

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*П.А. Бакумов, М.Е. Волчанский, Е.А. Зернюкова,
Ю.В. Козыренко, Е.Н. Ковальская, Е.И. Кочетова*

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра профессиональных болезней с курсом общей врачебной практики (семейная медицина) ФУВ, кафедра общей и клинической психологии

Использован комплексный подход к изучению эмоциональных нарушений у медицинских работников при использовании клинико-психологической совокупности методик: Торонтской алекситимической шкалы, методики Спилбергера-Ханина, методики Бэка и опросника SCL-90-R. У исследуемых специалистов констатировано наличие нарушений в аффективной сфере психики, детерминированное специфическими особенностями профиля медицинской деятельности. С учетом полученных результатов, в отношении работников терапевтического и, особенно, хирургического профиля целесообразно рекомендовать проведение комбинированной медико-психологической коррекции эмоциональных нарушений с использованием психологических методов и фармакологического лечения.

Ключевые слова: алекситимия, тревожность, депрессия, медицинские работники.

DOI 10.19163/1994-9480-2018-2(66)-35-38

ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN SURGICAL AND THERAPEUTIC MEDICAL PROFESSIONALS

*P.A. Bakumov, M.E. Volchansky, E.A. Zernyukova,
Yu.V. Kozyrenko, E.N. Kovalskaya, E.I. Kochetova*

*FSBEI HE «Volograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of occupational diseases with the course of general medicine of the Faculty
of Physicians' Improvement, Department of General and Clinical Psychology*

We applied complex approach to our study of emotional disorders in medical professionals using Toronto Alexithymia Scale, Spilberger-Hanin method, Beck method and questionnaire SCL-90-R. The occurrence of disorders in affective sphere of psyche determined by specific particularities of medical activity profile was proved. As a result, combine medical and psychological correction of emotional disorders with psychological methods and pharmacological treatment have been recommended in medical professionals of therapeutic and especially surgical profile.

Key words: alexithymia, anxiety, depression, medical professionals.

Профессиональная деятельность медицинских работников хирургического и терапевтического профиля, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает большую эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов профессионального риска, вызывающих дистресс [3, 5], тревожность и другие феномены, приводящие к риску эмоциональных нарушений [1, 2, 6]. На фоне личностной неспособности вербализовать свои переживания и распознать состояние тревоги, как когнитивной компоненты нарушений, у медицинских работников формируется предрасположенность к аффективной симптоматике нарушений. Неспособность врачей вербализовать и, тем самым, регулировать эмоции, причиняющие им страдания, может субъективно заменяться ощущениями неопределенного физиологического напряжения как реакции на стрессовые ситуации, создавая условия, способствующие развитию психосоматических заболеваний, тревожности и депрессии [4, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение симптоматического аффективного и когнитивного статуса медицинских работников, детер-

минированного специфическими условиями трудовой деятельности.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании участвовало 54 человека (из них мужчин – 23, женщин – 29). Группу исследуемых составили 14 медицинских работников хирургического профиля и 19 – терапевтического профиля (сотрудники Волгоградского областного клинического госпиталя ветеранов войн и Волгоградской областной клинической больницы № 1). Группу сравнения составили работники высшего учебного заведения, не занимающиеся медицинской деятельностью (21 человек). Возрастной диапазон исследуемых составил ($45 \pm 7,6$) лет; трудовой стаж: до 3 лет – 32 %, свыше 10 лет – 68 %. На момент проведения исследования у респондентов не было выявлено острых и обострений хронических заболеваний.

Для определения уровня выраженности алекситимических признаков применялась Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Уровень реактивной и личностной тревожности измерялся методикой Спилбергера-

Ханина. Уровень депрессии измерялся с помощью опросника Бэка (BDI). Для определения психологического состояния испытуемых применялся опросник выраженности психоэмоциональной симптоматики (SCL-90-R).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для получения актуального психологического симптоматического статуса применялась методика SCL-90-R. В группе исследуемых медицинских работников в сравнении с группой сравнения выявлены статистически достоверные различия по всем шкалам, кроме шкалы Psychoticism. Полученные данные сравнивались по результатам для итоговой дескрипции психологического симптоматического статуса группы исследуемых (табл.).

