицинского образования у их авторов.

Скорость социальных трансформаций сегодня выросла настолько, что общество меняет свое качество в пределах жизни одного поколения. XX столетие дало старт радикальным социально-экономическим и культурным преобразованиям, которые происходят во всем мире. Радикальная трансформация социальной структуры и институтов развитых стран Запада, которая началась в последней четверти прошлого века, дала основания многим представителям социологии утверждать, что начался переход к качественно новому этапу развития общества [4].

Труд хирурга, сердечно-сосудистого хирурга, анестезиолога-реаниматолога и рентгеноваскулярного хирурга сложно сравнить с трудом других медицинских специалистов. Хирургические операции на сердце относятся к самым сложным в исполнении, высокотехнологичным методам лечения. Врачу-хирургу невозможно просчитать возможные риски и предотвратить появление осложнений в ходе операции. В связи с этим эта специальность может быть отнесена к «рисковому», так как обоснованный риск заложен в профессии изначально.

Если касаться мирового опыта, то чаще всего общество и государство при оценке «врачебного риска» и ответственности за него исходят из нескольких простых моментов.

Во-первых, медицина не относится к точным наукам, риск в профессии врача зависит от исходного состояния пациента, нозологической формы заболевания, сопутствующей патологии, анатомических индивидуальных характеристик и других факторов.

В юридической литературе медицинский риск рассматривается отдельно от общих вопросов обоснованного риска и определяется как правомерное применение для спасения жизни, если положительный результат не мог быть достигнут традиционными, проверенными средствами. Целесообразность риска определяется его полезностью (в результате действия с риском предполагается достижение общественно полезной цели) и оправданностью, когда вероятность достижения положительного результата по спасению жизни пациента преобладает над вероятной неудачей при отсутствии возможности достижения результата без риска [5].

Во-вторых, профессиональная деятельность медицинского работника, ограждаемая ранее от обвинений ведомственными барьерами, сегодня недостаточно защищена социальными и правовыми средствами: нередки претензии и судебные иски в отношении врачей, медицинские сотрудники подвергаются клевете, ложным доносам, порочащим честь и достоинство, и даже избиениям. Статус врача в обществе снижен, что является одной из причин, вызывающей у медицинского работника эмоциональное выгорание. Синдром эмоционального выгорания у врачей выражается в развитии эмоциональной холодности, равнодушия и последующей дегуманизации, приводящей к нарушению норм медицинской этики и деонтологии по отношению к больному человеку.

Этот синдром широко изучается в контексте профессиональных стрессов. «Выгорание» (в широком смысле) определяется как «долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности» [6, с. 443]. При этом ученые выделяют около 100 симптомов, связанных с «выгоранием» подобного генеза, среди которых агрессивные и упаднические чувства, бессонница, злоупотребление алкоголем, негативное отношение к работе, переживания чувства вины и зависимости, психосоматические недомогания и др. [7, с. 116–117].

Качество медицинской помощи также является весьма сложной для понимания категорией, что детерминировано, с одной стороны, широким лексическим значением слова «качество», а с другой – трудностью установления четких, формально определенных критериев отграничения качественной медицинской помощи от некачественной. Это обусловлено особенностями медицинской деятельности и науки, которые сопровождаются вариативностью подходов к лечению одного заболевания, постоянным развитием медицинских технологий и совершенствованием лекарственных средств, индивидуальностью организма каждого пациента, материально-техническими возможностями учреждения здравоохранения и т. д. [8].

В-третьих, эмоциональному выгоранию современного врача способствует неравенство доходов и вклада труда врача в условиях стратификации общества в России. Происходит расслоение социума, в связи с чем устанавливается определенная дистанция между социальными позициями его членов. Иерархия социальных слоев фиксирует неравный доступ членов общества к социально значимому уровню дохода. Профессия врача требует высокого уровня образования и длительной подготовки к самостоятельной деятельности, а потому должна обладать высоким статусом в обществе и высоко оплачиваться. Следовательно, как и для других индивидов и групп, образование становится самостоятельным фактором их позиции в ранжированной стратификационной иерархии. Стратификация отражает социальную неоднородность, расслоение общества, неодинаковость социального положения врача и по-прежнему низкий уровень зарплаты.

