

FACTORI BIO-PSIHO-SOCIALI CU RISC PROFESIONAL LA PERSONALUL DIN UNITĂȚILE DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

Bio-psycho-social factors with occupational risk in Anesthesia and Intensive Care staff

Dr. Rodica Eugenia Sirghie¹, Prof. Dr. Ioan Bradu Iamandescu²

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Marie S. Curie“, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

REZUMAT

Stresul ocupațional afectează, în rândul corpului medical, practicienii unor specialități precum neurochirurgia, oncologia, medicina de urgență etc. și în special personalul din unitățile ATI. Datele din literatură referitoare la această categorie profesională semnalează frecvența crescută a sindromului burn-out ca primă etapă a unui șir de tulburări de ordin comportamental, psihosomatic și psihiatric.

Distresul zilnic apărut la personalul medical (medici și asistente din ATI) este datorat „presiunii ocupaționale“ care cumulează efectele unor stresori specifici acestei profesii: suprasolicitarea (munca intensă și prelungită peste program), consumul emoțional (bolnavi la limita supraviețuirii, reacții severe la medicația administrată, riscul contaminării etc.) și o serie de disfuncții relaționale.

Acești factori psihosociali generatori de stres nu sunt compensați suficient în intervalul de recuperare și, mai ales, acționează agravant asupra unor personalități fragile predispuse la anxietate, depresie și patologii psihosomatică. După prezentarea trăsăturilor principale ale sindromului burn-out, autorii sintetizează factorii cauzali ai acestui sindrom specifici unităților de ATI și sugerează importanța/necesitatea unei selecții profesionale de ordin psihodiagnostic la viitorii specialiști ATI.

Cuvinte cheie: stres profesional, sindrom burn-out, ATI, anxietate, depresie

ABSTRACT

Professional stress affects, among physicians, those who practise some medical specialties as oncology, neurosurgery, emergency medicine etc. and especially physicians of anesthesia intensive care units (AIC).

Literature data concerning activity of AIC professionals evidentiates the high frequency of burnout syndrome, which may be considered as a first stage of a lot of troubles like behavioral, psychosomatic and psychiatric ones.

Daily distress encountered in AIC physicians and nurses is provoked mainly by the occupational pressure which cumulates the effects of many stressors, they are specific for this profession: overload (intensive and prolonged work – physically and psychically demanding, limited rest and sleep), high emotional tension (working with patients who are at the limit of life, time pressure, danger of severe drugs intolerance etc.), and some strong relational difficulties. These psycho-social stressors are not enough compensated during the recuperation period and act also in an aggravating manner on the frail personality which is predisposed to anxiety, depression and psychosomatic pathology.

After one presentation of general occupational distress, authors have synthesized the causes of burnout syndrome – specific for the AIC unities – and suggested the opportunity for a professional selection in the candidates for AIC speciality, based on psychodiagnostic evaluation.

Keywords: occupational stress, burnout syndrome, AIC, anxiety, depression

I. Premisele abordării contextului psihosocial favorizant pentru riscul profesional în unitățile de Anestezie și Terapie Intensivă (ATI)

Statisticile din literatura medicală (1-3) evidențiază „la loc de frunte“ incidența unor tulburări

comportamentale și a unei patologii psihice și somatice la personalul medico-sanitar din secțiile ATI, corelând această constatare cu incidența și amplitudinea unor stresuri profesionale specifice acestei specialități – predispusă, ca și alte specialități

Adresa de corespondență:

Dr. Rodica Eugenia Sirghie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Marie S. Curie“, Bd. Constantin Brâncoveanu nr. 20, București

E-mail: rodicaeugenis@yahoo.com

medicale (oncologie, traumatologie, medicina paliativă etc.) – la apariția sindromului burn-out (4-6), ce poate fi considerat ca un ansamblu de tulburări premorbide (psihosomatice și comportamentale reversibile) și morbide (instalarea unor boli acute sau cronice) datorate unei activități epuizante, desfășurată într-un context relațional și emoțional negativ.

Este un fapt de domeniul evidenței acela că specificul activității personalului ATI determină la aceștia apariția acestor tulburări polimorfe în planul patologiei, dar și al comportamentului psihoindividual și psihosocial.