Данные показателей выраженности психопатологической симптоматики у исследуемых медработников и группы сравнения по методике SCL-90-R

Шкалы SCL	Группа исследуемых	Группа сравнения
Somatization	1,08	0,78
Obsessive-Compulsive	1,09	0,83
Interpersonal Sensitivity	1,01	0,87
Depression	0,96	0,76
Anxiety	0,97	0,69
Hostility	1,02	0,71
Phobic Anxiety	0,56	0,45
Paranoid Ideation	0,79	0,67
Psychoticism	0,49	0,44
Общий индекс тяжести симптомов GSI	0,93	0,74
PSDI	1,63	1,52
PST	50,00	38,27

Особое внимание было уделено показателям соматизации, тревоги, депрессии. Более высокие показатели в группе исследуемых по некоторым шкалам составляет: «соматизация» – 1,08 ($p < 0,01$), «обсессивно-компульсивные расстройства» – 1,09 ($p < 0,01$), «тревожность» – 0,97 ($p < 0,01$), «враждебность» – 1,02 ($p < 0,01$), а общее число утвердительных ответов – 50,00 ($p < 0,05$). Полученные данные подтверждают наличие дистресса, преобладание тревожного радикала с повышенной агрессивностью, часто проявляющегося соматизацией, склонностью к ипохондрии.

С помощью шкалы TAS были получены результаты, согласно которым распределение показателей в составе группы исследуемых медработников сложилось следующим образом: алекситимичными чертами обладают 40 % исследуемых специалистов; не обладают явно выраженными алекситимическими признаками, но находятся в группе риска 56 % от общего состава группы исследуемых; отсутствуют признаки алекситимии у 4 % медработников (рис.).

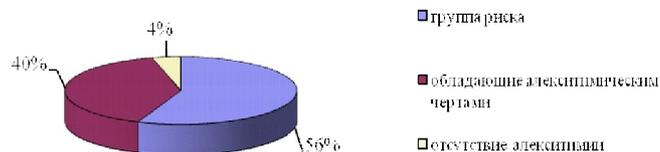


Рис. Показатели процентного распределения контингента исследуемых медицинских работников по группам уровня выраженности алекситимических черт по методике TAS

Эти показатели свидетельствуют о тенденции формирования в группе исследуемых выраженных в разной степени признаков алекситимического профиля, для которого характерны нарушения эмоциональной и отчасти когнитивной сфер психики индивида. Снижение способности к вербализации аффекта со временем может привести к избыточному физиологическому ответу на негативные воздействия внешней среды. У исследуемых обнаруживается слабая дифференцированность эмоций, неспособность к точному распознаванию и описанию своих эмоций и эмоций других. Наблюдается недоразвитие воображения, инфантильность, ригидность, примитивная жизненная направленность, неумение гибко регулировать межличностные отношения, аффективная скованность, затруднение или полная неспособность медицинского работника точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства пациента или коллеги по работе, трудности определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, что находит свое подтверждение в ряде исследований [7]. Им свойственно бесконечное описание физических ощущений, часто не имеющих связи с каким-либо определенным заболеванием; нечувствительность к своему внутреннему психическому и физическому благополучию сочетается с ограниченной способностью к регуляции аффективных и функциональных состояний, при этом ощущения описываются терминами «скука», «пустота», «усталость», «напряжение», «возбуждение» [4]. Можно предположить, что исследуемые специалисты осознают лишь неопределенное физиологическое напряжение, а не печаль, горе или радость.

