

18+



— СТЕКЛЯННЫЙ ВРАЧ: —

ЗАКАЛКА РЕСУРСА



*Как не разбиться и где искать опору,
когда ты на пределе.*

Игорь Алфёров Вера Арсеньева Светлана Кириллова

Антон Карпов Ирина Вайнер Инна Суворова

Ольга Комарова Лизавета Белова Дарья Безноздрева

Дарья Ростockая Дмитрий Зорин Татьяна Тишкова

Арменуи Аракелян Людмила Гущина Алексей Тимофеев

Светлана Кириллова

**Стеклянный врач:
Закалка ресурса**

«Издательские решения»

Кириллова С.

Стеклянный врач: Закалка ресурса / С. Кириллова —
«Издательские решения»,

За белым халатом — усталость, которую нельзя показывать. «Стеклянный врач» раскрывает невидимую сторону медицины: выгорание как норму системы, где героизм стал обязанностью. Пятнадцать авторов описывают, как энтузиазм сменяется хроническим истощением, как сочувствие превращается в защитный цинизм, а желание помочь — в опасное саморазрушение. Книга для тех, кто хочет сохранить себя в профессии и изменить культуру медицины изнутри.

© Кириллова С.
© Издательские решения

Содержание

Стеклянный врач: Закалка ресурса. Как не разбиться и где искать опору, когда ты на пределе	6
От авторов проекта «Привилегия»	6
Организаторы	7
Введение	9
Игорь Алфёров	11
Глава 1. Стадии выгорания от энтузиазма до апатии	11
Лизавета Белова	26
Глава 2. Три лика усталости: эмоции, разум, тело	26
Арменуи Аракелян	35
Глава 3. Система или специалист: почему медицина — это группа риска №1. Как бюрократия и оптимизация съедают врача	35
Конец ознакомительного фрагмента.	44

Стеклянный врач: Закалка ресурса

Авторы: Алфёров Игорь, Арсеньева Вера, Кириллова Светлана, Карпов Антон, Вайнер Ирина, Суворова Инна, Комарова Ольга, Белова Лизавета, Безноздрева Дарья, Росточкая Дарья, Зорин Дмитрий, Тишкова Татьяна, Аракелян Арменуи, Гущина Людмила, Тимофеев Алексей

Научный редактор: Татьяна Тишкова

Литературный редактор: Алёна Стимитс

Дизайнер: Светлана Сулейманова

© Игорь Алфёров, 2026
© Вера Арсеньева, 2026
© Светлана Кириллова, 2026
© Антон Карпов, 2026
© Ирина Вайнер, 2026
© Инна Суворова, 2026
© Ольга Комарова, 2026
© Лизавета Белова, 2026
© Дарья Безноздрева, 2026
© Дарья Росточкая, 2026
© Дмитрий Зорин, 2026
© Татьяна Тишкова, 2026
© Арменуи Аракелян, 2026
© Людмила Гущина, 2026
© Алексей Тимофеев, 2026

ISBN 978-5-0069-8894-1

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Стеклянный врач: Закалка ресурса. Как не разбиться и где искать опору, когда ты на пределе

От авторов проекта «Привилегия»

Дорогие читатели,

«Привилегия» — это не просто писательский проект. Это пространство зрелого разговора. Среда, в которой профессиональный опыт перестает быть частной историей и становится частью общего культурного и профессионального наследия.

Мы убеждены: есть разные уровни вклада в общество. Можно работать. Можно учить. А можно — творить. Творить — значит осмысливать прожитое, превращать практику в текст, опыт — в знание, сомнение — в вопрос, а вопрос — в движение вперед. «Привилегия» создавалась для тех, кто готов к этому третьему уровню.

Для нас писательство — не инструмент личного продвижения и не способ получить статус. Это акт профессиональной честности. Это возможность говорить о сложном открыто, формировать новую культуру диалога в профессии, поднимать темы, которые требуют внимания и зрелости. Мы верим, что слово способно менять не только мышление, но и среду, в которой мы живем и работаем.

Каждая книга проекта — это коллективное размышление. Это встреча разных голосов, объединенных ценностью подлинности. Мы не стремимся к универсальным рецептам и не обещаем легких решений. Мы создаем тексты, которые побуждают думать, чувствовать, пересматривать и расти.

«Привилегия» — это смелость быть собой в профессиональном поле. Смелость делиться не только знаниями, но и сомнениями. Смелость признавать сложность и не упрощать ее ради удобства.

Это место, где опыт одного усиливается опытом других; где индивидуальный путь трансформируется в коллективный ресурс, где рождаются тексты, способные пережить время, потому что они основаны на смысле, а не на тренде.

Мы верим: превращать опыт в текст — это особая ответственность и одновременно особая свобода.

Позвольте себе эту привилегию.

Организаторы



Юлия Калимуллина, писатель, организатор проекта «Привилегия»



Наталья Кирюшина, психолог, организатор проекта «Привилегия»



Книга создана в сотрудничестве с Балинтовской Ассоциацией (Россия)
и
Международной Балинтовской Федерацией (International Balint Federation)

Введение

Эта книга — коллективный крик души и протянутая рука. Она написана пятнадцатью авторами: врачами, психологами, инсайдерами медицинского мира — теми, кто знает о профессиональном выгорании не понаслышке, а изнутри системы. Системы, которая, кажется, работает на износ самых ценных своих ресурсов — человеческих жизней и здоровья самих врачей.

О выгорании медиков говорят много. Пишут статьи, составляют методички, читают лекции. Но проблема от этого не теряет своей остроты. Она по-прежнему болезненна, огромна и, увы, продолжает расти. Врачей становится меньше, их ресурсы истощаются, а нагрузка — только увеличивается. Мы столкнулись с парадоксом: чем больше говорим о выгорании рациональным, «протокольным» языком, тем глубже врач прячется за стеной молчания, стыда и профессионального стоицизма.

Почему так происходит? Врачебная профессия — одна из самых дорогих. Речь не только о времени и деньгах, вложенных в подготовку специалиста. Гораздо дороже та психологическая «валюта», которой расплачивается каждый врач: собственные чувства, переживания, личные границы. Студента-медика с первых курсов учат подавлять эмоции, чтобы эффективно действовать. Так между человеком и врачом внутри него постепенно вырастает пропасть. Чувства начинают казаться чем-то «сопливым», несерьезным, мешающим работе. Единственным приемлемым языком становится язык холодного расчета, рационализации и отрицания собственной боли.

Признать свое выгорание в медицинской среде зачастую равносильно признанию в профессиональной несостоятельности. Об этом можно горько пошутить в ординаторской, но сказать всерьез — значит «потерять лицо». И тогда в ход идут опасные формы самолечения: от работы на автопилоте и полного игнорирования симптомов до попыток «подстегнуть» себя психоактивными веществами. Порочный круг замыкается.

Наша задача — попробовать заговорить об этом по-другому. Не с позиции «умных советчиков на белом коне», а с позиции соратников, стоящих на одной стороне баррикад. Мы хотим говорить на языке чувств, который так часто отвергается в медицине. Вспомним старую поговорку: «Я не люблю кошек, — сказал человек. — Просто ты не умеешь их готовить, — ответил повар». Возможно, вы не «любите» чувства и не умеете с ними обходиться просто потому, что вас никогда не учили этому. Ваша броня, необходимая для работы, в какой-то момент перестает пропускать и воздух.

Эта книга — сборник историй, размышлений и откровений. Мы рискнули поговорить честно, без прикрас и привычного пафоса. Как о живом, а не «либо хорошо, либо ничего». Мы пишем о том, как система, среда и внутренние установки почти гарантированно ведут медика к эмоциональному истощению. Ярчайший пример — пандемия COVID-19, когда врачи, лишённые защиты, жертвенно шли к больным, заражались сами, теряли коллег, пока наконец не стало понятно: чтобы спасти других, нужно вначале защитить себя.

Мы верим, что нашим коллегам-врачам, прочитавшим эту книгу, станет чуть легче. Легче сказать: «Да, это проблема. Да, это со мной. Да, мне страшно и стыдно в этом признаться. Да, я вижу, как выгорают мои друзья». И этого признания, сделанного самому себе, уже будет достаточно для первого шага.

Эта книга — приглашение к новому диалогу. Диалогу поддержки, а не осуждения. Честному и человечному разговору, где врач — не супергерой и не функция, а в первую очередь — живой человек, которому бывает больно, страшно и одиноко.

Мы обращаемся не только к медикам. Эта книга — для руководителей, от которых зависит атмосфера в коллективе; для близких врачей, которые видят изможденные лица, но не

понимают, как помочь; и для всех нас, пациентов, чье здоровье зависит от душевного состояния того, кто лечит. Если после прочтения этой книги у каждого из нас прибавится чуть больше понимания, сострадания и осознанной человечности — наша миссия будет выполнена.

Игорь Алфёров

Глава 1. Стадии выгорания от энтузиазма до апатии

Люди устают от всего на свете, и особенно быстро от того, что им больше всего нравится.

Джордж Бернард Шоу

Введение

Признайтесь себе. Хотя бы на минуту.

Случалось ли вам, глядя на экран с бесконечным списком пациентов, ловить себя на мысли: «И зачем это все?» Раздражал ли вас сегодня чей-то вопрос, который вы вчера еще терпеливо выслушивали? Чувствовали ли вы пустоту там, где раньше был смысл — после сложной операции, спасенной жизни, слов благодарности?

Если да — вы не сошли с ума. Вы не стали плохим врачом. Вы просто истощили свой внутренний ресурс, будучи вынужденным работать на износ. И ваша лучшая черта — искреннее желание помочь — превратилась в медленный яд.

В этой главе нет долгих теоретических вступлений. Вместе с такими же, как вы, практикующими врачами, я попытался составить карту профессионального выгорания, благодаря которой любой из нас сможет самостоятельно определить:

- стадию, чтобы перестать винить себя и начать действовать;
- причины, чтобы увидеть не личный провал, а закономерный процесс;
- возможности, чтобы узнать, что можно сделать прямо сейчас, дабы не рухнуть, а выстоять и вернуть себя.

Давайте вместе проследим путь талантливого доктора Андрея. Это собирательный образ, сплав десятков историй из жизни и некий учебный сценарий «Что, если...?» Его история — повод подумать, как вовремя заметить развилки и свернуть в сторону ресурса.

Медовый месяц

Время — тринадцать ночей. Дежурство. У Ивана Петровича, семьдесят два года, с обострением панкреатита, — «острый живот». Коллега на другой операции. Ждать — значит потерять пациента.

Решение пришло само, ровной и четкой мыслью: «Буду резать». Я боялся, но где-то в глубине, которую перекрывала невероятная ясность. «Все беру на себя», — сказал я сам себе голосом, который звучал так твердо, словно принадлежал не мне, а какому-то другому, настоящему, хирургу.

В следующие полтора часа мир сузился до операционного поля. Руки делали свое дело сами, будто долгие годы ждали именно этого момента. Я нашел перфорацию, которую не показывали снимки. Наложил последний шов. И только тогда руки задрожали — выброс адреналина добрался до периферии. Но в голове была абсолютная тишина и чистота.

Я не спал до утра. Сидел у палаты интенсивной терапии и ждал, когда Иван Петрович откроет глаза. Это был не медицинский мониторинг, а что-то личное, почти ритуальное. И, когда он, наконец, посмотрел в мою сторону и губы его дрогнули в слабой улыбке, внутри меня разлилась теплая волна. Вот оно! Вот где *мое* место. Не просто ставить диагнозы и выписывать таблетки. А быть стражем на краю и не дать человеку сорваться в пропасть. В самую важную ночь.

После этого любое дежурство стало для меня миссией. Каждый пациент — не случай, а история, в которую я обязан был вникнуть. Одинокaя Анна Семеновна, восемьдесят лет, перелом шейки бедра. Звала меня «сыночек» и держала за руку так крепко, словно боялась, что я вот-вот уйду. И я понимал, что для нее я — единственная связь с миром. И как я мог эту связь оборвать?

Медсестры говорили с уважением: «Смотри, как Андрей с пациентами возится, словно каждый — его родственник». Я не просто выдавал рецепты. Я писал памятки: «Николай Степанович, таблетку — строго после еды, как договаривались, чтобы желудок не болел. Ваша внучка звонила, передает привет!» Это было важно. Это и была медицина.

А Катя, двадцатилетняя студентка, панически боявшаяся наркоза... Я уговаривал ее три часа. Не читал лекций. Достал телефон, показал ей забавные видео с котиками, которые снимал в больничном дворе. Рассказал, как сам в детстве орал при виде иглы. Говорил о ерунде, о бытовухе. И мы нашли общий язык. Она согласилась, улыбаясь сквозь слезы. В тот момент я победил не болезнь, а страх. И это чувство было слаще любой благодарности.

Я летел на крыльях. Мне казалось, что источник энергии внутри — вечный. Я не замечал, как по вечерам стали тяжелеть ноги, как сон становился поверхностным, а когда наступала тишина, в голове все чаще звучали чужие жалобы. Я, как губка, впитывал чужую боль, тревоги и одиночество. И был уверен, что это естественно. Разве можно представить иначе, если ты настоящий врач?

Недостаток топлива

Прошло два года. То, что раньше заряжало — этот безумный ритм и полная включенность — теперь стало похоже на каторгу. Энтузиазм испарился без следа. Остался только фоновый гул усталости где-то в костях. Я по-прежнему выполнял все свои обязанности, но теперь не просто отдавал работе силы, а едва ли не надрывался. Это было похоже на бег по раскаленному песку да еще и в противогазе.

В такси по дороге домой я просто смотрел в одну точку. Мозг отключался. А ночью, после шестнадцати часов, проведенных на ногах, он, наоборот, запускался, как заевшая пластинка: вот то кровотечение у цирротика... справился, а сердце до сих пор колотится. А вот холодный, плоский взгляд женщины: «Если с сыном что-то случится, я вас уничтожу». Каждое утро я начинал с двух эспрессо — чтобы пробудиться. Просто чтобы прогнать вату из головы и хоть на минуту почувствовать вкус жизни.

