

УДК 159.9

Экзистенциальные дефициты, вторичный травматический стресс и усталость от сострадания как предикторы формирования синдрома эмоционального выгорания у врачей паллиативных служб

Крючкова А. А., Суханова Е. И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрава России

Крючкова Анна Александровна — клинический психолог, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова» Минздрава России, перинатальный психолог консультативно-психологического центра для женщин «Доверие», тренер образовательных программ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. ORCID: 0009-0000-4110-025X. Адрес: 117997 Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Тел. +7-909-957-67-27. E-mail: anna9576727@gmail.com

Суханова Елизавета Ивановна — клинический психолог, социальный психолог, онкопсихолог, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова» Минздрава России, руководитель психологической службы консультативно-психологического центра для женщин «Доверие». ORCID: 0000-0001-7866-7516. Тел. +7-962-990-94-60. Адрес: 117997 Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. E-mail: lizasuhanova87@gmail.com

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Аннотация

В статье представлен актуальный разбор понятия «эмоциональное выгорание», приведены данные о распространенности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) среди врачей-онкологов, рассмотрены предикторы развития СЭВ у врачей паллиативных служб, в том числе роль экзистенциальных дефицитов, вторичного травматического стресса и усталости от сострадания в развитии синдрома эмоционального выгорания. Также предложены шаги, которые врачи могут предпринять для повышения личного благополучия и профессиональной удовлетворенности.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, профессиональное выгорание, синдром эмоционального выгорания, фундаментальные мотивации, экзистенциальные дефициты, вторичный травматический стресс, усталость от сострадания, предикторы эмоционального выгорания.

Abstract

The article presents an up-to-date analysis of the concept of emotional burnout, provides data on the prevalence of burnout syndrome of oncologists and examines predictors of emotional burnout in palliative care physicians, including the role of existential deficits, secondary traumatic stress, and compassion fatigue in the development of burnout syndrome. It also suggests steps that physicians can take to improve personal well-being and professional satisfaction.

Keywords: palliative care, professional burnout, emotional burnout syndrome, fundamental motivations, existential deficits, secondary traumatic stress, compassion fatigue, predictors of emotional burnout.

Человека не только подталкивают неосознаваемые силы, но и притягивают ценности.

Альфред Лэнгле

Введение и историческая справка

Проблема эмоционального выгорания врачей с каждым годом все чаще упоминается в профессиональной среде. С 2019 г. во всем мире резко возросло количество научных публикаций, рассматривающих синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у медиков. В профессиональной среде термин «выгорание»

(англ. burnout) появился в 1974 г. благодаря работам психолога и психиатра Г. Фройденбергера [1]. Он работал в районе Нью-Йорка, где многие занимаются волонтерской деятельностью. Волонтерская деятельность предполагает идеалистические мотивы, работу с полной самоотдачей и воодушевлением. С большим энтузиазмом волонтеры воплощали в жизнь религиозные ценности и идеи в работе с уязвимыми людьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. Через полгода-год многие волонтеры приходили к Г. Фройденбергеру как к психиатру, потому что чувствовали себя очень плохо: не было энергии, они походили на тень самих себя.

Когда Г. Фройденбергер спрашивал: «Что вы делали последнее время и последний год?», они отвеча-

ли: «Очень много работали». Идеализм и энтузиазм пропали, их огонь мотивации погас, и они остались просто холодным пеплом.

Г. Фройденбергер определял выгорание как «состояние умственного и физического истощения, вызванного профессиональной деятельностью» [1].

Выгорание как синдром впервые описали К. Маслач и С. Джексон, разработав трехфакторную модель, в которой СЭВ рассматривается как процесс, состоящий из трех стадий:

1. Эмоциональное истощение: человек чувствует себя истощенным и израсходованным, не имея источника восстановления. Ему не хватает энергии, чтобы встретить еще один день или другого нуждающегося человека. Компонент эмоционального истощения представляет собой базовое измерение выгорания.

2. Деперсонализация: межличностное измерение выгорания, проявляющееся в циничном и негативном отношении к людям в рабочем контексте: коллеги, пациенты, руководители, подчиненные.

3. Редукция (снижение) личных достижений: субъективное ощущение снижения профессиональной самооценки и низкий уровень профессионального удовлетворения [2].

Позднее К. Маслач выделила еще одну стадию, предшествующую остальным: стадию идеализма и чрезмерных требований к себе [2].

В глубоком анализе, проведенном Тэлботом и Дином, эмоциональное выгорание определяется как «истощение, цинизм и снижение продуктивности», в то время как другие авторы добавляют «беспокойство, когнитивные нарушения и снижение функциональных возможностей» [3].