Din acest motiv considerăm utilă în cadrul lucrării de față o abordare sistematizată, bio-psiho-socială, a factorilor cauzali sau favorizanți ai instalării – de regulă insidioasă și progresivă – a complexului de tulburări menționate, determinate de raportul dintre efectele negative ale distresului profesional și reactivitatea bio-psihiologică a celor care lucrează în acest mediu, reactivitate ce poate fi întărită sau subminată de natura suportului social, ca și a experienței de viață (pozitivă sau negativă) de viață a personalului ATI.

1. Stresul psihic. Aspecte de ordin general

Analiza factorilor profesionali trebuie să aibă la bază definirea stresului psihic și evidențierea principalilor stresori profesionali generali, iar, ulterior, a stresorilor specifici locului de muncă, în cazul de față al unităților ATI.

Pasul următor al analizei va fi consacrat distresului generat de activitatea suprasolicitantă și încărcată de o responsabilitate majoră a medicilor și asistentelor din acest mediu. Obligatorie devine evaluarea acestei capacități bio-psihiologice de reacție la numeroșii stresori a personalului ATI care se confruntă și cu o multitudine de stresuri de natură psihosocială generate de relațiile – adesea dificile – cu bolnavul și, mai ales, cu familia acestuia, dar și cu colegii din cadrul echipei medicale.

O mare importanță pentru instalarea stresului profesional o reprezintă vulnerabilitatea la stres a personalului ATI, care ar trebui decelată prin examene psihologice înainte de alegerea acestei specialități, deoarece, așa cum se va vedea, imensul stres profesional specific muncii în asistența calificată de urgență poate fi canalizat spre apariția bolilor personalului din acest domeniu tocmai de existența unei rezistente scăzute față de stres (acest complex de trăsături psihologice negative conturând o fragilitate emoțională și o persistență a efectului stresului la aceste persoane).

Începem cu **prezentarea conceptelor utilizabile în lucrare din sfera stresului psihic (SP)**, termen

creat de Hans Selye și preluat/utilizat de cvasitotalitatea comunității științifice, cu numeroase completări ale altor autori din zilele noastre și desemnând o „reacție generală a organismului“ (7) la acțiunea unor factori cauzali – agenți stresori de natură psihologică, dotați cu un caracter simbolic sau verbal care au o puternică semnificație – negativă = distres; pozitivă = eustres – (8) pentru individul respectiv.

Reacția de stres – care mai este definită succint ca un „efort al întregului organism solicitat de o schimbare în cadrul adaptării perpetue a individului la condițiile sale de viață“ (8,9) – este resimțită pe plan psihologic și fizic/somatic ca o stare de tensiune („stres“) și, în ciuda reversibilității sale în cvasitotalitatea cazurilor, poate avea efecte uneori grave asupra unui organism deja bolnav (la nivel somatic sau psihic). În orice caz, orice SP consumă o cantitate variabilă din rezervorul „energiei de stres“, termen utilizat de Selye (7), energie care trebuie să persiste toată viața unui individ și a cărei durată o condiționează.

Dintre definițiile SP care se potrivesc mai bine condițiilor de activitate profesională, dar și vieții extraprofesionale a personalului ATI, am reținut:

– definiția cea mai răspândită, elaborată de Lazarus și Folkman (10), este axată pe raportul dintre exigențele unei sarcini/obstacol apărute în fața subiectului și posibilitățile acestuia de a o îndeplini/depăși (distresul reprezintă, în acest caz, anticiparea – realistă sau exagerată – a neputinței subiectului de a face față acestei sarcini);

– definiția lărgită, dată de Golu (11) și completată de Iamandescu (12), incluzând și alte circumstanțe de apariție a stresului (adevărate „tipuri de distres“) din care vom reține, pentru interesul lucrării de față, doar „suprasolicitarea“, frecvent prezentă în activitatea personalului ATI.

De fapt, personalul ATI trăiește zilnic „**distresul suprasolicitării**“ și – din păcate nu rareori – „**distresul neputinței**“, în condițiile în care el anticipează că nu se mai poate face nimic pentru pacient, dar stresul apare și când această temere se dovedește – din fericire – o alarmă falsă. (8)

Faptul că personalul ATI se confruntă, de regulă, cu sarcini legate adeseori de salvarea de vieți umane reprezintă un factor de amplificare a distresului, factor corespunzător cu ceea ce Sells (cit.8) denumea gradul de implicare în acțiunea generatoare de distres.