Мое профессиональное зрение раздвоилось. Появились пациенты «ясные» — как тот мальчик с пупочной грыжей: клиника как с картинки учебника, операция за двадцать минут, благодарная семья — и «туманные», которые не укладывались в мою медицинскую парадигму. Как та женщина сорока лет, третью неделю гостившая у врачей, — с «блуждающими» болями и глазами, полными паники. Она приносила стопки распечаток из интернета. Именно с ней я принял на себя первый удар. Когда все анализы вновь показали лишь легкую анемию, я собрал в кулак последние крупинцы терпения и сказал максимально мягко:

— С вами все в порядке. Вам, вероятно, просто нужен хороший отдых. И, знаете... поменьше читайте медицинские блоги.

Я ждал облегчения. «Ну вот, все чисто, можно расслабиться». Но вместо этого ее лицо исказилось обидой, гневом, чем-то диким и раненым.

— Вы просто не хотите меня лечить! — выкрикнула она, и в голосе зазвенел тот самый страх и одиночество, которые я когда-то умел видеть и брать в работу. — Я найду врача, который меня услышит!

Дверь громко хлопнула. Я остался один в кабинете — с чувством тотальной профнепригодности. Я дал ей объективные данные. А она требовала от меня чего-то другого. Какого-то ответа на свою субъективную боль, которая не имела диагноза. Моя внутренняя уверенность

— та самая, что вела меня, — дала первый сбой. Оказалось, я не знаю, что делать со страданием, у которого нет названия.

Цинизм, который раньше был лишь бравадой в курилке, начал просачиваться в мою речь. За чаем в ординаторской, глядя в свою кружку, я мог бросить:

— Очередная истеричка с ВСД. Каждый день с новым симптомом.

Коллега, которая ранее была очарована моим вниманием к пациентам, осторожно спросила:

— Андрей, а ты не думал, что она действительно может чувствовать себя плохо? Просто... по-другому?

Я тяжело вздохнул. Усталость давила на виски.

— Протоколы я выполнил. Все в норме. А на остальное... сил просто не осталось.

Энергия, которая казалась неисчерпаемой, закончилась. И впервые меня пронзила мысль, от которой похолодело внутри: «А что, если это не временная усталость? Что, если это теперь мое обыденное состояние? И так будет всегда». Тут же захотелось отмахнуться: «Соберись, тряпка! Другие же справляются». Но эти сомнения уже не покидали меня.

Хронические симптомы

Мое тело, на которое я всегда мог положиться, начало предавать. Головные боли, проблемы со спиной, вечно напряженные мышцы... Это было не просто переутомление. Это был крик моего организма, который брал на себя ту эмоциональную нагрузку, которую психика уже не выдерживала. Я не мог признать свое бессилие, поэтому болело тело.

И более неприятной стала моя ядовитая раздражительность. Прежде я мог с улыбкой подшутить над медсестрой, если она что-то забывала. Теперь мой пронзительный взгляд заставлял ее замирать на месте. Меня выводил из себя громкий смех в коридоре («как они смеют?»), очередь у моего кабинета («вечная толпа»), любая «нерабочая» просьба. Я стал натянутой струной, которая вот-вот лопнет.

Однажды утром было два пациента, словно два разных мира.

Первый — молодой парень, классический аппендицит. Все ясно — я бы справился и с закрытыми глазами. Выйдя из операционной, я на секунду поймал забытое чувство: почти божественную уверенность. Я спас человека. Это просто и прекрасно. Я чувствовал себя мастером.

А потом — второй пациент. Михаил Иванович, пятьдесят семь лет, мой личный «ипохондрик». Три дня обследований, куча анализов — все идеально. Меня буквально вытянули к нему из-за стола. Открывая дверь палаты, я почувствовал волну мутного негодования.

— Доктор, у меня снова тут колет, и в голове шум, и сердце как будто замирает... — начал он жалобно.

Я попытался придать голосу хоть каплю тепла, но получилось деревянно:

— Михаил Иванович, с вами все в порядке. Анализы идеальные. Я не могу лечить то, чего нет. Вам нужно не по врачам ходить, а... к психологу. Выписываемся.

Я даже не посмотрел, как померкло его лицо. Развернулся и вышел. И уже в коридоре поймал себя на гадкой мысли: «Господи, опять это нытье. Третий день, а ты все „колет и шумит“. Нашли бы уже что-нибудь, я бы тебя вылечил».

Я не понимал тогда, что мое отчаяние найти у него «реальную» болезнь и этот циничный ярлык «ипохондрик» были криком моего собственного врачебного бессилия. Моя вера в то, что любая болезнь должна иметь протокол лечения, разваливалась перед этим неопределенным недугом.

Но самой безнадежной злости научила меня Галина Борисовна. Каждый ее визит — плевок в мою профессиональную компетентность. Я чувствовал себя не целителем, а слугой при чужой безответственности. И мой гнев некуда было выплеснуть.

Пятьдесят с небольшим, желчнокаменная болезнь. В первый раз она попала ко мне на стол ночью с острым калькулезным холециститом. Тогда мы ее чудом выкачали: камень вклинился в шейку, все лицо в испарине от боли, но от операции она наотрез отказалась. «Я боюсь скальпеля, доктор, гомеопатию лучше...»

Я долго объяснял ей, что этот диагноз — бомба замедленного действия; что следующий приступ может быть летальным; что плановая лапароскопия — это два прокола и три дня в больнице, а не полостная операция в экстренном порядке, которую она в итоге и получит. Она слушала, кивала влажными от слез глазами и заверяла меня: «Как отпуск возьму — сразу лягу. Честное слово!»

Через четыре месяца она вернулась. Снова ночь, снова скорая, снова та же история. Уже знакомое лицо, искаженное болью, и та же мольба в глазах: «Доктор, помогите, как же больно!» Я помог. В очередной раз. А на утро, когда боль отпустила, она сказала: «Знаете, я тут у одного травника начала курс. Он говорит, камни дробятся. А ведь у него два миллиона подписчиков — он точно знает, что делает».

Когда ее привезли в третий раз, я уже не тратил сил на долгие объяснения. Просто купировал приступ. А утром сказал сухо и жестко, глядя в ее медицинскую карту, а не в глаза:

— Галина Борисовна, это ваш третий шанс. Четвертого может не быть. Следующий приступ закончится либо на моем операционном столе в гораздо худших условиях, либо в морге. Решайте.

Она снова заплакала и снова пообещала. И как всегда не пришла на плановую госпитализацию.

И вот она опять здесь. В четвертый раз. Когда я вошел в приемное отделение и увидел ее, меня накрыло не сострадание, а удушающая ярость. Не на нее. На эту абсурдную и унижительную игру. Я — хирург. Мое предназначение — решать проблемы радикально, одним точным движением. А она превратила меня в пожарного, которого вызывают, когда уже полыхает, а потом прогоняют, не дав потушить очаг. Она платила мне своей болью и страхом, а я тратил на нее свои нервы и время, и все это оказывалось бессмысленным. Мы оба проводили обряд, результат которого был известен. Я ненавидел его, но не мог ничего изменить.

Я поставил ей капельницу, почти не глядя, а внутри бушевала одна мысль: «Зачем я это делаю? Чтобы через полгода увидеть ее снова?»

Я больше не верил ей. Не надеялся, что могу ей помочь. И с каждым таким визитом во мне умирала капля той самой непоколебимости, что я врач, который что-то меняет.

А еще от меня ожидали не медицинских решений, а соучастия в обмане. Как та жена онкобольного, которая поймала меня в коридоре, сжав мой рукав:

— Доктор, умоляю, не говорите мужу диагноз. Он не выдержит. Скажите, что нужны еще обследования.

Раньше я часами уговаривал, доказывал, искал слова. Сейчас я просто посмотрел на ее заплаканное, испуганное лицо и увидел не горе, а дополнительную проблему, которую сваливают на меня.

— Хорошо, — буркнул я. — Как хотите.

Я почувствовал горькое послевкусие предательства. Будто я предал самого себя. Я только что, одним словом, отменил все, что сам нес людям: честность как основу доверия, право пациента знать. Я купил себе передышку, избежав тяжелого разговора. А расплатой стало терзание: «Значит, я уже не врач, а всего лишь технический исполнитель, который удобно молчит».

В ординаторской кто-то с восторгом рассказывал о балинтовской группе: «Там главное — не найти правильный ответ, а понять, какие скрытые чувства у тебя вызывает пациент!»

Я, допивая остывший кофе, не выдержал и глумливо бросил:

— Какие нафиг чувства? Есть объективные данные! А все остальное — от лукавого. Нечего со своими чувствами в медицину лезть.

Я не мог допустить и мысли, что работа с этими «дурацкими чувствами» могла бы сейчас спасти меня от переживания, будто я оборачиваюсь монстром. Мой юмор стал злым. Шутки про «вегетативных мучеников» и «ипохондриков с дипломом из гугла» стали моей новой визиткой.

А горы бумаг вызывали омерзение. Каждый листок был напоминанием о бессмысленной бюрократии, высасывающей из меня последние соки. Я начал считать минуты до конца приема. А звонок от пациента с просьбой перенести визит вызывал не досаду, а короткое постыдное облегчение: «Слава богу, минус один».

Я все еще мог работать — ставить диагнозы и оперировать. Но внутри что-то сломалось окончательно. Работа перестала быть служением и превратилась в тяжелую повинность. А самое мучительное оказалось в осознании, что я все еще спасал, но уже не сопереживал. И в редкие минуты покоя меня терзал один вопрос: «А могу ли я теперь называться врачом?»

Кризис

В один момент я с ужасом осознал, что больше не борюсь с болезнями. Я борюсь с самим собой. И проигрываю. Это была не просто усталость. Это был провал всей моей профессиональной жизни.

Меня начал преследовать парализующий страх. Что-то животное превращало каждое решение в пытку. Однажды ночью я вскочил с кровати в холодном поту. Мне приснилось, что я пропустил начинающийся перитонит у молодой пациентки. Сердце вырывалось из груди. Я схватил телефон, пытаюсь заглушить дрожь в голосе.

— Орлова из двадцать пятой? Температура? Живот?

В ответ я слышал «Все спокойно», но не почувствовал облегчения. Только жгучий стыд за свой срыв. И мрачное понимание того, что я больше не доверяю самому себе. Каждый пациент теперь стал угрозой для моей репутации и самоуважения.

Раньше ссоры были досадными недоразумениями, а теперь они разрывали меня изнутри.

Александр Сергеевич, шестьдесят три года, тяжелая пневмония. Его дочь с напряженными и испуганными глазами каждый день устраивала мне допрос:

— Почему вы не назначаете тот самый импортный антибиотик? Вы что, экономите?

Я чувствовал прилив адского гнева. Сквозь зубы процедил:

— Я назначаю терапию по клиническим рекомендациям, а не по советам искусственного интеллекта.

— Если с отцом что-то случится, я вас засужу!

В моих глазах потемнело от обиды и злости. Восемь лет учебы, тонны знаний, бессонные дежурства — и все это сводилось к угрозе судом от женщины, которая не знала и десятой части того, что я сделал для ее отца. Оскорбление прожигало меня насквозь. Выйдя из палаты, я прислонился к стене. Меня терзала мысль: «Я отдаю все силы, а меня видят врагом. Где справедливость?»

И тут я стал подозревать, что меня охватило равнодушие. Мне словно было все равно, выживет ли Александр Сергеевич. Главное — чтобы не случилось ничего, что даст его дочери повод для жалобы. Я думал не о спасении жизни, а об избавлении себя от неприятностей. Эта мысль была трагичнее любого диагноза.

Система добивала меня окончательно. На планерке заведующий сказал:

— Андрей Викторович, вы снова не добираете до нормы. Вместо шести пациентов в час — четыре. Это бьет по KPI. Ускорьтесь.

В тот же день я заполнял форму КСГ¹ на парня с разрывом селезенки после ДТП. Его беда, испуг, мои слова «Все будет хорошо» сводились к бездушным кодам и тарифам. Я сидел

¹ клинико-статистическая группа, обозначающая группу заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской

над этими бумагами и чувствовал, как окончательно превращаюсь из целителя в винтик конвейера, где главное — закрыть бумажки вовремя.

Изоляция стала моей единственной крепостью. Коллеги, глядя на мое осунувшееся лицо, осторожно предлагали:

— Андрей, пойдем с нами! Побеседуем, выговоримся. Не столько про пациентов, сколько про нас. Помогает разобраться, куда уходят силы.

Но одна мысль об этом вызывала приступ паники. «Признаться? В своем отчаянии? В страхе? В том, что я плохой врач? Меня осудят. Сочтут слабаком. Выставлю себя дураком перед всеми».

И, вместо того чтобы согласиться, я отнекивался с показным высокомерием:

— Некогда мне в ваши психотерапии играть.

Я действовал на автопилоте. Та эмоциональная стена, что начала расти раньше, стала теперь непроницаемой. Она отгородила меня не только от пациентов и коллег, но и от самого себя. Я был абсолютно один в этой безмолвной темноте.

Пока я держался. Но сил на то, чтобы лечить да и просто жить, совсем не оставалось.

Стена

Однажды наступило то утро, когда мое тело отказало.

Будильник прозвенел в шесть тридцать. Я открыл глаза. Потянулся к телефону, чтобы выключить его — и не смог поднять руку. Это была не усталость, а полная блокада. Как будто все системы разом выдали аварийный сигнал и заглушили двигатель. Я лежал и смотрел в потолок, чувствуя, как одеяло давит на меня свинцовым грузом. Внутри не было ни паники, ни отчаяния. Только тугое безразличие, сквозь которое пробивалась жуть от осознания: «Всё. Больше не могу».