Сегодня крайне сложно сформулировать единое и максимально полное определение феномена эмоционального выгорания. В систематическом обзоре от 2018 г. авторы проанализировали 182 исследования за период с 1991 по 2018 г. и выявили не менее 142 уникальных определений, что свидетельствует о несогласованности в научной среде представлений о сущности эмоционального выгорания [4].

В 2019 г. Всемирная организация здравоохранения включила эмоциональное выгорание в 11-ю редакцию Международной классификации болезней (МКБ-11), охарактеризовав его как синдром, имеющий три аспекта: чувство энергетического истощения или изнеможения; повышенная психологическая дистанция от своей работы или чувство цинизма или негативизма по отношению к другим людям и своей работе; снижение профессиональной эффективности [5].

Эмоциональное выгорание может быть похоже на другие психические и соматические расстройства, поскольку оно является многофакторным и сложным. Симптомы СЭВ не являются патогномичными, например, эмоциональное истощение и деперсонализация могут возникать и при других состояниях: депрессия, психологическая травма, проживание горя.

Причиной таких симптомов может быть не только стресс на рабочем месте, но и стресс дома, например, конфликты в партнерских отношениях, необходимость ухаживать за пожилыми родителями, большое расстояние между домом и работой и многое другое.

Совместные шаги к позитивным изменениям в области профилактики и коррекции СЭВ могут начинаться с определения более точного языка для описания опыта эмоционального выгорания врачей и переосмысления как сути проблемы, так и возможных путей ее решения.

Актуальность и распространенность

Медицинские работники паллиативной помощи находятся в группе высокого риска развития СЭВ, так как в их работе столкновение с проблемами жизни, смерти, скорби и собственной уязвимости происходит гораздо чаще, чем у врачей других специальностей [6]. По данным систематического обзора 59 исследований выгорание среди медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, составило от 3 до 66%. Существенных различий в распространенности между медсестрами и врачами не обнаружено. Медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь в общих условиях, испытывают больше симптомов выгорания, чем те, кто работает в специализированных условиях паллиативной помощи [7].

Результаты исследования, включавшего 337 медицинских работников больницы онкологической помощи, показали, что среди специалистов, работающих в онкологических и паллиативных службах чуть более половины имеют высокий уровень выгорания, однако группы онкологов и других специалистов паллиативных служб между собой существенно не различаются (53,5% против 56,8%, $p = 0,619$). Исследователи также отмечают, что более высокие уровни выгорания связаны с более высокими уровнями эмоционального истощения и деперсонализации, а также более низкими уровнями личных достижений ($p < 0,001$) [8].

Кроме того, эмоциональное (профессиональное) выгорание — это многогранное явление, оказывающее негативное воздействие на врачей, пациентов и в целом на коллектив медицинских учреждений [9]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эмоциональное выгорание может негативно влиять на качество медицинской помощи и потенциально иметь серьезные последствия для личности [10].

Предикторы развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских специалистов паллиативных служб

Необходимость в течение долгого времени профессионально заботиться о пациентах, которых нельзя вылечить, о пациентах с негативными про-

гнозами, консультировать их семьи, сообщать об ухудшении состояния и смерти пациента, бесконечные требования к электронной документации, частая потеря автономности в выполнении привычных обязанностей и постоянно меняющаяся медицинская среда создают предпосылки для возникновения СЭВ у большинства практикующих медицинских специалистов [12].

Существующие исследования СЭВ у врачей в основном изучают две группы факторов: внутренние черты личности и внешнюю рабочую среду. Было показано, что такие внутренние черты личности, как невротизм (черта личности, характеризующаяся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, иногда — вегетативными расстройствами [13]), доброжелательность и добросовестность связаны с повышенным риском выгорания [14]. Внешние факторы рабочей среды, такие как высокий темп работы (чрезмерная функциональная рабочая нагрузка), большое количество рабочих часов в неделю (чрезмерная длительность рабочего времени), низкая самостоятельность, отсутствие поддержки со стороны руководства, ограничения и изменения на уровне системы здравоохранения, способствуют выгоранию и желанию уволиться [14].

Интересно, что результаты метаанализа 38 рандомизированных исследований, в которых использовались различные вмешательства, направленные на снижение выгорания врачей, показали, что эти усилия не привели к значимому влиянию на клиническое выгорание [15]. Более того, авторы предполагают, что для разработки более эффективных мер необходимо более детальное понимание причин выгорания.

