

На правах рукописи

Быков Кирилл Вадимович

**СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-
ПСИХИАТРОВ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И ВЛИЯНИЕ
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ)**

3.1.17 – «Психиатрия и наркология» (медицинские науки)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (ФГАОУ ВО РУДН) на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент **Медведев Владимир Эрстович**

Официальные оппоненты:

Романов Дмитрий Владимирович – доктор медицинских наук, доцент, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России», профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского.

Антохин Евгений Юрьевич – доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии, клинической психологии.

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «24» июня 2026 г. в ___ ч. на заседании диссертационного совета 0300.031 по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата наук федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (ФГАОУ ВО РУДН) по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (адрес 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6) и на сайте университета: <https://www.rudn.ru/science/dissovet/dissertacionnyesovety/pds-0300031>

Автореферат разослан «__» _____ 2026 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

Данилин Иван Евгеньевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Психические заболевания являются важной проблемой современной медицины. Оценка по показателю DALY (disability-adjusted life years, годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) подтверждает: психические расстройства стали одной из ведущих причин ухудшения глобального здоровья, превзойдя все онкологические заболевания, инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения (Murray C.J.L. et al., 2012). Интенсификация работы врачей-психиатров приводит к психоэмоциональным нагрузкам, что может способствовать развитию различных профессиональных деформаций, в том числе эмоционального выгорания.

Несмотря на пятидесятилетнюю историю изучения эмоционального выгорания (Freudenberger H.J., 1974), вопросы его этиологии и симптоматики до сих пор вызывают споры в научной среде. Согласно современному определению, синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это состояние, проявляющееся продолжительной реакцией на хронический стресс, возникающий при работе с людьми (Maslach C., Leiter M.P., 2016).

Представители помогающих профессий, в том числе медицинской, особенно подвержены этому явлению (Водопьянова Н.В., Старченкова Е.С., 2008). Еще на начальном этапе изучения эмоционального выгорания ученые отмечали его высокую распространенность среди работников психиатрических служб (Pines A., Maslach C., 1978). Позднее эти выводы, сделанные в условиях дефицита эмпирических данных, получили подтверждение в методологически более точных исследованиях (Snibbe J.R. et al., 1989; Olkinuora M. et al., 1990). Развитию СЭВ у работников психиатрической службы способствуют такие факторы, как высокая нагрузка, отсутствие обратной связи и стигматизация персонала. Кроме того, в отличие от многих других медицинских специальностей, в психиатрии терапевтический эффект зачастую неочевиден, особенно в долгосрочной перспективе (Богомолов В.А., 2007; Лозинская Е.И., 2007). В то же время успех терапии профильных пациентов во многом зависит от эмпатии и состояния здоровья сотрудников психиатрических отделений.

Специфика деятельности психиатрической службы в России, обусловленная строгими законодательными требованиями, возлагает на

врачей особую юридическую и социальную ответственность. Оказание психиатрической помощи требует высокой эмоциональной вовлеченности и строгого соблюдения профессиональных норм. В совокупности эти факторы повышают требования к устойчивости специалиста, делая проблему выгорания значимой не только для самого врача, но и для всей системы здравоохранения.

Несмотря на наличие ряда исследований (Золотухина Л.В. с соавт., 2008; Васильева Н.Г., 2012; Пахтусова Е.Е. с соавт., 2015; Кухтенко Ю.А., 2016; Панкова О.Ф., 2017), проблема СЭВ в психиатрии все еще требует более глубокого и системного изучения. Полученные в данных исследованиях результаты неоднородны. Кроме того, недостаточно изучены вопросы, связанные с психопатологическими проявлениями эмоционального выгорания у врачей-психиатров, его влиянием на качество жизни этих специалистов, а также на эффективность их работы. В работах, посвященных изучению психосоциального стресса, являющегося одной из причин СЭВ, было показано, что симптоматика, развивающаяся вследствие стресса, включает в себя умеренные аффективные нарушения, в частности, тревогу и депрессию (Вассерман Л.И. с соавт., 2008; Петрова Е.В. с соавт., 2011; Morse G. et al., 2012; Maslach C., Leiter M.P., 2016). Исследование проявлений этих симптомов у врачей-психиатров, подверженных эмоциональному выгоранию, актуально для психопатологической квалификации СЭВ. Исследование взаимосвязи СЭВ с результатами профессиональной деятельности врача-психиатра, включая соблюдение стандартов качества оказания помощи, приобретает особую важность в свете повышения нагрузки на психиатрические стационары в последние годы. Так, в 2000 году на 10 000 человек приходилось 11.86 психиатрических коек (Казаковцев Б.А. с соавт., 2020), в то время как в 2021 году данный показатель составил 8.48 (Макушкина О.А., Яздовская А.В., 2022). Понимание того, как выгорание снижает качество жизни врачей, имеет важное значение для предотвращения оттока специалистов из психиатрической службы.

Таким образом, развитие и распространенность СЭВ у психиатров, его психопатологические проявления и связь с результатами терапии и качеством жизни остаются недостаточно изученными и представляют научный интерес.

Степень разработанности темы. Интерес к изучению синдрома эмоционального выгорания постоянно растет. Так, по запросу «burnout» в системе PubMed/MEDLINE в 1983 году было обнаружено около 200 публикаций, в то время как в 2024 году – более 31 000. Вместе с тем, различия используемых определений, диагностических критериев и скрининговых инструментов приводят к выраженной гетерогенности результатов исследований, что затрудняет их сопоставление и интерпретацию и актуализирует вопрос о фактическом уровне его распространенности, в том числе среди врачей-психиатров (Schaufeli W.B. et al., 2005; Rotstein L.S. et al., 2018).

Дополнительные сложности связаны с отсутствием единого взгляда на структуру, динамику и патогенез СЭВ. Клиническая характеристика и квалификация СЭВ затрудняются избыточным фокусом исследований на его социальном аспекте (Maslach C., Leiter M.P., 2016). Среди отечественных публикаций результаты систематических исследований, посвященных клинко-психопатологической квалификации СЭВ у врачей-психиатров, отсутствуют.

