

Zapał, który wypala

Zeal that burns out

**Katarzyna Simonienko, Mikołaj Kwiatkowski, Natalia Wygnał,
Napoleon Waszkiewicz**

Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



Katarzyna Simonienko
Absolwentka
Uniwersytetu
Medycznego
w Białymstoku,
specjalista psychiatra,
obecnie pracownik
naukowo-dydaktyczny
Kliniki Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku. Do jej
głównych zainteresowań
naukowych należą:
psychofarmakologia,
zwłaszcza w kontekście
wpływu substancji
psychoaktywnych
na funkcjonowanie
ośrodkowego
układu nerwowego,
klinika zaburzeń
neurohormonalnych
związanych ze stresem,
fitoterapia i etnobotanika
oraz wpływ zjawisk
społecznych na psychikę
człowieka.

STRESZCZENIE

Personel placówek psychiatrycznych jest szczególnie narażony na wypalenie zawodowe. To problem, na który warto zwrócić uwagę, ponieważ znacząco obniża nie tylko jakość wykonywanej pracy, ale także komfort życia, a w rezultacie może prowadzić do takich zaburzeń psychicznych jak depresja czy zaburzenia lękowe, a nawet zakończyć się samobójstwem. Niniejszy artykuł omawia zjawisko wypalenia zawodowego i jego procedury leczenia.

Słowa kluczowe: zespół wypalenia zawodowego, zaburzenie adaptacyjne, zaburzenie psychiczne, depresja, lęk

ABSTRACT

Psychiatric institutional staff is especially exposed to the burnout syndrome. This problem is worth noting as it significantly reduces not only the quality of work, but also the quality of life. It can result in mental disorders such as depression, anxiety disorders or finally even in a suicide attempt. This article discussed the characteristics of burn out syndrome and its treatment procedures.

Key words: burn out syndrome, adjustment disorder, psychiatric disorder, depression, anxiety

NAJWAŻNIEJSZE

Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego jest niebezpiecznym zjawiskiem, które obniża efektywność pracy i prowadzi do zaburzeń psychicznych. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie oraz sięgnięcie po pomoc, także profesjonalną.

HIGHLIGHTS

Burnout syndrome in medical staff is a dangerous phenomenon, which lowers the effectiveness and leads to mental disorders. The early diagnosis and seeking for help, including professional help, are very important.

Zapał, który wypala

K. Simonienko, M. Kwiatkowski, N. Wygnał, N. Waszkiewicz

WSTĘP

Personel placówek psychiatrycznych jest narażony na zespół wypalenia zawodowego, który znacząco obniża nie tylko jakość wykonywanej pracy, ale także komfort życia, a w rezultacie może prowadzić do zaburzeń psychicznych skutkujących niekiedy samobójstwem. W niniejszym artykule pragniemy bliżej przyjrzeć się temu zjawisku, jego objawom oraz możliwościom pomocy, samoobserwacji, szukania wsparcia w zespole i wśród najbliższych, a także możliwościom profesjonalnego leczenia.

OBRAZ KLINICZNY

Wypalenie zawodowe zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób ICD-10 nie należy do zaburzeń psychicznych z grupy F, ale kodowane jest jako Z73.0 – „Problemy związane z trudnościami życiowymi”. Diagnoza dotyczy sytuacji, kiedy ktoś przestaje się rozwijać zawodowo, praca nie sprawia mu satysfakcji, odczuwa przemęczenie i niezadowolenie z podejmowanej aktywności. Przyczyną jest stres wynikający z przecapowania, najczęściej dotyczący osób intensywnie pracujących z innymi ludźmi, w tym lekarzy.

Zgodnie z teorią Christiny Maslach na wypalenie zawodowe składają się [1, 2]:

- emocjonalne wyczerpanie – wyczerpanie psychicznych zasobów, uczucie pustki i odpływ sił, wywołane nadmiernymi wymaganiami
- depersonalizacja – poczucie bezosobowości, zmniejszona wrażliwość, cynizm, obojętność wobec pracy
- obniżenie oceny własnych dokonań – poczucie marnowania czasu i wysiłku, braku skuteczności zawodowej.

Istotną komponentę stanowi też niedopasowanie pracy i osoby, gdzie na pierwszy plan wysuwają się takie problemy, jak: utrata kontroli nad wykonywanymi obowiązkami oraz niesprzyjające, „toksyczne” środowisko, brak pozytywnych informacji zwrotnych, uczciwych zasad współpracy, a także konflikt między priorytetami zawodowymi i prywatnymi.

