

Синдром выгорания на работе: клинические особенности и тактика лечения с применением препарата СЕДАРИСТОН

Выгорание на работе, или синдром профессиональной усталости, сегодня все чаще становится предметом обсуждения среди ученых и практикующих врачей. Профессиональное выгорание – мультиэтиологическое патологическое состояние, причиной которого является неблагоприятное сочетание личностных и профессиональных факторов [42].

Профессиональное выгорание: на прицеле врачи

Синдром профессионального истощения впервые был описан в 1959 г. С. Veil, а термин «выгорание» ввел в 1974 г. психиатр Н.Н. Freudenberg, заметивший энергетическое бессилие и потерю мотивации среди работников нью-йоркской клиники для наркозависимых, возникавшее примерно через год напряженной работы [38, 40]. Таким образом, впервые профессиональное истощение было зафиксировано именно среди медицинского персонала, хотя многие первоначальные публикации касались проявлений этого нарушения среди представителей других профессий, в т.ч. учителей, социальных работников, менеджеров [38].

Известные исследователи этой патологии С. Maslach и соавт. (2001) описывают **синдром профессионального выгорания (СПВ) как психологическое расстройство, возникающее в ответ на хронические межличностные стрессовые факторы, связанные с работой**. Ученые характеризуют СПВ как состояние, при котором профессионалы утрачивают эмоциональные переживания за людей, с которыми они работают (в первую очередь пациентов), и начинают относиться к ним отстраненно, порой даже дегуманизируя их [31]. Еще более точное определение СПВ дал P.L. Brill (1984). Согласно его точке зрения, СПВ является связанным с профессиональной деятельностью дисфорическим и дисфункциональным состоянием человека без значимых психопатологических отклонений, длительное время работающего в одних и тех же условиях и не способного справиться с этим нарушением без внешней помощи [38].

Представители многих медицинских профессий входят в группу риска СПВ. Перекрестное исследование с участием специалистов из разных сфер медицины (n=171) показало, что чаще всего СПВ регистрируется у терапевтов (69,64%), хирургов (56,50%) и врачей общей практики – семейной медицины (41,49%) [21]. Среди факторов риска развития СПВ у практикующих врачей выделены работа на протяжении >8 ч в сутки, нехватка сна, средний/высокий уровень рабочей нагрузки, понижение качества жизни, дефицит времени для решения личных дел, повышенная ответственность, профессиональный перфекционизм, внутренний дискомфорт из-за конфликта между моральными ценностями и экономическими целями, боязнь фатальных ошибок [36, 37, 41].

Согласно обзору S. Kumar (2016) от СПВ страдает от 12 до 80% медицинского персонала, в первую очередь семейные врачи [6, 22]. В числе основных стресс-факторов работы семейного врача – обилие бумажной работы, длительное ожидание пациентами консультаций профильных специалистов, ощущение неопределенности обществом, проблемные пациенты, неотрегулированные медико-правовые проблемы, необходимость соблюдать множество правил и ограничений, большой объем новой профессиональной информации и т.д.

Клиника профессионального выгорания

Симптомы СПВ разнообразны и перекликаются с симптомами других заболеваний, в т.ч. соматических. Эти симптомы можно разделить на четыре основных группы:

- физические – абдоминальные, головные и мышечно-скелетные боли, потеря аппетита, астения, частые простудные заболевания;
- психические – депрессивные и тревожные расстройства, повышенная раздражительность;
- психо-поведенческие – расстройства сна, гиперактивность, повышение риска возникновения алкогольной и табачной зависимости;
- когнитивные – снижение способности концентрироваться, негативизм, конфликтность [10, 18, 30, 34, 44].

Не вызывает сомнения, что СПВ негативно влияет на общение врача и пациента, а также на продуктивность работы. Исследование С. De Stefano и соавт. (2017) показало, что наличие у врача СПВ ассоциировано с увеличением времени ожидания больными приема в 1,5 раза [9], ростом числа врачебных ошибок и конфликтов, снижением уровня удовлетворенности

пациентов лечением, повышенным риском развития вредных привычек и депрессий среди медицинского персонала [11].

Профессиональное выгорание медицинского персонала требует особого внимания и своевременного лечения, поскольку проблема, на которую часто не обращают внимания, является настолько серьезной, что может даже спровоцировать суицидальную попытку. Подтверждением тому является увеличение частоты суицидов среди медицинских работников. Она достоверно превышает данный показатель в общей популяции – в 1,41 раза для врачей-мужчин и в 2,27 – для врачей-женщин [39].