Также открытым остается вопрос о связи СЭВ и качества жизни (КЖ) подверженных ему врачей-психиатров. Благополучие и КЖ пристально изучаются, однако объектами таких исследований, как правило, являются пациенты. Эмпирических сведений о КЖ врачей, в том числе психиатров, существенно меньше (Kosulwit L., 2015; Liu C. et al., 2015), а работы, посвященные связи СЭВ и КЖ психиатров, единичны (Vicentic S. et al., 2013). В последние десятилетия отечественные работы, в которых исследовались наличие, направление и сила связи КЖ и СЭВ психиатров, отсутствуют.

В крупных диссертационных исследованиях были изучены особенности психического здоровья у психиатров, подверженных эмоциональному выгоранию (Золотухина Л.В., 2011), психологические особенности формирования СЭВ у данных специалистов (Лозинская Е.И., 2007), взаимосвязь эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания врачей-психиатров (Васильева Н.Г., 2016), однако связь синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров с результатами медицинской помощи, а также его клинко-психопатологические проявления остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: изучение распространенности и клинико-психопатологическая квалификация СЭВ среди врачей-психиатров в аспекте влияния на качество жизни врача и лечение пациентов.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей-психиатров.
2. Сравнить личностно-психологические характеристики врачей-психиатров с разным уровнем сформированности синдрома эмоционального выгорания.
3. Дать клинико-психопатологическую квалификацию синдрома эмоционального выгорания у обследованных специалистов.
4. Проанализировать влияние синдрома эмоционального выгорания на качество жизни врачей-психиатров.
5. Выявить наличие и характер связи между эмоциональным выгоранием врачей-психиатров и объективными результатами оказываемой ими медицинской помощи.

Научная новизна. Проведены комплексный систематический обзор литературы и мета-анализ, позволившие установить общемировые показатели распространенности СЭВ у врачей-психиатров и структуру его отдельных компонентов. Впервые на материале московских психиатрических клиник изучены клинико-психопатологические характеристики синдрома в современных условиях. На их основе выделены оригинальные психопатологические модели и варианты клинических проявлений выгорания. Детально описаны феноменологические особенности СЭВ и выявлены его специфические индивидуально-психологические корреляты. Впервые эмпирически подтверждена связь эмоционального выгорания с качеством жизни врачей-психиатров в условиях крупного мегаполиса. Установлена прямая взаимосвязь между степенью выраженности СЭВ у специалистов и объективными показателями качества и результатов оказываемой ими помощи пациентам с психическими расстройствами.

Теоретическая и практическая значимость. Теоретическая значимость заключается в расширении представлений о развитии и клинической структуре СЭВ у врачей-психиатров. Выявленные личностные и организационные предикторы выгорания позволяют систематизировать

факторы риска развития этого состояния. Практическая значимость обусловлена разработкой типологии клинических проявлений СЭВ, которая может служить основой для создания дифференцированных программ профилактики и коррекции. Доказанная взаимосвязь между эмоциональным выгоранием специалиста и эффективностью терапии обосновывает необходимость внедрения мер психотерапевтической поддержки для повышения качества психиатрической помощи. Результаты исследования могут быть использованы при разработке методических рекомендаций для руководителей медицинских учреждений и программ профессиональной переподготовки врачей.

Положения, выносимые на защиту:

1. Врачи-психиатры характеризуются высоким уровнем распространенности синдрома эмоционального выгорания.

2. Сформированный синдром эмоционального выгорания ассоциирован со специфическим комплексом индивидуально-психологических черт, отличающим данную группу специалистов от неподверженных эмоциональному выгоранию врачей.

3. Клинико-психопатологическая структура синдрома эмоционального выгорания гетерогенна и представлена рядом типологических моделей, различающихся по феноменологии и психопатологическим проявлениям.

4. Синдром эмоционального выгорания выступает значимым фактором снижения качества жизни врачей, затрагивая как профессиональную сферу, так и общее психофизическое благополучие специалиста.

5. Наличие синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров ассоциировано со снижением эффективности лечебного процесса.

Внедрение результатов работы. Полученные в исследовании результаты внедрены в практику в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы» и в учебный процесс на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН.

Личный вклад автора. Автор самостоятельно разработал дизайн и методологию исследования, провел систематический анализ литературы и сформировал эмпирическую базу работы. Соискателем определены цель,

задачи, а также критерии включения и исключения участников. Сбор первичного материала, включая психометрическое обследование респондентов и анализ архивных медицинских карт, выполнен автором лично. Обработка результатов проведена с применением современных методов математической статистики. На основании полученных данных автором сформулированы выводы и практические рекомендации.

Степень достоверности проведенного исследования. Достоверность результатов данного исследования обеспечивается научным подходом к его организации и проведению, который соответствует современным стандартам клинической эпидемиологии. Исчерпывающее описание методологии исследования обеспечивает его воспроизводимость. Респонденты отобраны сплошным методом с низкой долей отказов от участия в исследовании. Для ретроспективного анализа результатов оказанного лечения медицинская документация также была отобрана сплошным методом со строгим соблюдением критериев включения и исключения. Сбор данных производился при помощи современных и валидных психометрических инструментов. Информация, полученная в рамках данного исследования, анализировалась с применением тщательно подобранных статистических методов, что обеспечивает обобщаемость результатов.

Публикации. По материалам исследования опубликовано 13 работ, из них 8 в журналах, включенных в перечень, утвержденный Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, и одна в журнале, индексирующемся в базе данных Scopus, а также одно учебное пособие.