И здесь перед нами встает вопрос, до сих пор остающийся без ответа: почему, несмотря на высокую распространенность СЭВ среди врачей, особенно среди сотрудников паллиативных служб, остается значимая часть врачей, находящихся в предположительно аналогичных обстоятельствах, но не испытывающих при этом симптомов эмоционального выгорания? Одним из возможных объяснений может быть то, что люди могут совершенно по-разному воспринимать свою рабочую среду и себя в ней, могут по-разному выстраивать свои отношения как с самими собой, так и с внешними обстоятельствами и ограничениями [17]. Это не означает, что такие факторы, как рабочая среда и системные факторы отрасли здравоохранения не имеют значения, но предполагает, что нам следует внимательнее изучить наше коллективное понимание того, как точка зрения, моральные ценности, индивидуальные смыслы и отношение человека могут способствовать его уникальным реакциям на внешние обстоятельства. Реакциям, ведущим к самосохранению, а не к саморазрушению.

В результате анализа актуального состояния во-

проса о сущности СЭВ и причинах, его вызывающих, видится необходимым уделить внимание рассмотрению следующих возможных предикторов развития синдрома эмоционального выгорания у специалистов паллиативных служб:

- ♦ экзистенциальные дефициты;
- ♦ вторичный травматический стресс;
- ♦ усталость от сострадания.

Экзистенциальные дефициты

В экзистенциальном анализе под экзистенцией понимается осмысленная, проживаемая в свободе и ответственности жизнь, которую человек ощущает как свою собственную и в которой он видит себя сотворцом.

Экзистенция (*англ.* существование) — это состояние, при котором человек действительно находится здесь и сейчас, проживает свою жизнь, наполненную индивидуальным смыслом с чувством внутреннего согласия. Давать внутреннее согласие означает говорить себе: «да, мне это хорошо, я это сделаю, это совпадает с моими ценностями, я вижу в этом смысл».

Внутреннее согласие — это центральное понятие исполненной экзистенции, по сути, ключ к тому, чтобы прийти к состоянию «я по-настоящему здесь» [18]. Состояние деперсонализации, которая является составной частью СЭВ, по сути, обратное: это потеря человеком связи со своим «я», с собственной личностью и ощущением тела.

Проживать состояние исполненной экзистенции означает быть открытым к собственному резонансу: что мы чувствуем, что мы ощущаем. А не просто оставаться жить под диктатом рациональности, полезности, практичности, нужности, внешних целей и внешних ценностей. «За каждым синдромом эмоционального выгорания стоит динамика, корни которой в экзистенциально-аналитическом аспекте уходят в одну из четырех фундаментальных мотиваций, которые описывают предпосылки для экзистенциальной жизни. Без реализации этих мотиваций человек не может жить с внутренним согласием» [19].

Экзистенциальные дефициты у врачей паллиативных служб могут возникать в каждой из четырех фундаментальных мотиваций.

Первая связана с безопасностью и доверием. Эта фундаментальная мотивация ставит человека перед основным вопросом существования: я есть — но могу ли я быть, имею ли я право быть в этом мире? Чтобы занять место в мире при имеющихся условиях и возможностях, человеку необходимы три компонента: опора, пространство и защита [19]. Основное условие существования заключается в том, чтобы принять позитивное и выдержать негативное.

Каждому человеку важно отвечать себе, есть ли у меня опора в жизни, что является для меня опорой, что меня поддерживает, есть ли у меня безопасное

пространство и отношения, в которых я чувствую защиту? Если это есть, то человек может выдерживать негативные жизненные ситуации, ощущать себя больше этих ситуаций и проходить через них без эмоционального истощения.

Умея выдержать и принять, человек создает для себя пространство бытия. Если опоры, пространства и защиты нет, то поднимается уровень тревоги и неуверенности, огромное количество психической энергии будет тратиться на попытки совладать с этими состояниями и продолжение социального функционирования, будет стремительно развиваться дистресс*. Врач, сталкиваясь с горем и уязвимостью пациентов, не сможет выдерживать эмоции своих пациентов, их родственников и свои собственные. Каждая такая ситуация — это столкновение врача со своей собственной уязвимостью и смертностью. И если врач не осознает это и не может с этим совладать, то он будет ощущать взаимодействие с пациентом как истощающее, забирающее остатки энергии и эмоционального ресурса. А эмоциональное истощение является первой стадией развития СЭВ.

