

COVID-19: риски психической травматизации среди медицинских работников

Мария Падун
Институт психологии РАН

Пандемию COVID-19 вполне обоснованно называют войной. На передовой этой войны находятся медицинские работники: врачи, медицинские сестры, санитары. Хочется сказать, что здесь речь идет не только о тех врачах, которые работают непосредственно с вирусной пневмонией, а обо всех медицинских работниках, продолжающих находиться в больницах и поликлиниках в условиях пандемии. Характеристики ситуации их жизни сопоставимы с условиями военных на войне: наличие непосредственной угрозы здоровью и жизни, тяжелые условия труда, моральная нагрузка, связанная с жизнями других людей. Угроза жизни и здоровью само по себе делает ситуацию потенциально психотравмирующей, т.е. можно утверждать, что медицинские работники (по крайней мере в регионах с тяжелой вирусной нагрузкой) переживают не просто стресс, а психическую травму. Соответственно, сегодня важно рассмотреть возможные риски развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других связанных с травмой расстройств, а также проследить возможные механизмы развития дистресса у людей, которые спасают жизни.

Психическая травматизация у работников сферы здравоохранения в условиях эпидемии. Традиционно считается, что ПТСР является следствием переживания ситуации, в которой человек пережил интенсивную угрозу жизни или физической целостности, т.е. в [критериях международных классификаций](#) на первом плане - тема угрозы физическому существованию. Основными симптомами ПТСР являются: 1) повторные переживания травмы в мыслях, образах, сновидениях; 2) избегание объектов и ситуаций, напоминающих о травме; 3) повышенная психофизиологическая возбудимость (настороженность, повышенная реакция испуга). ПТСР развивается у части людей, переживших травму (например, в результате военной травмы ПТСР страдают порядка 20% прошедших войну). Риск развития ПТСР зависит от тяжести и длительности травматической ситуации, а также от того, каким образом переживается стресс во время воздействия травматического стрессора. Так, например, [известно](#), что переживание [диссоциативных симптомов](#) во время травмы является предиктором развития ПТСР в будущем. Следовательно, то, каким образом люди (и особенно те, кто находится в группах риска) проходят сейчас через травматическую ситуацию пандемии, влияет на особенности отдаленных психологических последствий. Этот факт заставляет профессионалов, занятых в сфере психического здоровья, задавать себе вопрос: что мы можем сделать *сейчас*, чтобы не столкнуться *потом* с другими «вирусами»: депрессией, ПТСР и другими связанными с травмой расстройствами? Действия, направленные на минимизацию травматичности ситуации, не могут, к сожалению, нивелировать стресс, но они могут значительно уменьшить его интенсивность.

Если говорить о врачах и медсестрах, то результаты недавнего [исследования китайских коллег](#) говорят том, что в конце января - начале февраля 2020 года врачи и медсестры, работавшие с пациентами с COVID-19, сообщали о симптоматике депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), нарушениях сна (34%) и дистрессе (71,5%). Большая интенсивность симптоматики была обнаружена: у женщин по сравнению с мужчинами; у медсестер по сравнению с другими категориями медицинских работников; у лиц, находящихся в

непосредственном контакте с пациентами, по сравнению с другими медицинскими работниками; у лиц, работающих в Ухани, по сравнению с медицинскими работниками, занятыми в других районах. Исследования других эпидемий в Китае показали, что основными переживаниями при дистрессе были: чувство уязвимости, утраты контроля, беспокойство о собственном здоровье, страх заразить других, беспокойство о здоровье близких, изменения привычного рабочего уклада и изоляция.

Угроза собственному «Я»: риск моральной травматизации у медицинских работников. [Теории психологических потребностей](#) говорят о том, что базовые психологические потребности человека не ограничиваются темой физической безопасности. Людям свойственно также стремиться к тому, чтобы поддерживать самооценку и чувство самоуважения. По аналогии с физической безопасностью, самооценку и самоуважение - это условия безопасности собственного «Я». Яркая иллюстрация этому - [социальная фобия](#), где можно ясно распознать страдание человека в связи с нарушенными отношениями с собственным «Я». Другим, не менее ярким примером служит [пограничное расстройство личности](#), основным дефицитом которого также является нарушение идентичности и способности опираться на себя. Таким образом, если в случае физической угрозы человек, в первую очередь, переживает тревогу, страх, ужас, панику (это все разные варианты эмоции «страх»), то в случае с угрозой самооценке и самоуважению, мы имеем дело с виной, стыдом, отвращением. В этом случае можно говорить о *моральной травме*.

