Особенности тревожно-депрессивных расстройств в рамках синдрома эмоционального выгорания у акушеров-гинекологов

Гарданова Ж. Р.¹, Есаулов В. И.², Кектеева Ю. И.³

¹Гарданова Жанна Робертовна / Gardanova Zhanna Robertovna – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой;

²Есаулов Владимир Игоревич / Esaulov Vladimir Igorevich – ассистент;

³Кектеева Юлия Игоревна / Kekteeva Yuliya Igorevna – ассистент, кафедра психотерапии,

Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Аннотация: обследовано 30 врачей акушеров-гинекологов с целью диагностики у них тревожно-депрессивных расстройств в рамках синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Все 30 чел. прошли первичное анкетирование и интервью, комплексную психодиагностику набором тестов. Психодиагностика показала примерно у трети обследованных повышенные уровень показателей личностной и реактивной тревожности, субдепрессию. Отмечена тенденция к повышению выявленных изменений по мере увеличения длительности врачебной работы. Всем обследованным после тестирования и опроса были предложены две психокоррекционные сессии с психологом /психотерапевтом, с возможностью при желании их продолжения. Предлагалась помощь в разрешении возможных психологических проблем, а также обучение релаксационным приемам. 17 из 30 чел. согласились и посетили занятия, базирующиеся на интегративном психотерапевтическом подходе. Полученные данные могут быть учтены для проведения профилактических и психокоррекционных мер при развитии СЭВ.

Ключевые слова: акушеры-гинекологи, психодиагностика, эмоциональное выгорание, тревожность, депрессия, психологическая коррекция.

В течении уже более чем сорока лет, с момента описания Н. J. Freudenberger в 1974 году синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), проявляющегося в виде реакций эмоционального опустошения, усталости, и потери интереса к профессии при длительной работе с трудными пациентами, интерес к этой теме остается достаточно высоким [7]. В 1988 S. Kahill выделил 5 основных проявлений эмоционального выгорания, включающих соматические, эмоциональные, поведенческие, интеллектуальные и социальные симптомы [8].

В настоящее время под СЭВ понимается особая форма профессиональной деформации личности, возникающей из-за продолжительных профессиональных стрессов высокой интенсивности, что негативно отражается на выполнении рабочих задач, сопровождается ухудшением психического и соматического здоровья, а также проблемами в коммуникативной сфере [2, 5].

Отмечено, что профессиональная деятельность в сфере здравоохранения, и, в частности - врачебная деятельность, за счет частых интенсивных физических и психоэмоциональных перегрузок может способствовать развитию СЭВ [1, 2, 4-6]. При наличии значительного количества работ, посвященных описанию СЭВ, недостаточно полно изучена специфика его отдельных проявлений у разных категорий врачей.

Целью исследования явилась диагностика тревожно-депрессивных расстройств в рамках профессионального эмоционального выгорания у группы врачей акушеров-гинекологов, а также прояснение возможностей профилактики и краткосрочной психокоррекции этих психоэмоциональных проявлений СЭВ в случаях их возникновения.

Характеристика выборки и методов исследования:

В исследуемую выборку включены 30 врачей акушеров-гинекологов (6 мужчин, 24 женщины, в возрасте от 24 лет до 62 лет), работающих в московских клиниках и поликлиниках. Стаж работы по специальности у обследуемых составлял от 1,5 лет до 34 лет.

Со всеми 30 чел. Проводились первичное интервью, анкетирование и психодиагностика, включающая тестирование опросником (шкалой) депрессии А. Бека, шкалой реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, и опросником МВИ на выгорание (в адаптации Н. Е. Водопьяновой).

С целью изучения мотивации избавления от проявлений эмоционального выгорания, а также возможностей краткосрочного психокоррекционного воздействия на психоэмоциональные проявления СЭВ всем 30 обследованным были предложены две индивидуальные психокоррекционные сессии с психологом /психотерапевтом. При этом 17 из 30 обследованных согласились на предложенные занятия, а 13 чел. – отказались от занятий по различным причинам.