Апробация результатов. Основные положения диссертации были представлены на следующих конференциях: научно-практическая конференция с международным участием РУДН «Медицинская образовательная неделя: наука и практика – 2018» (23-30 ноября 2018 года, Москва); международная научно-практическая онлайн-конференция «Мир инновационных идей: современные вопросы психиатрии и их решения» (22 июня 2020 года, Ташкент); научно-практическая онлайн-конференция с международным участием «I Интернациональная Высшая Медицинская Школа» (29 ноября 2020 года, Москва); международная научно-практическая онлайн-конференция «XXI век: современный взгляд на психическое

здоровье» (23 июня 2021 года, Ташкент); международная практическая конференция «Актуальные вопросы реабилитации и социальной адаптации лиц, зависимых от психоактивных веществ» (8 декабря 2021 года, Москва); международная научно-практическая онлайн-конференция «XXI век: современный взгляд на психическое здоровье – II» (26 мая 2022 года, Ташкент); XIII Всероссийский ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией «Белые пятна психиатрии» (17-18 октября 2025 года, Москва).

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 156 страницах, состоит из введения, главы с описанием материала и методов исследования, четырех глав по результатам настоящего исследования, заключения, выводов, описания практических рекомендаций и перспектив дальнейшей разработки темы, списка использованных сокращений, четырех приложений и списка цитированной литературы из 282 источников (из них 47 русскоязычных и 235 иностранных). Диссертация содержит 13 рисунков и 20 таблиц.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Дизайн и методы исследования. Исследование одобрено Комитетом по Этике Медицинского института РУДН (заседание от 18.11.2025, протокол № 9). Исследование проводилось в несколько этапов.

На *1 этапе* исследования была изучена релевантная литература, выполнен систематический обзор и мета-анализ результатов публикаций, посвященных распространенности СЭВ среди психиатров.

На *2 этапе* исследования для изучения характеристик СЭВ и его связи с личностно-психологическими особенностями у московских врачей-психиатров с 2018 по 2022 год были обследованы 126 врачей-психиатров, работавших в стационарных отделениях двух государственных психиатрических больниц г. Москвы – ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13» ДЗМ г. Москвы и ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5» ДЗМ г. Москвы. Критериями включения являлись: стаж работы по специальности не менее одного года, наличие подписанного добровольного информированного согласия. Критериями исключения являлись отказ от подписания информированного согласия и стаж работы в

качестве врача-психиатра менее одного года. Заведующие отделениями включались в исследование только при условии наличия непосредственной клинической практики в их работе. Кроме того, в исследование не включались студенты, интерны, ординаторы, главные врачи и их заместители. Для выявления СЭВ применялась шкала выгорания Маслак (Maslach Burnout Inventory, MBI). Критерием сформированного СЭВ служило сочетание высоких показателей эмоционального истощения (ЭИ) и как минимум одного из двух других симптомов: «деперсонализации» (ДП) или редукции профессиональных достижений (РПД). Тяжелая форма синдрома устанавливалась при выявлении критических значений по всем трем субшкалам опросника MBI (Dyrbye L.N. et al., 2009). Выборка была разделена на две группы в зависимости от сформированности СЭВ. Для сравнительного анализа личностных характеристик использовались социально-демографические сведения и результаты комплекса психометрических методик:

- опросника эмоционального интеллекта (ЭмИн) Д.В. Люсина;
- 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии (TAS-20);
- опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри (BPAQ);
- опросника рабочей мотивации Р. Хакмана и Г. Олдхема;
- пятифакторного личностного опросника («Большая пятерка») в адаптации Х. Цудзи.

На 3 этапе работы в качестве клинических компонентов СЭВ методом множественной логистической регрессии были исследованы показатели тревоги и депрессии, выявленные с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), включающей две субшкалы, измеряющие уровень тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D). Согласно рекомендациям по валидизации HADS (Bjelland I. et al., 2002), порогом клинической значимости для обеих субшкал был выбран уровень более 7 баллов. В качестве зависимых переменных рассматривались: сформированный СЭВ, его тяжелая форма, а также высокие показатели по отдельным субшкалам MBI (ЭИ, ДП и РПД). Предикторами служили пол и возраст респондентов, баллы по шкалам тревоги и депрессии, наличие клинически значимых уровней тревоги и депрессии, а также их сочетание.

На 4 *этапе* работы для оценки влияния эмоционального выгорания на качество жизни психиатров применялся метод множественной линейной регрессии. КЖ респондентов исследовалось посредством сокращенной версии опросника ВОЗ «Качество жизни» (ВОЗКЖ-26). Зависимыми переменными являлись показатели четырех доменов шкалы ВОЗКЖ-26 – физическое здоровье (ФЗ), психологическое здоровье (ПЗ), социальные отношения (СО) и окружающая среда (ОС). Предикторами выступали значения субшкал МВІ, а также пол и возраст респондентов.

На 5 *этапе* исследования для оценки влияния СЭВ на результаты оказываемой врачами-психиатрами медицинской помощи было изучено 200 медицинских карт стационарных пациентов с диагнозом параноидной шизофрении, установленным в соответствии с критериями МКБ-10. Пациенты проходили лечение в отделениях для плановой и экстренной госпитализации. Карты отбирались в обратном хронологическом порядке в период, предшествовавший интервьюированию респондентов, и были разделены на две группы по 100 в зависимости от наличия у лечащего врача СЭВ.

Оценка качества оказанной респондентами медицинской помощи проводилась на основе критериев, указанных в п. 5.8 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В качестве дополнительных критериев оценки качества помощи использовались:

- 1) длительность госпитализации;
- 2) перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальный исход;
- 3) практика антипсихотической полипрагмазии;
- 4) группа первого назначенного антипсихотика/антипсихотиков (типичный/атипичный/клозапин в отсутствие суицидального или самоповреждающего поведения);
- 5) частота назначения холинолитических препаратов.

Статистическая обработка выполнена в среде R версии 4.4.1. Для минимизации риска ошибок при множественных сравнениях на втором этапе исследования порог значимости был принят равным $p < 0.001$. На остальных этапах статистически значимыми считались различия при $p < 0.05$.

Категориальные характеристики респондентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Общая характеристика выборки (качественные параметры).