Следующим изучаемым параметром явилась реактивная и личностная тревожность, определяемая методикой Спилбергера-Ханина. Исследование показало наличие умеренной реактивной тревожности ($32,5 \pm 8,929$), которое косвенно свидетельствует о наличии у медработников эмоционального напряжения, а также высокий показатель личностной тревожности ($45,20 \pm 10,18$). Последний был обнаружен у всех медицинских работников в исследуемой группе, а наличие реактивной тревожности – у 58 % исследуемых. Следует предположить, что обследуемые склонны воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как личностно угрожающие и реагировать на эти ситуации повышением уровня тревожности. У исследуемых медицинских

работников наиболее высока вероятность появления состояния тревожности в ситуациях, когда речь идет об оценке их компетентности и квалификации. Высокий уровень тревожности рассматривается как дезадаптивная реакция, проявляющаяся в общей дезорганизации поведения и профессиональной деятельности медицинского работника.

Средний показатель уровня депрессии по методике BDI составил ($12,76 \pm 8,77$) баллов, что свидетельствует о наличии депрессивной симптоматики в исследуемой группе в виде стойкого снижения настроения, сочетающегося с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось как приносящее удовлетворение или радость, недостаточной мотивации и потери жизненной энергии.

Для получения картины распределения изучаемых психологических характеристик и взаимосвязи их между собой был использован кластерный анализ, который констатировал наличие двух кластеров. Первый кластер включал следующие шкалы: фобическая тревожность, психотизм, индекс симптоматического дистресса и депрессии (по методике BDI). Следовательно, первый кластер отражает наличие дистресса, стойкую реакцию страха, ведущую к избегающему поведению, отсутствие интереса к жизни и недостаток мотивации. Второй кластер возглавляли специфические эмоционально-когнитивные состояния по критериям методики TAS, объединяя шкалы реактивной и личностной тревожности (по методике Спилберга-Ханина) и актуального психологического симптоматического статуса респондентов (по методике SCL-90-R). Исходя из этого, второй кластер отражает нарушения в эмоционально-личностной сфере, ипохондрию, наличие личностной и реактивной тревожности, которые проявляются в общей дезорганизации поведения. Впоследствии происходит объединение двух выше описанных кластеров в один с комплексной симптоматикой.

Полученные данные указывают на наличие в группе исследуемых проблем с вербализацией собственных эмоциональных переживаний, чувств, состояний тревоги, распознаванием их у других субъектов труда (коллег по работе, пациентов). В этом случае мир постепенно становится бедным на аффективные конструкты и богатым на внешнюю ситуацию (события), они выходят на первый план в ущерб внутренним переживаниям, и профессионал со временем перестает эмоционально включаться в объективную ситуацию. Невладение проживать свои чувства вовне и проживать их внутри своего организма приводит к нарушению работы вегетативной нервной системы, поэтому медицинские работники хирургического и терапевтического профиля, имеющие признаки комплексных эмоциональных нарушений, оказываются более склонными к депрессии и развитию психосоматических заболеваний. Полученные результаты указывают на корреляционную связь между признаками эмоциональных состояний по критериям шкал TAS, тревожностью и депрессией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У медицинских работников хирургического и терапевтического профиля выявлена комплексная аффективно-когнитивная симптоматика, выражающаяся в неспособности дифференцировать эмоции других и выражать свои эмоции в сочетании с субъективным ощущением неопределенных физиологических реакций, недостаточностью функции рефлексии, что приводит к дезадаптивным формам поведения, неадекватному характеру трудовой деятельности, чрезмерному прагматизму, коммуникативным барьерам и профессиональным конфликтам в пространстве трудовых взаимоотношений. У работников исследуемой профессиональной группы выявлены нарушения в эмоционально-личностной, мотивационно-волевой и когнитивной сферах, что свидетельствует о необходимости продолжения комплексного медико-психологического подхода в изучении состояний и процессов. Современные исследования указывают на результативность комплексного подхода в решении данной проблемы, где психотерапевтическая коррекция должна дополнять фармакологическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакумов П.А., Зернюкова Е.А., Гречкина Е.Р. Возможности оптимизации качества жизни медицинских работников // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – № 1 (41). – С. 75–77.
2. Бакумов П.А., Зернюкова Е.А., Гречкина Е.Р. Проблема здоровья и качество жизни медицинских работников // Медицина труда и промышленная экология. – 2013. – № 10. – С. 33–35.
3. Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д. и др. Психосоциальные факторы в оценке общественного здоровья по результатам популяционного многоцентрового исследования // Профилактическая медицина. – 2012. – № 1. – С. 4–9.
4. Калинина С.А. Социально-психологические факторы формирования профессионального стресса при нервно-эмоциональной деятельности // Медицина труда и промышленная экология. – 2009. – № 5. – С. 18–22.
5. Никифоров Д.С., Потеряева Е.Л., Никифорова Н.Г. Анализ качества жизни работников скорой медицинской помощи // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 4. – С. 27–30.
6. Сидоров П.И., Родыгина Ю.К. Феномен профессиональной деформации личности в современных условиях // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 9. – С. 20–23.
7. Симонова Н.И. Значимость психосоциальных факторов трудового процесса для работников различных профессий в современных условиях // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 6. – С. 41–47.

