

## РИСКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19\*

©2020 г. М.А. Падун\*

\* Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, лаборатория психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт психологии РАН; 129366, Москва, ул. Ярославская, дом 13, корп. 1; e-mail: maria\_padun@inbox.ru

Потупила в редакцию 6 июня 2020 г.

*Аннотация.* Анализируются риски психической травматизации у работников сферы здравоохранения в период пандемии COVID-19. Рассматриваются два источника психической травмы у медицинских работников: (1) переживание угрозы собственному здоровью и жизни, а также заражения родных и близких; (2) моральная травматизация в связи с перегрузкой системы здравоохранения и гибелью большого числа пациентов; моральными дилеммами при распределении ресурсов между пациентами; переживанием оставленности в опасной ситуации со стороны системы здравоохранения в условиях дефицита средств индивидуальной защиты; отсутствием солидарности со стороны несоблюдающих карантин граждан. Обсуждается уязвимость самоуважения к воздействию моральной травмы, а также указывается на его роль при совладании с ситуациями, представляющими угрозу жизни. Приводятся результаты зарубежных исследований психологических последствий пандемии для медицинских работников. Анализируются механизмы дополнительного дистресса, связанного с дискурсом героизации и дегероизации медработников. Утверждается, что навязывание социальной роли героя может привести к саморастрачиванию, ощущению себя жертвой, дистрессу и психическому истощению. Указывается на наличие противоречия между проводимой информационной политикой героизации медработников в условиях пандемии и недостатком реальной заботы об их безопасности в российских регионах. Наряду с негативными, обсуждаются возможные позитивные психологические последствия переживания кризиса. Обсуждаются меры профилактики негативных психологических последствий деятельности медработников в условиях эпидемии, которые разделяются на четыре уровня: (1) государства; (2) организации; (3) руководителей конкретных подразделений; (4) горизонтального взаимодействия между коллегами: врачами, медсестрами, санитарями.

---

\* Работа выполнена по госзаданию № 0159-2020-0004.

*Ключевые слова:* психическая травма, моральная травма, посттравматическое стрессовое расстройство, дистресс, самоуважение, пандемия COVID-19.

**DOI:** 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.011

Пандемия COVID-19 стала глобальным травматическим стрессором, который уже несколько месяцев воздействует на мировое сообщество. Миллионы людей за короткий период пережили ряд серьезных лишений, тяжело фрустрирующих базовые психологические потребности. В докладе Деворы Кестель, главы Департамента психического здоровья Всемирной организации здравоохранения, представленного в ООН 14 мая 2020 года<sup>26</sup>, говорится о риске развития глобального кризиса психического здоровья, который может стать последствием переживания угрозы жизни, самоизоляции, неопределенности и экономических потерь. В качестве наиболее уязвимых групп населения, подверженных риску развития психических нарушений, в докладе обозначены дети, молодежь и медицинские работники.

Нынешнюю пандемию сопровождает метафора войны, на передовой которой находятся медицинские работники: врачи, медсестры, санитары. В данной работе речь идет не только о тех из них, кто работает непосредственно с вирусной пневмонией, а обо всем персонале, продолжающем находиться в больницах и поликлиниках в условиях пандемии. Характеристики их жизни сопоставимы с военными условиями: наличие непосредственной угрозы здоровью и жизни, тяжелые условия труда, моральная нагрузка, связанная с ответственностью за жизни других людей, которые сами по себе делают ситуацию потенциально психотравмирующей.

---

<sup>26</sup> <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-mentalhealth/u-n-warns-of-global-mental-health-crisis-due-to-covid-19-pandemic-idUSKBN22Q0AO>

*Целью* данной статьи является анализ возможных рисков развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других связанных с травмой расстройств, а также рассмотрение механизмов дистресса у медицинских работников.

В результате этого анализа предполагаются выводы о возможных мерах по снижению дистресса у медработников в условиях пандемии.

