

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Врачи-психиатры-наркологи имеют особые условия работы, способствующие развитию профессиональной личностной деформации в виде синдрома эмоционального выгорания. Изучение стрессогенных факторов, индивидуально-психологических особенностей специалистов-наркологов, проявлений эмоционального выгорания необходимо для эффективного планирования и проведения коррекционных и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, профессиональная личностная деформация, стрессогенные факторы, наркология, созависимость.

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с неизбежными эмоциональными и нравственными перегрузками. Это является основой для возникновения так называемых профессиональных личностных деформаций – таких как синдром эмоционального выгорания, аддиктивное поведение в виде рабочегоголизма, ургентной аддикции, моббинг, злоупотребление психоактивными веществами [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Кроме вредных для здоровья последствий указанные процессы могут приводить к профессиональной дезадаптации и функциональной деградации как отдельных специалистов, так и целых коллективов.

Врачи-психиатры-наркологи так же, как и представители других профессий «высшего типа», могут относиться к группе лиц, подверженных эмоциональному выгоранию, в частности по причине наличия в профессии «творческого начала» и необходимости после обучения и специализации «постоянной внеурочной работы над предметом и над собой» [7]. Вместе с тем современные условия труда врачей-психиатров-наркологов имеют и свои особенности. Во-первых, основной спецификой наркологии является профессиональное общение с людьми, проявление заболевания и поведение – пьянство и наркотизация – социально осуждаются. Во-вторых, психиатрам-наркологам чаще других врачей приходится сталкиваться с психологическим манипулированием со стороны больных, особенно при выраженности у них лживости и безволия как проявлений наркологического заболевания. Здесь же стоит отметить угрозы и даже реальную опасность со стороны наркологических пациентов, особенно при тяжелой наркоманической зависимости, а также в состоянии психоза

или опьянения. В-третьих, резкий рост заболеваемости наркоманиями в последние годы, появление все новых наркотических средств, с одной стороны, и новых препаратов и методов лечения, с другой стороны, требуют от специалистов, наркологов новых и новых знаний, особенно в области фармакотерапии, психотерапии, клинической психологии, методов профилактики и реабилитации, – и это при все увеличивающихся объемах работы и нагрузках.

К видам профессиональной деятельности врача-психиатра-нарколога, наиболее predisполагающим к эмоциональному сгоранию, относятся:

1) работа в приемных, реанимационных отделениях и отделениях неотложной наркологической помощи ввиду возможных больших перегрузок, частых осложнений и летальных исходов;

2) судебно-наркологическая и экспертная работа кроме перегрузок нередко содержит в себе конфликтные ситуации и преобладание отрицательных эмоций;

3) психотерапевтическая и психокоррекционная работа в наркологии, требующая кроме профессионализма большой эмоциональной отдачи и личностной вовлеченности;

4) профилактическая работа, особенно в условиях современных тенденций аномии и маргинализации общественного сознания, как эмоционально-затратная, особенно при выступлениях перед большой аудиторией и в прямом эфире на радио или телевидении;

5) организационная и административная, способная содержать в себе как рабочие перегрузки, так и конфликтные и экстремальные ситуации, а также сложности, связанные с обес-

печением специализированной помощи больным в условиях современного бюджетного финансирования и тенденций к коммерциализации наркологической службы.

В исследовании участвовали врачи-психиатры-наркологи Оренбургской области в количестве 30 человек (17 женщин и 13 мужчин). Средний возраст группы врачей-психиатров-наркологов – 40 лет. Общий стаж врачей по специальности «наркология» варьирует от 5 до 32 лет (средний стаж – 16,5 года).

Психологическое обследование, анкетирование и интервьюирование обучающихся, а также материалы проведения индивидуальных и групповых психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий со специалистами, работающими в наркологии, позволяют выделить ряд наиболее стрессогенных факторов как самых «уязвимых зон» в работе врача-психиатра-нарколога. Эти же факторы являлись психотерапевтическими мишенями в коррекционной и профилактической работе с участвующими в исследовании специалистами.