Wyróżnia się kilka faz wypalenia zawodowego [3]:

- faza I: „przeładowanie” obowiązkami i stresem (objawy zwykle nierozpoznane), istotny udział mechanizmów kompensacyjnych, skrócenie czasu przeznaczonego na wypoczynek i czynności pozazawodowe, zaniedbywanie potrzeb osobistych i relacji, wzrost irytacji, zaburzenia snu, apetytu, zaburzenia seksualne

- faza II, pośrednia: zaostrzenie procesu przemęczenia
- faza III, totalne wyczerpanie: spadek napięcia układu współczulnego, utrata zdolności do pracy, społeczne wyczerpanie, fobia społeczna, zespoły przewlekłego bólu (uogólniona somatyzacja), skrócony lub nadmiernie wydłużony czas snu (problemy z wybudzaniem się), manifestacje chorób somatycznych, poczucie beznadziejności i zachowania samobójcze.

Personel psychiatryczny narażony jest na wypalenie zawodowe w szczególny sposób. Do obciążających czynników należą: nieprzewidywalne zachowania i agresja pacjentów, ryzyko popełnienia przez nich samobójstwa, konieczność leczenia wbrew czyjejś woli, trudności w komunikacji z chorymi. Powszechny dostęp do Internetu sprawia też, że pacjenci, samodzielnie wyedukowani, mają nierealne oczekiwania, bardzo surowo oceniają lekarzy, a kontakt z nimi staje się bardziej napięty i stresujący. Pomimo faktu, iż myśli i tendencje samobójcze nie są w praktyce psychiatry czymś rzadkim, to samo zetknięcie się ze śmiercią pacjenta nie następuje tak często, jak na oddziałach somatycznych, ale lekarz może znosić ją trudniej i często traktować jako osobistą porażkę terapeutyczną, a nie konsekwencję przewlekłej choroby. Takie podejście jest zdecydowanie bardziej obciążające [4]. Kolejny czynnik stanowi zderzenie z realiami – biurokracją czy warunkami pracy, w kontekście początkowych oczekiwań co do realizacji swoich działań zawodowych – budzące frustrację. Ważną rolę odgrywa tu nie tylko brak motywacji do pracy i poczucia kompetencji, ale i ambicja. Nie bez znaczenia są też określone cechy osobowości, zwłaszcza niska samoocena i duża potrzeba potwierdzania własnej wartości, wybijania się na tle innych, skłonność do rywalizacji, perfekcjonizm, ale też niepewność, trudności w wyrażaniu emocji. Jeśli zaciera się granica między życiem zawodowym a osobistym, brakuje zasobów poza wykonywanym zawodem, innych zainteresowań, kontaktów, rodziny – ryzyko rośnie jeszcze bardziej. W końcu, jeśli coś złego dzieje się w pracy, przekłada się to także na życie codzienne [4]. Co ciekawe, zaobserwowano, że poziom empatii wśród lekarzy ma przeciwny związek z poziomem ich wypalenia zawodowego (z wyjątkiem poziomu poczucia utraty osiągnięć osobistych), wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. Lekarze „niezabiegowi” cechują się zaś wyższym poziomem empatii od lekarzy zabiegowych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wyróżniają się też najniższym poziomem wypalenia zawodowego, a w stosunku do lekarzy zabiegowych różnica ta jest istotna statystycznie [4]. Samobójstwa w środowisku lekarskim zdarzają się znacząco częściej niż w populacji ogólnej (28–40 osób na 100 000, w populacji ogólnej

