

Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников — ресурсы коррекции

Т.В. Решетова, В.А. Мазурок, Т.Н. Жигалова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Среди медицинских и социальных работников изучили эмоциональное выгорание, астению и депрессию. Астения медицинских работников на 25,6 % превышает нормативы для популяции. Лишь 48 % участников исследования связывали свои соматические жалобы с профессиональным стрессом, несмотря на их преимущественно психосоматический характер. 9,2 % медработников имели клинически значимые и подтвержденные данными экспериментально-психологического исследования признаки депрессии. Специально разработанные и апробированные программы обучения навыкам практической психологии эффективны у лиц с умеренными психопатологическими проявлениями (улучшение параметров, измеряемых с помощью специализированных методик, на 9,5–11,9 %), тогда как при более выраженной симптоматике оправдана фармакологическая коррекция.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, астения, депрессия, социальные и медицинские работники, психологическое обучение, фармакологическая коррекция.

Emotional burnout, asthenia and depression among medical and social workers — resources of correction

T.V. Reshetova, V.A. Mazurok, T.N. Zhigalova

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Abstract. Investigation of emotional burnout, asthenia and depression among medical and social workers was performed. Medical workers had increased (by 25,6%) level of asthenia comparing with average rate in population. Only 48% of included supposed their physical complaints were related with professional stress, while, factually, overwhelming majority of such complaints were attributed by psychological pressure. 9,2% of medical workers had clinically pronounced depression symptoms. Psychological education was effective for emotional burnout, asthenia and depression symptoms alleviation only in persons having mild to moderate symptoms intensity (by 9,5-11,9% decrease of measured parameters of special psychological questionnaires), while in persons with severe psychological deviations pharmacological treatment was warrant.

Key words: emotional burnout, asthenia, depression, medical and social workers, psychological education, pharmacological treatment.

Введение. У работников хелперских (помогающих) профессий, обладающих определенными личностными качествами, на фоне эмоционального перенапряжения и хронических профессиональных стрессов нередко формируется синдром «психического выгорания» (Водопьянова Н.Е., 2000; Орел В.Е., 2001). Он проявляется в виде ощущений переутомления, изменений эмоциональной и мотивационной сферы, снижения самооценки, нарушений социальных контактов. В литературе встречается также и термин «эмоциональное выгорание», который характеризует сходные проявления на всех уровнях организации личности в когнитивной, аффективной, мотивационно-поведенческой, духовной и физической сферах (Кузнецова О.А., 2006). Оба понятия описывают психопатологический процесс, развивающийся у психически здоровых людей с определенными личностными предпосылками при хронической перегрузке профессиональным общением.

В зарубежной литературе данное состояние иногда называют «интоксикацией взаимодействием с людьми». С профессиональным стрессом в

Великобритании связывают до 40 % заболеваемости врачей, в России определенные психические и физиологические реакции также рассматриваются исследователями как проявление профессионального стресса (Рыбина О.В., 2003). Общеизвестно, что профессиональная деятельность врачей, медицинских сестер, социальных работников, преподавателей и студентов медицинских институтов (многие из которых вынуждены трудиться в нескольких местах или работать и учиться одновременно) связана с высокими эмоциональными и физическими нагрузками. Поэтому особенно важной является быстрая самодиагностика профессионального стресса и его последствий, а также использование доступных и простых способов коррекции. Это и есть практическая профилактика, и она вполне доступна каждому.

Целью данного рандомизированного исследования было изучение астении, депрессии и признаков эмоционального выгорания у людей хелперских профессий медико-социального круга, а также апробация краткосрочной программы обучения здоровых людей навыкам практической

психологии. Рандомизация проводилась методом диспропорциональной стратифицированной выборки, критериями исключения были: возраст младше 20 и старше 70 лет, наличие на момент исследования стрессов не профессионального характера (синдром утраты, лома жизненного стереотипа и т.д.), а также выраженная соматическая патология.