Прежде всего это работа в преимущественно негативном эмоциональном поле. Суть этого фактора в том, что большую часть рабочего времени психиатр-нарколог, как и врач практически любой специальности, имеет дело с материалом, фактически вызывающим лишь негативные эмоции. Это относится как к жалобам, стонам и просьбам больных, так и к обсуждению с коллегами чужих диагнозов и историй болезни. Накопление подобного эмоционального опыта в процессе работы, с одной стороны, ведет к истощению ресурсов, с другой – к развитию защитных психологических механизмов в виде личностной отстраненности, расширения сферы экономии эмоций и других признаков эмоционального выгорания. В бытовом общении это проявляется в виде так называемого «специфического юмора» или даже цинизма медработников. При выборе профессии и на додипломном этапе практически любой медицинский работник был более или менее осведомлен о сути этого фактора как стрессогенного. Наличие у большинства обследуемых специалистов (78%) выраженных черт эмотивности как способности сочувствовать, сопереживать является своеобразным признаком наличия у них «базового навыка» противостоять данному стрессогенному фактору и адаптиро-

ваться к нему. Тем не менее, для сохранения эмоционального равновесия необходимо развитие навыков «пополнения банка положительных эмоций» и отвлечения от работы на иные виды деятельности. Наблюдение и психотерапевтический опыт показывают, что при всей очевидности и простоте адаптации к этому стрессогенному фактору для многих специалистов именно он является наиболее трудным для проработки. Инертность, «ургентная» аддикция (неосознаваемое стремление нагрузить себя невыполнимым количеством обязательств и, как следствие, постоянная спешка и эмоциональное перенапряжение), работоголизм вместе с развившимся сужением выбора способов самовосстановления и получения здоровых удовольствий в повседневной жизни (вне работы) являются здесь основными препятствиями.

Далее в виде целой группы стрессогенных факторов стоит выделить опасность возникающих осложнений у больных в процессе оказания им помощи, негативные результаты лечения – срывы и рецидивы алкоголизации и наркотизации, смерть пациентов. Во всех этих ситуациях действия врача осуществляются в экстремальных условиях – с необходимостью принимать быстрые и предельно ответственные решения. Даже при условии предварительной осведомленности о возможности таких факторов в студенческие годы и наличии у многих врачей черт гипертимности (64% обследуемых) как способности быть активными и жизнерадостными полностью адаптироваться к ним не удается. На многих психотерапевтических группах звучит тезис о том, что «к таким ситуациям привыкнуть невозможно, каждая оставляет тяжелый след в душе, даже через годы напоминая о себе». Тем не менее, нивелировать – насколько это возможно – действие этой группы факторов весьма необходимо. Это возможно в группах и на занятиях эмоционального отреагирования, частично этому способствует работа балнтовских групп. Но достаточно часто для специалистов с богатым травматическим опытом требуется более объемная психокоррекционная и даже психотерапевтическая помощь с назначением фармакологических средств в виде транквилизаторов. Препятствием для проведения полноценных адаптационных и профилактических мероприятий в этом случае были такие факторы, как ложная стеснительность (со слов

одного из коллег: «негоже врачу быть пациентом»), безответственная беспечность («само пройдет – забудется»). Нередко врачи предпочитали длительным и непростым занятиям со специалистом алкоголь как «универсальный адаптоген и детензивное средство».

Все без исключения участники занятий и обследуемые специалисты указали на особый стрессогенный фактор в работе врача – повышенную ответственность. Умение отчитаться о проделанной работе, вовремя и грамотно оформить протокол, отчет, заполнить историю болезни и т.п. – необходимый, но весьма непростой навык. Невозможность отчитаться идеально и безукоризненно, уязвимость медицинской профессии и реальные ситуации моббинга, конфликты с коллегами и руководством для врача являются частым поводом для участия в психотерапевтических и профилактических мероприятиях. Вместе с работой в балинтовских группах проработка мотивации к профессии и повышение квалификации оказывались необходимой профилактической мерой в данном случае.

Для психиатров-наркологов особенно нельзя не отметить особый стрессогенный фактор: опасность для собственного здоровья и собственной жизни. Это касается прежде всего угрозы и реальной опасности при общении в случаях работы с пациентами в состоянии одурманивания или психоза.