Денежное вознаграждение за труд и условия работы медицинских работников являются важными характеристиками состояния системы здравоохранения и основополагающими факторами, определяющими результативность медицинских услуг, оказываемых населению страны.

Проблема мотивации труда работников здравоохранения является не только важной, но и чрезвычайно сложной в части стимулирующих выплат. Переход в отрасли здравоохранения на эффективные контракты будет сложным, длительным процессом и, возможно, не всегда эффективным. Безусловно, повышение общего уровня оплаты труда создает позитивные предпосылки для усиления ответственности медицинских кадров за результаты работы. Но есть и риски в медицине, где «эффективность» лечения пациента можно оценить только по конкретному заболеванию со всеми вытекающими последствиями. Объективные оценки и критерии в медицине спорны и не абсолютны.

В некоторых случаях изначально тяжело больной пациент имеет многочисленные сопутствующие заболевания. Кроме того, разные анатомические характеристики и возрастные особенности индивидуальны для каждого отдельного человека. В этом случае на лечение изначально тяжело больного пациента врач затрачивает колоссальное количество времени и сил, притом что результативность лечения низка или, хуже того, вероятно смерть пациента. В связи

с этим есть определенные риски и опасность отказа от лечения такого пациента по объективным причинам, направления его в другие клиники на дообследование и др.

Исходя из изложенного выше главный врач медицинской организации должен реализовать свое видение инновационных разработок по проблемным случаям лечения и стимулированию труда врача. Важно определить систему ключевых показателей с учетом затрат труда врача по объективности и профессиональной компетентности, чтобы у врача не снизилась вовлеченность в работу, не исчез интерес к излечению тяжело больного человека. Необходимы четкие критерии по проблемным случаям лечения, критерии обоснованности и допустимости риска при надлежащем выполнении медицинской помощи.

Согласимся с мнением А.С. Батышева и Т.Т. Батышевой, что сегодня медицина не владеет точными решениями большинства проблем, касающихся хронических недугов людей, например целого ряда раковых заболеваний и других неизлечимых болезней. И хотя темп исследований ускоряется, медицина еще далека от полного понимания механизма возникновения и лечения широко распространенных заболеваний [9]. Вызывает эмоциональное выгорание у врача также тот факт, что врач не бог и не может излечить все болезни, но в условиях правовой грамотности и повышенных требований общества к медицине увеличивается количество необоснованных жалоб, предъявляемых врачам, по вопросам, которые выходят за рамки медицинских возможностей.

Преувеличение возможностей современной медицины является самообманом в век «сверхвозможностей» – пациенты ожидают невероятного. Их не удовлетворяет ослабление симптомов заболевания, и они часто требуют невозможных исцелений. Претенциозность индустрии здравоохранения и благочестивые позы ряда докторов приводят к безрассудным ожиданиям со стороны пациентов [10].

Исторически предписанный высокий статус врача, который достигается личными усилиями и результатами длительного обучения, требует от личности больших физических и душевных затрат, а также осознания ею реальной полезности своих социальных функций для общества.

Пациенты редко задумываются, что в ходе работы врачи получают профессиональный стресс оттого, что могут заразиться от пациента, иногда смертельным и неизлечимым заболеванием, так как им приходится контактировать с инфекционными больными. К таким профзаболеваниям медицинских специалистов относятся ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез, микозы кожи, дисбактериоз, кандидоз и т. д.

Заболевание медицинских работников экзотическими, особо опасными инфекциями возможно в случае заноса инфекции на территорию медицинского учреждения, лечения такого пациента и ухода за ним. Среди них следует выделить африканские геморрагические лихорадки Марбург, Эбола, Ласса [11]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежедневно от вирусного гепатита В погибает один медицинский работник [12]. На первом месте в структуре профзаболеваний врачей с сильным отрывом стоят инфекционные заболевания (от 75 до 83,8 %).

Инфицированию медицинского персонала внутрибольничными инфекциями способствует своеобразие экологических условий лечебно-профилактического отделения (госпитальный микробный пейзаж, ускорение темпов эволюции возбудителей внутрибольничных инфекций, концентрация ослабленных лиц на ограниченной площади помещений), наличие большого числа источников инфекции (больных и носителей) среди пациентов, нарастающий объем инвазивных вмешательств, увеличивающих риск заражения персонала через кровь и другие биологические жидкости, усугубление эпидемиологической обстановки в стране по целому ряду нозологических форм инфекций [13].

