

Таран Екатерина Игоревна

магистрант

Научный руководитель

Потылицина Василина Юрьевна

канд. мед. наук, преподаватель

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный
педагогический университет им. В.П. Астафьева»

Г. Красноярск Красноярский край

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ КАК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Аннотация: в статье рассматривается проблема профессионального дистресса медицинских работников отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Показано, что данное состояние не может быть сведено только к высокой профессиональной нагрузке или эмоциональному выгоранию. Профессиональный дистресс рассматривается как сложное психологическое явление, возникающее в ситуации нарушения баланса между требованиями профессиональной среды и субъективно переживаемыми ресурсами специалиста. Особое внимание уделено субъективной оценке профессиональной ситуации: именно через нее объективная тяжесть медицинского труда приобретает личностный смысл и может переживаться либо как преодолимая профессиональная сложность, либо как источник бессилия, истощения и утраты контроля. На основании анализа трудов Г. Селье, Р. Лазаруса, С. Фолкман, В. А. Бодрова, А. Б. Леоновой, Н. Е. Водопьяновой, Е. С. Старченковой, К. Маслач, С. Джэксон, Я. В. Бардецкой, В. Ю. Потылициной, Т. М. Харламовой и Ф. И. Кариевой обосновывается необходимость психологической коррекции, направленной не только на снижение напряжения, но и на изменение способа осмысления профессиональной ситуации.

Ключевые слова: профессиональный дистресс, медицинские работники, реанимация, ОАРИТ, стресс, эмоциональное выгорание, стрессоустойчивость, субъективная оценка профессиональной ситуации, психологическая коррекция.

Введение.

Профессиональная деятельность медицинских работников реанимационного профиля относится к тем видам труда, в которых психологическая нагрузка не является случайным или дополнительным обстоятельством. Она встроена в саму структуру профессии. Сотрудники отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ежедневно работают в условиях высокой ответственности, дефицита времени, строгой регламентации действий, необходимости командной координации и постоянного контакта с критическими состояниями [6].

При этом важно отметить, что тяжесть такой деятельности определяется не только внешними параметрами: числом пациентов, интенсивностью смен, объемом обязанностей или высоким уровнем ответственности. Существенное значение имеет то, как сам специалист воспринимает происходящее. Одна и та же профессиональная ситуация может переживаться как трудная, но понятная и преодолимая, либо как чрезмерная, неподконтрольная и разрушающая внутреннюю устойчивость [10]. Именно поэтому проблема профессионального дистресса требует анализа не только условий труда, но и субъективной оценки профессиональной ситуации.

В научной литературе психологическое неблагополучие медицинских работников чаще всего описывается через категории профессионального стресса, стрессоустойчивости, эмоционального выгорания, профессиональной деформации и адаптационных ресурсов [2]. Эти понятия близки, но не тождественны. Профессиональный стресс указывает на напряжение, возникающее в ответ на требования деятельности [2]. Эмоциональное выгорание описывает устойчивое состояние истощения, деперсонализации и снижения профессиональных достижений [3]. Профессиональный дистресс, в свою очередь, позволяет увидеть бо-

лее тонкий переход: от рабочей нагрузки к внутреннему переживанию невозможности справиться, сохранять контроль, видеть смысл и ощущать собственную эффективность [1].

Цель данной статьи – рассмотреть профессиональный дистресс медицинских работников реанимационного профиля как предмет психологического анализа и обосновать значение субъективной оценки профессиональной ситуации в его формировании.

От стресса к дистрессу: не всякое напряжение разрушает.

Классическое понимание стресса связано с работами Г. Селье, который рассматривал стресс как неспецифическую реакцию организма на предъявляемые требования [8]. Важным в данной концепции является то, что стресс не всегда имеет негативное значение. Напряжение может мобилизовать, повышать готовность к действию, помогать адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам [8]. Для медицинской деятельности это положение особенно важно: полностью исключить стресс из работы реанимационного отделения невозможно, да и не всегда необходимо. Определенная степень мобилизации является условием точности, собранности и профессиональной готовности.