С третьей попытки мне удалось поднять себя. Я дошел до ванной, шатаюсь. Включил свет и вздрогнул, увидев свое отражение. Бледное лицо незнакомца. Глаза — тусклые, с огромными фиолетовыми тенями. Чужой. Я попытался надеть рубашку — пальцы скользили и не могли поймать пуговицу. Простое действие превратилось в неразрешимую задачу.

И тут я вспомнил вчерашнюю пожилую женщину с острой кишечной непроходимостью. Со мной заговорил ее сын, мужчина лет пятидесяти, голос которого срывался на шепот:

— Доктор, спасите маму, она у меня одна...

И я почувствовал... ничего. Ни искры сострадания. Ни даже привычного раздражения. Только пустота. Я кивнул и пошел заполнять бумаги. Вечером я впервые за десять лет не обошел своих послеоперационных больных. Просто сидел в ординаторской и смотрел в стену.

Мой взгляд упал на белый халат, висящий на шкафу. И накатила волна уныния. Мысль надеть его, войти в палату, прикоснуться к кому-то... вызвала вегетативный шторм. Сердце забилось чаще, во рту пересохло.

Эмпатия, та самая сила, что вела меня, отключилась навсегда.

Я уперся в стену. Я чувствовал ее перед собой — холодную, гладкую, без единой зацепки. Это не было препятствием. Это был конец. Мой путь, начавшийся когда-то у палаты спасенного Ивана Петровича, закончился здесь. Перед шкафом с пустым халатом.

И больше всего меня напугал образ, словно по ту сторону этой стены меня больше не существует. Того Андрея — окрыленного, верящего, чувствующего — больше нет.

Я не рухнул на кровать. Я медленно, словно находясь под водой, опустился на нее. Повернулся лицом к стене и закрыл глаза. Где-то там оставались пациенты, коллеги, долг, ответственность. Но до меня это больше не доходило. Тишина стала непроницаемой.

Последнее, что я почувствовал, была не боль и не горечь, а абсолютное равнодушие к собственному несуществованию.

От энтузиазма до стены

История Андрея — один из возможных сценариев. Его путь показывает, как незаметно растворяются опоры. Сначала пропадает удовольствие от работы, затем вера в свою эффективность, потом — контакт с собой. У каждого человека процесс идет по-своему. Важно не примерять эту ситуацию на себя как точный диагноз, а сравнить: «Что похоже на мой опыт? А что отличается?»

Прежде чем мы разберем стадии выгорания, давайте обсудим сразу начистоту.

«Насколько эти знания вообще помогут, если система не меняется?» — спросите вы. Да, она меняется мучительно медленно. Поэтому работа с выгоранием — не про систему, а про вас в ней. Про то, чтобы перестать быть расходным материалом в условиях, которые этого требуют. Наша задача — не героически терпеть, а создать внутреннюю устойчивость, которая позволит нам делать свое дело, не уничтожая себя. Это не эгоизм, а профессиональная необходимость.

На основе наблюдений мы можем увидеть типичную динамику, когда симптомы одной стадии, если их не заметить, создают почву для следующей. Это не вердикт, а часто проигрываемый сюжет, который помогает увидеть происходящее. Чтобы понять эту логику и научиться ее прерывать, мы используем адаптированную модель Герберта Фрейденберга². Это не просто набор симптомов, а динамическая карта, показывающая, как под воздействием хронического стресса и наших же внутренних установок меняется наша личность и профессиональная идентичность.

Стадия 1. Медовый месяц (предвестники):

Профессия — это призвание и миссия. Работа дает эйфорию, чувство глубокой сопричастности и смысла. Это период профессиональной влюбленности, когда внутренние ресурсы кажутся неисчерпаемыми.

Что мы чувствуем и как ведем себя:

На первом этапе нашей работы мы ощущаем глубокую увлеченность, чувство «сверхспособностей», романтический взгляд на медицину как на служение, уверенность, что можно помочь каждому и преодолеть любые системные преграды.

Работа поглощает все время и силы. Мы задерживаемся после смены, чтобы дважды проверить послеоперационного больного, хотя его стабильные показатели уже записаны в карту. Берем самое сложное, добровольно записываясь на третью ночную смену подряд. Жертвуем сном и личной жизнью, отменяя встречу с друзьями, потому что «вдруг понадобится», хотя дежурство ведет коллега. Организм мобилизует резервы, создавая иллюзию неисчерпаемой энергии.

Главный внутренний вопрос, который мы игнорируем:

Неужели так можно будет всегда? Откуда на самом деле берется эта неиссякаемая энергия?

Скрытые риски и «мины замедленного действия»:

Именно здесь формируется главный парадокс. Наша эмпатия, основа профессии, становится и ее главной уязвимостью. Создавая глубокий контакт, мы неосознанно превращаемся в «эмоциональную губку», впитывающую чужую боль и тревогу. Часто в основе этого горения лежит «апостольская функция»³ — бессознательная уверенность в том, что наша роль — не

² Freudenberger, H. J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions / H.J. Freudenberger // Psychotherapy: Theory, Research & Practice. — 1975. — Vol. 12, №1. — P. 73—82

³ Балинт М. Врач, его пациент и болезнь. — М.: Psyllabus, 2018. — 484 с.

просто лечить, а наставлять пациента на «истинный путь». Любое отклонение от этого пути — несоблюдение рекомендаций, недоверие — может восприниматься как личная неудача.

Идеальное время для профилактики:

Рассматривайте психогигиену как часть профессиональной компетенции. Это не слабость, а «техосмотр» для вашего главного инструмента — вас самих. Инвестиция в «запас прочности» поможет сохранить здоровую эмпатию и предотвратить будущий цинизм. Это лучший момент для работы с внутренними установками (глава 4. Синдром спасателя) и начала практик психогигиены (главы 10—13).

Стадия 2. Недостаток топлива:

Энергия энтузиазма заканчивается. Организм больше не компенсирует хроническую перегрузку. Психика включает первый защитный механизм: «селективную экономию эмпатии».

Что мы чувствуем и как ведем себя:

В это время появляется фоновая усталость, разочарование и глухое раздражение, которое еще можно сдерживать, первые проблески цинизма, но это еще не холодное безразличие, а «горячее» остроумие, защитная реакция на чувство несправедливости и беспомощности.

Продуктивность падает. Чтобы «запуститься», нужны стимуляторы: крепкий кофе становится ритуалом. Мы ловим себя на том, что трижды перечитываем одну строку в выписке, не вникая в смысл. Забываем, о чем только что договорились с коллегой. Общение с частью пациентов становится формальным: вопросы «Как самочувствие?» звучат автоматически, а ответ мы уже не слышим, мысленно составляя план осмотра следующего.

Главный внутренний вопрос, который причиняет боль:

«Почему то, что раньше давало силы и смысл, теперь отнимает последнее? Что со мной не так?»

Соппротивление признанию:

Часто мы замечаем первые симптомы, но отказываемся в них признаться даже самим себе. Срабатывает магическое мышление: «Если не говорить — значит, этого нет». Мы боимся разочаровать коллег, выглядеть слабыми, разрушить собственный образ надежного профессионала. Именно это желание «продолжать быть молодцом» загоняет проблему внутрь и лишает нас возможности получить поддержку на раннем этапе.

Глубинные механизмы и внутренние конфликты:

Мы с вами неосознанно начинаем ранжировать пациентов. На «интересные» случаи силы еще есть, на «трудных» мы их экономим. Это не делает нас плохими — так психика пытается выжить, — но порождает мучительный конфликт между желанием помочь и пониманием, что это невозможно. «Апостольская» уверенность сменяется разочарованием.

Последний этап, когда проблема решается относительно легко:

Для решения проблемы выгорания критически важна ранняя диагностика. «Протокол взаимной честности», который я предлагаю вам далее в этой главе, помогает осознать проблему. Балинтовская группа (подробнее в главе 10) становится безопасным пространством, в котором можно без стыда говорить о первых разочарованиях. В этот период важно сознательно заняться восстановлением ресурсов: сном, питанием, движением.

Стадия 3. Хронические симптомы:

Внутренние резервы исчерпаны. Организм и психика находятся в режиме хронического стресса. Проявляется классическая триада выгорания по К. Маслах⁴: эмоциональное истоще-

⁴ Maslach, C. Burnout: The Cost of Caring / C. Maslach. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982. — 192 p.

ние, деперсонализация (цинизм, отстраненность) и редукция профессиональных достижений (ощущение «я плохой врач») — подробнее об этом рассказывается в главе 2.

Деперсонализация не проявляется сразу как пустота. Чаще это активная эмоциональная отстраненность, приправленная гневом и сарказмом. Мы можем испытывать острую неприязнь к «неидеальным» пациентам, чьи случаи бросают вызов нашей компетенции или требуют невозможных эмоциональных затрат. Цинизм здесь — это замороженный гнев, кристаллизовавшаяся обида на систему, пациентов и на себя за собственную неидеальность. Чувство вины за это раздражение и отстраненность только подливает масла в огонь, создавая порочный круг.

Что мы чувствуем и как ведем себя:

На этой стадии мы испытываем постоянную раздражительность, ощущение «взведенной пружины». Цинизм пронизывает все. Появляется ярко выраженный синдром самозванца, страх разоблачения, чувство ловушки.

Мы проваливаемся в тотальную прокрастинацию, откладываем заполнение простейшей формы КСГ до последнего, делая ее впопыхах и с ошибками. Общение становится сухим, формальным: наши ответы пациентам сводятся к «так положено» и «это по протоколу», мы не оставляем места для вопросов. Начинаем считать не пациентов, а минуты до конца приема, и звонок с просьбой перенести визит вызывает короткое постыдное облегчение. Простой, типичный диагноз требует от нас неприлично много умственных усилий, будто мы вспоминаем что-то давно забытое.

Главный внутренний вопрос, который нас пугает:

«Неужели я становлюсь тем циничным и равнодушным врачом, которым себя никогда не представлял?»

Патологические стратегии выживания (как мы пытаемся «спастись»):

- **«Исключение путем физических обследований»**⁵. Делим пациентов на «настоящих» (с четкой патологией) и «мнимых» (с необъективируемой болью), отвергая вторых.
- **«Соглашение о болезни»**⁶. Ставим формальный диагноз (ВСД, остеохондроз) лишь бы получить передышку, вступая в негласный сговор с пациентом.
- **«Заговоры молчания»**. Соглашаемся скрыть диагноз от пациента, становясь соучастником обмана и расплачиваясь профессиональным стыдом.

Врач как «громоотвод» для системы

Пациент приносит на прием не только болезнь, но и весь накопленный по дороге стресс. Это и не удивительно, ведь он стоит в очереди, терпит грубость и несправедливость. Врач для него — единственный, на кого можно выплеснуть негатив. Мы же, отождествляя себя со своей спасительной ролью, часто принимаем этот гнев на личный счет («я тебе помогаю, а ты на меня злишься?»). Пациент не видит нашего контекста, не знает о тридцати приемах, о вчерашнем дежурстве, а мы не можем легко отгородиться, потому что жаждем признания.

Глубинная причина — крах «апостольской» идентичности

Наш цинизм — это не черта характера, а щит, без которого слишком больно. Выгорание питают наши же скрытые мотивы: потребность в благодарности, в тотальном контроле, в чувстве исключительности и незаменимости (эти механизмы мы разберем в главах 4 и 5). Реальность разрушает эти ожидания и фрустрирует нас. Цинизм же помогает не чувствовать себя ужасно.

И здесь рождается вопрос: «Если я просто научусь „нормально“ переживать то, что пациента не вылечишь, — это что-то изменит?»

⁵ Балинт М. Врач, его пациент и болезнь. — М.: Psyllabus, 2018. — 484 с.

⁶ Балинт М. Врач, его пациент и болезнь. — М.: Psyllabus, 2018. — 484 с.

Да, кардинально. Научиться проживать свою беспомощность — это не сдаться, а вернуть себе контроль над единственным, чем вы можете управлять: над своей реакцией. Когда мы перестаем биться головой о стену, мы высвобождаем колоссальный ресурс, который раньше тратился на внутреннюю борьбу и самоедство. Мы прекращаем быть «тонущими спасателями» и становимся профессионалами, которые делают все возможное в данных обстоятельствах. Это замена выматывающей войны на осознанное, взвешенное действие, меняющее все внутреннее состояние.

Необходима срочная перезагрузка:

На этом этапе следует подключить инструменты кризисного вмешательства. Балинтовская группа (глава 10) помогает «переварить» накопленный груз и увидеть системность проблем. Параллельно критически важны техники «скорой помощи» (глава 7), выстраивание границ (глава 8), работа с телом (глава 9). Цель — остановить сползание в полномасштабный кризис.

Стадия 4. Кризис (деперсонализация):

Работа воспринимается как прямая угроза. Защитные механизмы — цинизм, изоляция — начинают работать против нас. Происходит экзистенциальный крах профессиональной идентичности.

Что мы чувствуем и как ведем себя:

В этот период нас одолевает тотальное опустошение, отчаяние, ощущение ловушки, эмоциональный паралич (нет ни хороших, ни плохих чувств) и катастрофизация мыслей, фантазии о побеге.

Мы работаем на автопилоте. Наши руки совершают привычные действия — пальпируют, выписывают, направляют, — но голова при этом занята навязчивым внутренним монологом: «Скорее бы конец. Уйти. Выключиться». Мы физически отворачиваемся к монитору, когда в ординаторскую заходят коллеги, чтобы избежать даже мимолетного контакта. Мысль о необходимости принять нестандартное решение, пусть и небольшое, вызывает приступ немой паники и желание спихнуть его на кого-то другого.

Главный экзистенциальный вопрос:

«А могу ли я вообще без этого сострадания и огня внутри называться врачом? Кто я теперь?»