### **Психическая травматизация у работников сферы здравоохранения в условиях эпидемии**

Традиционно считается, что ПТСР является следствием переживания ситуации, в которой человек испытал интенсивную угрозу жизни или физической целостности, т.е. в критериях международных классификаций на первом плане – тема угрозы физическому существованию. Основными симптомами ПТСР являются: 1) повторные переживания травмы в мыслях, образах, сновидениях; 2) избегание объектов и ситуаций, напоминающих о травме; 3) повышенная психофизиологическая возбудимость (настороженность, повышенная реакция испуга). Расстройство развивается у части людей, переживших травму (например, в результате военной травмы от ПТСР страдают порядка 20% прошедших войну) (Тарабрина и др., 2007). Риск развития ПТСР зависит от тяжести и длительности травматической ситуации, а также от того, каким образом переживается стресс во время воздействия травматического стрессора. Так, например, показано (Ozer et al., 2003), что переживание диссоциативных симптомов во время травмы является предиктором развития ПТСР в будущем. Следовательно, то каким образом люди (и особенно те, кто находится в группах риска) проходят сейчас через травматическую ситуацию пандемии, повлияет на особенности отдаленных психологических последствий. Этот факт заставляет профессионалов, занятых в

сфере психического здоровья, задавать себе вопрос: что мы можем сделать *сейчас*, чтобы не столкнуться *потом* с другими «вирусами»: депрессией, ПТСР и иными связанными с травмой расстройствами? Действия, направленные на минимизацию травматичности ситуации, не могут, к сожалению, нивелировать стресс, но они могут значительно уменьшить его интенсивность.

В опубликованном на ресурсе для управленцев в сфере здравоохранения HSJ предварительном анализе 119 смертельных случаев среди медработников Великобритании<sup>27</sup> показано, что, по всей видимости, люди, работающие непосредственно в «красных зонах», благодаря средствам индивидуальной защиты, имеют меньший риск заражения: в выборке этого исследования не было ни одного случая смерти среди анестезиологов и реаниматологов. Безусловно, эти данные требуют более тщательной проверки. При этом наивысший уровень смертности характерен для медработников из групп расовых и национальных меньшинств.

Результаты недавнего исследования китайских коллег (Lai et al., 2020) говорят том, что в конце января-начале февраля 2020 г. врачи и медсестры, работавшие с пациентами с COVID-19, сообщали о симптоматике депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), нарушениях сна (34%) и дистрессе (71,5%). Большая интенсивность симптоматики была обнаружена: у женщин по сравнению с мужчинами; у медсестер по сравнению с другими категориями медицинских работников; у лиц, находящихся в непосредственном контакте с пациентами, по сравнению с другими медицинскими работниками; у лиц, работающих в Ухани, по сравнению с медицинскими работниками, занятыми в остальных районах. Исследования прочих эпидемий в Китае показали, что основными переживаниями при дистрессе были: чувство уязвимости, утрата контроля,

---

<sup>27</sup> <https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article>

беспокойство о собственном здоровье, страх заразить других, беспокойство о здоровье близких, изменения привычного рабочего уклада и изоляция.

Мета-анализ 59 исследований, направленных на изучение психологических воздействий на медицинских работников эпидемий атипичной пневмонии SARS (2003 г.), свиного гриппа H1N1 (2009 г.), птичьего гриппа H7N9 (2013 г.), ближневосточного респираторного синдрома MERS (2012 г.), вируса Эболы (2014 г.) и COVID-19 (Kisely et al., 2020) показал, что медработники, работающие с инфицированными пациентами, в большей степени страдали от симптомов дистресса и посттравматического стресса по сравнению с теми, кто не контактировал с ними. Более молодые и менее опытные сотрудники, имеющие несовершеннолетних детей, а также случаи заражения вирусом в семье, также сильнее переживали дистресс. Кроме того, предикторами дистресса выступали длительность карантина, недостаток практической поддержки и стигматизация. Ясная коммуникация, доступность средств защиты, адекватное количество времени на отдых и наличие инструментальной/психологической поддержки были связаны с более низкими показателями дистресса.

