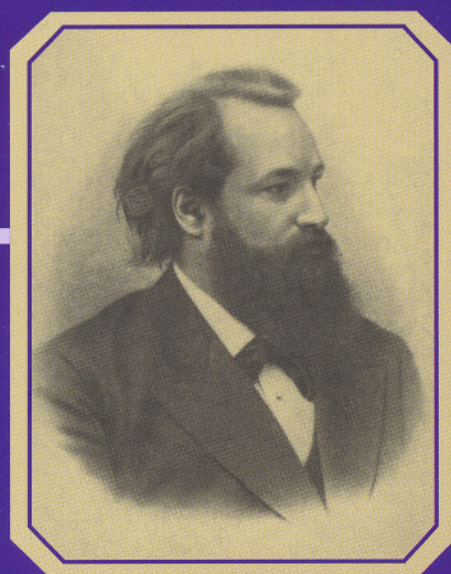


ISSN 1997-7298

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

ИМЕНИ С.С. КОРСАКОВА

Том 109



2'2009

Научно-практический журнал



МедиаСфера

Коррекция клинических проявлений синдрома эмоционального выгорания

Л.С. ЧУТКО, С.Ю. СУРУШКИНА, И.С. НИКИШЕНА, Е.А. ЯКОВЕНКО, Т.И. АНИСИМОВА

Correction of clinical presentations of the emotional burnout syndrome

L.S. CHUTKO, S.YU. SURUSHKINA, I.S. NIKISHENA, E.A. YAKOVENKO, T.I. ANISIMOVA

Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург

Термин «эмоциональное выгорание (burnout)» введен американским психиатром Н. Freudenberger [9] в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «синдром эмоционального выгорания» — это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. В настоящее время проблемы производственного стресса, рассматриваемого в рамках синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), выделены в МКБ-10 как «синдром выгорания» под рубрикой Z.73.0 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью).

В 1986 г. американские ученые С. Maslach и S. Jackson [10] охарактеризовали три основные группы проявлений данного состояния: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением понимают чувство эмоциональной опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью. Под деперсонализацией в данном случае понимается не классическое психиатрическое понятие данного термина, а скорее понижение личностного компонента — дегуманизация отношений к объектам своей деятельности (пациентам клиентам): холодность, формализация контактов, черствость, цинизм. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам. Редукция личных профессиональных достижений проявляется в занижении профессиональных успехов и возникновении чувства собственной некомпетентности в своей профессиональной сфере. Авторы подчеркивают, что выгорание — это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее «эмоциональное истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением» [10]. Данному состоянию наиболее подвержены представители «помогающих» профессий и управленческий персонал: медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи, продавцы, адвокаты, сотрудники правоохранительных органов.

В.В. Бойко [1] выделяет несколько групп внешних и внутренних факторов, провоцирующих эмоциональное выгорание. В группу организационных (внешних) факторов включаются условия работы и социально-психологической деятельности: хроническое психоэмоциональное напряжение, нечеткие организация и планирование труда, повышенная ответственность за исполняемые функции, неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности. К группе внутренних факторов относятся склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) об-

стоятельств профессиональной деятельности (данное психологическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело), слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности. Эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более эмоционально сдержан.

Кроме этого, следует учитывать факторы, выделенные Т.В. Решетовой [7]: неэмоциональность, неумение общаться, трудоголизм, снижение социальных ресурсов (социальные и родственные связи, любовь, профессиональная состоятельность, экономическая стабильность и т.д.).

С. Maslach [10] условно разделяет симптомы эмоционального выгорания на физические, поведенческие и психологические. К физическим относятся: усталость, чувство истощения, восприимчивость к изменениям показателей внешней среды, астенизация, частые головные боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, избыток или недостаток веса, одышка, бессонница. К поведенческим и психологическим относятся: появление чувства неосознанного беспокойства, скуки, обиды, разочарования, вины, неустойчивости; снижение уровня энтузиазма; раздражительность; появление трудностей при принятии решений; дистанцирование от клиентов/пациентов и стремление к дистанцированию от коллег; общая негативная установка на жизненные перспективы.

Таким образом, в клинической картине СЭВ доминируют проявления астеноневротического синдрома. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 данное состояние можно расценивать как проявления неврастения (F.48.0).

Оказание помощи страдающим СЭВ можно разделить на три уровня: индивидуальный уровень — выработка адаптивных форм поведения, лечение клинических проявлений; межличностный уровень — оптимизация взаимоотношений с коллегами, клиентами/пациентами, членами семьи; организационный уровень включает вопросы, связанные с оптимизацией обстановки на работе, улучшение условий труда [4].