Согласно второй фундаментальной мотивации, человеку недостаточно «мочь быть в этом мире». Это бытие должно быть хорошим. И здесь встает вопрос: нравится ли мне жить? Здесь важными составляющими удовольствия от жизни будут: ощущение близости и отношения с другими людьми, стремление к чувствованию и переживаниям. Ни одни отношения не могут существовать без уделения им времени и внимания, в том числе отношения с самим собой и с жизнью. Уделять чему-то время — значит дарить этому кусочек своей конечной жизни. Если в жизненном опыте человека и в его текущей актуальной ситуации нет близких отношений, это может приводить к ощущению пустоты, тоски и позднее — к депрессии. Опыт близких отношений представляет собой основную ценность существования и способствует присутствию человека в каждом отдельном переживании и в целом в собственной жизни здесь и сейчас. Дефицит второй фундаментальной мотивации может проявляться в концентрации всего внимания и уделении всего своего времени работе. К сожалению, чрезмерная рабочая нагрузка и длительность рабочего времени у врачей паллиативных служб способствует развитию дефицита во второй фундаментальной мотивации. Это приводит к нарушению баланса сфер жизни и при потере работы или временной нетрудоспособности у врача возникает ощущение, что потеряна вся жизнь. Это приводит к отчаянию и несет в себе серьезные суицидальные риски.

Третья фундаментальная мотивация — стремление к самооценности аутентичности. Этот процесс означает осознание индивидуальности и выстраивание внутренних отношений с ней. Невозмож-

ность осознать собственные уникальные ценности и переживания, почувствовать, назвать их и как-то обходиться с ними ведет к развитию экзистенциального дефицита в третьей фундаментальной мотивации. Отсутствие признания самооценности приводит к зависимости эмоционального состояния человека от мнения окружающих и от внешних событий. Это снижает устойчивость к дистрессу, может приводить к работе «на износ» в неосознанном (реже — осознаваемом) желании получить одобрение и «разрешение быть». Так же дефицитность третьей фундаментальной мотивации может стать причиной развития деперсонализации.

Четвертая фундаментальная мотивация заключается в стремлении к самоактуализации, реализации своих смыслов: обнаружения того, ради чего мне стоит жить. Это стремление сказывается на выборе жизненных путей. Осознавая свою уникальность и внутренний потенциал, человек стремится раскрыть и реализовать свои возможности даже вопреки внешним преградам. Дефицит может возникать при неразрешенных внутренних конфликтах, при ошибочном восприятии внешних смыслов как своих собственных. Это особенно остро ощущается при столкновении с системой оптимизации в здравоохранении, когда «эффективность» врача стала измеряться количеством пациентов, которых он успел принять за 1 час.

Многие врачи отмечают, что с каждым годом все больше времени и внимания им приходится уделять заполнению электронных медицинских карт (ЭМК), нежели осмотру пациента и коммуникации с ним. При этом выстраивание доверительных отношений с пациентом критически важно для достижения комплаенса (*англ.* compliance — согласие, соответствие) и повышения эффективности проводимой терапии. Что в конечном итоге влияет на осознание врачом себя как профессионала и оценку профессиональных достижений. Тут важно вспомнить, что в модели К. Маслач редукция личных достижений в профессиональной деятельности — это третья стадия развития СЭВ.

Резюмируя, важно отметить, что развитие экзистенциальных дефицитов в каждой из четырех фундаментальных мотиваций может быть глубинным основанием и предиктором развития симптомов эмоционального выгорания врачей паллиативных служб.

Вторичный травматический стресс

Вторичный травматический стресс может быть рассмотрен как предиктор развития синдрома эмоционального выгорания. Впервые термин «вторичный травматический стресс» (ВТС) был введен Чарльзом Фигли в его работе «Усталость от сострадания: к но-

*Дистресс — негативный тип стресса, при котором человек не может адаптироваться к стрессовым факторам. Это тип стресса, разрушающий организм и личность.

вому пониманию затрат на заботу», опубликованной в 1995 г. [20]. Он описал его как «естественные эмоциональные и поведенческие отклики, возникающие вследствие осознания травмы, пережитой близким человеком». Глубокое понимание психологической травмы помогает лучше разобраться в особенностях вторичного травматического стресса. Ситуация, воспринимаемая как травматическая, угрожает жизни, физическому состоянию или благополучию как самого пострадавшего, так и его окружения. При диагностированном посттравматическом стрессовом расстройстве травматические события могут быть как непосредственно пережитыми, так и наблюдаемыми. Если человек сам становится жертвой травмы, у него может развиваться ПТСР. В случаях, когда он становится свидетелем травматического события, может проявиться вторичный травматический стресс. Врачи паллиативных служб регулярно оказываются в ситуациях, где высок риск развития вторичного травматического стресса. Как подчеркивал Фигли, основное различие между ПТСР и вторичной травмой заключается в том, что при вторичном стрессе человек оказывается в шаге от травмы [21]. Развитие ВТС влечет за собой те же негативные последствия для организма человека, как и дистресс. В научной среде дистресс, испытываемый врачом при выполнении профессиональных обязанностей, рассматривается как основной предиктор развития СЭВ. Результаты корреляционного анализа показывают, что существует значимая положительная связь симптомов профессионального выгорания и вторичной травматизации. Наиболее сильно с симптомами вторичной травматизации связана деперсонализация [22].