### **Угроза собственному «Я»: риск моральной травматизации у медицинских работников**

Базовые психологические потребности человека не ограничиваются темой физической безопасности. Людям свойственно также стремиться к тому, чтобы поддерживать самооценку и чувство самоуважения. По аналогии с физической безопасностью, *самоценность* и *самоуважение* – это условия безопасности собственного «Я». Яркая иллюстрация этому – социальная фобия, при которой можно ясно распознать страдание человека в связи с нарушенными отношениями со своим «Я». Другим, не менее ярким примером

служит пограничное расстройство личности, основным дефицитом которого также является нарушение идентичности и способности опираться на себя.

Согласно *Теории управления ужасом* (Terror management theory), самоуважение является буфером для переживания тревоги смерти (Harmon-Jones et al., 1997), соответственно, в ситуациях, имеющих прямую угрозу жизни и здоровью, роль самоуважения трудно переоценить.

Если в случае физической угрозы человек в первую очередь переживает тревогу, страх, ужас, панику (т.е. разные вариации эмоции «страх»), то в случае с угрозой самооценке и самоуважению он имеет дело с виной, стыдом и отвращением. В этом случае можно говорить о *моральной травме*.

Это понятие было введено в 90-е годы XX в. на основании анализа военного опыта ветеранов войны во Вьетнаме. Под моральной травмой (Litz et al., 2009) понимается переживание тяжелого дистресса в связи с тем, что человек совершил, не предотвратил, был свидетелем или узнал о действиях (или их отсутствии), которые противоречат базовым моральным убеждениям; при этом действия привели к тяжелым последствиям. При этом, если при классической травматизации, связанной со страхом и ужасом, эмоции переживаются *во время* травматической ситуации, то в случае моральной травмы мучительные чувства возникают в полном объеме *после* ее завершения.

Существует достаточно обоснованное мнение (Gaudet et al., 2016) о том, что протоколы психотерапии ПТСР должны учитывать наличие моральной травмы. Данные о ПТСР после войны (Barnes et al., 2019) говорят о том, что значительная часть диагностированных случаев (по разным данным от 25% до 34%) являются последствиями моральной травматизации.

Круг лиц, подвергающихся воздействию моральной травмы, не ограничивается военными: в обычной жизни люди переживают предательства и измены; делают профессиональные ошибки; неумышленно совершают

действия, которые причиняют вред другим и пр. Стыд и самообвинение, а также обида и утрата доверия в этих случаях требуют специальной внутренней работы и иногда дополнительной помощи. В крайних случаях можно наблюдать развитие психических расстройств (депрессии, ПТСР, усиления зависимостей), а также повышение суицидального риска.

Опыт разных стран показывает, что в ситуации с COVID-19 моральная травматизация медицинских работников связана, с одной стороны, с неспособностью оказать помощь пациентам, за жизнь которых ощущается персональная ответственность, в условиях ограниченных ресурсов для осуществления этой помощи из-за кризиса системы здравоохранения. Умиравшие у дверей больниц и в приемных покоях пациенты, так и не получившие помощи; переполненные трупами мобильные морги; беспомощность от попыток лечить болезнь, про которую почти ничего неизвестно, – это неполный перечень источников моральной травмы врачей и медсестер. С другой – сами медицинские работники во многих (развитых!) странах ощущают себя преданными системой здравоохранения и государством из-за недостатка заботы об их безопасности.

Ситуация, которая сейчас имеет место в России, имеет некоторые отличия. С одной стороны, у управленцев российской системы здравоохранения было больше времени на подготовку к эпидемии по сравнению с другими странами. Соответственно, кризис, который наблюдался в Китае, отдельных европейских странах и США, России удалось предотвратить. Таким образом, на основании доступной информации есть основания полагать, что российские врачи не были вынуждены забирать аппарат ИВЛ у одного тяжелого пациента, тем самым обрекая его на смерть, и отдавать другому, имеющему больше шансов выжить.