Материал и методы. Исследование 810 обучающихся на циклах повышения квалификации врачей, медицинских сестер и медико-социальных патронажных работников, а также студентов и их преподавателей было проведено в 2008–2012 гг. на базе Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова и медицинского колледжа № 2. Исследование проводилось в первые три дня начала обучения. Катамнестически через год были исследованы показатели астении.

Использовались следующие психодиагностические инструменты:

1. *Шкала астении* — представляет собой стандартизованную методику, разработанную на основе миннесотского многопрофильного личностного опросника ММРП (Малкова Л.Д., 1976, Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007). Тест оценивает как качественные, так и количественные проявления астении в психике, соматической и вегетативной сферах.

2. *Шкала депрессии Готланд* — оценивает уровень депрессии (Ткаченко Е.И., Жигалова Т.Н., Можелис Ю.В. и др., 2004). Опросник разработан ВОЗ и применяется для скрининговой диагностики депрессивных проявлений при нарушениях адаптации, психосоматической патологии и т.п. Результаты обследования с помощью данного опросника имеют высокие корреляции с традиционно используемыми во всем мире шкалами ММРП (норма < 14 баллов).

3. С помощью *методики, построенной на основе одной из самых известных моделей «психического выгорания» К. Маслач и С. Джонсона* (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008), оценивается степень выраженности нескольких компонентов синдрома «психического выгорания»: эмоционального истощения (низкий уровень — < 16 баллов, средний — 17–26 баллов, высокий — > 27 баллов); деперсонализации (низкий уровень — < 6 баллов, средний — 7–12 баллов и высокий — > 13 баллов); редукции личных достижений (низкий уровень — > 39 баллов, средний — 32–38 баллов и высокий — < 31 балла).

4. *Структурированные интервью*, выявлявшие степень удовлетворенности различными аспектами своей профессиональной деятельности, проблемные зоны и способы собственной регуляции своего профессионального стресса.

Результаты и обсуждение. Исследование признаков эмоционального выгорания показало, что уровень показателей эмоционального истощения сильнее всего выражен у патронажных работников медико-социальной службы. Показатели сту-

дентов и медицинских сестер находятся в зоне низких значений. Деперсонализация, приводящая к обезличиванию лечебного процесса, наиболее выражена у патронажных работников и медицинских сестер, а у остальных групп обследованных этот параметр находится в зоне средних значений. Такая компенсаторная нечувствительность к негативным проявлениям лечебного процесса (смерти, стрессам, конфликтам и т.п.) с течением времени охватывает широкий круг других межличностных отношений, и это переживается гораздо сильнее, чем в профессиональной деятельности. Следует отметить, что деперсонализация у врачей была выражена достоверно выше в группе врачей с меньшим стажем профессиональной деятельности по сравнению с врачами с большим стажем. Это не соответствует распространенному мнению, что симптомы выгорания при работе в условиях хронического стресса нарастают параллельно возрасту. Данное явление может быть связано с отсутствием у более молодых врачей навыков эффективного общения с больным, следовательно, этому можно и нужно учиться (Мазурок В.М., Лебединский К.М., 2006).

Редукция персональных достижений, наиболее сказывающаяся на удовлетворенности своей работой, наиболее выражена у врачей и преподавателей. Врач перестает стремиться к повышению эффективности своей работы, т.к. не видит возможности для этого: например, по мнению 43,7 % врачей, чтобы улучшить комплаенс, надо отвечать на все вопросы больного, а это нереально в условиях лимитированного времени приема. Увеличение интенсивности труда не влечет за собой достойной сатисфакции, и качество работы низводится до уровня заработной платы. У патронажных работников и медицинских сестер показатель редукции персональных достижений находится в зоне средних значений, у студентов медицинских учебных заведений — в зоне низких значений. В табл. 1 приведены характеристики психического выгорания в исследованных группах.

Все группы обучающихся были обследованы на астению и депрессию. Результаты сравнительного исследования с помощью шкалы астении врачей, медицинских сестер, социальных работников, а также студентов и преподавателей медицинского вуза и колледжа, полагавших, что они практически здоровы, а также их показатели депрессии по шкале Готланд приведены в табл. 2.