Диагностика и дифференциальная диагностика СПВ

В 1970-х гг. в начальных фазах исследований, посвященных СПВ, этот диагноз ставился эмпирически. В наше время для диагностики выгорания на работе применяется опросник, созданный одной из первых исследовательниц СПВ, Кристиной Маслач. Несмотря на довольно длительную историю, опросник Маслач остается золотым стандартом диагностики СПВ, поскольку он позволяет выявить все его психоневротические аспекты, относящиеся к трем главным подразделениям этой патологии, а именно – эмоциональному истощению, отстраненности (деперсонализации) и ощущению утраты ценности личных достижений. Эта анкета включает 22 утверждения, среди которых «После работы я чувствую себя, как выжатый лимон», «Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу», «Моя работа все больше меня разочаровывает» и др. Опрашиваемый должен отметить в специальном бланке частоту возникновения у себя подобных ощущений по шкале от «никогда» до «каждый день» [3, 38]. Полную версию опросника можно найти на сайте www.health-ua.com. Существует также сокращенная версия опросника (табл.) [2].

Диагностический эквивалент эмоционального выгорания представлен в МКБ-10 кодом Z 73.0 (burnout), не совсем точно переведенным как «переутомление». Также аналогом понятия СПВ можно считать диагноз F 43.0 «Расстройство адаптации», но длительность заболевания в таком случае не должна превышать полугодя [2].

Дифференциальную диагностику СПВ следует проводить с некоторыми соматическими патологиями (хронические инфекционные процессы), эндокринопатиями (нарушения функционирования щитовидной железы, болезнь Аддисона), злокачественными новообразованиями, а также разнообразными психологическими и психиатрическими отклонениями [2]. Наибольшее сходство и самая близкая взаимосвязь отмечается между СПВ и депрессивными состояниями. Влияние СПВ на возникновение клинической депрессии изучалось во многих исследованиях. Считается, что симптомы этих состояний могут перекрывать друг друга, но не совпадают. Перекрестное исследование с участием австрийских врачей (n=5897) показало, что **тяжелая депрессия наблюдалась у 10,3% участников, а СПВ –**

у 50,7%. Среди врачей с депрессией у 87,5% наблюдался СПВ, что подтверждает связь этих состояний [45]. Важно отметить, что СПВ выступает предиктором развития депрессии в будущем, по приближительным оценкам – на протяжении ближайших трех лет [13].

Несмотря на тесное переплетение вышеупомянутых патологических состояний, существуют некоторые принципиальные различия. СПВ отличается от обычной депрессии тем, что это нарушение четко связано с профессиональной деятельностью. Депрессия охватывает все сферы жизни человека, в то время как СПВ является исключительно следствием нарушения адаптации к работе и на ранних стадиях этого отклонения пациент не замечает каких-либо изменений в семейной жизни, личных отношениях и т.д. Несмотря на то что СПВ и депрессивные расстройства являются отдельными патологическими феноменами, они способны существовать одновременно и оказывать взаимное влияние на течение болезни [38].

Следует отметить, что СПВ опасен не только своими непосредственными признаками. Это состояние является дополнительным фактором сердечно-сосудистого риска, поскольку негативно влияет на функционирование нейрорегуляции работы сердца и сосудов, увеличивая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, снижая физиологический после-стрессовый вагусный ответ и уменьшая барорефлекторную чувствительность артерий. Перечисленные эффекты повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, что дополнительно подчеркивает важность своевременной диагностики и полноценного активного лечения СПВ.

Лечение профессионального выгорания

На данный момент оптимальная врачебная тактика при СПВ достаточно хорошо изучена. Преимущественное внимание исследователей уделяется психотерапевтическим методам, ауто-тренинговым техникам и адекватной современной фармакотерапии. Однако не вызывает сомнения, что базовая стратегия борьбы с СПВ предусматривает соблюдение здорового образа жизни (отказ от вредных привычек, рациональное питание и умеренные физические нагрузки), планирование свободного времени для себя лично и для общения с семьей, постоянное повышение профессионального уровня [26]. Важным также является улучшение условий работы медицинского персонала. С этой целью предлагается использование электронной документации, усовершенствование системы финансового поощрения врачей, проведение специализированных обучающих курсов [26]. Также применяются физиотерапия, ароматерапия и вспомогательные методы лечения (арт- или музыкотерапия).

