

*Галако Т.И., Зубарева М.В.*

**ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА  
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*T.I. Galako, M.V. Zubareva*

**INTERRELATION OF IRRATIONAL USE OF ANTYPsicHOTIC  
DRUGS AND PREVALENCE OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG  
PSYCHIATRISTS IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 616.89-02

*В психиатрических стационарах Кыргызской Республики имеет место нерациональное использование антипсихотических препаратов.*

*Более, чем у половины врачей выявлен синдром эмоционального выгорания, что сказывается на качестве лечебно-диагностического процесса.*

*В статье показана зависимость нерационального использования антипсихотических препаратов и выраженность проявлений синдрома эмоционального выгорания.*

*In psychiatric hospitals Kyrgyz Republic holds irrational use of antipsychotic drugs.*

*More than half of the doctors diagnosed burnout syndrome, which affects the quality of diagnostic and treatment process. The article shows the irrational use of antipsychotic drugs and the severity of burnout.*

Лечение пациентов с шизофренией является одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии, прежде всего, из-за высокой распространенности расстройств шизофренического спектра. Пациенты с диагнозом шизофрения в разных странах занимают от 25 до 40-50% коечного фонда психиатрических стационаров [1].

Согласно статистическим отчетам министерства здравоохранения КР распространенность расстройств шизофренического спектра составляла 1,02% в 2008г. и 1,76% в 2009г. Уместно подчеркнуть, что почти у каждого третьего пациента фармакотерапия оказывается неэффективной из-за неадекватного её применения (приблизительно в 50% случаев). Иванов М.В., Мазо Г.Э., Морозова М.А. (2004) отмечают, что у каждого пятого больного, поступившего в стационар, прослеживается реакция на препарат, противоположная ожидаемой. В последние десятилетия отмечается выраженный рост случаев резистентности к нейролептикам, несмотря на современное лечение, а также увеличение количества случаев со снижением терапевтического эффекта от проводимой терапии [5].

Комплексное применение психотропных препаратов является характерной особенностью современной фармакотерапии психически больных. Тенденция к комбинации психотропных средств явно прогрессирует, несмотря на расширение спектра психотропных препаратов и улучшение диагностических возможностей [4,5].

Проблема рационального использования лекарственных средств особенно актуальна для нашей страны, где с одной стороны, бюджетное финансирование психиатрии является недостаточным, а с другой - продолжают использоваться малоэффективные лекарственные средства, что обусловлено их низкой стоимостью. Это приводит к увеличению количества резистентных к терапии больных и, как следствие - к росту повторных госпитализаций, инвалидизации и снижению качества жизни пациентов.

Помимо этого, неэффективность лечебного процесса обусловлена таким феноменом, как профессиональная деформация врачей, в частности, синдромом эмоционального выгорания (далее - СЭВ) [2,3,6].

Следует отметить, что от наличия СЭВ и выраженности его фаз напрямую зависит эффективность диагностического и лечебного процесса [3,6,7].

**Цель исследования** - определить взаимосвязь нерационального использования антипсихотических препаратов и выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров КР

**Задачи:**

1. Изучить использование антипсихотических препаратов в профильных стационарах Кыргызской Республики.

2. Изучить синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей-психиатров, работающих в психиатрических стационарах КР..

3. Определить взаимосвязь СЭВ и его разных фаз с нерациональным использованием антипсихотических средств.

*Материалы и методы исследования.*

Для решения поставленных задач была разработана специальная процедура исследования, включающая в себя два этапа. На первом этапе был проведен анализ прихода, расхода и остатка антипсихотических препаратов, а также средств, затраченных на их приобретение по бюджетному финансированию в РЦПЗ, ООЦПЗ, ЖОЦПЗ, РПБ с Чым-Коргон и пос. Кызыл-Джар. Данные были взяты из специальных утвержденных форм, входящих в перечень обязательной документации каждого отделения вышеуказанных стационаров.

Вторая часть исследования была направлена на выявление синдрома эмоционального выгорания и выраженности его фаз у врачей-психиатров. В исследовании принимали участие 76 врачей, из них 36 психиатров, работающих в РЦПЗ, 16 врачей-психиатров из ООЦПЗ и ЖОЦПЗ, 12 врачей из РПБ пос. Кызыл-Джар и 12 врачей из РПБ с. Чым-Коргон.

Для изучения СЭВ была выбрана методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко, которая позволяет оценить формирование СЭВ в соответствии со стадиями общего адаптационного синдрома (напряжение, резистенция, истощение).

Заключительным этапом статистической обработки выявление корреляционной связи между расходом антипсихотических препаратов и выраженностью фаз синдрома эмоционального выгорания. Для этого был использован метод нормализации данных и построения уравнений линейной регрессии.

Результаты анализа позволили отследить динамику использования антипсихотических средств за исследуемые годы. Препаратом, на который была в

большей степени ориентирована терапия в стационарах, является галоперидол. Клозапин не был ведущим препаратом на протяжении всего исследуемого периода. Тиоридазин и трифлуоперазин использовались крайне мало и в небольших дозах. Использование хлорпромазина возросло во всех стационарах в 2009г.