Înainte de a analiza stresorii specifici activității personalului ATI, prezentăm **caracterele generale ale stresului profesional** care sunt întâlnite și în cadrul profesiei de ATI.

2. Aprecieri generale asupra factorilor de risc pentru stresul socio-profesional

Pentru mulți oameni, profesia – chiar dacă a fost aleasă pe baza unei reale vocații – poate să constituie o sursă importantă de stresuri psihice, începând cu ele minore, dar zilnice, și sfârșind cu SP majore generate de conflicte serioase și durabile. În esență, iată condițiile stresante în mediul profesional, după Iamandescu 2015 (13):

1. *Specificul profesiei*: dictează dificultatea sarcinilor profesionale, fiind repute ca stresante o serie de profesii precum: chirurgia, controlul traficului aerian, pirotehnia etc.

2. *Condiții de ambient profesional*: zgomotul, poluarea, aglomerația etc., reglementate de ergonomie.

3. *Condiții relaționale*: colaborare amiabilă dintre colegi versus competitivitate, comoditate, ostilitate etc.

– condițiile relaționale pozitive sunt esențiale pentru diminuarea distresului profesional (atunci când există relații de colegialitate excelente, cu asigurarea unor momente de destindere, punctate cu glume, într-o atmosferă prietenoasă, favorizând comunicarea, considerată ca una dintre componentele importante ale suportului social);

– condiții relaționale negative reprezintă factorii generatori de stres; Thorp (14) evidențiază: cele 4 tipuri de șefi ierarhici, inductori de stres, desemnați prin porecle foarte sugestive: „vătaful de sclavi“, „sarcasticul“, „criticosul“ și „pensionatul la datorie“; aceștia induc o stare de anxietate perpetuă subalternilor, dublată de scăderea încrederii de sine a acestora; același autor citează cazul colaboratorilor leneși, ostili sau duplicitari, generând nesiguranță asupra corectitudinii aportului lor la realizarea sarcinilor profesionale comune.

– lipsa perspectivei avansării, inclusiv opacitatea șefilor ierarhici față de soluțiile propuse de subalterni, aceștia din urmă simțindu-se frustrați prin subsolicitarea unor resurse, disponibilități personale, în care ei cred cu convingere

4. *Condițiile determinate de caracterul general al muncii*. Se pot distinge la acest capitol:

– suprasolicitarea, prin volumul de muncă (inclusiv ritmul de lucru intensiv), termene scurte și lipsa unor măsuri de recuperare;

– potențarea sau amortizarea intensității SP, în cadrul interrelațiilor dintre natura solicitărilor, capacitatea decizională și suportul social – Theorell și Karasek (15), Siegrist (16);

Autorii respectivi au contribuit la configurarea unui complex situațional tridimensional al stresului profesional, alcătuit din:

– amplitudinea și calitatea solicitărilor (continuitate, plăcute-neplăcute);

– posibilitatea de control și decizie.

Ambele dimensiuni, reprezentate pe axe perpendiculare, delimitează patru cadrane, dintre care contrastul cel mai mare îl reprezintă **distresul pasiv maxim** (solicitare crescută și control decizional minim) și **distresul activ minim** (solicitare redusă, control decizional maxim).

5. *Suportul social*, ca factor cu rol de filtru în calea distresului și care, adăugat ca o a treia dimensiune la primele două, contribuie la conturarea unui model spațial tridimensional în care maxima morbiditate este plasată „într-un cub“ ale cărui dimensiuni sunt reprezentate de: solicitare crescută, control decizional și suport social reduse.

3. Gradul de satisfacție al profesionistului în raport cu recompensa materială și/sau morală

Pe lângă condițiile de muncă legate de specificul muncii, care favorizează apariția distresului profesional, în ultimii ani au fost studiate aspectele motivaționale ale profesiei și în special gradul de satisfacție al lucrătorului în raport nu numai cu recompensa materială pentru efortul depus, ci și cu aprecierile superiorilor (uneori dublate de „boss-praise“, ca o primă de salariu).

Karasek și al său „Job Content Questionnaire“ (17) și Siegrist et al (18) cu mai recentul chestionar („Effort Reward Imbalance“) au realizat instrumente pentru măsurarea acestor aspecte psiho-sociale profesionale, cu implicații în starea de sănătate a angajaților, fapt ce prezintă importanță pentru elaborarea unor programe de educație pentru manageri (19).