К сожалению, в реальных условиях жизни выполнение всех требований и условий контроля психосоматического состояния (отсутствие стрессов, снижение профессиональной нагрузки, баланс работы и отдыха, правильное питание без нарушений диеты) невозможно. Это обуславливает ведущую роль фармакотерапии в лечении СПВ.

Большинство препаратов, применяемых при СПВ, обеспечивает симптоматическое лечение, поэтому их подбор проводится в зависимости от признаков заболевания у каждого пациента. Среди возможных опций лечения – антидепрессанты, транквилизаторы, β-адреноблокаторы, снотворные средства.

Использование при СПВ и депрессивных расстройствах синтетических препаратов (в первую очередь трициклических антидепрессантов и ингибиторов обратного захвата серотонина) дает благоприятный клинический эффект. Однако применение таких средств сопряжено с рядом ограничений – необходимостью обращаться за рецептом, неудовлетворительным профилем безопасности, чрезмерной седацией и угнетением когнитивных способностей, что еще больше затрудняет профессиональную деятельность. Не удивительно, что вследствие этого снижается комплаенс, прекращается прием препаратов, а желаемый результат так и не достигается [1].

Учитывая разнообразную симптоматику СПВ (абдоминальные, головные и мышечно-скелетные боли, астения, депрессивные и тревожные расстройства, расстройства сна, снижение способности концентрироваться и т.д.), подобрать один синтетический препарат для полноценного лечения практически невозможно. В большинстве случаев требуется несколько медикаментов, что еще больше снижает приверженность к лечению и, кроме того, еще и повышает его стоимость. Исходя из описанных ограничений, можно выделить критерии идеального препарата для лечения СПВ. Он должен сочетать в себе:

- многовекторное действие на максимальное количество симптомов и проявлений СПВ;
- прогнозируемый доказанный эффект;
- отсутствие влияния на повседневную активность и профессиональную деятельность;
- хорошую переносимость;
- безопасность длительного приема.

Всем этим критериям отвечает немецкий препарат СЕДАРИСТОН (esparma GmbH, Aristo group).

Терапия профессионального выгорания: СЕДАРИСТОН

Поскольку самыми распространенными компонентами СПВ являются депрессия и тревога, терапия этого состояния в первую очередь должна быть направлена на их купирование. СЕДАРИСТОН содержит в своем составе два действующих компонента – стандартизованный экстракт зверобоя и валерианы. Выбор этих двух составляющих не случаен. Каждая из них оказывает тонкое воздействие на определенные нейромедиаторные процессы в головном мозге, нарушение которых является причиной появления депрессии и тревоги. Эффекты активных компонентов экстрактов зверобоя и валерианы (на первый взгляд разнонаправленного действия) на самом деле приводят к нормализации баланса между процессами возбуждения и торможения в центральной нервной системе, обеспечивая эффект больший, чем простая сумма эффектов двух компонентов. Подтверждением тому являются европейские клинические исследования, проведенные с применением препарата СЕДАРИСТОН. В практической медицине он хорошо себя зарекомендовал на протяжении более чем 30 лет применения в Германии. Успешность терапии препаратом СЕДАРИСТОН базируется в первую очередь на тщательном выборе действующих компонентов, который был основан на результатах эффективности каждого из них. Оба компонента, входящие в состав СЕДАРИСТОНА, имеют весомую доказательную базу применения.

Так, экстракт зверобоя, входящий в состав препарата СЕДАРИСТОН, на данный момент является единственным антидепрессантом растительного происхождения, эффективность которого доказана при лечении депрессии легкой и умеренной степени тяжести [7]. Кокрановский обзор, подготовленный K. Linde и соавт. (2008) показал, что эффективность зверобоя является аналогичной показателям синтетических антидепрессантов. Действие экстракта зверобоя в этом метаанализе оценивалось у 5489 пациентов с депрессивными состояниями, на протяжении 4-12 нед принимавших экстракт зверобоя, плацебо или антидепрессанты химического происхождения [27]. Результаты показали, что

экстракт зверобоя оказывает антидепрессивное действие, сопоставимое с действием современных антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флюоксетина, пароксетина, сертралина, циталопрама). Применение экстракта зверобоя обеспечивало клинический эффект, подтвержденный снижением количества баллов по шкале для оценки депрессии Гамильтона, а также поддержку устойчивой ремиссии [28]. В то же время экстракт зверобоя принципиально отличается от синтетических антидепрессантов по профилю безопасности, демонстрируя меньшее количество побочных эффектов и лучшую переносимость. Тем самым он позволяет достичь большей приверженности к лечению.