Проблема возникает тогда, когда напряжение перестает выполнять адаптивную функцию и начинает разрушать способность специалиста восстанавливаться, осмысливать происходящее и действовать без внутреннего истощения. В этом случае можно говорить о дистрессе [1]. Он связан не столько с самим фактом нагрузки, сколько с переживанием ее как чрезмерной и превышающей доступные ресурсы.

Я. В. Бардецкая и В. Ю. Потылицина подчеркивают, что современное понимание стресса требует междисциплинарного подхода. Стресс нельзя объяснить только физиологическими изменениями, поскольку в его развитии участвуют психофизиологические, эмоциональные, когнитивные и личностные процессы [1]. Этот тезис особенно значим для анализа профессионального дистресса медицинских работников. Реакция специалиста на трудную смену или неблагоприятный исход определяется не только усталостью, но и тем, какие значения он

придает произошедшему: «я сделал все возможное» или «я не справился»; «это часть профессии» или «это невозможно выдерживать»; «у меня есть зона влияния» или «от меня ничего не зависит».

В этой же логике находятся идеи Р. Лазаруса и С. Фолкман. В транзакционной модели стресса они показывают, что событие становится стрессовым через когнитивную оценку. Человек сначала определяет, является ли ситуация угрозой, потерей или вызовом, а затем оценивает собственные ресурсы совладания [10]. Значит, профессиональная ситуация не действует на специалиста механически. Между событием и реакцией находится субъективная оценка.

Для сотрудников ОАРИТ это имеет принципиальное значение. Их работа действительно связана с объективно тяжелыми обстоятельствами. Но профессиональный дистресс формируется не просто потому, что работа трудная. Он усиливается тогда, когда трудность начинает восприниматься как бесконечная, неподконтрольная и лично обесценивающая [10].

Профессиональный дистресс в условиях реанимационного труда.

Работа в отделении реанимации имеет свою особую психологическую плотность. Здесь почти нет нейтральных ситуаций. Даже рутинные действия выполняются на фоне высокой ответственности, поскольку ошибка или задержка могут иметь серьезные последствия. Сотруднику необходимо одновременно следовать алгоритмам, сохранять внимание, быстро включаться в командное взаимодействие и выдерживать эмоциональное напряжение [6].

Е. С. Нетесин и В. И. Горбачев указывают, что широкий перечень профессиональных требований к анестезиологам-реаниматологам усиливает как физическую, так и эмоциональную нагрузку [6]. Данный тезис важен, поскольку деятельность реанимационного профиля нельзя описать только как технически сложную. Она требует не только знаний и навыков, но и постоянной психологической готовности к неопределенности.

В. Г. Пузырев с соавторами рассматривают эмоциональное выгорание сотрудников реанимационных отделений как значимый показатель профессионального неблагополучия [7]. В работах Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой

выгорание раскрывается через эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение профессиональных достижений [3]. Эти признаки действительно часто обнаруживаются у специалистов помогающих профессий, особенно там, где работа связана с высокой эмоциональной отдачей.

Однако профессиональный дистресс не стоит полностью растворять в понятии выгорания. Выгорание чаще описывает уже оформившийся синдром хронического профессионального истощения [11]. Дистресс может возникать раньше, когда специалист еще выполняет свои обязанности, сохраняет внешнюю собранность, но внутри уже переживает нарастающую усталость, утрату управляемости и снижение ощущения профессиональной эффективности. Это состояние важно улавливать до того, как оно закрепится в форме устойчивой профессиональной деформации. Особенность реанимационного труда заключается еще и в том, что результат не всегда прямо зависит от качества действий специалиста. Медицинский работник может действовать профессионально, точно, в соответствии с алгоритмами, но исход все равно может быть неблагоприятным. Именно здесь возникает одна из наиболее болезненных точек дистресса: столкновение высокой личной ответственности с объективно ограниченной возможностью управлять результатом.

Если специалист не различает зону своей ответственности и зону медицинских ограничений, неблагоприятный исход может переживаться как личная несостоятельность. В таком случае дистресс формируется не только из-за усталости, а из-за искаженного внутреннего вывода: «если не удалось изменить исход, значит, мои усилия ничего не значат». Для психокоррекционной работы это принципиально важная точка [10].

