

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса
Лумумбы»

На правах рукописи

Быков Кирилл Вадимович

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

Специальность: 3.1.17. – «Психиатрия и наркология» (медицинские науки)

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент

Медведев Владимир Эрнстович

МОСКВА – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания.....	13
1.2. Определение, структура и значение синдрома эмоционального выгорания ...	17
1.3. Распространенность эмоционального выгорания среди психиатров	22
1.4. Факторы риска, патогенез и методы коррекции эмоционального выгорания. 30	
1.4.1. Факторы риска развития эмоционального выгорания	30
1.4.2. Психологические модели развития синдрома эмоционального выгорания .	32
1.4.3. Биологические корреляты эмоционального выгорания.....	37
1.4.4. Методы коррекции эмоционального выгорания.....	39
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
ГЛАВА 3. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ- ПСИХИАТРОВ.....	51
ГЛАВА 4. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ	60
4.1. Клинический пример № 1: «тревожно-истощенный» вариант синдрома эмоционального выгорания.....	65
4.2. Клинический пример № 2: «депрессивно-деперсонализационный» вариант синдрома эмоционального выгорания	68
4.3. Клинический пример № 3: «тяжелый сочетанный» вариант синдрома эмоционального выгорания.....	71
ГЛАВА 5. ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ.....	75

ГЛАВА 6. ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ-ПСИХИАТРАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	80
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	87
ВЫВОДЫ	108
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	111
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	113
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	115
Приложение 1. Поисковая стратегия систематического обзора англоязычной литературы	118
Приложение 2. Инструмент оценки качества включенных в систематический обзор исследований.....	119
Приложение 3. Характеристики включенных в обзор англоязычной литературы исследований	121
Приложение 4. Индивидуально-психологические характеристики врачей-психиатров в зависимости от наличия синдрома эмоционального выгорания	124
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	126

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы:

Психические заболевания являются важной проблемой современной медицины. Оценка бремени психических и поведенческих расстройств по годам жизни, скорректированным по нетрудоспособности, наглядно демонстрирует, что в последние годы данные расстройства являются одной из ведущих причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах мира. Психические расстройства стали одной из ведущих причин ухудшения глобального здоровья, превзойдя все онкологические заболевания, инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения [118]. Удельный вес психических заболеваний в структуре рассматриваемой метрики в последние десятилетия возрастает, поэтому социальную значимость профессиональной помощи в этой сфере сложно переоценить. Интенсификация работы врачей-психиатров приводит к психоэмоциональным нагрузкам, что может способствовать развитию различных профессиональных деформаций, в том числе и эмоционального выгорания.

По прошествии более полувека с 1974 г., когда Н.Ж. Freudenberger предложил [136] клиническую концепцию, которую он назвал «выгоранием» (*burnout*), продолжаются активные дискуссии об этом синдроме, сопровождающиеся проведением множества исследований, посвященных его проявлениям и механизмам возникновения. Изучив состояние психического здоровья у сотрудников бесплатных психиатрических клиник и терапевтических сообществ, Н.Ж. Freudenberger определил эмоциональное выгорание как «состояние умственного и физического истощения, вызванного профессиональной жизнью». Согласно современному определению, синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это состояние, проявляющееся продолжительной реакцией на хронический стресс, возникающий при работе с людьми [183].

Представители помогающих профессий, в том числе медицинские работники, особенно подвержены СЭВ [10]. Еще на начальном этапе изучения эмоционального выгорания ученые отмечали его высокую распространенность среди работников психиатрических служб [209]. Позднее эти выводы, сделанные в условиях дефицита эмпирических данных, получили подтверждение в методологически более точных исследованиях [38, 240]. 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 [2, 23]. 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; Лукьянов В.В., Васильева Н.Г., 2011; Васильева Н.Г., 2012; Пахтусова Е.Е. с соавт., 2015; Кухтенко Ю.А., 2016; Козин В.А., 2017; Твилле П.С., Мадьянова В.В., 2023) [7, 15, 19, 21, 26, 29, 42], 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 данных специалистов, а также на

эффективность их профессиональной деятельности. 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 [30, 36, 96, 183]. 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 условиях сокращения числа психиатрических коек и связанного с этим повышения нагрузки на психиатрические стационары. Так, в 2000 году на 10 000 населения приходилось 11.86 психиатрических коек [16], в то время как в 2021 году данный показатель составил 8.48 [28]. Понимание того, как выгорание снижает качество жизни врачей, критически важно для предотвращения оттока специалистов из психиатрической службы.

Таким образом, механизмы развития и распространенность СЭВ у психиатров, его психопатологические проявления и связь с результатами терапии и качеством жизни этих специалистов 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. В отечественной научной литературе активное изучение СЭВ началось в 1990-е годы и связано с работами В.В. Бойко [3], Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [10], Е.И. Лозинской [22], в которых были предложены оригинальные концептуальные и психометрические подходы к оценке данного феномена. Вместе с тем, несмотря

на значительный массив публикаций, проблема единства операционального понятийного аппарата концепции СЭВ сохраняется. Различия в используемых определениях, диагностических критериях и шкалах 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 [215, 231]. По данным некоторых авторов, модель С. Maslach и психометрическая шкала оценки эмоционального выгорания, созданная на ее основе, используются в большинстве тематических исследований [211, 233].

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 [183, 273]. Он рассматривается как форма профессиональной дезадаптации [4], как вариант стресс-обусловленных нарушений [17], а также как состояние, сопряженное с аффективными и тревожными проявлениями субклинического уровня [183]. При этом большинство исследований выполнено в рамках организационно-психологического подхода, тогда как клиничко-психопатологический анализ данного феномена представлен ограниченно. В отечественной литературе отсутствуют результаты систематических исследований, посвященных клиничко-психопатологической квалификации СЭВ у врачей-психиатров.

Показатели и критерии благополучия и качества жизни изучаются как в России, так и за рубежом, но по большей части на выборках пациентов. Эмпирических сведений о качестве жизни врачей, в том числе психиатров, существенно меньше [174], а отечественные работы, посвященные наличию, направлению и силе связи между качеством жизни и СЭВ, в последние десятилетия отсутствуют.

В крупных диссертационных исследованиях были изучены особенности психического здоровья у психиатров, подверженных эмоциональному выгоранию [14], психологические особенности формирования СЭВ у данных специалистов [24], взаимосвязь эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания врачей-психиатров [6], однако задачи по изучению связи синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров с результатами оказываемой ими медицинской помощи, а также по изучению клинико-психопатологических проявлений этого синдрома остаются неразрешенными.

Таким образом, анализ современного состояния научной разработки проблемы свидетельствует о недостаточной изученности клинико-психопатологического аспекта феномена эмоционального выгорания у отечественных врачей-психиатров и об отсутствии комплексных работ, рассматривающих взаимосвязь СЭВ с качеством жизни этих специалистов и с результатами оказываемой ими медицинской помощи. Указанные обстоятельства определяют необходимость дальнейшего целенаправленного исследования данных вопросов.

Цель диссертационной работы:

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

Задачи исследования:

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

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 исследования:

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.

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.

Степень достоверности и апробация результатов 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.

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). 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.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания

Начало академического исследования СЭВ было положено во второй половине XX века. Н.Ж. Freudenberger наблюдал, как молодые, идеалистически настроенные волонтеры, спустя год работы в клинике для наркозависимых, испытывали недостаток энергии и сил, утрачивали мотивацию, приверженность и интерес к работе. У некоторых из них развивались симптомы психических и соматических расстройств, такие как нарушение пищеварения, бессонница, частые и длительные простуды, злоупотребление психоактивными веществами. Работа «*Staff Burn-out*», опубликованная в 1974 году [136], считается отправной точкой изучения СЭВ.

Примерно в то же время социальный психолог С. Maslach изучала копинг-механизмы, применяемые людьми для борьбы с эмоциональным возбуждением на работе, в частности, такие стратегии, как «дегуманизация» и «отстранение от проблем». Ее первая тематическая работа была опубликована в 1976 году в научно-популярном издании «*Human Behaviour: The Newsmagazine of the Social Sciences*» [181]. В ходе своего исследования С. Maslach опросила более 200 работников социальной сферы – юристов, клинических психологов, врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений. Она обнаружила, что признаки эмоционального выгорания встречались среди представителей всех этих профессий.

Публикации Н.Ж. Freudenberger и С. Maslach вызвали широкий резонанс среди специалистов, чью рабочую деятельность объединяли две черты: занятость в социоэкономических профессиях и эмоциональное напряжение, которым сопровождался их труд. В следующие несколько лет статьи на тему эмоционального выгорания появлялись только в практико-ориентированных изданиях. Были описаны некоторые ситуационные и организационные

характеристики трудового процесса, гипотетически приводящие к развитию СЭВ, например, рабочая нагрузка, недостаток положительной обратной связи от клиентов и поддержки от администрации и коллег [185]. В отдельных исследованиях изучались отношения в рабочем коллективе, в семье, которые могли быть как дополнительным источником стресса, например, вследствие стигматизации, так и ресурсом для его преодоления [182, 195].

Далеко не все практикующие специалисты были достаточно хорошо подготовлены для проведения исследований, что обуславливало некоторые ограничения работ ранней фазы исследования СЭВ.

Во-первых, авторы использовали множество определений термина «эмоциональное выгорание», зачастую описывая разные феномены, а не один и тот же [239].

Во-вторых, пул переменных, связываемых с СЭВ, слишком сильно расширился. Почти каждую личную проблему пытались объяснить через призму эмоционального выгорания, а к его причинам порой относили противоположные явления, например, избыточную или недостаточную рабочую нагрузку.

В-третьих, методология данных работ имела существенные ограничения. Так, в 1982 году В. Perlman и Е.А. Hartman описали 48 статей, опубликованных в период с 1974 по 1981 гг. и содержащих большое количество предположений о причинах эмоционального выгорания и предложений возможных терапевтических интервенций. Лишь пять из них основывались на данных, полученных в исследованиях, дизайн которых отличался от описания случаев [203].

Таким образом, несмотря на относительно большой объем тематических публикаций, отмечался дефицит как предварительно сформулированных научных гипотез, так и их доказательств или опровержений. Недостаток теоретического обоснования, с одной стороны, приводил к избыточному, хаотичному

расширению концепции эмоционального выгорания, что стало основой для ее критики вплоть до полного отрицания этого явления, с другой стороны, отражал новизну феномена, его открытость для исследований и потребность в них [230].

В 1981 году С. Maslach и S.E. Jackson опубликовали работу «*The Measurement of Experienced Burnout*» [182] с описанием трехфакторной модели эмоционального выгорания. На основе данной модели авторы создали диагностический инструмент для квантифицированной оценки эмоционального выгорания – шкалу выгорания Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI).

Продолжалось изучение эмоционального выгорания в социэкономической сфере, однако диапазон исследуемых профессий расширился. Помимо занятых в правовой, образовательной и медицинской сферах лиц на предмет эмоционального выгорания начали изучаться многие другие профессионалы, например, работники пенитенциарных учреждений [173], библиотекари [73]. Со временем признаки СЭВ стали выявляться у людей вне их профессиональной деятельности, например, в сфере спорта [112], политического активизма [101], учебы [189]. При этом изучение СЭВ у отдельных групп медицинских работников, в том числе врачей-психиатров, велось менее активно. В качестве связанных с эмоциональным выгоранием переменных обычно рассматривались различные профессиональные факторы, например, удовлетворенность работой, трудовой стресс (нагрузка, ролевой конфликт, двойственность роли), увольнения, прогулы, отношения с коллегами, администрацией и клиентами, уровень заработной платы. К изучаемым индивидуальным факторам относились демографические характеристики (пол, возраст, семейное положение, социально-экономический статус), некоторые личностные особенности (акцентуация характера, локус контроля), психическое и соматическое здоровье, отношения с семьей и друзьями [230].

В конце 1980-х гг. было проведено несколько лонгитудинальных исследований [117, 135, 158, 272], по результатам которых было сделано три основных вывода:

- 1) эмоциональное выгорание – относительно стабильный процесс, то есть хроническое, а не острое состояние;
- 2) эмоциональное выгорание вызывает соматические расстройства, ведет к прогулам и увольнениям;
- 3) ролевой конфликт и недостаток социальной поддержки от коллег и начальства способствуют развитию эмоционального выгорания.

В 1990-е гг. совершенствующаяся методология исследований дополнилась мощными статистическими технологиями [185]. Важным достижением исследований СЭВ в XXI веке стала разработка модели областей трудовой деятельности, интегрирующей не только различные измерения, в которых возможен дисбаланс системы «рабочие требования-ресурсы», но и организационные и индивидуальные факторы риска [170].

В настоящее время синдром эмоционального выгорания не является заболеванием, классифицируемым в DSM-5, а в МКБ-10 он отнесен к группе проблем, связанных с трудностями поддержания нормального образа жизни, и кодируется как Z73.0. Тем не менее, в шведской национальной версии МКБ-10 «расстройство истощения», фактически являющееся аналогом СЭВ, индексируется в качестве медицинского диагноза. В Нидерландах СЭВ также относится к заболеваниям, борьбе с которыми посвящены клинические руководства [164]. Обсуждения на тему симптоматических проявлений, феноменологии и последствий СЭВ, его клинической квалификации, методов диагностики, купирования, а также необходимости междисциплинарного подхода в его изучении продолжают, а потребность в проведении соответствующих научных исследований по-прежнему велика.

1.2. Определение, структура и значение синдрома эмоционального выгорания

Общепризнанного определения СЭВ не существует, но в научной среде принято пользоваться дефиницией С. Maslach [183], согласно которой эмоциональное выгорание – это синдром, являющийся следствием продолжительной реакции на хронический стресс, возникающий при межличностных контактах в ходе рабочего процесса и сопровождающийся эмоциональным истощением, «деперсонализацией» и редукцией профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением (ЭИ) понимается обедненное, ослабленное эмоциональное реагирование, перманентное ощущение подавленности, недостатка сил, которое усиливается при необходимости общения с другими людьми. Негативное, отстраненное, формальное отношение к работе и клиентам, крайней степенью выраженности которого является дегуманизация, обозначается термином «деперсонализация» (ДП). В настоящем исследовании термин «деперсонализация» используется исключительно в рамках концепции синдрома эмоционального выгорания и обозначает компонент «профессионального цинизма» по С. Maslach [183]. Указанный термин не применяется в значении психопатологического симптома нарушения самовосприятия, принятом в общей психиатрии. Для редукции профессиональных достижений (РПД) характерно снижение рабочей эффективности, чувство некомпетентности и неспособности справиться с работой. Строго говоря, последний компонент эмоционального выгорания является самооценочным: необходимым и достаточным условием для констатации его наличия у отдельного индивида является ощущение утраты собственной профессиональной эффективности без фактического снижения продуктивности труда. Необходимо отметить, что в отечественных публикациях слово «burnout» переводится не только как «эмоциональное выгорание», но и как «эмоциональное сгорание» [40], «перегорание» [25], «психическое выгорание» [43], «профессиональное выгорание» [34].

Некоторые ученые выдвигали альтернативные модели «эмоционального выгорания». Так, P.R. Gil-Monte и V.E. Olivares Faúndez предложили четырехфакторную структуру СЭВ на основе модели С. Maslach: оставив неизменными симптомы «эмоциональное истощение» и «деперсонализация», авторы разделили редукцию профессиональных достижений на «энтузиазм по отношению к работе» и «чувство вины» [139].

Некоторые исследователи рассматривают эмоциональное выгорание как унидименсиональное явление, сводя его к тому или иному виду истощения. При этом от автора к автору аспекты и модальность истощения меняются. Так, А. Pines с соавт. считают, что истощение включает в себя физический, эмоциональный и ментальный компоненты [179], а А. Shirom с соавт. также выделяют три вида истощения – физическое, эмоциональное и когнитивное [190]. T.S. Kristensen с соавт. предположили, что эмоциональное выгорание необходимо редуцировать к истощению, поскольку «деперсонализация», с их точки зрения, является своеобразным механизмом психологической защиты, а редукция профессиональных достижений относится к последствиям эмоционального выгорания, не входя в его структуру [243]. С. Maslach и M.P. Leiter, признавая ведущую роль истощения в развитии СЭВ, отмечали, что таким образом можно объяснить недостаток энергии и, как следствие, снижение продуктивности рабочей деятельности, но не снижение самооценки, трудности взаимодействия с другими людьми, кризис идеалов и ценностей [183]. Кроме того, для некоторых людей истощение может быть признаком дополнительно затраченных усилий на значимое дело и вызывать чувство удовлетворения. Недостаток сочувствия и редукция профессиональных достижений, характерные для выгорания, оказывают более разрушительное воздействие на личность работников [239].

Еще одним примером альтернативного взгляда на эмоциональное выгорание является теория В.В. Бойко, рассматривавшего СЭВ как механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций

(«понижения их энергетики») в ответ на определенные психотравмирующие воздействия [4]. Автор указывал на процессуальный характер эмоционального выгорания, выделяя в нем три последовательные фазы: СЭВ начинается с фазы «эмоционального напряжения», характеризующейся яркими переживаниями психотравмирующих обстоятельств, разочарованием в своих возможностях и снижением функциональных резервов. Далее наступает фаза «эмоциональной резистентности», в ходе которой происходит восстановление функциональных резервов через попытки оградиться от неприятных эмоциональных ощущений, экономичность в межличностных взаимодействиях и проявление эмоций ограниченного спектра и интенсивности. Исходом эмоционального выгорания является фаза «эмоционального истощения» – функциональные резервы вновь снижаются, человек испытывает недостаток положительных эмоций, черствость, цинизм, утрату интереса к объекту деятельности, сужение потребностей, изменение системы ценностей [3]. На основании выдвинутой теории автор разработал опросник «Эмоциональное выгорание» (ЭВ) [4]. Как концепция, так и диагностический инструмент В.В. Бойко широко используются в странах бывшего СССР, но не за их пределами.

Таким образом, длительное время СЭВ рассматривался в качестве патопсихологического феномена. Однако к настоящему времени начали накапливаться работы, в которых представлены попытки психопатологической интерпретации этого синдрома. Так, ученые стремятся описать различия и провести границы между эмоциональным выгоранием и схожими состояниями, главным образом, депрессией [163, 166]. Дискриминантная валидность СЭВ де-факто является главным объектом критики исследователей, сомневающих в полезности конструкта [71]. Связь между эмоциональным выгоранием и депрессией была продемонстрирована [53, 147], однако выраженной она была только в случае использования диагностических инструментов, слишком сильно ассоциированных между собой на концептуальном уровне [266]. Главное отличие

СЭВ от депрессии в контекстуальной специфичности: эмоциональное выгорание обычно связано с работой, в то время как депрессия является более общим понятием, свободным от конкретных жизненных областей или ситуаций. Создатель концепции СЭВ Н.Ж. Freudenberger считал возможной постепенную трансформацию эмоционального выгорания в депрессию, при которой описанные им проявления фиксируются и вне рабочей обстановки.

Значение развития синдрома эмоционального выгорания можно рассмотреть с трех позиций – врачей, пациентов и системы здравоохранения в целом. Это деление носит условный характер, поскольку одно и то же событие может одновременно влиять на среду, субъект и объект медицинской практики. Так, увольнение врача, связанное с развитием СЭВ, может лишить его источника доходов и платформы для самореализации, пациента – давно сложившихся терапевтических отношений, а организацию – ценного сотрудника и ресурсов, связанных с поиском новых кадров.

Врачи, подверженные эмоциональному выгоранию, чаще страдают диссомническими расстройствами, злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами, чаще становятся участниками дорожно-транспортных происшествий, а также чаще своих коллег отмечают суицидальные мысли [74, 87, 236, 277]. Последнее вызывает опасения еще и с учетом того, что врачи в целом чаще совершают самоубийство – мужчины на 40%, а женщины на 130% по сравнению с общей популяцией [107]. Врачи-психиатры более склонны к суициду, депрессивным расстройствам, дисфункциональному поведению и злоупотреблению психоактивными веществами [134, 196]. Наличие СЭВ ассоциировано с развитием гастроинтестинальных и респираторных инфекций, сахарного диабета II типа, головных болей, хронической усталости, мышечной ригидности, артериальной гипертензии [54, 88]. Эмоциональное выгорание снижает удовлетворенность работой, вовлеченность в нее, частоту и амплитуду переживания положительных эмоций [183].

Развитие СЭВ у врачей пагубно сказывается на благополучии пациентов, поскольку ведет к неоптимальному оказанию помощи [86], незаконным медицинским действиям [204], повышению риска врачебных ошибок и неудовлетворенности оказанной помощью [262]. Уровень «деперсонализации» лечащего врача положительно коррелирует с длительностью полного восстановления пациента после госпитализации и отрицательно коррелирует со степенью его удовлетворенности оказанной помощью [200]. СЭВ связан со снижением комплаенса пациентов [258].

Эмоциональное выгорание также является проблемой для системы здравоохранения в целом. Намерение подверженных СЭВ врачей уволиться, фактические увольнения, повышение частоты и длительности отсутствия на работе по причине болезни, а также сокращение рабочего времени снижают трудовую производительность медицинских учреждений и доступность медицинской помощи [185]. В исследовании L. Fagin с соавт. [238] было установлено, что медицинские сестры психиатрической службы с высокими уровнями эмоционального истощения и «деперсонализации» чаще отсутствуют на работе в связи с временной утратой трудоспособности. Издержки, связанные с заменой одного уволившегося врача за рубежом, могут составлять от нескольких сотен до сотен тысяч долларов США в зависимости от специальности, месторасположения клиники и длительности поиска нового работника [56, 132]. Замена одной уволившейся медицинской сестры в США обходится примерно в 20 561 доллар, в Канаде – в 26 652, в Австралии – в 48 790 [49].

Люди, подверженные СЭВ, могут негативно влиять на своих коллег, срывая рабочий процесс и провоцируя конфликты, при этом эмоциональное выгорание в среде с нарастающей межличностной агрессией и враждебностью усугубляется [63]. Подобную «заразность» СЭВ отмечал еще Н.И. Freudenberger [136], предлагавший менять характер труда подверженных этому синдрому работников

так, чтобы временно изолировать их от остального коллектива, например, переводить их на работу с документацией.

1.3. Распространенность эмоционального выгорания среди психиатров

Для изучения данных о распространенности СЭВ среди отечественных врачей-психиатров был проведен систематический поиск работ, опубликованных в период с января 1974 г. по сентябрь 2018 г. в двух русскоязычных базах данных – «Научная электронная библиотека» и «Электронная библиотека диссертаций». Поиск выполнен по ключевым словам «психиат*», «выгоран*» и «перегоран*». В связи с предполагаемым дефицитом тематических работ, в обзор включались все публикации вне зависимости от их типа, дизайна и методологического качества.

Для исследования общемировой распространенности СЭВ среди врачей-психиатров в соответствии с рекомендациями Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) был выполнен систематический обзор литературы, опубликованной с января 1974 г. по август 2020 г. [254]. Протокол исследования был зарегистрирован в регистре систематических обзоров PROSPERO (CRD42020204615) и содержит исчерпывающее описание методологии обзора и мета-анализа. Был произведен поиск работ в семи базах данных: PubMed/MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, PsycINFO, Web of Science, ClinicalTrials.gov, OpenGrey. Поисковая стратегия представлена в приложении 1. В исследование включались эмпирические исследования с размером выборки врачей-психиатров не менее 20. Данные о распространенности эмоционального выгорания были агрегированы в двух формах – бинарной («есть/нет») и континуальной (среднее значение, медиана, стандартное отклонение, размах и т. д.). Оценка качества включенных исследований осуществлялась при помощи модифицированного инструмента Joanna Briggs Institute Prevalence Critical Appraisal Tool [191], представленного в приложении 2.

Мета-анализ был проведен с использованием модели случайных эффектов, построенной методом обратной дисперсии DerSimonian-Laird [116]. Применялись двусторонние статистические тесты с уровнем значимости $p < 0.05$. Был проведен анализ в подгруппах в соответствии с классификацией исследований по региону (Европа и неевропейские страны) и мета-регрессионный анализ для оценки связи возраста, пола, показателя отклика в исследованиях и даты проведенных опросов с уровнем распространенности СЭВ.

В русскоязычных базах данных было обнаружено 77 публикаций, в обзор было включено семь исследований. Распространенность СЭВ среди отечественных психиатров составила от 19.9% до 92.3%. Участники исследований работали в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Астрахани, а также Челябинской, Ивановской, Ярославской, Рязанской и Владимирской областях. Для выявления СЭВ применялись методики ЭВ В.В. Бойко и МВИ в различных модификациях, включая Системный индекс синдрома перегорания (СИСП). Поскольку данные инструменты отражают принципиально разные концептуальные подходы к явлению эмоционального выгорания, прямое сравнение и объединение результатов, полученных с помощью этих опросников, оказалось невозможным. Результаты проведенного обзора представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1. Распространенность СЭВ среди врачей-психиатров в Российской Федерации по результатам обзора русскоязычной литературы.

Исследование	Инструмент скрининга	Регион	Размер выборки	Доля врачей с СЭВ (%)	Возраст, лет	Доля мужчин (%)
Малыгин с соавт., 2007 [38]	ЭВ Бойко	Москва	30	43.3	-	-
Руженская, 2017 [39]	ЭВ Бойко	Ивановская обл., Владимирская обл., Рязанская обл., Ярославская обл.	603	19.9	-	-
Князева с соавт., 2014 [18]	ЭВ Бойко	Астрахань	18	83.3	48 ± 2.1	-
Дресвянников с соавт., 2010 [37]	МВИ	Новосибирск	57	43.9	-	-
Золотухина, 2011 [14]	МВИ	Челябинск	123	73.2	-	-

Лозинская с соавт., 2014 [9]	СИСП	Санкт-Петербург	26	92.3	50.6	31
Васильева, 2016 [6]	СИСП	Санкт-Петербург	75	37.3	36.8 ± 10.4	30.7

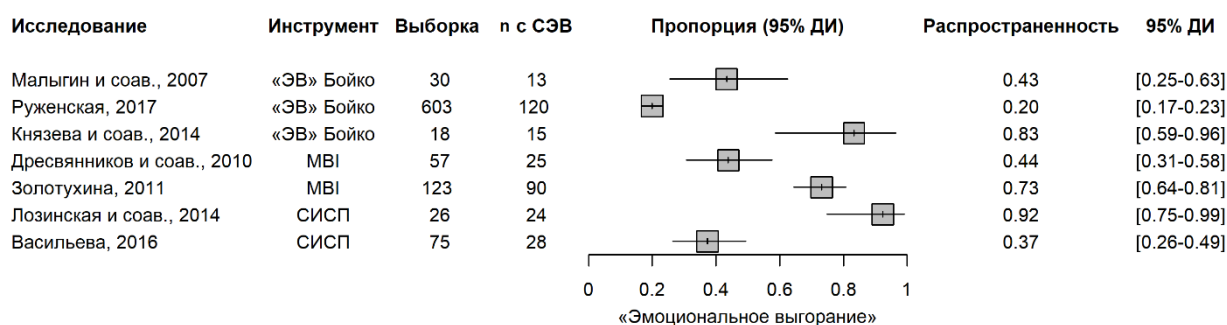


Рисунок 1. Распространенность СЭВ среди врачей-психиатров в Российской Федерации по результатам обзора русскоязычной литературы. Прим.: здесь и далее ДИ – доверительный интервал.

Методом систематического поиска в англоязычных базах данных было обнаружено 3 826 публикаций, еще пять – при изучении списков литературы включенных исследований, а также посредством ручного поиска в сети «Интернет». После изучения полного текста 267 публикаций в обзор было включено 36 исследований [55, 57, 70, 76, 77, 79, 80, 84, 89, 90, 93, 95, 98, 104, 105, 106, 108, 113, 115, 127, 131, 155, 160, 192, 193, 194, 198, 221, 224, 226, 227, 235, 259, 278, 279, 281]. Было обнаружено девять случаев множественных публикаций результатов одного исследования. Процесс отбора публикаций представлен на потоковой диаграмме PRISMA на рисунке 2.



Рисунок 2. Поточковая диаграмма отбора исследований для включения в обзор англоязычной литературы.

Таблица с основными характеристиками включенных исследований, а также с инструментами диагностики СЭВ представлена в приложении 3. Общее количество респондентов составило 5 481. В 75% включенных исследований использовался опросник МВИ или его вариации. Детальное описание данной шкалы представлено в главе 2. Вторым по частоте применения стал

Коппенгагенский опросник эмоционального выгорания (Copenhagen Burnout Inventory, CBI), разработанный T.S. Kristensen с соавт. [243]. Данный опросник отражает теоретическую модель эмоционального выгорания, согласно которой его можно измерить в трех подшкалах – «персональное выгорание» (ПВ), «выгорание, связанное с работой» (ВСР) и «выгорание, связанное с клиентами» (ВСК). Он состоит из 19 пунктов, оцениваемых по 5-балльной шкале от 1 («никогда/почти никогда» или «в очень низкой степени») до 5 («всегда» или «в очень высокой степени»). Результат переводится в шкалу от 0 до 100.

Только три включенных исследования не имели никаких методологических ограничений. Результаты исследований, в которых сообщался уровень распространенности СЭВ, представлены в таблице 2 и на рисунке 3.

Таблица 2. Общемировая распространенность СЭВ среди врачей-психиатров по результатам обзора литературы.

Исследование	Распространенность	95% ДИ	Инструмент*	Определение СЭВ
Korkeila et al., 2003 [89]	0.037	0.016-0.071	MBI	Не сообщалось
Mears et al., 2007 [108]	0.173	0.121-0.235	MBI-22	Высок. ЭИ и высок. ДП и низк. РПД
Lasalvia et al., 2009 [155]	0.210	0.146-0.286	MBI-GS	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)
Coker and Omoluabi, 2010 [104]	0.250	0.098-0.467	MBI	Высок. ЭИ и высок. ДП и низк. РПД
Wiertz, 2012 [278]	0.022	0.007-0.050	MBI-22	Высок. ЭИ и высок. ДП и низк. РПД
Gül et al., 2017 [259]	0.726	0.659-0.787	MBI-22	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)
Nimmawitt et al., 2020 [198]	0.503	0.426-0.580	MBI-22	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)
Sarma, 2018 [226]	0.318	0.233-0.414	CBI	≥ 50 в любой подшкале
McNicholas et al., 2020 [95]	0.596	0.451-0.730	CBI	Среднее значение ≥ 50
Hardy et al., 2020 [105]	0.600	0.541-0.657	CBI	≥ 50 в любой подшкале
Rossi et al., 2012 [76]	0.160	0.045-0.361	ProQOL-III	≥ 28
Amstutz et al., 2001 [55]	0.142	0.098-0.195	TM-21	≥ 3.5
Yoon et al., 2017 [281]	0.144	0.107-0.188	Rohland SI	≥ 3
Vandenbroeck et al., 2017 [93]	0.161	0.076-0.283	UBOS	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)
NCT03296254, 2017 (Ruiz-Iniguez et al., 2023) [106]	0.188	0.072-0.364	BBQ-R	> 25

Прим.: * – полные названия использованных для скрининга СЭВ психометрических инструментов приведены в приложении 3.