Группирующая характеристика	Значение признака	Абс. число (%), n = 126
Пол	Женщина	72 (57.1%)
	Мужчина	54 (42.9%)
Место жительства	Город	68 (54.0%)
	Село	58 (46.0%)
Выбор профессии	Несамостоятельный	24 (19.0%)
	Самостоятельный	102 (81.0%)
Родственники в медицине	Есть	91 (72.2%)
	Нет	35 (27.8%)
Тип отделения по половому составу пациентов	Женское	21 (16.7%)
	Мужское	84 (66.7%)
	Смешанное	21 (16.7%)
Место работы	ПКБ № 5	58 (46.0%)
	ПКБ № 13	68 (54.0%)
Должность	Заведующий отделением	48 (38.1%)
	Врач-психиатр	78 (61.9%)
Квалификационная категория	Есть	59 (46.8%)
	Нет	67 (53.2%)
Ученая степень	Есть	11 (8.7%)
	Нет	115 (91.3%)
Совместительство	Внутреннее	96 (76.2%)
	Внешнее	18 (14.3%)
	Нет	12 (9.5%)
Семейное положение	Состоит в браке	57 (45.2%)
	Не состоит в браке	69 (54.8%)
Дети	Есть	92 (73.0%)
	Нет	34 (27.0%)
Хронические заболевания	Есть	65 (51.6%)
	Нет	61 (48.4%)
Курение	Да	33 (26.2%)
	Нет	93 (73.8%)

Количественные характеристики выборки представлены в таблице 2.

Таблица 2. Общая характеристика выборки (количественные параметры).

Характеристика	Среднее (S.D.)	Медиана	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)
Возраст, лет	43.6 (11.5)	43	35	51	26-81	0.005
Рабочие часы в неделю	44.5 (4.43)	45	45	45	27-54	< 0.001
Общий рабочий стаж, лет	20.8 (11.9)	20	11	30	2-59	< 0.001

Рабочий стаж в психиатрии, лет	15.7 (10.1)	15	8	21	2-58	< 0.001
Время на дорогу до работы, минут	40.5 (28.1)	30	15	60	5-150	< 0.001
Часы занятий спортом в неделю	1.6 (2.4)	0	0	2	0-12	< 0.001
Систолическое АД	128 (16.1)	126.5	117	134.75	92-189	< 0.001
Диастолическое АД	81 (9.2)	80.5	75	87	56-109	0.766
ЧСС	73 (9.6)	74	67	78	51-96	0.271

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам обследования высокий уровень ЭИ выявлен у 35 врачей-психиатров (27.8%), ДП – у 45 (35.7%), РПД – у 38 (30.2%). Сформированный СЭВ определен у 33 психиатров (26.2%). Высокий уровень эмоционального выгорания как минимум по одной из трех субшкал отмечен у 58 врачей (46.0%), по двум субшкалам – у 42 (33.3%), по всем трем – у 18 (14.3%). Распределение обследованных в зависимости от выраженности эмоционального выгорания по отдельным субшкалам МВИ представлено на рисунке 1.

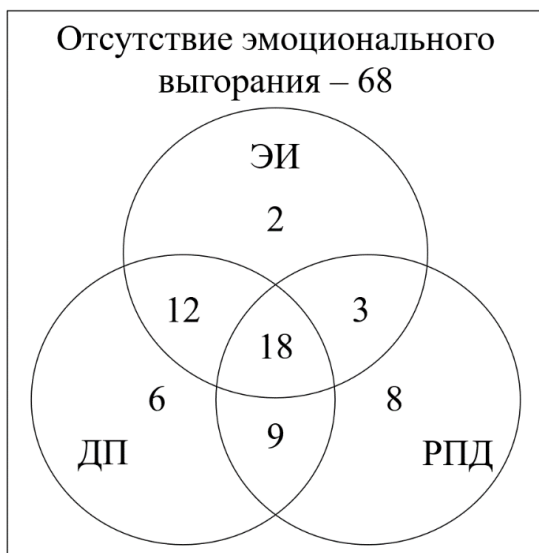


Рисунок 1. Число психиатров с высокими значениями в подшкалах МВИ.

Среднее значение ЭИ в исследуемой выборке оказалось равным 18.88 ± 9.13 , средний уровень РПД – 33.48 ± 6.35 . Значения переменной ДП распределились ненормально с медианой, равной 8.5, межквартильным размахом [4-12] и диапазоном [0-28].

Согласно результатам проведенного мета-анализа показателей СЭВ на выборке из 5 481 респондента из 19 стран было выявлено, что общемировая распространенность СЭВ среди психиатров составляет 25.9%, его распространенность в субшкалах ЭИ, ДП и РПД составила 43.5%, 28.2% и 32.4%, а средние значения этих показателей равнялись 21.5, 6.6 и 31.8 соответственно. Таким образом, у отечественных врачей-психиатров отмечается сопоставимый уровень эмоционального выгорания в подшкале РПД, более высокий уровень в подшкале ДП и более низкий уровень в подшкале ЭИ.

Социодемографические характеристики групп были сопоставимы. По результатам заполнения опросника ЭИИ подверженные СЭВ врачи-психиатры продемонстрировали сниженные показатели шкал «внутриличностный эмоциональный интеллект» (41.36 ± 8.62 и 48.32 ± 6.79 соответственно), «управление эмоциями» (39.30 ± 8.84 и 47.20 ± 6.57) и подшкалы «управление своими эмоциями» (11.61 ± 3.24 и 15.17 ± 2.62). Психиатры со сформированным СЭВ отличались более высоким интегральным показателем агрессивности (64.51 ± 14.83 и 53.28 ± 12.12) и повышенным уровнем гнева (20.12 ± 5.01 и 16.53 ± 5.32). Оценка рабочей мотивации показала, что для группы с выгоранием характерны статистически значимо более низкие баллы по шкалам общей удовлетворенности (4.11 ± 0.71 и 5.35 ± 0.87), потребности в профессиональном росте (4.12 ± 0.94 и 5.05 ± 0.93), социальной удовлетворенности (4.5 ± 1.04 и 5.52 ± 0.87), а также удовлетворенности руководством (3.88 ± 1.21 и 5.26 ± 1.14) и стабильностью занятости (3.36 ± 1.35 и 4.54 ± 1.40 ; во всех случаях $p < 0.001$). Различия по показателям «удовлетворенность оплатой и другими выплатами» (4.45 ± 1.39 и 5.32 ± 1.32 , $p = 0.002$) и «автономия» (3.82 ± 1.35 и 4.59 ± 1.16 , $p = 0.003$) не достигли принятого порога статистической значимости. Единственной личностной характеристикой, по которой группы достоверно различались, стал фактор «эмоциональность-сдержанность» (нейротизм) в опроснике Цудзи (52.54 ± 8.98 и 40.91 ± 10.59 соответственно). Статистически значимых различий по уровню алекситимии обнаружено не было.