Повышенному риску заражения опасными, угрожающими жизни инфекциями подвержены не только медицинские сотрудники, но и члены их семьи. Страх за свое физическое здоровье, а также здоровье своих близких вызывает эмоциональное истощение и приводит к выгоранию. Крайне нежелательным проявлением профессионального выгорания является несознательный отказ от неординарного подхода в профессиональной деятельности к больному человеку, полная замена творческого профессионального мышления на стереотипное, протокольное.

В Международной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10) «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z-73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z-73.0 – «выгорание» (burnout) [14].

Синдром эмоционального выгорания – это состояние, когда человек ощущает себя истощенным морально, умственно и физически, с трудом выполняет свои профессиональные обязанности. Он, как правило, безразличен к чужим проблемам: чтобы не спровоцировать синдром выгорания, таким образом организм защищается от стресса. Врач при оценке своей работы преимущественно чувствует некомпетентность, потерю ценностей, низкую значимость собственных достижений и не видит перспективы своего развития.

В 2017 г. в Национальном научно-практическом центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Министерства здравоохранения Российской Федерации, где проходят лечение пациенты со всей территории России, было проведено социологическое исследование, нацеленное на установление причин возникновения выгорания врача. В исследовании приняли участие 525 врачей-специалистов. Исследование проведено авторами методом сплошного анкетного опроса с целью установления факторов воздействия внешней и внутренней среды, приводящих к профессиональному выгоранию врача, а также определения внутренних ценностей врачебного сообщества и проблем, с которыми столкнулась медицина в эпоху глобальных процессов.

65 % из общего числа исследованных врачей считают, что у них возникает неудовлетворенность профессией из-за недооценки обществом сложных физических и психологических условий труда врача, а еще больший процент опрошенных специалистов (80 %) полагают, что в обществе происходит подмена понятия «обоснованный риск» понятием «врачебное преступление». 79 % боятся заразиться от пациента опасными инфекционными заболеваниями. Снижение статуса врача в обществе отмечают 85 % респондентов. На вопрос: «Влияет ли обесценивание образа врача в СМИ на профессиональное выгорание врача?» – 56 % респондентов ответили утвердительно. 96 % считают, что в штате медицинских учреждений должны быть юристы в области медицинского права.

Результаты социологического исследования показали, что, по мнению врача, современное общество недооценивает ролевой статус врача, в целом утрачено значение важной миссии врача, выработанное ранее обществом. Этому во многом способствуют СМИ, которые специально подают непроверенную информацию медицинского толка в препарированном, выгодном для них виде.

СМИ сегодня является средством формирования мировоззрения народных масс. Особенно сильное влияние оно оказывает на больного человека, психология которого более подвержена стрессу и восприятию вследствие физической боли, неспособности вести обычный образ жизни, страха неизлечимой болезни и др. В действительности СМИ оказывают мощнейшее влияние как на сознание, так и на личность пациента, заставляют его действовать определенным образом, навязывая поведенческие стандарты, которые становятся некими ориентирами и стереотипами негативного, а порой и асоциального поведения по отношению к врачу и медицине в целом. СМИ не находят важным информировать население о спасении врачами сотен тысяч жизней каждый день, так как данная информация не носит сенсационного характера. СМИ также умалчивают (а пациенты, как правило, не задумываются) о том, что практически каждый врач осуществляет свою профессиональную деятельность во вредных и опасных условиях труда, подвергая себя и свою семью риску заразиться инфекционным заболеванием, а в отдельных случаях – неизлечимым заболеванием.