Полученные результаты и их обсуждение:

В нашей работе основное внимание было направлено на изучение степени интенсивности тревожных и депрессивных расстройств у обследованных в рамках СЭВ, а также выяснению степени их заинтересованности в коррекции этих расстройств в режиме краткосрочной психокоррекции.

В начале исследования с помощью первичного опроса и анкетирования у обследованных выяснялось наличие ключевых признаков СЭВ - истощения, отстраненности от больных и работы, и ощущения потери собственной эффективности или снижения самооценки. Согласно полученным ответам, эти явления встречались у 21 из 30 человек.

Полученные при опросе и анкетировании данные показали наличие в обследованной группе типичных для СЭВ психоэмоциональных расстройств. Наиболее часто из выявленных расстройств встречались следующие: уменьшение удовлетворенности от работы (у 17 чел.), появление безразличия и усталости на работе (у 15 чел.), преобладающее сниженное настроение (у 14 чел.), тревога (у 17 чел.) и раздражительность (у 14 чел.)

Вышеуказанные жалобы практически не наблюдались у врачей с непродолжительным стажем работы по специальности. В то же время эти расстройства наблюдались у обследованных после 3 и более лет работы врачом. По данным опроса, наиболее часто перечисленные жалобы встречались у лиц, имеющих 10 и более лет врачебного стажа.

Отдельные показатели эмоционального выгорания у обследованных выявлялись с помощью Опросника профессионального выгорания МВІ, состоящего из трех основных шкал – «эмоционального истощения» (ЭИ), «деперсонализации» и «редукции личных достижений». С учетом целей проводимого исследования, наиболее интересным для нас были показатели уровня ЭИ, проявляющегося чувством эмоциональной опустошенности и усталости, вызванного работой.

Более чем у половины обследованных акушеров-гинекологов имеются средние и повышенные показатели по шкале «эмоционального истощения» МВІ. Сопоставление результатов шкалы ЭИ теста МВІ с данными о рабочем стаже обследованных показало повышение уровня эмоционального истощения у имевших больший врачебный стаж работы.

Кроме оценки уровня эмоционального истощения у обследованных, определенный интерес представляли результаты исследования специфики профессионального стресса при работе акушером-гинекологом, и возможного влияния этих стрессов на психоэмоциональное состояние обследованных врачей.

В первичных беседах и анкетировании акушеры-гинекологи подчеркивали уплотненный и интенсивный рабочий график, наполненный большим количеством контактов с самыми различными людьми, включая общение с лицами, имеющими проблемное психоэмоциональное состояние.

В нашей более ранней публикации (2016) уже отмечалось, что работа врача акушера-гинеколога весьма насыщена эмоционально-коммуникативной нагрузкой, и наличием множества стрессовых рабочих факторов, потенциально способствующих развитию СЭВ [3]. Работа с беременными женщинами и пациентками гинекологического профиля, многие из которых являются эмоционально-лабильными, тревожными, а порой и капризно-требовательными, требует от врачей этого профиля демонстрации доброжелательной, поддерживающей заинтересованности к состоянию здоровья пациенток, терпения, постоянной готовности к ответам на множество вопросов от пациенток, успокоить их. Кроме того, специфика работы требует от врача сдержанности и удержания внутри себя собственных эмоций на проблемных и привередливых в общении пациенток. Работа с этой категорией пациенток не позволяет внешне выражать свои сомнения, тревоги, плохое настроение и усталость.

При этом в ходе обследования данной категории врачей ими было предъявлено значительное количество жалоб астено-субдепрессивного характера. Более чем у половины опрошенных встречались жалобы на периодически возникающую подавленность, тоскливый общий фон настроения, в сочетании с тревогой, раздражительностью, чувством обесценимости и истощения, падение работоспособности, и уменьшение интереса к происходящему на работе и дома.

Для общей оценки уровня депрессивных проявлений в выборке был использован опросник А. Бека. Депрессивные проявления отсутствовали у 12 человек из 30 (40%), субдепрессия отмечалась 46,7% обследованных (14 чел.). Показатели выраженной депрессии выявлены у 4 человек, а проявления тяжелой депрессии отсутствовали во всей группе обследованных.