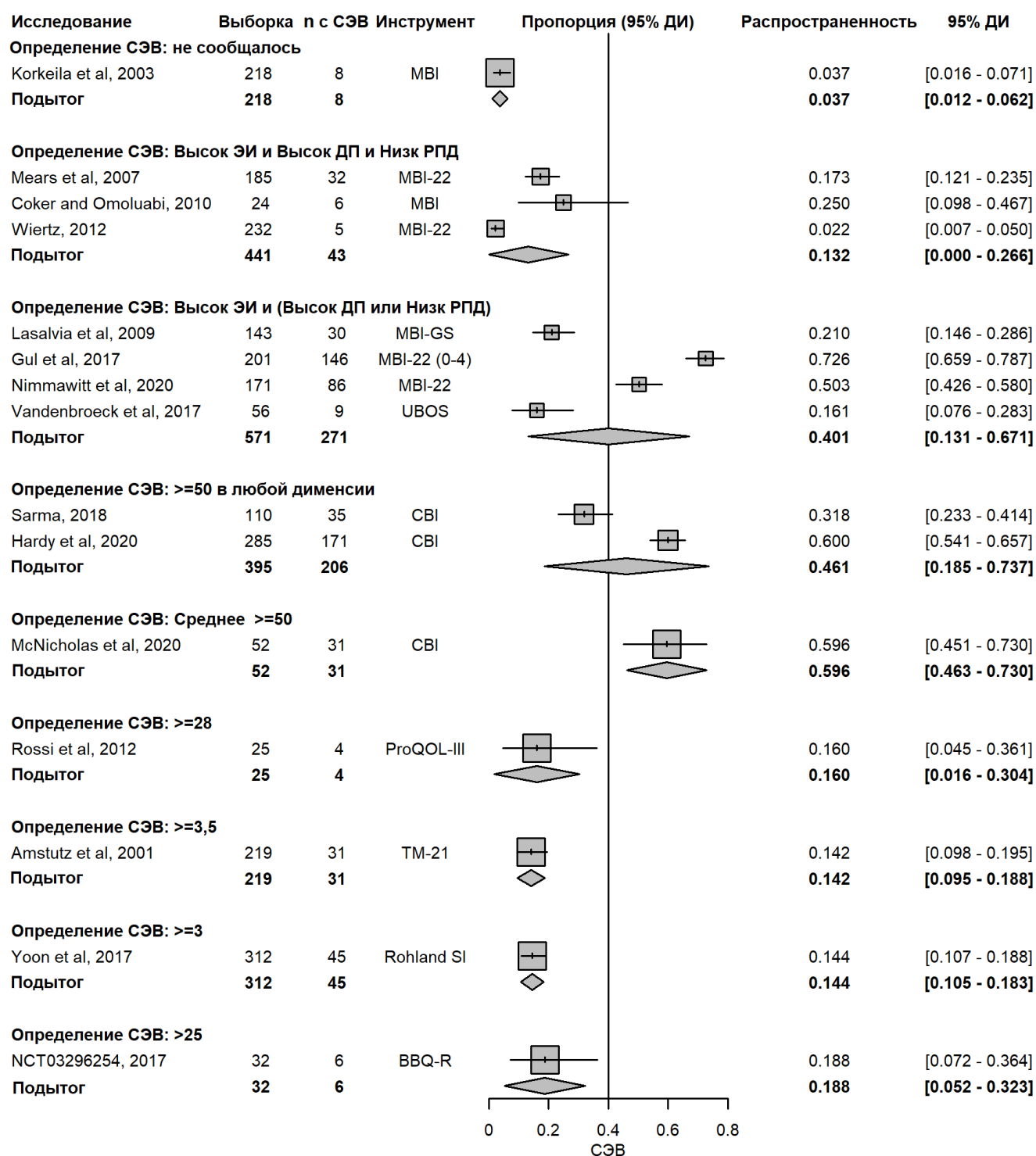


Рисунок 3. Общемировая распространенность СЭВ среди врачей-психиатров по результатам обзора литературы.

Распространенность СЭВ среди врачей-психиатров по данным 15 исследований варьировалась от 2.2% до 72.6%. Было обнаружено 8 различных критериев СЭВ, в одном исследовании критериев сформированного СЭВ представлено не было.

В 8 исследованиях ($n = 1\ 230$) использовался опросник МВІ. Сформированное эмоциональное выгорание обнаруживалось у 25.9% (95% ДИ [11.1-40.7], $Q = 621$, $p < 0.001$, $I^2 = 98.9\%$) врачей-психиатров.

В 3 [95, 105, 226] исследованиях указывалась распространенность СЭВ, оцениваемая по шкале СВІ ($n = 447$). Результаты продемонстрировали, что 50.3% (95% ДИ [30.9-69.8], $Q = 29.5$, $p < 0.001$, $I^2 = 93.2\%$) врачей-психиатров подвержены эмоциональному выгоранию.

В 15 [77, 79, 80, 84, 93, 104, 115, 155, 160, 193, 198, 221, 235, 259, 278] публикациях ($n = 3\ 018$) была указана доля респондентов с высокими уровнями ЭИ, ДП и РПД. Распространенность высокого ЭИ составила 43.5% (95% ДИ [27.9-59.0], $Q = 1\ 327$, $p < 0.001$, $I^2 = 98.9\%$); высокой ДП – 28.2% (95% ДИ [17.5-38.9], $Q = 1\ 569$, $p < 0.001$, $I^2 = 99.1\%$); высокий уровень эмоционального выгорания в подшкале РПД был обнаружен у 32.4% (95% ДИ [3.4-61.3], $Q = 28\ 978$, $p < 0.001$, $I^2 = 100\%$) респондентов.

В 13 [70, 79, 84, 113, 127, 131, 160, 192, 193, 194, 198, 224, 279] исследованиях ($n = 1\ 058$) сообщались сведения о средних значениях в подшкалах 22-пунктовой версии МВІ. Среднее значение ЭИ составило 21.51 (95% ДИ [18.64-24.38], $Q = 240$, $p < 0.001$, $I^2 = 95.0\%$), ДП – 6.57 (95% ДИ [5.53-7.62], $Q = 115$, $p < 0.001$, $I^2 = 95.0\%$), РПД – 31.83 (95% ДИ [25.73-37.94], $Q = 3\ 191$, $p < 0.001$, $I^2 = 99.6\%$). Анализ в подгруппах выявил более низкое значение ЭИ среди врачей-психиатров, работающих в европейских странах (20.82; 95% ДИ [7.24-24.41] в сравнении с 24.99; 95% ДИ [23.05-26.94], $Q = 4.02$, $p = 0.045$).

Ранее выполненные систематические обзоры литературы продемонстрировали, что распространенность СЭВ, выявленного посредством МВІ, составляет 36% среди медицинских сестер [214], 32% среди онкологов [187] и 35% среди лиц, обучающихся по программе резидентуры [100]. Настоящий обзор показал более низкую распространенность СЭВ среди психиатров – 25.9%. Однако прямое

сравнение этих значений затруднено из-за различий в операциональных критериях диагностики СЭВ: в случае исследования онкологов этот синдром был редуцирован к ЭИ, а в исследовании СЭВ среди резидентов игнорировались значения РПД. В настоящем обзоре использовались более строгие определения СЭВ, что приводило к занижению показателя распространенности этого явления.

Установленная распространенность эмоционального выгорания в подшкалах ЭИ, ДП и РПД составила 43.5%, 28.2% и 32.4% соответственно. Для работников сферы охраны психического здоровья [201] аналогичные показатели составляют 40.4%, 22.6%, 21.2%. Онкологи [94] более подвержены ДП (34%), но менее подвержены ЭИ и РПД (36% и 25% соответственно).

Мета-анализ продемонстрировал, что среди психиатров средние баллы по шкалам ЭИ, ДП и РПД при использовании MBI составили 21.51, 6.57 и 31.83 соответственно. В обзоре Rotstein с соавт. [218] были выявлены сходные значения среди психиатров и лиц, обучающихся по специальности «психиатрия» – 22.0, 7.4 и 30.0. O'Connor с соавт. [201] выявили схожие показатели ЭИ и ДП среди специалистов в области психического здоровья вне зависимости от занимаемой должности (21.3 и 6.8), в то время как показатель РПД был немного выше (34.8). Для лучевых терапевтов эти значения составили 23.1, 6.9 и 37.7 [143].

Анализ в подгруппах показал, что среднее значение ЭИ у европейских психиатров ниже, чем у психиатров из других регионов. Интерпретация данных результатов затруднена, поскольку подгруппы различались по количеству включенных исследований; при этом преобладали европейские исследования. Национальные системы здравоохранения различаются по уровню оплаты труда, рабочей нагрузке и организации отпусков, что может влиять на распространенность СЭВ. Мета-регрессионный анализ не выявил статистически значимой связи между СЭВ и возрастом, полом респондентов, показателями отклика в исследованиях, а также датой их проведения.

Обзор показал, что распространенность эмоционального выгорания среди врачей-психиатров составляет 25.9% при использовании MBI и 50.3% при использовании CBI. Высокая гетерогенность результатов обусловлена использованием различных инструментов фиксации СЭВ, неодинаковыми критериями его диагностики, региональными особенностями условий труда врачей-психиатров, а также методологическими дефектами включенных исследований и затрудняет однозначную трактовку результатов.

1.4. Факторы риска, патогенез и методы коррекции эмоционального выгорания

1.4.1. Факторы риска развития эмоционального выгорания

Факторы риска развития эмоционального выгорания принято делить на организационные или ситуационные, то есть не связанные с конкретным работником, его демографическими и психосоциальными характеристиками, и индивидуальные.

К основным организационным факторам риска относятся двойственность роли и ролевой конфликт, высокий уровень рабочей нагрузки, невозможность профессионального развития, недостаток обратной связи относительно результатов проделанной работы, монотонность работы, недостаток автономии, недостаток поддержки со стороны коллег и администрации [65]. В работе врачей предикторами развития СЭВ считаются необходимость использования цифровых устройств («компьютеризация» труда), большой объем заполняемой документации, необходимость работы в выходные дни, ночные дежурства, ограниченные междисциплинарные связи, низкий уровень заработной платы [275].

К основным индивидуальным факторам риска развития СЭВ относят низкий уровень физической и психической выносливости, внешний локус контроля,

личностный тип А, недостаточную установку на профессиональные достижения [229], наличие детей [253].

В большей части исследований статистически значимой связи СЭВ с полом респондентов выявлено не было, но в отдельных работах показана чуть большая его распространенность среди женщин [61, 276].

Исследования связи возраста врачей и эмоционального выгорания обычно демонстрируют нелинейную зависимость: у начинающих и опытных специалистов распространенность СЭВ обычно ниже, чем у тех, кто проработал в медицине 5-15 лет. По некоторым данным, у врачей старше 55 лет СЭВ выявляется в два раза чаще, чем у их более молодых коллег [253].

Отдельно следует отметить выбор конкретной врачебной специальности как предрасполагающего или, наоборот, превентивного фактора развития эмоционального выгорания. Так, в исследовании М. Olkinuora с соавт. [240] врачебные профессии были разделены на две группы, связанные с высоким и низким риском развития СЭВ. К первой авторы отнесли те специальности, практика которых предполагает работу с умирающими, тяжело или неизлечимо больными людьми (онкология, психиатрия). Объектом труда специальностей, менее связанных с эмоциональным выгоранием, являются пациенты с благоприятным прогнозом и обычно нефатальными патологиями (акушерство и гинекология, оториноларингология, офтальмология).

Причины эмоционального выгорания работников сферы психического здоровья во многом совпадают с перечисленными ранее – недостаточная укомплектованность отделения персоналом, высокая рабочая нагрузка, недостаток социальной поддержки со стороны коллег и администрации, неподходящий стиль руководства, недостаток возможностей для профессионального роста [79, 210, 212].

Однако существуют уникальные, характерные только для психиатрической практики обстоятельства, способствующие развитию СЭВ. Эмпатия, способность к сочувствию обычно достаточно хорошо развиты у любого врача, но эмоциональная вовлеченность психиатров в свою работу особенно велика, продолжительна и важна [180]. Психиатры чаще других врачей сталкиваются с насилием со стороны пациентов. Так, в 2015-2016 гг. в Великобритании до 70% всех случаев нападения на медицинских работников пришлось на психиатрическую службу [207]. По данным А.В. Голенкова [11], 8.5% пациентов психиатрической больницы в ходе текущего курса терапии проявляли те или иные виды агрессивного поведения. Помимо непосредственного психологического и физического вреда насилие может привести к судебным тяжбам, также негативно сказывающимся как на психическом состоянии персонала, так и на продуктивности работы отделения. Тягостным [267] как для персонала, так и для пациентов является применение тех или иных мер ограничения свободы, в частности, недобровольного лечения. Завершенный суицид – относительно редкое явление, но суицидальные мысли и действия пациентов ведут к необходимости постоянного наблюдения за ними, изменения схемы лечения, терапевтического режима [145].

1.4.2. Психологические модели развития синдрома эмоционального выгорания

Многие исследователи считают, что условной «антитезой» эмоционального выгорания является вовлеченность (*engagement*) в работу, описываемая как физическое, умственное и эмоциональное самовыражение через трудовую деятельность [162]. Существуют две основные точки зрения на полноту концептуальной связи СЭВ и вовлеченности в работу. Ведущие исследователи эмоционального выгорания, такие как С. Maslach, считают, что вовлеченность следует рассматривать как буквально противоположное эмоциональному выгоранию явление. В рамках данного подхода вовлеченность также имеет трехфакторную структуру, включающую эмоциональную энергичность,

выраженную эмпатию в работе с клиентом и ощущение собственной профессиональной эффективности [184], а квантификация вовлеченности возможна посредством инвертированной оценки баллов в подшкалах МВІ.

Альтернативная теория характеризует вовлеченность как отдельное, самостоятельное, хотя и негативно связанное с СЭВ явление. Сторонники этой точки зрения определяют вовлеченность как позитивное, насыщенное состояние, связанное с работой и характеризующееся энергичностью (*vigor*), приверженностью (*dedication*) и поглощенностью (*absorption*) [250]. Энергичность характеризуется высоким тонусом, умственной устойчивостью и готовностью работать, несмотря на трудности. Приверженность определяется как увлеченность профессиональной деятельностью, энтузиазм, ощущение собственной значимости и удовлетворенность достаточной сложностью трудовых задач. Поглощенность – это полная концентрация и сосредоточенность на работе, сопровождающиеся ощущением быстрого течения времени. Измерение энергичности, приверженности и поглощенности, а также вовлеченности в работу в целом производится с помощью Утрехтской шкалы вовлеченности в работу (*The Utrecht Work Engagement Scale*) [228], адаптированной на русский язык Д.А. Кутузовой [20]. Ольденбургский опросник профессионального выгорания (*Oldenburg Burnout Inventory*) [242] является единственным психометрическим инструментом, позволяющим измерить количественно как эмоциональное выгорание, так и рабочую вовлеченность. Его адаптация на русский язык была осуществлена А.Ю. Смирновой [41].

Дискуссия о психических явлениях, лежащих в основе динамики эмоционального выгорания и вовлеченности в работу, привела к выделению нескольких этиологических теорий СЭВ. Одной из наиболее целостных стала модель рабочих ресурсов-требований (*Job Demands-Resources model*) [64, 249]. Согласно данной модели, высокие рабочие требования являются основной причиной развития СЭВ, приводя к негативным последствиям как для работника, так и для организации. С

другой стороны, доступ к большому объему рабочих ресурсов способствует вовлеченности в работу, что, в свою очередь, ведет к улучшению самочувствия и повышению продуктивности трудящегося. Необходимо отметить, что в понятие «рабочие ресурсы» входят как внешние по отношению к профессионалу факторы (социальная поддержка, разнообразие и новизна аппаратуры), так и внутренние (стрессоустойчивость, оптимизм, высокая самооценка).

Считается, что доступ к большому количеству рабочих ресурсов является основой вовлечения профессионала в трудовую деятельность, повышения его мотивации, продуктивности и получения удовольствия от работы [64, 68], в то время как высокие рабочие требования обуславливают развитие негативных профессиональных последствий, влияющих на эффективность труда, к числу которых относится эмоциональное истощение [67, 146]. При этом повышение рабочих требований способствует лучшей реализации ресурсов при их достаточном объеме и усиливает вовлеченность профессионала в трудовой процесс, а доступ к новым ресурсам может смягчить эмоциональное истощение вследствие высоких требований. Вовлеченность в работу способствует активному ее изменению, модификации, что снабжает профессионала новыми ресурсами, а эмоциональное истощение снижает стремление к подобным переменам. Общая схема модели рабочих ресурсов-требований представлена на рисунке 4.

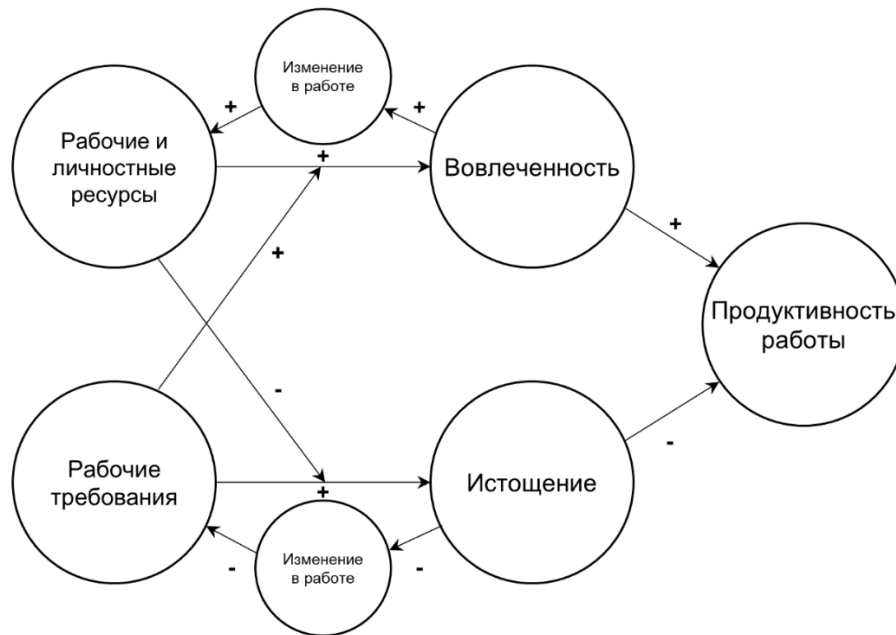


Рисунок 4. Модель рабочих ресурсов-требований (адаптировано из [66]).

Альтернативой модели рабочих ресурсов-требований является модель консервации ресурсов (*Conservation of Resources model*), согласно которой эмоциональное выгорание развивается при неудовлетворительном результате инвестирования рабочих ресурсов (эмоциональных, когнитивных, материальных) в трудовую деятельность [216]. Если подобный сценарий повторяется постоянно, профессионал истощается эмоционально, начинает чувствовать угрозу имеющимся ресурсам и экономит их не только в непосредственно требовательных ситуациях, но и в случае высокого риска возникновения таковых. Это может привести к отчуждению медицинских работников от пациентов, развитию по отношению к ним негативных эмоций, цинизма [200].

Своеобразной интеграцией различных теорий психологических механизмов, лежащих в основе СЭВ, в том числе модели рабочих ресурсов-требований и модели консервации ресурсов, стала модель областей трудовой деятельности (*Areas of Worklife model*) [170]. Большая часть ранних исследований этиологии эмоционального выгорания была направлена на выявление отдельных факторов

риска его развития – организационных и личностных. В рамках модели областей трудовой деятельности данная дихотомия отрицается, а предрасполагающие факторы СЭВ рассматриваются как несоответствие ожиданий человека и реальных трудовых условий в шести основных рабочих областях:

- *Рабочая нагрузка.* Высокая рабочая нагрузка не позволяет профессионалу полностью справиться с работой в имеющихся условиях. Специалисту приходится работать дольше или интенсивнее, что приводит к дисбалансу режима труда и отдыха, а это, в свою очередь, к истощению и развитию эмоционального выгорания. С другой стороны, умеренная, контролируемая загруженность дает человеку возможность реализовывать и совершенствовать рабочие навыки, становится более эффективным в других сферах.
- *Контроль.* Связь между недостатком контроля над выполняемой работой и развитием эмоционального выгорания была многократно подтверждена. С другой стороны, достаточно автономные работники, имеющие реальную возможность влияния на принятие решений, связанных со своей работой, с большей вероятностью получают удовлетворение от труда.
- *Вознаграждение.* Вознаграждение позволяет закреплять поведенческие паттерны посредством подкрепления. Работник, не получающий достаточного признания и вознаграждения (не только финансового, но и, например, социального), чей труд недооценивается, подвержен развитию СЭВ. Именно дисбаланс в системе труд-вознаграждение во многом обуславливает развитие редукции профессиональных достижений.
- *Коллектив.* Поддержка, доверие, отсутствие неразрешенных конфликтов в коллективе обладают превентивными свойствами в отношении развития эмоционального выгорания. При их отсутствии специалисту тяжело получать удовлетворение от рабочего процесса, сохранять высокий уровень вовлеченности в него.

- *Справедливость.* Несмотря на субъективность восприятия справедливости каждым отдельным человеком, установлено, что эмоциональное выгорание ассоциировано с отсутствием ощущения у работника справедливого, уважительного отношения к себе. Вероятность развития озлобленности, цинизма и враждебности у таких людей повышена.
- *Ценности.* Идеалы, мотивы, которые привлекли людей к их работе. Это основа связи между человеком и его рабочим местом, нечто большее, чем утилитарный обмен времени на деньги или карьерный рост. Если ценности организации и ценности отдельного работника не совпадают или даже противоположны, профессионалу приходится выбирать между деятельностью, которой необходимо заниматься, и деятельностью, которой хочется заниматься, что приводит к развитию СЭВ.

1.4.3. Биологические корреляты эмоционального выгорания

Ученые, занимающиеся исследованием биологических коррелятов эмоционального выгорания, исходят из постулата о стрессовой природе СЭВ и вовлеченности автономной нервной системы в его патогенез. Эмоциональное выгорание – хроническое стрессовое состояние, но большинство работ, посвященных изучению биологического субстрата стресса, сосредоточены на параметрах, связанных с острыми реакциями, в ходе которых активируется симпатический отдел автономной нервной системы. Это сопровождается повышением концентрации катехоламинов и кортизола в периферической крови, повышением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

В качестве биологического коррелята эмоционального выгорания наиболее часто исследуется кортизол, в частности, его концентрация в слюне после пробуждения и спустя 15, 30, 45 и 60 минут, а также изменение его концентрации в ответ на введение дексаметазона. Результаты исследований противоречивы: в некоторых

из них демонстрируется более высокий уровень кортизола среди участников, подверженных СЭВ [252], в других он выше в контрольной группе [111], иногда статистически значимая разница в концентрации кортизола между группами не выявляется [103]. То же относится и к исследованиям, в которых применялись инъекции дексаметазона – угнетение секреции кортизола обычно не зависело от наличия у участника СЭВ [263].

Отдельные исследования были направлены на сравнение концентрации пролактина в сыворотке крови между участниками с актуальным СЭВ и группой контроля [177, 252]. Статистически значимых различий в них получено не было.

В исследовании S. Токер с соавт. [241] было выявлено, что у женщин уровень С-реактивного белка положительно коррелирует со степенью эмоционального выгорания. В других работах связи между концентрацией С-реактивного белка и эмоциональным выгоранием обнаружено не было [157, 252].

В крупнейшем тематическом исследовании, проведенном S. Melamed с соавт. [88] на выборке из 677 работников Израиля, было показано, что у участников с СЭВ уровень систолического АД был ниже на 4 мм рт. ст. (95% ДИ [1.88-6.12]) по сравнению с рабочими, не подверженными этому синдрому; уровень диастолического АД в двух группах значимо не отличался. Результаты других публикаций на тему связи АД и СЭВ противоречивы [157, 208].

Группой ученых из Швеции (I. Savic, H. Jovanovic, E. Blix, A. Perski, H. Berglund), начиная с 2011 года, проведен ряд нейровизуализационных исследований с целью поиска морфологических коррелятов СЭВ. В основную группу включались пациенты с диагнозом «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43). В системе здравоохранения Швеции к данной рубрике относится СЭВ (F43.8).

При использовании позитронно-эмиссионной томографии было обнаружено, что потенциал связывания вводимого лиганда с рецепторами 5-НТ1А в передней

поясной коре, гиппокампе и островковой коре значительно снижался при наличии СЭВ. Также у участников со сформированным СЭВ не происходило активации передней поясной коры в ответ на обонятельную стимуляцию [102]. У участников, не подверженных эмоциональному выгоранию, обнаруживались больший объем скорлупы и хвостатого ядра, большая толщина медиальной префронтальной коры [175], а также более выраженная функциональная связь миндалевидного тела и префронтальной коры [248].

1.4.4. Методы коррекции эмоционального выгорания

Исследований эффективности интервенций, направленных на купирование или превенцию СЭВ, немного. Еще меньше рандомизированных контролируемых испытаний с несколькими, в том числе отдаленными оценками результатов вмешательств.

В рамках модели областей трудовой деятельности эмоциональное истощение можно уменьшить, снизив рабочую нагрузку, изменив режим труда и отдыха. В нескольких крупных исследованиях было показано, что сокращение рабочих часов [82, 246] и отпуск [137] способствуют снижению эмоционального истощения. «Деперсонализация» в большей степени указывает на утрату чувства общности с коллективом и соответствия ценностей работника и организации, что теоретически может быть исправлено через повышение вежливости в общении между коллегами посредством ролевых игр и выработки новых эффективных поведенческих паттернов [245], а также обсуждение адекватности ожидаемых результатов трудовой деятельности при имеющихся ресурсах [270]. Профессиональная эффективность во многом зависит от признания заслуг работника его коллегами и руководителями [121], что в модели областей трудовой деятельности описывается через домены «справедливость» и «вознаграждение», а также связано с достаточной обратной связью и осведомленностью о результатах своей деятельности.

Существуют две фундаментальные стратегии борьбы с СЭВ: создание более комфортной рабочей обстановки и развитие устойчивости персонала к трудностям трудового процесса. На этом основании интервенции, направленные на борьбу с СЭВ и факторами риска его развития, принято разделять на индивидуальные, организационные и смешанные.

Большая часть индивидуальных интервенций адаптирована из смежных исследований, направленных на борьбу со стрессом. В частности, к ним относятся развитие навыков копинга [282], когнитивно-поведенческие интервенции [154], применение техник релаксации [237], здоровый образ жизни и физические упражнения [130], развитие навыков осознанности и саморефлексии [122], физиотерапия [188, 202].

К исследуемым организационным интервенциям относятся изменение рабочего графика медицинского персонала [110], групповые тренинги [144], группы социальной поддержки [222], образовательные семинары [152], персонализация труда [244].

Вмешательств, направленных на купирование СЭВ у работников сферы психического здоровья в целом и врачей-психиатров в частности, очень мало. Систематический обзор литературы и мета-анализ К.С. Dreison с соавт. [159] свидетельствует, что в качестве мер для борьбы с эмоциональным выгоранием психиатрических работников в основном изучаются проведение различных образовательных семинаров, психотерапия, клиническая супервизия, тренинги коммуникативных навыков. Большинство интервенций относятся к организационным. Общий размер эффекта невелик (стандартизированная разница средних – 0.13), и он выше в тех работах, где отсутствовала группа контроля (0.15). Исследование показало, что организационные интервенции могут быть более эффективными в отношении редукции профессиональных достижений, а индивидуальные интервенции лучше купируют эмоциональное истощение, хотя

полученные результаты позволяют говорить лишь о тенденции без статистически значимых различий между типами вмешательств в обоих случаях.

В последнее время возрастает актуальность внедрения в медицинскую практику принципов персонализированной и доказательной медицины. Некоторые авторы считают, что такие нововведения могут способствовать не только повышению качества оказываемой медицинской помощи, но и снижению выраженности отдельных неблагоприятных профессиональных последствий, свойственных медицинской профессии, например СЭВ [161].

Главными проблемами, связанными с организацией и проведением исследований эффективности методов купирования СЭВ, являются недостаточное финансирование, гетерогенность выборок, чрезвычайно широкий спектр и необоснованный выбор изучаемых интервенций, а также несовершенный дизайн работ и некорректная обработка полученных результатов [48, 178].

Проведенный анализ современных публикаций, посвященных СЭВ у врачей-психиатров, выявил недостаточную изученность данной проблемы. Несмотря на растущий интерес к вопросам эмоционального выгорания в медицине, специфика его проявлений у психиатров, варианты его психопатологических проявлений, а также влияние на качество жизни врачей и результаты лечения пациентов остаются недостаточно исследованными.

Во-первых, сохраняется высокая гетерогенность данных о распространенности СЭВ среди психиатров, что затрудняет формирование единой эпидемиологической картины. Различия в используемых инструментах измерения, критериях СЭВ, региональных особенностях психиатрических служб и методологические недостатки исследований приводят к значительным расхождениям в оценках частоты выгорания – от 3.7% до 59.6% по оценкам зарубежных исследований и от 19.9% до 92.3% по оценкам отечественных публикаций, предполагаемый дефицит которых был подтвержден в ходе обзора.

Во-вторых, остается открытым вопрос о сопутствующих клинических проявлениях СЭВ. Современные исследования показывают, что психопатологическая структура СЭВ, его проявление в виде конвенциональных нозологических форм, таких как расстройства тревожно-депрессивного спектра, изучены недостаточно. Влияние профессионального стресса на формирование клинически очерченной психической патологии у психиатров требует дальнейшего уточнения, в том числе с учетом индивидуальных личностно-психологических особенностей.

В-третьих, несмотря на то, что по отдельности качество жизни и СЭВ изучаются в том числе и на выборках представителей медицинских профессий, влияние как самого эмоционального выгорания, так и отдельных его симптомов на различные аспекты качества жизни врачей, в частности, врачей-психиатров, остается неисследованным вопросом.

Наконец, практически не исследовано влияние СЭВ на качество оказываемой психиатрической помощи в РФ. Влияние эмоционального выгорания на значимые аспекты стационарного лечения пациентов психиатрического профиля, такие как длительность терапии, частота осложнений и неоптимальные психофармакологические практики, требует специального изучения.