Обращают на себя внимание высокие средние показатели астении у всех обследованных групп. Было выяснено, что 34,96 % всех обследованных, считающих себя практически здоровыми, в действительности ими не являлись, так как имели клинически и психодиагностически значимые признаки астении вследствие психотравм, хронических болезней и привычных интоксикаций и т.п. Все это ими самими как болезнь не расценивалось, несмотря на то, что все имели представление о том, что такое астеническое состояние. Когда из исследуемой группы были исключены лица,

Таблица 1
Показатели психического выгорания в исследованных группах

Шкалы опросника «Психическое выгорание»	Показатели				
	Врачи-преподаватели	Врачи	Медицинские сестры	Студенты	Медико-патронажные работники
Эмоциональное истощение	18,4+1,3	16,8+1,4	13,6+1,7	15,9+1,1	19,2+3,2
Деперсонализация	11,3+1,0	11,3+1,2	13,7+2,1	6,9+1,5	13,7+2,4
Редукция личных достижений	31,1+1,3	30,2+1,5	36,2+2,7	39,1+4,6	34,0+3,4

Таблица 2
Астения и депрессия у людей, считающих себя практически здоровыми

Группы обследованных	Всего 810 человек	АСТЕНИЯ (в баллах)	ДЕПРЕССИЯ (в баллах)
Медико-патронажные работники	165	113,8+2,9*	13,5+1,2
Сельские врачи	67	112,08+3,3*	14,7+1,4
Городские врачи	199	105,8+2,9*	16,1+0,8*
Медицинские сестры	205	100,1+2,7*	11,3+1,2
Врачи-преподаватели медицинской академии	32	98,6+6,1*	19,6+2,4*
Студенты медицинской академии и медицинского колледжа	142	95,9+2,8*	11,4+1,1

* $p < 0,05$ по сравнению с нормативами, указанными авторами методик:
астении — менее 70,05±6,47 балла, депрессии — менее 14 баллов.

реально не оказавшиеся здоровыми, средний показатель астении оставшихся 65,04 % обследованных, действительно практически здоровых, изменился в лучшую сторону (97, 1±2,1)* балла. Но этот показатель превышает на 25,6% норматив, разработанный авторами методики.

При более детальном исследовании в ходе структурированных интервью оказалось, что астения у врачей, живущих в сельской местности, больше, чем у жителей городов. Выявлены достоверно худшие показатели астении у молодых медсестер (до 40 лет), чем у медсестер более старшего возраста. По шкалам астении и депрессии была обнаружена достоверная разница между более молодой и старшей возрастными группами врачей (до 40 лет и старше). При корреляционном анализе были получены статистически достоверные данные о том, что такой компонент феномена «психического выгорания», как «эмоциональное истощение», имеет положительные корреляции с выраженностью астении и депрессии. Депрессивный фон переживаний определял такие неадаптивные варианты стресс-преодолевающего поведения, как «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение» или агрессивность. Чем больше была выражена астения, тем чаще в процессе совладающего со стрессом поведения врачами использовался механизм «ухода» от разрешения проблем.

Стратегия «избегание проблемы» также положительно коррелировала с показателями депрессии и астении. Клинически это проявлялось

в лечебном процессе более толерантным отношением врача к тому, что больной не выполняет его назначения: например, по мнению 32,5 % врачей, комплаенс снижается от глупости пациента, и врачи ничего не смогут с этим сделать. Чем меньше в структуре психического состояния врачей были представлены признаки астении и депрессии, тем чаще использовались активные поведенческие стратегии регуляции профессионального стресса.