В проведенном исследовании был выявлен синдром эмоционального выгорания у 50,7% респондентов. Наиболее выраженной фазой синдрома эмоционального выгорания среди сотрудников всех стационаров оказалась фаза резистенции; далее следует фаза истощения, кроме респондентов РТТГП. где на втором месте определена фаза напряжения. Следует отметить, что в РЦПЗ работает немало молодых врачей-психиатров (моложе 40 лет) с небольшим стажем работы, в отличие от остальных больниц.

Результаты корреляционного анализа между выраженностью СЭВ и использованием антипсихотических препаратов представлены на рис. 1-3.

На рисунке 1 представлена зависимость между выраженностью фазы напряжения СЭВ и дозами назначаемых антипсихотических препаратов.

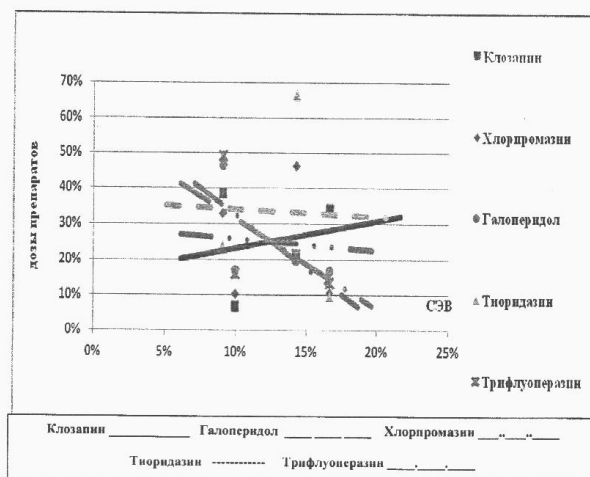
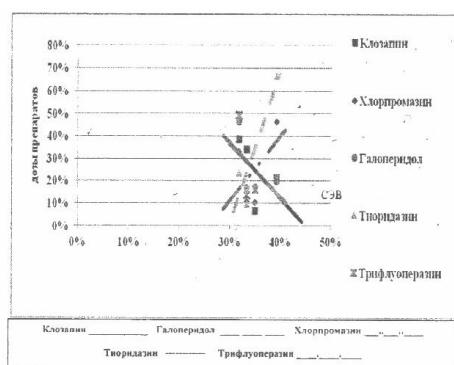


Рис. 1. Зависимость применяемых доз антипсихотических препаратов от выраженности фазы напряжения СЭВ

Полученные графики линейной регрессии показывают прямую зависимость между значительным снижением доз классических антипсихотиков (трифлуоперазина и галоперидола) и выраженностью фазы напряжения, а также обратную зависимость в отношении клозапина, что свидетельствует о стремлении врачей назначать адекватные дозы препарата. Однако эта зависимость менее сильная, чем прямые зависимости. Корреляционные связи в отношении тиоридазина и хлорпромазина менее выражены, т.к. врачи с наличием СЭВ в фазе напряжения ориентированы на применении атипичного антипсихотического препарата.

Данный результат вполне сопоставим с результатами исследования фаз СЭВ, поскольку ведущим симптомом этой фазы является "переживание психотравмирующих обстоятельств", т.е. остается уверенность врача в эффективности некоторых препаратов (в данном случае клозапина), но в то же время использование малых доз препаратов приводит к разочарованию в терапевтическом процессе. Хлорпромазин и тиоридазин используются в процессе лечения не так часто, поэтому нет значительной зависимости от выраженности фазы напряжения.



На рисунке 2 представлена зависимость между выраженностью фазы резистенции синдрома эмоционального выгорания и дозами назначаемых антипсихотических препаратов.

**Рис. 2.** Зависимость применяемых доз антипсихотических препаратов от выраженности фазы резистенции СЭВ

Представленный рисунок показывает, что более сильной становится зависимость между фазой резистенции и назначаемыми дозами галоперидола, трифлуоперазина и клозапина, т.е. все три графика накладываются друг на друга. Графики, характеризующие зависимость между тиоридазином и хлорпромазином и выраженностью фазы резистенции демонстрируют сильную обратную зависимость, т.е. частота применения этих препаратов вероятно будет возрастать. Такая зависимость объясняется тем, что ведущим симптомом 2-ой фазы СЭВ является "неадекватное избирательное эмоциональное реагирование", т.е. пациент "мешает" врачу, он не видит ожидаемой динамики в своем терапевтическом вмешательстве и приоритетными средствами в процессе терапии становятся хлорпромазин и тиоридазин за счет своего седативного эффекта. Врач в основном ориентирован на купирование возбуждения и выраженной тревоги, поэтому больше выражено стремление использовать препараты с доказанным седативным действием, а по отношению к антипсихотическому эффекту наблюдается противоположная тенденция, т.е. снятие ответственности с себя за побочные эффекты препаратов.