При обработке результатов заполнения респондентами шкалы HADS установлено, что у 64 (50.8%) врачей выявлялся клинически значимый уровень депрессии, у 54 (42.9%) – клинически значимый уровень тревоги. Сочетание значимых уровней тревоги и депрессии отмечалось у 26 респондентов (20.6%). Респонденты со сформированным СЭВ обнаруживали статистически значимо более высокие уровни депрессии и тревоги по шкале HADS. Распределение респондентов по уровням тревоги и депрессии представлено в таблице 3.

Таблица 3. Характеристики значений подшкал HADS среди респондентов в зависимости от наличия СЭВ.

Характеристика	СЭВ	Среднее (S.D.)	Медиана	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	t/U-критерий (p)
HADS-D	Есть	8.48 (3.39)	8	8	11	0-14	0.015
	Нет	7.14 (3.58)	7	4	9	1-19	
HADS-A	Есть	10.36 (3.69)	10	7	12	4-18	< 0.001
	Нет	6.06 (3.43)	6	4	8	0-15	

По данным логистической регрессии, риск формирования СЭВ был ассоциирован с повышением уровня тревоги (отношение шансов (ОШ) 1.51; 95% доверительный интервал (ДИ) [1.32-1.82]) и наличием клинически значимой депрессии (ОШ 10.86; 95% ДИ [3.47-41.43]). Мужской пол, напротив, являлся протективным фактором, снижающим вероятность развития синдрома (ОШ 0.33; 95% ДИ [0.10-0.95]). Предиктором тяжелой формы СЭВ являлось сочетание клинически значимых тревоги и депрессии (ОШ 11.02; 95% ДИ [3.63-36.76]). Риск эмоционального истощения (ЭИ) был ассоциирован прежде всего с ростом тревоги (ОШ 1.44; 95% ДИ [1.26-1.70]) и, в меньшей степени, с наличием клинически значимой депрессии (ОШ 5.36; 95% ДИ [2.00-16.14]). В свою очередь, предикторами «деперсонализации» (ДП) выступали как выраженность депрессивной симптоматики (ОШ 1.66; 95% ДИ [1.39-2.06]), так и уровень тревоги (ОШ 1.25; 95% ДИ [1.11-1.44]). Редукция профессиональных достижений (РПД) была связана с тревожно-депрессивной симптоматикой в наименьшей степени среди всех компонентов СЭВ. Риск ее формирования определялся уровнем тревоги (ОШ 1.14; 95% ДИ [1.03-1.27]) и наличием клинически значимой депрессии (ОШ 2.60; 95% ДИ [1.17-6.06]). Полученные данные позволяют выделить три паттерна развития СЭВ у врачей-психиатров: 1) «**тревожно-истощенный**», характеризующийся преобладанием эмоционального истощения на фоне высокого уровня

тревоги; 2) «депрессивно-деперсонализационный», при котором депрессивная симптоматика коррелирует с отчужденным и циничным отношением к работе и пациентам; 3) «тяжелый сочетанный», проявляющийся выраженным выгоранием по всем трем шкалам в сочетании с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой.

Общее КЖ оценили как «очень плохое» 1.6% респондентов, как «плохое» – 3.2%, как «ни плохое, ни хорошее» – 26.2%, как «хорошее» – 61.1% и как «очень хорошее» свое КЖ оценили 7.9% опрошенных врачей. Состояние своего здоровья респонденты оценили следующим образом: как «очень неудовлетворительное» 1.6%, как «неудовлетворительное» 21.5%, как «ни удовлетворительное, ни неудовлетворительное» 19.8%, как «удовлетворительное» 47.6%, как «очень удовлетворительное» свое здоровье оценили 9.5% респондентов. Описание результатов, полученных при заполнении респондентами МВИ и ВОЗКЖ-26, представлено в таблице 4.

Таблица 4. Характеристики переменных-кандидатов на включение в линейные регрессионные модели.

Характеристика	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)
ФЗ	69.15	70.875	13.62	60.75	78.5	32.25-97.5	0.123
ПЗ	67.97	70.75	12.3	58.25	75	33.25-100	0.099
СО	66.53	67.125	16.94	58.25	75	25-100	< 0.001
ОС	60.17	61.25	12.21	52.125	68.75	22-88.5	0.245
ЭИ	18.88	18	9.13	13	25	0-44	0.153
ДП	8.63	8.5	5.44	4	12	0-28	< 0.001
РПД	33.48	33	6.35	30	38	17-47	0.358
Возраст	43.64	43	11.51	35	51	26-81	0.005

Модели множественной линейной регрессии, описывающие влияние СЭВ, возраста и пола на КЖ, представлены в таблице 5.

Таблица 5. Регрессионные модели влияния СЭВ на КЖ респондентов.