Отличие следующего стрессогенного фактора – трудностей безусловно принимающего общения – в том, что до сих пор на додипломном уровне студентов недостаточно готовят к встрече с ним. Неумение общаться с больными в состоянии суженного сознания, в опьянении, в психозе, столкновение с хамством, психологическим манипулированием больных и их родственников, языковые и нравственно-этические барьеры не только осложняют работу врача, но и являются основой для разочарований и фрустраций – пусковых механизмов эмоционального выгорания. Пополнение знаний по клинической психологии, развитие коммуникативных навыков, тренинги и эмоциональное отреагирование помогают приспособиться к этому фактору. Просто понимания разницы между социально осуждаемым поведением в виде пьянства, наркотизации и тяжелым хроническим заболеванием в виде алкоголизма или наркомании недостаточно. Проявление симптомов эмоцио-

нального выгорания, прежде всего таких как «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «эмоционально-нравственная дезориентация», «редукция профессиональных обязанностей», выявленных в группе обследованных специалистов-наркологов, – тому подтверждение. Но здесь максимальная адаптация возможна при условии активного личностного и духовного роста специалиста в течение длительного времени. Научиться видеть в своем пациенте не абстрактного носителя симптомов, не нарушителя общественных норм и спокойствия, а прежде всего – личность, человека, нуждающегося в участии и помощи, – невозможно за время тематического усовершенствования или за годы обучения в вузе. Здесь же стоит добавить, что безусловно принимающее общение и трудности «соблюдения чистоты белого халата» касаются не только общения с пациентами и их родственниками, но и с коллегами. Интриги внутри коллектива, сексуальное домогательство, несоблюдение этических и деонтологических норм, особенно со стороны администрации, а также ревность коллег и даже вполне законные и справедливые нарекания руководства заставляют специалиста слишком много сил тратить на сдерживание негативных эмоций. Помочь специалисту в данном случае можно только при комплексном применении дидактических (обучающих семинаров и тренингов) и психокоррекционных, психотерапевтических мероприятий.

Как уже упоминалось, основной трудностью соблюдения требований самопрофилактики для врачей является иллюзия загруженности («некогда собой заниматься») вместе с отсутствием достаточного стимула к изменениям («я про это знаю, после этим займусь»). Сама информация о профессиональных стрессах вызывает у врачей живой интерес. Не вызывает затруднений предложение пройти какой-либо психологический тест или обследование на предмет эмоционального выгорания и т.п. Но на предложение принять участие в практических мероприятиях по профилактике и коррекции данных явлений отзываются, как правило, те врачи, у которых уже есть психосоматические или другие симптомы как следствие рабочих стрессов. Упование на необходимость повышения заработной платы, ожидание каких-либо действий «извне» («от начальства»), оправда-

ние имеющихся, но уже неэффективных способов самовосстановления и снятия напряжения (алкоголь, табак, кофе и т.п.) также препятствуют реальной и эффективной заботе об основном инструменте в работе врача: собственной личности. Одних только напоминаний о возможности работать над собой, как видно, недостаточно. Из 30 обследованных специалистов только 5 регулярно принимали участие в профилактических и коррекционных мероприятиях. Требуются разработка и внедрение организационных и административных требований в перечне профессиональных навыков вместе с расширением возможностей врачей к самопрофилактике (в том числе и обеспечение их большей социальной защищенности). Кроме того, необходимо увеличение объема занятий по теме самопрофилактики, как и вообще медицинской и клинической психологии на всех факультетах в до- и послевузовском обучении врачей.

С помощью методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко [1] было проведено экспериментально-психологическое исследование, посредством которого были выявлены показатели по основным симптомам и фазам формирования синдрома эмоционального выгорания.

Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство наркологов (53,3%) имеют признаки формирующейся (43,3%) или уже сформированной фазы напряжения (10%). Наиболее выраженный симптом этой фазы – «переживание психотравмирующих обстоятельств» (у 20,1% складывающийся симптом и у 43,3% – сложившийся). В качестве психотравмирующих назывались самые разные обстоятельства работы: от психологически трудного контингента (уже упоминаемые трудности безусловно принимающего общения) до несовершенства законодательства в области наркологии, существенно осложняющего результативность работы врача-нарколога.

Наиболее выраженной в исследуемой группе является фаза резистенции: у 40,1% как формирующаяся и у 33,3% уже сформированная. Все симптомы этой фазы более или менее выражены в исследуемой группе. «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» – у 26,8% как формирующийся симптом и у 66,6% – как сформированный. Как указывает В. Бойко, экономичное проявление эмоций может быть выра-