Усталость от сострадания

Синдром профессионального выгорания тесно связан с синдромом усталости из-за сострадания и входит в более широкую концепцию профессионального качества жизни. В процессе ухода за неизлечимо больными пациентами врачи паллиативной помощи все чаще подвергаются усталости от сострадания. Под состраданием понимается признание, понимание и терпимость к страданиям других, эмпатическая забота, а также мотивация и действия в отношениях, чтобы помочь другим [23]. До сих пор усилия по лучшему пониманию сути усталости от сострадания среди специалистов паллиативной помощи были ограниченными.

В январе 2025 г. опубликован систематический обзор [24], где проанализированы существующие модели усталости от сострадания. В модели Ч. Фигли усталость от сострадания представляется как персонализированный опыт, который формируется под влиянием эмпатических связей врача, удовлетворенности от работы, уровня ответственности, взаимодействия с пациентом, социокультурного контек-

ста и памяти предыдущего воздействия страданий других людей. Поздние интерпретации этой теории акцентируют внимание на стратегиях поиска смысла, устойчивости и способов совладания врача, а также на влиянии окружающей среды и культурного контекста.

Концептуальная структура усталости от сострадания, предложенная Кутзеем и Клоппером, также уделяет внимание индивидуализированным и долгосрочным эффектам, возникающим в результате интенсивного и постоянного взаимодействия с пациентами и источниками стресса. Эта модель подчеркивает, что усталость от сострадания может быть уменьшена благодаря адекватной физической, эмоциональной и экзистенциальной помощи и поддержке [24].

Макканн и Перлман полагали, что врачи конструируют и интернализируют образы травматических событий и переживаний своих пациентов, что может приводить к вторичной травматизации. Подкрепленная эмпатией и кумулятивным эффектом вторичная травма трансформируется во вторичный травматический стресс, который, в свою очередь, может вызывать состояние усталости от сострадания.

Модель профессионального качества жизни Штамма утверждает, что врачи сталкиваются с усталостью от сострадания из-за дисбаланса между положительным (удовлетворение от оказания помощи) и отрицательным (усталость от сострадания) опытом и смыслом. Новые подходы к пониманию усталости от сострадания и эмоционального выгорания акцентируют внимание на том, как человек осмысливает свой опыт. Положительный опыт, характер терапевтических взаимоотношений и наличие эффективных профессиональных и личных ресурсов поддержки способствуют формированию смысла и эффективному управлению эмоциональными реакциями, что, в свою очередь, увеличивает удовлетворение от сострадания. Стоит признать, что длительное и интенсивное воздействие психологических факторов и факторов внешней среды влияет на систему убеждений врача, изменяя его личность и перестраивая представления о себе как о личности или о том, «что делает вас вами».

Возможности снижения уровня эмоционального выгорания у врачей паллиативных служб

В литературе достаточно подробно рассмотрены методы профилактики и коррекции симптомов эмоционального выгорания. В статье «Профилактика эмоционального выгорания» [25] описаны конкретные меры в трех сферах: когнитивная, эмоциональная, телесная. При этом недостаточно рассмотрена возможность работы с базовыми причинами формирования этих симптомов.

Рассмотренные выше предикторы формирования СЭВ с точки зрения экзистенциального анализа можно отнести к фундаментальным причинам развития

симптомов эмоционального выгорания. В основании выявленных факторов лежит глубинное отношение личности к себе, внешним обстоятельствам и межличностному взаимодействию. В связи с этим к трем указанным ранее областям мы предлагаем добавить четвертую — сферу отношений. Эта категория охватывает как внутрличностные отношения (то есть отношения с самим собой), так и межличностные (отношения с важными для нас людьми), а также взаимодействие с внешними условиями окружающей среды и существующими ограничениями. Мы предлагаем проанализировать, какие меры можно предпринять для предотвращения и коррекции факторов, способствующих развитию синдрома эмоционального выгорания.