С другой стороны, моральная травматизация медработников в России, по всей видимости, имеет место. Это, с одной стороны, переживание брошенности в опасной ситуации в связи с недостатком средств индивидуальной защиты, а также недостаточного признания ценности труда врачей в связи с задержкой выплат обещанных денежных компенсаций. Данный момент характерен, преимущественно, для регионов, что вносит дополнительный эффект в переживание моральной травмы через ощущение себя людьми второго сорта: медработники столичного региона явно лучше обеспечены.

Другая часть моральной травматизации – переживание недостатка солидарности и поддержки собственных граждан. Ветераны боевых действий часто чувствуют себя не понятыми другими после возвращения с войны. По всей видимости, подобные чувства испытывают и врачи, выходя на улицу после смены. Здесь хочется привести часть поста в Фейсбуке Сергея Петрикова, директора НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского<sup>28</sup>: «День за днём все повторяется, как день сурка: антисептики, респираторы, сизы, запотевшие очки, перчатки, полная голова кт-снимков, умершие, выжившие, идущие по грани, заболевшие друзья и коллеги, погибшие в борьбе с ковидом врачи, медсестры, санитарки, общение с семьей по фэйстайму и вотсапу... Иногда ты вынырываешь из этого, сдав несколько раз пцр, иммуноглобулины, чтоб никого не заразить, на полдня едешь к семье и ценишь там каждое мгновение общения. И вот пока едешь попадаешь как будто в параллельное измерение, в котором все спокойно, где гуляют и толпятся без масок в магазинах, на улицах, около дачных ларьков и рынков».

Ощущение параллельной жизни – это своего рода дереализация, т.е. мир вокруг, который не так давно был привычен и реален, с которым был контакт и взаимодействие, теперь оказывается чужим. Возникает граница: мы-они, свои-

---

<sup>28</sup> <https://www.facebook.com/100022385571558/posts/694428904646622/>

чужие. Опять же напрашивается аналогия с наиболее частым переживанием отчуждения у людей, переживших травму: «они не могут меня понять». Нынешняя ситуация отягощается тем, что те самые «чужие» несут непосредственную угрозу: их поведение усиливает эпидемию и, соответственно, нагрузку на медработников.

### **Героизм и психическая травма**

Рядом с темой травматизации часто находится тема *героизма*. *Герои* – это люди, играющие чрезвычайно важную роль в жизни других людей в условиях трудных или чрезвычайных обстоятельств и подвергающие, тем самым, собственную жизнь риску.

Сегодня в честь врачей и медсестер поют лучшие исполнители мира; им аплодируют ежедневно люди, изолированные в своих домах и квартирах; вечерняя иллюминация в больших городах мира «окрашена» в белый и красный цвета; на зданиях в центре Москвы висят огромные портреты врачей, работающих в инфекционных стационарах.

С одной стороны, героизм ассоциируется с максимально осмысленной, проживаемой и подлинной жизнью: это то время и место, где человек ощущает себя очень нужным, когда мир запрашивает именно его, и он может предельно реализовать здесь свой потенциал: мужество, способности, знания, энергию, опыт. Героический нарратив (Кэмпбелл, 2006) с древнейших времен по наши дни отражает этапы развития личности героя, которые могут быть пройдены именно в травматической ситуации: сепарация (выход из привычных безопасных условий); прохождение через экстремальный опыт и трансформация личности; реализация потенциала, приобретенного в результате страданий, в преобразовании внешнего мира. В этом процессе отражен феномен так называемого «посттравматического личностного роста»

(Зелянина, Падун, 2017), который давно описан в психологической науке и имеет эмпирические подтверждения. Людям свойственно искать и обнаруживать смыслы в трудных жизненных ситуациях: самым ярким примером этого является личность Виктора Франкла – основателя логотерапии, прошедшего через концлагерь и создавшего там основой труд своей жизни. Помощь другим, как источник смысла, является огромным ресурсом в прохождении через травматические ситуации.