Для выяснения причин возникновения депрессивных расстройств целесообразно учитывать совокупность факторов, которые могут способствовать снижению настроения. К ним могут быть отнесены общее состояние здоровья, индивидуальные особенности личности и характера, стиль общения, рабочая атмосфера и совместимость сотрудников, и еще множество параметров, которые могут сказаться на ухудшении настроения.

Тестирование с использованием шкал реактивной и личностной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина) позволяет оценивать как уровень реактивной (ситуативной) тревожности (РТ), указывающей готовность реагировать реакциями тревоги в конкретной ситуации, так и прояснить уровень личной тревожности (ЛТ), являющейся устойчивой характерологической особенностью.

По данным тестирования, отмечено явное преобладание в группе обследованных средних и повышенных показателей уровня ЛТ и РТ, что составляло суммарно 93,3% и 86,7% от общего числа. Наиболее типичными у обследованных были показатели, характерные для среднего уровня тревожности. Так, средние уровни РТ были выявлены у 17 чел. (56,7%), а ЛТ - у 18 человек (60%). Почти у трети выявлены показатели, характерные для повышенного уровня тревожности. Повышенный уровень ЛТ у 10 человек может свидетельствовать о свойственной этим людям склонности беспокоиться и тревожиться во многих различных ситуациях. У 9 чел. отмечены повышенные показатели РТ, проявляющиеся выраженным внутренним дискомфортом, напряжением, отчетливым ситуативным беспокойством и тревогой.

Весьма своеобразным было реагирование на саму процедуру тестирования части обследованных. Из 30 принявших в обследовании врачей 4 чел. (13,3%) не проявили интереса к результатам психодиагностики, и отказались от повторной встречи, заявив, что им в целом безразличны полученные результаты, и они согласились на первичное тестирование «просто из уважения к коллегам» либо «по просьбе начальства».

Почти четверть обследованных, комментируя вопросы, задаваемые во время интервью и тестирования, подчеркнули, что «сами бы ни за что самостоятельно не обратились за помощью» к психотерапевту или психологу, считая это проявлением слабости и/или проявлением непрофессионализма. По их мнению, раз выбрана медицинская профессия, «врач должен уметь держать внутри себя весь негатив», самостоятельно справляться с ним, «...и вообще - незачем все эти разговоры и тесты... ведь мы же не больные...».

5 человек весьма настороженно встретили детализированные вопросы о характере взаимоотношений с коллегами по работе. После ряда конкретных вопросов о рабочей ситуации заметным стало нежелание продолжать беседу, ответы стали более уклончивыми и формальными, краткими, и обследуемые постарались побыстрее завершить разговор.

2 человека из 30 беспокоились о полной конфиденциальности сведений интервью и результатов тестирования, высказывая опасения, что полученные данные потенциально «...могут быть использованы против них, так как на работе и так не все спокойно и просто...»

Всем 30 обследованным после тестирования и опроса вне зависимости от полученных показателей психоэмоционального состояния были предложены две индивидуальные психокоррекционные сессии с психологом /психотерапевтом. В режиме анонимности предлагалась помощь в исследовании и решении различного рода психологических проблем, и при желании - обучение релаксационным приемам. Предусматривалась и более долгосрочная работа с психологом в случае высказанного желания продолжить общение на интересующие обследованных темы.

При этом 13 человек (43,3 %) из 30 отказались от предложенных занятий с психологом по различным причинам. Основными причинами отказа являлись: отрицание каких-либо проблем в соматической и психоэмоциональной сферах (7 чел. - 23,3%); недостаток времени на предложенные занятия (2 чел. - 6,7%); «нежелание обсуждать свою жизнь» с психологом/«...и вообще - с кем-то еще» (2 чел. - 6,7%); отсутствие интереса к предложенным занятиям (2 чел. - 6,7%).

Среди тех, кто отказался от предложенных занятий с психологом, почти половину (6 чел.) составляли обследованные, у которых при опросе и анкетировании, а также тестировании МВИ были выявлены признаки СЭВ. Большая часть этих «отказников» (4 из 6 чел.) приходилась на старшую возрастную группу (в возрасте свыше 50 лет), и имела продолжительный многолетний стаж работы по специальности.