В условиях профессионального стресса использование курения (Сливин О.А., 2006) и других психоактивных веществ может выступать как один из видов совладающего поведения (Бунятян А.А. Бахлаев А.В. Смирнов И.В. и др., 2000). В данном исследовании по этическим соображениям вопросы структурированного интервью, касающиеся злоупотребления алкоголем и наркотиками, не были адресованы лично каждому конкретному врачу, и представленные данные отражают не фактическую встречаемость алкогольной и наркотической зависимости среди исследованных врачей, а их мнение о распространенности злоупотребления алкоголем среди коллег. Согласно опросу, 41,2 % респондентов считали, что распространенность злоупотребления алкоголем в среде врачей колеблется от 10 % до 30 %. По мнению 25,4 %, злоупотребляют алкоголем 30–50 % коллег. 9,9 % считают, что систематически злоупотребляют алкоголем более 50 % их коллег. Приведенные цифры показывают, что к алкоголизации как средству, снижающему эмоциональное напряжение и облег-

чающему социальное взаимодействие, прибегает значительное количество врачей.

В условиях хронического стресса, когда собственные волевые ресурсы себя исчерпали, а обращение за психотерапевтической помощью представлялось большинству исследованных маловероятным ввиду дефицита времени, финансов, длительности лечения, «основное безрецептурное средство» (алкоголь) в формате «по требованию» оказывалось быстродействующим и доступным. 43,6 % испытуемых предполагали, что употребление качественного алкоголя не приведет их к пагубным последствиям, осознавая всю степень тяжести происходящего иногда только при необходимости фармакологической помощи. В данной ситуации хорошим психологическим плацдармом успеха для последующей психологической коррекции и формирования более конструктивных стратегий совладания является применение препарата метадоксил.

При лечении алкогольной интоксикации важно использовать методы ускорения расщепления самого алкоголя и продуктов его распада (ацетальдегида, ацетона, уксусной кислоты). Метадоксил эффективно регулирует метаболические процессы в печени и центральной нервной системе. Действие метадоксила на печень обусловлено мембраностабилизирующим эффектом, способностью восстанавливать соотношение насыщенных и ненасыщенных жирных кислот, в результате этого повышается устойчивость гепатоцитов к действию токсических веществ, предотвращением накопления триглицеридов в гепатоцитах, препятствие образованию фибронектина и коллагена, что тормозят развитие цирроза.

Как цитопротектор, метадоксил увеличивает устойчивость гепатоцитов по отношению к продуктам перекисного окисления липидов, индуцированного реакцией разных токсических агентов, замедляет формирование цирроза печени.

Но еще более ярко метадоксил действует в центральной нервной системе: он активизирует холинергическую и ГАМК-эргическую нейротрансмиттерные системы, участвует в обмене глутаминовой кислоты и триптофана, увеличивает продукцию ацетилхолина и дофамина, улучшает функции мышления и краткосрочной памяти, препятствует возникновению двигательного возбуждения, которое вызывается этанолом. Также метадоксил за счет уменьшения времени влияния алкогольных токсинов на нервную систему нормализует психическое состояние: снижается дискомфорт и тревога, улучшается функция памяти и мышления, поднимается общее настроение и активность. При похмелье (абстинентном синдроме) и в запое помимо восстановления психофизического состояния (улучшение сна, аппетита, снижение тревоги) метадоксил отчетливо подавляет патологическую тягу к алкоголю. Абстиненция сокращается у 80 %, в среднем с 5–7 до 4 дней. Трудоспособность больных восстанавливается гораздо быстрее. Снижается количество других назначаемых медикаментов, что уменьшает

лекарственную нагрузку на организм. Метадоксил уменьшает время выхода из интоксикации и абстинентного синдрома, смягчает последствия хронической алкогольной интоксикации на печень и ЦНС. Снижается патологическое влечение к алкоголю, уменьшается выраженность психических и соматических симптомов похмельного состояния. Пациенты, получавшие метадоксил, снизили потребление спиртного на 70 % вследствие уменьшения тревоги, улучшения настроения, т.е. вследствие улучшения эмоциональной сферы, а также из-за уменьшения удовольствия от спиртного. Профилактическое использование метадоксила снижало степень дискомфорта после приема алкоголя и предупреждало формирование похмелья.