Таким образом, некоторые аспекты СЭВ у отечественных врачей-психиатров остаются малоизученными. Устранение выявленных пробелов требует проведения комплексных исследований, включающих как эпидемиологический и клинико-психопатологический анализ, так и оценку влияния СЭВ на профессиональную деятельность и личную жизнь психиатров.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа имела комплексный дизайн и включала в себя обзор литературы, кросс-секционное исследование и исследование по типу «случай-контроль». Исследование одобрено Комитетом по Этике Медицинского института РУДН (заседание от 18.11.2025, протокол № 9). Проведенное исследование соответствовало Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г.

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

На 2 этапе исследования для изучения характеристик синдрома эмоционального выгорания и его связи с личностно-психологическими особенностями у московских врачей-психиатров было выполнено кросс-секционное исследование на базе двух государственных психиатрических больниц г. Москвы – ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13» ДЗМ г. Москвы и ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5» ДЗМ г. Москвы. С точки зрения эпидемиологической репрезентативности включение психиатров, работающих в условиях принудительного лечения, оправдано, поскольку данный вид помощи интегрирован в государственную систему психиатрии и формирует значимый сегмент профессиональной деятельности специалистов. Исключение этой группы привело бы к селекционному ограничению выборки и потенциальному искажению оценки распространенности синдрома эмоционального выгорания в генеральной совокупности государственных психиатров. Включение врачей с различным профилем госпитализации позволяет более корректно экстраполировать результаты на систему государственной психиатрической помощи в целом. С февраля 2018 г. по март 2022 г. всем психиатрам, работающим в стационарных отделениях вышеуказанных больниц, было предложено принять

участие в исследовании. Критериями включения являлись: стаж работы по специальности не менее одного года и 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, ординаторы, главные врачи и их заместители.

Принять участие в исследовании было предложено 142 психиатрам. Согласие на участие в исследовании было получено от 126 врачей, показатель отклика респондентов составил 89%. Выборка была разделена на две группы в зависимости от сформированности СЭВ. Для сравнительного анализа личностно-психологических особенностей подверженных эмоциональному выгоранию врачей-психиатров и их коллег без выявленного СЭВ производилось сравнение данных, полученных посредством батареи психометрических тестов, а также социодемографических характеристик в двух группах.

Для каждого участника заполнялась индивидуальная регистрационная карта, в которой отражались основные социодемографические и профессиональные характеристики: пол, возраст, место жительства, должность, трудовой стаж, наличие квалификационной категории и ученой степени, количество рабочих часов в неделю, семейное положение, наличие детей.

Для выявления СЭВ применялась шкала МВІ в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [10]. Пороговыми значениями в подшкалах являлись ≥ 25 , ≥ 11 и ≤ 30 для ЭИ, ДП и РПД соответственно. Следует отметить, что значение эмоционального выгорания в подшкале РПД инвертировано – более высокий балл свидетельствует о менее выраженном уровне выгорания, и наоборот. Критерием сформированного СЭВ служило сочетание высоких показателей эмоционального

истощения (ЭИ) и как минимум одного из двух других симптомов: «деперсонализации» (ДП) или редукации профессиональных достижений (РПД). Тяжелая форма синдрома устанавливалась при выявлении высоких значений по всем трем субшкалам опросника МВІ [120].

В ходе работы также были использованы следующие психометрические опросники, заполненные респондентами самостоятельно:

- опросник на эмоциональный интеллект (*ЭМИн*) Д.В. Люсина [27];
- 20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии (*The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale*) в адаптации Е.Г. Старостиной с соавт. [44];
- опросник диагностики агрессии А. Басса и М. Перри (*Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ-24*) в адаптации С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского [13];
- опросник «Диагностика рабочей мотивации» Р. Хакмана и Г. Олдхема (*Job Diagnostic Survey, JDS*) в адаптации И.Н. Бондаренко [5];
- вариант пятифакторного опросника личности («Большая пятерка») в адаптации А.Б. Хромова [46].

На 3 этапе работы исследовались психопатологические модели СЭВ посредством метода множественной логистической регрессии. В качестве клинических компонентов СЭВ были исследованы тревожные и депрессивные расстройства, выявленные с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*) [1]. Данный опросник состоит из двух подшкал, измеряющих уровень тревоги (*HADS-A*) и депрессии (*HADS-D*) респондента соответственно. В соответствии с рекомендациями крупных исследований валидности HADS [265], порогом клинической значимости для обеих субшкал был выбран уровень более 7 баллов. В качестве зависимых переменных выступали сформированный СЭВ, его тяжелая форма, а также высокие показатели по отдельным подшкалам МВІ (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. Максимальное количество возможных предикторов в модели вычислялось по формуле « $k = (n * P) / 10$ », где n = размер выборки, P – частота самого редкого из бинарных значений результирующей переменной, а k – количество возможных предикторов с округлением до целочисленных значений [50].

На 4 этапе работы для оценки влияния эмоционального выгорания на качество жизни (КЖ) врачей-психиатров был использован метод множественной линейной регрессии. КЖ респондентов измерялось при помощи сокращенной версии опросника ВОЗ «Качество жизни» (ВОЗКЖ-26) [217]. Зависимыми переменными выступали значения четырех доменов шкалы ВОЗКЖ-26 – «физическое здоровье» (ФЗ), «психологическое здоровье» (ПЗ), «социальные отношения» (СО) и «окружающая среда» (ОС). Максимальное количество возможных предикторов было установлено в соответствии с рекомендациями S.B. Green [142], согласно которым $N = 50 + 8 * m$, где N – количество наблюдений, а m – количество предикторов. В качестве предикторных переменных были использованы значения подшкал МВИ – ЭИ, ДП, РПД, а также пол и возраст респондентов.

Построение регрессионных моделей на 3 и 4 этапах исследования происходило в несколько стадий. Во-первых, вычислялся уровень корреляции количественных переменных, для чего использовался коэффициент корреляции Пирсона или ранговая корреляция Спирмена, которая применялась, если как минимум одна переменная из исследуемой пары была распределена ненормально. Кроме того, для предварительной оценки связи переменных при построении моделей множественной линейной регрессии использовался унивариантный анализ всех возможных комбинаций результирующих и предикторных переменных.

Во-вторых, для определения включаемых в модель переменных был использован метод прямого отбора. Порядок включения предикторов в модель определялся

посредством F-теста (*partial F-test*) в случае множественной линейной регрессии и теста отношения правдоподобия в случае множественной логистической регрессии. В первую очередь в модель включались те предикторы, которые максимально и статистически значимо снижали остаточную сумму квадратов линейной модели или остаточный девианс логистической модели. Конструирование модели завершалось, когда добавление новой независимой переменной не приводило к их статистически значимому снижению. Для повышения очевидной валидности (*face validity*) моделей линейной регрессии в каждую из них в качестве предиктора предварительно был включен фактор «возраст» вне зависимости от уровня статистической значимости его влияния на качество жизни.

В-третьих, в отношении каждой из построенных моделей проводилась проверка предположений регрессии. Для множественной линейной регрессии оценивались *линейность взаимосвязи зависимых и независимых переменных* (визуальная оценка), *независимость значений остатков* (визуальная оценка); *нормальность распределения остатков* (визуальная оценка и тест Шапиро-Уилка). Для моделей множественной логистической регрессии оценивались *независимость наблюдений* (обеспечивалась дизайном исследования и формально оценивалась тестом Дарбина-Уотсона), *линейность связи независимых переменных и логита* (визуальная оценка и тест Бокса-Гидвелла), *наличие выбросов и их влияние на модели* (оценка через визуализацию дистанции Кука). Для обоих классов моделей *мультиколлинеарность* оценивалась путем вычисления фактора инфляции дисперсии (*Variance Inflation Factor, VIF*); коллинеарность двух переменных констатировалась при $VIF > 5$. При построении моделей вычислялись устойчивые к гетероскедастичности стандартные ошибки коэффициентов (*HC3 standard errors*) по технологии В. Efron [176].

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. Медицинские карты отбирались в обратном хронологическом порядке в период, предшествовавший непосредственному интервьюированию респондентов. Таким образом, были изучены медицинские карты за декабрь и ноябрь 2017 года. Карта включалась в исследование, если отражала госпитализацию пациента в возрасте от 18 до 55 лет с диагнозом «F20.0» без сопутствующих психиатрических и наркологических заболеваний. Если за исследуемый период пациент госпитализировался в стационар несколько раз, в исследование включалась карта, отражавшая его последнюю госпитализацию. Медицинские карты были разделены на две группы по 100 в зависимости от наличия или отсутствия СЭВ у врача, курировавшего пациента. Смена курирующего врача не являлась основанием для невключения карты в данный этап исследования только в том случае, если все курирующие врачи относились к одной группе по признаку сформированности 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» [33]. В качестве основных критериев, на предмет соответствия которым изучались медицинские карты, использовались:

- 1) выполнение ежедневного осмотра пациента врачом-психиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях с оценкой эффективности курса терапии;
- 2) выполнение общего клинического анализа крови расширенного;
- 3) выполнение анализа крови по оценке нарушений липидного обмена биохимического;
- 4) выполнение исследования уровня глюкозы в крови;
- 5) выполнение электрокардиографии;

б) выполнение лечения антипсихотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).

Оценка соответствия медицинской помощи данным критериям проводилась бинарно и комплексно – констатировалось несоответствие оказанной помощи указанным критериям при невыполнении как минимум одной из описанных в них процедур.

В качестве дополнительных критериев оценки качества оказанной помощи использовались:

- 1) длительность госпитализации;
- 2) перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальный исход;
- 3) практика антипсихотической полипрагмазии (одновременное использование двух и более препаратов группы антипсихотиков);
- 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 построения регрессионных моделей использовались пакеты «Hmisc», «rms», «olsrr», «sandwich», «lmtest» и «car». Описательная статистика качественных данных включала вычисление относительных и абсолютных частот. Количественные данные описывались через меры центральной тенденции (медиана, среднее арифметическое), меры рассеяния (среднеквадратическое отклонение (*standard deviation, S.D.*), межквартильный размах, размах). Проводилась проверка гипотезы о соответствии распределения значений переменной нормальному при помощи теста Шапиро-Уилка (пороговый уровень статистической значимости $p < 0.05$). Тестирование гипотез производилось с помощью вычисления значения χ^2 (с

поправкой Йетса при необходимости) при анализе качественных данных и с помощью t-критерия Стьюдента с поправкой на равенство дисперсий и U-критерия Манна-Уитни при анализе количественных данных. 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 $p < 0.05$.

ГЛАВА 3. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Среди интервьюированных врачей было 72 женщины и 54 мужчины. Средний возраст респондентов составил 43.64 ± 11.51 года. Средний общий рабочий стаж психиатров – 20.83 ± 11.98 года; стаж работы по специальности – 15.67 ± 10.09 года. 48 респондентов занимали должность заведующего отделением, 78 – врача-психиатра. 67 опрошенных врачей не имели квалификационной категории. 11 психиатров являлись кандидатами медицинских наук. Самостоятельно и осознанно профессию врача-психиатра выбрали 102 опрошенных врача, в то время как 24 врача выбрали данную специальность по наставлению родственников или случайно. 57 врачей состояли в браке, у 92 респондентов были дети, 65 психиатров имели хронические заболевания, 33 курили. Детальное описание категориальных характеристик респондентов представлено в таблице 3.

Таблица 3. Социодемографические характеристики респондентов (качественные категории).

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 4.

Таблица 4. Социодемографические характеристики респондентов (количественные категории).

Характеристика	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)
Возраст, лет	43.6	43	11.5	35	51	26-81	0.005
Рабочие часы в неделю	44.5	45	4.4	45	45	27-54	< 0.001
Общий рабочий стаж, лет	20.8	20	11.9	11	30	2-59	< 0.001
Рабочий стаж в психиатрии, лет	15.7	15	10.1	8	21	2-58	< 0.001
Время на дорогу до работы, мин.	40.5	30	28.1	15	60	5-150	< 0.001
Часы занятий спортом в неделю	1.6	0	2.4	0	2	0-12	< 0.001
Систолическое АД	128	126.5	16.1	117	134.75	92-189	< 0.001
Диастолическое АД	81	80.5	9.2	75	87	56-109	0.766
ЧСС	73	74	9.6	67	78	51-96	0.271

При изучении заполненных респондентами психометрических инструментов пропусков в данных обнаружено не было. Высокий уровень ЭИ был обнаружен у 35 врачей-психиатров (27.8%), высокий уровень ДП – у 45 (35.7%), РПД – у 38 (30.2%). Согласно указанному в главе 2 критерию, сформированный СЭВ был выявлен у 33 психиатров (26.2%). Высокий уровень эмоционального выгорания как минимум по одной из трех подшкал был обнаружен у 58 врачей (46%), по двум подшкалам – у 42 психиатров (33.3%), а выгорание по трем подшкалам – у 18 (14.3%). Распределение обследованных в зависимости от наличия эмоционального выгорания в отдельных подшкалах МВІ представлено на рисунке 5.

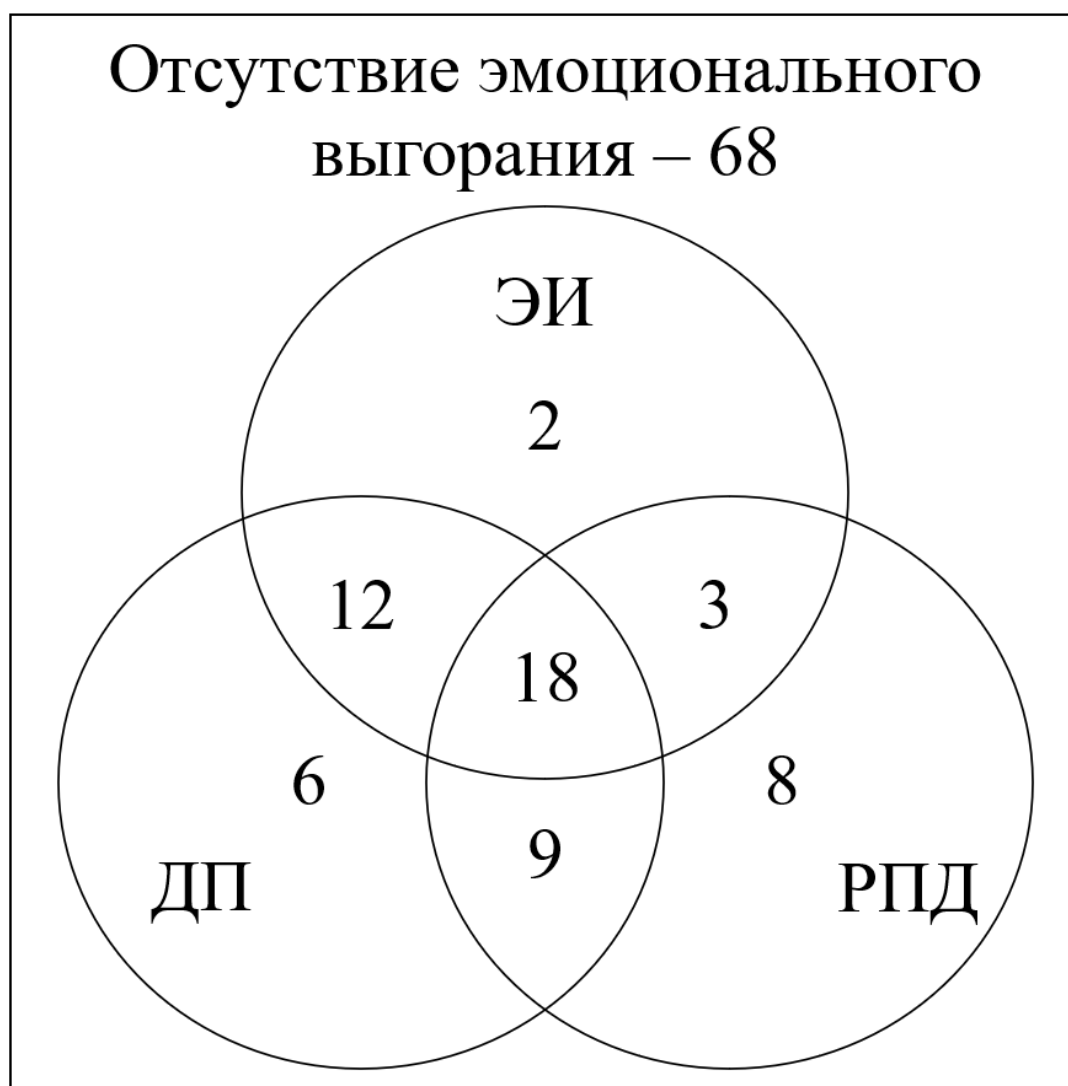


Рисунок 5. Число психиатров с высоким уровнем эмоционального выгорания в подшкалах МВИ. Среди социодемографических характеристик в двух группах респондентов не было выявлено статистически значимых различий. Распространенность СЭВ среди врачей, работавших в ПКБ № 5, оказывающей медицинскую помощь в рамках стационарного принудительного лечения, статистически значимо не отличалась от распространенности СЭВ среди психиатров, работающих в ПКБ № 13, которая является психиатрической больницей общего профиля. Детальное описание категориальных социодемографических характеристик в двух группах представлено в таблице 5.

Таблица 5. Социодемографические характеристики респондентов в зависимости от наличия СЭВ (качественные категории).

Группирующая характеристика	Значение признака	СЭВ +	СЭВ -	χ^2 (p)
Пол	Женщина	21 (16.7%)	51 (40.5%)	0.501
	Мужчина	12 (9.5%)	42 (33.3%)	
Место жительства	Город	19 (15.1%)	49 (38.9%)	0.779
	Село	14 (11.1%)	44 (34.9%)	
Выбор профессии	Несамостоятельный	11 (8.7%)	13 (10.3%)	0.029
	Самостоятельный	22 (17.5%)	80 (63.5%)	
Родственники в медицине	Есть	25 (19.8%)	66 (52.4%)	0.763
	Нет	8 (6.3%)	27 (21.4%)	
Тип отделения по половому составу пациентов	Женское	10 (7.9%)	11 (8.7%)	0.021
	Мужское	16 (12.7%)	68 (54.0%)	
	Смешанное	7 (5.6%)	14 (11.1%)	
Место работы	ПКБ № 5	13 (10.3%)	45 (35.7%)	0.492
	ПКБ № 13	20 (15.9%)	48 (38.1%)	
Должность	Заведующий отделением	14 (11.1%)	34 (27.0%)	0.698
	Врач-психиатр	19 (15.1%)	59 (46.8%)	
Квалификационная категория	Есть	18 (14.3%)	41 (32.5%)	0.406
	Нет	15 (11.9%)	52 (41.3%)	
Ученая степень	Есть	3 (2.4%)	8 (6.3%)	0.932
	Нет	30 (23.8%)	85 (67.5%)	
Совместительство	Внутреннее	23 (18.3%)	73 (57.9%)	0.415
	Внешнее	7 (5.6%)	11 (8.7%)	
	Нет	3 (2.4%)	9 (7.1%)	
Семейное положение	Состоит в браке	15 (11.9%)	42 (33.3%)	1
	Не состоит в браке	18 (14.3%)	51 (40.5%)	
Дети	Есть	23 (18.3%)	69 (54.8%)	0.786
	Нет	10 (7.9%)	24 (19.0%)	
Хронические заболевания	Есть	20 (15.9%)	45 (35.7%)	0.315
	Нет	13 (10.3%)	48 (38.1%)	
Курение	Да	9 (7.1%)	24 (19.0%)	0.950
	Нет	24 (19.0%)	69 (54.8%)	

Количественные характеристики двух групп респондентов представлены в таблице 6.

Таблица 6. Социодемографические характеристики респондентов в зависимости от наличия СЭВ (количественные категории).

Характеристика	СЭВ	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)	t/U-критерий (p)
Возраст, лет	+	42.6	42	10.1	35	51	26-66	0.336	0.691
	-	44.0	43	11.9	35	52	26-81	0.014	
Рабочие часы в неделю	+	44.8	45	4.6	45	45	36-54	< 0.001	0.670
	-	44.4	45	4.4	45	45	27-54	< 0.001	
Общий рабочий стаж, лет	+	19.2	19	9.9	11	26	2-38	0.575	0.553
	-	21.4	20	12.6	10.75	31.25	3-59	0.002	
Рабочий стаж в психиатрии, лет	+	15.5	15	8.5	10	22	2-35	0.300	0.716
	-	15.7	15	10.6	7	21	2-58	< 0.001	

Время на дорогу до работы, мин.	+	40.0	40	24.7	20	60	5-90	0.078	0.860
	-	40.7	30	29.3	15	60	5-150	< 0.001	
Часы занятий спортом в неделю	+	1.67	0	2.5	0	3	0-8	< 0.001	0.981
	-	1.56	0	2.4	0	2	0-12	< 0.001	
Систолическое АД	+	123	125	16.6	110	132	94-175	0.088	0.068
	-	129	127	15.6	119	137	92-189	< 0.001	
Диастолическое АД	+	79	78	9.1	73	85	60-100	0.991	0.084
	-	82	81	9.1	76	88	56-109	0.642	
ЧСС	+	74	75	10.4	67	82	51-90	0.113	0.618
	-	73	73	9.3	67	77	55-96	0.079	

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]. Частотные гистограммы, отображающие распределение значений в подшкалах МВИ, представлены на рисунках 6-8.

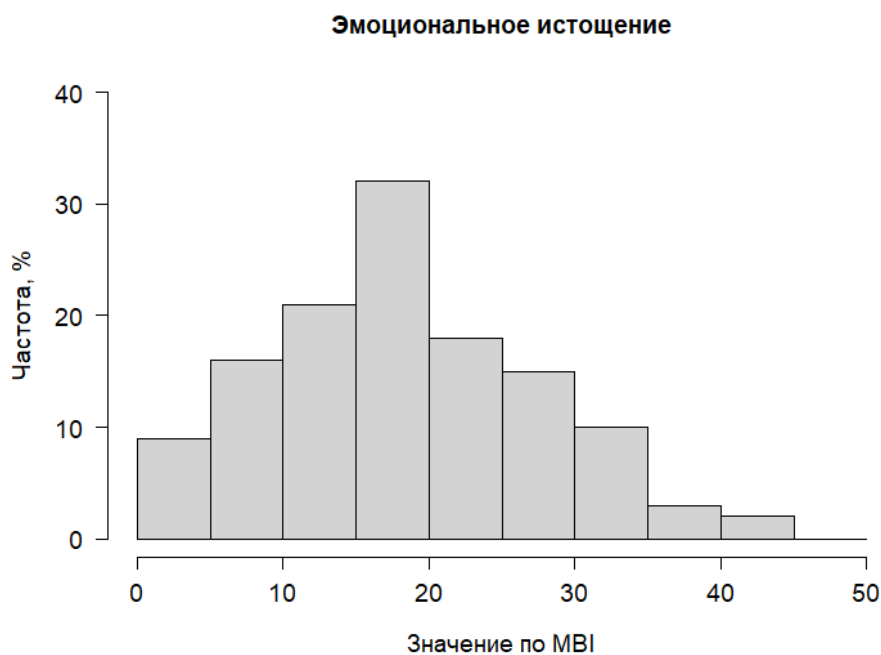


Рисунок 6. Распределение значений ЭИ среди респондентов.

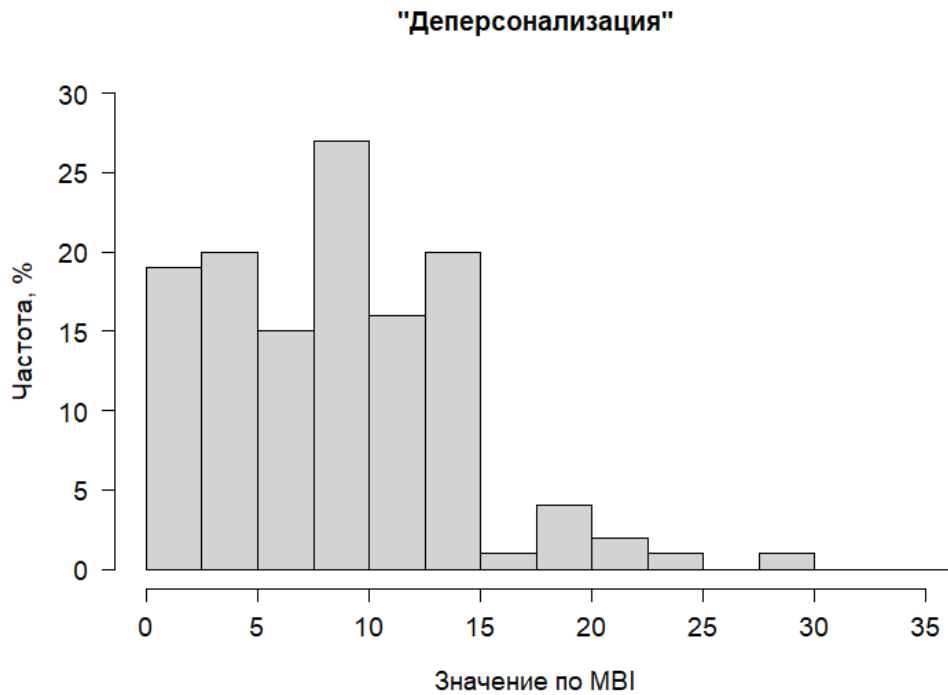


Рисунок 7. Распределение значений ДП среди респондентов.

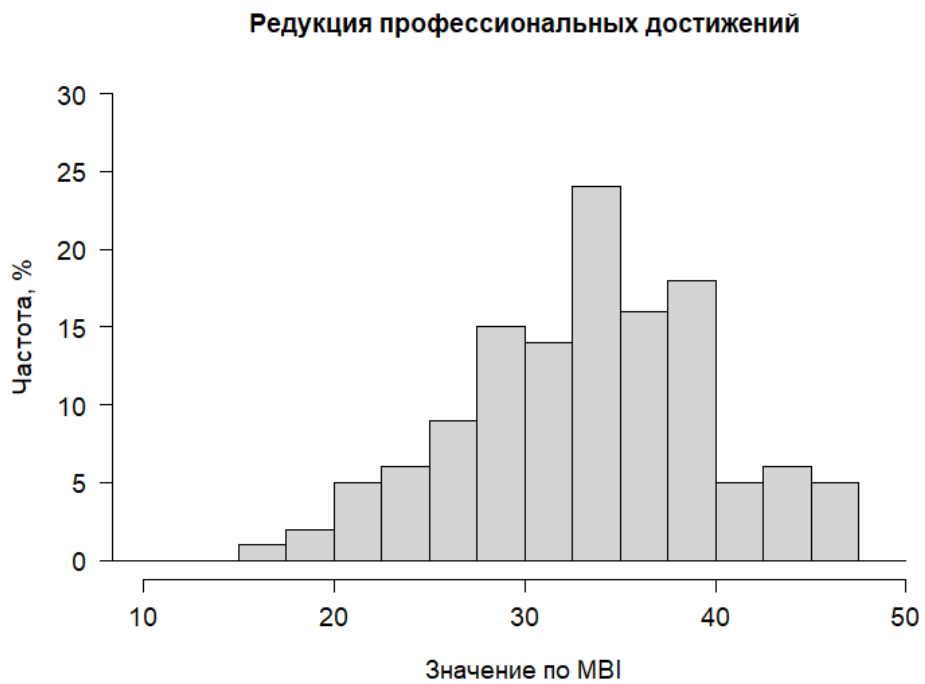


Рисунок 8. Распределение значений РПД среди респондентов.

В группе респондентов со сформированным СЭВ среднее значение по шкале ЭИ составило 30.79 ± 4.84 , их коллеги без выявленного СЭВ продемонстрировали более низкий уровень с медианой 16, межквартильным размахом [10-19] и диапазоном от 0 до 27. Значение параметра ДП также оказалось выше в группе психиатров с актуальным СЭВ – медиана равнялась 13, межквартильный размах составлял от 12 до 15, диапазон – от 6 до 28, в то время как респонденты, не подверженные эмоциональному выгоранию, продемонстрировали показатели с медианой 6, межквартильным размахом от 4 до 10 и диапазоном от 0 до 18. Средний балл по шкале РПД ожидаемо оказался выше среди психиатров без выявленного СЭВ (35.02 ± 5.86), чем у врачей со сформированным СЭВ (29.12 ± 5.67). Приведенные выше различия были статистически значимыми ($p < 0.001$). Детальное количественное описание характеристик эмоционального выгорания в двух группах представлено в таблице 7.

Таблица 7. Характеристики подшкал МВІ среди респондентов в зависимости от наличия СЭВ.

Характеристика	СЭВ	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)	t/U-критерий (p)
ЭИ	+	30.79	30	4.84	27	33	25-44	0.059	< 0.001
	-	14.66	16	6.03	10	19	0-27	0.029	
ДП	+	14.33	13	4.55	12	15	6-28	0.008	< 0.001
	-	6.60	6	4.14	4	10	0-18	0.024	
РПД	+	29.12	29	5.67	26	33	17-43	0.958	< 0.001
	-	35.02	35	5.86	32	38	19-47	0.167	

По результатам заполнения опросника на эмоциональный интеллект 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 субшкалы «управление своими эмоциями» (11.61 ± 3.24 и 15.17 ± 2.62). Статистически значимых различий между значениями в подшкалах Торонтской шкалы алекситимии в двух группах обнаружено не было, однако в группе врачей, подверженных СЭВ, на уровне тенденции выявлялись выраженные трудности

идентификации чувств (15.06 ± 6.31 и 11.17 ± 3.98 , $p = 0.002$), а также более высокий суммарный уровень алекситимии (45.24 ± 12.57 и 38.13 ± 9.27 , $p = 0.003$).

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). Различия по инструментальному («Физическая агрессия») и когнитивному («Враждебность») компонентам агрессии не достигали значимого уровня.

Данные, полученные при обработке опросников JDS, свидетельствуют о том, что врачи, подверженные эмоциональному выгоранию, были менее удовлетворены почти всеми оцениваемыми аспектами своей рабочей деятельности. Они обнаруживали меньший средний балл в подшкалах «общая удовлетворенность» (4.11 ± 0.71 и 5.35 ± 0.87), «удовлетворенность потребностью в росте» (4.12 ± 0.94 и 5.05 ± 0.94), «удовлетворенность безопасностью потери работы» (3.36 ± 1.35 и 4.54 ± 1.4), «социальная удовлетворенность» (4.5 ± 1.04 и 5.52 ± 0.87), «удовлетворенность руководством» (3.88 ± 1.21 и 5.26 ± 1.14). Разница в подшкалах «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 достигла порога статистической значимости.

Единственной личностной чертой из «Большой пятерки», в выраженности которой отличались респонденты двух групп, оказался нейротизм, представленный парой «эмоциональность-сдержанность». Респонденты с актуальным СЭВ обнаруживали более высокие значения в данной подшкале (52.54 ± 8.98), чем их коллеги без выявленного СЭВ (40.91 ± 10.59).