Предиктор	B	S.E. HC3	t	p	VIF
<i>Физическое здоровье</i>					
intercept	70.37	6.87	10.25	< 0.001	
ЭИ	-0.71	0.12	-5.99	< 0.001	1.23
РПД	0.67	0.15	4.53	< 0.001	1.24
Возраст, лет	-0.23	0.08	-2.78	0.006	1.00

$R^2 = 0.48$	adj $R^2 = 0.47$	RSE = 9.12	DF = 122	S-W resid. p = 0.740	
<i>Психологическое здоровье</i>					
intercept	66.39	7.63	8.70	< 0.001	
ЭИ	-0.64	0.13	-4.91	< 0.001	1.23
РПД	0.55	0.17	3.28	< 0.001	1.23
Возраст, лет	-0.11	0.08	-1.38	0.1697	1.00
$R^2 = 0.43$	adj $R^2 = 0.42$	RSE = 9.41	DF = 122	S-W resid. p = 0.200	
<i>Социальные отношения</i>					
intercept	87.98	6.09	14.45	< 0.001	
ЭИ	-0.87	0.15	-5.67	< 0.001	1.00
Возраст, лет	-0.12	0.12	-0.98	0.330	1.00
$R^2 = 0.22$	adj $R^2 = 0.21$	RSE = 15.06	DF = 123	S-W resid. p = 0.55	
<i>Окружающая среда</i>					
intercept	55.69	6.31	8.83	< 0.001	
ЭИ	-0.63	0.10	-6.01	< 0.001	1.23
РПД	0.49	0.15	3.23	< 0.001	1.24
Возраст, лет	-0.26	0.18	-0.14	0.886	1.00
$R^2 = 0.39$	adj $R^2 = 0.38$	RSE = 9.63	DF = 122	S-W resid. p = 0.390	

Прим.: adj R^2 – скорректированный коэффициент детерминации; B – регрессионный коэффициент; DF – количество степеней свободы; R^2 – коэффициент детерминации; RSE – остаточная стандартная ошибка; S.E. HC3 – значение устойчивых к гетероскедастичности стандартных ошибок; S-W resid. p – уровень значимости теста Шапиро-Уилка применительно к распределению остатков; t – значение критерия Стьюдента; VIF – фактор инфляции дисперсии.

Регрессионный анализ позволил выявить специфику влияния компонентов СЭВ на качество жизни врачей. Эмоциональное истощение (ЭИ) выступало универсальным предиктором снижения КЖ по всем доменам (коэффициент B от -0.87 до -0.62). Напротив, отсутствие признаков редукции профессиональных достижений (РПД) было ассоциировано с более высокими показателями физического здоровья (B = 0.67), психологического здоровья (B = 0.55) и благополучия в сфере окружающей среды (B = 0.49; p < 0.001 во всех случаях). Наиболее устойчивой к выгоранию оказалась сфера социальных отношений: ее качество достоверно снижалось только при нарастании ЭИ. Возраст выступал статистически значимым предиктором снижения показателя физического здоровья (B = -0.23, p = 0.006). Показатель «деперсонализации» (ДП) не вошел в итоговые модели из-за высокой

коллинеарности с уровнем ЭИ, который объяснял большую долю дисперсии признака.

Анализ 200 медицинских карт показал, что средняя продолжительность стационарного лечения составила 30.1 ± 5.58 суток. У пациентов, которых курировали врачи с СЭВ, этот показатель был статистически значимо выше, чем в группе контроля: 31.2 ± 5.81 против 29.0 ± 5.14 суток ($p = 0.004$).

При анализе качества медицинской помощи несоблюдение критериев, установленных приказом Минздрава России № 203н, в основной группе выявлялось в три раза чаще, чем в контрольной (3% против 1%). В структуре нарушений у врачей с СЭВ преобладали дефекты диагностического этапа: отсутствие оценки липидного профиля (2%) и невыполнение электрокардиографии (1%). В группе врачей без признаков выгорания единственным выявленным дефектом было непроведение электрокардиографии (1%). В обеих группах в 1% случаев были зарегистрированы переводы пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальные исходы.

Антипсихотическая монотерапия применялась у 82 пациентов (41%), в то время как 118 пациентов (59%) получали более одного антипсихотика. Врачи со сформированным СЭВ статистически значимо чаще прибегали к полипрагмазии – в 67% случаев по сравнению с 51% случаев у их коллег без признаков СЭВ (χ^2 , $p = 0.031$; ОШ 1.95; 95% ДИ [1.10-3.46]).

В 29% случаев после поступления пациентам сразу назначалось более одного препарата. В качестве первого препарата после поступления 40.5% пациентов получали антипсихотик первого поколения, 29% – антипсихотик второго поколения, 1% – клозапин. В исследовании не было обнаружено статистически значимых различий в паттернах назначения первых антипсихотиков между врачами со сформированным СЭВ и без него.

52.5% пациентов получали холинолитические корректоры экстрапирамидной симптоматики на фоне проводимой антипсихотической терапии. Врачи, подверженные СЭВ, статистически значимо чаще назначали данные препараты по сравнению с психиатрами, у которых эмоциональное выгорание не фиксировалось – 61% и 44% случаев соответственно (χ^2 , $p = 0.023$; ОШ 1.99; 95% ДИ [1.13-3.50]).

ВЫВОДЫ

1. Распространенность сформированного СЭВ среди врачей-психиатров составляет **26.2%**. При этом почти у каждого второго специалиста (**46.0%**) выявлен высокий уровень как минимум по одному из компонентов выгорания, а у **14.3%** респондентов зафиксированы критические значения одновременно по всем трем субшкалам. В структуре синдрома преобладают высокие показатели «деперсонализации» (35.7%) и **редукции профессиональных достижений** (30.2%), тогда как критический уровень **эмоционального истощения** отмечается в 27.8% случаев.

2. Психологический профиль врачей с СЭВ характеризуется дефицитом внутриличностного эмоционального интеллекта (ниже на 14.4%) и сниженной способностью к управлению эмоциями (на 16.7%), в особенности собственными (на 23.5%). Формирование синдрома ассоциировано с ростом общей агрессивности (на 21.0%) за счет ее аффективного компонента – гнева (на 21.7%), а также с выраженным снижением ряда параметров рабочей мотивации: общей удовлетворенности трудом (на 23.2%), возможностей карьерного роста (на 18.4%), стабильности занятости (на 26.0%), отношений в коллективе (на 18.5%) и взаимодействия с руководством (на 26.2%). Ведущим личностным предиктором развития СЭВ выступает высокий уровень нейротизма (превышение на 28.4% по сравнению с группой контроля).