В свою очередь, экстракт валерианы, действующий компонент препарата СЕДАРИСТОН, является широко используемым средством для лечения тревоги и расстройств сна. Назначение препарата, содержащего экстракт валерианы, ведет к дозозависимому выделению γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) – главного тормозящего, т.е. успокаивающего, нейромедиатора центральной нервной системы [33]. Кроме того, валериана способна угнетать ферментное разрушение ГАМК в мозге, что также сопровождается седацией [35]. Интересно, что один из химических компонентов валерианы – гидроксипинорезинол – связывается с бензодиазепиновыми рецепторами [5], а значит, осуществляет подобные этим синтетическим транквилизаторам действие. В то же время экстракт валерианы лишен тех нежелательных побочных эффектов, которые свойственны препаратам бензодиазепинового ряда. В первую очередь прием экстракта валерианы, в отличие от бензодиазепинов, не вызывает зависимости и синдрома отмены.

Влияние экстракта валерианы на стресс изучалось в двойном слепом исследовании R. Kohnen и соавт. (1988), в котором взрослых участников подвергали экспериментальному социальному стрессу. Результаты говорят о том, что прием экстракта валерианы вызывает снижение субъективных ощущений тревожности [19]. Испытание R. Andreatini и соавт. (2002) показало, что препараты валерианы, принимаемые в дозе 50 мг 3 р/сут на протяжении 4 нед, достоверно уменьшают симптомы тревожности согласно шкале Гамильтона для оценки тревоги. Причем эффект экстракта валерианы в данном исследовании оказался аналогичным действию диазепам в дозе 2,5 мг 3 р/сут [4]. Экспериментальные данные говорят, что подавление физического и психологического ответа на стресс с помощью экстракта валерианы реализуется через регуляцию обмена серотонина и норадrenalина в головном мозге (гиппокамп, миндалевидное тело) [46].

Поскольку одним из проявлений СПВ является нарушение сна, необходимо сказать о позитивном влиянии экстракта валерианы, входящего в состав препарата СЕДАРИСТОН, на инсомнию. Клинические исследования продемонстрировали, что препараты валерианы не только ускоряют засыпание, улучшают качество сна, но и увеличивают долю медленноволновой его фазы, особенно важной для восстановления энергизатрат организма [24, 25]. Следует отметить, что двухнедельное применение валерианы оказывает благоприятное действие на качество сна при синдроме отмены бензодиазепинов, которые являются часто назначаемыми при СПВ транквилизаторами [12].

Благодаря синергичному взаимно усиливающему действию экстрактов зверобоя и валерианы удается добиться баланса эффектов активизирующих и седативных. Причем достигаемая сбалансированность работы нервной системы приводит к качественно иному результату терапии при приеме препарата СЕДАРИСТОН. Именно поэтому СЕДАРИСТОН эффективно применяется в лечении как депрессивных, так и тревожных расстройств, сопровождающих СПВ. Подтверждением тому является ряд европейских клинических исследований, которые доказали эффективность препарата СЕДАРИСТОН в сравнении с синтетическими антидепрессантами. Так, в рандомизированном двойном слепом контролируемом клиническом исследовании сравнивались эффективность и безопасность препаратов СЕДАРИСТОН и амитриптилина. Пациенты основной группы принимали СЕДАРИСТОН по 1-2 капсуле 3 р/сут, а участники контрольной группы – амитриптилин по 25-50 мг 3 р/сут (часто применяемая доза при амбулаторном лечении). Через 6 нед терапии выраженность депрессии по шкале Гамильтона у больных группы СЕДАРИСТОНа снизилась с 24,2 до 8,4 балла, что было не только не хуже, а даже лучше, чем результаты лечения пациентов группы амитриптилина (улучшение на 70% против 65% соответственно). СЕДАРИСТОН значительно снизил соматические проявления как депрессии, так и психической тревоги, а также уменьшил

психовегетативные нарушения (головную боль, боль в спине и мышцах, ощущение тяжести в конечностях или голове, повышенная утомляемость). Кроме того, применение СЕДАРИСТОНА **благоприятно повлияло на качество сна**. Нежелательные явления в группе СЕДАРИСТОНА возникли очень редко, тогда как в группе амитриптилина они отмечались почти у 50% больных с частотой в 2,5 раза выше, чем в группе СЕДАРИСТОНА. Кроме того, доля серьезных побочных эффектов в контрольной группе амитриптилина значительно превышала такую же в группе, принимавшей СЕДАРИСТОН (25 против 7) [16].