Характеристики, различие по которым между подверженными и неподверженными СЭВ психиатрами оказалось статистически значимым, представлены в таблице 8. Полное описание характеристик, по которым сравнивались две группы респондентов, представлено в приложении 4.

Таблица 8. Индивидуально-психологические характеристики респондентов в зависимости от наличия СЭВ (статистическая значимость различий $p < 0.001$).

Характеристика	СЭВ	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)
Внутриличностный эмоциональный интеллект	+	41.36	41	8.62	36	48	22-61	0.899
	-	48.32	48	6.79	44	53	30-66	0.959
Управление эмоциями	+	39.30	40	8.84	36	44	14-55	0.099
	-	47.20	47	6.57	43	51	30-64	0.772
Управление своими эмоциями	+	11.61	12	3.24	9	14	3-18	0.496
	-	15.17	15	2.62	13	17	10-21	0.038
Гнев	+	20.12	21	5.01	17	25	9-30	0.894
	-	16.53	16	5.32	13	20	7-30	0.166
Сумма баллов по шкале ВРАQ-24	+	64.51	66	14.83	53	72	37-98	0.890
	-	53.28	52	12.12	45	62	28-82	0.377
Общая удовлетворенность	+	4.11	4.2	0.71	3.8	4.6	2.4-5.6	0.931
	-	5.35	5.4	0.87	5	6	2.4-6.8	0.005
Удовлетворенность в потребности в росте	+	4.12	4.3	0.94	3.8	4.5	1.8-5.8	0.056
	-	5.05	5	0.93	4.5	5.8	2.8-7	0.010
Удовлетворенность в безопасностью потери работы	+	3.36	3.5	1.35	2.5	4.5	1-6	0.158
	-	4.54	5	1.40	3.5	5.5	1.5-7	0.001
Социальная удовлетворенность	+	4.50	4.7	1.04	3.7	5	2.3-6.3	0.649
	-	5.52	5.7	0.87	5	6	3.7-7	0.002
Удовлетворенность в руководством	+	3.88	4	1.21	3	4.7	1.3-6.3	0.487
	-	5.26	5.3	1.14	4.7	6	1.3-7	< 0.001
Нейротизм	+	52.54	51	8.98	45	59	36-72	0.187
	-	40.91	41	10.59	33	49	19-69	0.560

ГЛАВА 4. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

При обработке результатов, полученных при заполнении респондентами шкалы HADS, установлено, что у 64 (50.8%) врачей выявлялся значимый уровень депрессии, у 54 (42.9%) – значимый уровень тревоги. Сочетание значимых уровней тревоги и депрессии отмечалось у 26 респондентов (20.6%). Количественное описание выборочных значений в подшкалах MBI и HADS представлено в таблице 9.

Таблица 9. Количественные характеристики показателей HADS, MBI и возраста респондентов.

Характеристика	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)
HADS-A	7.19	7	3.97	5	10	0-18	0.029
HADS-D	7.49	8	3.57	5	10	0-19	0.031
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, лет	43.64	43	11.51	35	51	26-81	0.005

Респонденты со сформированным СЭВ обнаруживали более высокие уровни депрессии и тревоги. Детальное описание характеристик подшкал HADS представлено в таблице 10 и на рисунках 9 и 10.

Таблица 10. Характеристики значений подшкал HADS среди респондентов в зависимости от наличия СЭВ.

Характеристика	СЭВ	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)	t/U-критерий (p)
HADS-A	+	10.36	10	3.69	7	12	4-18	0.211	< 0.001
	-	6.06	6	3.43	4	8	0-15	0.093	
HADS-D	+	8.48	8	3.39	8	11	0-14	0.065	0.015
	-	7.14	7	3.58	4	9	1-19	< 0.001	

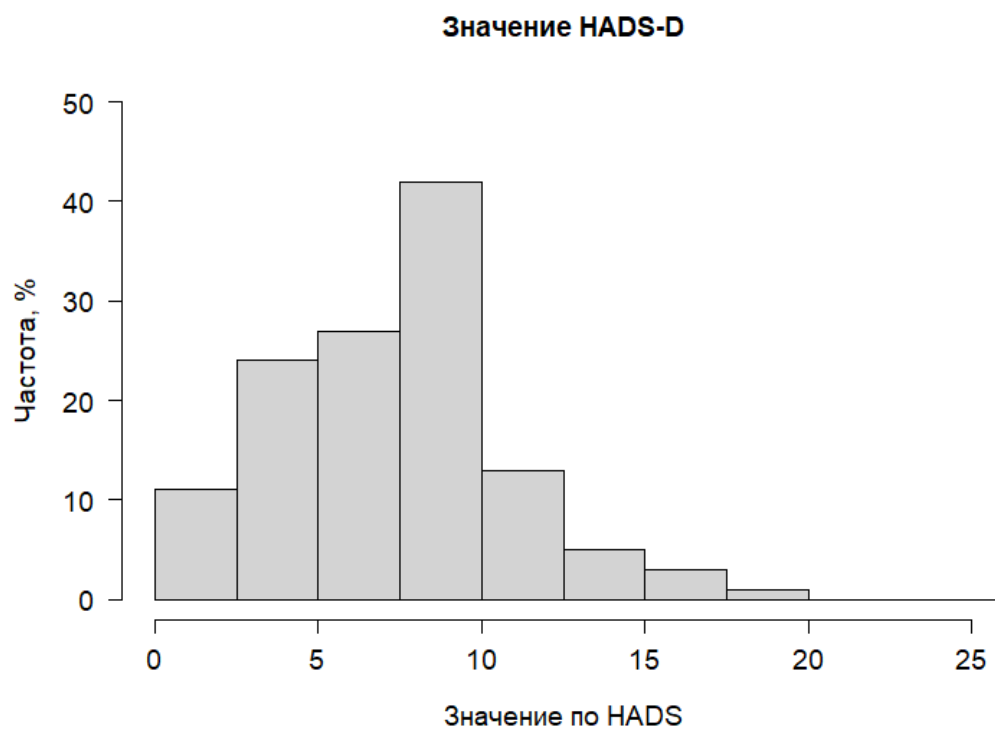


Рисунок 9. Распределение значений HADS-D среди респондентов.

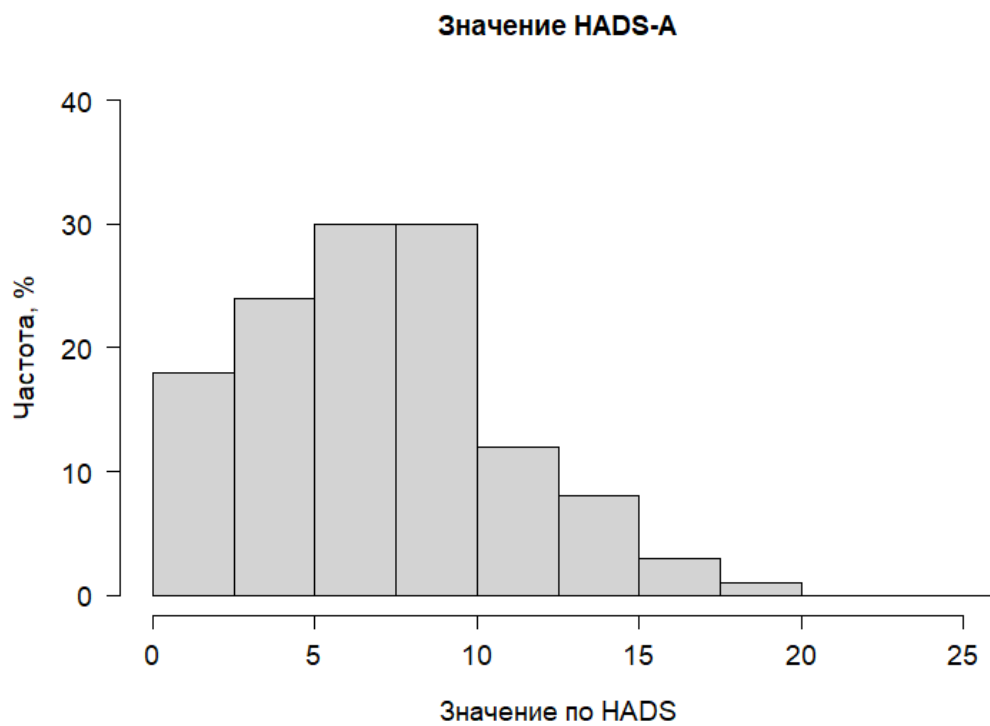


Рисунок 10. Распределение значений HADS-A среди респондентов.

У респондентов со сформированным СЭВ чаще встречались клинически значимые уровни депрессии и тревоги. Среди 18 врачей-психиатров с тяжелой формой СЭВ клинически выраженные тревога и депрессия обнаруживались у 15 и 12 человек соответственно. Случаи депрессии были значимо связаны с эмоциональным выгоранием во всех его проявлениях, в то время как случаи тревоги – только со сформированным СЭВ и высоким ЭИ (см. таблицу 11).

Таблица 11. Связь СЭВ и его симптомов со случаями депрессии и тревоги среди респондентов.

Группирующая характеристика	Значение признака	Значение HADS-D		χ^2 (p)	Значение HADS-A		χ^2 (p)
		> 7	≤ 7		> 7	≤ 7	
Наличие сформированного СЭВ	Да	25 (19.8%)	8 (6.3%)	0.002	23 (18.3%)	10 (7.9%)	< 0.001
	Нет	39 (30.9%)	54 (42.9%)		31 (24.6%)	62 (49.2%)	
Наличие тяжелой формы СЭВ	Да	15 (11.9%)	3 (2.4%)	0.006	12 (9.5%)	6 (4.8%)	0.051
	Нет	49 (38.9%)	59 (46.8%)		42 (33.3%)	66 (52.4%)	
Высокий уровень ЭИ	Да	25 (19.8%)	10 (7.9%)	0.007	24 (19.0%)	11 (8.7%)	< 0.001
	Нет	39 (30.9%)	52 (41.3%)		30 (23.8%)	61 (48.4%)	
Высокий уровень ДП	Да	39 (30.9%)	6 (4.8%)	< 0.001	24 (19.0%)	21 (16.7%)	0.113
	Нет	25 (19.8%)	56 (44.4%)		30 (23.8%)	51 (40.5%)	
Высокий уровень РПД	Да	25 (19.8%)	13 (10.3%)	0.044	21 (16.7%)	17 (13.5%)	0.098
	Нет	39 (30.9%)	49 (38.9%)		33 (26.2%)	55 (43.7%)	

Значения коэффициентов корреляции с уровнем их статистической значимости представлены в таблице 12. Направление корреляции во всех парах переменных соответствовало ожидаемым. Возраст не был значимо связан со значениями HADS-D и HADS-A, а корреляция между РПД и HADS-D оказалась на границе статистической значимости.

Таблица 12. Корреляция между значениями подшкал HADS, MBI и возрастом.

Характеристика	Значение HADS-D		Значение HADS-A	
	Коэффициент корреляции	p	Коэффициент корреляции	p
ЭИ	0.24	0.007	0.59	< 0.001
ДП	0.62	< 0.001	0.21	0.019
РПД	-0.17	0.051	-0.19	0.025
Возраст, лет	-0.14	0.112	0.15	0.090

Для модели наличия сформированного СЭВ максимальное количество предикторов ограничивалось 3, для наличия тяжелой формы СЭВ – 2, для наличия эмоционального выгорания по подшкалам ЭИ, ДП и РПД – 4, 5 и 4 соответственно. Регрессионный анализ продемонстрировал, что риск

формирования СЭВ ассоциирован с повышением уровня тревоги и наличием клинически значимой депрессии. Мужской пол, напротив, являлся протективным фактором, снижающим вероятность развития синдрома. Предиктором тяжелой формы СЭВ являлось сочетание клинически значимых тревоги и депрессии. Переменная «возраст» снижала остаточный девианс этой модели, при этом ее непосредственное влияние на результирующий показатель не достигало статистически значимого уровня. Риск эмоционального истощения был ассоциирован прежде всего с ростом тревоги и, в меньшей степени, с наличием клинически значимой депрессии. В свою очередь, предикторами «деперсонализации» выступали как выраженность депрессивной симптоматики, так и уровень тревоги. Редукция профессиональных достижений была связана с тревожно-депрессивной симптоматикой в наименьшей степени среди всех компонентов СЭВ (C-statistic = 0.687). Кроме того, в отношении этой модели не выполнялось предположение о линейности связи предикторов и логита как визуально, так и формально. Детальное описание моделей множественной логистической регрессии представлено в таблице 13.

Таблица 13. Регрессионные модели клинических проявлений СЭВ.

Предиктор	Estimate (S.E. HC3)	OИ (95% ДИ)	(Wald) Z	p	VIF
<i>Наличие СЭВ</i>					
intercept	-5.3892 (1.0546)		-5.1100	< 0.001	
HADS-A	0.4130 (0.0838)	1.51 (1.30-1.82)	4.9283	< 0.001	1.00
Случай Д	2.2852 (0.6794)	10.86 (3.47-41.43)	3.5107	< 0.001	1.02
Мужской пол	-1.1218 (0.5342)	0.33 (0.10-0.95)	-2.1000	0.036	1.02
	LRT = 51.5 (< 0.001)	C-statistic = 0.87	DW p = 0.602	BT p = 0.219	
<i>Наличие тяжелой формы СЭВ</i>					
intercept	-0.4961 (1.2082)		-0.4106	0.681	
Случай Д и Т	2.3999 (0.6139)	11.02 (3.63-36.76)	3.9091	< 0.001	1.00
Возраст, лет	-0.0511 (0.0281)	0.95 (0.90-1.00)	-1.8165	0.069	1.00
	LRT = 21.1 (< 0.001)	C-statistic = 0.817	DW p = 0.859	BT p = 0.815	
<i>Наличие СЭВ в подшкале ЭИ</i>					
intercept	-4.8827 (0.8701)		-5.6119	< 0.001	
HADS-A	0.3661 (0.0684)	1.44 (1.26-1.70)	5.3512	< 0.001	1.00
Случай Д	1.6795 (0.5809)	5.36 (2.00-16.14)	2.8909	0.004	1.00
	LRT = 43.4 (< 0.001)	C-statistic = 0.841	DW p = 0.755	BT p = 0.327	
<i>Наличие СЭВ в подшкале ДП</i>					
intercept	-6.3118 (1.2083)		-5.2238	< 0.001	
HADS-D	0.5061 (0.1078)	1.66 (1.39-2.06)	4.6956	< 0.001	1.00
HADS-A	0.2264 (0.0683)	1.25 (1.11-1.44)	3.3138	< 0.001	1.00

	LRT = 55.8 (< 0.001)	C-statistic = 0.873	DW p = 0.189	BT p = 0.848	
<i>Наличие СЭВ в подшкале РПД</i>					
intercept	-2.3477 (0.5784)		-4.0590	< 0.001	
HADS-A	0.1299 (0.0592)	1.14 (1.03-1.27)	2.1947	0.028	1.00
Случай Д	0.9573 (0.4186)	2.60 (1.17-6.06)	2.2870	0.022	1.00
	LRT = 11.5 (0.003)	C-statistic = 0.687	DW p = 0.981	BT p = 0.009	

Прим.: BT p – уровень значимости теста Бокса-Тидвелла; C-statistic – площадь под ROC-кривой; DW p – уровень значимости теста Дарбина-Уотсона; LRT – значение теста отношения правдоподобия по сравнению с моделью без предикторов с уровнем статистической значимости; S.E. HC3 – значение устойчивых к гетероскедастичности стандартных ошибок; (Wald) Z – значение z-статистики критерия Вальда; Случай Д – наличие клинического уровня депрессии; Случай Д и Т – наличие клинических уровней депрессии и тревоги; ОШ – отношение шансов.

Проведенный анализ выявил значительную распространенность тревожно-депрессивных симптомов среди врачей-психиатров, что подтверждает их высокую уязвимость к профессиональному стрессу. Полученные данные демонстрируют, что клинический уровень депрессии характерен для 50.8% респондентов, клиническая тревога – для 42.9%.

Результаты корреляционного анализа подтвердили тесную взаимосвязь между показателями эмоционального выгорания и тревожно-депрессивной симптоматикой. Наиболее выраженные корреляции наблюдались между уровнем депрессии и «деперсонализацией» ($r = 0.62$, $p < 0.001$), а также уровнем тревоги и эмоциональным истощением ($r = 0.59$, $p < 0.001$). Эти данные демонстрируют комплексную связь аффективных нарушений и СЭВ, где депрессивная симптоматика преимущественно связана с его когнитивно-поведенческими аспектами, а тревога – с эмоционально-энергетическим истощением.

Модели множественной логистической регрессии позволили выявить ряд закономерностей. Формирование синдрома эмоционального выгорания было ассоциировано с повышенным уровнем тревоги (ОШ 1.51; 95% ДИ [1.30-1.82]) и наличием клинического уровня депрессии (ОШ 10.86; 95% ДИ [3.47-41.43]). Тяжелая форма СЭВ проявлялась сочетанием клинических случаев тревоги и депрессии (ОШ 11.02; 95% ДИ [3.63-36.76]).

При анализе отдельных компонентов эмоционального выгорания было обнаружено, что высокий уровень ЭИ преимущественно был связан с повышенной тревогой (ОШ 1.44; 95% ДИ [1.26-1.70]), в меньшей степени – с наличием клинически выраженной депрессии (ОШ 5.36; 95% ДИ [2.00-16.14]). ДП определялась выраженностью депрессии (ОШ 1.66; 95% ДИ [1.39-2.06]) и, менее значительно, выраженностью тревоги (ОШ 1.25; 95% ДИ [1.11-1.44]). РПД была связана с расстройствами тревожно-депрессивного спектра слабее других компонентов СЭВ и определялась уровнем тревоги (ОШ 1.14; 95% ДИ [1.03-1.27]) и наличием клинического уровня депрессии (ОШ 2.60; 95% ДИ [1.17-6.06]).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о существовании по меньшей мере трех различных паттернов развития эмоционального выгорания 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 подшкалам МВІ в сочетании с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой. Для иллюстрации указанных вариантов СЭВ приводятся три клинических примера.

4.1. Клинический пример № 1: «тревожно-истощенный» вариант синдрома эмоционального выгорания

Обследуемая С., 50 лет, заведующая женским общепсихиатрическим отделением. Выросла в семье врачей – мать работала терапевтом, отец хирургом. С детства воспитывалась в атмосфере, где ценность медицинской профессии не подвергалась сомнению. В школьные годы отличалась перфекционизмом и высокой успеваемостью, особенно по естественнонаучным дисциплинам. Выбор профессии был самостоятельным, поступила в медицинский ВУЗ сразу после

окончания школы. Во время учебы отмечала особый интерес к психиатрии, который сохранился на протяжении всей профессиональной карьеры. После окончания ординатуры начала работать в психиатрической больнице, где последовательно прошла путь от врача-ординатора до заведующей отделением. Разведена, воспитывает двух дочерей 18 и 22 лет. Из хобби отмечает только чтение профессиональной литературы, последние годы «не доходит даже до этого».

Первые два года после назначения на должность заведующей отделением работа приносила удовлетворение, однако затем начали появляться первые признаки переутомления. Три года назад стала отмечать нарастающее чувство постоянной усталости, нарушения сна, навязчивые опасения о возможных ошибках в работе и выраженную тревогу. Симптомы первоначально списывала на адаптацию к новой должности и повышенную нагрузку на работе, однако постепенно стала замечать, что даже продолжительный отдых не приносит облегчения. Особенно тяжелым стал период после реорганизации больницы, когда пришлось совмещать административные обязанности с лечебной работой при сокращении штата. Постоянное чувство усталости стало фоном повседневной жизни, при этом обследуемая отмечает сочетание физического истощения с психическим возбуждением: «Тело как ватное, а в голове – каша из тревожных мыслей». Трудности с засыпанием сопровождались навязчивыми мыслями о нерешенных рабочих вопросах, возможных ошибках в лечении пациентов, опасениях не успеть выполнить административные задачи.

Особенно тревожит обследуемую изменение отношения к работе. С одной стороны, она по-прежнему чувствует сильную профессиональную мотивацию и желание развиваться (что подтверждается высокими показателями по подшкале JDS «потребность в профессиональном росте» – 5.7). С другой – все чаще замечает, что мысли о новом рабочем дне стали вызывать у нее тревожные переживания, опасения новых проблем, решение которых может быть

затруднительно при наличии имеющихся профессиональных ресурсов. При этом отмечает парадоксальную ситуацию – несмотря на высокую загруженность и формально хорошие показатели работы отделения, она практически не получает обратной связи ни от руководства, ни от коллег (2 балла по подшкале «обратная связь от других»), что усиливает чувство профессиональной неопределенности.

У обследуемой преобладают симптомы эмоционального истощения (32 балла по подшкале ЭИ) с выраженной тревожной окраской (18 баллов по HADS-A). Обследуемая описывает постоянное чувство внутреннего напряжения, которое не покидает ее даже в выходные дни. Физически это проявляется учащенным сердцебиением, ощущением «комка в горле», эпизодами учащения дыхания. При этом депрессивная симптоматика (6 баллов по HADS-D) выражена минимально, отсутствуют идеи вины или суицидальные мысли.

Выраженность «деперсонализации» (9 баллов) находится на уровне средней по выборке (8.6), что отличает данный случай от классических описаний СЭВ, где часто встречается эмоциональное отстранение от реципиентов помощи. Обследуемая по-прежнему глубоко переживает за своих пациентов, иногда, даже чрезмерно, что становится дополнительным источником стресса. Редукция профессиональных достижений (30 баллов) выражена умеренно.

Серьезно пострадало качество жизни в плане социальных отношений – 33.25 балла по шкале ВОЗКЖ-26 при среднем по выборке 66.5. Обследуемая сообщает, что ее беспокоят сократившиеся контакты с друзьями и родственниками в связи с высокой рабочей нагрузкой. Имеющиеся хронические заболевания (артериальная гипертензия, хронический гастрит) обострились на фоне постоянного стресса, однако обследуемая откладывает визиты к специалистам, объясняя это нехваткой времени. В профессиональной деятельности обследуемая стала более осторожной в принятии решений, иногда чрезмерно затягивает с выпиской стабилизировавшихся пациентов. Объясняет это «возросшей ответственностью».

Данный клинический пример иллюстрирует «тревожно-истощенный» вариант СЭВ, который отличается от классических описаний СЭВ сохранением профессиональной мотивации и отсутствием эмоционального отстранения от пациентов при выраженном тревожном компоненте. Вероятно, важную роль в развитии данного состояния сыграл конфликт между высокими профессиональными амбициями и объективными ограничениями системы здравоохранения, что создало почву для хронического стресса. Социальная изоляция выступила следствием эмоционального истощения, сформировав порочный круг – отсутствие поддержки усугубило стресс, который в свою очередь сделал невозможным восстановление через социальные контакты. Этот случай демонстрирует необходимость дифференцированного подхода к профилактике и коррекции СЭВ у врачей-психиатров с учетом преобладающей симптоматики. Для данного варианта особенно важными представляются работа с тревожными проявлениями, восстановление социальных связей и организационные изменения, направленные на создание системы поддержки высокомотивированных специалистов.

4.2. Клинический пример № 2: «депрессивно-деперсонализационный» вариант синдрома эмоционального выгорания

Обследуемая К., 27 лет, врач-психиатр женского отделения первого психотического эпизода. Родилась и выросла за городом, в семье, не связанной с медициной – родители работали в сельском хозяйстве. С детства проявляла интерес к гуманитарным наукам, решение стать врачом приняла самостоятельно, руководствуясь желанием «помогать самым уязвимым». После окончания медицинского университета целенаправленно выбрала психиатрию, пройдя конкурс в ординатуру. Не замужем, детей нет, активно занимается спортом (около 8 часов в неделю), что изначально служило эффективным способом снятия стресса.

Профессиональный путь характеризуется достаточно быстрым погружением в специальность. После трех лет работы отмечает нарастающее разочарование в выбранной профессии. «Я представляла себе работу иначе – больше глубокого контакта с пациентами, больше возможностей для реальной помощи. А на практике – бесконечная бумажная работа, формальности и ощущение, что ты не врач, а администратор». Отмечает утрату смысла в работе, апатию, утрату сочувствия к пациентам. Указанная симптоматика прослеживается с момента, когда обследуемая начала работать самостоятельно после окончания ординатуры. Первые месяцы были наполнены энтузиазмом, однако постепенно стало нарастать чувство разочарования. Переломным моментом стало осознание «рутинности» работы, что подтверждается низким значением по подшкале JDS «разнообразие профессиональных навыков» – 3.3. Особенно тяжело переживает отсутствие видимых результатов работы. Обследуемая обнаруживает выраженный «деперсонализационный» компонент (13 баллов по подшкале ДП) при минимальных показателях эмоционального истощения (18 баллов) и низком уровне эмоционального выгорания в подшкале «редукция профессиональных достижений» (46 баллов). Обследуемая описывает свое состояние как «эмоциональное перегорание»: «Я вижу пациентов, слышу их жалобы, но внутри – пустота. Раньше переживала за каждого, сейчас просто механически выполняю обязанности, вижу сочетание симптомов, а не человека». Значительно выражена депрессивная симптоматика (19 баллов по HADS-D), проявляющаяся в стойком снижении настроения, потере профессиональной мотивации и чувстве собственной несостоятельности. При этом уровень тревоги минимален (7 баллов по HADS-A).

Обследуемая демонстрирует высокие показатели эмоционального интеллекта, особенно в сфере межличностных отношений (63 балла по подшкале «межличностный эмоциональный интеллект» ЭМИн). Она прекрасно распознает эмоции пациентов (35 баллов в подшкале «понимание чужих эмоций»), однако

эти способности стали источником дополнительного стресса: «Я вижу, что пациенту плохо, понимаю, как ему помочь, но не могу этого сделать из-за бюрократических преград».

Социальная сфера жизни остается благополучной – показатель качества социальных отношений достигает максимальных значений (100 баллов по шкале ВОЗКЖ-26). Обследуемая поддерживает активные контакты с друзьями, занимается спортом в группе, что служит важным ресурсом компенсации профессионального стресса. Однако именно этот контраст между успешной личной жизнью и профессиональным неблагополучием усиливает внутренний конфликт: «С друзьями я – живой человек, на работе – действую словно на автопилоте».

Профессиональная деятельность характеризуется нарастающей «деперсонализацией». Обследуемая формально выполняет все обязанности, но без эмоциональной вовлеченности: «Заполняю истории болезни, назначаю терапию, но делаю это механически». Особенно тяжело переживает утрату смысла работы, что подтверждается низкими значениями в подшкале JDS «осознаваемый смысл работы» (3.3 балла) на фоне высоких профессиональных амбиций (6 баллов по подшкале «потребность в профессиональном росте и развитии»).

Этот клинический случай иллюстрирует «депрессивно-деперсонализационный» вариант синдрома эмоционального выгорания, который развился у молодого специалиста с изначально высокой мотивацией. Ключевым патогенетическим фактором выступил конфликт между ожиданиями от профессии и реальностью психиатрической практики, что привело к эмоциональному отстранению, вероятно, исполняющему функцию психологической защиты. Диссонанс между желанием развиваться и отсутствием видимых перспектив усугубил депрессивную симптоматику. Особенностью данного случая является сохранение

социальных ресурсов при выраженном профессиональном неблагополучии, что открывает возможности для психотерапевтической коррекции через активацию внешних поддерживающих ресурсов.

4.3. Клинический пример № 3: «тяжелый сочетанный» вариант синдрома эмоционального выгорания

Обследуемый К., 28 лет, врач-психиатр мужского острого отделения, в котором работает почти 4 года. Рос в семье с тремя поколениями медицинских работников, с детства испытывал давление родительских ожиданий. Мечтал о карьере в IT-сфере, но подчинился воле родителей, поступив в медицинский университет. В течение всего периода обучения отмечал отсутствие интереса к медицине, но успешно завершил высшее образование и интернатуру по специальности «психиатрия». Проживает в частном доме за городом, недалеко от места работы. В браке 3 года, детей нет – сознательное решение, которое обследуемый объясняет «нестабильностью профессии и собственным эмоциональным состоянием». Из увлечений упоминает только просмотр фильмов и видеоигры, от занятий спортом отказался после начала работы в стационаре, ссылаясь на постоянную усталость.

Развитие симптоматики носило постепенный, прогрессирующий характер. Первые признаки появились на втором году работы – повышенная раздражительность в конце смены, трудности с засыпанием, навязчивые мысли о рабочих ситуациях. Через год присоединилось чувство «эмоционального онемения», которое обследуемый описывал как «исчезновение всяких чувств к пациентам». В последний год отмечает эпизоды выраженной отстраненности, «выпадения» во время работы – обследуемый описывает состояния, когда «смотришь на пациента и не понимаешь, кто он и зачем здесь», «тело работает автоматически, а сознание где-то далеко». Критическим моментом стало

появление эпизодов тревоги перед началом рабочего дня и навязчивых мыслей о возможности причинения вреда пациентам.

Случай характеризуется триадой классических симптомов СЭВ, но с выраженным преобладанием «деперсонализационного» компонента. Эмоциональное истощение (31 балл) проявляется постоянным чувством усталости, которое не проходит даже после длительного отдыха, ощущением «опустошенности и выжатости» после рабочего дня, трудностями концентрации внимания при заполнении документации. «Деперсонализация» достигла крайней степени выраженности (19 баллов) – обследуемый признает, что воспринимает пациентов как «набор симптомов», избегает зрительного контакта во время беседы, использует формальные, лишённые эмпатии формулировки. Редукция профессиональных достижений выражена умеренно (29 баллов).

Показатели по шкале HADS демонстрируют клинически значимые уровни депрессии (13 баллов) и тревоги (11 баллов). Депрессивная симптоматика проявляется стойким снижением настроения, особенно в вечернее время суток, ангедонией, энергетическим истощением. Тревога носит преимущественно профессиональный характер – навязчивые мысли о возможных ошибках в лечении, страх «не справиться с нагрузкой», катастрофизация незначительных формальных ошибок. Обследуемый признает, что «иногда хочется все бросить и уехать куда-нибудь, где никто не знает о моей профессии».

Профиль по шкале ЭМИн демонстрирует тотальный дефицит всех компонентов эмоционального интеллекта: межличностный эмоциональный интеллект развит слабо (25 баллов) – обследуемый испытывает выраженные трудности в распознавании эмоций не только пациентов, но и коллег, не всегда понимает их мотивацию. Контроль собственных эмоций (26 баллов) и контроль экспрессии (5 баллов) существенно нарушены, что выражается в частых, слабоконтролируемых вспышках вербальной агрессии. Способность управления чужими эмоциями

также развита слабо (9 баллов). При этом показатели агрессии по шкале Басса-Перри достигают критических значений: физическая агрессия – 36 баллов при среднем значении 19.9, враждебность – 32 балла при среднем по выборке 18.9, общий балл по шкале ВРАQ-24 – 95 при среднем уровне 56.2. Таким образом, у обследуемого низкие показатели эмоционального интеллекта сочетаются с высоким уровнем агрессивности.