Показания: острая алкогольная интоксикация, алкогольный абстинентный синдром, хронический алкоголизм, комплексная терапия заболеваний печени, особенно алкогольной этиологии. Внутрь метадоксил назначают за 15–30 мин. перед приемом пищи, при алкогольной интоксикации — по 1000 мг 2 раза в сутки; при терапии хронического алкоголизма — по 500 мг 2 раза в день (1000 мг), дозу можно увеличить до 3 таблеток (1500 мг) в день. Курс лечения при алкогольной гепатопатии не менее 90 дней. Способ применения «по требованию» возможен для алкогольной детоксикации, при купировании абстинентного (похмельного) синдрома или с профилактической целью (2 таблетки препарата перед банкетом).

По итогам структурированных интервью надо отметить, что из общих жалоб соматического характера на первом месте у медработников стоят боли в голове и в спине, заболевания опорно-двигательного аппарата с болевым синдромом (остеохондроз позвоночника, радикулит — 81 %: это можно объяснить физическими нагрузками и снижением порога восприятия боли при астении) и алиментарное ожирение (46 %). Заболевания сердечно-сосудистой системы имелись у 66,5 % (артериальная гипертензия — у 31 %) и связанные со стрессом расстройства центральной нервной системы (у 52 %). Далее следовали заболевания пищеварительной системы (язвенная болезнь, гастродуодениты) — у 31 %, сахарный диабет и заболевания щитовидной железы — у 17 %. С большим отрывом дальше следовали простудные заболевания (2 %) и другая патология. Многие расстройства, по-видимому, звенья патоморфоза во времени одного связанного со стрессом процесса. Когда повышение психофизиологической цены профессиональной деятельности ведет к перенапряжению компенсаторных механизмов, тревожность, астения, психосоматические расстройства выступают как типичные реакции стрессовой этиологии. Вместе с тем многие врачи, по данным исследования, длительно и безуспешно продолжали лечить свои психосоматические заболевания, не видя главного провоцирующего фактора: неотрегулированного профессионального стресса. К сожалению, несмотря на медицинское образование большинства участников исследования, с профессиональным стрессом свои соматические

жалобы связывали лишь 48 % обследованных. В такой ситуации самое грамотное соматически ориентированное лечение оказывало только симптоматический эффект. Именно поэтому в учебный процесс всех обучающихся обследованных групп были включены интерактивные семинары, посвященные не только самодиагностике профессионального стресса, но обучению доступным методам релаксации, способам поведения в конфликте, борьбы с бессонницей (Мазурок В.М., Лебединский К.М., 2006).

В последнее время внимание исследователей все больше сосредоточивается не только на проблеме влияния стрессогенных факторов на человека, но и на вопросах преодоления стрессового воздействия. В плане развенчивания мифа о всеобщей усталости и безнадежности что-то изменить в своей профессиональной ситуации, с учетом социального заказа, полученного по итогам многочисленных фокус-групп, была разработана и апробирована программа интерактивного семинара, включающая обучение слушателей навыкам практической психологии. Например, 96,5 % врачей обозначили проблему доступной психологической самопомощи, а 42,2 % считали особенно предрасполагающей к выгоранию ситуацию параллельных стрессов профессионального и личного характера, 47 % отметили трудности повышения мотивации больных на лечение, у 53,6 % трудным представлялся контакт с конфликтным больным, 37,5 % отметили сложности взаимодействия со старыми больными, 75,2 % испытывали напряжение в контакте с VIP-пациентами. Таким образом, программа интерактивного семинара была посвящена самодиагностике и самопомощи при начальных проявлениях синдрома эмоционального выгорания, формированию конструктивных копинг-стратегий, обучению методам принятия решения, повышению мотивации пациента, коммуникативным навыкам, различным ресурсным техникам. Например, по нашим наблюдениям, многие врачи, не умеющие организовать себе помощь и социальную поддержку, считали это проявлением слабости.