В то же время наибольший интерес к занятиям проявили молодые врачи, имеющие непродолжительный стаж работы, и при тестировании показавшие невысокие показатели тревожности и депрессии, а также врачи старше 45 лет. имеющие средневые показатели депрессии и тревоги.

Занятия с психологом/психотерапевтом базировались на интегративном психотерапевтическом подходе. В каждом отдельном случае использовались психотерапевтические техники, включающие элементы нейро-лингвистического программирования, эриксоновский гипноз, арт-терапию, позитивную терапию, техники психомышечной релаксации. Большая часть сессий содержала краткое описание сути СЭВ, персональную интерпретацию полученных результатов тестирования, рекомендации по тайм-менеджменту с оптимальным распределением своих нагрузок, а также упражнения на ресурсирование и снижение имеющегося напряжения, обучение релаксационным приемам индивидуально или в режиме малых групп.

Из 17 человек, прошедших краткосрочные занятия с психологом, 12 чел. отметили их полезность для себя, и некоторый подъем настроения после сессий. 8 из 17 проявили интерес к периодическим дальнейшим занятиям, заметив, что занятия помогли им «больше вспомнить о себе», необходимости разрешить себе больше отдыхать. 4 чел. из этой группы попросили о продолжении регулярных занятий с психологом для решения собственных психоэмоциональных проблем.

22 человека из 30 (в том числе и те врачи, которые сами отказались от психокоррекционных занятий), отметили, что регулярные краткосрочные занятия с психологом/психотерапевтом полезно ввести в клиническую практику для их пациентов. По высказанному ими мнению, такая работа с пациентами и родственниками может существенно облегчить рабочую нагрузку врача и способствовать более продуктивному общению с весьма непростой в общении, зачастую конфликтной и эмоционально-требовательной категорией пациенток.

Заключение:

Деятельность врача сама по себе предполагает высокую психоэмоциональную и физическую нагрузку, насыщенность общения и наличие множества факторов, вызывающих стресс, что потенциально может способствовать развитию СЭВ. В случае его развития наблюдаются повышение уровня тревожности, субдепрессивный фон настроения, астенические явления, имеющие тенденцию к нарастанию при повышении рабочего стажа.

Полученные при обследовании результаты показывают необходимость профилактики и раннего выявления СЭВ у акушеров-гинекологов. Целесообразно проводить у этой категории врачей периодическое психологическое тестирование, входящее в состав ежегодной диспансеризации, на предмет выявления признаков СЭВ. Помимо этого, полезным может быть обучение психокоррекционным методам, помогающим сохранить собственное благополучное психическое состояние. Полезным видится и проведение психологами/психотерапевтами периодических учебных семинаров для этих врачей с целью обучения тактикам поведения в конфликтных ситуациях и работе с трудными больными, имеющими различные психоэмоциональные проблемы.

Литература

1. Бердяева И. А., Войт Л. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал, 2012. № 2. С. 117-120.
2. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2011. 223 с.
3. Гарданова Ж. Р., Есаулов В. И., Кектеева Ю. И. Особенности эмоционально-личностной сферы при развитии синдрома эмоционального выгорания у врачей акушеров-гинекологов // Современные проблемы науки и образования, 2016. № 6. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25477/> (дата обращения: 11.11.2016).
4. Кайбышев В. Т. Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России // Медицина труда и пром. Экология, 2006. № 12. С. 21–26.
5. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости, 2002. № 7. С. 3-9.
6. Яркина О. С. Синдром эмоционального выгорания у врачей в контексте личностно-профессионального развития: симптомы и предпосылки // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки, 2008. № 3 (59). С. 07-311.
7. Freudenberger H. J. Staffburn-out // Journal of Social Issues, 1974. Vol. 30, № 1. P. 159 -165.
8. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the emperical evidence. // Can. Journal of counseling review, 1988. Vol. 22 (3). P. 310-342.