Выраженная алекситимия проявляется фундаментальными трудностями в идентификации собственных эмоциональных состояний (29 баллов при среднем 12.2) – обследуемый сам отмечает, что описывает свои переживания односложно, широкими категориями по типу «плохо-хорошо», не дифференцируя нюансы эмоций. Внешне-ориентированное мышление (29 баллов при среднем 17.3) отражает тенденцию к конкретному, поверхностному мышлению с фокусом на внешних обстоятельствах и избеганием анализа внутренних переживаний.

Обследуемый характеризует свою профессиональную деятельность как «глубокий экзистенциальный кризис». Он описывает свою работу как «бесконечный конвейер, где люди – просто детали». Показатели подшкал JDS свидетельствуют о тотальной утрате профессиональной мотивации: низкие уровни завершенности рабочего задания (3.0 при среднем 5.3) и значимости рабочего задания (4.0 при среднем 6.2) указывают на восприятие труда как бессмысленной рутины; также в структуре профессиональной деформации отмечаются минимальное взаимодействие с коллегами (4.0 при среднем 5.9) и отсутствие осознаваемого смысла работы (2.8 при среднем 5.0).

Качество жизни существенно снижено, особенно в сфере психологического здоровья (37.5 баллов по шкале ВОЗКЖ-26 при среднем 68.0). Обследуемый описывает свое состояние как «существование на автопилоте». Качество социальных отношений также снижено (33.25 при среднем 66.5). Обследуемый сообщает, что сознательно избегает любого неформального общения на работе, а

вне ее сократил количество подобных контактов до минимума – общается с двумя-тремя друзьями. Отношения с родителями, напротив, носят формальный характер, обследуемый скрывает от них свои профессиональные трудности.

Данный случай представляет собой тяжелый полиморфный вариант СЭВ с преобладанием аффективной лабильности и чувства снижения трудовой самореализации, развившихся у специалиста в условиях хронического профессионального стресса. Вероятно, значительную роль в развитии данного состояния сыграли внутренний конфликт между личными предпочтениями и выбором специальности, а также работа в условиях высокой нагрузки и эмоционального напряжения без адекватной поддержки со стороны коллег. Особенностью данного варианта оказалось сочетание высокой алекситимии, низкого эмоционального интеллекта и эпизодов агрессивного поведения. Потенциальная коррекция должна иметь комплексный характер, с акцентом на развитие эмоциональной компетентности через когнитивно-поведенческую терапию и специализированные тренинги эмоционального интеллекта.

ГЛАВА 5. ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Согласно опроснику ВОЗКЖ-26, 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 оценили 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.

Количественное описание результатов, полученных при помощи МВИ и ВОЗКЖ-26, представлено в таблице 14. Представленные переменные, а также возраст и пол были использованы при построении уравнений множественной линейной регрессии.

Таблица 14. Характеристики значений подшкал ВОЗКЖ-26, МВИ и возраста респондентов.

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	12.30	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, лет	43.64	43	11.51	35	51	26-81	0.005

Значения коэффициентов корреляции с уровнем их статистической значимости представлены в таблице 15. Направление корреляции во всех парах зависимых и независимых переменных соответствовало ожидаемым. Результаты продемонстрировали отсутствие статистически значимой корреляционной связи между РПД и СО. Возраст не был статистически значимо ассоциирован с другими переменными. Среди потенциальных предикторов высокий уровень корреляции обнаруживался между ЭИ и ДП, что косвенно указывало на их возможную коллинеарность.

Таблица 15. Корреляция между значениями подшкал ВОЗКЖ-26, МВІ и возрастом респондентов.

	ФЗ	ПЗ	СО	ОС	ЭИ	ДП	РПД	Возраст
ФЗ	1.00							
ПЗ	0.58 p < 0.001	1.00						
СО	0.45 p < 0.001	0.53 p < 0.001	1.00					
ОС	0.62 p < 0.001	0.62 p < 0.001	0.39 p < 0.001	1.00				
ЭИ	-0.61 p < 0.001	-0.60 p < 0.001	-0.45 p < 0.001	-0.58 p < 0.001	1.00			
ДП	-0.42 p < 0.001	-0.38 p < 0.001	-0.25 p = 0.046	-0.45 p < 0.001	0.67 p < 0.001	1.00		
РПД	0.51 p < 0.001	0.49 p < 0.001	0.17 p = 0.054	0.46 p < 0.001	-0.44 p < 0.001	-0.42 p < 0.001	1.00	
Возраст	-0.15 p = 0.095	-0.11 p = 0.216	-0.07 p = 0.421	-0.05 p = 0.559	0.00 p = 0.979	-0.13 p = 0.159	0.08 p = 0.359	1.00

Унивариантный анализ показал (см. таблицу 16), что каждая из трех подшкал МВІ была статистически значимо связана с качеством жизни во всех доменах ВОЗКЖ-26, за исключением пары «РПД – СО». Пол не влиял на КЖ респондентов, в то время как возраст был отрицательно связан с доменом ФЗ, но не с другими переменными.

Таблица 16. Результаты унивариантного анализа связи КЖ и СЭВ.

Предиктор	B	S.E. HC3	t	p	R²
<i>Физическое здоровье</i>					
ЭИ	-0.9078	0.1110	-8.1766	< 0.001	0.371
ДП	-1.0433	0.2186	-4.7721	< 0.001	0.174
РПД	1.0901	0.1610	6.7698	< 0.001	0.258
Возраст, лет	-0.1999	0.1053	-1.8993	0.049	0.029
Пол	1.4066	2.4279	0.5794	0.563	0.003
<i>Психологическое здоровье</i>					
ЭИ	-0.8028	0.1059	-7.5790	< 0.001	0.355
ДП	-0.8972	0.1967	-4.5609	< 0.001	0.157
РПД	0.9407	0.1388	6.7787	< 0.001	0.236
Возраст, лет	-0.0834	0.0918	-0.9085	0.365	0.006
Пол	0.6505	2.2111	0.2942	0.769	0.001
<i>Социальные отношения</i>					
ЭИ	-0.8628	0.1515	-5.6938	< 0.001	0.216
ДП	-0.8758	0.2682	-3.2659	0.001	0.079
РПД	0.5436	0.2441	2.2268	0.028	0.042
Возраст, лет	-0.1027	0.1284	-0.8002	0.425	0.005
Пол	-0.2674	3.0697	-0.0871	0.931	0.001
<i>Окружающая среда</i>					
ЭИ	-0.7788	0.1029	-7.5669	< 0.001	0.339
ДП	-0.9399	0.2029	-4.6313	< 0.001	0.176
РПД	0.8866	0.1678	5.2836	< 0.001	0.213

Возраст, лет	-0.0797	0.1022	-0.7803	0.437	0.006
Пол	0.3044	2.2221	0.137	0.891	0.001

Прим.: B – регрессионный коэффициент; R^2 – коэффициент детерминации; $S.E.$ $HC3$ – значение устойчивых к гетероскедастичности стандартных ошибок; t – значение критерия Стьюдента.

Регрессионный анализ позволил выявить специфику влияния компонентов СЭВ на качество жизни врачей. С повышением ЭИ и возраста ФЗ респондентов снижалось, в то время как отсутствие признаков редукции профессиональных достижений было ассоциировано с более высоким уровнем физического здоровья. Уровень ЭИ респондентов был отрицательно связан с показателем ПЗ, а количество баллов в подшкале РПД – положительно. Качество социальных отношений снижалось только при увеличении эмоционального истощения, при этом доля дисперсии, объясняемая построенной моделью, оказалась существенно ниже по сравнению с остальными. Благополучие в сфере окружающей среды было отрицательно ассоциировано с ЭИ и положительно ассоциировано с РПД, в то время как коэффициент регрессии переменной «возраст» значимо не отличался от нуля. Ни одно из возможных взаимодействий предикторов не было статистически значимо связано с переменными отклика. Модели множественной линейной регрессии, описывающие влияние эмоционального выгорания, возраста и пола на КЖ, представлены в таблице 17.

Таблица 17. Регрессионные модели влияния СЭВ на КЖ респондентов.

Предиктор	B	$S.E.$ $HC3$	t	p	VIF
<i>Физическое здоровье</i>					
intercept	70.3739	6.8654	10.2505	< 0.001	
ЭИ	-0.7118	0.1188	-5.9915	< 0.001	1.23
РПД	0.6672	0.1472	4.5338	< 0.001	1.24
Возраст, лет	-0.2319	0.0834	-2.7817	0.006	1.00
$R^2 = 0.482$	adj $R^2 = 0.469$	RSE = 9.12	DF = 122	S-W resid. $p = 0.74$	
<i>Психологическое здоровье</i>					
intercept	66.3851	7.6264	8.7046	< 0.001	
ЭИ	-0.6386	0.1299	-4.9162	< 0.001	1.23
РПД	0.5516	0.1681	3.2817	< 0.001	1.23
Возраст, лет	-0.1106	0.0801	-1.3813	0.1697	1.00
$R^2 = 0.429$	adj $R^2 = 0.415$	RSE = 9.414	DF = 122	S-W resid. $p = 0.20$	
<i>Социальные отношения</i>					
intercept	87.9756	6.0899	14.4460	< 0.001	
ЭИ	-0.8658	0.1527	-5.6715	< 0.001	1.00
Возраст, лет	-0.1169	0.1195	-0.9787	0.3297	1.00

$R^2 = 0.223$	adj $R^2 = 0.210$	RSE = 15.06	DF = 123	S-W resid. p = 0.55	
<i>Окружающая среда</i>					
intercept	55.6856	6.3099	8.8251	< 0.001	
ЭИ	-0.6299	0.1048	-6.0087	< 0.001	1.23
РПД	0.4925	0.1523	3.2346	< 0.001	1.24
Возраст, лет	-0.2575	0.1796	-0.1433	0.886	1.00
$R^2 = 0.393$	adj $R^2 = 0.378$	RSE = 9.632	DF = 122	S-W resid. p = 0.39	

Прим.: adj R^2 – скорректированный коэффициент детерминации; B – регрессионный коэффициент; DF – количество степеней свободы; R^2 – коэффициент детерминации; RSE – остаточная стандартная ошибка; S.E. НСЗ – устойчивые к гетероскедастичности стандартные ошибки; S-W resid. p – уровень значимости теста Шапиро-Уилка применительно к распределению остатков; t – значение критерия Стьюдента.

Необходимо отметить, что добавление во все представленные модели «деперсонализации» в качестве предиктора при наличии включенного в них ЭИ сопровождалось увеличением стандартной ошибки коэффициента регрессии ЭИ не менее чем на 50% при отсутствии увеличения объясняемой дисперсии зависимых переменных. Хотя фактор инфляции дисперсии в таких случаях не превышал пороговый уровень, подобное взаимодействие двух предикторов косвенно свидетельствовало о высоком уровне коллинеарности между ними.

Результаты проведенного анализа демонстрируют системное негативное влияние СЭВ на различные аспекты КЖ врачей-психиатров. Корреляционный анализ выявил устойчивую связь между всеми компонентами эмоционального выгорания и качеством жизни. Особенно выраженное негативное воздействие на все аспекты качества жизни оказывает эмоциональное истощение. «Деперсонализация» и редукция профессиональных достижений также демонстрируют значимую, хотя и менее выраженную, связь с физическим и психологическим здоровьем, а также с благополучием в сфере окружающей среды, тогда как их связь с качеством социальных отношений оказалась минимальной.

Регрессионный анализ позволил установить конкретные закономерности влияния СЭВ на КЖ респондентов. Эмоциональное истощение выступало универсальным предиктором снижения качества жизни во всех рассматриваемых аспектах качества жизни (коэффициент B от -0.63 до -0.87). Высокое значение показателя

по подшкале РПД, свидетельствующее о низком эмоциональном выгорании, было ассоциировано с повышением качества ФЗ ($B = 0.67$, $p < 0.001$), ПЗ ($B = 0.55$, $p < 0.001$) и ОС ($B = 0.49$, $p < 0.001$). Старший возраст оказался ассоциирован с ухудшением качества ФЗ ($B = -0.23$, $p = 0.006$). Наиболее устойчивой к воздействию СЭВ оказалась сфера социальных отношений, качество которых снижалось только при повышении ЭИ. Показатель «деперсонализации» (ДП) не вошел в итоговые модели из-за высокой коллинеарности с уровнем ЭИ, который более полно описывал дисперсию признака.

ГЛАВА 6. ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ-ПСИХИАТРАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Анализ 200 медицинских карт стационарных пациентов показал, что средний возраст пациентов, которых лечили участвовавшие в исследовании врачи-психиатры, составил 36.5 ± 7.95 года. Средняя длительность госпитализации составила 30.1 ± 5.58 дня. Тест Шапиро-Уилка не выявил значимых отличий распределений этих показателей от нормального. Распределение длительности заболевания госпитализированных пациентов отличалось от нормального: большая часть пациентов страдала от имеющегося расстройства в течение 0-20 лет, при этом 19 пациентов болели шизофренией на протяжении 20 лет и более, что определило правостороннюю асимметрию распределения рассматриваемого параметра (см. рисунок 11).

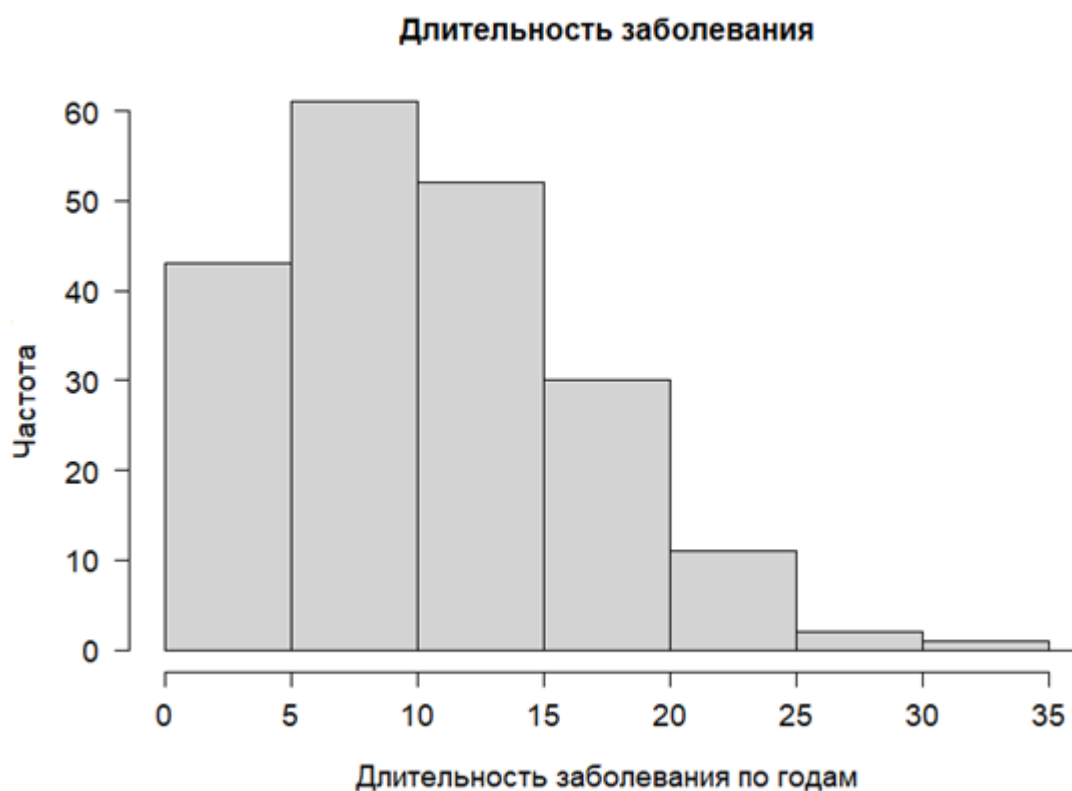


Рисунок 11. Распределение значений длительности заболевания пациентов.

Детальное описание количественных характеристик, изученных на данном этапе работы, представлено в таблице 18.

Таблица 18. Характеристики пациентов, включенных в ретроспективный анализ.

Характеристика	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)
Возраст, лет	36.5	36.5	7.95	30	42	19-55	0.107
Длительность заболевания, лет	10.8	10	6.51	6.75	15	0-34	< 0.001
Длительность госпитализации, дней	30.1	30	5.58	27	34	17-47	0.214

Среди пациентов, медицинские карты которых изучались на данном этапе, было 122 мужчины (61%) и 78 женщин (39%). Несоответствие оказанной медицинской помощи основным критериям оценки ее качества было обнаружено в 2% исследованных карт. В 1% случаев госпитализация заканчивалась переводом пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальным исходом. Антипсихотическая монотерапия применялась у 41% пациентов, 59% получали более одного антипсихотика. В 29% случаев после поступления пациентам назначалось более одного препарата. 40.5% пациентов в качестве первого назначенного препарата получали антипсихотик первого поколения, 29.5% – антипсихотик второго поколения, 1% – клозапин. Все препараты были назначены в соответствии с инструкциями по применению, дозировки находились в терапевтическом диапазоне.

Распределение релевантных количественных характеристик пациентов в зависимости от наличия у лечащего врача СЭВ представлено в таблице 19.

Таблица 19. Характеристики пациентов, включенных в ретроспективный анализ, в зависимости от наличия СЭВ у их лечащего врача.

Характеристика	СЭВ	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 (25%)	Q3 (75%)	Размах	Нормальность (p)	t/U-критерий (p)
Возраст, лет	+	35.6	35	7.50	30	42	20-55	0.304	0.136
	-	37.3	37	8.33	30	44	19-54	0.182	
Длительность госпитализации, дней	+	31.2	32	5.81	28	35	19-47	0.352	0.004
	-	29.0	29	5.14	26	32	17-40	0.317	

Описание категориальных критериев оценки эффективности медицинской помощи представлено в таблице 20.

Таблица 20. Пол пациентов, включенных в ретроспективный анализ, и характеристики проводимой им терапии в зависимости от наличия СЭВ у лечащего врача.

Группирующая характеристика	Значение признака	СЭВ +, n = 100	СЭВ -, n = 100	χ^2 (p)
Пол пациента	Женщина	40 (20.0%)	38 (19.0%)	0.885
	Мужчина	60 (30.0%)	62 (31.0%)	
Соответствие лечения приказу МЗ РФ от 14.04.2025 № 203н	Да	97 (48.5%)	99 (49.5%)	0.989
	Нет	3 (1.5%)	1 (0.5%)	
Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальный исход	Да	1 (0.5%)	1 (0.5%)	1
	Нет	99 (49.5%)	99 (49.5%)	
Полипрагмазия	Да	67 (33.5%)	51 (25.5%)	0.031
	Нет	33 (16.5%)	49 (24.5%)	
Группа антипсихотика, впервые назначенного после поступления	Антипсихотик первого поколения	35 (17.5%)	46 (23.0%)	0.402
	Антипсихотик второго поколения	34 (17.0%)	25 (12.5%)	
	Клозапин	1 (0.5%)	1 (0.5%)	
	Полипрагмазия	30 (15.0%)	28 (14.0%)	
Использование холинолитических корректоров	Да	61 (30.5%)	44 (22.0%)	0.023
	Нет	39 (19.5%)	56 (28.0%)	

Наличие сформированного СЭВ у врачей-психиатров не было статистически значимо связано с возрастом пациентов, лечением которых они занимались, что позволяет сделать вывод об отсутствии необходимости перераспределения пациентов между врачами отделения с учетом их возраста для профилактики или коррекции СЭВ.

Длительность госпитализации пациентов, которых курировали врачи-психиатры, подверженные СЭВ, была выше по сравнению с группой контроля в среднем на два дня – 31.2 ± 5.81 и 29.0 ± 5.14 соответственно, $p = 0.004$ (см. рисунок 12).

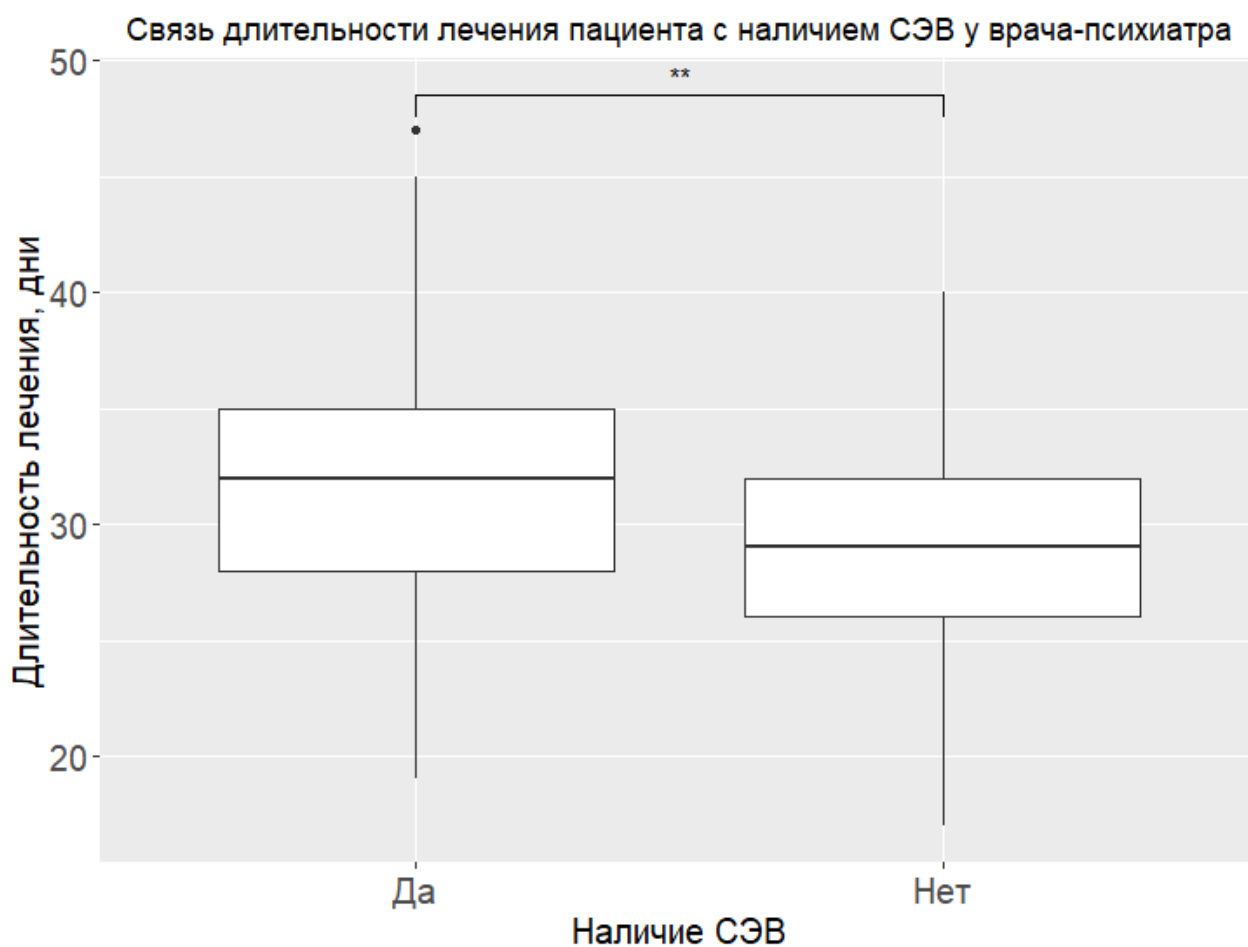


Рисунок 12. Связь длительности лечения пациента с наличием СЭВ у курирующего его врача.

*Прим.: прямоугольники – межквартильный размах, включающий центральные 50% значений диапазона; линия в прямоугольнике – медиана; вертикальные линии ограничены значениями, не выходящими за пределы 1.5 межквартильного размаха от верхней и нижней границ прямоугольника; ** – значимость различий на уровне $p < 0.01$.*

Распределение мужчин и женщин в двух группах пациентов оказалось сопоставимым и не было связано с наличием актуального эмоционального выгорания у курирующих их врачей. При анализе качества медицинской помощи несоблюдение критериев, установленных приказом Минздрава России № 203н, в основной группе встречалось 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 обнаруживались переводы пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальные исходы. Данные различия не были статистически значимыми. Следует отметить, что среди архивной документации было выявлено всего два таких исхода госпитализации, и, возможно, данное исследование не обладало достаточной статистической мощностью, чтобы ответить на вопрос о связи СЭВ с переводами пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальными исходами. Предварительно можно сделать вывод о том, что подверженность психиатра эмоциональному выгоранию не ведет к увеличению частоты данных исходов госпитализации в его клинической практике.

Врачи со сформированным СЭВ статистически значимо чаще прибегали к полипрагмазии – в 67% случаев по сравнению с 51% у их коллег, не обнаруживавших признаков СЭВ (χ^2 , $p = 0.031$; ОШ 1.95; 95% ДИ [1.10-3.46]).

В исследовании не было обнаружено статистически значимой разницы между паттернами назначения первых после поступления антипсихотиков врачами с развитым СЭВ и без него. График, демонстрирующий структуру первых назначаемых антипсихотиков, представлен на рисунке 13. Несмотря на отсутствие значимой разницы в этих паттернах, обращает на себя внимание тот факт, что врачи со сформированным эмоциональным выгоранием чаще назначали атипичные антипсихотики, в то время как психиатры, у которых СЭВ выявлен не был, чаще использовали антипсихотики первого поколения. Назначение клозапина первым антипсихотиком отмечалось в единичных случаях.

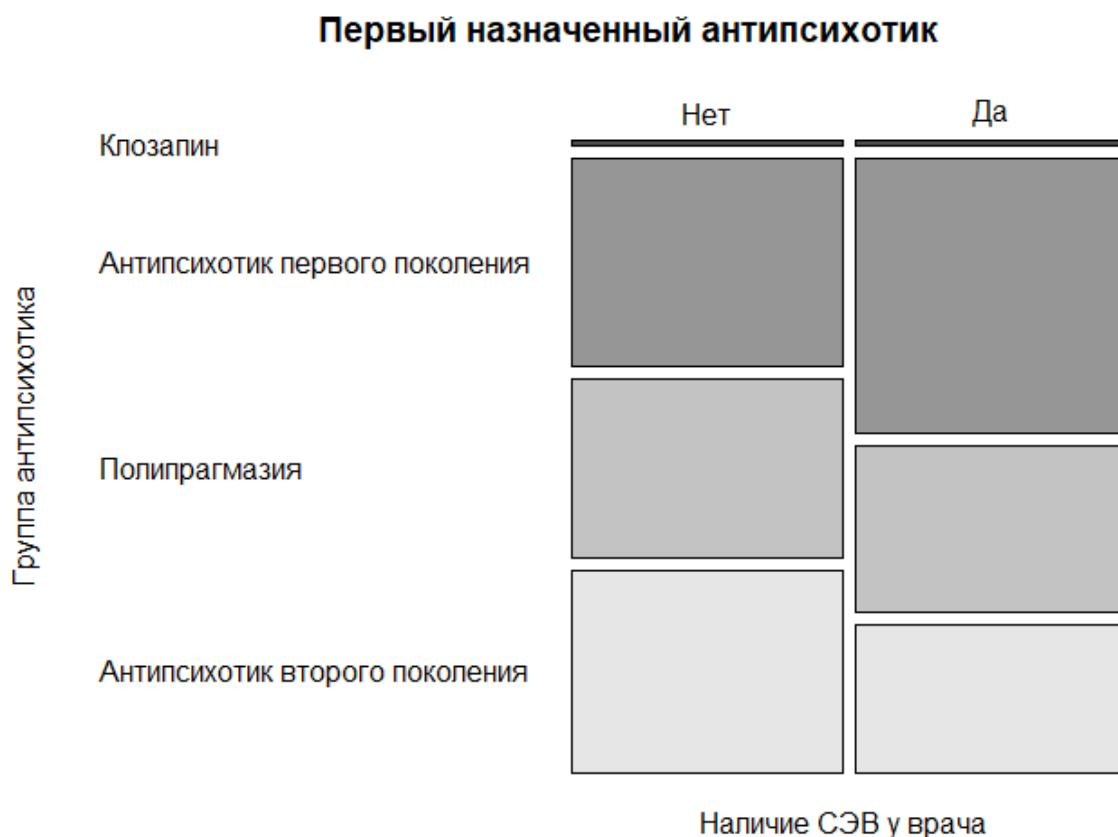


Рисунок 13. Структура первых назначенных антипсихотиков в зависимости от наличия СЭВ у лечащего врача.

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

Проведенный анализ выявил существенные различия в терапевтических подходах между психиатрами, подверженными эмоциональному выгоранию, и их коллегами без актуального СЭВ. Врачи со сформированным СЭВ чаще прибегали к одновременному назначению нескольких антипсихотиков в ходе терапии (33.5% случаев против 25.5% в контрольной группе). Значимой также оказалась разница

в частоте назначения холинолитических корректоров: психиатры с СЭВ использовали их в 30.5% случаев, тогда как их коллеги без признаков эмоционального выгорания – в 22.0% случаев. Кроме того, пациенты, курируемые врачами с СЭВ, в среднем пребывали в стационаре на 2.2 дня дольше (31.2 дня по сравнению с 29.0 днями в контрольной группе). Выявленные различия приобретают особенно важное значение при экстраполяции полученных результатов на национальную систему здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задача изучения СЭВ у врачей-психиатров с целью его верификации, психопатологической квалификации и разработки методов профилактики и лечения остается актуальной. Мотивацией к проведению данного исследования послужила интенсификация работы врачей-психиатров стационарного звена на фоне роста бремени психических расстройств в обществе. СЭВ является одной из наиболее значимых профессиональных деформаций представителей помогающих профессий. Психиатры подвержены этому явлению в силу высокоспецифичных факторов: менее очевидный, чем в других специальностях, терапевтический эффект, особенно долгосрочный, стигматизация пациентов и работников психиатрических учреждений, необходимость применения мер по ограничению свободы, насилие со стороны пациентов, суицидальные тенденции среди них.

Целью проведенного исследования было изучение распространенности и клинико-психопатологическая квалификация СЭВ среди врачей-психиатров в аспекте влияния на качество жизни

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи: изучение распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-психиатров; сравнение личностно-психологических характеристик врачей-психиатров с разным уровнем сформированности синдрома эмоционального выгорания; клинико-психопатологическая квалификация синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров; анализ влияния синдрома эмоционального выгорания на качество жизни врачей-психиатров; выявление наличия и характера связи между эмоциональным выгоранием врачей-психиатров и объективными результатами оказываемой ими медицинской помощи.