Помимо общего блока, программы строились с учетом медицинской специализации: например, для анестезиологов-реаниматологов была актуальна тема взаимоотношений с хирургом, для хирургов самой актуальной была тема поведения в конфликтной ситуации и коррекции аддикций, для гинекологов — работа с синдромом утраты, вопросы взаимоотношений с сексопатологическими и истерическими пациентами; для терапевтов актуальным представлялись тайм-менеджмент и проблемы контакта с тревожными и депрессивными больными, для офтальмологов — формирование эффективных взаимоотношений с пациентами пожилого и старческого возраста.

Несколько иной (в соответствии с итогами своих фокус-групп, выявивших основные проблемные направления) была построена программа данного семинара для медицинских сестер или патронажных работников. В ходе семинара обяза-

тельно изучались собственные копинг-стратегии, подбирались легитимные способы канализации эмоционального напряжения, агрессии, обиды. Все это в итоге позволяло воспринимать профессиональную ситуацию не как угрозу, а как вызов, урок для профессионального роста. Эффективность обучения навыкам практической психологии постоянно контролировалось посредством анкетирования. В процессе мониторинга было выявлено, что слушателей значительно больше интересуют вопросы не «Кто виноват?» (хронический стресс, выгорание и т.д.), а «Что делать?» (как с этим справиться). Использование программы обучения позволило выявить лечебный эффект учебного процесса: слушатели начали применять полученные навыки в жизни, улучшалось их социальное функционирование. Подтверждением этого катамнестически через год после обучения явилось улучшение показателей лечебного процесса и снижение выраженности астенических проявлений в зависимости от стартовых показателей исследованных групп на 9,5–11,9 % от исходного уровня, по сравнению с показателями коллег, обучавшихся на аналогичных циклах, но где семинар по формированию навыков практической психологии не был включен в программу.

Следует отметить, что, несмотря на продемонстрированные показатели, в каждой исследованной группе имелись испытуемые, характеристики которых находились в зоне высоких значений. В настоящее время возможность преходящей когнитивной дисфункции при астении, тревоге или депрессии не подвергается сомнению, а это, безусловно, оказывает негативное влияние на профессиональную деятельность медицинских работников. Снижение концентрации внимания, нарушения кратковременной памяти, особенно у медработников, имеющих сосудистую дисциркуляторную энцефалопатию, являются поводом к применению ноотропных препаратов, например глиатилина. В составе его структурной формулы содержится 40,5 % метаболитически защищенного холина, воздействующего непосредственно на нейроны головного мозга. Механизм действия препарата основан на том, что при попадании в организм под действием ферментов происходит его расщепление на холин и глицерофосфат: холин участвует в биосинтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервного возбуждения; глицерофосфат является предшественником фосфолипидов мембран нейронов. Глиатилин улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, положительно воздействует на пластичность нейронных мембран и функцию рецепторов. Он способствует устранению эмоциональной неустойчивости, раздражительности и апатии. Активизирует умственную деятельность. Улучшает состояние когнитивных функций. Высокая эффективность глиатилина позволяет использовать его и при острых нарушениях: препарат вводят по 1 г в сутки внутривенно (медленно) или внутримышечно № 5–10. При хронической патологии

центральной нервной системы его назначают по 400 мг (1 капсула) 3 раза в сутки, предпочтительно до еды, курс лечения составляет 1–6 месяцев. Глиатилин включен в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

9,2 % исследованных медиков имели клинически значимые и подтвержденные данными экспериментально-психологического исследования признаки выраженной депрессии (соответствующей F 32.1 по МКБ10). Причем если о своей депрессии медработники, как правило, знали (но в большинстве — не лечились), то диагностически значимые признаки астении треть исследованных игнорировала, считая их всего лишь «привычным неудобством». Клиника астении и депрессии очень похожа, много сходных симптомов: беспокойство, повышенная утомляемость, общий серый колорит жизни, более выраженная клиника имеющихся соматических болевых страданий. Но если диагноз депрессии верифицирован, методом лечения являются антидепрессанты.