12 osób na 100 000) [5], a nawet częściej niż u ludzi posiadających podobne wykształcenie akademickie, ale niepracujących w zawodzie lekarza [6, 7]. Już u studentów medycyny i lekarzy rezydentów ryzyko zachorowania na depresję jest o 15–30% wyższe niż w populacji ogólnej. W praktyce zawodowej czynnikami, które zwiększają ryzyko depresji, są m.in.: trudne relacje w pracy (ze starszymi kolegami, z pielęgniarkami, pacjentami), brak snu, 24-godzinne dyżurowanie, popełnianie błędów medycznych, styczność ze śmiercią, samotność, samokrytycyzm. Ci sami autorzy proponują, aby zwrócić uwagę na następujące zachowania u lekarzy, które mogą świadczyć o zaburzeniach natury psychicznej: drażliwość, napady złości, konflikty interpersonalne, spadek energii, kreatywności i entuzjazmu, dziwne zachowania w pracy (obchody w środku nocy, znaczne spóźnienia), niewłaściwe relacje z pacjentami, ze studentami czy z personelem, izolacja, uzależnienia, tendencja do popełniania błędów, pogorszenie koncentracji, mniejsze przywiązywanie wagi do skarg pacjentów, wahania nastroju, impulsywne, irracjonalne zachowania i decyzje, niewłaściwe strój i higiena, komentarze czy zachowania nacechowane seksualnie, zmniejszona lub zwiększona potrzeba snu, nieobecności w pracy, częste zmiany miejsc pracy [8]. Lekarzy jest też trudniej zdiagnozować pod kątem depresji czy myśli samobójczych z kilku powodów: rzadziej szukają oni pomocy medycznej, polegając na własnej wiedzy, wstydząc się kolegów po fachu i przyznania do „błędu”. Sami wypisują sobie potrzebne im, według własnej oceny, leki. Poza tym trudniej im jest postawić się po stronie pacjenta i stosować do zaleceń. Okazuje się, że „samoleczenie” wśród lekarzy, oprócz stosowania takich środków jak leki z różnych grup, polega na paleniu papierosów, spożyciu/przyjmowaniu alkoholu, marihuany, kokainy i opiatów. Lekarze medycyny ratunkowej i psychiatry wiodą tutaj prym, przy czym ci drudzy najczęściej nadużywają benzodiazepin. Problem dotyczy w najmniejszym stopniu pediatrów i chirurgów, z wyjątkiem palenia papierosów. Anestezjolodzy natomiast preferują opiaty [9].

Na skutek przeżywania przewlekłego napięcia ulega zaburzeniu czynność osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA, *hypothalamic-pituitary axis*), zwiększa się wydzielanie kortykoliberyny (CRH, *corticotropin-releasing hormone*) oraz wazopresyny (AVP, *arginine vasopressin*) z jądra przykomorowego podwzgórze, która działa z nią synergistycznie. Oba hormony nasilają wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego (ACTH, *adrenocorticotrophic hormone*) i kortyzolu, a AVP dodatkowo wzmacnia reakcje lękowe i depresyjne, zaburze-

nia regulacji snu i odżywiania. Efekt stanowią między innymi utrzymująca się hiperkortyzolemia i wszystkie konsekwencje z nią związane – od zaburzeń odporności do problemów metabolicznych [10]. Czarny scenariusz obejmuje również zjawisko opisane po raz pierwszy w Japonii – *karōshi*, czyli śmierć z przepracowania. Nie jest to wprawdzie oficjalny termin medyczny, jednak warto się temu zjawisku przyjrzeć. Dotyka osób zwykle w średnim wieku, pozornie zdrowych, bardzo aktywnych zawodowo i wiąże się z zaburzeniami krążeniowo-sercowymi powstającymi na tle stresu. To na ogół ludzie sukcesu, którzy nie wykorzystują urlopu, mają jednak mnóstwo wypracowanych nadgodzin. *Karōshi* na ogół nie towarzyszą zaburzenia nastroju czy apatia, wręcz przeciwnie: planów jest dużo, może tylko brakować pełnej wiary w siebie i samoakceptacji [4]. W odpowiedzi na tego typu zjawiska zrodziła się idea *work-life balance* – koncepcja takiego gospodarowania czasem, aby osiągnąć równowagę pomiędzy pracą (w tym ambicjami) a życiem prywatnym (rodziną, hobby, duchowością i rozrywką). Zgodnie z tą ideą pracodawca powinien dbać o dobre samopoczucie pracownika, jego zadowolenie z pracy i go doceniać [11].

FORMY POMOCY

Czy można rozpoznać samodzielnie zespół wypalenia zawodowego? Najlepiej, żeby danej osobie przyjrzał się ktoś obiektywny, a więc specjalista, ale spoza jej zakładu pracy. Na początku jednak warto zwrócić uwagę na objawy ostrzegawcze z listy Kasłowa i Schulmana:

- niechęć towarzysząca wyjściu do pracy
- brak chęci do pracy
- poczucie, że życie jest ciężkie
- poczucie izolacji od świata
- drażliwość
- brak cierpliwości w kontaktach rodzinnych
- częste choroby bez istotnych przyczyn
- negatywne przeniesienia na kontakty z pacjentami [12].

Niestety, mimo świadomości konsekwencji, często nie potrafimy poradzić sobie ze stresem w „zdrowy” sposób. Lekarze nadużywają alkoholu i innych środków psychoaktywnych, palą papierosy, kompulsywnie się objadają. Mechanizmy te, oprócz oczywistych szkód dla organizmu, niosą ze sobą skutki dla rodziny osoby „zestresowanej” oraz w konsekwencji odbijają się na pacjentach i pracy zawodowej – stres narasta i koło się zamyka. Odsetek rozwodów w rodzinach lekarskich jest o 10–20% wyższy niż w populacji ogólnej [5].