Внутренняя структура дистресса: где именно происходит сбой.

Профессиональный дистресс медицинских работников имеет неоднородную структуру. Его проявления можно условно объединить в три группы, однако эти группы не существуют отдельно друг от друга. Они переплетаются и усиливают одна другую.

Первой является мотивационно-личностная составляющая. Она связана с тем, как специалист воспринимает себя в профессии. Сюда относятся профессиональное самоуважение, самоэффективность, оценка собственных возможностей, отношение к ошибкам, переживание профессиональной автономии. В реанимационной практике этот уровень особенно уязвим, потому что сотрудник постоянно сталкивается с границами возможного. Если эти границы воспринимаются как естественная часть медицины, специалист сохраняет устойчивость. Если же они переживаются как личное поражение, возникает самоуничтожение и снижается профессиональная уверенность [2].

Вторая составляющая – эмоциональная. Она проявляется в усталости, раздражительности, тревоге, чувстве бессилия, внутренней опустошенности, снижении способности к восстановлению. Эмоциональное истощение часто развивается постепенно. Сначала специалист просто «устал после смены», затем начинает замечать, что отдых не возвращает прежнюю включенность, а позже привычным становится состояние внутренней сухости и отстраненности [3].

Т. М. Харламова и Ф. И. Кариева в исследовании стрессоустойчивости медицинского персонала детской реанимации показали, что устойчивость к стрессу связана с уровнем субъективного контроля и профессиональным эмоциональным выгоранием [9]. В их работе отмечается, что системообразующим показателем в мужской выборке выступает интернальность в области производственных отношений, а в женской – эмоциональное истощение [9]. Эти данные позволяют увидеть важный момент: эмоциональное неблагополучие связано не только с переживаниями как таковыми, но и с тем, как специалист распределяет ответственность, воспринимает контроль и экономит психические ресурсы.

Третья составляющая – поведенческая. Она становится заметной в общении и профессиональных действиях. Это может быть формализация контакта, раздражительность, уход в автоматизм, снижение инициативы, избегание взаимодействия, эмоциональная холодность, деперсонализация [11]. Важно понимать, что такие проявления не всегда являются признаком равнодушия. Иногда они возникают как попытка психики защититься от перегрузки. Но если эмоциональное

отстранение закрепляется, оно начинает разрушать профессиональную идентичность и качество командного взаимодействия.

Почему субъективная оценка становится центральной мишенью.

В профессиональном дистрессе медицинских работников есть одна особая точка – способ внутреннего объяснения профессиональной ситуации. Именно он определяет, станет ли нагрузка просто сложной частью работы или начнет разрушать психологическую устойчивость специалиста [10].

Субъективная оценка включает несколько вопросов, которые специалист может даже не формулировать прямо, но фактически постоянно на них отвечает: насколько эта ситуация трудна; могу ли я на нее повлиять; достаточно ли я компетентен; имеет ли значение то, что я делаю; есть ли у меня поддержка; сохраняю ли я в этой работе человеческое и профессиональное достоинство [10].

Если ответы постепенно становятся отрицательными, формируется дистресс. Работа начинает восприниматься как пространство непрерывного давления, где много требований, но мало влияния; много ответственности, но мало признания; много регламентов, но мало личного участия. В таком состоянии даже обычная смена может переживаться как подтверждение внутреннего истощения [1].

Здесь важно не упрощать проблему. Психологическая коррекция не должна убеждать медицинского работника, что «все не так тяжело». Труд действительно тяжелый. Смысл помощи состоит в другом: восстановить более точное, реалистичное и менее разрушительное восприятие профессиональной ситуации. Специалисту важно снова увидеть границы своей ответственности, конкретную зону влияния, ценность своих действий, ресурс команды и возможность восстановления.