3. Клинико-психопатологическая структура СЭВ определяется коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой. Сформированный синдром ассоциирован с ростом тревоги (ОШ 1.51) и десятикратным увеличением вероятности развития клинически значимой депрессии (ОШ 10.86). Тяжелые формы выгорания характеризуются устойчивым сочетанием обоих аффективных расстройств (ОШ 11.02). Выявлена специфичность связей отдельных компонентов СЭВ с психопатологическими регистрами:

- 3.1. Эмоциональное истощение в первую очередь связано с уровнем тревоги (ОШ 1.44).
- 3.2. «Деперсонализация» детерминирована выраженностью депрессии (ОШ 1.66).
- 3.3. Редукция профессиональных достижений имеет наименее выраженную клиническую связь с аффективным спектром.

- 3.4. Установлено, что мужской пол выступает протективным фактором, снижающим риск развития эмоционального выгорания (ОШ 0.33).
4. Выраженность СЭВ выступает универсальным предиктором снижения качества жизни (КЖ) специалистов по всем доменам опросника ВОЗКЖ-26. Синдром объясняет от 22% до 48% вариативности показателей КЖ ($R^2 = 0.22-0.48$). Установлены специфические детерминанты для каждой сферы благополучия:
- 4.1. Физическое здоровье в наибольшей степени страдает при нарастании эмоционального истощения и снижается с возрастом, тогда как сохранность профессиональных достижений выступает протективным фактором.
 - 4.2. Психологическое здоровье и удовлетворенность окружающей средой определяются уровнями эмоционального истощения и редукции профессиональных достижений.
 - 4.3. Сфера социальных отношений является наиболее устойчивой к эмоциональному выгоранию: ее качество снижается исключительно под влиянием эмоционального истощения.

Полученные данные подтверждают прямую зависимость между тяжестью эмоционального выгорания и деградацией всех аспектов личностного и социального функционирования врачей.

5. Эмоциональное выгорание негативно влияет на результаты оказываемой врачами-психиатрами медицинской помощи, что выражается в увеличении сроков пребывания пациентов в психиатрических стационарах, а также двукратном учащении случаев антипсихотической полипрагмазии (ОШ 1.95) и назначения корректоров экстрапирамидной симптоматики (ОШ 1.99).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Рекомендации для медицинских организаций психиатрического профиля:

1. Внедрить систему ежегодного обязательного анонимного скрининга синдрома эмоционального выгорания среди врачей-психиатров с использованием опросника МВИ.
2. Обеспечивать врачей-психиатров возможностью участия в мероприятиях, направленных на купирование или предотвращение развития

синдрома эмоционального выгорания, включая программы, направленные на развитие навыков управления эмоциями и повышение эмоционального интеллекта, когнитивно-поведенческие интервенции и клинические супервизии. Обеспечить доступность анонимной консультативной помощи клинического психолога или психотерапевта, специализирующегося на проблемах профессионального выгорания.

3. Оценивать на предмет обоснованности длительность пребывания пациентов в психиатрических стационарах, практику антипсихотической полипрагмазии и назначение холинолитических корректоров экстрапирамидной симптоматики.

Рекомендации для специалистов:

1. Проводить самооценку уровня эмоционального выгорания с использованием опросника МВІ, обращая особое внимание на показатели эмоционального истощения и «деперсонализации».

2. При выявлении у себя симптомов эмоционального выгорания проводить самооценку выраженности тревожно-депрессивной симптоматики. При ее обнаружении обращаться к клиническому психологу или психотерапевту либо использовать навыки когнитивно-поведенческой самопомощи.

3. Участвовать в мероприятиях, направленных на купирование и превенцию эмоционального выгорания, самостоятельно организовывать проведение интервизий. Осваивать и применять техники развития эмоционального интеллекта, в первую очередь навыки распознавания и управления собственными эмоциями. Активно участвовать в работе супервизорских групп и консилиумов для профилактики профессиональной деформации, снижения уровня стресса и поиска оптимальных решений в сложных клинических ситуациях.

Рекомендации для исследователей эмоционального выгорания:

1. Использовать в работе не менее двух разных инструментов скрининга синдрома эмоционального выгорания, один из которых – МВІ. Применять валидные критерии диагностики синдрома эмоционального выгорания и пороговые значения по субшкалам опросников.

2. Расширить анализ влияния СЭВ у врачей на качество медицинской помощи за счет оценки отдаленных результатов лечения пациентов, уровня

их функционального восстановления, частоты повторных госпитализаций и удовлетворенности лечением.

3. Изучить эффективность применения стандартизированных протоколов когнитивно-поведенческой терапии для коррекции тревоги и депрессии у врачей с учетом выявленных вариантов клинических проявлений СЭВ.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные публикации в журналах, входящих в перечень ВАК:

1. **Быков, К.В.** Распространенность синдрома эмоционального выгорания у российских психиатров: систематический обзор / К.В. Быков, И.А. Зражевская, А.Ю. Тер-Израелян // Вестник последипломного медицинского образования. – 2018. – № 4. – С. 91-95.

2. **Быков, К.В.** Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатрических стационаров города Москвы / К.В. Быков, И.А. Зражевская, А.С. Березкин, А.Ю. Тер-Израелян // Вестник последипломного медицинского образования. – 2018. – № 4. – С. 100-102.

3. **Быков, К.В.** Последствия эмоционального выгорания работников психиатрической и общемедицинской практики / И.А. Зражевская, К.В. Быков, В.И. Пешкин, А.С. Слюсарев, Э.О. Топка // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – № 4. – С. 47-49.

4. **Быков, К.В.** Общие и специфические факторы риска эмоционального выгорания врачей-психиатров / К.В. Быков, И.А. Зражевская, В.И. Пешкин, А.М. Орлов, А.В. Казанцев // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – № 4. – С. 50-52.

5. **Быков, К.В.** Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания / И.А. Зражевская, К.В. Быков, Э.О. Топка, В.И. Пешкин, Р.Н. Исаев, А.М. Орлов // Психиатрия. – 2020. – Т. 18, № 4. – С. 127-138.