Un studiu care demonstrează – pe baza meta-analizei datelor din literatură – dependența ratei infarctului miocardic de condițiile necorespunzătoare de muncă – este cel efectuat de Eller et al (20).

O contribuție majoră în patologia de stres profesional o reprezintă „sindromul de amărăciune post-traumatic“ (Posttraumatic Emblitterment Syndrome) descris de Sensky (21), care descrie sentimentul de umilință, neputință, și revoltă fără speranță al omului nemulțumit de slujba sa, pe care ajunge să o considere drept unica sursă a nefericirii sale. Amintirile acestui eveniment critic din existența sa, ca și autoînvinovățirea pentru că nu a prevăzut o astfel de nenorocire și nici nu a reușit să o atenueze, persistă într-un mod obsesiv.

4. Manifestări patologice generate de distresul profesional

Dintre efectele SP menționăm: creșterea tensiunii arteriale, dereglările imunitare, scăderea testosteronului, depresia și tulburările de somn (autori citați de Theorell) (22).

Referitor la riscul pentru apariția infarctului miocardic, acesta poate surveni la bărbați în 40% din cazuri de suprasolicitare profesională care durează 5-10 ani (23).

O sinteză a factorilor psihosociali care contribuie la distresul profesional, făcută de Theorell (22), indică următoarele condiții:

- solicitări excesive (cantitative și calitative);
- lipsa posibilităților de decizie;
- lipsa suportului social din partea superiorilor și colegilor de serviciu;
- recompense reduse în plan material, psihologic și social.

II. Condiții psihosociale și conjuncturale de distres profesional specifice activității personalului ATI

Trebuie menționat că multitudinea stresorilor psihosociali, în activitatea personalului ATI, ține într-o mai mare măsură de factorii organizaționali și într-o mai mică măsură de presiunile pacienților și ale familiilor acestora.

Considerăm, prin prisma unei experiențe personale de aproape 10 ani într-o unitate ATI, că în ultimii ani, când exodul medicilor a devenit major în țara noastră, a apărut o suprasolicitare mult mai intensă a personalului ATI.

Într-o enumerare succintă vom prezenta o serie de aspecte ale exercitării profesiei de medic ATI în țara noastră, trecută prin filtrul experienței personale.

Încercând o sistematizare a datelor din literatură referitoare la stresorii psihosociali și conjuncturali (inclusiv efectul lor asupra sănătății fizice și psihice a personalului ATI) am ales câteva aspecte dintre cele mai frecvent întâlnite în literatură, referitoare la multitudinea situațiilor în care medicii și asistentele ATI resimt la nivel global în activitatea lor profesională o adevărată presiune (un cumul de stresuri) denumită în mod curent „**presiune ocupațională**“ (24)

1. Presiunea ocupațională

În legătură cu acest termen ce rezumă, așa cum am menționat, presiunea variațiilor și numeroșilor stresori asupra personalului ATI, Cooper și Williams (24) au încercat să țină cont de cele mai importante grupe de stresori ocupaționali în practica medicală (inclusiv în ATI), realizând un valoros instrument de cuantificare a presiunii acestor stresori profesionali asupra corpului medical în exercițiul activității profesionale.

Este vorba de o scală creată în scopul oferirii unor repere standardizate managerilor din domeniul

sănătății publice spre a se putea controla/atenua presiunea acestor stresori ocupaționali. Scala se numește „Pressure Management Indicator Scale“, iar două autoare din țara noastră, Natalia Hagău și Raluca Pop (25), în cadrul unei cercetări de înaltă ținută consacrate sindromului burn-out la personalul din ATI – au extras și utilizat din acest chestionar o subscală referitoare la condițiile de muncă în unitățile de ATI.

Cei patruzeci de itemi ale acestei „Pressure Subscale“ au fost repartizați în 8 grupe corespunzând unei categorii de stresori ce acționează distructiv asupra medicilor și asistenților din aceste servicii de ATI.

