

Неврозы у медицинских работников

Профессиональные неврозы могут развиваться у медицинского персонала при длительном непосредственном обслуживании душевнобольных людей в психиатрических учреждениях, в том числе у преподавателей и обслуживающего персонала в интернатах для психически неполноценных детей.

В настоящее время в медицинской литературе упоминают так называемый синдром выгорания, распространенный среди медицинских работников (А.П. Мальцева, 2006). Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. На Европейской конференции ВОЗ в 2005 г. отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для трети работающих жителей стран Европейского Союза; стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3-4% валового национального дохода.

СЭВ — это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворенности выполнением работы. В литературе в качестве синонимичного СЭВ используется термин «синдром психического выгорания». Под СЭВ понимают выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, которым постоянно подвергаются медицинские работники. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. В большой степени СЭВ характерен и для медиков-управленцев (В.Н. Мальцев, 1992; Н.Х. Амиров, 2005).

Первые работы по этой проблеме появились в США. Американский психиатр Н. Freudenberger в 1974 г. описал феномен burnout, используя указанный термин для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Социальный психолог К. Maslach в 1976 г. определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам. Первоначально под СЭВ подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента — исследователи все чаще связывали СЭВ с психосоматическим самочувствием, отношением к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) СЭВ отнесен к рубрике Z73 — «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

По данным П. Сидорова (2003), почти 80% психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различной

степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% — резко выраженный СЭВ, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим сведениям, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; у 5% этих специалистов определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями.

Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки СЭВ обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистентности доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза истощения определяется у 8,8% респондентов в возрасте 51-60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет.

В отечественной профпатологии рассматриваются профессиональные неврозы медицинских работников, определяющиеся как психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно эмоционально-волевых) и нейровегетативных функций при сохранении у больного достаточно правильного понимания и критической оценки симптоматики, себя и окружающего мира с негрубым нарушением социальной адаптации (Г.П. Носачев, 1995; С.В. Михалев, 2007; К.М. Бунькова, 2008), что, по нашему мнению, идентично синдрому профессионального выгорания.

В связи с функциональным характером неврозов возможна полная обратимость присущих им болезненных явлений. В основе профессионального невроза лежит, с одной стороны, интимно-личностный или межличностный конфликт (завышенные требования к себе при невозможности их выполнения, завышенные требования к окружающим), с другой — психическая травма (срыв в производственных отношениях). По И.П. Павлову, неврозы, в частности невращения, истерия, невроз навязчивых состояний, возникают на основе преимущественно слабого и отчасти сильного неуравновешенного типа высшей нервной деятельности, в то же время невращения есть болезненная форма слабого общего и среднего человеческого типа; истерия есть продукт слабого общего типа в соединении с художественным, психостением — слабого общего в соединении с мыслительным. Под воздействием очень мощных психических травм при сопутствующих соматических нарушениях неврозы могут возникать и у людей с уравновешенным типом высшей нервной деятельности.

В отечественной психиатрии выделяют три основные клинические формы неврозов: невращению, истерию, невроз навязчивых состояний. В динамике развития невротических расстройств выделяют невротические реакции (до 3 мес), неврозы (от 3 мес до 2 лет) и невротическое развитие личности.

Невротические реакции чаще всего развиваются в виде невращенической

(астенической), истерической, психостенической, тревожно-фобической, диссомнической, а также в виде соматических расстройств, таких как психогенная анорексия, тошнота, рвота. Невротические реакции купируются непосредственно при выявлении. Прежде всего изолируют пациента от психотравмирующей ситуации. При невращенической реакции целесообразно назначение настойки женьшеня, лимонника, экстракта элеутерококка, транквилизаторов; при гипостеническом варианте — медазепам, азафен, оксазепам; при гиперстеническом (возбудимом) — клордиазепоксида, диазепам, феназепам. При тревожно- и обсессивно-фобических реакциях назначают транквилизаторы с седативным действием — оксазепам, феназепам; при депрессивных — азафен, оксалидин, фепрозидин, перед сном — нитразепам или феназепам.