С другой стороны, героизм не может быть навязан или искусственно создан: истинное героическое поведение может быть только актом глубокого совпадения внутренней готовности и внешнего запроса. Навязывание социальной роли героя имеет риск привести к саморастрачиванию, ощущению себя жертвой, дистрессу и психическому истощению. Это вдвойне опасно в случае, когда героизмом одной социально-профессиональной группы искусственно прикрывается несостоятельность другой. Триста сорок три пожарных, погибших при ликвидации последствий теракта 11 сентября 2001 г., проявили мужество и героизм в спасении людей. Вместе с тем, они стали жертвами слабой подготовленности системы и недостаточной координации действий других лиц (Solnit, 2009).

Отдельным источником негативных эмоциональных переживаний являются дискуссии в соцсетях на тему того, являются ли врачи героями или «это их долг». Эпидемия поляризовала российское общество в разных вопросах, в том числе, и в оценке деятельности врачей. Сторонники идеализации и обесценивания героизма врачей конфликтуют между собой так же, как «ковидоконформисты» и «ковидодиссиденты». Таким образом, процессы героизации и дегероизации идут параллельно друг другу, олицетворяя собой групповое черно-белое мышление.

Люди вообще и врачи в частности не обязаны быть героями. Способность жертвовать собой не должна быть следствием социального давления. Исследования израильских ученых (Israeli et al., 2018) показывают, что идентификация себя с героем перед военной операцией является предиктором тревожности в этот период. Многие из медработников не хотят быть героями, т.к. этот ярлык обязывает чувствовать, думать и действовать определенным образом, лишая человека аутентичности и свободы. Более того, общество лишено возможности слышать голос медицинских работников: с них взяты подписки о неразглашении, а те, кто высказывают недовольство, подвергаются давлению руководства вплоть до увольнений. Таким образом, собственно героический нарратив, – повествование героев о своем героическом пути, запрещен государством и не может быть рассказан и услышан. Это, как известно, путь к инкапсуляции травматического опыта: он не может быть интегрирован ни отдельными людьми, ни обществом в целом, если о нем нельзя рассказать. У России богатый опыт коллективной травматизации, и то, что происходит сегодня, по всей видимости, новая ее страница. Герои не имеют права рассказать, как они себя на самом деле чувствуют, потому что им отведена иная роль. Разрыв между заявлениями о героизме и отсутствием реальной заботы о героях (особенно в регионах) порождает когнитивный диссонанс, напряжение и раздражение.

Обращает на себя внимание также и то, что профессиональная группа медработников неоднородна. Те, кто на «передовой», работают в очень тяжелых условиях и подвергаются риску заражения, но врачи и медсестры, которые продолжают трудиться в неинфекционных поликлиниках и стационарах, имеют, возможно, не меньшие риски. Однако их героизм находится в тени, и это может вызывать ощущение несправедливости, недостаточного признания ценности их труда.

## **Меры по снижению психологического дистресса у медицинских работников**

Самый сложный вопрос связан с рекомендациями по профилактике психологического дистресса и отдаленных психологических последствий. Известно, что психологический *дебрифинг* (специально разработанная процедура, которая предполагает выражение переживаемых эмоций в группе людей, которые переживают сходный опыт) не доказал своей эффективности (Arendt, Elklit, 2001). Таким образом, наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей, работающих в системе здравоохранения во время эпидемии COVID-19, могут быть *психообразование* (psychoeducation) или информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи. Ниже мы выскажем более конкретные предположения о том, что конкретно может быть сделано для сохранения психологического благополучия людей, которые лечат пациентов в условиях пандемии. Меры и рекомендации можно условно разделить на четыре уровня: (1) уровень государства; (2) уровень организации; (3) уровень руководителей конкретных подразделений; (4) уровень горизонтального взаимодействия между коллегами: врачами, медсестрами, санитарями.

