

/ В. В. Белоколов, Е. Э. Декало // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2017. – № 2 (16). – С. 6.

2. Громыко, Д. И. Социально-психологические и клинические факторы мотивации к лечению и отказу от потребления психоактивных веществ у наркологических больных / Д. И. Громыко, Р. Д. Илюк // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы : сб. метод. рек. / под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб., 2018. – С. 183-224.

3. Грановская, Е. А. Фактор эмоционального неприятия заболевания у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов / Е. А. Грановская // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2024. – Т. 14, № 2. – С. 320-330.

FEATURES OF MOTIVATION TO CHANGE BEHAVIOR AND TREATMENT IN CONSUMERS OF SURFACTANTS IN THE PROCESS OF MEDICAL REHABILITATION

Ipatova K.A.

*Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Saint-Petersburg, Russia*

The article presents the results of a study of 120 surfactant users who underwent medical rehabilitation voluntarily and by court order. The dynamics of motivation in groups in the first year was studied. It was revealed that high motivation in patients who voluntarily underwent a rehabilitation program decreases faster. In turn, in patients who were motivated by the decision of the court, on the contrary, motivation increases. This indicates the need to adapt therapeutic approaches to the changing needs of patients at different stages of rehabilitation.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Климович Е.А.¹, Климович В.Е.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Гродно,

Гродно, Беларусь

e.klimovich90@mail.ru

Введение. Профессиональная деятельность врачей-анестезиологов-реаниматологов погружена в атмосферу высокого психоэмоционального напряжения и несет в себе непомерную морально-этическую ответственность,

что приводит к хроническому стрессу и эмоциональному выгоранию.

Сам термин «выгорание», введенный Гербертом Фрейденбергером в 1974 году, описывает истощение у людей, чья работа требует постоянного эмоционального контакта и включенности. В.В. Бойко описывал синдром эмоционального выгорания, как защитный механизм психики, оберегающий от чрезмерных психотравмирующих воздействий посредством подавления эмоций. Главными катализаторами его развития признаются стресс и хроническое нервное напряжение. [1 с. 151, 3]

Понятие «стресс» ввел Г.Селье (1936). Он подразделил его на эустресс (мобилизующий и созидательный) и дистресс (разрушающий и истощающий). Человек способен успешно противостоять стрессовым натискам, обладая нервно-психической устойчивостью (НПУ), которая, согласно А.Г. Маклакову, напрямую зависит от уровня психической регуляции и играет ключевую роль в адаптации к стрессовым условиям.

Продолжительное воздействие стресса на анестезиологов-реаниматологов неизбежно ведет к снижению эффективности диагностического процесса, увеличению числа врачебных ошибок, ухудшению состояния пациентов, а также негативно влияет на здоровье самих специалистов. В этих условиях высокая стрессоустойчивость становится не просто желательной, а необходимой

Постоянный стресс повышает общую неудовлетворенность, снижая НПУ, истощая физическую активность, накапливая нервное напряжение и вызывая эмоциональную опустошенность, что является предвестником выгорания.

Эмоциональное выгорание манифестирует себя ощущением тщетности труда, глубокой неудовлетворенностью достигнутыми результатами, обострением межличностных конфликтов [4].

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние и степень выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей-анестезиологов-реаниматологов медицинских учреждений города Гродно.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 50 специалистов отделений анестезиологии и реанимации в возрасте от 26 до 50 лет. Использованные методики: методика диагностики уровня сформированности синдрома эмоционального выгорания В.В.Бойко и психодиагностическая методика «Прогноз» Ю.А.Баранова, направленная на определение уровня нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессовых условиях. [1, 2]

Результаты исследования. Синдром эмоционального выгорания, по сути, является защитным механизмом психики, который помогает противостоять профессиональному стрессу. Синдром проявляется в полном либо частичном приглушении эмоций в ответ на чрезмерное психотравмирующее воздействие. Развитие этого синдрома происходит поэтапно, в рамках трех последовательных стадий: «Напряжение» (характеризуется нарастанием нервно-психического дискомфорта и зарождением первых симптомов), «Резистенция» (этап сопротивления стрессу,

стремления к восстановлению комфорта и снижению внешнего давления) и «Истощение» (ведущее к снижению работоспособности, угасанию жизненных сил, проявлению депрессии, тревоги, а также к ослаблению профессиональной ответственности и эмоциональной связи с работой).

Анализ результатов диагностики синдрома эмоционального выгорания по методике В.В.Бойко продемонстрировал, что фаза «Напряжение» проявилась на среднем уровне (39,5 баллов), что свидетельствует лишь о начальной стадии формирования защитных механизмов. Фаза «Резистенция», выступающая как переходный этап, достигла среднего показателя (42,5 баллов), указывая на активизацию процессов сопротивления стрессу и психоэмоциональной самозащиты у реаниматологов. Наименьший уровень был отмечен в фазе «Истощение» (37 баллов), что говорит о ее несформированности у подавляющего большинства опрошенных.

Каждая стадия синдрома характеризуется четырьмя доминирующими симптомами. В фазе «Напряжение» ярко выражен симптом «Тревога и депрессия» (10,3 балла), манифестирующийся личностной тревожностью и неудовлетворенностью текущим положением дел. Далее следует «Переживание психотравмирующих обстоятельств» (9,4 балла), где осознание неразрешимых стрессоров способствует росту чувства отчаяния. Ощущение «Загнанность в клетку» (8,1 балла) и «Неудовлетворенность собой» (7,7 балла) завершают фазу, отражая снижение самооценки и гнетущее чувство бессилия.