Из этого следует, что психотропные средства, оказывающие доказанное антипсихотическое дейст-

вие, могут применяться в неадекватных дозах, что приводит к неэффективности терапии и во многом способствует процессу стигматизации психотропных средств, врачей-психиатров. Это во многом объясняет то, что по данной фазе были получены статистически достоверные различия при сравнении групп респондентов из РЦПЗ и РПБ с. Чым-Коргон по симптому "редукция профессиональных обязанностей", который является следствием ведущего симптома фазы резистенции "неадекватное избирательное реагирование".

На рисунке 3 представлена зависимость между выраженностью фазы истощения синдрома эмоционального выгорания и дозами назначаемых антипсихотических препаратов.

Графики, представленные на рисунке 3, демонстрируют прямую зависимость между снижением применения доз таких препаратов как хлорпромазин, клозапин, галоперидол и ростом выраженности фазы истощения синдрома эмоционального выгорания. Таким образом, можно предполагать, что "выгоревшие" врачи стремятся избежать ответственности за пациента, "снимая" с себя все трудности работы с больным.

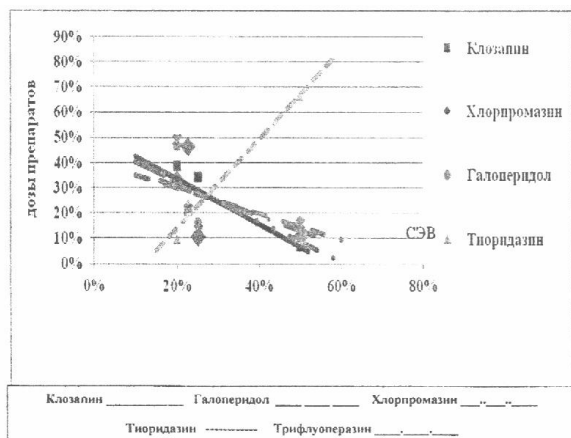


Рис. 3. Зависимость применяемых доз антипсихотических препаратов от выраженности фазы истощения СЭВ

Главным симптомом этой фазы среди всех групп респондентов является "эмоциональная отстраненность", как от больного, так и от своей работы. Терапевтический процесс строится по принципу "вас много, а я один" - врач не сочувствует пациенту, сохраняя оптимальные резервы эмоционального реагирования. Полученная прямая зависимость более выражена для клозапина и хлорпромазина и несколько меньше - в отношении трифлуоперазина и галоперидола. Это может объясняться тем, что клозапин при выраженной фазе истощения воспринимается так же, как и хлорпромазин исключительно как седативное средство, а не как атипичный антипсихотический препарат.

Обратную зависимость в отношении тиоридазина вероятно, можно связать с тем, что фаза истощения СЭВ изменяет для врача смысл слова "не навреди" - вместо того, чтобы применять адекватные терапевтические дозы сильных антипсихотиков, врач назначает легкий препарат с хорошей переносимостью и невыраженными побочными эффектами. Таким образом, при необходимости длительного приема тиоридазин становится препаратом выбора.

Проведенный анализ показал, что нерациональное использование антипсихотических средств значительно зависит от выраженности синдрома эмоционального выгорания и способствует развитию у пациента клинической резистентности за счет неадекватных назначений.

**Выводы:**

1. Имеет место нерациональное использование антипсихотических средств в профильных стационарах республики.
2. Терапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра ориентирована в большей степени на галоперидол.

3. У 50,7% респондентов выявлен синдром эмоционального выгорания в различной степени выраженности фаз, у 24% врачей он является полностью сформированным, при этом наиболее выраженной фазой синдрома эмоционального выгорания является фаза резистентности,

4. Выявлена зависимость между выраженностью синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров КР и нерациональным использованием антипсихотических препаратов - чем выраженнее проявления синдрома эмоционального выгорания, тем менее адекватны выбор и дозы антипсихотических препаратов.

**Литература:**

1. Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: социальные и экономические аспекты. Автореф дисс. канд. мед.наук.-М., 2007. -24 с.
2. Винокур, В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников // Гедеон Рихтер в СНГ. 2001. -№ 4. С.71 -71.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - Серия "Практическая психология". СПб.: "Питер". -2005 С.336
4. Данилов Д.С. Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов (часть 1). // Психиатрия и психофармакотерапия. -2010.-№12 (1): С. 34-41.
5. Иванов М.В., Мазо Г.Э. Применение рисполепта для лечения терапевтически резистентных больных. //Обозр. психиатр.имед. психол. им. В.М.Бехтерева. 2004. - № 1 . С.12- 17
6. Юрьева Л.Н.Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция.- К.: Сфера, 2004.С.246.
7. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout //Ann.Rev. of Psychology.-2001.-Vol.52.-P.397-422

Рецензент: к.м.н., доцент Фетисова Н.П.