Aceste grupe de stresori profesionali, prezenți în activitatea unor unități medicale de intervenție asupra unor bolnavi aflați în stare critică, acționează, la nivelul unităților de ATI, într-o măsură mai mare decât în alte specialități medicale, motiv pentru care le vom enumera în rândurile de mai jos:

- volumul de muncă (în ATI durata de lucru – de regulă prelungită peste program) este amplificată de lipsa sau scurttimea pauzelor, iar stresul psihic de suprasolicitare este dublat de miza actului medical: salvarea vieții bolnavului;

- carențe relaționale, în special lipsa unei comunicări eficiente cu staff-ul (feedback redus, favoritism etc.);

- insuficienta recunoaștere a aportului profesional (inclusiv ajutorul colegial);

- responsabilitate profesională crescută în condițiile luării de decizie în timp scurt;

- climatul psihologic, atmosfera activității în serviciile de ATI;

- rolul managerial al specialistului ATI (dirijarea, supervizarea echipei medicale);

- balanța, uneori negativă, dintre implicarea profesională și obligațiile familiale;

- prezența sau absența unui suport social (familie, prieteni etc.), la care noi (26) am adăuga existența și practicarea regulată a unor activități relaxante, hobby-uri, după programul de spital;

- hărțuierile zilnice profesionale de la locul de muncă (de exemplu aparatură și materiale uneori necorespunzătoare, colaboratori mai puțin inspirați (comițând greșeli minore dar repetate) etc.; acest aspect este desemnat sub un termen analog cu „daily hassles“ (Kanner) (27) dar, în cazul respectiv, acestea aparțineau mediului extraprofesional.

La toate aceste surse de distres profesional se adaugă nevoia de timp pentru a fi la curent cu noutățile din domeniu, participarea la congrese, examene de tot felul etc.

2. Sindromul burn-out (SBO) – consecință a distresului profesional în specialitățile medicale dominate de suprasolicitare intelectuală și emoțională (cu recuperare deficitară)

Freundenberg, în 1974 (29), a reliefat două dintre notele de definiție ale sindromului cunoscut în zilele noastre: caracterul clinic dominant – oboseala extremă asociată sau nu cu o stare de frustrare, precum și cauza principală a instalării acestei tulburări: interrelațiile profesionale care nu oferă profesionistului respectiv recompensele așteptate (în primul rând afective și morale).

Ulterior, Christine Maslach (30) a fost cea care a conturat sfera actuală de definiție a SBO, impunând acceptarea pe plan internațional a unor concepte de bază referitoare la:

- caracterele generale ale sindromului (epuizarea emoțională, depersonalizarea și diminuarea afirmării, împlinirii personale);

- condițiile generale de apariție ale SBO, dominate de relațiile cu bolnavii aflați în situații de suferințe extreme sau cu risc vital;

- natura unor profesii din sfera serviciilor, predispușe la apariția acestui sindrom (profesori, polițiști, asistente medicale, funcționari, avocați etc.).

De asemenea Maslach, în colaborare cu Jackson (31), a elaborat în 1982 un chestionar pentru diagnosticarea SBO, intitulat „Maslach Burnout Inventory (BMI)”, care a rămas până în prezent cel mai utilizat pe plan internațional, chiar dacă au mai apărut și alte chestionare (ex. Copenhagen Burnout Inventory – 2005) (32) sau a fost limitată aprecierea/cuantificarea sindromului la o singură subscală, cea pentru epuizarea emoțională (33).

Revenind la evidențierea condițiilor care îndeplinesc caracterul de stresor profesional pentru personalul medico-sanitar în general (nu numai ATI), trebuie să precizăm faptul că profesioniștii din domeniu au constituit încă de la apariția noțiunii de SBO, una dintre populațiile de studiu sistematic al caracteristicilor sindromului, primele segmente de populație fiind acelea ale asistentelor medicale. (34-36)

În prezent, numeroase specialități medicale, așa cum mai menționat, constituie populațiile țintă pentru studiul SBO, ca de exemplu oncologia, îngrijirea arșilor, traumatologia.

Referitor la personalul din secțiile ATI (medici și asistente), vom încerca să subliniem condițiile de muncă – în primul rând cele relaționale – care concură la apariția tulburărilor acestui personal în cadrul celor trei etape descrise de Maslach (30).