Триттико (тразодон) — антидепрессант широкого спектра действия. Механизм действия триттико связан с блокированием рецепторов 5-HT_{2A} и блокированием повторного, возобновляющего усвоения 5НТ, а также с умеренной стимуляцией рецепторов 5-HT_{1A}. Триттико не оказывает влияния на синаптический метаболизм дофамина, слабо подавляет пресинаптический захват норадреналина, оказывает антагонистическое действие на альфа1-адренорецепторы, имеет слабое антигистаминное действие и не обладает антихолинэргическим действием. Важными являются не только антидепрессивное и противотревожное действие триттико, но и его другие эффекты: коррекция поведенческих расстройств (агрессии, возбуждения) и нарушений сна, вегетостабилизирующее действие. Большое значение при использовании триттико в лечении боли имеет отсутствие у него антихолинэргического действия и таких побочных эффектов, как сухость во рту, нарушение аккомодации, задержка мочи и т.д. Триттико усиливает эффекты нейролептиков, транквилизаторов, наркотических анальгетиков, алкоголя и других супрессоров ЦНС, уменьшает проявления бензодиазепиновой, героиновой, опиатной зависимостей.

Стандартная доза триттико на амбулаторном лечении — 150 мг однократно вечером на полгода-год. Однако режим может быть изменен (увеличение дозировки до 450 мг в день), и срок лечения может быть увеличен в зависимости от клинической ситуации. Действие препарата начинает проявляться уже с первых дней применения в виде уменьшения бессонницы, а антидепрессивный эффект разворачивается после второй недели лечения. Абстинентный и постабстинентный период при алкоголизме — тоже показание для применения триттико, поскольку препарат обладает выраженным антикрейвинговым действием. Отсутствие кардиотоксичности (аритмогенности) позволяет использовать триттико для лечения депрессий, коморбидных болезням сердечно-сосудистой систе-

мы. Пациенты, параллельно принимающие свои гипотензивные средства, могут иметь склонность к гипотонии, и этот эффект можно использовать у гипертоников для снижения дозы гипотензивных средств. Из побочных действий триттико следует отметить возможность умеренной головной боли, головокружения, сонливости, тошноты, снижения аппетита. Они чаще всего проходят в первые 1–2 недели. Такое побочное действие, как приапизм, встречается крайне редко. Следует отметить положительное влияние триттико на пациентов с расстройствами либидо и потенции, эректильной дисфункцией психогенной природы, при этом повышается либидо как у мужчин, так и у женщин. Для многих людей, даже с медицинским образованием, антидепрессанты представляются очень тяжелым лечением, которое «оказывает влияние» на поведение, волю, секс, мышление. Триттико не имеет отрицательного воздействия на мышление, напротив, уменьшая вызванные тревогой и депрессией когнитивные дисфункции, делает человека податливым для последующей психологической коррекции. Многие терпят депрессию, но мотивировать человека на терапию антидепрессантами иногда помогает фраза из Талмуда: «Время нашей жизни проходит независимо от того, счастливы мы в это время или нет».

Заключение. Профессиональная деятельность в условиях неопределенности, дефицита времени, информации характерна для многих медицинских специальностей. Если в такую ситуацию попадает личность с соответствующими личностными предпосылками (например, со склонностью к перфекционизму, нормативности, гиперсоциальности и др.), если профессиональная ситуация разворачивается на фоне других параллельных стрессов, это может привести к эмоциональному выгоранию. К сожалению, многие медицинские и социальные работники не замечают тот момент, когда любимая работа приобретает разрушительный характер, и обращают внимание лишь на появившиеся проблемы со здоровьем, а это уже далеко зашедший патологический процесс. Поэтому так актуальны методы обучения людей помогающих профессий не только навыкам психогигиены, но и способам самодиагностики и самопомощи в условиях профессионального стресса. Исследование продемонстрировало, что если не формируются модели адаптивного поведения, эту нишу очень быстро занимают неконструктивные способы совладания с профессиональным стрессом.