Проблема защиты прав, чести и достоинства врачей в правовой науке разработана недостаточно. Нельзя обойти стороной вопрос о необоснованных обвинениях в адрес врачей и учреждений здравоохранения, которые оказывают пациенту медицинскую помощь. Усложняют ситуацию необоснованные жалобы пациентов и их родственников, которые носят в российском здравоохранении хронический характер. Множественные разбирательства становятся для врача настоящим испытанием: бесконечные объяснения способны довести специалиста до полного эмоционального истощения. Отсутствие четкой и применяемой на практике законодательной базы в сфере здравоохранения оборачивается правовым нигилизмом. В правосознании индивидов все более стирается грань между правомерной и противоправной деятельностью. Правовой нигилизм настолько укоренился, что произошла криминализация общественного сознания по вопросу безнаказанности в случае обвинения врачей в преступлении. Как уже было сказано выше, в общественном сознании происходит подмена понятия «обоснованный риск» понятием «врачебное преступление». Следует также признать, что общество России обеспокоено некачественным оказанием медицинской помощи населению, нарушением норм этики и деонтологии врачом.

Но есть и другая сторона: статус врача снижен, честь и достоинство врача зачастую необоснованно опорочены жалобами сутяжных личностей. Сложившаяся ситуация провоцирует отток квалифицированных медицинских кадров, приводит к еще большему кадровому дефициту. Нехватка специалистов является главной причиной снижения уровня доступности медпомощи. В связи с этим в России необходимо развитие междисциплинарного взаимодействия социологов медицины и юристов медицинского права. Решение данного вопроса возможно при междисциплинарном и комплексном подходе, с дальнейшей консолидацией сообществ врачей, социологов и юристов и привлечением их в сферу здравоохранения. Важно сформировать позитивное общественное мнение и повысить статус врача в обществе, изменить идеологию и прекратить антипропаганду СМИ в отношении медицины. Необходима разработка профессионального стандарта юриста и социолога для практической деятельности в сфере здравоохранения.

Для того чтобы тенденция падения престижа профессии врача в обществе не стала необратимой, следует определить доступные способы социальной защиты специалиста медицинской отрасли, распределить функции между субъектами этой защиты и принять конкретные меры по ее реализации; разработать механизмы социального управления и методы, имеющие ключевое значение для развития междисциплинарных исследований на стыке социологии, юриспруденции и здравоохранения в части профилактических мер по профессиональному выгоранию врача.

В результате междисциплинарных исследований (на стыке социологии, юриспруденции и здравоохранения) установлены наличие необоснованно завышенных ожиданий общества от медицины и недооценка обществом сложных условий труда врача в физическом и эмоциональном плане. Сочетание междисциплинарных исследований позволит не только отразить глобальные процессы, происходящие в этих двух сферах общества, но и сравнить пространства несовпадений в их ожиданиях относительно друг друга.

#### **Ссылки:**

1. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) [Электронный ресурс] / Ю.В. Белянинова, Т.С. Гусева, Н.А. Захарова, Л.В. Савина, Н.А. Соколова, Ю.В. Хлестун. 2016. Подгот. для справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Батышев А.С., Батышева Т.Т. Врач + пациент: философия успеха. М., 2011. 524 с.
3. Heritage J., Maynard D.W. After 30 Years, Problems and Prospects in the Study of Doctor-Patient Interaction // Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing / eds.: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers. Ch. 17. N. Y., 2011. P. 323–343.
4. Соломатина Е.Н. Конфликт как фактор социальных изменений в теории Алена Турена // Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2016. Т. 22, № 3. С. 4–20.
5. Савкина М.А. Проблемы определения обоснованного риска в предпринимательской деятельности как обстоятельства, исключающего преступность деяния // Российская юстиция. 2015. № 6. С. 64–66.
6. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000. С. 443–463.
7. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб., 2008. 336 с.
8. Соколова Н.А. Качество медицинской помощи как критерий компенсации социального риска: проблемы правоприменения // Социальное и пенсионное право. 2012. № 4. С. 29–32.
9. Батышев А.С., Батышева Т.Т. Указ. соч. С. 352.
10. Там же. С. 353.
11. Ковалева Е.П., Храпунова И.А., Семина Н.А. Защита медицинского персонала от внутрибольничного инфицирования // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2003. № 6. С. 9–13.
12. Цит. по: Данилова Е.С. Внутрибольничные инфекции медицинских работников лечебно-профилактических организаций // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2013. № 1. С. 137–144.
13. Сацук А.В. Особенности эпидемиологии и профилактики туберкулеза среди работников медицинских учреждений : дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 158 с.
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Л. Циркина. СПб., 1994. 300 с.