Отношения с собой

Принцип личности — самовозрастание и самоопределение. Личность не есть готовая реальность, человек выковывает свою личность.

Альфريد Лэнгле

Личность человека не является неким статичным образованием, она динамично изменяется на протяжении всей жизни. Этот процесс включает в себя определение наших основных ценностей, определение наших целей. Определенное (свое, индивидуальное и конкретное) видение и обозначение конкретных мероприятий, которые соответствуют нашей миссии. Важную роль при описании феноменологии личности играет уравнивание: нет чего-то наиболее или наименее значимого, все аспекты феномена считаются равными по значимости в данный момент. Появление симптомов эмоционального выгорания может служить для нас предупреждающей сиреной: что-то в моей жизни идет не так, это повод замедлиться, возможно взять паузу и разобраться, что именно. И начать стоит с честного диалога с самим собой. Что означает «выстраивать отношения с самим собой»? Это означает искать ответы на следующие вопросы:

— Могу ли я быть в этом мире? Сам факт моего существования — это хорошо?

— Могу ли я справиться с бытием?

— Что является для меня опорой в этой жизни на данном ее этапе?

— Какой я? Через что я себя определяю? Это может быть интеграция разных социальных ролей, стремлений, проявлений (например: муж, врач, мать, волонтер, организатор, душа компании, руководитель, научный сотрудник, друг и т.д.).

— Есть ли в моей жизни эмоции? Или я живу механически: не чувствую, не переживаю, не испытываю волнение и удивление?

— Как я отношусь к своим эмоциям? А к своему телу? Замечаю ли я их? Важно, чтобы мы замечали и уважали все чувства, возникающие в результате трудных пере-

живаний, без осуждения, в том числе горе, гнев, фрустрацию, потерю, безнадежность, облегчение и благодарность.

— Нравится ли мне жить?

— Что для меня по-настоящему важно и ценно? Чему я готов уделять свое время и внимание — мои самые ценные ресурсы?

— В чем я вижу смысл каждого нового дня? А в чем — всей жизни?

— Чего я боюсь?

— Есть ли во мне то, что мешает мне жить свою собственную жизнь, в которой я вижу настоящий смысл?

Отношения с другими

Мы проводим на работе множество часов и, возможно, даже больше времени в бодрствующем состоянии проводим с коллегами, чем с родными. Поэтому наличие поддерживающих связей, в которые мы включены на рабочем месте, играет ключевую роль для нашего повседневного благополучия и психического здоровья. Отношения, основанные на взаимном уважении и доверии, важны не только в рамках одного коллектива, но и во взаимодействии с руководством на уровне отделения и всей организации. Как люди, мы нуждаемся в ощущении принадлежности, которое включает в себя осознание того, что нас видят, принимают и ценят. Мы испытываем радость и удовлетворение от своей деятельности, когда наши цели совпадают с задачами учреждения, а рабочая атмосфера является поддерживающей. Однако чувство причастности к академической медицине часто оказывается привилегией, доступной не каждому.

Важно понимать, как мы выстраиваем отношения с близкими людьми и коллегами. Для этого спросить себя:

— Что для меня приемлемо в разных видах отношений, а что нет?

— Могу ли говорить, когда испытываю дискомфорт или отрицательные эмоции? Каким образом я это делаю?

— Как я веду себя в конфликтной ситуации? Хочу ли я что-то изменить в своих реакциях и поведении?

— Зависит ли мое эмоциональное состояние и моя самооценка от других людей?

— Чье мнение для меня по-настоящему важно?

— Имею ли я право быть таким, какой я есть, вести себя так, как я себя веду? Это уровень идентичности и этики. Чтобы подойти к самой возможности положительного ответа на этот вопрос, нам нужны уважительное внимание к себе, справедливая оценка и признание ценности своей личности.

— Кто меня так видит и ценит? За что меня уважают и за что я сам себя могу уважать?

— Могу ли я признать важность собственного Я? Могу ли отвечать за свое поведение, воспринимать его как правильное?

Отношения с миром/жизнью

Пересмотр внутренних факторов, побудивших нас стать врачами, может помочь нам стать более стойкими и вернуть радость от нашей практики. Поиск смысла в нашей повседневной работе является ключевым элементом вовлеченности врачей и защитной стратегией для снижения эмоционального выгорания [26].