Epuizarea emoțională (Emotional Exhaustion) poate fi cuantificată nu numai de itemii chestio-

narului, ci și de o serie de variabile personale predispozante (între care vulnerabilitatea la stres, experiența redusă în domeniu etc.), dar și de o serie de factori, suplimentari itemilor MBI, specifici activității desfășurate în unitățile ATI, care presupune existența unor stresori majori dependenți de bolnavii cu care se lucrează (Hagău și Pop) (25): septicici, arși, cu politraumatisme, dar mai ales bolnavii aflați în comă sau chiar moarte cerebrală; aceștia creează terapeutului senzația dominantă că viața bolnavului depinde de resursele sale profesionale, dar și psihologice. (37)

De fapt, toți stresorii menționați pot fi încadrați în două mari tipuri de suprasolicitare: fizică/somatică și psihologică, al căror prim stadiu, reversibil, este oboseala extremă, iar următorul stadiu, mai puțin reversibil, este o stare de epuizare extremă. Această stare predispozează, pe lângă tulburările somatice clinice (ex. inapetență, creșteri ale presiunii arteriale, palpitații la efort etc.) sau umorale, de tip inflamator (ex. creșterea IL6) (38) – la tulburări psihice, începând cu somnolență sau insomnii, iritabilitate (39) și terminând cu instalarea depresiei (40).

Depersonalizarea poate fi rezultatul nu numai al epuizării emoționale, ci mai ales al unor interacțiuni cu pacienții, solicitanți din punct de vedere emoțional, adesea dificili, și chiar agresivi, inductori ai unei frustrări tot mai profunde. Printre efectele depersonalizării se numără și modificarea în sens negativ a atitudinii față de pacienți a personalului ATI afectat de SBO.

Poghosyan et al (34), propunând trecerea a doi itemi de la scala epuizare emoțională în cea a depersonalizării, sugerează faptul că acele persoane din ATI afectate de SBO își modifică în mod esențial satisfacția de a lucra în această secție, fapt ce contrazice vocația inițială pentru profesia de ATI.

Împlinirea/realizarea personală este, și ea, afectată în SBO, apărând în cea de-a treia etapă a simptomului, și constituie de fapt o scădere a stimei de sine a anestezistului în urma unei autoevaluări prin care conștientizează faptul că a devenit altfel de cum dorea să devină: lipsit de energia sa obișnuită, dar și că el și-a pierdut chiar și calmul pe care îl considera un atu al propriei persoane; la fel de greu de acceptat este și pierderea unor însușiri de relaționare pozitivă cu bolnavii, cărora obișnuia să le creeze o atmosferă destinsă și cărora se străduia să le înțeleagă problemele, în special pe cele emoționale. (30,34)

După cum se poate observa, cele trei scale ale MBI cuantifică tulburările deja apărute și datorate distresului profesional la personalul ATI, dar există

o relație de tip cerc vicios între aceste tulburări și efectul lor somato-psihic, adică subminarea resurselor psihice ale celor afectați de SBO și distresul creat tocmai de aceste simptome. În plus, rezistența lor antidistres este diminuată.

Într-o sistematizare a propriilor date reieșite din studiul deja amintit, Hagău și Pop (25) consideră că, având ponderea cea mai mare în apariția SBO, în ordine: supraîncărcarea (munca excesivă și în criză de timp), condițiile specifice de muncă în ATI (anterior menționate) și rolul managerial; nu pot fi totuși ignorate raportul dintre obligațiile casnice și activitatea în ATI, precum și frecvența mai crescută a sindromului la personalul feminin (care prestează „dubla muncă“ datorată atribuțiilor casnice, inclusiv îngrijirea copiilor). Aceleași autoare au evidențiat un nivel crescut al SBO și implicarea factorilor de risc – de tipul presiunii sociale – numai în stadiile de epuizare emoțională (34,2% din cazuri) și depersonalizare (38,4% din cazuri), nu și în împlinirea personală.

În esență, exigențele profesiei ATI sunt legate de:

- o bună formă fizică și psihologică – inclusiv atenția maximă la oscilațiile stării pacienților;
- rezistența emoțională față de suferința pacientului și față de riscul letal în activitatea pe care o desfășoară;
- obligațiile legate de perfecționarea pregătirii profesionale continue (noutățile în specialitate apar extrem de rapid și sunt decisive pentru salvarea unor cazuri în trecut considerate imposibile).

Un element de multiplicare a stresorilor profesionali în unitățile ATI din țara noastră îl constituie numărul mult mai redus față de cel necesar al specialiștilor ATI, ceea ce îi obligă la o activitate prelungită cu mult peste program și la efectuarea unor gărzi suplimentare epuizante.