ботанным со временем полезным профессиональным навыком. Однако выдержать профессиональное общение на уровне экономичного проявления эмоций и удержаться от указанного симптома в наркологии крайне сложно в условиях несоблюдения больными в состоянии опьянения дистанции, этических норм и прочих трудностей в общении. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации» присутствует у 26,7% как формирующийся и у 43,3% наркологов как сформированный. Являясь логическим продолжением предыдущего симптома, эмоционально-нравственная дезориентация для данных специалистов проявляется в виде своеобразного стирания и смещения границ между пониманием «пьянства как порока и алкоголизма как недуга», вследствие чего не всегда удается сдерживать неизбежно возникающие в отношении к пациентам чувства негодования, гнева, неприязни и т.п. «Расширение сферы экономии эмоций» как формирующийся симптом выявлен у 36,7% и сформированный – у 10% обследованных специалистов. Кроме желания побыть наедине и отстраниться на какое-то время от любого общения после работы наркологи указывали на нередко возникающее чувство раздражения и, как следствие, опасение вновь столкнуться с таким чувством при досужих разговорах и шутках «на алкогольные темы» и т.п. со стороны знакомых или родственников. Симптом «редукции профессиональных обязанностей» обнаружен как формирующийся у 10% обследованных специалистов и у 53,3% – как сформированный. Данный симптом является, по сути, и результатом и следствием ранее указанных признаков эмоционального выгорания. Выраженность признаков фазы «резистенции», как указывает В. Бойко, является сопротивлением нарастающему стрессу, формированием защиты, стремлением снизить давление внешних обстоятельств с помощью имеющихся (в виде указанных симптомов) средств. В целом фаза «резистенции» у 33,3% наркологов выявлена как полностью сложившаяся и у 40% – в стадии формирования. О том, что такая защита не является истинной адаптивной и правильной, свидетельствуют симптомы третьей фазы эмоционального выгорания – фазы «истощения». Если термин «burnout», предложенный Н. Freudenberger в 1974 году, по-русски, на наш взгляд, было бы уместнее в целом называть «эмоциональное сгорание», то проявления этой

его фазы являются признаками именно полного выгорания. В обследованной группе наркологов «истощение», характеризующееся более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы (как основы для клинических проявлений психосоматических и невротических расстройств), выявлено у 36% в стадии формирования и у 10% – как сформированное. Наиболее выраженным симптомом здесь является «эмоциональный дефицит»: у 20% психиатров-наркологов он в стадии формирования и у 40% – сформирован. Врачи указывали на выраженное преобладание отрицательных эмоций над положительными. Сформированный симптом «эмоциональной отстраненности» выявлен у 10%, «личностной отстраненности» – у 26,6% специалистов-наркологов, «психосоматических и психовегетативных нарушений» – у 10% наркологов.

Значительное превалирование выявленных симптомов фазы «резистенции» по сравнению с фазой «истощения» при достаточно большом среднем стаже работы (16,5 года) свидетельствует о наличии скрытых ресурсов, позволяющих удерживаться в профессии в течение стольких лет. Таковыми являются индивидуально-психологические особенности в виде акцентуации характера и темперамента, стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

В числе экспериментально-психологических методик исследования индивидуально-психологических особенностей врачей-психиатров-наркологов, влияющих на развитие симптома эмоционального выгорания, использовались тесты-опросники К. Леонгарда, Томаса, опросник для изучения внутриличностных конфликтов.

С целью получения своего рода эталона показателей состояния адаптации у здоровых лиц была сформирована контрольная группа из 60 человек – студентов старших курсов Оренбургской госмедакадемии.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке. Для выявления статистически значимых различий в сравниваемых группах наблюдений использовали параметрический критерий Стьюдента - Фишера, параметрический однофакторный и двухфакторный дисперсионный анализ. Различия считали достоверными при уровне вероятности ошибки, не превышающем 5% ($P < 0,05$).

Изучение индивидуально-психологических особенностей медицинских работников наркологических учреждений показало, что им, с одной стороны, свойственны следующие внутриличностные конфликты: «между собственными потребностями и требованиями окружающей среды», «между потребностями независимости и зависимости, получения помощи и опеки», которые свойственны созависимым лицам. С другой – у медицинских работников выявляется специфический внутриличностный конфликт «между нормами и агрессивными тенденциями». Он отражает внутреннюю борьбу между осуждающе-морализующим отношением к больным, как к пьяницам, и желанием специалиста помочь им, как страдающим лицам. При этом у 62% медиков выявлены акцентуации характера и темперамента в шкалах «эмотивных», «гипертимных» и «демонстративных» ($p < 0,05$), преобладание неадаптивных стратегий поведения в конфликте в виде «компромисса», «избегания» и «приспособления» ($p < 0,05$). Очевидно, что наличие именно этих преобладающих акцентуаций характера и темперамента является личностным ресурсом, сдерживающим процесс эмоционального выгорания. И если акцентуация характера и темперамента является преимущественно врожденным качеством личности, то стратегии поведения в конфликтных ситуациях – категория более динамичная и подверженная изменениям. Наличие преобладающих неадаптивных стратегий, особенно в виде «избегания» и «приспособления», есть результат прежде всего неадекватной экономии эмоций, что свойственно созависимым лицам – родственникам наркологических больных [5]. Особенно важными оказались данные о том, что у 45% обследованных врачей имеются проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем или наркотиками кого-либо из членов их семьи. Известно, что следствием такой созависимости медицинских работников – наркологов является своего рода потакание больным в их поисках наиболее «легких и быстрых путей исцеления» [5, 6]. В значительной мере это результат психологической роли «избавителя», которая вообще свойственна созависимым лицам – будь то родные больных или медицинские работники. Яркий пример позиции избавителя у медицинских работников – основной тезис метода «кодирования» А.Р. Довженко: «Не твоя, больного, воля, а моя – врача и целите-