Регламентированность медицинской деятельности также нуждается в переосмыслении. В состоянии дистресса регламент может переживаться как давление и лишение автономии. Однако в более устойчивом состоянии он может восприниматься как опора, способ снижения хаоса и профессиональная защита. Тогда

сотрудник остается не механическим исполнителем, а специалистом, чья внимательность, точность, коммуникация и опыт имеют значение внутри алгоритма.

Именно поэтому субъективная оценка профессиональной ситуации может рассматриваться как центральная мишень психологической коррекции [10]. Через нее возможно работать не только с эмоциями, но и с профессиональным смыслом, самоэффективностью, отношением к ответственности и командному взаимодействию.

Заключение.

Профессиональный дистресс медицинских работников реанимационного профиля представляет собой сложное психологическое состояние, возникающее на пересечении объективной тяжести труда и субъективного восприятия профессиональной ситуации. Его нельзя сводить только к стрессу, усталости или эмоциональному выгоранию. Дистресс затрагивает эмоциональную сферу, профессиональное самоотношение, поведение, коммуникацию и переживание смысла выполняемой деятельности [1].

Анализ трудов Г. Селье, Р. Лазаруса, С. Фолкман, В. А. Бодрова, А. Б. Леоновой, Н. Е. Водопьяновой, Е. С. Старченковой, К. Маслач, С. Джексон, Я. В. Бардецкой, В. Ю. Потылицыной, Т. М. Харламовой и Ф. И. Кариевой позволяет рассматривать профессиональный дистресс как многомерное явление, в котором физиологическое напряжение, эмоциональная усталость, когнитивная оценка и личностный смысл находятся в тесной взаимосвязи [10].

Для сотрудников ОАРИТ особенно значимым является противоречие между высокой ответственностью и ограниченной возможностью управлять конечным результатом. Если это противоречие не осмысливается, оно может приводить к чувству бессилия, самоуничтожению и эмоциональному истощению. Если же специалист сохраняет способность различать свою зону ответственности, видеть ценность профессионального действия и опираться на команду, риск дистресса снижается [9].

Следовательно, психологическая коррекция профессионального дистресса должна быть направлена не только на снятие эмоционального напряжения. Ее

более глубокая задача – изменение субъективной оценки профессиональной ситуации: восстановление чувства управляемости, профессиональной самоэффективности, автономии в рамках регламента, смысла деятельности и принадлежности к команде. Такой подход позволяет рассматривать психокоррекционную работу не как внешнюю поддержку после истощения, а как важный ресурс сохранения профессионального здоровья медицинских работников реанимационного профиля.

Список литературы

1. Бардецкая Я.В. Психология и психофизиология стресса: учебное пособие / Я.В. Бардецкая, В.Ю. Потылицина. – Красноярск: КГПУ им. В.П. Астафьева, 2020. – 208 с. EDN ZUETBS
2. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с. EDN SURQNF
3. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с. EDN QXSISV
4. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 368 с.
5. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека / А.Б. Леонова. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
6. Нетесин Е.С. Синдром профессионального выгорания анестезиологов-реаниматологов России / Е.С. Нетесин, В.И. Горбачев // Анестезиология и реаниматология. – 2018. – №3. – С. 7–13.
7. Исследование синдрома профессионального выгорания на примере специалистов отделения анестезиологии и реанимации / В.Г. Пузырев, В.В. Бондаренко, А.О. Карчевская [и др.] // Сибирский научный медицинский журнал. – 2020. – №40 (5). – С. 106–112. DOI 10.15372/SSMJ20200513. EDN UOXIBR
8. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 124 с.
9. Харламова Т.М. Психологические особенности стрессоустойчивости медицинского персонала детской реанимации / Т.М. Харламова, Ф.И. Кариева //

Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. – 2023. – №1. – С. 69–75.

10. Lazarus R.S. Stress, Appraisal, and Coping / R.S. Lazarus, S. Folkman. – New York: Springer Publishing Company, 1984. – 445 p.

11. Maslach C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // Journal of Occupational Behaviour. – 1981. – Vol. 2. – Pp. 99–113.

12. Maslach C. The Truth About Burnout / C. Maslach, M.P. Leiter. – San Francisco: Jossey-Bass, 1997. – 200 p.