Забота *государства* о медицинских работниках должна опираться, прежде всего, на заботу, уважение и признание ценности их труда, а не на героические лозунги. Быть или не быть героем – это персональное решение каждого человека, который должен иметь свободу в создании своего нарратива об этом непростом времени, а также право на самые разные чувства, мысли и поведение.

Уровень доверия государственным структурам вообще и органам, управляющим системой здравоохранения в частности, во многом определяет то, как чувствуют себя люди, занятые в борьбе с пандемией. Обозначенные государством меры по поддержке медработников должны быть представлены в максимально ясной, четкой, структурированной форме. Фактическое их воплощение должно полностью соответствовать заявленному.

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

*На уровне организации* медицинские работники должны быть информированы о проявлениях острого и посттравматического стресса. Они также должны знать о повышении вероятности моральной травматизации в условиях ЧС и тех чувствах, которые переживают люди после моральной травмы. Эта информация дает возможность нормализации, т.е. отношения к собственным тяжелым чувствам как к адекватным в чрезвычайной ситуации. Также важно информировать людей, работающих в условиях высокой вирусной нагрузки, что стрессовые и психотравмирующие ситуации могут приводить к широкому диапазону психологических последствий, не только негативных, но и позитивных. Последние могут проявляться в переживании большей ценности жизни, усилении связи с другими людьми, а также повышении чувства самоуважения.

Врачи, медсестры и санитары должны иметь оперативный доступ к получению психологической и/или психиатрической помощи. Понятно, что переживание тревоги, напряжения и усталости являются «нормальными» чувствами в «ненормальной» ситуации. Однако люди, переживающие длительный стресс, должны иметь возможность оперативно обратиться за

помощью, если негативные эмоции носят стабильно интенсивный характер, а также если эти эмоции приводят к нарушению сна, аппетита, соматическим симптомам.

*Лидеры – руководители подразделений* находятся в очень сложной ситуации, т.к. с одной стороны, сами подвергаются опасности, а с другой – несут ответственность за своих подчиненных. Вместе с тем, от их действий и лидерских качеств многое зависит в организации вообще и в профилактике негативных психологических последствий в частности.

Ясная, честная коммуникация, как было показано выше, является одним из предикторов психологического благополучия. Открытое признание реальности негативной ситуации, информирование с опорой на реальные факты и искреннее признание того, что неизвестно, повышают доверие и ощущение опоры у подчиненных. С другой стороны, возможно акцентирование новых ресурсов и переживаний, которые могут быть пережиты как позитивные: усиление сплоченности и взаимной поддержки, углубление отношений.

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

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

Большая роль в профилактике дистресса и его последствий отводится *взаимодействию внутри коллектива*. Роль общения как источника поддержки в трудных ситуациях трудно переоценить. В нем коллеги могут распознать признаки дистресса друг у друга, дать себе и другим возможность быть услышанными и понятыми теми, кто испытывает сходные чувства, в ситуации тяжелого дистресса получить или дать рекомендацию обратиться за помощью к специалисту (Walton et al., 2020).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ситуация сегодняшнего дня имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. Вместе с тем, в этой глобальной травматизации можно обозначить группы людей, которые испытывают наиболее интенсивную угрозу и психологический дистресс, последствия которого мировое сообщество будет ощущать на себе еще годы и, вероятно, десятилетия. Группой номер один в этом списке выступают медицинские работники. Опыт Китая, европейских стран и США отчетливо указывает на высокие риски развития тяжелых психологических последствий для людей, которые сейчас работают в сфере здравоохранения. Проведенный анализ позволяют говорить о следующих источниках травматизации: 1. Психическая травматизация в связи с угрозой собственной жизни, а также жизни родных и близких. 2. Моральная травматизация из-за угрозы заразить родных и близких; беспомощность в спасении людей в условиях перегрузки системы здравоохранения; переживание оставленности в беде со стороны системы здравоохранения, государства и граждан, несоблюдающих карантинные меры.

В настоящей статье мы рассмотрели психологические процессы и механизмы, влияющие на психологическое благополучие медицинских

работников в период пандемии. Невнимание к этим процессам на различных уровнях имеет высокие риски психологического благополучия отдельных людей, так и социальных групп, и общества в целом.