В фазе «Резистенция» лидирует симптом «Редукция профессиональных обязанностей» (11,7 балла), выражающийся в стремлении минимизировать или упростить эмоционально затратные рабочие задачи. «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» (11,5 балла) проявляется в нарушении тонкого баланса между экономией эмоций и их неуместным выбросом. «Эмоционально-нравственная дезориентация» (9,8 балла) возникает как закономерное следствие некорректного эмоционального реагирования, приводя к опасной легализации безразличия. «Расширение сферы экономии эмоций» (9,5 балла) означает, что негативные последствия выгорания начинают проникать в личную жизнь.

Фаза «Истощение» инициируется симптомом «Эмоциональный дефицит» (10,3 балла), когда человек ощущает полную невозможность сопереживать. «Эмоциональная отстраненность» (9,9 балла) трансформирует работу в режим «автопилота», лишённого живых человеческих реакций. «Личностная отстраненность (деперсонализация)» (9,5 балла) затрагивает основы системы ценностей, подрывая остатки удовлетворения от взаимодействия с людьми. Завершающий симптом – «Психосоматические и психовегетативные нарушения» (7,3 балла), проявляющийся в физическом недомогании, у основной части исследуемых отсутствовали.

Используя методику «Прогноз» Ю.А.Баранова, было установлено, что средний показатель НПУ составил 15 баллов (3 стена), что свидетельствует о достаточно высоком уровне, коррелирующим с эффективным противостоянием стрессовым факторам. Корреляционный анализ выявил значимые

отрицательные взаимосвязи между НПУ и синдромом выгорания: чем выше уровень НПУ, тем ниже риск редукции профессиональных обязанностей (-0,438), поведенческих паттернов стресса (-0,382) и общий уровень эмоционального выгорания (-0,449). Полученные данные убедительно подтверждают выдвинутую гипотезу о тесной взаимосвязи психоэмоционального состояния и уровня выгорания у врачей-анестезиологов-реаниматологов.

Результаты исследования свидетельствуют, что у большинства сотрудников реанимации диагностированы острые стрессовые расстройства, порожденные спецификой их профессиональной деятельности. У подавляющего большинства из них синдром эмоционального выгорания находится на стадии активного формирования, что указывает на прогрессирующее ухудшение психоэмоционального состояния на фоне профессионального стресса. В то же время анализ фаз и симптомов эмоционального выгорания выявляет высокий уровень нервно-психической устойчивости у врачей-анестезиологов-реаниматологов, позволяющий им эффективно противостоять проявлениям профессионального стресса.

Литература

1. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – М. : Филинь, 2016. – 472 с.
2. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб. : Питер, 2010. – 336 с.
3. Четвергова, С. А. Причины профессионального выгорания работников / С. А. Четвергова // Теория и практика современной науки. – 2019. – № 6(48). – С. 512-514.
4. Трухан, Е. А. Концепция выгорания К. Маслак: синдром и процесс / Е. А. Трухан // Вестник Московского информационно-технологического университета - Московского архитектурно-строительного института. – 2024. – № 1. – С. 85-97.

PROFESSIONAL STRESS AND EMOTIONAL BURNOUT IN ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION DEPARTMENT STAFF

Klimovich E.A.¹, Klimovich V.E.²

¹Grodno State Medical University

*²City Clinical Hospital of Emergency Medical Care
Grodno, Republic of Belarus*

The article presents the results of a study of the features of the formation of professional stress in employees of the Department of Anesthesiology and Intensive Care. The psychological structure of the symptoms of the syndrome of emotional burnout and its relationship with the level of neuropsychic stability of anesthesiologists-resuscitators was revealed. The diagnostic tool of the study was

made according to the methodology of V.V. Boyko and Yu.A. Baranova. Based on the results of the study, which demonstrate the relationship between acute stress disorders and the specifics of professional activity, it was concluded that doctors have an emerging burnout syndrome and a relatively high level of mental and emotional stability, which allows them to work successfully in the intensive care unit.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

**Книжникова А.А.^{1,2}, Исаева Е.Р.², Загальская Е.В.²,
Рассохин В.В.², Беляков Н.А.²**

*¹Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,*

*²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
nasya.sur@yandex.ru*

Введение. На сегодняшний день установлено, что от последствий COVID-19, получивших название «постковидный синдром», страдают около 65 млн. человек по всему миру, которые отмечают большой спектр соматических, неврологических и психических нарушений, ассоциированных с перенесённой новой коронавирусной инфекцией (НКИ) [1, 5]. Вместе с тем, по данным исследований, психические и психологические последствия COVID-19 являются теми причинами, которые наиболее существенно ухудшают качество жизни, приводят к значимым трудностям в реадaptации к повседневным и профессиональным нагрузкам [3], к проблемам в выстраивании семейных и сексуальных отношений [2]. В Российской Федерации (РФ) на сегодняшний день отсутствуют клинические рекомендации по сопровождению лиц с нарушениями здоровья в постковидном периоде, а мишени психологической работы с данной группой пациентов, по результатам исследований, все ещё не до конца определены [4].

Цель исследования. Определить показатели удовлетворенности качеством жизни и типом отношения к болезни у людей в постковидном периоде болезни для выявления психокоррекционных мишеней в работе с данной группой пациентов.

Материалы и методы. Обследование людей в постковидном периоде болезни проводилось на клинических базах ФБУН НИИ им. Пастера и ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Критериями включения выступали: 1) постановка диагноза «Состояние после COVID-19. Постковидный синдром» (U09); 2) временная взаимосвязь возникших нарушений здоровья с заболеванием COVID-19; 3) невозможность объяснения возникших нарушений после заболевания COVID-19 альтернативным диагнозом.