Zapał, który wypala

K. Simonienko, M. Kwiatkowski, N. Wygnał, N. Waszkiewicz

Co można zrobić, aby poprawić swoją sytuację?

- Obniżyć standardy/własne oczekiwania w stosunku do idealnego wykonywania swojej pracy. Nie drastycznie – nie całkowicie rezygnując z ambicji zawodowych, ale wyznaczyć sobie kilka celów, które są niezbędne i najważniejsze, i tych się trzymać.
- Zadbaj o zasoby pozazawodowe – naucz się trudnej sztuki wypoczynku bez poczucia winy.
- Skorzystaj z treningów asertywności.
- Regularnie uprawiaj sport.
- Skorzystaj z pomocy psychoterapeuty.
- Znajdź pasję, a na nią z kolei – czas.

Na popularnym portalu lekarskim w dziale „Po dyżurze” znajduje się zakładka „Nasze pasje”, gdzie możemy znaleźć informacje oraz wypowiedzi na temat m.in. sportu, kulinariów, polityki, podróży (najpopularniejsze zaraz po polityce), filmów, zwierzątek, ogrodów oraz fotografii. Lekarze grają w piłkę, jeżdżą na nartach, malują obrazy, piszą książki sensacyjne, podróżują, fotografują, grają na instrumentach, a nawet kręcą filmy [13].

Zgodnie z zaleceniami Musalka formy terapii zależą od fazy wypalenia zawodowego:

- faza I – poradnictwo, *coaching*, zapobieganie
- faza II – *coaching*, profilaktyka, zapobieganie
- faza III – leczenie, rehabilitacja, emerytura [3].

WNIOSKI

Zespół wypalenia zawodowego to niebezpieczne zjawisko, które obniża efektywność pracy i prowadzi do zaburzeń psychicznych. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie oraz sięgnięcie po pomoc, także profesjonalną. Istotnym czynnikiem chroniącym są zasoby pozazawodowe – wsparcie rodziny, niezawodowe kontakty towarzyskie, regularne uprawianie sportu oraz pozamedyczne pasje.

A jeśli pojawią się wyrzuty sumienia, że marnujemy czas? Pomyślmy, iż w końcu robimy to też dla dobra naszej pracy i pacjentów – dobry i sprawnie myślący lekarz to, jak wiemy, lekarz wypoczęty, zadowolony, pełen cierpliwości, a nie frustracji.

PISMIENICTWO

1. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *MBI: The Maslach burnout inventory: Manual*. Consulting Psychologists Press; Palo Alto 1996.
2. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: recent development in theory and research*. Taylor and Francis; Washington DC 1993: 19-32.
3. Musalek M, Zeidler R. *Burn-out als Prozess*. *Spectrum Psychiatrie* 2013; 4: 43-48.
4. Wilczek-Rużycka E. *Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia*. *Sztuka Leczenia* 2006; 1-2(13): 39-49.
5. Miller MN, McGowen KR. *The painful truth: Physicians are not invincible*. *South Med J* 2000; 93(10): 966-973.
6. Arnetz BB. *Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population*. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75(2): 139-143.
7. Glaser G. *Unfortunately, doctors are pretty good at suicide*. *Journal of Medicine (Sausalito, California)* 2015 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511111/>].
8. Bright RP, Krahn L. *Depression and suicide among physicians*. *Curr Psychiatr* 2011; 10(4): 16-17, 25-26, 30.
9. Hughes PH. *Physician substance use by medical specialty*. *J Addict Dis* 1999; 18(2): 23-37.
10. Kostowski W. *Współczesne kierunki badań nad patomechanizmem stresu i depresji i ich znaczenie w kształtowaniu poглядów na działanie leków przeciwdepresyjnych*. *Psychiatria* 2004; 1(2): 63-71.
11. Gregory A, Milner S. *Work-life balance: A matter of choice? Gender, Work & Organization* 2009; 16(1): 1-13.
12. Kaslow FW, Schulman N. *The family life of psychotherapists: Clinical implications*. *Journal of Psychotherapy and the Family* 1987; 3: 79-96.
13. [online: <https://konsylium24.pl/po-dyżurze/nasze-pasje/lista/259>].

Adres do korespondencji:

Katarzyna Simonienko

Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

16-070 Choroszcz, ul. Plac Brodowicza 1

e-mail: k_simonienko@wp.pl