Очевидно, что настоящая статья охватывает не все психологические феномены, которые характерны для работников системы здравоохранения во время эпидемии. Часть важных аспектов, например, проблема эмоционального выгорания, остались за пределами нашего рассмотрения.

Еще одним ограничением данной работы является опора на зарубежные теоретические представления и результаты эмпирических исследований о психологических эффектах пандемии. Вместе с тем, посттравматический стресс культурно специфичен (Падун, 2018). Сегодня мы нуждаемся в эмпирическом изучении и понимании того, как происходит переработка вызванного COVID-19 глобального стресса российскими врачами, медсестрами и санитарями, оказавшимися в самом его центре.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Зелянина А.Н., Падун М.А.* К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 53. С. 4.
- Кэмпбелл Дж.* Пути к блаженству. Мифология и трансформация личности. М.: Открытый мир, 2006.
- Падун М.А.* Социокультурные факторы в переживании посттравматического стресса // Мир науки. 2018. № 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/24PSMN518.pdf> (дата доступа: 31.05.2020).
- Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Макаrchук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчян З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И.*

Практическое руководство по психологии посттравматического стресса.

Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007.

*Arendt M., Elklit A.* Effectiveness of Psychological Debriefing // *Acta Psychiatrica Scand.* 2001. Dec. V. 104. Is. (6). Pp. 423-437. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00155.x.

*Barnes H.A., Hurley R.A., Taber K.H.* Moral injury and PTSD: Often co-occurring yet mechanistically different // *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.* 2019. V. 31. Is. 2. doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19020036.

*Gaudet C.M., Sowers K.M., Nugent W.R., Boriskin J.A.* A review of PTSD and shame in military veterans // *Journal of Human Behavior in the Social Environment.* 2016. V. 26. № 1. P. 56-68. doi.org/10.1080/10911359.2015.1059168.

*Harmon-Jones E., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., McGregor H.* Terror management theory and self-esteem: evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects // *Journal of Personality and Social Psychology.* V. 72. № 1. 1997. P. 24-36.

*Israeli H., Itamar S., Shahar G.* The heroic self under stress: Prospective effects on anxious mood in Israeli adults exposed to missile attacks // *Journal of Research in Personality.* 2018. V. 75. P. 17-25.

*Lai J., Ma S., Wang Y. Cai Zh., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., MD, Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 // *JAMA Network Open.* 2020. March 23. № 3(3). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

*Kisely S., Warren N., McMahon L., Dalais C., Henry I., Siskind D.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis // *British*

Medical Journal. 2020. 05 May. 369: m1642.  
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>.

*Litz B., Stein N.R., Delaney E., Lebowitz L.* Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy // *Clinical psychology review*. 2009. V. 29. № 8. P. 695-706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003.

*Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S.* Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis // *Psychol bull*. 2003. V. 129. № 1. P. 52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52.

*Solnit R.* A paradise built in hell: The extraordinary communities that arise in disaster. New York: Viking, 2009.

*Walton M., Murray E., Christian M.D.* Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic // *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2020. V. 9. № 3. doi.org/10.1177/2048872620922795.

#### BIBLIOGRAFICHESKIY SPISOK

*Zelyanina A.N., Padun M.A.* K probleme posttravmaticheskogo lichnostnogo rosta: sovremennoe sostoyanie i perspektivy // *Psihologicheskie issledovaniya*. 2017. T. 10. № 53. S. 4.

*Kempbell Dzh.* Puti k blazhenstvu. Mifologiya i transformaciya lichnosti. M.: Otkrytyj mir, 2006.

*Padun M.A.* Sociokul'turnye faktory v perezhivanii posttravmaticheskogo stressa // *Mir nauki*. 2018. № 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/24PSMN518.pdf> (data dostupa: 31.05.2020).

*Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Byhovec Yu.V., Kalmykova E.S., Makarchuk A.V., Padun M.A., Udachina E.G., Himchyan Z.G., Shatalova N.E., Shchepina A.I.*

Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa. Ch. 1. Teoriya i metody. M.: Kogito-Centr, 2007.

*Arendt M., Elklit A.* Effectiveness of Psychological Debriefing // *Acta Psychiatrica Scand.* 2001. Dec. V. 104. Is. (6). Pp. 423-437. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00155.x.

*Barnes H.A., Hurley R.A., Taber K.H.* Moral injury and PTSD: Often co-occurring yet mechanistically different // *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.* 2019. V. 31. Is. 2. doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19020036.

*Gaudet C.M., Sowers K.M., Nugent W.R., Boriskin J.A.* A review of PTSD and shame in military veterans // *Journal of Human Behavior in the Social Environment.* 2016. V. 26. № 1. P. 56-68. doi.org/10.1080/10911359.2015.1059168.

*Harmon-Jones E., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., McGregor H.* Terror management theory and self-esteem: evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects // *Journal of Personality and Social Psychology.* V. 72. № 1. 1997. P. 24-36.

*Israeli H., Itamar S., Shahar G.* The heroic self under stress: Prospective effects on anxious mood in Israeli adults exposed to missile attacks // *Journal of Research in Personality.* 2018. V. 75. P. 17-25.

*Lai J., Ma S., Wang Y. Cai Zh., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., MD, Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 // *JAMA Network Open.* 2020. March 23. № 3(3). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

*Kisely S., Warren N., McMahon L., Dalais C., Henry I., Siskind D.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis // *British*

Medical Journal. 2020. 05 Маю. 369: m1642.

doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>.

*Litz B., Stein N.R., Delaney E., Lebowitz L.* Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy // *Clinical psychology review*. 2009. V. 29. № 8. P. 695-706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003.

*Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S.* Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis // *Psychol bull*. 2003. V. 129. № 1. P. 52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52.

*Solnit R.* A paradise built in hell: The extraordinary communities that arise in disaster. New York: Viking. 2009.

*Walton M., Murray E., Christian M.D.* Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic // *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2020. V. 9. № 3. doi.org/10.1177/2048872620922795.

## **RISKS OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN HEALTH CARE WORKERS DURING COVID-19 PANDEMIC\*\***

**М.А. Падун\***

\* PhD, senior research assistant, laboratory of the subject's development in normal and posttraumatic states, Federal state-financed establishment of science Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences; 13-1, Yaroslavskaya str., Moscow, 129366; e-mail: [maria\\_padun@inbox.ru](mailto:maria_padun@inbox.ru)

*Summary.* The risks of psychological trauma in health care workers during the COVID-19 pandemic are analyzed. Two sources of psychological traumatization in health care workers were considered: (1) experiencing the threat to one's health and life, as well as infection of relatives and family members; (2) moral injury due to the collapse of health care systems and the death of many patients; moral dilemma in the allocation of resources among patients; leaving by the health care

---

\*\*The reported study was funded by state assignment № 0159-2020-0004.

system with the lack of personal protective equipment; lack of solidarity of citizens resisted to quarantine. The vulnerability of self-esteem to moral injury and its role in dealing with dangerous situations was discussed. The results of international studies of the psychological consequences of the pandemic for health care workers were given. Mechanisms of additional distress associated with the discourse of heroization and deheroization of health care workers are analyzed. It was argued that imposing a hero's social role can lead to victimization, distress, and exhaustion. It was pointed out that there was a contradiction between the information policy of the medical workers' glorification and the lack of their real security in Russian regions. In addition to the negative, the possible positive psychological consequences of experiencing the crisis were discussed. Measures to prevent the negative psychological effects on health care workers in the epidemic were discussed. These measures were divided into four levels: (1) states; (2) organizations; (3) heads of specific units; (4) horizontal interaction between colleagues: doctors, nurses, hospital attendants.

*Keywords:* mental trauma, moral injury, post-traumatic stress disorder, distress, self-esteem, COVID-19 pandemic.