В данной работе, говоря о коррекции проявлений СЭВ, мы делаем акцент на лечение неврастения. Традиционный подход к лечению неврастения предусматривает применение как немедикаментозных методов, так и средств фармакотерапии. Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических методик (рациональной психотерапии, личностно-ориентированной психотерапии, аутогенной тренировки и т.д.).

Важной мишенью лечения является искаженная внутренняя картина болезни, создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний. Рациональная психотерапия в таких случаях основывается на разъяснении больному доброкачественности имеющихся у него симптомов. Врачу необходимо четко, доступно и обоснованно изложить пациенту суть его заболевания, подчеркнув психогенную его основу. В рамках рациональной психотерапии врач должен попытаться изменить отношение пациента к факторам, которые могут вызвать тревогу и снижение настроения или помочь приспособиться к ним.

Рекомендуется помочь пациенту сформировать личный «банк положительных эмоций», сюжетные образы ситуаций, свя-

занных с яркими положительными моментами и в нужное время «доставать их из банка» [2].

В тех случаях, когда нельзя повлиять на стрессоры, следует научиться регулировать свое эмоциональное состояние. С этой целью используются методики психической саморегуляции, такие как аутотренинг и др. В частности, для лечения неврастения наиболее подходит вариант аутогенной тренировки, разработанный К.И. Мировским и А.Н. Шогомом еще в 1963 г. Если классическая аутогенная тренировка направлена на расслабление, успокоение и, в конечном счете, на транквилизирующий эффект, то данная методика рассчитана на стимулирующий эффект («психотоническая тренировка»).

При лечении астенических расстройств обычно используются ноотропные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях.

Одним из перспективных направлений современной неврологии является применение пептидных биорегуляторов, в частности кортексина, регулирующего процессы метаболизма в головном мозге и обладающего избирательным действием на его клетки [5, 6]. Кортексин продемонстрировал высокую эффективность при лечении черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, нейроинфекций, физиогенных астенических состояний, эпилепсии и другой неврологической патологии [8]. Он также оказывает позитивное воздействие на психоэмоциональное состояние, улучшает внимание, память [3].

Целью данного исследования являлось изучение эффективности использования кортексина в лечении астенических расстройств при СЭВ.

Материал и методы

Под наблюдением находились 43 пациента с астеническими проявлениями на фоне СЭВ в возрасте от 25 до 45 лет. Постановка диагноза осуществлялась на основании критериев МКБ-10. В соответствии с данными критериями состояние пациента можно было расценить как неврастению (F.48.0). Оценка проявлений СЭВ проводилась с помощью опросника В.В. Бойко [1]. Для объективизации степени выраженности астенических расстройств и их динамики в процессе лечения использовалась Субъективная шкала оценки астении (MFI-20) с 5 подшкалами и Визуальная аналоговая шкала астении (10-балльный вариант). Психологическое обследование включало в себя определение уровня тревожности с помощью шкалы Спилберга—Ханина.

У 34 (79,1%) пациентов проявлениям неврастения сопутствовали головные боли напряжения, интенсивность которых оценивалась по Визуальной аналоговой шкале (10-балльный вариант).

Производился спектральный анализ ЭЭГ, при этом особое внимание уделялось спектральной мощности α -ритма в затылочных отведениях до и после лечения. Психофизиологическое ис-

следование включало тест TOVA (the Test of Variables of Attention) — тест непрерывной деятельности, основанный на предъявлении испытуемому в случайном порядке значимых и незначимых стимулов в виде геометрических фигур.

Для лечения пациентов основной группы использовался препарат кортексин в виде внутримышечных инъекций в дозе 10 мг. Кортексин выпускается в виде стерильного лиофилизированного порошка во флаконах по 10 мг. Содержимое флакона перед инъекцией растворяли в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина или изотонического раствора хлорида натрия. Лечебный курс состоял из 10 инъекций ежедневно однократно или через день. Второй терапии в момент прохождения курса пациенты не получали. Оценка результатов терапии проводилась на 30-й день с момента начала лечения.

Группу контроля составили 20 больных, также страдающих астеническими проявлениями на фоне СЭВ с аналогичными клинико-нейрофизиологическими показателями. Пациенты этой группы получали традиционную ноотропную терапию — пиррацетам в суточной дозе 1,2 г в течение 30 дней.