ля избавит тебя от недуга». О психологической роли «преследователя» может свидетельствовать техника выполнения многих лечебных процедур наркологии: условно-рефлекторная терапия, эмоционально-стрессовая терапия и т.п., когда больной в ходе этих процедур может испытывать кроме неприятных телесных ощущений еще и психологическое давление, а порой даже с элементами осуждения и унижения. Рано или поздно наступающая роль «жертвы» (соответственно теории «драматического треугольника» С. Карпмана [8]) в таких случаях для медицинских работников – наркологов дает о себе знать сначала в виде фрустрации от отсутствия или

недостатка эффективности директивных подходов и методов лечения, затем – в виде все более нарастающих признаков эмоционального сгорания.

Проведение таких мероприятий, как психологическое обследование персонала, проведение занятий балинтовских групп, практических и семинарских занятий по теме самопрофилактики, групп эмоционального отреагирования, налаживания бригадной формы работы и т.п. позволяет не только снизить частоту обращаемости за больничными листами среди персонала, но и повысить эффективность работы всего коллектива учреждения в целом.

19.10.2010

Список литературы:

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999.
2. Ваниорек Л., Ваниорек А. Моббинг: когда работа становится адом. Перевод с немец. М., 1996.
3. Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психиатрический журнал. №1.1998. С. 19-21.
4. Лукьянов В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных. Автореферат дисс. д.м.н. СПб., 2007.
5. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: «Академический проспект», 1999. С. 56-59.
6. Постнов В.В. Синдром эмоционального сгорания в наркологической клинике. Информационное методическое письмо. – Оренбург, 2003.
7. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. 1993. №6. С. 57-64.
8. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. СПб.: «Социально-психологический центр», 1996. С. 251.

Сведения об авторе:

Постнов Виктор Викторович, врач психотерапевт, психолог, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Оренбургской государственной медицинской академии Росздрава, кандидат медицинских наук, доцент
E-mail: postnovvv@mail.ru

Postnov V.V.

The syndrome of emotional burning out in the psychiatrist- narcologists

Doctors psychiatrist- narcologists have the special working conditions, which facilitate the development of the professional personal deformation in the form of the syndrome of emotional burning out. The study of stressogenic factors, individual- psychological special features of specialist- narcologists, manifestations of emotional burning out is necessary for effective planning and taking of correction and preventive measures.

Key words: the syndrome of emotional burning out, professional personal deformation, stressogenic factors, narcology, codependence.

References:

1. Boiko V.V. "Burnout syndrome" in professional communication. Saint-Petersburg, 1999
2. Vaniorek A., - Vaniorek L. Mobbing: When work becomes hell. M.: InterExpert: Knowledge, 1996.
3. Vid V.D., - Lozinskaya E.I. A burnout syndrome in psychiatry and its depending on therapeutic ideology. Russian psychiatric magazine, №1.1998, p. 19-21
4. Lukyanov V.V. A protective-controlling behavior and a burnout syndrome by experts in drug abuse; their correction and influence on effectiveness of patient's treatment. Author's abstract of dissertation. Saint-Petersburg. 2007
5. Makarov V.V. Selected lectures about psychiatry. M. "Academicheskij prospect". 1999, p. 56-59
6. Postnov V.V. A burnout syndrome in drug abuse clinic. The informational methodological letter. Orenburg. 2003
7. Formanyuk T. V. Psychodiagnostics of teachers' professional maladaptation («emotional burnout» syndrome) 1993, 6. p.57-64
8. Stewart I., Joines V. A New Introduction to Transactional analysis. Spb. "Social psychological centre". 1996