6. **Быков, К.В.** Связь эмоционального выгорания и качества жизни врачей-психиатров / И.А. Зражевская, К.В. Быков, Э.О. Топка, Р.Н. Исаев, А.М. Орлов // Психиатрия. – 2024. – Т. 22, № 1. – С. 47-57.

7. **Быков, К.В.** Влияние эмоционального выгорания врачей-психиатров на результаты оказываемой ими помощи / К.В. Быков, В.Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2024. – Т. 16, № 6. – С. 71-78.

8. **Быков, К.В.** Эмоциональное выгорание как фактор профессионального риска в психиатрии: модели клинической манифестации / К.В. Быков, В.Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2025. – Т. 17, № 6. – С. 18-25.

Научные публикации в журналах, входящих в международные базы данных (Scopus, Web of Science):

1. **Bykov, K.V.** Prevalence of burnout among psychiatrists: a systematic review and meta-analysis / K.V. Bykov, I.A. Zrazhevskaya, E.O. Topka, V.I. Peshkin, A.P. Dobrovolsky, R.N. Isaev, A.M. Orlov // Journal of Affective Disorders. – 2022. – Vol. 308. – P. 47-64.

Другие научные публикации:

1. **Быков, К.В.** Нейробиология эмоционального выгорания / К.В. Быков, И.А. Зражевская, В.И. Пешкин, Р.Н. Исаев, Д.С. Петров // Сборник тезисов международной научно-практической конференции «Мир инновационных идей: современные вопросы психиатрии и их решения». – Ташкент: «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi», 2020. – С. 49-50.

2. **Быков, К.В.** Синдром эмоционального выгорания в работе врача: учебное пособие / И.А. Зражевская, К.В. Быков, Э.О. Топка, В.И. Пешкин, Р.Н. Исаев, А.М. Орлов. – Москва: РУДН, 2020. – 108 с.

3. **Bykov, K.V.** Burnout among psychiatrists in Moscow / K.V. Bykov, I.A. Zrazhevskaya, V.E. Ulyumdzhieva, V.I. Peshkin, A.M. Orlov, A.V. Kazantsev // Proceedings of the Eighth International Multidisciplinary Scientific and Practical Conference in Foreign Language «The Modern Paradigm of Scientific Knowledge: Actuality and Perspective». – Moscow: Yaziki Narodov Mira, 2020. – P. 54-56.

4. **Быков, К.В.** Феноменология эмоционального выгорания / К.В. Быков, И.А. Зражевская, В.И. Пешкин // Сборник тезисов международной научно-практической конференции «XXI век: современный взгляд на психическое здоровье». – Ташкент: «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi», 2021. – С. 34-35.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

DALY – disability-adjusted life years (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности).

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (госпитальная шкала тревоги и депрессии).

МБИ – Maslach Burnout Inventory (шкала выгорания Маслак).

ВОЗКЖ-26 – опросник ВОЗ «Качество жизни» (сокращенная версия).

ДИ – доверительный интервал.

ДП – «деперсонализация».

КЖ – качество жизни.

ОС – окружающая среда.

ОШ – отношение шансов.

ПЗ – психологическое здоровье.

РПД – редукция профессиональных достижений.

СО – социальные отношения.

СЭВ – синдром эмоционального выгорания.

ФЗ – физическое здоровье.

ЭИ – эмоциональное истощение.

Кирилл Вадимович Быков

**Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров
(психопатологическая модель и влияние на качество жизни врача и
лечение пациентов)**

В диссертационном исследовании установлено, что синдром эмоционального выгорания (СЭВ) широко распространен среди врачей-психиатров г. Москвы. Выявлено, что сформированный СЭВ ассоциирован с комплексом индивидуально-психологических особенностей: дефицитом эмоционального интеллекта, снижением способности к управлению эмоциями, ростом агрессивности и гнева, снижением рабочей мотивации, а также высоким уровнем нейротизма. Показано, что клиничко-психопатологическая структура СЭВ характеризуется тревожно-депрессивной симптоматикой. Выделены три паттерна развития СЭВ у врачей-психиатров: тревожно-истощенный, депрессивно-деперсонализационный и тяжелый сочетанный. Доказано, что выраженность СЭВ служит значимым предиктором снижения качества жизни врачей по всем основным доменам – от физического и психологического здоровья до социальных отношений и удовлетворенности окружающей средой. Установлено, что эмоциональное выгорание негативно влияет на результаты оказываемой медицинской помощи: приводит к увеличению сроков госпитализации пациентов, учащению случаев антипсихотической полипрагмазии и более частому назначению корректоров экстрапирамидной симптоматики. Полученные данные обосновывают необходимость разработки специализированных программ профилактики и коррекции СЭВ у врачей-психиатров для улучшения их психоэмоционального состояния и повышения качества оказываемой помощи.

Kirill V. Bykov

**Burnout in Psychiatrists (Psychopathological Model and Impact on
Physicians' Quality of Life and Patient Treatment Outcomes)**

This dissertation study establishes that burnout syndrome is widespread among psychiatrists in Moscow. It is shown that burnout is associated with a set of

individual psychological characteristics: deficits in emotional intelligence, a reduced ability to control emotions, increased aggressiveness and anger, decreased work motivation, and a high level of neuroticism. The clinical-psychopathological structure of burnout is characterized by anxiety-depressive symptoms. Three patterns of burnout development among psychiatrists are identified: an anxious-exhausted pattern, a depressive-depersonalization pattern, and a mixed severe pattern. The severity of burnout is proven to be a significant predictor of reduced quality of life in physicians across all major domains — from physical and psychological health to social relationships and satisfaction with the environment. Burnout is shown to negatively affect medical care outcomes: it leads to longer patient hospitalizations, more frequent cases of antipsychotic polypharmacy, and more frequent prescription of medications for extrapyramidal symptoms. The findings justify the need to develop specialized programs for the prevention and management of burnout among psychiatrists in order to improve their psycho-emotional state and enhance the quality of care provided.