Понятие моральной травмы было введено в 90-е годы XX века на основании анализа военного опыта ветеранов войны во Вьетнаме. Под [моральной травмой](#) понимается переживание тяжелого дистресса в связи с тем, что человек совершил, не предотвратил, был свидетелем или узнал о действиях (или их отсутствии), которые противоречат базовым моральным убеждениям; при этом действия привели к тяжелым последствиям. Многочисленные исследования военной травмы указывают на роль моральной травмы в развитии ПТСР. При этом, если при классической травматизации, связанной со страхом и ужасом, эмоции переживаются *во время* травматической ситуации, то в случае моральной травмы мучительные чувства возникают в полном объеме *после* ее завершения.

Существует достаточно обоснованное [мнение](#) о том, что протоколы психотерапии ПТСР должны учитывать наличие моральной травмы. [Данные о ПТСР после войны](#) говорят о том, что значительная часть диагностированных случаев (по разным данным, от 25 до 34%) являются последствиями моральной травматизации.

Круг лиц, подвергающихся воздействию моральной травмы, не ограничивается военными: в обычной жизни люди переживают предательства и измены; делают профессиональные ошибки; неумышленно совершают действия, которые причиняют вред другим и пр. Стыд и самообвинение, а также обида и утрата доверия в этих случаях требуют специальной внутренней работы и, иногда, дополнительной помощи. В крайних случаях можно наблюдать развитие психических расстройств (депрессии, ПТСР, усиления зависимостей), а также повышение суицидального риска.

Опыт разных стран показывает, что в ситуации с COVID-19 моральная травматизация медицинских работников связана, с одной стороны, с неспособностью оказать помощь пациентам, за жизнь которых ощущается персональная ответственность, в условиях ограниченных ресурсов для осуществления этой помощи. Умиравшие у дверей больниц и в приемных покоях пациенты, так и не получившие помощи; переполненные трупами мобильные морги; беспомощность от попыток лечить болезнь, про которую почти

ничего неизвестно, - это неполный перечень источников моральной травмы врачей и медсестер. С другой стороны, сами медицинские работники во многих (развитых!) странах ощущают себя преданными системой здравоохранения и государством из-за недостатка заботы об их безопасности.

Героизм и травматизация. Рядом с темой травматизации часто находится тема героизма. Герои - это люди, играющие чрезвычайно важную роль в жизни других людей в условиях трудных или чрезвычайных обстоятельств и подвергающие тем самым риску собственную жизнь. Сегодня в честь врачей и медсестер поют лучшие исполнители мира; им аплодируют ежедневно люди, изолированные в своих домах и квартирах; вечерняя иллюминация в больших городах мира «окрашена» в белый и красный цвета.

С одной стороны, героизм ассоциируется с максимально осмысленной, проживаемой и подлинной жизнью: это то время и место, где человек ощущает себя максимально нужным, где мир запрашивает именно его и он может максимально реализовать здесь свой потенциал: мужество, способности, знания, энергию, опыт. Героический нарратив с древнейших времен по наши дни отражает этапы развития личности героя, которые могут быть пройдены именно в травматической ситуации: сепарация (выход из привычных безопасных условий); прохождение через экстремальный опыт и трансформация личности; реализация потенциала, приобретенного в результате страданий, в преобразовании внешнего мира. В этом процессе, вероятно, отражен феномен так называемого «посттравматического личностного роста», который давно описан в психологической науке и имеет эмпирические подтверждения. Людям свойственно искать и обнаруживать смыслы в трудных жизненных ситуациях: самым ярким примером этого является личность Виктора Франкла - основателя логотерапии, прошедшего через концлагерь и создавшего там основную труд своей жизни. Помощь другим, как источник смысла, является огромным ресурсом в прохождении через травматические ситуации.