4. Efectele distresului profesional asupra sănătății fizice și psihice la personalul ATI

SBO reprezintă numai o etapă – parțial reversibilă – premergătoare apariției unor boli psihosomatice redutabile, cum ar fi cele cardiovasculare sau oncologice, dar și pentru apariția unor tulburări psihosomatice, considerate ca funcționale, persistente chiar după ieșirea din mediul profesional. Acestea sunt greu de diferențiat, într-o față inițială, de tulburările lezionale. Dintre aceste tulburări funcționale, unele pot fi „întărite“ prin compasiunea arătată de cei apropiați și ajung să se cronicizeze, mai ales dacă ele satisfac revendicări afective ale persoanelor cu SBO, încadrându-se astfel în grupul tulburărilor somatoforme. (9,13)

Existența unui teren somatic având o ereditate favorizantă pentru **boli psihosomatice**, precum și adoptarea unui stil de viață nesănătos (fumat, exces de alcool și de dulciuri, grăsimi, sedentarism etc.) constituie premisele apariției precoce – datorită stresorilor enumerați – a bolilor psihosomatice prezente, adesea chiar în cursul fazei de epuizare emoțională a SBO și, mai ales, în cazul în care avertismentul constituit de apariția SBO (corelat cu existența unor factori genetici nefavorabili mai sus menționați), nu este luat în considerație și bolnavul nu iese „la timp“ din mediul profesional ostil.

Pe lângă patologia psihosomatică amintită, bolnavii cu SBO – de asemenea cu antecedente ereditare psihiatrice (ex. depresia) – vor dezvolta o **simptomatologie psihiatrică** mai accentuată chiar în primul stadiu (de epuizare emoțională) și vor evolua – în lipsa unui tratament aplicat precoce sau chiar a scoaterii lor din mediul ATI – spre apariția unor sindroame nevrotice (anxioase sau depresive în special) sau chiar a unor psihoze (cel mai frecvent, depresii majore) favorizate de asocierea unei componente genetice la elementele reactive față de pletora de stresori profesionali.

Stresorii psihosociali din mediul profesional ATI sunt puternic influențați de specificul acestei profesii, cu o suprasolicitare psihică majoră – conjugată cu un „consum emoțional“ datorat responsabilităților majore. Acest „consum emoțional“ se amplifică prin confruntarea personalului ATI cu aspectele decepționante, inspirând un exces de compasiune, existente aproape în fiecare zi, compasiune solicitată de caracterul dramatic excesiv al suferinței bolnavilor asistați. La acestea se adaugă și programul de lucru peste normele statuate conform reglementărilor acestei specialități.

Prezenta lucrare a avut ca sarcină tematică abordarea cvasiexclusivă a etiopatogeniei psihogene, a tulburărilor somatice și psihiatrice apărute la personalul ATI și imputabile, în marea lor majoritate, specificului acestui mediu profesional, caracterizat succint, în aliniatul precedent. Totuși, o problemă – cu un rol aproape la fel de important – în apariția patologiei somatice și psihiatrice a celor care lucrează în secțiile ATI este reprezentată de **vulnerabilitatea psihică la stres** a acestor profesioniști, considerată ca un factor favorizant pentru îmbolnăvire și a cărei **evaluare, înainte de alegerea acestei specialități, considerăm că este absolut obligatorie**.

Un răspuns la această problemă vom încerca să îl abordăm într-o viitoare lucrare.