Скрытые сценарии:

- **«Слепые решения».** Действуем, исходя из своего раздражения, а не из нужд пациента.
- **«Сговор анонимности»⁷.** Пациент становится «горячей картошкой», которую врачи перекидывают друг другу. Ответственность растворяется, остается стыд и ощущение себя «диспетчером по болезням».

Самостоятельно выйти из этого состояния практически невозможно, требуется профессиональная помощь.

Необходима индивидуальная работа с психологом или психотерапевтом (глава 14). Это не слабость, а лечение профессиональной травмы.

Стадия 5. Стена (полное выгорание):

Финальная точка — глубокая профессиональная травма. Заканчивается не просто карьера, а способность быть врачом. И часто уже невозможно полноценно функционировать как личность.

Что мы чувствуем и как ведем себя:

⁷ Балинт М. Врач, его пациент и болезнь. — М.: Psyllabus, 2018. — 484 с.

На этой стадии мы переживаем полную апатию, безразличие, паралич чувств, ощущение, что врач внутри умер, и абсолютную безысходность.

Невозможность выполнять простейшие профессиональные задачи становится тотальной. Мысль надеть халат вызывает тошноту. Мы стоим перед компьютером, не в силах вспомнить пароль, который вводили тысячу раз. Составление расписания на день или расшифровка анализа становятся задачами, сравнимыми по сложности с задачами высшей математики. Даже заполнение разделов «жалобы» и «анамнез» в пустой истории болезни кажется подвигом, требующим титанического усилия уже полностью истощенной воли.

Вопросов больше нет, есть тишина и ответ:

«Всё. Больше не могу. И, кажется, уже не хочу».

Что делать?

В этом случае требуется комплексная медицинская и психологическая реабилитация, может быть, в стационарных условиях. Возвращение к клинической практике редко возможно без кардинальной смены профессиональной среды.

От симптома к синдрому — почему без вмешательства не обойтись

Выгорание — это самоусиливающийся процесс, порочный круг:

1. Стресс, возникающий от конвейера пациентов, бюрократии, системного негатива истощает ресурсы.

2. Истощение заставляет включить защиту: цинизм и отстраненность.

3. Защита разрушает саму основу контакта с пациентом — доверие и взаимопонимание, без которых любое лечение становится бессмысленной формальностью, что порождает новый виток стресса, вызванного стыдом, виной и беспомощностью.

Круг замыкается, сжимаясь с каждым витком.

Наше сознание в этом состоянии искажено. Мы не замечаем, как наши лучшие качества и «апостольские» установки становятся мотором саморазрушения. Без внешнего взгляда, самоанализа и целенаправленного вмешательства разорвать этот круг практически невозможно.

А есть ли те, кто не выгорает?

Безусловно, есть! Их секрет не в железных нервах, а в системе личной безопасности. У них нет иммунитета к стрессу, но есть «кислородная маска» — навык замечать усталость, привычка просить о помощи, нерушимые личные ритуалы (главы 7 и 11) и четкое понимание границ своей ответственности (глава 8). Невыгорание — это навык, который можно натренировать. И первый шаг к нему — честная диагностика. Не в одиночку, а с тем, кому вы доверяете.

Следующий раздел «Протокол взаимной честности» дает вам конкретный и безопасный инструмент для такого разговора. Это начало пути обратно к себе и к своей профессии, но уже на новых, осознанных условиях.

Диагностика вдвоем: «Протокол взаимной честности»

Признаться себе в выгорании — все равно что пытаться увидеть собственную спину без зеркала. Наш разум мастерски находит оправдания: «Я просто устал», «Все через это проходят», «В нашей профессии так и должно быть».

Это не слабость — так работает психика, защищая нас от болезненной правды. Но есть способ обойти эту внутреннюю защиту. Диагностика вдвоем с тем, кому вы доверяете, работает иначе. Почему?

Одна из причин — взгляд со стороны. Коллега может заметить то, что вы уже не видите: изменившийся тембр голоса, хроническую усталость в глазах, новый, циничный оборот речи.

К тому же здесь работает ответственность перед другим. Договорившись о взаимной честности, вы берете на себя обязательство быть откровенным — не только с коллегой, но и с самим собой.

Еще одна причина кроется в том, что разделенное бремя становится легче. Услышав, что ваш коллега испытывает нечто похожее, вы понимаете: то, что вы испытываете, — это не ваш личный провал, а общая профессиональная трудность. Чувство изоляции и стыда ослабевает.

Этот «Протокол взаимной честности» — практическая реализация принципа Peer Support⁸ (взаимоподдержка коллег), доказавшего свою эффективность в профилактике выгорания. Это не экзамен, а совместная «разведка» вашего психологического состояния, помогающая вам сориентироваться на карте.

Данный протокол создан не для того чтобы уличить друг друга в слабости. Наоборот, это способ проявить заботу о коллеге, которого вы уважаете, и о себе. И смелый шаг, который говорит о вашей зрелости и профессионализме.

Скорее всего, одна мысль о таком разговоре вызовет у вас сопротивление. «Мне будет неловко», «Я не хочу грузить коллегу», «А вдруг он подумает, что я не справляюсь?» — такая реакция абсолютно нормальна. Страхи говорят только об одном: тема для вас живая и важная. Именно поэтому стоит попробовать.

Инструкция к выполнению протокола

Цель: совместно и максимально объективно оценить признаки выгорания друг у друга.

Формат: встреча один на один с коллегой, которому вы доверяете.

Время и место: 30—40 минут в спокойной нерабочей обстановке.

Важное правило: вы не психотерапевты друг для друга, а «зеркала». Ваша задача — выслушать и честно отразить то, что видите и слышите, без оценок и советов.

Первый такой разговор может быть самым трудным. Если после него осталось напряжение — это нормально. Важно, что вы начали. Обсудить ваши чувства можно на следующей встрече.

1. Договоренность и настройка (5 минут)

Прежде чем начать, договоритесь о «Кодексе чести». Это правила, которые создадут безопасное пространство.

«Кодекс чести» для нас двоих:

- **Конфиденциальность.** Все сказанное здесь остается между нами. Это зона без осуждения и сплетен.

- **Безоценочность.** Мы не даем оценок «хорошо» или «плохо», «правильно» или «неправильно». Мы лишь констатируем факты и наблюдаемое поведение.

- **Фокус на наблюдении, а не на анализе мотивов.** Мы описываем то, что видим и слышим, но не интерпретируем, почему человек так сделал.

- **Поддержка, а не критика.** Наша цель — помочь друг другу увидеть слепые зоны, а не разоблачить слабость.

- **Право на паузу.** Если разговор станет слишком тяжелым, любой из нас может взять паузу или остановить его.

Настройка:

По очереди ответьте одним предложением на вопрос: «Как я сейчас себя чувствую и насколько я готов к честному разговору?»

⁸ Hu, Y., Tucker, K. The Effectiveness of Peer Support on Burnout Among Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis / Y. Hu, K. Tucker // Journal of Occupational Health. — 2023. — Vol. 65 (1). — P. e12389.

Примеры: «Я немного нервничаю, но мне важна эта беседа»; «Я чувствую усталость, но готов попробовать».

2. Обмен наблюдениями (10 минут на каждого)

Сначала мы говорим не о себе, а о другом. Отвечайте по очереди на три ключевых вопроса. Говорите максимально конкретно, опираясь на факты и наблюдения последних 2—3 месяцев. Используйте «я-сообщения» и безоценочные формулировки.

Вопросы к коллеге:

• **Эмоции и энергия.** «Как ты считаешь, как изменилась моя энергия и эмоциональное состояние на работе? Стал ли я более раздражительным, циничным или отстраненным? Можешь привести пример?»

Пример ответа: *«Я заметил, что ты стал чаще вздыхать на планерках, а вчера твой ответ медсестре Саши прозвучал довольно резко. Раньше я за тобой такого не замечал».*

Как не говорить: «Ты стал грубым и нервным».

• **Отношение к пациентам.** «Как ты думаешь, как изменилось мое отношение к пациентам? Я стал более формальным, нетерпеливым? Чаще жалуюсь на неблагодарных или сложных?»

Пример ответа: *«Я заметил, что ты в последнее время в разговорах с коллегами часто используешь слово „ипохондрик“. И вчера ты очень быстро, минут за пять, завершил прием того мужчины с болями в спине, хотя раньше подобные случаи ты всегда разбирал подробно».*

Как не говорить: «Ты совсем не слушаешь пациентов!»

• **Отношение к работе и себе.** «Слышал ли ты от меня в последнее время фразы, вроде: „Я плохой врач“, „Ничего не могу изменить“, „Все бессмысленно“? Как часто?»

Пример ответа: *«Да, в курилке на прошлой неделе ты дважды говорил, что наша работа — это бег по кругу и от нас ничего не зависит».*

Как не говорить: «Ты постоянно ноешь и всех заражаешь своим пессимизмом».

3. Самоанализ (5—10 минут)

Теперь каждый молча и честно отвечает сам себе. Не обязательно делиться — это ваше личное пространство для принятия.

«Насколько сказанное коллегой соответствует моим внутренним ощущениям? Что отозвалось особенно сильно: сопротивление или, наоборот, облегчение?» «Какой из услышанных отзывов задел меня больше всего? Почему это могло меня задеть?»

Сейчас главное — не найти верный ответ и не принять поспешное решение. Дайте вашей психике возможность переработать услышанное. Отложите немедленную реакцию и защиту. Задайте себе эти вопросы, чтобы сместить фокус с внешнего на внутреннее:

«Не реагируя на то, что снаружи, какие чувства я испытываю на самом деле?» (Гнев, стыд, печаль, опустошенность, страх?)

«Какова их истинная, глубинная причина?» (Возможно, это не конкретные слова коллеги, а накопленная усталость, страх профессиональной несостоятельности, ощущение, что тебя не ценят).

«Какую ответственность за свое текущее состояние я могу на себя взять?» (Ответственность — не вина. Это признание своей силы что-то изменить. Например: «Я ответственен за то, что постоянно жертвую сном», «Я ответственен за то, что не прошу о помощи»).

4. Совместное решение (5 минут)

Этот шаг — не для того, чтобы дать друг другу советы. Его цель — договориться о конкретном, маленьком следующем шаге, основанном на состоявшемся разговоре и на вашем внутреннем отклике.

Финальный вопрос друг другу:

«Учитывая все, что мы сейчас обсудили, и принимая во внимание те чувства, которые у нас возникли, какой один небольшой, но конкретный шаг каждый из нас готов сделать на этой неделе, чтобы позаботиться о себе?»

Примеры ответов:

«В среду обещаю уйти с работы ровно в 18:00, чего бы это ни стоило».

«В четверг точно пойду в бассейн, а не останусь дописывать истории болезней».

«Позвоню старому другу».

Завершите разговор. Поблагодарите друг друга за доверие и честность.

Не спешите реагировать на слова коллеги и принимать глобальные решения. Дайте вашей психике время и пространство переработать новые знания о себе. Ответы на вопросы могут прийти не сразу — сегодня, завтра или через неделю. Главное — вы запустили процесс без-оценочного самонаблюдения и принятия ответственности. Это и есть основа настоящих изменений.

Заключение

Итак, карта перед вами. Я рассказал историю Андрея и описал все стадии, ведущие к выгоранию, не для того, чтобы вас напугать, а для того, чтобы дать ориентиры.

Теперь самый важный момент. Отложите эту книгу на пять минут и спросите себя честно, без осуждения: **Где на этой карте нахожусь я? Какие маркеры про меня?**

Ваш честный ответ — это первый шаг к возвращению себе авторства своей профессиональной жизни. Возможно, он же подскажет и выход из ловушки «апостольской функции», которая незаметно подпитывает истощение. Ключ — в смещении внутренней установки от «я должен спасти и направить» к «я могу понять и поддержать». Это не отказ от экспертизы, а превращение ее в основу для диалога. Такая гибкость в отношениях с пациентом и с самим собой снимает груз тотальной ответственности и возвращает работе осмысленность, но уже без саморазрушительного горения.

Путь назад — не обязательно уход из профессии. Это умение совместить несовместимое: признавать абсурдные требования системы, но при этом находить в ней свою роль — не обслуживающего персонала, а специалиста, который видит в пациенте уникального человека, о котором можно позаботиться индивидуально. Это требует дисциплинированного отдыха, права на усталость и незнание, создания своего профессионального сообщества. Это не борьба с системой и не капитуляция. Это — найти себя в существующих реалиях заново.

Если вы узнали свои признаки в начальных стадиях (1—2) — ваша стратегия «Профилактика и укрепление». Сфокусируйтесь на психогигиене (главы 10—13), на физическом восстановлении (глава 9), на выстраивании границ (глава 8) и на эмоциональном интеллекте (глава 12). Инвестируйте в ресурс.

Если вы узнали в описании третьей стадии свои переживания, возможно, именно сейчас для вас наиболее актуальны инструменты «скорой помощи» и перезагрузки (главы 7, 11 и 13). Спросите себя, что из этого резонирует с вашей потребностью в передышке?

Если вы чувствуете, что находитесь в кризисе или у «стены» (4—5) — ваша стратегия «Восстановление и реабилитация». Следующий логичный шаг после этой главы — честно прочитать главу 14 о профессиональной помощи.

Дорогой коллега, вы много лет заботитесь о других. Мы создали эту книгу как пространство, где можно, наконец, остановиться и позаботиться о себе. Прислушайтесь к тому, что отозвалось в вас сильнее всего — может быть, это усталость, может быть, гнев, а может, облегчение от того, что ваше состояние имеет имя. Начните с малого и возьмите из следующих глав то, что кажется вам полезным и наименее обременительным сейчас. Пробуйте, отбрасывайте, возвращайтесь. Не нужно спасать себя героически. Это не экзамен, а ваш личный, уникальный

маршрут восстановления. А мы будем рады, если наша карта и инструменты сделают этот путь чуть более ясным и поддерживающим.