Результаты и обсуждение

Клиническое улучшение после курса кортексина зафиксировано у 29 (67,4%) пациентов. В беседах эти пациенты отмечали уменьшение утомляемости, улучшение внимания, памяти. Положительной динамики не было у 14 (32,6%) пациентов. При оценке состояния пациентов с помощью MFI-20 зарегистрировано значительное достоверное улучшение показателей по шкалам общей астении, физической астении, психической астении, пониженной активности (см. таблицу). Достоверного улучшения по шкале мотивации не регистрировалось. Кроме этого, следует отметить уменьшение интенсивности головных болей у 20 (58,8%) пациентов с этим расстройством. В группе сравнения после курса пиррацетама клиническое улучшение наступило у 11 (55,3%) пациентов. Нежелательные эффекты и осложнения на фоне лечения кортексином не отмечались. Лучшие показатели в основной группе достоверно отмечались по шкалам общей, физической, психической астении и утомляемости (см. таблицу). Уменьшение головной боли в группе получавших пиррацетам не отмечалось.

Психологические исследования показали уменьшение показателей реактивной тревожности у большинства пациентов с повышенным уровнем данного показателя после курса кортексина (см. таблицу). В группе сравнения подобных изменений не отмечалось. Показатели личностной тревожности достоверно не изменились в обеих группах.

При визуальной оценке электроэнцефалограммы после курса кортексина регистрировались следующие положительные изменения: уменьшение низкочастотных колебаний, особенно, в передних областях, увеличение количества α -волн в теменно-затылочных отведениях. Данные количественной ЭЭГ свидетельствуют о достоверном увеличении мощности α -ритма в затылочных областях после курса кортексина ($p < 0,05$).

Динамика клинико-психологических показателей у пациентов с СЭВ, баллы

Показатель	До лечения	После лечения (основная группа)	После лечения (группа контроля)
Общая астения	17,9±5,6	8,4±2,7** *	11,5±3,1*
Физическая астения	14,7±3,6	9,5±2,2* *	12,7±2,8
Психическая астения	17,1±4,3	10,9±2,6** *	12,4±3,9*
Пониженная активность	14,1±2,8	11,1±2,3*	11,2±2,4*
Снижение мотивации	13,6±3,7	12,1±3,2	12,8±2,7
Утомляемость (ВАШ)	8,8±1,1	4,5±1,9** *	6,6±1,3*
Интенсивность головной боли (ВАШ)	5,8±2,8	3,4±1,5* *	4,9±1,7
Реактивная тревожность	50,4±9,3	37,1±8,2*	46,4±7,1
Личностная тревожность	49,6±7,2	45,4±6,8	47,1±7,4

Примечание. Достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; * — достоверность различий по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$).

Таким образом, применение кортексина в лечении астенических проявлений на фоне СЭВ обладает высокой эффективностью. Немаловажен и тот факт, что применение кортексина не сопровождается нежелательными эффектами и осложнениями. Известно, что в основе клинического эффекта кортексина лежит изменение в структурах мозга таких ключевых нейромедиаторов, как серотонин, ГАМК и дофамин. Введение кортексина после стресса вызывало повышение содержания в коре головного мозга крыс серотонина и снижение содержания 5-оксиндолюксусной кислоты. Активация серотонинергической системы свидетель-

ствует о церебропротекторной и антистрессовой активности препарата, сопровождающейся нормализацией метаболизма в нейронах и восстановлением адаптивных возможностей головного мозга [8].

Конечно, помощь пациентам с СЭВ должна включать не только фармакотерапию, но и психотерапевтические мероприятия. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат кортексин в качестве средства, используемого в комплексной терапии данного расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бойко В.В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. Ст-Петербург 1999.
2. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Ст-Петербург: Питер 2005; 336.
3. *Закуцкий Н.Г.* Состояние психофизиологических функций операторов авиационного профиля ВМФ и их коррекция пептидными биорегуляторами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 1999; 18.
4. *Ларенцова Л.И.* Профессиональный стресс врачей-стоматологов и методы его коррекции: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М: МГМСУ 2002; 14.
5. *Морозов В.Г., Хавинсон В.Х.* Пептидные биорегуляторы: (25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). Ст-Петербург: Наука 1998; 310.
6. *Решетова Т.В.* Психофармакология для врача общей практики. Метод. рекомендации для врачей. М 2004; 59.
7. *Решетова Т.В.* Личность, семья, болезнь. Рос семейный врач 2001; 2: 4–7.
8. *Рыжак Г.А., Малинин В.В., Платонова Т.Н.* Кортексин и регуляция функций головного мозга. Ст-Петербург: Фолиант 2003; 160.
9. *Freudenberger H.J.* Staff burn-out. J Soc Issues 1974; 30: 159–166.
10. *Maslach C., Jackson S.E.* The Maslach Burn-Out Inventory Manual. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press 1986.