BIBLIOGRAFIE

1. **Putnik K., Houkes I.** Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: A gender perspective in a Serbian context. *BMC Public Health* 2011; 11:716
2. **Lederer W., Kinzl J.F., Trefalt E., Traweger C., Benzer A.** Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 58-63
3. **Raggio B., Malacarne P.** Burnout in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol* 2007; 73: 195-200
4. **Aiken L.H., Sloane D.M.,** 1997. Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among hospital nurses. *Work and Occupations* 24(4), 455-477
5. **Perrewe P.L., Hochwarter W.A., Rossi A., Wallace A., Maignan I., Castro S.L. et al.,** 2002. Are work stress relationships universal? A nine-region examination of stressors, general self-efficacy, and burnout. *Journal of International Management* 8, 163-187.
6. **Langballe E.M., Innstrand S.T., Aasland O.G., Falkum E.** The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress and health* 2011; 27:73-87
7. **Selye H.** (1968) De la vis la descoperire. Ed. Medicală, București
8. **Iamandescu I.B.** (2006) Cap. "Stresul psihic", în Iamandescu I.B. Psihosomatica generală, Ed. Infomedica, București
9. **Fritzsche K., în Fritzsche K. und Wirsching M.** (2006). Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Heidelberg
10. **Lazarus R.S., Folkman S.** (1984). Stress, appraisal and coping. Springer, New York.
11. **Golu M.** (1981) în Dicționar de psihologie socială, pp. 235-236 - Ed. Șt. Enciclopedică, București.
12. **Iamandescu I.B.** (2010). Cap. "Stresul psihic" (I) în Iamandescu I.B. red. Manual de Psihologie medicală
13. **Iamandescu I.B.** (2015) - Stresul profesional în Iamandescu I.B., Sinescu C.J. red. Psihocardologie, Ed. ALL, București
14. **Thorp B.** (1992) Seminar antistres. Ciclu de 5 conferințe. București 4-8 oct.
15. **Karasek R., Theorell T.** (1990) – Healthy work – stress, productivity and reconstruction of working life. New Zork Basic Books
16. **Siegrist J.** (2008) – Chronic psycho-social stress at work and risk of depression. *Eur Arch. Psychiat. Clin. Neurosci* 258 (Suppl. 5), 115-119.
17. **Karasek. cit Theorell T. et al.** (1988). Changes in job strain in relation to changes in physiological state. *Work Env. Health*
18. **Siegrist J., Starke D., Chandola T. et al.** (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work. European comparisons. *Soc. Sci. Med.*, 58,1843-1499
19. **Halbesleben J.R., Buckley M.R.** (2004). Burnout in organisational life. *J. Management.* 30, 559-589
20. **Eller N.H. et al.** (2009). Work related psychosocial factors and development of CHD. *Cardiol. Revue* 17, 83-97
21. **Sensky T.** (2010). Chronic embitterment organisational justice. *Psychother Psychosom*, 79, 65-72.
22. **Theorell T.** (2012). Evaluating life events and chronic stressors in relation to health. 58-71 în Fava G.A., Sonino N. Wise T.N. (2012) – The psychosomatic Assessment – Karger, Basel.
23. **Wang H.X. et al.** (2007). Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate regression of coronary stress in women. *J Intern Med* 26, 245-254
24. **Williams S., Cooper C.L.** Measuring occupational stress: development of the pressure management indicator. *J Occup Health Psychol* 1998; 3: 306-321
25. **Hagau N., Pop R.S.** (2012). Prevalence of burnout in Romanian anaesthesia and intensive care physicians and associated factors, Jurnalul Român de Anestezie Terapie intensivă 2012 Vol.19 Nr.2, 117-124
26. **Iamandescu I.B.** (2007). Comportament și sănătate. Editura Amaltea, București
27. **Kanner A.D. et al.** (1982). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles events and uplifts versus major life events. *J Behavioral Medicine* 4, 1-39.....
28. **Freudenberger, H.J.,** 1974. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30, 159-165.
29. **Freudenberger, H.J., Richelson, G.I.,** 1980. Burn-out: The High Cost of High Achievement. Anchor Press, Doubleday & Company, Inc., New York.
30. **Maslach C.,** 1982. Burnout: The Cost of Caring. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
31. **Maslach C., Jackson S.E.,** 1981. Maslach Burnout Inventory, 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
32. **Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K.B.,** 2005. The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 19(3), 192-207.
33. **Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M.,** 2002. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. International Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries, *International Journal of Nursing Studies* 46, 894-902
34. **Poghosyan L., Aiken L., Sloane D.** (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries, *International Journal of Nursing Studies* 46 894-902
35. **Kanai-Pak M., Aiken L.H., Sloane D.M., Poghosyan L.,** 2008. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 17(24), 3324-3329.
36. **Kanste O., Miettunen J., Kyngas H.,** 2006. Factor structure of the Maslach burnout inventory among Finnish nursing staff. *Nursing and Health Sciences* 8, 201-207.
37. **Embriaco N., Azoulay E., Barrau K. et al.** High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 686-692
38. **Pop S., Dumitrascu L.D.** (2015) Job stress in irritable bowel syndrome. *J. Psychosome. Res.* 78, 619
39. **Iamandescu I.B.** (2015). pgf. Iritabilitatea în Iamandescu I.B., Sinescu C.J. (red) Psihocardologie. Ed ALL, București
40. **Korczak D., Huber B., Kisten C.** (2010). Differenzialdiagnostik des Burnout Syndrome G.M.S. Health - Technology aug 6