Помните, что ключевой поворот происходит не во внешних обстоятельствах, а внутри вас — в смене базовой профессиональной установки. Когда вашим стержнем становится не титаническое усилие «работать любой ценой», а спокойная уверенность «понять, поддержать и сохранить себя», вы обретаете ту самую устойчивость, которая позволяет проходить через систему, не ломаясь. Вы имеете полное право на эту новую, более мудрую и бережную идентичность.

Лизавета Белова

Глава 2. Три лика усталости: эмоции, разум, тело

Дело №01-11-2025: анатомия врачебного выгорания под кодовым названием «Как гаснущий закат в уходящем солнце»

Дата открытия дела: 01.11.2026

Статус: завершено, виновность подтверждена.

Место преступления: психика, разум и тело медицинского работника.

Обвиняемый: Синдром Выгорания (лат. Burnout Syndrome).

Основное обвинение: массовое истощение жизненных сил, разрушение профессиональной мотивации, дегуманизация личности, нанесение тяжкого вреда здоровью и психике.

Квалификация: особо опасный рецидивист, действующий скрытно.

Ведущий следователь: Белова Лизавета, специалист по расследованию внутренних душевных кризисов.

Предисловие следователя

Приветствую тебя, дорогой читатель-знаток! Или, что вероятнее, невольный соучастник собственной трагедии. Да, именно так можно назвать того, кто взял в свои руки материалы данного дела. Вы точно знаете, каково это — находиться в контакте с Выгоранием. Возможно, не вы сами, но кто-то рядом с вами сгорает, как феникс, почему-то забывая главную часть легенды: возрождение из пепла.

Раз вы ищете ответы, значит, вы еще не на дне глубокой ямы. Надеюсь, здесь вы найдете доказательства присутствия выгорания и направление выхода из лабиринта Выгорания и, наконец, обретете то, что поможет вам вернуться к себе.

Я, Лизавета Белова, была на вашем месте буквально пару лет назад. Я стояла на краю обрыва, и мое тело отказывалось функционировать, а мозг саботировал простейшие задачи. Я ловила отголоски здравомыслия, понимая: то, что происходит, ненормально. Ненормально в расцвете сил чувствовать себя глубокой старухой. Ненормально смотреть на дело всей своей жизни без огня, который горел во мне раньше; не помнить, что говорили друзья на встречах, и забывать важную информацию; полностью потерять радость и удовольствие от жизни. Как феникс — сгорать медленно и сложно. Мне повезло: рядом оказались близкие, которые помогли. Благо я осознала, что мне важно повернуться к себе. Спасибо моему супругу, спасибо терапии, спасибо мне!

Я именно тот безумный старатель, который впихивал в поисках алмазов. Я та, которая с жадностью училась, поглощая тонны информации. Я та, которая много практиковала, отрабатывая навыки и полученные знания, стараясь создать лучшую версию себя, как инструмент. Конечно, я не медик, и в моем контексте «инструмент» звучит иначе. Я та, кто лечит души. Те души, которые сейчас, как и моя когда-то, — уставшие, бледные зомби; их хочется оживить и вернуть им радость, наслаждение жизнью и ощущение свободы.

Я могу признать свою некомпетентность в вопросе медицины. Как бы я ни старалась прикоснуться к ней, познать ее, для этого должно быть призвание. Призвание к изучению структуры человеческого организма. Меня восхищают люди, которые получают медицинское образование, ведь они много учатся, много практикуют и десятки лет спасают человеческие тела. Дорогие медики, низкий вам поклон за ваш труд!

Для меня было откровением, что сгорают именно настоящие специалисты, люди, которые полностью отдают себя работе, горят энтузиазмом, пылают интересом и стремлением помочь.

Я не знала, что влечение к новому, желание помочь другим найти свой вектор может привести к личному обрыву, к той точке, где ты стоишь и понимаешь, что больше ничего не хочешь, ничего уже неинтересно и ненужно. «Кто я, где я?»

Я, как специалист по душам, часто вижу тех, кто уже на дне. Этапы восстановления или возвращения — назовем их бодрость духа и интерес к жизни — требуют очень много усилий и ресурсов.

Я понимаю, что иногда легче не видеть проблему, чем идти в нее. Шагнуть внутрь действительно сложно, и в какой-то момент ты и сам не знаешь, как выбраться из ямы, с того дна, на котором ты незаметно оказываешься. Это чем-то сродни ситуации, когда ты смотришь на закат и не знаешь, выйдет ли снова солнце. Сродни фениксу, превратившемуся в пепел — и нет понимания, как возродиться. Я вижу вас и знаю, как это трудно.

Я не напишу ничего нового, не открою Америку или окно в Европу. Я лишь хочу показать нюансы, служащие звоночком, услышав который можно успеть остановиться, не дав себе сигануть всем телом в обрыв выгорания.

Замечу, что выгоранию больше подвержены трудоголики — те, кто работает с высокой самоотдачей, ответственностью, установкой быть в процессе.

Я изучила более двадцати работ зарубежных и отечественных специалистов, которые писали о выгорании. Наиболее интересными и актуальными, по моему мнению, оказались диссертационная работа Большаковой Т. В. «Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников» и «Overcoming Secondary Stress»⁹ Уэйкса и Донелли.

Ниже представлены неопровержимые улики. Мы разберем анатомию этого преступления, переписав сухой язык протоколов на язык живой боли и надежды.

Часть I. Место преступления. Анатомия врачебного выгорания

Подробное знакомство с подсудимым Выгоранием привело к неоспоримому выводу: выгорание — это не блажь, не лень и не слабость характера. Это не просто усталость, которую можно вылечить долгим сном в выходные.

Это устойчивый прогрессирующий психологический процесс. Он похож на медленное отравление. Сначала вы не замечаете вкуса яда, но он накапливается в тканях, меняя саму структуру вашей личности.

Изучение мною данного вопроса показывает, что выгорание — это реальный нейрофизиологический сбой. Это не просто плохое настроение, а потеря психоэмоциональной энергии и высших когнитивных функций. Ваш мозг под воздействием хронического стресса физически меняется, он начинает работать иначе, экономя топливо там, где раньше был его избыток.

Я часто вижу людей с выгоранием, которые выглядят и ведут себя так же, как и пациенты с клинической депрессией. Они ставят работу выше жизни, не спят ночами, живут в хроническом кортизоловом угаре. А в итоге — злятся, раздражаются и гаснут.

«Света другим, сгораю сам» — этот древний девиз медицины веками воспринимался как метафора благородного самопожертвования, и была вера в то, что внутренние силы могут постоянно возобновляться от удовлетворения своим делом. Но сегодня, в реалиях современной системы здравоохранения, этот девиз звучит скорее как приговор. Как гаснущий закат в уходящем солнце, медленно, почти незаметно, исчезает дух и сила помогать. Врач продолжает ходить на работу, надевать халат, брать стетоскоп или скальпель, но внутри словно выключили свет, необходимый для исцеления — свет эмпатии, интереса и веры в себя.

⁹ Преодоление вторичного стресса (перевод с англ.)

Что происходит, когда этот процесс нарушен? Когда отдача становится односторонней, а ресурсы истощаются безвозвратно?

В книге академии «Докстарклуб», которая называется «Путь врача. От выгорания к процветанию», великолепно отмечено: «Ежегодно враг под названием „выгорание“ испепеляет сердца тысяч врачей, уничтожая их искреннее желание помогать людям и стоять на страже здоровья нации».

Возможно, когда-то вы гордились своими успехами, фонтанировали идеями и были полны энергии. Но потом что-то сломалось: то, что вдохновляло, стало рутиной, а радость сменилась апатией. Это оно — выгорание.

То есть выгорание — не блажь и не слабость характера, а реальное изменение работы мозга и психики под давлением сверхнагрузок.

Прежде чем разбирать симптомы, важно понять природу явления. Выгорание не врывается в вашу жизнь с грохотом. Оно просачивается в нее по капле. Человек продолжает работать, спасать, лечить, но внутри что-то гаснет. Это не просто усталость, которую можно снять выходными на даче. Как метко определил первооткрыватель выгорания, психиатр Герберт Фрейд-денбергер, выгорание — это «истощение или истощение умственных и физических ресурсов человека, связанное с его длительным, но безуспешным стремлением к нереалистичным ожиданиям, внутренним или внешним».

Чтобы обосновать вину Синдрома, я выделила три главных вещественных доказательства. Три лика, которые преступник примеряет на свою жертву. Эти лики — неоспоримые улики, доказывающие виновность Выгорания.

Часть II. Улика №1: эмоциональное истощение. Феномен «опустошенного колодца»

Первая улика, представленная вашему вниманию, подтверждает, что Выгорание планомерно лишает жертву жизненно важных ресурсов. Эта улика самая очевидная, но ее часто игнорируют. Представьте себя колодцем в пустыне. К вам идут люди с ведрами. День за днем вы отдаете воду. Но дождей нет. Вода — ресурс. Нет ресурса — нет жизни. Подземные источники перекрыты. А люди продолжают бросать ведра, скребя ими по сухому дну. Этот звук скрежета металла о камень и есть звук вашей души в состоянии истощения.

Эмоциональное истощение — это ядро выгорания, его начало и самая болезненная точка. Врачебная деятельность предполагает, что профессионал — эмоциональный донор. Он отдает пациентам свое внимание, сочувствие, уверенность. Но что происходит, когда отдавать больше нечего, все отдано без остатка? В этом случае мы наблюдаем переход от энтузиазма к истощению.

Я называю это эмоциональным дефицитом. Умом вы понимаете: «я должен посочувствовать той бабушке», «я должен успокоить ее родственника». Именно это ваш профессиональный долг. Но внутри — гулая пустота. Или глухое раздражение. Вы не можете проявить сочувствие, эмпатично отреагировать, потому что резервуар пуст. Нельзя налить воды из пустого кувшина.

Данный феномен можно рассматривать как плату за сочувствие и механизм психологической защиты, который со временем становится деструктивным.

Существуют три группы факторов, которые играют существенное значение в формировании эмоционального выгорания: личностные, ролевые и организационные.

Одной из главных причин выгорания считают психологическое переутомление, когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), что и приводит к нарушению состояния равновесия и возникновению эмоционального истощения. Также специалисты по изучению выгорания установили, что внутри-семейные проблемы способствуют усилению выраженности эмоционального выгорания.

Показания свидетелей и документальные свидетельства

- Уэйкс и Донелли описывают это состояние через внутренний монолог врача: «Я чувствую, что мне требуется все больше и больше времени, чтобы делать все меньше и меньше. Я устаю еще до того, как начинаю». Это состояние «выжатого лимона». Вы просыпаетесь утром уже уставшим. Мысль о предстоящем приеме вызывает тошноту.

- В этой же книге авторы описывают истощение психических и физических ресурсов человека, связанное с его длительным, но безуспешным стремлением к нереалистичным ожиданиям.

- Свидетельство Большаковой Т. В.: «Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Оно проявляется в снижении эмоционального тонуса, утрате интереса к окружающему или эмоциональном перенасыщении, в агрессивных реакциях, вспышках гнева, появлении симптомов депрессии».

Зафиксированные случаи (примеры)

Представим, что к профессионалу пришел пациент в состоянии отчаяния. Он прошел большой путь — бюрократический сбор справок, УЗИ, анализы — и после этого, простояв в очереди за талончиком, поругался с кем-то в этой же очереди. В общем, целое приключение. Дойдя до врача, пациент выдает слезы, а специалиста все это не трогает, ему вообще все равно. Он скучно смотрит на часы, считая минуты до окончания приема. Холод, безразличие, ноль эмпатии — будто включен режим робота.

Поиск суррогатов. Когда естественная радость от труда исчезает, организм начинает панически искать замену. Я вижу, как врачи попадают в «дофаминовую ловушку». Они ищут быстрые стимулы: бесконечный скроллинг соцсетей, литры кофе, алкоголь по вечерам, заедание стресса сладким или импульсивные покупки. Это попытка заглушить внутреннюю тишину шумом быстрых удовольствий.

Ультрапарадоксальная реакция. Самое страшное проявление этой стадии — неадекватность реакций. Вы можете стойко перенести тяжелейшую смену, реанимацию, смерть пациента. Вы держитесь как скала. А вечером, дома, пролитая капля чая или невинное замечание супруга вызывают у вас истерику, слезы или вспышку ярости. Чаша переполнена, и последняя капля сносит плотину. То есть не вы стали злым, а ваша нервная система кричит о помощи. Это самый пугающий симптом для врача.

Часть III. Улика №2: деперсонализация. Кодовое название — «Ледяная броня цинизма»

Когда колодец пуст, эмоции выжжены дотла, а требования извне не прекращаются, психика вынуждена защищаться. Она строит стену. В протоколах данная улика называется деперсонализацией, в жизни — цинизмом и черствостью. Это защитная броня, которую психика выковывает, чтобы дистанцироваться от страданий, с которыми приходится сталкиваться ежедневно. Броня поначалу помогает выжить, но со временем она прирастает к коже.

Вторая улика демонстрирует, как выгорание возводит непроницаемую стену между жертвой и окружающим миром.

Это деформация отношений с людьми. Если я перестану видеть в пациенте живого человека, мне не будет так больно. Если я превращу его в объект, мне будет легче его «чинить».

Вспоминается роман Мариенгофа «Циники». Тот, кто перестает ценить жизнь в прямом и переносном смысле, является циником. Жив или мертв пациент, который приходил на той неделе, мало интересует циничного врача. Специалист остается безразличным к тому «случаю», который обсуждается в ординаторской. Медик начинает воспринимать людей как «койко-места» или «тот аппендицит из третьей палаты». Включается механизм объективиза-

ции. Теперь врач видит работу исключительно как функцию. «Я делаю свое дело и получаю зарплату. Не грузите меня своими переживаниями. Здравоохранение — это конвейер, а я в ней винтик».