На первом этапе исследования был проведен обзор тематической литературы, изучена история формирования концепции эмоционального выгорания и текущее состояние сферы изучения СЭВ. Описаны концепции эмоционального выгорания,

его структура, факторы риска его развития, патогенез, биологические корреляты и методы коррекции. Были выполнены два систематических обзора литературы с применением технологии мета-анализа с целью изучения общемировой распространенности СЭВ среди врачей-психиатров, а также распространенности этого синдрома среди отечественных специалистов. Поиск работ, в которых сообщалась распространенность эмоционального выгорания среди врачей-психиатров РФ, проводился в двух базах данных – «Научной электронной библиотеке» и «Электронной библиотеке диссертаций». В обзор включались публикации вне зависимости от их дизайна и качества, а также социодемографических характеристик респондентов. По результатам 7 включенных исследований, выполненных в 9 регионах на суммарной выборке в 932 человека, было установлено, что распространенность СЭВ среди психиатров в России составляет от 19.9% до 92.3%. Мета-аналитическое объединение результатов оказалось невозможным в силу использования концептуально разных методов выявления эмоционального выгорания.

Поиск публикаций с целью исследования общемировой распространенности СЭВ у психиатров был выполнен в 7 международных базах данных. Включаемые в обзор исследования не ограничивались по языку публикаций, дизайну, качеству и используемым инструментам выявления СЭВ при условии валидности и надежности последних. Уникальность и научная новизна данного обзора заключаются в отсутствии ограничений включаемых исследований в отношении концепции СЭВ, его определений, критериев и инструментов его скрининга. Мета-анализ проводился с применением языка программирования R 4.4.1. Использовалась модель случайных эффектов. Был выполнен анализ подгрупп и мета-регрессия с целью выявления связи СЭВ с местом и временем проведения исследования, возрастом и полом респондентов.

На следующем этапе настоящей диссертационной работы посредством кросс-секционного исследования были изучены распространенность и индивидуально-

психологические особенности СЭВ среди 126 врачей-психиатров, работавших в стационарных отделениях государственных психиатрических больниц в Москве на протяжении не менее 1 года. Сбор релевантных социодемографических и личностно-психологических сведений производился посредством интервьюирования участников, а также применения ряда психометрических инструментов: шкалы выгорания С. Maslach; опросника на эмоциональный интеллект Д.В. Люсина; 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии; 24-пунктового опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри; опросника «Диагностика рабочей мотивации»; пятифакторного опросника личности. Все респонденты были разделены на две группы в зависимости от наличия у них СЭВ.

Распространенность СЭВ среди респондентов составила 26.2%, высокий уровень эмоционального выгорания во всех подшкалах МВИ был обнаружен у 14.3% респондентов. Наличие эмоционального выгорания как минимум в одной из трех подшкал МВИ было выявлено у 46% обследованных врачей. Высокие значения в подшкалах ЭИ, ДП и РПД обнаруживались у 27.8%, 35.7% и 30.2% психиатров соответственно. Средние значения в подшкалах ЭИ и РПД в выборке составили 18.88 и 33.48, а медиана значений ДП оказалась равной 8.5. По результатам проведенного на первом этапе мета-анализа показателей СЭВ на выборке из 5 481 респондента было выявлено, что общемировая распространенность СЭВ среди психиатров составляет 25.9%, что в целом совпадает с данными, полученными в эмпирической части настоящей работы. При этом высокие значения в подшкалах ЭИ, ДП и РПД обнаруживались у 43.5%, 28.2% и 32.4%, а средние значения в данных подшкалах равнялись 21.51, 6.57 и 31.83 соответственно. Результаты проведенного на первом этапе систематического обзора отечественной литературы демонстрируют, что отечественные исследования в основном обнаруживают более высокую распространенность этого синдрома по сравнению с полученными в настоящей работе значениями. Данное расхождение предположительно объясняется тем, что в данном диссертационном исследовании

респонденты отбирались из Москвы, где условия работы считаются более благоприятными. В то же время трудовая нагрузка на врачей-психиатров в крупном мегаполисе выше, чем в большей части регионов РФ. У российских врачей-психиатров отмечается сопоставимый уровень эмоционального выгорания в домене РПД, более высокий уровень в домене ДП и более низкий уровень в домене ЭИ по сравнению с общемировой популяцией. Повышенный уровень ДП среди отечественных психиатров может быть следствием как традиционно иерархической, патерналистской модели взаимодействия «врач-пациент», включающей эмоциональную сдержанность как профессиональную норму, так и реакцией на объективно сложные условия труда, в которых «деперсонализация», по мнению отдельных авторов, становится своеобразным механизмом психологической защиты, позволяющим консервировать личностные ресурсы [239]. Низкое эмоциональное истощение может являться результатом применения данной стратегии, а также изначальной готовности врачей к высокой нагрузке и высокому стрессу в условиях работы в системе здравоохранения РФ.

Наличие сформированного СЭВ у московских врачей-психиатров на уровне границы статистической значимости было связано с самостоятельностью выбора медицинской профессии – те врачи, которые выбирали учебу в высшем учебном заведении медицинского профиля случайно или по настоянию родственников, были в большей степени подвержены эмоциональному выгоранию, чем те, кто выбрал сферу обучения самостоятельно. Связи эмоционального выгорания с основными социодемографическими характеристиками, такими как пол, возраст, семейное положение, наличие детей, наличие хронических заболеваний, выявлено не было. Современные данные о связи возраста и эмоционального выгорания противоречивы. В одних исследованиях [201] демонстрируется пониженный уровень эмоционального выгорания у более старших специалистов, в других исследованиях [52] указывается на возможную нелинейную взаимосвязь между возрастом и СЭВ с тенденцией к увеличению тяжести синдрома к 40 годам и ее

дальнейшему снижению. В будущих исследованиях снижение гетерогенности исследуемой популяции, вероятно, позволит более точно определить связь между этими переменными. Отсутствие связи СЭВ с полом респондентов согласуется с результатами, полученными ранее, как в отношении работников психиатрической службы [201], так и в отношении населения в целом [219]. Исследование также показало, что с увеличением времени трудовой занятости как в медицинской сфере в целом, так и в психиатрии распространенность эмоционального выгорания среди врачей не снижалась, что противоречит идее о постепенной адаптации работников к трудовым условиям и последующей редукции СЭВ [199]. Важным открытием оказалось отсутствие статистически значимых различий в распространенности эмоционального выгорания среди психиатров, оказывающих медицинскую помощь в рамках принудительных мер медицинского характера, и их коллег, занятых в общепсихиатрических отделениях.

Подверженные эмоциональному выгоранию специалисты демонстрировали пониженные показатели внутриличностного эмоционального интеллекта и способности к управлению эмоциями, в частности своими эмоциями. Работа с пациентами, которые часто страдают от эмоциональных проблем, требует от психиатров высокого уровня эмоциональной чувствительности и способности к эмпатии [264]. Низкий уровень эмоционального интеллекта не позволяет эффективно управлять эмоциями в сложных и стрессовых ситуациях, таких как проявление физического и вербального насилия или суицидальных попыток со стороны пациентов с их стороны, что, в свою очередь, может приводить к эмоциональному выгоранию [247]. Дефицит ресурсов управления эмоциями создает порочный круг: хронический профессиональный стресс, неизбежный в работе со сложным контингентом пациентов, порождает негативные эмоции, которые, не находя адекватного выхода, накапливаются и кристаллизуются в симптомы эмоционального выгорания [151]. Высокая эмоциональная нагрузка в контексте психиатрической практики является неотъемлемой частью работы, а

способность к глубокой эмпатии – профессионально важным качеством. Однако именно сохранный эмпатия при «параличе» регуляции аффекта становится основным фактором риска, ведущим к быстрому эмоциональному истощению [133]. Отсутствие статистически значимых различий между подверженными СЭВ психиатрами и их коллегами без сформированного СЭВ в понимании эмоций может говорить о том, что эмоциональное выгорание формируется вопреки сформированной в процессе обучения и сохраненной способности к распознаванию внутренних переживаний людей. Это косвенно подтверждается и отсутствием значимых различий в трудности идентификации чувств, измеренной с помощью Торонтской шкалы алекситимии.

Полученные в настоящем исследовании результаты согласуются с имеющимися научными данными, которые демонстрируют, что среди работников сферы здравоохранения, в том числе сферы охраны психического здоровья, эмоциональный интеллект и СЭВ имеют четкую отрицательную связь [59, 126, 205]. Авторы тематических работ рекомендуют развивать эмоциональный интеллект с целью купирования симптомов эмоционального выгорания [99]. В частности, развитие навыков по управлению своими и чужими эмоциями может способствовать более продуктивным межличностным взаимодействиям, улучшению эмоционального климата на рабочем месте и снижению проявлений эмоционального выгорания. Данные, полученные в отечественных исследованиях, также демонстрируют отрицательную связь эмоционального интеллекта и СЭВ среди врачей-психиатров и подчеркивают первостепенное значение внутриличностного эмоционального интеллекта как фактора превенции эмоционального выгорания [6].

Среди специалистов с выявленным СЭВ отмечались более высокие уровни аффективного компонента агрессии («Гнев») и общей агрессивности. Подобная связь подчеркивает эмоциональную природу эмоционального выгорания. Высокий уровень агрессивности у врачей с СЭВ может негативно влиять на

эффективность терапевтического альянса и качество оказания психиатрической помощи [78]. Зарубежные исследования демонстрируют положительную связь СЭВ с проявлением агрессии среди медицинских работников [58, 129, 167], студентов [280], полицейских [220]. Особый интерес представляет нейropsychологический аспект этой взаимосвязи. Исследования с использованием методов нейровизуализации показывают, что люди, склонные к диссоциальным, агрессивным тенденциям, обнаруживают истончение коры в поясной, префронтальной и островковой частях – регионах, изменения в которых связаны с развитием эмоционального выгорания [197]. СЭВ, в частности, эмоциональное истощение, может приводить к снижению порога раздражительности у врачей-психиатров. Нарушенная коммуникация, в свою очередь, предположительно приводит к негативным последствиям для отношений на рабочем месте. Представляется вероятным, что «деперсонализация» может способствовать более отстраненному и бесчувственному отношению врача к своим пациентам, которые воспринимаются скорее как объект профессионального воздействия, а не как личность. Редукция профессиональных достижений может сопровождаться ощущением беспомощности, экзистенциальной пустоты, при поиске причин которых фокус может смещаться вовне и выражаться в виде агрессивного поведения. Контрпродуктивное подавление раздражения и злости в тех ситуациях, когда экспрессия эмоций невозможна, и нехватка эффективных копинг-навыков, вероятно, приводят к дистанцированию врачей от пациентов и коллег в условиях нарастающего эмоционального выгорания. Кроме того, агрессия, предположительно, сама по себе может быть деструктивным способом преодоления рабочего стресса и эмоционального выгорания, поэтому коррекция агрессивных тенденций должна быть комплексной, с обучением врачей продуктивным методам копинга. Полученные данные подчеркивают необходимость разработки специальных программ профилактики и коррекции эмоционального выгорания для врачей-психиатров, включающих обучение

навыкам по управлению гневом и развитию эмоциональной регуляции. Особое внимание следует уделить созданию системы супервизионной поддержки и возможностей для психологической разгрузки медицинского персонала психиатрических учреждений.

Сформированный СЭВ у респондентов оказался связан с меньшей удовлетворенностью различными аспектами работы – общей удовлетворенностью, удовлетворенностью потребностью в росте, удовлетворенностью безопасностью рабочего места, социальной удовлетворенностью, удовлетворенностью руководством. Эмоциональное истощение может вызывать у врачей снижение мотивации, интереса к работе, вовлеченности в нее. Это может приводить к нежеланию использовать возможности профессионального роста, такие как посещение конференций, непрерывное образование или решение новых задач [109]. С другой стороны, эмоциональное выгорание может усугубляться невозможностью удовлетворения карьерных амбиций, несмотря на прилагаемые работником усилия [62]. Борясь с эмоциональным выгоранием и создавая позитивную и доброжелательную рабочую среду, врачи-психиатры при поддержке системы здравоохранения могут сохранить интерес к своей работе, продолжать совершенствоваться и оказывать высококачественную помощь своим пациентам. Редукция профессиональных достижений врачей-психиатров ведет к тому, что они начинают оценивать свои профессиональные навыки как неудовлетворительные и беспокоиться о сохранении своего рабочего места [81]. В то же время объективные признаки угрозы возможной потери работы, например, жалобы, выговоры, судебные разбирательства, могут усиливать эмоциональное истощение врача и снижать его оценку собственных профессиональных компетенций [204]. СЭВ может приводить к снижению удовлетворенности социальным аспектом работы разными путями. Во-первых, развитие симптома «деперсонализации» у врача само по себе ведет к отстранению от пациентов, коллег и руководства, снижению социальной

поддержки и нарушению межличностных контактов [256]. Во-вторых, общая враждебность и агрессивность, развитию которых способствует СЭВ, также способствуют ухудшению эмоционального климата на рабочем месте [225]. Таким образом, эмоциональное выгорание ведет к снижению социальной удовлетворенности рабочим процессом как напрямую, так и косвенно. При этом социальная изоляция, вероятно, лишь усиливает симптомы СЭВ, лишая врачей важного ресурса по его преодолению. Продуктивные отношения с руководством, в свою очередь, предположительно способствуют повышению удовлетворенности работой посредством предоставления сотрудникам рекомендаций, обратной связи относительно результатов их деятельности и дополнительных ресурсов в случае необходимости. Конструктивная критика, открытый диалог и поддержка со стороны руководства могут помочь психиатрам справиться со стрессом в общем и с СЭВ в частности [183]. Доверие специалистам и вовлечение их в процессы принятия решений на разных организационных уровнях предоставляют работнику необходимую степень автономии, что также может вести к снижению эмоционального выгорания [171]. В то же время недостаток признания со стороны руководства может форсировать развитие редукции профессиональных достижений, а устранимые, но сохраняющиеся источники стресса могут вызывать у работника истощение, цинизм и отстраненность. С другой стороны, гипотетически СЭВ может являться причиной неудовлетворенности руководством: эмоционально отстраненный, невосприимчивый к обратной связи и признанию его заслуг врач может не замечать или обесценивать усилия руководства, направленные на улучшение условий его рабочего процесса, а также не выражать своих потребностей, опасений или проблем администрации. Влияние эмоционального выгорания на удовлетворенность работой среди врачей-психиатров уже фиксировалось в зарубежных исследованиях [83, 84, 85]. В отечественных публикациях связь между СЭВ у психиатров и их удовлетворенностью различными аспектами трудовой деятельности посредством

применения валидизированных психометрических инструментов не изучалась. Интересным представляется тот факт, что подверженные СЭВ психиатры, хотя и отмечают неудовлетворенность работой, делают это реже и менее экспрессивно, чем врачи других специальностей [6]. В качестве возможных объяснений этого явления выступают изначально высокая приверженность к психиатрической специальности, симпатия к ней, что перевешивает даже негативные издержки в виде эмоционального выгорания, а также априорное принятие психиатрами симптомов СЭВ как неминуемой части их работы. Борьба с эмоциональным выгоранием может повысить профессиональную удовлетворенность врачей-психиатров, позволить сохранить интерес к профессиональной деятельности и продолжать профессиональное развитие, а также обеспечить социальную поддержку на рабочем месте и снизить стресс врача, связанный с возможностью потери должности.

Результаты настоящей диссертационной работы продемонстрировали, что врачи-психиатры, подверженные СЭВ, обнаруживают более высокий уровень нейротизма по сравнению с их коллегами, не имеющими признаков эмоционального выгорания. Нейротизм является чертой личности, характеризующейся склонностью к частым и интенсивным переживаниям негативных эмоций и колебаниям настроения, что может приводить к развитию эмоционального выгорания, особенно при работе в сфере охраны психического здоровья [186]. Поскольку считается, что личностные черты в течение жизни не меняются, можно предположить, что нейротизм прямо или опосредованно приводит к развитию эмоционального выгорания [260]. Детализированная схема данного процесса гипотетически выглядит следующим образом: психологический стресс на работе переносится особенно интенсивно и приводит к эмоциональному истощению, фокусировка на негативных обстоятельствах ведет к развитию «деперсонализации», а склонность к беспокойству, длительному размышлению и повышенная самокритичность затрудняют людям с высоким уровнем нейротизма

абстрагироваться от негативных, стрессовых событий и могут усугублять негативное восприятие собственных достижений. Результаты настоящей работы не противоречат данным, полученным в предыдущих исследованиях, проведенных как на выборках психиатров [55], так и среди представителей других медицинских профессий [138]. Следует отметить, что в отечественном исследовании эмоционального выгорания психиатров [14] было установлено, что выраженность нейротизма, определяемая посредством опросника Айзенка, в умеренной степени обуславливала выраженность «деперсонализации», но не эмоционального истощения и редукции профессиональных достижений.

Для соотнесения проявлений СЭВ с симптомами тревожных и депрессивных расстройств на следующем этапе исследования было построено пять моделей множественной логистической регрессии с наличием сформированного СЭВ, его тяжелой формы, а также высоких значений в трех подшкалах МВІ в качестве зависимых переменных. Предикторами выступали значения подшкал Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, наличие клинических уровней тревоги и депрессии, а также пол и возраст респондентов. Проведенное исследование продемонстрировало, что клинически значимые уровни депрессии и тревоги встречаются у 50.8% и 42.9% психиатров соответственно. Iacovides с соавт. [97] обнаружили, что клинически значимые симптомы депрессии и тревоги выявляются у подверженных СЭВ медицинских работников в 17.5% и 19% случаев соответственно. Среди американских психиатров [274] 42.8% респондентов демонстрируют депрессивные симптомы, при этом 16.1% – умеренной или тяжелой степени. До 20.4% врачей-психиатров Германии [125] и от 26.7% до 33.2% их коллег из Китая [114, 269] обнаруживают клинически значимые симптомы депрессии. По результатам этих же исследований клинически значимая тревога встречается у 24.1-25.4% специалистов. Согласно данным Новикова В.В. с соавт. [35], у отечественных психиатров тревожные симптомы встречаются в 34.8% случаев, а депрессивные – у 8.7%. Разница между

данными показателями и теми, что были установлены в настоящей диссертационной работе, может объясняться различными инструментами измерения тревоги и депрессии – в вышеуказанном исследовании использовались шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Установлено, что наличие актуального СЭВ сопровождается как тревожными, так и депрессивными симптомами, а его тяжелые формы – их сочетанием. Некоторые исследователи указывают на пересечение депрессивных расстройств и СЭВ на эмпирическом и концептуальном уровнях [71], что объясняется существованием ряда общих симптомов – усталость, трудности с выполнением работы, невозможность расслабиться и отдохнуть, нарушение концентрации [232]. Отчасти данная симптоматика пересекается и с симптомами астении [32]. D.C. Glass и J.D. McKnight [140] предположили, что депрессия и СЭВ могут иметь общую этиологию, а эмпирически фиксируемая связь этих явлений обусловлена их конкурирующим развитием. Разные авторы сообщают, что сочетание депрессивных расстройств с СЭВ отмечается в 53-90% случаев [72, 255]. По сравнению с депрессией, связь эмоционального выгорания с тревогой менее изучена [257], что, возможно, объясняется сложностью с выявлением тревожных состояний в общеврачебной практике в связи с неспецифичностью их психоэмоциональных и соматовегетативных проявлений [8]. В исследовании S.P. Vassilopoulos [271] участники с повышенным уровнем социальной тревожности демонстрировали выраженные симптомы эмоционального выгорания. U. Maske с соавт. [150] установили, что до 59% лиц с СЭВ страдают тревожными расстройствами. Корреляционный и регрессионный анализы продемонстрировали, что эмоциональное выгорание в субшкале ЭИ в большей степени ассоциировано с тревожными расстройствами, а в подшкале ДП – с депрессивными расстройствами. Связь тревоги с ЭИ подтверждается результатами ряда опубликованных работ [251, 268], а коэффициент корреляции между ними по данным отдельных исследований может составлять 0.472 [166].

Некоторые авторы предполагают, что ЭИ может повышать тревожность через нарушение способности преодоления стресса [232].

Корреляция между депрессией и СЭВ по данным отдельных исследований составляет от 0.41 до 0.74 [166, 257]. По результатам настоящей диссертационной работы, в пределах данного интервала оказался коэффициент корреляции между значениями ДП и HADS-D – 0.62. «Деперсонализация» была сильнее ассоциирована с уровнем депрессии, чем с выраженностью тревоги (ОШ 1.66 и 1.25 соответственно). Некоторые ученые считают, что данный симптом ведет к депрессии посредством форсирования социального выпадения и выученной беспомощности [169], другие ссылаются на теорию консервации ресурсов, согласно которой истощение внутренних резервов работника без должного их восполнения приводит к снижению эмоционального, когнитивного и физического реагирования на пациентов [151]. В свете высокой корреляции значения ЭИ с ДП неожиданной находкой оказалась существенно более сильная связь депрессии с «деперсонализацией», чем с эмоциональным истощением, что противоречит выводам ряда публикаций [75, 166]. При этом сила связи ЭИ с депрессией в проведенном исследовании оказалась сравнимой с той, что была обнаружена J.A. Korkeila с соавт. [89] на выборке психиатров в Финляндии. В нем ОШ наличия высокого уровня ЭИ для клинической депрессии в качестве предиктора составило 6.9, в то время как в настоящем исследовании – 5.36. В соответствии с результатами отечественных и зарубежных публикаций [26, 269], обнаруженная в ходе настоящей работы связь редукции профессиональных достижений с тревогой и депрессией оказалась наименее выраженной. Распространенным подходом является рассмотрение ЭИ и ДП в качестве основы СЭВ, а РПД как возникающих на фоне ментального истощения и чувства отчуждения когнитивных искажений [185]. В таком случае РПД может возникать вместе с тревогой и депрессией, а не вызывать их, чем объясняются низкие предиктивные характеристики построенной модели.

По итогам данного этапа исследования были выделены выделить три паттерна развития СЭВ у врачей-психиатров: «тревожно-истощенный» вариант, характеризующийся выраженным эмоциональным истощением в сочетании с тревожной симптоматикой при сохранности профессиональной мотивации и эмпатии по отношению к пациентам; «депрессивно-деперсонализационный», при котором отчужденное отношение к пациентам сопровождается депрессивными симптомами и разочарованием в профессии; «тяжелый сочетанный» проявляющийся истощенностью, циничным отношением к пациентам, восприятием их как «объектов» своего труда, нехваткой ощущения полноты профессиональной на фоне клинически выраженных симптомов тревожно-депрессивного спектра. Данные варианты развития эмоционального выгорания представлены в категориях успешно купируемых психопатологических феноменов. Дальнейшее изучение характера взаимосвязи СЭВ, тревоги и депрессии поможет избежать избыточного упрощения в вопросе обеспечения ментального благополучия психиатрических работников и, как следствие, повысит качество оказываемой ими помощи.

В ходе следующего этапа данной диссертационной работы для изучения влияния СЭВ на качество жизни респондентов было построено четыре модели множественной линейной регрессии, посредством которых изучалось влияние компонентов эмоционального выгорания на КЖ в различных подшкалах опросника ВОЗКЖ-26. КЖ обследованных врачей-психиатров составило 69.15, 67.97, 66.53, 60.17 по доменам «физическое здоровье», психологическое здоровье», «социальные отношения» и «окружающая среда» соответственно. Я.О. Федоров и Н.В. Семенова [45] на выборке из 31 врача-психиатра из Санкт-Петербурга и Екатеринбурга получили схожие результаты по подшкалам ПЗ, СО и ОС (67.5, 67.5, 60), но обнаружили более низкий уровень ФЗ – 55. Примерами возможных объяснений данных результатов могут являться более молодой контингент психиатров, работающих в Москве, а также более полный спектр и

высокая доступность вмешательств для сохранения сомато-неврологического здоровья жителей столицы. В зарубежных исследованиях качество жизни врачей-психиатров изучено фрагментарно. Так, качество жизни специалистов из Таиланда оказалось [165] заметно ниже – 23.1, 21.9, 12.1 и 31.0 по шкалам ФЗ, ПЗ, СО и ОС соответственно.

Было установлено, что эмоциональное истощение негативно связано с качеством жизни во всех изученных доменах. Высокая редукция профессиональных достижений также негативно связана со значениями всех подшкал ВОЗЖ-26, кроме социальных отношений, а возраст негативно связан с физическим здоровьем, вероятно, в силу естественных причин. Связь СЭВ и сниженного ФЗ неоднократно демонстрировалась в рамках биомедицинских исследований. Высокое эмоциональное выгорание связано с риском развития гастроинтестинальных и респираторных инфекций, сахарного диабета 2 типа, головных болей, хронической усталости, артериальной гипертензии, а также с неспецифическим повышением смертности [54, 88, 206]. В десятилетнем панельном исследовании, проведенном на выборке из более чем 7 000 финских работников лесной промышленности, было показано, что госпитализации в связи с сердечно-сосудистыми или психическими расстройствами ассоциированы с развитием ЭИ и ДП [92].

Валидность отдельных симптомов СЭВ в качестве предикторов ПЗ также подтверждается эмпирическими данными, полученными за последние годы. Врачи, подверженные эмоциональному выгоранию, чаще страдают диссомническими расстройствами, злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами, а также чаще своих коллег отмечают суицидальные мысли [74, 87, 236, 277]. Отдельные лонгитудинальные исследования свидетельствуют о том, что суицидальные мысли становятся менее интенсивными и беспокоят подверженных СЭВ людей реже, когда выраженность

эмоционального выгорания снижается, что косвенно указывает на возможную причинно-следственную связь [91].

Продуктивные социальные отношения являются важным фактором превенции эмоционального выгорания [148]. Адекватное взаимодействие с коллегами и администрацией, достаточный уровень поддержки от них, налаженные междисциплинарные связи, взаимное доверие и кооперация способны сглаживать проявления СЭВ работника [65, 261, 275]. В то же время высокое эмоциональное выгорание ведет к дисгармонизации данных отношений, что неизбежно сказывается на благополучии занятых в сфере охраны психического здоровья работников.

В случае связи эмоционального выгорания и уровня благополучия психиатров в домене ОС сложно однозначно установить направление причинно-следственной связи. С одной стороны, двойственность роли и ролевой конфликт, высокий уровень рабочей нагрузки, недостаток положительной обратной связи, монотонность работы, недостаток автономии связаны с СЭВ [65]. Однако представляется крайне маловероятным, что эмоциональное выгорание непосредственно приводит к возникновению подобных условий работы, при этом оно может негативно влиять на восприятие фактически нормальной трудовой среды. То же самое можно сказать и о специфических для психиатрии негативных рабочих факторах – насилии со стороны пациентов, суицидальных тенденциях у них, необходимости недобровольных интервенций [145, 207, 267]. Эмоциональное выгорание часто развивается вследствие пролонгированного и интенсивного эмоционального контакта с пациентами, что в сочетании с переработками может приводить к ментальному истощению специалистов и их негативному отношению к пациентам [156]. Примечателен здесь тот факт, что медианное значение количества рабочих часов в неделю в обследованной выборке составило 45 при номинальной 36-часовой рабочей неделе. С другой стороны, намерение уволиться подверженных СЭВ докторов, фактические увольнения,

повышение частоты и длительности отсутствия на работе по причине болезни, а также другие причины сокращения рабочего времени специалистов могут снизить эффективность работы отделения, увеличить нагрузку на остальных сотрудников и привести к развитию эмоционального выгорания у ранее неподверженных ему лиц [185]. Кроме того, если среда организации не дает возможность ее членам открыто выражать свое мнение и свободно общаться друг с другом, это приводит к дистрессу, в том числе к эмоциональному выгоранию, а последствия СЭВ могут быть причиной принятия различных административных мер, способствующих формированию вышеописанной обстановки, формируя своеобразный порочный круг [60, 128].

Несмотря на то, что симптомы эмоционального выгорания коррелировали с КЖ, в каждой из финальных регрессионных моделей, а в особенности в модели предикции СО, осталась большая доля необъясненной дисперсии. Это ожидаемо, учитывая, что, возможно, СЭВ являлся прокси-показателем для многих других неизмеренных факторов риска, а некоторые важные переменные не были включены в модели ни прямо, ни опосредованно.

Полученные данные позволяют сделать ряд важных выводов. Эмоциональное истощение выступает ключевым фактором, негативно влияющим на все аспекты качества жизни психиатров. Редукция профессиональных достижений вносит дополнительный, хотя и менее выраженный вклад в снижение качества жизни, не затрагивая социальную сферу. Возрастные изменения оказывают влияние преимущественно на физическое здоровье, что соответствует естественным процессам постепенного снижения ресурсов организма. Особого внимания заслуживает относительная устойчивость социальных отношений к эмоциональному выгоранию, что может свидетельствовать о сохранении социальной поддержки как важного инструмента преодоления стресса.

Наконец, в ходе представленной диссертационной работы было изучено влияние СЭВ врачей-психиатров на результаты оказываемой ими медицинской помощи. Дизайн данной части исследования был ретроспективным, по типу «случай-контроль». Было изучено 200 медицинских карт стационарных пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Карты были разделены на две группы по 100 в зависимости от наличия у лечащего врача сформированного СЭВ. Оценка качества оказанной этим пациентам помощи производилась по следующим характеристикам: соответствие критериям 1-6 п. 5.8 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; длительность госпитализации; перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии или летальный исход госпитализации; практика антипсихотической полипрагмазии; группа впервые назначенного антипсихотика; назначение антихолинергических корректоров экстрапирамидной симптоматики. Эмоциональное выгорание врачей-психиатров способствовало увеличению длительности стационарного лечения: в среднем пациенты, помощь которым оказывали врачи со сформированным СЭВ, проводили в стационаре на 2.2 дня дольше (31.2 против 29.0). Также было установлено, что подверженные СЭВ психиатры вдвое чаще прибегали к полипрагмазии (χ^2 , $p = 0.031$; ОШ 1.95 с 95% ДИ [1.10-3.46]) и использованию холинолитических корректоров (χ^2 , $p = 0.023$; ОШ 1.99 с 95% ДИ [1.13-3.50]).