С другой стороны, героизм не может быть навязан или искусственно создан: истинное героическое поведение может быть только актом глубокого совпадения внутренней готовности и внешнего запроса. Навязывание социальной роли героя имеет риск привести к саморастрачиванию, ощущению себя жертвой, дистрессу и психическому истощению. Это вдвойне опасно в случае, когда героизмом одной социально-профессиональной группы искусственно прикрывается несостоятельность другой. Люди вообще и врачи, в частности, не обязаны быть героями. Способность жертвовать собой не должна быть следствием социального давления. Исследования израильских ученых показывают, что идентификация себя с героем перед военной операцией является предиктором тревожности в этот период.

Таким образом, ситуация сегодняшнего дня имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. Вместе с тем, в этой глобальной травматизации можно обозначить группы людей, которые испытывают наиболее интенсивную угрозу и психологический дистресс. Последствия этого дистресса мировое сообщество будет ощущать на себе еще годы и, вероятно, десятилетия. Группой номер один в этом списке выступают медицинские работники. Опыт Китая, европейских стран и США отчетливо указывает на высокие риски развития тяжелых психологических последствий для людей, которые сейчас работают с пациентами. Сообщения в прессе, а также публикации врачей в соцсетях, позволяют говорить о следующих источниках травматизации:

1. Психическая травматизация в связи с угрозой собственной жизни, а также в связи с угрозой жизни родных и близких;

2. Моральная травматизация в связи с угрозой заразить родных и близких; беспомощность в спасении людей в условиях перегрузки системы здравоохранения; переживание предательства со стороны системы здравоохранения, государства и общества. Отдельно следует выделить возможные источники моральной травмы у медицинских работников, которые занимают руководящие должности, в связи с недостатком ресурсов для того, чтобы позаботиться о безопасности своих подчиненных.

Самый сложный вопрос связан с рекомендациями по профилактике психологического дистресса и отдаленных психологических последствий. Известно, что психологический дебрифинг (специально разработанная процедура, которая предполагает выражение переживаемых эмоций в группе людей, которые переживают сходный опыт) не доказал своей эффективности. Таким образом, наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей, оказавшихся на передовой во время эпидемии COVID-19, могут быть психообразование (psychoeducation) или информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи. Ниже мы выскажем более конкретные предположения о том, что конкретно может быть сделано для сохранения психологического благополучия людей, которые лечат пациентов в условиях пандемии (понятно, что это точка зрения психолога, находящегося за пределами клиник и имеющего ограничения в восприятии реальной ситуации на «фронте»):

1. Все врачи, медсестры и санитары должны иметь средства индивидуальной защиты, а также информацию о том, что этих средств будет достаточно в будущем. Они также должны быть обеспечены возможностью изолироваться от своих семей, если видят в этом необходимость.

2. Медицинским работникам должна быть известна информация о проявлениях острого и посттравматического стресса. Они также должны быть информированы о повышении вероятности моральной травматизации в условиях ЧС и тех чувствах, которые переживают люди после моральной травмы. Эта информация дает возможность нормализации, т.е. отношения к собственным тяжелым чувствам как к адекватным в чрезвычайной ситуации.

3. Управленцам в сфере медицины следует поощрять неформальное общение между сотрудниками. Врачи, медсестры и санитары должны иметь перерывы в работе для общения с коллегами. Это обеспечивает возможность выражения эмоций (в противовес их подавлению, которое усиливает дистресс), получения поддержки, снятия напряжения.

4. Важным аспектом профилактики постстрессовых расстройств является формирование убеждений о ценности заботы о себе в условиях, когда ситуация требует полной самоотдачи. Речь идет об усилении представлений о том, что внимание к себе и своим потребностям делает человека более устойчивым и сильным и расширяет его возможности помочь другим.

5. Врачи, медсестры и санитары должны иметь оперативный доступ к получению психологической и/или психиатрической помощи. Понятно, что переживание тревоги, напряжения и усталости являются «нормальными» чувствами в «ненормальной» ситуации. Однако люди, переживающие длительный стресс, должны иметь возможность оперативно обратиться за помощью, если негативные эмоции носят стабильно интенсивный характер, а также, если эти эмоции приводят к нарушению сна, аппетита, соматическим симптомам.