Социально-нравственная дезориентация — еще один тревожный симптом. Происходит разделение пациентов на сорта. Так появляются «хорошие» больные (тихие, удобные, послушные) и «плохие» (те, кто жалуется, задает вопросы, требует внимания). К «плохим» применяется весь арсенал пассивной агрессии, холодности и формализма. Возникают двойные стандарты, отношение к людям «по настроению». Например: «Этот с аппендицитом — нормальный, а та истеричка из пятой палаты пусть подождет».

Врач убеждает себя, что пациенты специально его доводят, что они сами виноваты в своих бедах. «Сами себя довели, а теперь требуют чуда». Цинизм становится единственным доступным языком общения, а черный юмор перестает быть смешным, становясь злым.

Показания свидетелей и документальные свидетельства

- Свидетельство Большаковой Т. В.: «Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. Это развитие негативных, черствых, безразличных установок по отношению к людям».

- Свидетельство G. Roberts (из диссертации Большаковой Т. В.): «У врача появляется циничное, порицающее отношение к больным; негуманное отношение к больным, менталитет жертвы; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием».

- Уэйкс и Донелли приводят пугающе точный пример мыслей врача на этой стадии: «Я просто вижу в этом работу, зарплату. Здравоохранение уже не то, что было раньше. Ничего не изменится. Люди задают мне такие тривиальные вопросы и обременяют меня глупыми вещами».

- Исследования Ткаченко и других ученых показывают, что «наибольшее влияние на эмоциональный статус врачей оказывают недоброжелательное отношение пациентов, неблагоприятные условия труда и неудовлетворенность работой администрации». Цинизм становится превентивным ударом, способом защититься от этого негатива.

- Далее профессионал экономит себя на всем. Включается режим отказа. Олег Травкин пишет, что «человек начинает неадекватно экономить свои эмоции... становится настолько равнодушным ко всему, что выключает эмоции даже там, где они необходимы».

- Алена Владимировская вводит термин «отрицающая усталость». Такой специалист на любую инициативу отвечает отказом. «Если на всякую идею сотрудник отвечает отказом: „мы это пробовали и не получилось“, „это делали наши конкуренты и провалились“ и так далее, то он устал. В нем звучит уже не экспертность, а именно усталость». В медицине это проявляется в ригидности, отказе от освоения новых методов лечения, в строгом следовании устаревшим, но привычным схемам. Это не консерватизм, а отсутствие сил на любую обработку новой информации.

Вывод: Цинизм убивает не только душу врача, но и здоровье пациента.

Часть IV. Улика №3: редукция профессиональных достижений. Кодовое название — «Я плохой врач»

Третья улика, представленная вашему вниманию, самая трагичная, коварная и ядовитая. Она демонстрирует, как Выгорание крадет у врача его гордость, его прошлое и его идентичность. Без этого Выгорание не наблюдается. Врач, спасший сотни жизней, вдруг начинает искренне верить, что он ничтожество, самозванец и бездарность.

Дополнительные факты (показания экспертов), которые необходимо внести в дело Выгорания:

Потеря когнитивных функций. Прямым следствием этого состояния является ухудшение умственной деятельности, что для врача критически опасно.

- Свидетельство Пометуна А. Г.: «...в состоянии хронического, неконтролируемого дистресса, на фоне истощения у вас уменьшается объем префронтальной коры головного мозга. Это состояние, когда вы слышите, но не понимаете, о чем говорят, потому что когнитивно вы устали настолько, что просто не можете включиться в мыслительный процесс».

При этом снижается концентрация, возникает забывчивость, заторможенность мышления; появляется черно-белое мышление, пессимизм, снижение креативности.

Обесценивание себя. Ощущение «я плохой врач». Даже если операция прошла блестяще, выгоревший врач думает: «Просто повезло. В следующий раз все узнают, что я ничего не умею». Но если случается неудача — а в медицине они неизбежны, — это воспринимается как абсолютное, окончательное доказательство профнепригодности. Возникает чувство вины, которое врач пытается заглушить, работая еще больше. Это ловушка.

- Свидетельство Глазачева О. С.: «...снижение самооценки своей компетентности (в негативном восприятии себя как профессионала), недовольство собой, негативное отношение к себе как личности».

- Свидетельство Уэйкса и Донелли: «Потеря автономии происходит, когда вы понимаете, что больше не принимаете решения, основанные на том, что вы цените и считаете важным... Таким образом, работа становится менее удовлетворительной и значимой».

Потеря мотивации и снижение продуктивности. Происходит утрата веры в собственные силы, что неизбежно сказывается на качестве работы.

- Свидетельство G. Roberts: «Врач утрачивает творческие подходы к решению проблем; работает усерднее и дольше, а достижения становятся меньше; уединяется и избегает коллег... появляются все более упорные мысли о том, чтобы оставить работу».

Чувство безнадежности. Особенно остро оно проявляется у тех, кто изначально был идеалистически настроен. Выгорание — это «плата не за сочувствие людям, а за свои нереализованные ожидания. Ощущение утраты смысла деятельности, обесценивание и бессмысленность своих усилий является сильнейшим фактором...»

Добавим список *поведенческих маркеров*: снижение мотивации к работе; резко возрастающая неудовлетворенность работой; потеря концентрации и увеличение ошибок; возрастающая небрежность во взаимодействии с клиентами; ослабление стандартов выполнения работы; снижение ожиданий; нарушение крайних сроков работ и увеличение невыполненных обязательств; поиск оправданий вместо решений.

Чувство вины и бессилия. Появляются постоянные переживания о недостаточной помощи, самокритика, страх ошибок. Пациенты и коллеги замечают холодность и отчуждение.

Вывод:

Именно в состоянии выгорания профессионал перестает видеть смысл в профессиональном развитии, избегает ответственности и начинает думать об уходе из профессии. Это не лень и не некомпетентность — а прямое следствие выгорания, которое требует не самобичевания, а помощи и восстановления. Также есть вероятная опасность — снижение диагностической точности и, возможно, пропуск критических признаков у пациентов.

Часть V. Судебно-медицинская экспертиза. Тело: соматический финал

Переходим к тому пункту, когда хочется представить бессмертного пони. Кто знает, как он выглядит? Кажется, если зайти в обычную районную поликлинику, мы с ним столкнемся. И даже не с одним. Вот он, тот момент, когда ты не понимаешь, почему, придя к доктору, ты видишь лишь тень, иллюзию человека.

Когда эмоции (улика №1) подавлены, разум (улика №2) защищен цинизмом, а самооценка (улика №3) разрушена, последнее слово берет Тело. Оно начинает кричать.

Физические симптомы (результаты экспертизы):

- хронические головные боли;
- нарушения сна (бессонница, инсомния, кошмары);
- проблемы с пищеварением;
- постоянное напряжение в шее и спине — это не просто «профессиональные издержки»;
- хроническая усталость;
- снижение иммунитета, частые инфекционные заболевания;
- вегетативные проявления: тахикардия, потливость, панические приступы.

Это сигналы SOS, которые тело отчаянно посылает, когда психологические ресурсы исчерпаны до дна.

В настоящее время ряд специалистов высказывает обеспокоенность в отношении того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Это может проявляться в виде разочарования в профессии, деморализации, нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию; а также в виде ухудшения психического здоровья врачей, снижения устойчивости браков, развития влечения к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. По данным зарубежных источников, наркомания у врачей встречается в тридцать раз чаще, чем в среднем у остального населения, а самоубийства — в два-три раза чаще, чем у других профессионалов. Согласно отечественной статистике, врачи умирают на десять — двадцать лет раньше своих пациентов.

Это цена, которую платит организм за игнорирование сигналов выгорания. Это финал того самого «гаснущего заката».

Часть V. Дополнительное расследование: врач как пациент. Кодовое название — «Слепое пятно»

В ходе следствия вскрылся факт, который врачи скрывают тщательнее всего. Под воздействием выгорания врач сам «становится» пациентом, но категорически, до последнего вздоха отказывается это признать.

Инверсия ролей

Врачебная культура делит мир на два лагеря: «мы» (спасатели, сильные, здоровые) и «они» (пациенты, слабые, больные). Пересечь эту черту — значит дезертировать. Признать себя пострадавшим — значит потерять лицо.

Согласиться, что ты выгорел, для многих равносильно признанию в профнепригодности. Это крах «я-концепции». Поэтому врач надевает маску благополучия, даже когда внутри все рушится.

Самый трудный больной

Выгоревший доктор — это кошмар любого лечащего врача. Он не комплаентен. Он занимается самолечением: сам себе назначает препараты, сам их отменяет. Он игнорирует тревожные симптомы.

Если бы к вам на прием пришел пациент с вашим набором жалоб — с апатией, бессонницей, болями в сердце, — вы бы немедленно отправили его на обследование и больничный. Но когда этот человек в зеркале вы, то почему-то происходит по-другому. Вы говорите себе: «Соберись, тряпка! Выпей кофе и иди работать».

Соматическая агрессия

Когда психика заглушена, когда эмоции заморожены, а разум рационализирует страдания, начинает кричать тело. Тело никогда не врет. Я видела, как тело отвечает агрессией на насилие над собой. В этом случае появляются:

- головные боли напряжения, которые не снимаются таблетками;
- бессонница, когда вы валитесь с ног, но не можете отключить мозг;
- скачки давления, тахикардия в покое;
- желудок, который болит от каждого приема пищи;
- «простуды выходного дня»: стоит вам расслабиться в субботу, как иммунитет рушится, и вы заболеваете.

Заключение следователя и вердикт

Изучив все материалы этого сложного дела, я прихожу к выводу: обвиняемый Синдром Выгорания действует системно, цинично и беспощадно. Он атакует Эмоции, Разум и Тело одновременно, не оставляя живого места.

Я обнаружила общую нить: неважно, в каком лике прозвенит звоночек, необходимо увидеть, что без одной улики нет другой. Если тело стонет, значит, обращаем внимание на эмоциональный фон и на работу мозга. И также в любом другом лике. Смотрим на функции своего организма, как будто внутри и снаружи нас есть сканер, который умеет видеть широкоугольной камерой с 3D-эффектом. Но должно быть и понимание, что Выгорание — вовсе не приговор, а сигнал бедствия.

В этом мрачном расследовании есть и свет. Преступник силен только тогда, когда он невидим, когда мы отрицаем его существование. Как только мы называем вещи своими именами, как только мы выводим его из тени отрицания на свет осознанности, он теряет свою смертельную хватку.

Уважаемые коллеги, доктора, целители! Невозможно выбраться из ямы, продолжая ее копать. Невозможно вылечиться от выгорания, продолжая бежать тот же марафон с той же скоростью.

А теперь вопрос. Хотелось бы врачу совершенно незаметно для себя встать на место пациента? Предполагаю, что нет. Поэтому основные задачи для каждого из нас в определенный момент это:

- Перестать винить себя за холодность, отчуждение и отсутствие слез. Если вы холодны и пусты — это не ваша вина. Вы не стали плохим человеком, просто эмоциональное истощение (улика №1) осушило ваш колодец — он пуст. Вам нужна вода, а не самобичевание.
- Понять, что цинизм — лишь хрупкая броня, а не ваша истинная суть. Важно распознать деперсонализацию (улика №2), которая стала слишком тяжелой и тесной. Ее пора снимать, и делать это лучше в безопасном месте.
- Напомнить себе: «На самом деле, я хороший врач, просто я устал, и мне нужна энергия». Важно отследить редукцию достижений (улика №3). Мысль «я плохой врач» ложна. Это симптом редукции достижений. Вы хороший врач, который попал в беду и нуждается в энергии.

Дух и сила уходят, как солнце на закате. Но отличие человека от солнца в том, что наш восход не гарантирован законами физики. За свой восход нам придется бороться самим — через отдых, переосмысление, терапию и бережное отношение к самому главному инструменту врача: к самому себе.

Признание себя пациентом, человеком, которому больно и трудно, — это не слабость. Это высшее проявление профессионализма и мудрости. Ведь только исцелившись сам, целитель может снова дарить свет другим, не сгорая при этом дотла.

Вердикт

*На основании представленных улик и свидетельских показаний Синдром Выгорания признается **виновным** в нанесении тяжкого вреда психическому и физическому здоровью профес-*

сионалов. Врача признать **пострадавшим**, подлежащим немедленной реабилитации, заботе, любви и восстановлению.

Рекомендация следствия

Всем, кто узнал себя в материалах дела, настоятельно рекомендуется на время снять белый халат супергероя и разрешить себе побыть просто человеком. Изучите вопрос о посещении балинтовских групп и групп поддержки — мест, где можно безопасно снять броню.

Дело закрыто. Передано в архив вашей совести и надежды.

Арменуи Аракелян

Глава 3. Система или специалист: почему медицина — это группа риска №1. Как бюрократия и оптимизация съедают врача

Система. Вселенная, где живет врач

А что такое система? Совокупность неких единиц или нечто, что существует отдельно от нас. Когда мы говорим про медицину, нам кажется, будто это то, что есть вне нас, некая структура, которая отделена от остального общества. Принято даже говорить, что врачи — особая каста. Но так ли это? Система включает в себя не только министерство и департаменты здравоохранения, больницы, поликлиники и другие медицинские учреждения. Система — это все наше общество. И сама ее суть в том, что она не существует вне нас, мы и есть часть этой системы. И как система влияет на нас, часто приводя к плачевным результатам выгорания, так и мы влияем на систему, делая тот или иной выбор.

Врач существует не только в системе «врач — здравоохранение», но и в системах «врач — пациент», «врач — общество», «врач — семья» и, наконец, «врач — врач». И везде могут возникать факторы, приводящие к выгоранию.

Мы говорим, что виновата система. И большинство считает, что именно бюрократические «подлости» нас истощают, приводят в уныние и злят так, что хочется забыть наше желание помогать людям.

Система здравоохранения — это федеральные законы, приказы министерства и департаментов, а также приказы главного врача и действия заведующего. Это и наше образование, которое никак не может стать постоянным, а находится в длительной реформе и экспериментах.