Врачи, которые тратят менее 20% своего рабочего времени на деятельность, которая, по их мнению, имеет личное значение, почти в 3 раза чаще страдают от эмоционального выгорания [27, 28]. Нам следует активно подходить к определению и переосмыслению того, как выглядит значимая работа, и поощрять и поддерживать других в этом. Именно благодаря выявлению и приоритизации того, что движет нами и дает нам цель, мы можем прийти к большей удовлетворенности от своей профессиональной деятельности в медицине.

— Почему я выбрал эту профессию? Какие смыслы я вкладываю в свою профессиональную деятельность?

— Что больше всего нравится мне в моей профессии?

— Каково качество моей жизни? Что определяет качество моей жизни?

— Как я принимаю позитивное?

— Справляюсь ли я с тем, чтобы выдерживать негативное?

Размышления о трудностях, с которыми мы сталкивались в прошлом, дают нам возможность извлечь уроки из того, как мы реагировали, и лучше понять и оценить уникальные качества, которыми мы обладаем.

— Что мне в этом помогает? А что мешает?

— С какими ограничениями я готов мириться? Ради чего я готов это делать?

— Как я отношусь к идее несправедливости этого мира и отсутствию гарантий?

— Есть ли у меня убежденность в том, что если все делать правильно, то ничего плохого не случится?

— Как я определяю хорошее и плохое, что считаю добром и злом?

— С какими жизненными ограничениями я сталкивался? Как я с ними обходился? Разрушают ли они меня или я могу их выдерживать?

— Как я отношусь к переменам? Насколько легко или трудно они мне даются?

— Нравится ли мне делать то, что я делаю? Люблю ли я это делать? Чувствую ли я, что это хорошо?

— Приносит ли мне то, что я делаю, радость? Может быть, не всегда дело будет обстоять таким образом, но чувство радости и удовлетворения должно преобладать.

Заключение

Синдром эмоционального выгорания становится привычным явлением нашего времени. Времени, для которого характерны спешка, многообразие возможностей, установка на финансовый успех

и достижения во всех сферах жизни. Лучше всего одновременно. Все внимание и ресурсы направлены на получение максимальной производительности. Вместе с тем это время дефицита отношений: человека с самим собой, с людьми и с жизнью. «Эмоциональное выгорание — это счет, предъявляемый нам за отчужденную жизнь» [19], за жизнь в угоду внешним ценностям и чуждым нам смыслам.

Задумываясь над вопросами, приведенными в данной статье, мы уже начинаем возвращаться в настоящий момент и собственную жизнь, мы уже начинаем восстанавливать сферу отношений и восполнять те экзистенциальные дефициты, с которыми жили, но о которых могли не подозревать.

Эти вопросы и поиск ответов на них могут стать началом диалога не только с самим собой, но и с коллегами, и с близкими людьми.

Специалисты паллиативных служб оказывают необходимую поддержку пациентам и их семьям, которые сталкиваются с опасными для жизни заболеваниями, сталкиваются с горем. Каждый врач может определить свои ценности и определить, как согласовать свою работу с теми областями, которые считает наиболее значимыми. Внимание к внутренним смыслам и ценностям, которые привели нас в медицину, и переосмысление цели и сути нашей работы в сочетании с размышлениями, признательностью, связью с другими людьми и вовлечением их в процесс помогают нам перестроиться на гуманизм, лежащий в основе медицины. И проявить этот гуманизм и по отношению к самим себе. Уделяя время себе вне работы и осознанно делая выбор, мы создаем пространство для более эффективной интеграции работы и личной жизни. Это помогает повысить устойчивость к изменениям и воспринимать проблемы, с которыми мы сталкиваемся, как решаемые задачи и даже возможности для роста.

Узнавание себя, изменение в мышлении, переживании, отношении может оказать заметное влияние на внутреннюю мотивацию. Это потребует усилий, но даст возможность восстановиться и получать удовольствие от медицинской практики и своей жизни.

Литература

1. Freudenberger H. J. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30:159–65.
2. Maslach, Christina (1998). *A Multidimensional Theory of Burnout*. 10.1093/oso/9780198522799.003.0004.
3. Talbot S. G., Dean W. Physicians are not “burning out”. They are suffering from moral injury. *STAT*. <https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/>. Accessed August 1, 2022.
4. Rotenstein L. S., Torre M., Ramos M. A. et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review // *JAMA*. 2018. Vol. 320, № 11. P. 1131–1150.
5. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, QD85 Burn-out. *International Classification of Disease, 11th ed. 2019*. Available

at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> Accessed October 29, 2019.