Выводы

Астения медицинских работников превышает на 25,6 % нормативы, разработанные авторами методики. Треть исследованных медработников, считающих себя практически здоровыми, имеет значимые признаки астении. Ноотропный препарат глиатилин улучшает состояние когнитивных функций, способствует повышению концентрации внимания, улучшению памяти.

Показатели эмоционального выгорания высокого и среднего уровня имелись у врачей, преподавателей, медико-социальных патронажных работников. Наихудшими цифровыми значениями характеризовались деперсонализация и редукция личных достижений. Лишь 48 % участников исследования связывали свои соматические жалобы с профессиональным стрессом, несмотря на их преимущественно психосоматический характер.

Используя алкоголизацию для уменьшения эмоционального напряжения, 43,6 % медработников предполагали, что употребление качественного алкоголя в формате «по требованию» не приведет их к пагубным последствиям. Метадоксил является эффективным препаратом для лечения

острой алкогольной интоксикации и ее последствий, снижает тягу к алкоголю.

9,2 % медработников имели клинически значимые и подтвержденные данными экспериментально-психологического исследования признаки депрессии. Эффективный антидепрессант тритико обладает комплексным действием, помогает справиться с депрессией, бессонницей, имеет позитивное действие на сексуальные дисфункции, помогает справиться с зависимостью от психоактивных веществ.

Обучения навыкам практической психологии по специально разработанным и апробированным для разных обследованных групп программам позволяет снизить показатели астении на 9,5–11,9 %.

Литература

1. Бунятян А.А., Баклаев А.В., Смирнов И.В., Мизиков В.М. Человеческий фактор в анестезиологии // *Анестезиология и реаниматология*. — 2000. — № 5. — С. 4–10.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Астеническая симптоматика в структуре внутренней картины болезни при соматической патологии в связи с задачами вторичной психопрофилактики. VI науч.-практ. конф. «Астенические и депрессивные расстройства в общемедицинской практике»: Сб. тез. докл. — СПб, 2007. — С. 5–8.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. — 2-е изд. М.: Питер, 2008. — 336 с.
4. Кузнецова О.А., Мазурок В.А., Щелкова О.Ю. Психологическая адаптация к стрессогенным условиям профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов. // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2012. — № 2. — URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
5. Мазурок В.М., Лебединский К.М., Врач анестезиолог-реаниматолог: проблема психолого-педагогического обеспечения профессиональной деятельности // *Вестник интенсивной терапии*. — 2006. — № 5. — С. 22–25.
6. Малкова Л.Д. К патогенезу истерических состояний при истерии // Сб. науч. трудов НИИ психоневрологии им В.М. Бехтерева "Проблемы медицинской психологии". — Л. — 1976. — С. 282–283.
7. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // *Психологический журнал*. — 2001. — Т. 22. — № 1. — С. 90–101.
8. Рыбина О.В. Методические подходы к диагностике профессионального стресса у врачей // *Медицинская психология в практическом здравоохранении*. — СПб, 2003. — С. 68–72.
9. Сливин О.А. Некоторые факторы, определяющие уровень удовлетворенности врачей-реаниматологов условиями своей работы // *Проблемы городского здравоохранения*. Вып. 11, Сб. научных трудов / Под ред. Н.И. Вишнякова, О. В. Емельянова — СПб, 2006 — С. 117–120.
10. Ткаченко Е.И., Жигалова Т.Н., Можелис Ю.В., Решетова Т.В. Факторы риска для здоровья людей при заболеваниях кишечника. 8-е Межд. науч. чтения МАНЭБ «Белые ночи» / Сб. тез. докл. — СПб, 2004. С. 334–336.

Сведения об авторах

Решетова Татьяна Владимировна — д.м.н., профессор, профессор кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург. E-mail: reshetova_t@mail.ru

Мазурок Вадим Альбертович — д.м.н., доцент, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии им. В.Л. Ваневского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург. E-mail: vmazurok@mail.ru

Жигалова Татьяна Николаевна — к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург. E-mail: zhigalova_t@mail.ru