Система «врач — пациент». Это взаимодействие, казалось бы, тоже должно быть важным элементом в формировании выгорания. Мы работаем с человеком. Без пациента нет и врача. Эта профессия возникла, потому что есть люди, которые страдают. И лекарь приходит, чтобы помочь.

Социум целиком — обширная среда, где существуют вместе и врач, и пациент, и министерство, и много других институтов и элементов.

В целом все общество — то есть законы, по которым оно существует, отношения, понятия, которые царят в нем, — может влиять на деятельность врача и становиться фактором его выгорания. Ведь даже само зарождение врача начинается в определенном обществе. Врач когда-то был ребенком, ходил в садик, общался со взрослыми, потом пошел в школу, затем в институт. Он живет в этом обществе, и оно определяет, что значит быть врачом, как к нему относиться. То, каким человек станет врачом, как он сам будет относиться к себе, как к врачу, каково будет его отношение к коллегам, во многом зависит от того, что он вобрал в себя из общества. Уважают ли в этом обществе врача или обесценивают его, боготворят эту специальность или считают ее тривиальной? Все это и создает окружение, в котором «возникает, растет и развивается» врач.

Врач и система — жить или выживать?

Системы взаимодействия во вселенной врача возникли не сразу в том виде, в котором они существуют сейчас.

История здравоохранения это всего лишь секунда для летоисчисления человечества. Она зародилась в Древнем мире с создания инспекции санитарного состояния городов, первых больниц в виде приютов и организации помощи солдатам. А в четырнадцатом веке даже появился санитарный совет по поводу эпидемий оспы и чумы. В семнадцатом веке были организованы санитарные коллегии. И только в девятнадцатом веке, когда стала интенсивно развиваться промышленность, возникло подобие органов здравоохранения, похожих на современные. Это было связано с тем, что в городах стало больше людей. Появилась потребность в оценке состояния здоровья населения и влияния этого здоровья на хозяйственно-промышленную деятельность государства. Так в 1822-м году во Франции при Министерстве внутренних дел появился высший санитарный совет — прообраз современной системы здравоохранения.

Вы заметили, как в процессе развития медицины возник специальный орган, который следил за здоровьем населения более организованно. Это было связано с этапами развития общества и усложнением организации в целом. Чем сложнее организация общества, чем больше развивается цивилизация, тем сложнее элементы, которые в нее входят. Чем сложнее элементы, тем сложнее связи между ними. Чтобы знать, на что обращать внимание, какие заболевания являются актуальными, необходимо собирать статистические данные со всей страны. Так появились различные формы отчетности, которые иногда могут очень сильно выводить нас из себя. Но ведь без этих отчетов не будет понятно, какие заболевания есть в той или иной местности, какие меры профилактики необходимо внедрять, какие научные задачи нужно ставить, чему надо учить врачей и медсестер. И это не говоря уже о многих других материально-технических задачах, с которыми не справиться, не зная хотя бы показателей заболеваемости. Так система приобретает множество частей для решения каждой из задач.

Врач выживает?

Как же получается, что нам, врачам, приходится выживать, а не работать в этой системе? Основные официальные источники и исследования по профессиональному выгоранию единодушны в перечислении его основных причин. На первом месте стоит бюрократическая работа, в том числе заполнение карт и другой медицинской документации; бумажная и административная работа; бесконечные проверки, которые напрямую не касаются блага пациента; формализм. Такое происходит не только в нашей стране, но и в других, где бюрократизма меньше, а требования и нормативы намного «человечнее».

Проблема не в том, что нам надо заполнять кучу бланков и различных форм отчетности, а в том что эти формы порой теряют свой первоначальный смысл.

Никто не будет спорить о необходимости заполнять амбулаторные или стационарные медицинские карты. Безусловно, нужно фиксировать важную для диагностики и лечения информацию, чтобы не потеряться в потоке данных различных пациентов. Возмущение и дискомфорт возникают, когда мы пишем бесполезные сегодня фразы: «кожные покровы чистые, розовые», «дыхание чистое, везикулярное», «ориентирован, сознание ясное» и так далее. Эти фразы сохранились с тех времен, когда врачи систематизировали наши знания о болезнях и описывали практически все подряд. Такое описание стало эталоном для проверяющих органов, но нам, врачам, это не нужно. Однако мы продолжаем фиксировать в записях эту информацию, чтобы избежать обвинений в том, что «не написал, значит, не проверил». И получается, что смысл карт для нас утерян, мы уже пишем не для себя и не для собственного понимания картины болезни пациента, а для тех, кто будет нас проверять.

И ладно медицинские карты. Существует еще огромное количество различных журналов. Некоторые из них имеют смысл, но большинство журналов не регламентированы и не являются информативными.

Бюрократический механизм цветет не только в государственных системах здравоохранения, но и во взаимодействии с различными страховыми фондами, и это не только фонд обя-

зательного медицинского страхования. Строго говоря, фонды медицинского страхования не проверяют, правильно ли лечили человека. Они проверяют, насколько верно оформлена документация по тем самым «лекалам», которые были созданы сорок — пятьдесят лет назад, и соответствуют ли обследования и лечение клиническим рекомендациям, даже если последние противоречат здравому смыслу, клиническим испытаниям или нашему врачебному опыту.

Клинические рекомендации — это алгоритм работы при определенном заболевании или при подозрении на заболевание. Но человек — это не заболевание. У него может быть целый комплекс самых разных состояний. И, в конце концов, каждый из нас индивидуален. Этого клиническая рекомендация предусмотреть не может. Смысл снова потерян. Более того, мы оказываемся в противоречивой, неоднозначной ситуации конфликта, где оказание помощи пациенту затруднено.

Отдельная история — это направления на медико-социальную экспертную комиссию. Их заполнение требует не меньше часа работы, даже если многие процессы автоматизированы. И это только в случае, если пациент вовремя прошел всех специалистов и вовремя сдал анализы. Уже больше пяти лет я не заполняла такое направление, но до сих пор с ужасом вспоминаю, как после его заполнения я вдруг обнаруживала, что у пациента просрочен тот или иной анализ или консультация специалиста. Иной раз я сама бегала к коллеге (благо все работали в одном здании), чтобы он принял больного и вновь внес свою запись. Такую работу врачи делают уже после приема. Многие в амбулаториях забывают, что кроме самого приема и выезда на дом, у врачей есть и другие обязанности. Если внимательно прочитать должностные инструкции, можно найти много интересного. И, что самое главное, администрация часто игнорирует эти обязанности и не выделяет на них времени. Конечно, их тоже можно понять. Проверяют только прием, а все остальное остается за кадром, но когда об этом вспоминают, времени на выполнение этих обязанностей все равно не дается.

Итак, бюрократизм вызывает выгорание, когда становится бессмысленным и мешает выполнению главной цели врача: облегчить состояние пациента.

В не меньшей степени выгоранию способствуют большие нагрузки, недостаточная материальная компенсация и отсутствие признания на работе. В этом потоке слабее звучат голоса о том, что возникает еще и конфликт ценностей, где мы хотим работать во благо пациентов, а при этом должны следовать протоколам, которые часто не могут помочь в конкретной ситуации данного пациента. Немаловажную роль играет также огромное разочарование при столкновении с реальным положением вещей на работе, с «несправедливым» распределением премий, с чрезмерной перегрузкой, когда не хватает врачей и персонала и работать приходится чуть ли не 24/7. Если у вас такого не было, поздравляю, вам очень повезло!

Подвожу к тому, что причина выгорания не одна, и это не только бумажки, которые никак не закончатся, и даже не бесконечные новые приказы и нормативы.

Приказы. Бумажки. Автоматизированные программы — БАРС, ЕМИАС и прочие, которые «глючат», «тормозят» или вовсе отказываются включаться. В какой-то момент понимаешь: ты уже не врач, а секретарь при компьютере.

И вместо того чтобы думать о пациенте, думаешь о другом: во сколько сегодня приедешь домой. Потому что почти наверняка придется писать объяснительную. Часа два после приема, не меньше. И ведь не из-за жалобы — как на прошлой неделе, когда пациента приняли на десять минут позже, — а потому что повторная госпитализация состоится через неделю после выписки.

Мы не можем отвечать за то, принимает ли человек лекарства. Не будешь же ходить к нему домой и проверять — выпил или нет. Но это никого не интересует.

Заведующий вызывает до начала приема, говорит о некомпетентности, угрожает «разбором» и штрафами.

И вишенка на торте — невыполнение плана за месяц. Да, в начале месяца проходила конференция. Важная, с последними новостями по специальности. Но кого это волнует? План должен быть выполнен. А то, что врач отсутствовал, — его проблема.

Еще одна проблема — время приема. Конечно, необходим определенный стандарт, но разумный. На прием выделяется двенадцать минут! Как можно успеть познакомиться с документацией, выслушать жалобы, классифицировать, диагностировать и назначить лечение за двенадцать, ну пусть даже за пятнадцать минут?

А диспансеризация? Из замечательной идеи профилактики она превратилась в очередную кабалу для врачей. Не сама диспансеризация населения становится еще одной нитью в канве нашего выгорания, а то, как она стала реализовываться. «Сколько карт вы должны сдать к концу квартала? Что, вы и половину еще не сделали?! Как вы можете, ведь план горит! Вы подводите коллектив! А когда вы будете эти карты заполнять? Ну конечно, после приема. Не вовремя же». Кто бы сомневался!

Да, наша работа сложная, и зачастую могут быть невыносимыми переживания за больных, очередной конфликт с кем-то или даже потеря пациента на операционном столе после всех вложенных усилий. Но не это превращает нас в бездушных циников, не это забирает наши моральные силы. И даже не необходимость заполнять бумаги, отчеты, объяснительные. Самое страшное — это противоречивые требования, бесправие и невозможность доказать свою правоту, отсутствие поддержки и бессмысленность большинства бюрократических требований.

А еще очень давит огромная перегруженность врача! О том, что врачи перегружены в большинстве государственных медицинских учреждений, и о том, что это влияет на них, забыли даже сами врачи. Мы часто повторяем, что врачи работают с людьми. Обращаем внимание на то, с каким человеком имеет дело врач: индивидуальность пациента и его характер, безусловно, могут влиять на динамику болезни. Но мы забываем о самой сути взаимодействия. Прием врача можно сравнить с приемом психолога. И тот и другой должны наладить теплый человеческий контакт, чтобы состоялся терапевтический альянс. Без этого работа врача будет сведена к минимуму. Терапевтический альянс дает пациенту возможность расслабиться на приеме, суметь высказать свои жалобы, услышать то, что ему скажет специалист, и, более того, далее следовать вашим рекомендациям. Результаты всех опросов или оценок, которые дают вам ваши пациенты — и жалобы, и похвала — никак не соотносятся с тем, что вы назначили. Главное, чего хотят пациенты, — это ваше общение с ними: то, насколько вы их поняли; то, насколько их услышали; то есть по сути, какого качества контакт вы установили с ними. Для установки терапевтического альянса двенадцати — пятнадцати минут не хватает. Вспомните свои чувства, когда вы сами идете лечиться к своему коллеге. На что вы обращаете внимание? Обиднее всего, когда мне толком не объясняют, что происходит со мной или моим ребенком, зачем нужно то или иное обследование и какое необходимо лечение. Хотя я и врач, но лечение вне моей специальности — совершенная темень, ведь схемы терапии и сами препараты успели много раз измениться с тех пор, как я изучала их в университете. Так что я очень похожа на среднестатистического пациента — ох, неужели такие есть?!

Еще один вопрос касается загруженности врачей. Сколько пациентов вы должны принять на одну ставку? А ведь чаще врач работает на полторы ставки или вообще имеет два-три места работы. И знаете что? Это наша беда. У нас есть возможность работать сразу в нескольких местах, и мы идем. Идем, чтобы не только существовать, но и жить. Этого никто не видит. Многие думают, что зарплата врача выше среднего по стране, но никто не считает зарплату по ставкам — учитывается только число врачей. И, как результат, вдруг оказывается, что мы зарабатываем очень даже неплохо! Чего это мы плачемся? У нас вполне себе достойная зарплата. Однако многие — в том числе и сами врачи — забывают, какой ценой это дается. Мы соглашаемся работать за еще одного человека.

Вакансий очень много. Потребность в докторах намного выше, чем количество самих врачей. Это факт. Казалось бы, наша ценность велика. Парадокс в том, что при этом отношение к врачу ухудшилось многократно. Заметьте, что и наши с вами действия отражаются на системе. Давайте пофантазируем, что было бы, если бы мы довольствовались тем минимумом, который у нас есть. Общество считает, что на одну ставку, то есть на одного сотрудника, должно хватать выделенной зарплаты. Хорошо, давайте уступим обществу. Но задумывается ли общество о масштабе той нагрузки, которая ложится на врачей? Поймет ли наша администрация ту катастрофу, которая может наступить, если каждый врач будет работать только на одну ставку?

Впрочем, эта фантазия не для начальства, а для нас, врачей, чтобы осознать степень нашего вклада в ту самую систему, на которую мы жалуемся. Через количество ставок, на которое мы соглашаемся, и выражается наша обратная связь с системой. Мы словно говорим: «Ок, мы справимся, мы не какие-то мямли, мы сильные, мы трудоспособные». А того, что зачастую наши силы находятся на пределе, очень часто никто, кроме нас, не замечает. Точнее, заметить, конечно, могут. «Что-то ты слишком грубым стал», «Ты чего накричал-то сейчас?», «Слушай, ну ты и циник!» — могут сказать вам, смеясь над вашей саркастической шуткой. Но когда заметят наше истощение, будет уже поздно.

Кстати, если у вас наступит выгорание и вы вовремя его обнаружите и успеете обратиться за помощью (точнее, если вы захотите обратиться за помощью, что сделать, пожалуй, еще сложнее), то это еще не самый худший вариант. Хуже, если все закончится тем, чем часто заканчивается выгорание: инфарктом, инсультом, депрессивным или посттравматическим расстройством. Остается только воскликнуть: «Врач помоги себе сам!»