6. Gonçalves, Florbela and Margarida Gaudêncio. Burnout and quality of life in Portuguese healthcare professionals working in oncology and palliative care—a preliminary study. *BMC palliative care* vol. 22, 1 155. 13 Oct. 2023, doi:10.1186/s12904-023-01273-7.
7. Dijkhoorn, Anne-Floor Q et al. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative medicine* vol. 35, 1 (2021): 6–26. doi:10.1177/0269216320956825.
8. Gonçalves, Florbela et al. Burnout and attachment in oncology and palliative care healthcare professionals. *BMJ supportive & palliative care* vol. 14, e3 e2843–e2855. 19 Dec. 2024, doi:10.1136/spcare-2023-004694.
9. van Wyk B. E., Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. In: *The Cochrane Collaboration, editors, Cochrane Database Syst. Rev.* Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; (2010). 10.1002/14651858.CD003541.pub2.
10. Copur M. S. Burnout in Oncology. *Oncology*. (Williston Park). (2019) 33:687522.
11. Ramirez A., Graham J., Richards M., Timothy A. Stress at work for the clinical oncologist. *Clin Oncol.* (1996) 8:137–9. 10.1016/S0936-6555(96)80036-7.
12. Shanafelt T., Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol.* 2012;30:1235–41.
13. Лаврова Л. И. Невротизм как черта личности // Форум молодых ученых. 2023. № 2 (78). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nevrotizm-kak-cherta-lichnosti> (дата обращения: 17.12.2024).
14. Brown P. A., Slater M., Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;18:169–77.
15. Haslam A., Tuia J., Miller S. L., Prasad V. Systematic review and meta-analysis of randomized trials testing interventions to reduce physician burnout. *Am J Med.* 2023;137:249–257.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.10.003>.
16. Catapano P., Cipolla S., Sampogna G., Perris F., Luciano M., Catapano F., Fiorillo A. Organizational and individual interventions for managing work-related stress in healthcare professionals: a systematic review. *Medicina.* 2023;59(10):1866.
17. Weinzimmer L., Hippler S. New insights into physician burnout and turnover intent: a validated measure of physician fortitude. *BMC Health Serv Res* 24, 748 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11186-7>
18. Лэнгле А. Основы экзистенциального анализа. — СПб: Путьер, 2023. — 288 с.
19. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа [Текст] / А. Лэнгле // *Вопросы психологии.* — 2008. — № 2. — С. 3–16.
20. Figley C. R. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.* In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
21. Бергус Т. А., Арбузова Т. Н. Феномен вторичного травматического стресса у медицинского персонала родильного отделения // *Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал.* 2024. № 02 (91). Режим доступа: <https://scipress.ru/pedagogy/articles/fenomen-vtorichnogo-travmaticheskogo-stressa-u-meditsinskogo-personala-rodilnogo-otdeleniya.html> (дата обращения: 25.02.2024).
22. Малкина-Пых И. Г. Взаимосвязь профессионального выгорания и вторичного травматического стресса в структуре личности психологов // *Акмеология.* 2010. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-professionalnogo-vygoraniya-i-vtorichnogo-travmaticheskogo-stressa-v-strukture-lichnosti-psihologov> (дата обращения: 18.12.2024).
23. Гольменко А. Д., Хантанова В. А., Песков В. П., Хантанов А. Ю. Тенденции управления профессиональным выгоранием медицинских сестер в зарубежных исследованиях (обзор литературы). *Acta biomedica scientifica.* 2021; 6(5): 145–156. doi: 10.29413/ABS.2021-6.5.14.
24. Sinnathamby, Annushkha et al. Towards a Theory of Compassion Fatigue in Palliative Care and Oncology: A Systematic Scoping Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 10499091251315183. 18 Jan. 2025, doi:10.1177/10499091251315183.
25. Суханова Е. И. Профилактика профессионального выгорания // *Неонатология: новости, мнения, обучение.* 2022. Т. 10, № 3. С. 68–72. 001: <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2022-10-3-68-72>.
26. Jager A. J., Tutty M. A., Kao A. C. Association between physician burnout and identification with medicine as a calling. *Mayo Clin Proc* 2017; 92(3):415–422; doi:10.1016/j.mayocp.2016.11.012. Epub 2017 Feb 8 PMID: 28189341.
27. Shanafelt T. D., Noseworthy J. H. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; 92(1):129–146. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004. Epub 2016 Nov 18 PMID: 27871627.
28. Serwint J. R., Stewart M. T. Cultivating the joy of medicine: a focus on intrinsic factors and the meaning of our work. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2019; 49(12):100665; doi:10.1016/j.cppeds.2019.100665. Epub 2019 Sep 30 PMID: 31582295.