Длительность госпитализации является одним из наиболее устойчивых показателей, связанных с качеством жизни пациентов – чем меньше времени человек проводит в больнице, тем быстрее он возвращается к своей повседневной жизни. Представляется маловероятным влияние среднего срока госпитализации на развитие эмоционального выгорания врача-психиатра, поскольку эмоциональное выгорание – это реакция на хронический стресс, и факторы риска развития данного синдрома должны воздействовать на работника длительно и

постоянно. В то же время эмоциональное выгорание может влиять на профессиональную деятельность врача [86], и это может приводить к увеличению длительности пребывания пациента в психиатрических стационарах. Эмоциональное выгорание, вероятно, приводит к неоптимальному планированию выписки пациента из стационара и его перевода на амбулаторный этап лечения. Так, эмоционально истощенный психиатр может отложить выписку пациента в силу непреодолимой усталости, «деперсонализация» может приводить к снижению эмпатии, нарушению понимания того, что пациент стал чувствовать себя лучше, а редукция профессиональных достижений может заставить врача «перестраховаться» и в попытке достижения более стойкой ремиссии продлить госпитализацию пациента на несколько дней. В мировой литературе наблюдается нехватка исследований на тему связи СЭВ с длительностью пребывания пациента в стационарных отделениях. Выводы имеющихся публикаций [149, 172] в целом соответствуют полученным в настоящей работе. Борьба с СЭВ среди врачей-психиатров может снизить длительность стационарного лечения пациентов, что приведет к позитивным клиническим и экономическим эффектам.

Практика антипсихотической полипрагмазии рассматривается как допустимая лишь в ограниченном диапазоне случаев: при преодолении терапевтической резистентности (неэффективность как минимум трех курсов антипсихотической монотерапии, включая клозапин) [213]; при кросс-титрации антипсихотиков на фоне изменения схемы лечения; при возникновении побочных эффектов от препарата, дозу которого можно снизить, но который по каким-либо причинам нельзя или крайне нежелательно отменять [31]. Считается, что в большинстве случаев антипсихотическая полипрагмазия не является оправданной тактикой лечения [168] в связи с сомнительной эффективностью и частым возникновением ряда побочных эффектов, таких как экстрапирамидная симптоматика [153], метаболические нарушения [123], сексуальные дисфункции [124], повышение риска перелома бедра [234], паралитическая кишечная непроходимость [119],

увеличение интервала QTc [69], аритмии [141]. Выявленная в настоящей диссертационной работе распространенность полипрагмазии в целом совпадает с данными, полученными в других исследованиях этого феномена в отечественной психиатрической практике [12, 47]. Повышение частоты практики полипрагмазии у врачей с СЭВ может свидетельствовать о стремлении врачей «перестраховаться» за счет увеличения количества назначаемых препаратов, компенсировать снижение уверенности в клиническом исходе, характерное для редукции профессиональных достижений. Также полученные результаты могут быть следствием снижения точности терапевтического мышления, вызванного избыточным эмоциональным истощением или нежеланием погружаться в конкретный клинический случай вследствие циничного отношения врачей к пациентам и работе.

Несмотря на то, что подверженные СЭВ врачи-психиатры не назначали антипсихотики первого поколения чаще (и даже при наличии противоположной, но статистически незначимой ассоциации), они активнее использовали корректоры экстрапирамидной симптоматики. Разные авторы сообщают, что холинолитические препараты в отечественной психиатрической практике назначаются в 57% [47], 54% [12] и в 77% [32] случаев. Использование корректоров на фоне лечения антипсихотиками в психиатрическом стационаре в большинстве случаев свидетельствует о развитии экстрапирамидной симптоматики, однако они могут назначаться и с целью профилактики данных осложнений. При этом доказательств эффективности «профилактического» использования антихолинергических препаратов нет [51]. Эмоциональное выгорание психиатра гипотетически может привести к снижению внимания к деталям и увеличению числа ошибок при назначении лекарств, таких как неправильная титрация лекарств или несвоевременная корректировка схем лечения. Постепенное наращивание дозы препаратов и внимательный мониторинг состояния пациента могут быть затруднительны для эмоционально истощенных

врачей. «Деперсонализация», как часть эмоционального выгорания, также осложняет этот процесс, поскольку ведет к формальному отношению врача к выполнению своих обязанностей, его дистанцированию от пациента и снижению количества времени, которое психиатр готов уделять непосредственному контакту с ним. СЭВ также приводит к снижению контактов между врачом и его коллегами, например, средним медицинским персоналом [223]. Данные работники являются одним из важных источников информации в отношении побочных эффектов психофармакотерапии.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров не только обусловлен рядом психологических особенностей, но также может проявляться рядом психопатологических нарушений тревожно-депрессивного спектра. Развитие этого синдрома приводит к снижению качества жизни подверженных ему психиатров и негативно влияет на результаты оказываемой ими помощи.

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 двухкратном

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 МВІ.
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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВСК – Выгорание, связанное с клиентами.

ВСП – Выгорание, связанное с работой.

ДИ – Доверительный интервал.

ДП – «Деперсонализация».

КЖ – Качество жизни.

ОС – Окружающая среда.

ПВ – Персональное выгорание.

ПЗ – Психологическое здоровье.

РПД – Редукция профессиональных достижений.

СИСП – Системный индекс синдрома перегорания.

СО – Социальные отношения.

СЭВ – Синдром эмоционального выгорания.

ФЗ – Физическое здоровье.

ЭВ – Опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко.

ЭИ – Эмоциональное истощение.

ЭМИн – Опросник на эмоциональный интеллект Д.В. Люсина.

ВРАQ-24 – 24-пунктовый опросник диагностики агрессии А. Басса и М. Перри (Buss-Perry Aggression Questionnaire).

СВИ – Коппенгагенский опросник эмоционального выгорания (Copenhagen Burnout Inventory).

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

JDS – Опросник «Диагностика рабочей мотивации» Р. Хакмана и Г. Олдхема (Job Diagnostic Survey).

MBI – Шкала выгорания С. Maslach (Maslach Burnout Inventory).

S.D. – Standard Deviation (Среднеквадратическое отклонение).

VIF – Фактор инфляции дисперсии (Variance Inflation Factor).

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Рисунок 1. Распространенность СЭВ среди врачей-психиатров в Российской Федерации по результатам обзора русскоязычной литературы.

Рисунок 2. Поточковая диаграмма отбора исследований для включения в обзор англоязычной литературы.

Рисунок 3. Общемировая распространенность СЭВ среди врачей-психиатров по результатам обзора литературы.

Рисунок 4. Модель рабочих ресурсов-требований.

Рисунок 5. Число психиатров с высоким уровнем эмоционального выгорания в подшкалах МВІ.

Рисунок 6. Распределение значений ЭИ среди респондентов.

Рисунок 7. Распределение значений ДП среди респондентов.

Рисунок 8. Распределение значений РПД среди респондентов.

Рисунок 9. Распределение значений HADS-D среди респондентов.

Рисунок 10. Распределение значений HADS-A среди респондентов.

Рисунок 11. Распределение значений длительности заболевания пациентов.

Рисунок 12. Связь длительности лечения пациента с наличием СЭВ у курирующего его врача.

Рисунок 13. Структура первых назначенных антипсихотиков в зависимости от наличия СЭВ у лечащего врача.

Таблица 1. Распространенность СЭВ среди врачей-психиатров в Российской Федерации по результатам обзора русскоязычной литературы.

Таблица 2. Общемировая распространенность СЭВ среди врачей-психиатров по результатам обзора литературы.

Таблица 3. Социодемографические характеристики респондентов (качественные категории).

Таблица 4. Социодемографические характеристики респондентов (количественные категории).

Таблица 5. Социодемографические характеристики респондентов в зависимости от наличия СЭВ (качественные категории).

Таблица 6. Социодемографические характеристики респондентов в зависимости от наличия СЭВ (количественные категории).

Таблица 7. Характеристики подшкал МВІ среди респондентов в зависимости от наличия СЭВ.

Таблица 8. Индивидуально-психологические характеристики респондентов в зависимости от наличия СЭВ (статистическая значимость различий $p < 0.001$).

Таблица 9. Количественные характеристики показателей HADS, МВІ и возраста респондентов.

Таблица 10. Характеристики значений подшкал HADS среди респондентов в зависимости от наличия СЭВ.

Таблица 11. Связь СЭВ и его симптомов со случаями депрессии и тревоги среди респондентов.

Таблица 12. Корреляция между значениями подшкал HADS, МВІ и возрастом.

Таблица 13. Регрессионные модели клинических проявлений СЭВ.

Таблица 14. Характеристики значений подшкал ВОЗКЖ-26, МВІ и возраста респондентов.

Таблица 15. Корреляция между значениями подшкал ВОЗКЖ-26, МВІ и возрастом респондентов.

Таблица 16. Результаты унивариантного анализа связи КЖ и СЭВ.

Таблица 17. Регрессионные модели влияния СЭВ на КЖ респондентов.

Таблица 18. Характеристики пациентов, включенных в ретроспективный анализ.

Таблица 19. Характеристики пациентов, включенных в ретроспективный анализ, в зависимости от наличия СЭВ у их лечащего врача.

Таблица 20. Пол пациентов, включенных в ретроспективный анализ, и характеристики проводимой им терапии в зависимости от наличия СЭВ у лечащего врача.

Приложение 1. Поисковая стратегия систематического обзора англоязычной литературы

База данных	Стратегия поиска	Результаты
MEDLINE	#1 "Burnout, Professional"[MH] OR "Burnout, Psychological"[MH] #2 "Psychiatry"[MH] OR "Mental Health Services"[MH] OR "Community Mental Health Services"[MH] #3 #1 AND #2 #4 "burnout"[TIAB] #5 "psychiatrist"[TIAB] OR "psychiatrists"[TIAB] OR "psychiatric"[TIAB] #6 #4 AND #5 #7 #3 OR #6	915
EMBASE	#1 "burnout"/ or "professional burnout"/ #2 "psychiatry"/ or "mental health services"/ or "community mental health services"/ or "psychiatrist"/ #3 1 and 2 #4 "burnout".ti,ab,kw. #5 ("psychiatrist" or "psychiatrists" or "psychiatric").ti,ab,kw. #6 4 and 5 #7 3 or 6.	1 140
CENTRAL	#1 MeSH descriptor: [Burnout, Professional] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Burnout, Psychological] explode all trees #3 #1 OR #2 #4 MeSH descriptor: [Psychiatry] explode all trees #5 MeSH descriptor: [Mental Health Services] explode all trees #6 MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] explode all trees #7 #4 OR #5 OR #6 #8 #3 AND #7 #9 (burnout):ti,ab,kw #10 (psychiatrist):ti,ab,kw #11 (psychiatrists):ti,ab,kw #12 (psychiatric):ti,ab,kw #13 #10 OR #11 OR #12 #14 #13 AND #9 #15 #8 OR #14	98
PsycINFO	#1 "burnout"/ or "burnout, professional".mh. or "burnout, psychological".mh. #2 "psychiatry"/ or "mental health services"/ or ("psychiatry" or "mental health services" or "community mental health services").mh. #3 1 and 2 #4 "burnout".ti,ab. #5 ("psychiatrist" or "psychiatrists" or "psychiatric").ti,ab. #6 4 and 5 #7 3 or 6	885
Web of Science	#1 TI=burnout OR AB=burnout OR AK=burnout #2 (TI=psychiatrist OR AB=psychiatrist OR AK=psychiatrist) OR (TI=psychiatrists OR AB=psychiatrists OR AK=psychiatrists) OR (TI=psychiatric OR AB=psychiatric OR AK=psychiatric) #3 #1 AND #2	489
ClinicalTrials.gov	Burnout	216
OpenGrey	Burnout AND psych*	83
Всего		3 826

Приложение 2. Инструмент оценки качества включенных в систематический обзор исследований

Модификация Joanna Briggs Institute Prevalence Critical Appraisal Tool

		Да	Нет	Неясно	Неприменимо
1	Был ли проведен набор участников корректным способом?				
2	Участники и условия исследования детально описаны?				
3	Было ли состояние измерено стандартным, надежным способом?				
4	Была ли адекватно представлена описательная статистика?				
5	Указан ли показатель отклика и проведено ли сравнение респондентов и лиц, отказавшихся от участия в исследовании?				

Комментарии:

1. Был ли проведен набор участников корректным способом?

Критерии «да» (должны соблюдаться все критерии):

- Источник участников указан.
- Сплошная или случайная выборка с детальным описанием техники набора участников.

Критерии «нет» (хотя бы один критерий соблюдается):

- Источник участников не указан и не был получен в ходе контакта с авторами.
- Неслучайная и несплошная выборка.
- Исключение участников напрямую связано с СЭВ или никак не объяснено.

2. Участники и условия исследования детально описаны?

Критерии «да» (должны соблюдаться все критерии):

- Указаны следующие характеристики участников: пол, возраст, трудовой стаж.
- Указаны следующие условия исследования: страна, город, место работы.

Критерий «нет»:

- Хотя бы одна характеристика или условие из вышеуказанных не были указаны.

3. Было ли состояние измерено стандартным, надежным способом?

Критерии «да» (должны соблюдаться все критерии):

- Процедура измерения эмоционального выгорания была одинакова для всех участников.

- Опросники были заполнены участниками самостоятельно.

Критерии «нет» (хотя бы один критерий соблюдается):

- Процедура измерения эмоционального выгорания не была одинакова для всех участников.
- Опросники были заполнены интервьюером.

4. Была ли адекватно представлена описательная статистика?

Критерии «да» (должны соблюдаться все критерии):

- Указано использованное программное обеспечение.
- Количественные данные представлены в виде среднего значения или медианы, а также S.D., межквартильного размаха или размаха.
- Качественные данные представлены хотя бы в виде абсолютных частот.
- Результаты измерения эмоционального выгорания корректно представлены хотя бы в одной из вышеуказанных форм.

Критерии «нет» (хотя бы один критерий соблюдается):

- Не указано использованное программное обеспечение.
- Описательная статистика социодемографических данных или данных измерения эмоционального выгорания не представлена или не представлена в должной степени.

5. Указан ли показатель отклика и проведено ли сравнение респондентов и лиц, отказавшихся от участия в исследовании?

Критерии «да» (должны соблюдаться все критерии):

- Показатель отклика указан, обсуждены причины полученного показателя и его влияние на выводы.
- Проведено сравнение респондентов и лиц, отказавшихся от участия в исследовании, как минимум по социодемографическим данным.

Критерии «нет» (хотя бы один критерий соблюдается):

- Авторы не обсудили причины полученного показателя отклика и его влияние на выводы.
- Не было проведено сравнение респондентов и лиц, отказавшихся от участия в исследовании.

Приложение 3. Характеристики включенных в обзор англоязычной литературы исследований

Maslach Burnout Inventory (MBI)														
Исследование	Версия MBI			Критерий СЭВ	Респонденты с СЭВ, %	Критерии СЭВ в подшкале			Высокое значение в подшкале, %			Среднее и S.D.		
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов			Высок. ЭИ	Высок. ДП	Низк. РПД	ЭИ	ДП	РПД	ЭИ	ДП	РПД
Deary et al., 1996 [113]	MBI	22	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	22.8 ± 10.4	7.0 ± 5.6	35.4 ± 6.3
Guthrie et al., 1999 [235]	MBI	22	7-пунктовая	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	29.3	22.7	38.7	Не указано	Не указано	Не указано
Benbow and Jolley, 2002 [70]	MBI-HSS	22	Не указано	Не указано	Не указано	≥ 21	≥ 8	≤ 28	Не указано	Не указано	Не указано	31.26 ± 10.99	7.06 ± 5.62	29.74 ± 6.15
Korkeila et al., 2003 [89]	MBI	Не указано	Не указано	Не указано	3.6	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано
Littlewood et al., 2003 [221]	MBI	22	Не указано	Не указано	Не указано	≥ 22	≥ 8	≤ 28	60	37	60	Не указано	Не указано	Не указано
Galeazzi et al., 2004 [194]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	≥ 22	≥ 6	≤ 30	Не указано	Не указано	Не указано	21.2 ± 9.8	7.2 ± 4.0	36.7 ± 5.8
Priebe et al., 2005 [192]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	18.3 ± 8.99	8.4 ± 7.27	38.15 ± 4.65
Swoboda et al., 2005 [160]	MBI	22	Не указано	Не указано	Не указано	≥ 21	≥ 8	≤ 28	32.1	21.4	3.6	16.1 ± 6.5	4.4 ± 3.9	40.5 ± 5.4
Kumar et al., 2007 [84]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	≥ 27	≥ 13	≤ 31	33	13	23.8	24.1 ± 10.85	6.6 ± 4.99	36.5 ± 5.32
Mears et al., 2007 [108]	MBI	22	0-6	Высок. ЭИ и высок. ДП и низк. РПД	17.1	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано
Lasalvia et al., 2009 [155]	MBI-GS	16	0-6	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)**	20.9*	> 2.2	> 2	< 3.66	44*	25.8*	21.8*	2.36 ± 1.30*	1.61 ± 1.15*	4.38 ± 0.98*
Bressi et al., 2009 [79]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	≥ 22	≥ 6	≤ 30	49	39	22	21.33 ± 13.28	6.43 ± 6.66	35.78 ± 8.94
Braun et al., 2010 [115]	MBI-D	21	Не указано	Не указано	Не указано	> 4.5	> 4.5	< 2.5	12	0.7	0.2	Не указано	Не указано	Не указано
Coker and Omoluabi, 2010 [104]	MBI	Не указано	Не указано	Высок. ЭИ и высок. ДП и низк. РПД	23.6	Не указано	Не указано	Не указано	12.5	33.3	25	Не указано	Не указано	Не указано
Johnson et al., 2012 [193]	MBI	22	Не указано	Не указано	Не указано	≥ 21	≥ 8	≤ 28	45.2	31.1	17	20.5 ± 11.82	6.1 ± 5.57	34.9 ± 6.64
Wiertz, 2012 [278]	MBI-HSS	22	0-6	Легк. 1/3, умер. 2/3,	26 легк., 5.3 умер., 2.2	≥ 27	≥ 13	≤ 31	19.5	8.5	16	Не указано	Не указано	Не указано

				тяжел. 3/3	тяжел.									
Vicentic et al., 2013 [77]	MBI-HSS	22	0-6	Не указано	Не указано	≥ 27	≥ 10	≤ 33	58.3	0	0	Не указано	Не указано	Не указано
Volpe et al., 2014 [224]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	26.9 ± 8.62	10.9 ± 5.98	39.9 ± 5.28
Baumgardt et al., 2015 [57]	MBI-D	21	1-6	Не указано	Не указано	≥ 3	≥ 3.5	≥ 5	Не указано	Не указано	Не указано	2.9 ± 0.8	1.9 ± 0.5	5.0 ± 0.5
Garcia et al., 2015 [80]	MBI-GS	16	0-6	Не указано	Не указано	≥ 16	≥ 11	≤ 10	86.2	89.9	74.3	24.8 ± 7.6	21.1 ± 7.9	33.6 ± 5.8
Endriulaitiene et al., 2016 [90]	MBI-GS	16	0-6	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	14.5 ± 6.2	7.3 ± 5.3	6.1 ± 5.3
Gül et al., 2017 [259]	MBI	22	0-4	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)**	72.6*	≥ 18	≥ 10	≤ 21	84.6*	46.3*	67.7*	24.48 ± 6.74*	10.50 ± 4.07*	19.39 ± 5.05*
Zaninotto et al., 2018 [131]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	Не указано	Не указано	≤ 31	Не указано	Не указано	Не указано	12.27 ± 6.07	2.19 ± 2.68	27.46 ± 9.1
Sturzu et al., 2019 [127]	MBI-HSS	22	0-6	Высок. ЭИ и высок. ДП и низк. РПД	Не указано	≥ 27	≥ 13	≤ 31	Не указано	Не указано	Не указано	19.8 ± 10.5	7.6 ± 5.6	34.7 ± 5.7
Aguglia et al., 2020 [279]	MBI	22	0-6	Не указано	Не указано	≥ 22	≥ 6	≤ 30	Не указано	Не указано	Не указано	18.3 ± 8.2	4.4 ± 3.9	15.2 ± 8.0
Nimmawitt et al., 2020 [198]	MBI	22	0-6	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)**	50.3*	≥ 27	≥ 13	≤ 31	50.3*	28.1*	99.4*	26.1 ± 12.5*	8.0 ± 7.3*	8.77 ± 6.09*
The Utrecht Work Engagement Scale (UBOS)														
Исследование	Версия UBOS			Критерий СЭВ	Респонденты с СЭВ, %	Критерии СЭВ в подшкале			Высокое значение в подшкале, %			Среднее и S.D.		
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов			Низк. РПД	Высок. ЭИ	Высок. ДП	Низк. РПД	Высок. ЭИ	Высок. ДП	РПД	ДП	РПД
Vandenbroeck et al., 2017 [93]	UBOS	20	0-6	Высок. ЭИ и (высок. ДП или низк. РПД)	16.1	≥ 2.5	≥ 1.6 (w); ≥ 1.8 (m)	≤ 3.7	33.3*	26.3*	15.8*	2.11 ± 1.33*	1.22 ± 1.23*	4.55 ± 0.79*
Copenhagen Burnout Inventory (CBI)														
Исследование	Версия CBI			Критерий СЭВ	Респонденты с СЭВ, %	Критерии СЭВ в подшкале			Высокое значение в подшкале, %			Среднее и S.D.		
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов			Высок. ПВ	Высок. ВСР	Высок. ВСК	ПВ	ВСР	ВСК	ПВ	ВСР	ВСК
Chambers et al., 2016 [98]	CBI	19	5-пунктовая	≥ 50 в каждой шкале	Не указано	≥ 50	≥ 50	≥ 50	Не указано	Не указано	Не указано	49.5 ± 17.6	48.1 ± 19.0	35.9 ± 18.6
Sarma, 2018 [226]	CBI	19	5-пунктовая	≥ 50 в любой подшкале	31.8	≥ 50	≥ 50	≥ 50	29.1	10.9	6.3	37.3 ± 16	22.6 ± 17.65	18.2 ± 15.78

McNicholas et al., 2020 [95]	CBI	19	5-пунктовая	Среднее ≥ 50	59.6	50-74 – умер., 75-99 – высок., 100 – тяжел.			75***	63.7***	27***	59.41 \pm 19.63	55.93 \pm 24	38.2 \pm 16.01
Hardy et al., 2020 [105]	CBI	Не указано	Не указано	≥ 50 в любой подшкале	60	≥ 50	≥ 50	≥ 50	51.2	42.5	45.3	47.46 \pm 21.05	43.26 \pm 20.3	43.9 \pm 22.22
Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)														
Исследование	Версия OLBI			Критерий СЭВ	Респонденты с СЭВ, %	Критерии СЭВ в подшкалах		Высокое значение в подшкале, %		Среднее и S.D.				
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов			Истощение	Вовлеченность	Истощение	Вовлеченность	Истощение	Вовлеченность			
Scanlan and Still, 2019 [227]	OLBI*	16	1-4*	Не указано	Не указано	$\geq 2.25^*$	$\geq 2.1^*$	42.86*	57.14*	2.15 \pm 0.29*	1.99 \pm 0.36*			
Tedium Measure (TM)														
Исследование	Версия Tedium Measure			Критерий СЭВ	Респонденты с СЭВ, %	Критерии СЭВ в подшкалах	Высокое значение в подшкале, %	Среднее и S.D.						
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов											
Amstutz et al., 2001 [55]	TM-21	21	7-пунктовая	Среднее > 3.5	14.2	Не указано	Не указано	2.9 \pm 0.8						
Professional Quality of Life measure (ProQOL)														
Исследование	Версия ProQOL			Критерии СЭВ в подшкалах	Высокое значение в подшкале, %	Среднее и S.D.								
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов											
Rossi et al., 2012 [76]	ProQOL-III	30	0-5	≥ 28	16	23.4 \pm 5.93								
Rohland et al. Single-item Measure of Self-Perceived Burnout (Rohland SI)														
Исследование	Версия шкалы			Критерий СЭВ	Респонденты с СЭВ, %	Критерии СЭВ в подшкалах	Высокое значение в подшкале, %	Среднее и S.D.						
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов											
Yoon et al., 2017 [281]	Rohland SI	1	1-5	≥ 3	14.4	Не указано	Не указано	Не указано						
The Brief Burnout Questionnaire (BBQ)														
Исследование	Версия BBQ			Критерии СЭВ в подшкалах	Высокое значение в подшкале, %	Среднее и S.D.								
	Название	Кол-во пунктов	Диапазон баллов											
NCT03296254, 2017 (Ruiz-Iniguez et al., 2023) [106]	BBQ-R	21	1-5	$\geq 25^*$	18.75*	19.16 \pm 5.61*								

Прим.: Исследования сгруппированы по инструменту диагностики СЭВ и упорядочены по дате публикации. * – данные получены от авторов в ходе личной переписки; ** – расчеты произведены на основе индивидуальных данных участников; *** – частоты приведены для категорий умеренного, высокого и тяжелого СЭВ.

Приложение 4. Индивидуально-психологические характеристики врачей-психиатров в зависимости от наличия синдрома эмоционального выгорания

Группирующая характеристика	СЭВ	Среднее	Медиана	S.D.	Q1 25%	Q3 75%	Размах	Нормальность (p)	t/U-критерий (p)
Межличностный эмоциональный интеллект	+	40.36	41	9.32	35	44	22-64	0.537	0.007
	-	45.39	45	7.16	41	49	25-65	0.364	
Внутриличностный эмоциональный интеллект	+	41.36	41	8.62	36	48	22-61	0.899	< 0.001
	-	48.32	48	6.79	44	53	30-66	0.959	
Понимание эмоций	+	42.42	43	9.41	36	48	24-64	0.809	0.029
	-	46.51	46	7.11	43	51	25-64	0.387	
Управление эмоциями	+	39.30	40	8.84	36	44	14-55	0.099	< 0.001
	-	47.20	47	6.57	43	51	30-64	0.772	
Понимание чужих эмоций	+	22.73	23	5.38	19	26	10-35	0.879	0.041
	-	24.94	25	4.57	22	28	10-35	0.136	
Управление чужими эмоциями	+	17.64	18	4.94	15	20	6-29	0.247	0.002
	-	20.45	20	3.5	18	22	13-30	0.013	
Понимание своих эмоций	+	19.70	19	5.3	16	24	8-30	0.440	0.067
	-	21.57	21	3.67	19	24	14-30	0.225	
Управление своими эмоциями	+	11.61	12	3.24	9	14	3-18	0.496	< 0.001
	-	15.17	15	2.62	13	17	10-21	0.038	
Контроль аффекта	+	10.06	10	3.09	9	12	4-15	0.118	0.015
	-	11.58	11	2.62	10	14	3-18	0.100	
Трудность идентификации чувств	+	15.06	14	6.31	10	20	7-29	0.042	0.002
	-	11.17	10	3.98	8	14	7-22	< 0.001	
Трудности с описанием чувств	+	11.88	12	4.16	9	15	5-19	0.121	0.029
	-	9.98	10	3.35	8	11	5-19	0.002	
Внешне-ориентированный тип мышления	+	18.30	18	4.31	16	21	12-29	0.227	0.139
	-	16.98	17	4.49	14	20	8-28	0.120	
Общий балл Торонтской шкалы алекситимии	+	45.24	44	12.57	36	52	27-75	0.097	0.003
	-	38.13	37	9.27	32	42	20-65	0.015	
Физическая агрессия	+	22.73	23	7.17	17	27	9-36	0.644	0.007
	-	18.84	19	5.47	15	23	9-31	0.095	
Гнев	+	20.12	21	5.01	17	25	9-30	0.894	< 0.001
	-	16.53	16	5.32	13	20	7-30	0.166	
Враждебность	+	21.67	23	7.09	15	27	9-34	0.188	0.008
	-	17.91	18	5.27	14	21	8-29	0.189	
Сумма баллов по шкале ВРАQ-24	+	64.51	66	14.83	53	72	37-98	0.89	< 0.001
	-	53.28	52	12.12	45	62	28-82	0.377	
Разнообразие профессиональных навыков	+	5.91	6	0.98	5.3	6.7	2.7-7	< 0.001	0.745
	-	5.97	6	0.9	5.7	6.7	2.7-7	< 0.001	
Завершенность профессионального задания	+	4.70	5	1.39	3.7	5.7	1.3-7	0.150	0.005
	-	5.46	5.7	0.93	4.7	6	3-7	0.006	

Значимость профессионального задания	+	6.07	6.3	0.75	5.7	6.7	4-7	< 0.001	0.238
	-	6.18	6.3	0.84	5.7	6.7	2.7-7	< 0.001	
Автономия	+	3.82	3.3	1.35	3	5	1-7	0.474	0.003
	-	4.59	4.7	1.16	4	5.3	1.3-7	< 0.001	
Обратная связь от работы	+	4.95	5.7	1.39	4	6	1.7-7	0.013	0.223
	-	5.35	5.67	1.1	4.7	6.3	1.7-7	0.005	
Обратная связь от других	+	4.23	4	1.48	3	5.3	1.7-7	0.177	0.127
	-	4.68	4.7	1.3	3.7	5.7	1-7	0.051	
Взаимодействие	+	5.83	6	0.9	5.3	6.3	3.7-7	< 0.001	0.836
	-	5.87	6	0.77	5.3	6.3	3.3-7	< 0.001	
Осознаваемый смысл работы	+	4.40	4.3	0.45	4	4.8	3.5-5	0.007	0.237
	-	4.31	4.3	0.51	4	4.5	3.3-5.8	0.002	
Осознаваемая ответственность за результаты работы	+	4.76	4.8	0.8	4.3	5.2	2.8-6.3	0.297	0.043
	-	5.04	5.2	0.75	4.5	5.5	3-6.3	0.002	
Знание реальных результатов работы	+	4.71	4.8	0.72	4	5.5	3.5-6	0.121	0.302
	-	4.87	5	0.86	4.5	5.3	2-6.8	0.158	
Общая удовлетворенность	+	4.11	4.2	0.71	3.8	4.6	2.4-5.6	0.931	< 0.001
	-	5.35	5.4	0.87	5	6	2.4-6.8	0.005	
Интринсивная рабочая мотивация	+	5.06	5	0.93	4.5	5.7	3-6.5	0.386	0.209
	-	5.29	5.3	0.77	4.8	5.8	2.8-6.8	0.08	
Удовлетворенность потребности в росте	+	4.12	4.3	0.94	3.8	4.5	1.8-5.8	0.056	< 0.001
	-	5.05	5	0.93	4.5	5.8	2.8-7	0.010	
Удовлетворенность безопасностью потери работы	+	3.36	3.5	1.35	2.5	4.5	1-6	0.158	< 0.001
	-	4.54	5	1.4	3.5	5.5	1.5-7	< 0.001	
Удовлетворенность оплатой	+	4.45	4.5	1.39	3.5	5.5	1-7	0.616	0.002
	-	5.32	5.5	1.32	5	6	2-7	< 0.001	
Социальная удовлетворенность	+	4.50	4.7	1.04	3.7	5	2.3-6.3	0.649	< 0.001
	-	5.52	5.7	0.87	5	6	3.7-7	0.002	
Удовлетворенность руководством	+	3.88	4	1.21	3	4.7	1.3-6.3	0.487	< 0.001
	-	5.26	5.3	1.14	4.7	6	1.3-7	< 0.001	
Потребность в профессиональном росте и развитии	+	3.89	3.7	0.75	3.5	4.4	2.4-5.7	0.809	0.249
	-	4.07	4	0.73	3.6	4.6	2.1-6	0.858	
Экстраверсия	+	44.88	44	6.17	40	48	35-60	0.143	0.014
	-	48.92	49	9.36	43	57	28-67	0.049	
Согласие	+	51.85	52	10.27	43	62	32-66	0.072	0.086
	-	55.61	57	10.6	50	62	18-73	0.003	
Сознательность	+	52.18	51	10.12	47	60	34-72	0.609	0.009
	-	57.48	59	10.96	51	66	22-75	< 0.001	
Нейротизм	+	52.54	51	8.98	45	59	36-72	0.187	< 0.001
	-	40.91	41	10.59	33	49	19-69	0.560	
Открытость опыту	+	49.82	50	7.1	44	52	38-64	0.130	0.262
	-	51.54	52	8.55	47	57	28-72	0.816	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андриющенко, А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А. В. Андриющенко, М. Ю. Дробижев, А. В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103. – № 5. – С. 11-18.
2. Богомолов, В. А. Эмоциональная экспрессия специалистов в сфере психического здоровья как проявление профессионального «выгорания» / В. А. Богомолов // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) / под ред. В. В. Лукьянова, С. А. Подсадного. – Курск : КГУ, 2007. – С. 19-21.
3. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – Санкт-Петербург : Сударыня, 1999. – 32 с.
4. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – Москва : Филинь, 1996. – 472 с.
5. Бондаренко, И. Н. Адаптация опросника «Диагностика рабочей мотивации» Р. Хакмана и Г. Олдхема на русскоязычной выборке / И. Н. Бондаренко // Психологический журнал. – 2010. – Т. 31. – № 3. – С. 109-124.
6. Васильева, Н. Г. Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Васильева Надежда Геннадьевна; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2016. – 203 с.
7. Васильева, Н. Г. Эмоциональный интеллект и синдром выгорания у медицинских работников (литературный обзор) / Н. Г. Васильева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 47-51.
8. Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний / О. М. Драпкина, А. И. Федин, О. А. Дорофеева [и др.] //

Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 5. – С. 64-70.