В качестве антидепрессанта первого выбора может быть рекомендован тиа-нептин — современный антидепрессант, восстанавливающий нейропластичность, оказывающий дополнительный анксиолитический эффект без седации, повышающий устойчивость к стрессу. Также может быть использован новый препарат агомелатин — первый мелатонинергический антидепрессант с мощным действием, эффективно корригирующий нарушения цикла сон-бодрствование у пациентов с депрессией. Лечение проводится у психотерапевта.

Невращения (астенический невроз) — состояние, характерное для астенического, астенофобического, астеносенестопатического синдромов. Это состояние выраженного ослабления деятельности нервной системы, которое возникает при сочетании травмирующих психику факторов с чрезмерной продолжительной, требующей постоянного напряжения работой. Для клиники невращения характерно состояние раздражительной слабости, которое выражается сочетанием повышенной раздражительности и возбудимости с повышенной утомляемостью, слабостью и истощаемостью. Раздражительная слабость характеризуется эмоциональными реакциями чрезмерной силы, но быстро истощающимися: больные переходят от вспышек раздражительности к слезам, не могут бороться с неприятным чувством недовольства окружающими, утрачивают способность контролировать внешнее проявление своих эмоций. Повышенная возбудимость отмечается и со стороны всех анализаторов: обычный шум раздражает, обычный свет ослепляет, обычный разговор утомляет. Повышенная возбудимость проявляется непереносимостью, торопливостью, суетливостью. Нередки жалобы на тягостное чувство пустоты в голове. Запоминание имен, чисел, дат представляет непреодолимые трудности. По мере развития невращения больные становятся все более вялыми, ленивыми, безвольными, апатичными. Возрастают колебания настроения с оттенком тоскливости, возникают ипохондрические симптомы, крайняя сосредоточенность на своих болезненных ощущениях. Может развиваться так называемая депрессия истощения.

Характерны нарушения сна и вегетативные расстройства: головные боли стягивающего характера («каска невращеника»), сердцебиение, одышка, боли в области сердца, вазомоторная лабильность, выраженный дермографизм, потливость, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, снижение аппетита. Рефлексы со слизистых оболочек, а также кожные, сухожильные обычно повышены.

Истерия — функциональное нервно-психическое расстройство, психогенно обусловленное, проявляющееся разнообразными нарушениями психики, двигательной сферы, чувствительности. Различают 4 клинических варианта истерии: истерический припадок, истерические расстройства сознания (истерические психозы), истерические сенсомоторные и вегетативные нарушения, истерический характер.

Невроз навязчивых состояний характеризуется преимущественно обсессивно-фобическим, фобическим, астенофобическим синдромами в сочетании с соматовегетативными нарушениями. Это патологические мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, возникающие независимо и вопреки желанию больного, притом непреодолимо и с большим постоянством. Больной критически относится к ним, но освободиться от них собственными силами не может.

При длительности невроза свыше 2 лет происходит перестройка структуры личности в виде новых стереотипов в поведении и эмоциональных реакций защитной направленности, изменения установок, иерархии мотивов и ценностей. Образ жизни и реакции больного на бытовые и производственные обстоятельства приобретают стереотипный невротический характер, болезненное состояние превращается в привычный способ существования (невротическое развитие личности по астеническому, истерическому, ипохондрическому типу).

Ведение пациентов с неврозами должно осуществляться психотерапевтами или психиатрами (Н.С. Бочерников и соавт., 1989).

При соответствующей психокоррекции, рациональной организации труда, исключающих (или снижающих) возможность психической травматизации, больные остаются трудоспособными в своей профессии. В случае профессионального характера заболевания по рекомендации специалистов больному может быть показана переквалификация в рамках основной профессии с соответствующим возмещением материального ущерба. Объективности ради необходимо отметить, что в нашей практике не было случаев профессиональных неврозов у медицинских работников, но соответствующие литературные данные есть. Это, по нашему мнению, связано и с изменениями характера течения психических заболеваний на фоне современной медикаментозной терапии, и с недостаточной информированностью медицинских работников психиатрических учреждений.

В.В. Косарев, С.А. Бабанов.
Профессиональные заболевания медицинских работников. — 2-е изд., испр. и доп. — Самара: ООО «Офорт», 2009. — С. 106-110.