Исследование D. Muller и соавт. (2003), включившее 2462 участников с диагнозом депрессии, показало, что комбинированный препарат из экстракта зверобоя и валерианы высокоэффективен в лечении этого патологического состояния. Лечащие врачи оценили действенность препарата как очень хорошую или хорошую в 87,2% случаев. Очень хорошая / хорошая переносимость отмечалась у 96,8% больных. Незначительные побочные действия (аллергия, дисфория, плохие сновидения)

наблюдались только у 3 из 2462 больных. Сонливости или повышенной утомляемости не отметил ни один участник исследования. Авторы указывают, что применение комбинированного препарата экстракта зверобоя и валерианы сопровождается более быстрым снижением выраженности симптомов депрессии и тревоги (внутреннего напряжения, дисфории, нервозности, нарушений сна).

Благодаря особой комбинации эффектов, возвращающих сбалансированность в деятельность нервной системы, СЕДАРИСТОН можно назначать самым разным когортам пациентов. Важно отметить, что, обеспечивая достижение симптоматической ремиссии, **СЕДАРИСТОН не нарушает дневную активность и работоспособность пациента**. Применение препарата СЕДАРИСТОН в рекомендованных дозах (2 капсулы 2 р/сут) не снижает скорость реакции, следовательно, принимая СЕДАРИСТОН, можно продолжать работать в привычном режиме.

СЕДАРИСТОН (esparma GmbH, Aristo group, Германия) – единственный препарат в Украине, который содержит комбинацию стандартизированных

экстрактов зверобоя и валерианы. Состав препарата разработан по-немецки скрупулезно и точно. Благодаря содержанию двух активных ингредиентов в высокой суточной концентрации СЕДАРИСТОН оказывает очень своеобразное терапевтическое действие — обеспечивает баланс седативного действия и активирующих эффектов, поддерживающих общий тонус и работоспособность. Тем самым улучшает эмоциональный фон, уменьшая проявления как тревожности, так и депрессивных состояний, снижает выраженность соматической симптоматики и вегетативных нарушений, возникающих на фоне СПВ. Особое, комплексное действие препарата СЕДАРИСТОН и его отличный профиль безопасности без сомнения делают его препаратом выбора для пациентов с профессиональным выгоранием, депрессивными и тревожными расстройствами, вегетососудистой дистонией. СЕДАРИСТОН — немецкая формула равновесия, которая поможет быть всегда в форме!

Список литературы находится в редакции.

Підготувала Лариса Стрильчук



дРАТІВЛИВІСТЬ? чи ВРІВНОВАЖЕНІСТЬ?

- ✓ ЗАСПОКІЙЛИВА дія валеріани
- ✓ ТОНІЗУЮЧИЙ ефект звіробою

Седаристон®

стань
СПОКІЙНИМ
залишайся
АКТИВНИМ

НІМЕЦЬКА ФОРМУЛА РІВНОВАГИ

Інформація для медичних та фармацевтичних працівників. **Склад:** 1 капсула містить: сухого екстракту звіробою (5-7:1) 100 мг; сухого екстракту коренів валеріани (4-7:1) 50 мг. **Лікарська форма.** Капсули тверді. **Завантаження.** Еспарма ГмбХ, Німеччина. **Виробник.** Фарма Верігерде ГмбХ, Німеччина. **Фармакологічна група.** Спокійні та заспокійливі засоби. Код АТС N05C. **Показання.** Нервово-збудження, подразливість, зниження концентрації уваги та навантаження раннього поведінки (стрес, розумова втомленість, клімактеричні та інші функціональні порушення з боку нервової системи). Вегетативна дисфункція, запаморочення, порушення сну, відчуття запаморочення, серцебиття та тривоги. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. Відомо підвищена чутливість шкіри до світла. **Побічні ефекти.** Запаморочення, головний біль, пригнічення емоційних реакцій, сонливість, зниження працездатності, депресія, запаморочення, втоми; шлунково-кишкові; алергічні реакції; фотосенсибілізація; втомленість, підвищення/зниження артеріального тиску; слабкість; тривожність; неспокій. РП. № UA/13150/01/01