REFERENCES

1. Bakumov P.A., Zernjukova E.A., Grechkina E.R. Vozmozhnosti optimizacii kachestva zhizni medicinskih rabotnikov [Possibilities of optimizing quality of life in medical personnel]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo*

medicinskogo universiteta [Bulletin of Volgograd State Medical University], 2012, no. 1 (41), pp. 75–77. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Bakumov P.A., Zernjukova E.A., Grechkina E.R. Problemy zdorov'ja i kachestva zhizni medicinskih rabotnikov [Health problems and life quality of medical personnel]. *Medicina truda i promyshlennaja jekologija* [Industrial medicine], 2013, no. 10, pp. 33–35. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Britov A.N., Eliseeva N.A., Deev A.D., Miroshnik E.V., Fishman B.B., Sibireva V.V., Drozdeckij S.I., Borjak A.M., Smirnova N.B., Inarokova A.M., Nechaeva G.I., Veselkov A.F., Kasimov R.A., Zajceva M.N. Psihosocial'nye faktory v ocenke obshchestvennogo zdorov'ja po rezul'tatam popyljacionnogo mnogocentrovogo issledovanija [Psychological factors in public health assessment by the results of a population-based multicenter study]. *Profilakticheskaja medicina* [Prophylactic medicine], 2012, no. 1, pp. 4–9. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Kalinina S.A. Sicial'no-psihologicheskie factory formirivaniya professional'nogo stressa pri nervno-jemocional'noj dejatel'nosti [Social and psychologic factors

of occupational stress forming in emotional exertion activities]. *Medicina truda i promyshlennaja jekologija* [Industrial medicine], 2009, no. 5, pp. 18–22. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Nikiforov D.S., Poterjaeva E.L., Nikiforova N.G. Analiz kachestva zhizni rabotnikov skoroj medicinskoj pomoshchi [Analysis of life quality of medical emergency rescue servise]. *Medicina truda i promyshlennaja jekologija* [Industrial medicine], 2008, no. 4, pp. 27–30. (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Sidorov P.I., Rodygina Ju.K. Fenomen professional'noj deformacii lichnosti v sovremennyh uslovijah [Phenomenon of occupational deformation of personality nowadays]. *Medicina truda i promyshlennaja jekologija* [Industrial medicine], 2010, no. 9, pp. 20–23. (In Russ.; abstr. in Engl.).

7. Simonova N.I. Znachimost' psihosocial'nyh faktorov trudovogo processa dlja rabotnikov razlichnyh professij v sovremennyh uslovijah [Importance of psycho-social factors of work process for variable occupations in contemporary conditions]. *Medicina truda i promyshlennaja jekologija* [Industrial medicine], 2008, no. 6, pp. 41–47. (In Russ.; abstr. in Engl.).

Контактная информация

Зернюкова Елена Александровна – к. м. н., ассистент кафедры профессиональных болезней с курсом общей врачебной практики (семейная медицина) ФУВ, e-mail: zernjukova@list.ru