Что? Вы все равно не понимаете, отчего заболели, и слова коллег о том, что пора прекращать эту гонку по заполнению собой всех пустот в учреждении, считаете пустыми разговорами? Это тоже выбор! Ваш выбор. Организм уже показал, что дальше не выносит. Если вы не слышите свое тело — неважно, какой орган: сердце, желудок или мозг, — то, конечно, вы не услышите и других людей. Но если вас не заботит собственное здоровье, то вспомните о том, что ваши коллеги тоже от вас зависят. Не потому, что вы берете на себя их нагрузку, а потому что показываете системе, и врачам в том числе, что работать на износ вполне можно. А кто так не работает, тот ленив. Вы не сообщаете системе цену, которую платите за перегрузку, а сама система понять этого не может. Ведь все болеют. И ваша болезнь не попадает в статистику профессиональных заболеваний. Инфаркт случился вовсе не из-за невыносимых профессиональных условий, вызвавших выгорание. Нет! У вас гиперхолестеринемия, ну и стаж курения более десяти лет. А вы что хотели?

В развитии выгорания также очень важным фактором является непредсказуемость. Засыпая сегодня, мы не знаем, какой очередной приказ нас ждет завтра. Велят ли нам заменить коллегу в другой поликлинике? Прикрепят ли к нам в нагрузку еще и молодого коллегу-выпускника, за результаты работы которого придется отвечать? Какую новую статистическую форму нас заставят заполнять? А может, введут новую МИС с новыми ключевыми позициями? Какой станет учеба через год — может, снова перейдем на пятилетнее обучение, но уже за свой счет? Или всех заставят писать научные работы, чтобы пройти очередную аттестацию?

Прогресс, в том числе и научный, идет вперед. И мы не против изменений, хочется только, чтобы они были разумными и полезными. В чем польза того или иного приказа? Как очередная учеба повлияет на мою эффективность?

Перегруженность — это не только про время приема или количество ставок. В системе «врач — пациент» часто может возникать много напряжения, которое игнорируется.

А ведь именно пациенты больше всего и влияют на нас.

Да, про бумажки легче вспомнить, когда мы говорим о выгорании. Это же на виду! Вот они, противные, ждут своего часа! Про начальство, которое тоже не пойми чем занято и готово только жизнь нам усложнять, выдумывая очередные приказы и законы, мы тоже четко помним.

Но про пациента «либо хорошо, либо никак». Хотя именно пациент может нас задеть, вызвать бурю эмоций, истощить. Совсем не обязательно, что он делает это специально. Его боль может стать нашей болью — такова природа врача. Иначе мы не могли бы прочувствовать человека и лечить его. Просто мы не всегда это понимаем и видим. Более того, согласиться с этим равносильно признанию в собственной некомпетентности, в непрофессионализме. «Как же так? Ведь это пациент, он страдает, он болен. Я должен оставаться трезвым, рассудительным, а не нюни пускать. Ну-ка, быстро собрался! Нечего выдумывать! Какая еще тоска или злость? Ты его вообще первый раз видишь. Так, думай, что там у него может быть».

Этот процесс, происходящий при взаимодействии врача и пациента, в психотерапии получил название «контрпереносные переживания». В каком-то плане психотерапевту и психологу проще при возникновении контрпереноса, потому что они этому учатся, получают поддержку в супервизиях и интервизиях. Но врачу словно отказано в возможности возникновения таких процессов. Ведь врач вроде бы не работает с душой пациента. А действительность показывает, что контрперенос возникает у специалистов любой области в сфере взаимодействия «человек — человек». Это происходит даже тогда, когда вы того не замечаете. Увы, большинство врачей не только игнорируют, но и активно отрицают, что они «реагируют на пациентов». Но сколько эмоций и неосознанных чувств слышится в их докладе о пациенте!

Хочу подчеркнуть, что в вышеуказанных случаях я не говорю о «плохих» пациентах или врачах. Речь не о «плохости» или «хорошести», а о том, что при любом контакте между людьми возникают некие эмоциональные реакции, некие процессы, которые чаще протекают бессознательно. Они никак не связаны с профессионализмом врача или с отношением пациента к своему врачу. Это происходит через ассоциации со своей личной историей, которая возникает у всех. Подобные реакции могут быть болезненными. И если их копить, игнорировать или отправлять на «чердак», то рано или поздно количество перейдет в качество и может завершиться взрывом выгорания.

К сожалению, этот фактор во многих исследованиях и опросах не учитывается и не обсуждается. И если у психотерапевтов и психологов контрперенос является как раз поводом обратиться за классической или балинтовской супервизией, то врачу даже обсудить это зачастую не с кем и негде. Разве что сочувственно повздыхать с коллегой в ординаторской и самому возмущенно высказаться. И хотя нам посочувствуют в ответ, навряд ли окружающие станут разбираться в том, что с нами происходит. Так мы остаемся наедине с собственным чувством гнева или печали. Одиночество и ощущение непонятности также могут появиться. Но и это еще не все. Мы можем чувствовать вину и беспомощность. «Вон, другие же как-то справляются. Это, наверное, я слабак! Наверное, я не туда пошел. Может, профессия врача просто не мое».

Кого-то, наоборот, очень хорошо понимают и поддерживают другие коллеги. Но тогда и мы можем включиться в этот процесс, сочувствуя друг другу и заражая других своими негативными чувствами. И вот, объединившись, мы можем даже «справиться» и начать обвинять не себя, а кого-то другого. Неважно, будет это начальство, министерство, пациент или кто-то еще. Однако такая «защита» оказывается неконструктивной, а обида и боль хоть и выплескиваются на «внешнего врага», но в конечном итоге оборачиваются против нас самих. И снова энергия ушла, а силы не восстановились.

Получается, что в возникновении выгорания имеет значение не факт появления контрпереноса, а то, что мы делаем с этими контрпереносными чувствами. Опасность заключается в том, что мы их игнорируем, подавляем, не хотим к ним прикасаться. Много энергии уходит на непродуктивную «защиту» от этих чувств. Истощение происходит незаметно, постепенно и медленно.

Есть еще один фактор: восприятие врача обществом и самим врачом.

Мы говорим об ответственности людей за собственное здоровье, о том, что человек имеет право знать, какое у него заболевание, какое требуется лечение, какие есть побочные эффекты и что будет, если не лечиться, а выбирать должен сам пациент. При этом мы продолжаем требовать от врачей, чтобы они решали судьбу человека и отвечали перед законом за последствия. Так рождается противоречие: врача лишают права решать за пациента, но оставляют за ним ответственность за его жизнь и здоровье. Такое требование слышится от общества в целом.

«Ты врач, ты не имеешь права!» Эти слова с полной серьезностью говорит большинство людей. Ты не имеешь права на отдых, на перерывы на обед; тебе нельзя ни есть, ни спать; ты не можешь никому отказать; и много-много других «нельзя». Ведь врач — не человек, он «из особой касты», он герой, у которого нет обычных человеческих потребностей. Даже простых биологических. Думаю, вы поняли, о чем я говорю. Ты врач — или ангел, или демон. Обезличенная машина.

Забавно, есть такой термин — «технический перерыв». Предполагается, что на обработку кабинета или перезагрузку техники требуется перерыв. И врач — здесь мы имеем в виду весь медперсонал — становится «технической единицей», а не человеком, которому тоже нужно выйти в туалет, поест, выпить воды или чая. Да, машине нужен перерыв, иначе она перегреется, а человеку почему-то отказано быть человеком.

Неудивительно, что сам врач тоже может примерять на себя роль героя. Ведь с самого детства он слышит, что «врач — герой», что он «спасает жизни» и «должен всем помогать». Сложно подвергнуть сомнению эти убеждения. Теперь уже и сам врач так считает. Он совершил настоящее чудо: спас жизнь, работал день и ночь. Он не должен сердиться, имея дело с больным человеком, которому больно и плохо. Ведь врач — профессионал, который должен уметь сдерживаться. Он же пришел помогать, спасать, а не «чай гонять» и не свои эмоции выплескивать.

Люди ждут от врача такого шаблона поведения не только в его кабинете или в отделении, но также и на улице. Врач должен всем помогать, давать консультации где угодно. Он же Врач! В больших городах, наверное, это не так заметно, но в маленьком городе или поселке, где все друг друга знают, это становится правилом. Более того, врачу можно звонить и днем и ночью. Он же Врач!

Тенденция воспринимать врача таким образом медленно, но меняется. Постепенно за белым халатом люди начинают видеть и личность. Уже не робота, который должен быть доступен 24/7, а человека, нуждающегося в полноценном отдыхе и покое.

На врача действительно сильно влияет то общественное поле, в котором он находится. Говоря о той роли, которую система «врач — общество» играет в возникновении выгорания, нельзя обойти стороной и более узкую часть, а именно профессиональное сообщество. Это и коллеги, которые с нами работают, и люди, с которыми мы учились и продолжаем поддерживать связь, и врачи, с которыми нас сводит дальнейшая учеба и участие в конференциях. Безусловно, сюда входят и наши профессиональные сообщества и различные ассоциации. При этом влияние медицинского сообщества на нас может быть двояким — впрочем, наверное, как и влияние всех других систем. С одной стороны, врачи и медперсонал находятся в более-менее одинаковых условиях: работают в медицинской сети, принимают тех же пациентов, общаются на одном языке, дышат одним воздухом, подчиняются одним и тем же правилам и законам, следуют одинаковым протоколам. И, конечно, могут получать поддержку и понимание в своих трудностях. Но тут есть одна ловушка. Разве можем мы понять другого человека, только потому, что он тоже является врачом? И да и нет. Да, он врач и тоже сталкивался со многими проблемами, с которыми сталкивалась я. Но он — не я. Он может реагировать по-другому, у него другая личная история, другая семья. Его ресурсы, мотивация и желания могут (нет, даже не могут, а точно так и есть) отличаться от моих. Каждый из нас является личностью. И мы все разные. Мы никогда не сможем полностью понять другого или быть понятыми дру-

гим. Это иллюзия. Мы лишь делаем попытку понять. Прочувствовать через эмпатию. Но это не будет реальным отражением. Это лишь отражение через нашу психику. Мы можем понять, что у другого человека болит нога, потому что нам тоже бывает больно и мы знаем, что такое боль. Но наша нога не болит, мы на нее полноценно наступаем, нет ограничений для движения ноги. Мы не можем точно знать, как другой человек воспринимает эту боль. Его восприятие сильно отличается от нашего. У кого-то при давлении 130/80 уже трещит голова, а кто-то и 180/90 переносит, даже не заметив. Так же и с нашими переживаниями и страданиями в профессиональной деятельности. Для кого-то дурацкая писанина и бессмысленные отчеты являются тихим ужасом, а кого-то, наоборот, хлебом не корми, дай только что-нибудь написать да посчитать. Кому-то тяжело иметь дело с пациентами, которые нудно и долго рассказывают в мельчайших подробностях о своих болячках. Так тяжело отделить в потоке жалоб зерна от плевел и понять, что же происходит с человеком в текущем моменте — сейчас, а не двадцать лет тому назад. А кто-то терпеть не может, когда пациент попадает демонстративный и театрально вычурный, когда все его реакции одинаково чрезмерны. Как понять, *что* нужно обследовать в первую очередь, чтобы не пропустить самое опасное состояние?

А ведь это еще малая доля того, насколько врачи могут отличаться.

И вот вы идете со своей болью к коллеге, хотите поделиться с ним очередной напастью, а он возьми да и скажи: «Да ладно тебе! Все через это проходили. У кого не было конфликтов?! Не переживай. Все будет хорошо». Оказывается, ваш коллега даже понять не может, что тут такого. У него вон через одного идет конфликтная ситуация. И ничего, как-то переживает. Ему даже не приходит в голову, что дело совсем не в конфликте: человек не виноват в том, что произошло недопонимание, а вы нервничаете, потому что переживаете, что он не будет лечиться, что время будет потеряно, а болезнь не остановится и начнет прогрессировать. И вы уже сейчас чувствуете вину. А значит, вы еще и не справились, не смогли. А коллега-то ваш справляется! Вот ловушка и захлопнулась.

Что? Чувствуете, как нарастает ком тех самых ситуаций, которые по отдельности не представляют из себя сильно выраженной проблемы, но все вместе создают условия для нарастания стресса и последующего выгорания?

А ведь такие состояния неопределенности, непредсказуемости и повышенных нагрузок возникают неоднократно и становятся нашей реальностью. Как же выжить врачу? И не просто выжить, но остаться здоровым и продуктивным?

Жить, а не выживать

Я уже писала, что проблема выгорания возникает не просто от того, что есть бюрократия и не из-за того, что мы вынуждены заполнять кучу бланков и документов, которых настолько много, что скоро даже пациент нам будет не нужен — останутся только бумаги. Нет, проблема выгорания появляется из-за невыносимости всех этих условий. Невыносимыми они становятся, когда теряют смысл, когда не остается времени и перегрузка зашкаливает, когда возникают противоречивые приказы или условия. Когда мы не знаем, руководствоваться ли своими знаниями и помочь пациенту, при этом с риском быть наказанными за свою «правильность», или следовать букве алгоритмов и не быть уверенными в результатах. Выгорание появляется, когда непонятно, что учить и как учить. Когда нет четкого алгоритма и предсказуемости нашей карьеры. Когда нет роста и нет перспективы этого роста.

Поэтому я думаю, что нам важно вернуть смысл, понять, для чего существует система и кто мы в этой системе.

На врача оказывает колоссальное влияние не только система здравоохранения, но и такие системы как общество в целом и профессиональное сообщество в частности, а также каждый пациент в отдельности. Более того, системы эти взаимодействуют еще и друг с другом: здраво-

охранение с общественными институтами, пациенты со здравоохранением, и каждый пациент в отдельности с обществом в целом.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.