9. Влияние синдрома выгорания врачей-психиатров на показатели терапевтического альянса у пациентов с психическими расстройствами / Е. И. Лозинская, Н. Б. Лутова, А. В. Ханько, А. В. Жигулева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 19-23.

10. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 336 с.

11. Голенков, А. В. Распространенность и предикторы агрессивного поведения пациентов с психическими расстройствами / А. В. Голенков // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. – 2014. – № 1. – С. 21-25.

12. Дорофейкова, М. В. Антипсихотическая полипрагмазия при шизофрении в клинической практике / М. В. Дорофейкова, Н. Н. Петрова // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – № 3. – С. 16-19.

13. Ениколопов, С. Н. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри / С. Н. Ениколопов, Н. П. Цибульский // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28. – № 1. – С. 115-124.

14. Золотухина, Л. В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания : специальность 14.01.06 «Психиатрия», 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Золотухина Лидия Валерьевна; Челябинская государственная медицинская академия Росздрава. – Санкт-Петербург, 2011. – 220 с.

15. Золотухина, Л. В. Синдром профессионального выгорания у врачей и медсестер психиатрических учреждений. Актуальность проблемы / Л. В. Золотухина, И. В. Шадрина, Н. А. Куренкова // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 19-23.

16. Казаковцев, Б. А. Характеристики работы психиатрических стационаров как индикатор изменения состояния психиатрической помощи в России в 1999-2018 гг. / Б. А. Казаковцев, Т. А. Николаева, О. В. Сидорюк // Психическое здоровье. –

2020. – № 1. – С. 3-8.

17. Китаев-Смык, Л. А. Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души / Л. А. Китаев-Смык // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2008. – № 2. – С. 41-50.

18. Князева, Н. А. Особенности проявлений синдрома эмоционального выгорания и личностные особенности у врачей общей практики, психиатров, психологов / Н. А. Князева, Е. В. Соболева, М. К. Андреев // Астраханский медицинский журнал. – 2014. – Т. 9. – № 3. – С. 24-31.

19. Козин, В. А. Синдром «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов и его влияние на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью : специальность 14.01.27 «Наркология», 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Козин Владимир Андреевич; Российский университет дружбы народов. – Санкт-Петербург, 2017. – 143 с.

20. Кутузова, Д. А. Организация деятельности и стиль саморегуляции как факторы профессионального выгорания педагога-психолога : специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Кутузова Дарья Андреевна; Московский городской психолого-педагогический университет. – Москва, 2006. – 213 с.

21. Кухтенко, Ю. А. Коррекция эмоционального (профессионального) «выгорания» у врачей, занятых в сфере психического здоровья / Ю. А. Кухтенко // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14. – № 7. – С. 67-72.

22. Лозинская, Е. И. Проявление синдрома перегорания у психиатров и онкологов / Е. И. Лозинская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2006. – № 3. – С. 16-19.

23. Лозинская, Е. И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров / Е. И. Лозинская // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в

- медицинской, психологической и педагогической практике) / под ред. В. В. Лукьянова, С. А. Подсадного. – Курск : КГУ, 2007. – С. 96-99.
24. Лозинская, Е. И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Лозинская Евгения Игоревна; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2007. – 203 с.
25. Лукьянов, В. В. Влияние стажа профессиональной деятельности и уровня эмпатии на структуру синдрома перегорания у врачей-наркологов / В. В. Лукьянов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2007. – № 1. – С. 18-19.
26. Лукьянов, В. В. Сравнительное исследование методик измерения синдрома выгорания / В. В. Лукьянов, Н. Г. Васильева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 4. – С. 14-24.
27. Люсин, Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн / Д. В. Люсин // Психологическая диагностика. – 2006. – № 4. – С. 3-22.
28. Макушкина, О. А. Психиатрическая служба Российской Федерации: вопросы организации и мониторинг показателей (2011-2021 гг.) / О. А. Макушкина, А. В. Яздовская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2022. – № 4 (117). – С. 72-82.
29. Пахтусова, Е. Е. Методологические подходы к профилактике и психокоррекции синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов / Е. Е. Пахтусова, В. Л. Малыгин, А. С. Искандирова // Наркология. – 2015. – Т. 14. – № 3. – С. 12-18.
30. Петрова, Е. В. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений / Е. В. Петрова, Н. В. Семенова, А. Н. Алехин // Вестник Томского

государственного педагогического университета. – 2011. – № 12 (114). – С. 194-199.

31. Петрова, Н. Н. Антипсихотическая полипрагмазия: за и против / Н. Н. Петрова, М. В. Дорофейкова // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – № 1. – С. 11-16.

32. Практика применения антипсихотиков и корректоров в психиатрии. Первые результаты программы АНКОРПСИ (АНтипсихотики и КОРректоры в ПСИхиатрии) / М. Ю. Дробижев, Е. В. Калинина, Е. Ю. Антохин, Е. Ю. Сорокина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 2. – С. 65-77.

33. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения : 10.06.2025).

34. Профессиональное «выгорание» у медицинских работников / В. Я. Апчел, В. Г. Белов, В. И. Говорун [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008. – № 2 (22). – С. 152-159.

35. Психические реакции врачей психиатров и наркологов на фоне пандемии COVID-19 / В. В. Новиков, А. М. Новикова, Д. С. Петров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 4. – С. 844-847.

36. Психосоциальные факторы как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью / Л. И. Вассерман, В. К. Шамрей, А. А. Марченко, М. Ю. Новожилова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 47-52.

37. Работоголизм у врачей: представленность, причины, варианты, его связь с синдромом эмоционального выгорания / В. Л. Дресвянников, Т. А. Шпикс, О. В. Латыпова, А. И. Тактайкин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 37-39.

38. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей

различных специальностей / В. Л. Малыгин, А. Б. Искандирова, Е. Е. Пахтусова, Д. В. Шевченко // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) / под ред. В. В. Лукьянова, С. А. Подсадного. – Курск : КГУ, 2007. – С. 108-110.

39. Руженская, Е. В. Эмоциональное выгорание медицинского персонала, работающего в психиатрии / Е. В. Руженская // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017. – Т. 17. – № 7. – С. 152-155.

40. Сиротина, Т. В. Синдром профессионального эмоционального сгорания среди специалистов по социальной работе / Т. В. Сиротина, И. С. Тавлетична // Социология в современном мире: наука, образование, творчество : сборник статей / под ред. О. Н. Колесниковой, Е. А. Попова. – Барнаул : Издательство Алтайского государственного университета, 2014. – Вып. 6. – С. 314-321.

41. Смирнова, А. Ю. Ольденбургский опросник профессионального выгорания: диагностика изменения психического состояния субъекта труда по континууму: увлеченность работой-профессиональное выгорание / А. Ю. Смирнова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т. 17. – № 2. – С. 211-218.

42. Твилле, П. С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания и факторов его определяющих среди ординаторов / П. С. Твилле, В. В. Мадьянова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 220-233.

43. Темиров, Т. В. Психическое выгорание как деструктивный механизм деятельности педагога / Т. В. Темиров // Мир психологии. – 2008. – № 4 (56). – С. 54-64.

44. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е. Г. Старостина, Г. Д. Тэйлор, Л. К. Квилти [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 4. – С. 31-38.

45. Федоров, Я. О. Исследование толерантности у специалистов помогающих профессий в сфере психического здоровья / Я. О. Федоров, Н. В. Семенова // Вестник психотерапии. – 2011. – № 40 (45). – С. 85-97.
46. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие / А. Б. Хромов. – Курган : Изд-во Курганского государственного университета, 2000. – 23 с.
47. Экономическое бремя шизофрении в России / Е. Б. Любов, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 36-42.
48. A Cluster Randomized Trial of Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study / M. Linzer, S. Poplau, E. Grossman [et al.] // Journal of General Internal Medicine. – 2015. – Vol. 30. – № 8. – P. 1105-1111.
49. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries / C. M. Duffield, M. A. Roche, C. Homer [et al.] // Journal of Advanced Nursing. – 2014. – Vol. 70. – № 12. – P. 2703-2712.
50. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis / P. Peduzzi, J. Concato, E. Kemper [et al.] // Journal of Clinical Epidemiology. – 1996. – Vol. 49. – № 12. – P. 1373-1379.
51. Adding pre-emptive anticholinergics to antipsychotics: Is it justified? / K. Chatterjee, A. Dangi, R. Sharma [et al.] // Industrial Psychiatry Journal. – 2022. – Vol. 31. – № 2. – P. 370-373.
52. Age and sex differences in burnout, career satisfaction, and well-being in US neurologists / K. Lafaver, J. M. Miyasaki, C. M. Keran [et al.] // Neurology. – 2018. – Vol. 91. – № 20. – P. E1928-E1941.
53. Ahola, K. Occupational burnout and health / K. Ahola. – Tampere : Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 2007. – 116 p.
54. Ahola, K. Burnout and health / K. Ahola, J. J. Hakanen // Burnout at Work: A psychological perspective / eds. M. P. Leiter [et al.]. – New York [et al.] : Psychology

Press, 2014. – P. 10-31.

55. Amstutz, M. C. Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten / M. C. Amstutz, M. Neuenschwander, J. Modestin // *Psychiatrische Praxis*. – 2001. – Vol. 28. – № 4. – P. 163-167.

56. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada / C. S. Dewa, P. Jacobs, N. X. Thanh, D. Loong // *BMC Health Services Research*. – 2014. – Vol. 14. – 254.

57. Aspects of sustainability: Cooperation, job satisfaction, and burnout among Swiss psychiatrists / J. Baumgardt, J. Moock, W. Rössler, W. Kawohl // *Frontiers in Public Health*. – 2015. – Vol. 3. – 25.

58. Association between burnout and anger in oncology versus ophthalmology health care professionals / M. R. A. Muscatello, A. Bruno, C. Carroccio [et al.] // *Psychological Reports*. – 2006. – Vol. 99. – № 2. – P. 641-650.

59. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction / H. C. Weng, C. M. Hung, Y. T. Liu [et al.] // *Medical Education*. – 2011. – Vol. 45. – № 8. – P. 835-842.

60. Atabay, G. Impact of ethical climate on moral distress revisited: Multidimensional view / G. Atabay, B. G. Çangarli, Ş. Penbek // *Nursing Ethics*. – 2015. – Vol. 22. – № 1. – P. 103-116.

61. Avoiding burnout: The personal health habits and wellness practices of US surgeons / T. D. Shanafelt, M. R. Oreskovich, L. N. Dyrbye [et al.] // *Annals of Surgery*. – 2012. – Vol. 255. – № 4. – P. 625-633.

62. Bai, Y. How Employee Job Burnout, Work Engagement, and Turnover Intention Relate to Career Plateau during the Epidemic / Y. Bai, J. Zhou, W. He // *Social Sciences*. – 2023. – Vol. 12. – № 7. – 394.

63. Bakker, A. B. Burnout contagion among intensive care nurses / A. B. Bakker, P. M. Le Blanc, W. B. Schaufeli // *Journal of Advanced Nursing*. – 2005. – Vol. 51. – № 3. – P. 276-287.

64. Bakker, A. B. The Job Demands-Resources model: State of the art / A. B. Bakker,

- E. Demerouti // *Journal of Managerial Psychology*. – 2007. – Vol. 22. – № 3. – P. 309-328.
65. Bakker, A. B. Job resources buffer the impact of job demands on burnout / A. B. Bakker, E. Demerouti, M. C. Euwema // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2005. – Vol. 10. – № 2. – P. 170-180.
66. Bakker, A. B. Burnout and work engagement: The JD–R approach / A. B. Bakker, E. Demerouti, A. I. Sanz-Vergel // *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. – 2014. – Vol. 1. – P. 389-411.
67. Bakker, A. B. The socially induced burnout model / A. B. Bakker, E. Demerouti, W. B. Schaufeli // *Advances in Psychology Research*. – 2003. – Vol. 25. – P. 13-30.
68. Bakker, A. B. Beyond the Demand-Control Model / A. B. Bakker, M. van Veldhoven, D. Xanthopoulou // *Journal of Personnel Psychology*. – 2010. – Vol. 9. – № 1. – P. 3-16.
69. Beelen, A. P. Asymptomatic QTc prolongation associated with quetiapine fumarate overdose in a patient being treated with risperidone / A. P. Beelen, K. T. J. Yeo, L. D. Lewis // *Human and Experimental Toxicology*. – 2001. – Vol. 20. – № 4. – P. 215-219.
70. Benbow, S. M. Burnout and stress amongst old age psychiatrists / S. M. Benbow, D. J. Jolley // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2002. – Vol. 17. – № 8. – P. 710-714.
71. Bianchi, R. Burnout-depression overlap: A review / R. Bianchi, I. S. Schonfeld, E. Laurent // *Clinical Psychology Review*. – 2015. – Vol. 36. – P. 28-41.
72. Bianchi, R. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression / R. Bianchi, I. S. Schonfeld, E. Laurent // *International Journal of Stress Management*. – 2014. – Vol. 21. – № 4. – P. 307-324.
73. Birch, N. Perceived Role Conflict, Role Ambiguity, and Reference Librarian Burnout in Public Libraries / N. Birch // *Library and Information Science Research*. – 1986. – Vol. 8. – № 1. – P. 53-65.
74. Brown, S. D. Beyond Substance Abuse: Stress, Burnout, and Depression as

Causes of Physician Impairment and Disruptive Behavior / S. D. Brown, M. J. Goske, C. M. Johnson // *Journal of the American College of Radiology*. – 2009. – Vol. 6. – № 7. – P. 479-485.

75. Burnout–Depression Overlap: Exploratory Structural Equation Modeling Bifactor Analysis and Network Analysis / J. Verkuilen, R. Bianchi, I. S. Schonfeld, E. Laurent // *Assessment*. – 2021. – Vol. 28. – № 6. – P. 1583-1600.

76. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services / A. Rossi, G. Cetrano, R. Pertile [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2012. – Vol. 200. – № 2-3. – P. 933-938.

77. Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists / S. Vicentic, M. J. Gasic, A. Milovanovic [et al.] // *Work*. – 2013. – Vol. 45. – № 1. – P. 129-138.

78. Burnout, working alliance, and ward atmosphere: A multisite study of mental health professionals and patients with schizophrenia / M. D’Addazio, L. Poddighe, R. Bianchi [et al.] // *Stress and Health*. – 2024. – Vol. 40. – № 6. – e3492.

79. Burnout among psychiatrists in Milan: A multicenter survey / C. Bressi, M. Porcellana, O. Gambini [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2009. – Vol. 60. – № 7. – P. 985-988.

80. Burnout among psychiatrists in the Veterans Health Administration / H. A. Garcia, C. A. McGeary, E. P. Finley [et al.] // *Burnout Research*. – 2015. – Vol. 2. – № 4. – P. 108-114.

81. Burnout and imposter syndrome among Saudi young adults: The strings in the puppet show of psychological morbidity / S. Alrayyes, U. F. Dar, M. Alrayes [et al.] // *Saudi Medical Journal*. – 2020. – Vol. 41. – № 2. – P. 189-194.

82. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions / R. Gopal, J. J. Glasheen, T. J. Miyoshi, A. V. Prochazka // *Archives of Internal Medicine*. – 2005. – Vol. 165. – № 22. – P. 2595-2600.

83. Burnout and job satisfaction among psychiatrists in the Mental Health Service, Hamad Medical Corporation, Qatar / N. Kader, B. Elhusein, N. M. Elhassan [et al.] //

Asian Journal of Psychiatry. – 2021. – Vol. 58. – 102619.

84. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: A national study / S. Kumar, J. Fischer, E. Robinson [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. – 2007. – Vol. 53. – № 4. – P. 306-316.

85. Burnout and job satisfaction of psychiatrists in China: a nationwide survey / H. Yao, P. Wang, Y. L. Tang [et al.] // BMC Psychiatry. – 2021. – Vol. 21. – 593.

86. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery / J. Klein, K. Grosse Frie, K. Blum, O. von dem Knesebeck // International Journal for Quality in Health Care. – 2010. – Vol. 22. – № 6. – P. 525-530.

87. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers / U. Peterson, E. Demerouti, G. Bergström [et al.] // Journal of Advanced Nursing. – 2008. – Vol. 62. – № 1. – P. 84-95.

88. Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons / S. Melamed, A. Shirom, S. Toker, I. Shapira // Psychosomatic Medicine. – 2006. – Vol. 68. – № 6. – P. 863-869.

89. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: A national survey / J. A. Korkeila, S. Töyry, K. Kumpulainen [et al.] // Scandinavian Journal of Public Health. – 2003. – Vol. 31. – № 2. – P. 85-91.

90. Burnout and Stigma of Seeking Help in Lithuanian Mental Health Care Professionals / A. Endriulaitienė, K. Žardeckaitė-Matulaitienė, R. Markšaitytė [et al.] // European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. – 2016. – Vol. 13. – P. 254-265.

91. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, F. S. Massie [et al.] // Annals of Internal Medicine. – 2008. – Vol. 149. – № 5. – P. 334-341.

92. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: A 10-year prospective register-linkage study / K. Ahola, A. Väänänen, A. Koskinen [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2010. – Vol. 69. – № 1. – P. 51-57.

93. Burnout in Belgian physicians and nurses / S. Vandenbroeck, E. Van Gerven, H.

- De Witte [et al.] // *Occupational Medicine*. – 2017. – Vol. 67. – № 7. – P. 546-554.
94. Burnout in cancer professionals: A systematic review and meta-analysis / D. C. Trufelli, C. G. Bensi, J. B. Garcia [et al.] // *European Journal of Cancer Care*. – 2008. – Vol. 17. – № 6. – P. 524-531.
95. Burnout in consultants in child and adolescent mental health services (CAMHS) in Ireland: a cross-sectional study / F. McNicholas, S. Sharma, C. Oconnor, E. Barrett // *BMJ Open*. – 2020. – Vol. 10. – № 1. – e030354.
96. Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation / G. Morse, M. P. Salyers, A. L. Rollins [et al.] // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. – 2012. – Vol. 39. – № 5. – P. 341-352.
97. Burnout in nursing staff: Is there a relationship between depression and burnout? / A. Iacovides, K. N. Fountoulakis, C. Moysidou, C. Ierodiakonou // *International Journal of Psychiatry in Medicine*. – 1999. – Vol. 29. – № 4. – P. 421-433.
98. Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: A cross-sectional mixed methods study / C. N. L. Chambers, C. M. A. Frampton, M. Barclay, M. McKee // *BMJ Open*. – 2016. – Vol. 6. – № 11. – e013947.
99. Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study / P. de Loeff, H. Nijman, R. Didden, P. Embregts // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2018. – Vol. 25. – № 8. – P. 506-516.
100. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis / H. Rodrigues, R. Cobucci, A. Oliveira [et al.] // *PLoS ONE*. – 2018. – Vol. 13. – № 11. – e0206840.
101. Chen, C. W. Burnout in social justice and human rights activists: Symptoms, causes and implications / C. W. Chen, P. C. Gorski // *Journal of Human Rights Practice*. – 2015. – Vol. 7. – № 3. – P. 366-390.
102. Chronic stress is linked to 5-HT1A receptor changes and functional disintegration of the limbic networks / H. Jovanovic, A. Perski, H. Berglund, I. Savic // *NeuroImage*. – 2011. – Vol. 55. – № 3. – P. 1178-1188.

103. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test / P. M. C. Mommersteeg, C. J. Heijnen, M. J. P. M. Verbraak, L. J. P. Van Doornen // *Psychoneuroendocrinology*. – 2006. – Vol. 31. – № 2. – P. 216-225.
104. Coker, A. O. Burnout and stress reaction among psychiatrist working in Lagos, Nigeria / A. O. Coker, P. F. Omoluabi // *IFE PsychologIA*. – 2010. – Vol. 18. – № 1. – P. 1-6.
105. Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study / P. Hardy, J. F. Costemale-Lacoste, C. Trichard [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2020. – Vol. 284. – 112662.
106. Comparison of two brief mindfulness interventions for anxiety, stress and burnout in mental health professionals: a randomised crossover trial / R. Ruiz-Iniguez, A. Carralero Montero, F. A. Burgos-Julian [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2023. – Vol. 14. – 1160714.
107. Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement / C. Center, M. Davis, T. Detre [et al.] // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289. – № 23. – P. 3161-3166.
108. Consultant psychiatrists' working patterns / A. Mears, S. Pajak, T. Kendall [et al.] // *Psychiatric Bulletin*. – 2007. – Vol. 31. – № 7. – P. 252-255.
109. Continuing medical education and burnout among Danish GPs / A. Brondt, I. Sokolowski, F. Olesen, P. Vedsted // *British Journal of General Practice*. – 2008. – Vol. 58. – № 546. – P. 15-19.
110. Continuity of care in intensive care units: A cluster-randomized trial of intensivist staffing / N. A. Ali, K. M. Wolf, J. Hammersley [et al.] // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. – 2011. – Vol. 184. – № 7. – P. 803-808.
111. Cortisol deviations in people with burnout before and after psychotherapy: A pilot study / P. M. C. Mommersteeg, G. P. J. Keijsers, C. J. Heijnen [et al.] // *Health Psychology*. – 2006. – Vol. 25. – № 2. – P. 243-248.

112. Dale, J. Burnout in sport: A review and critique / J. Dale, R. Weinberg // *Journal of Applied Sport Psychology*. – 1990. – Vol. 2. – № 1. – P. 67-83.
113. Deary, I. J. Personality and stress in consultant psychiatrists / I. J. Deary, R. M. Agius, A. Sadler // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1996. – Vol. 42. – № 2. – P. 112-123.
114. Depression, anxiety, and burnout among psychiatrists during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Beijing, China / P. Dong, X. Lin, F. Wu [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2023. – Vol. 23. – 494.
115. Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists / M. Braun, C. Schönfeldt-Lecuona, R. W. Freudenmann [et al.] // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2010. – Vol. 79. – № 5. – P. 326-327.
116. DerSimonian, R. Meta-analysis in clinical trials / R. DerSimonian, N. Laird // *Controlled Clinical Trials*. – 1986. – Vol. 7. – № 3. – P. 177-188.
117. Dignam, J. T. Social support in the workplace: Tests of six theoretical models / J. T. Dignam, S. G. West // *American Journal of Community Psychology*. – 1988. – Vol. 16. – № 5. – P. 701-724.
118. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / C. J. L. Murray, T. Vos, R. Lozano [et al.] // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 380. – № 9859. – P. 2197-2223.
119. Dome, P. Paralytic ileus associated with combined atypical antipsychotic therapy / P. Dome, Z. Teleki, R. Kotanyi // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2007. – Vol. 31. – № 2. – P. 557-560.
120. Dyrbye, L. N. Defining burnout as a dichotomous variable / L. N. Dyrbye, C. P. West, T. D. Shanafelt // *Journal of General Internal Medicine*. – 2009. – Vol. 24. – № 3. – P. 440.
121. Effective communication in mental health nurses: Did social support save the psychiatric nurse? / J. Carson, J. Cavagin, J. Bunclark [et al.] // *Journal of Research in Nursing*. – 1999. – Vol. 4. – № 1. – P. 31-42.

122. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: A pragmatic controlled trial / A. M. Asuero, J. M. Queraltó, E. Pujol-Ribera [et al.] // *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. – 2014. – Vol. 34. – № 1. – P. 4-12.
123. Effectiveness of antipsychotic polypharmacy for patients with treatment refractory schizophrenia: An open-label trial of olanzapine plus risperidone for those who failed to respond to a sequential treatment with olanzapine, quetiapine and risperidone / T. Suzuki, H. Uchida, K. Watanabe [et al.] // *Human Psychopharmacology*. – 2008. – Vol. 23. – № 6. – P. 455-463.
124. Effects of antipsychotic polypharmacy on side-effects and concurrent use of medications in schizophrenic outpatients / Y. Hashimoto, J. Uno, T. Miwa [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2012. – Vol. 66. – № 5. – P. 405-410.
125. Effort-Reward-Imbalance, Burnout, and Depression Among Psychiatrists 2006 and 2016-Changes After a Legislative Intervention / P. Beschoner, J. von Wietersheim, M. N. Jarczok [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – 641912.
126. Emotional Intelligence as a Predictor of Resident Well-Being / D. T. Lin, C. A. Liebert, J. Tran [et al.] // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2016. – Vol. 223. – № 2. – P. 352-358.
127. Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France / L. Sturzu, A. Lala, M. Bisch [et al.] // *Journal of Medicine and Life*. – 2019. – Vol. 12. – № 1. – P. 21-29.
128. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals / E. G. Epstein, P. B. Whitehead, C. Prompahakul [et al.] // *AJOB Empirical Bioethics*. – 2019. – Vol. 10. – № 2. – P. 113-124.
129. Ersoy-Kart, M. Relations among social support, burnout, and experiences of anger: an investigation among emergency nurses. / M. Ersoy-Kart // *Nursing Forum*. – 2009. – Vol. 44. – № 3. – P. 165-174.
130. Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: A randomized controlled study / M. Heiden, E. Lyskov, M.

- Nakata [et al.] // *Journal of Rehabilitation Medicine*. – 2007. – Vol. 39. – № 5. – P. 366-373.
131. Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals / L. Zaninotto, G. Rossi, A. Danieli [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2018. – Vol. 264. – P. 327-333.
132. Fibuch, E. Physician turnover: a costly problem / E. Fibuch, A. Ahmed // *Physician Leadership Journal*. – 2015. – Vol. 2. – № 3. – P. 22-25.
133. Figley, C. R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care / C. R. Figley // *Journal of Clinical Psychology*. – 2002. – Vol. 58. – № 11. – P. 1433-1441.
134. Firth-Cozens, J. Improving the health of psychiatrists / J. Firth-Cozens // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2007. – Vol. 13. – № 3. – P. 161-168.
135. Firth, H. 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff / H. Firth, P. Britton // *Journal of Occupational Psychology*. – 1989. – Vol. 62. – № 1. – P. 55-59.
136. Freudenberger, H. J. Staff Burn-Out / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues*. – 1974. – Vol. 30. – № 1. – P. 159-165.
137. Fritz, C. Recovery, well-being, and performance-related outcomes: The role of workload and vacation experiences / C. Fritz, S. Sonnentag // *Journal of Applied Psychology*. – 2006. – Vol. 91. – № 4. – P. 936-945.
138. Galaiya, R. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review / R. Galaiya, J. Kinross, T. Arulampalam // *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. – 2020. – Vol. 102. – № 6. – P. 401-407.
139. Gil-Monte, P. R. Psychometric Properties of the "Spanish Burnout Inventory" in Chilean Professionals Working to Physical Disabled People / P. R. Gil-Monte, V. E. Olivares Faúndez // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2011. – Vol. 14. – № 1. – P. 441-451.
140. Glass, D. C. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence / D. C. Glass, J. D. Mcknight // *Psychology and Health*. – 1996. – Vol. 11. – № 1. – P. 23-48.
141. Grech, P. Long-term antipsychotic polypharmacy: How does it start, why does it

- continue? / P. Grech, D. Taylor // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 2. – № 1. – P. 5-11.
142. Green, S. B. How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis? / S. B. Green // *Multivariate Behavioral Research*. – 1991. – Vol. 26. – № 3. – P. 499-510.
143. Guerra, J. Burnout in radiation therapists: Systematic review with meta-analysis / J. Guerra, M. Patrício // *European Journal of Cancer Care*. – 2019. – Vol. 28. – № 3. – e12938.
144. Günüşen, N. P. An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses / N. P. Günüşen, B. Üstün // *International Nursing Review*. – 2010. – Vol. 57. – № 4. – P. 485-492.
145. Hagen, J. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor / J. Hagen, B. L. Knizek, H. Hjelmeland // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2017. – Vol. 31. – № 1. – P. 31-37.
146. Hakanen, J. J. Burnout and work engagement among teachers / J. J. Hakanen, A. B. Bakker, W. B. Schaufeli // *Journal of School Psychology*. – 2006. – Vol. 43. – № 6. – P. 495-513.
147. Hakanen, J. J. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study / J. J. Hakanen, W. B. Schaufeli // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 141. – № 2-3. – P. 415-424.
148. Halbesleben, J. R. B. Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model / J. R. B. Halbesleben // *Journal of Applied Psychology*. – 2006. – Vol. 91. – № 5. – P. 1134-1145.
149. Halbesleben, J. R. B. Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients / J. R. B. Halbesleben, C. Rathert // *Health Care Management Review*. – 2008. – Vol. 33. – № 1. – P. 29-39.
150. Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom / U. Maske, S. Riedel-Heller, I. Seiffert [et al.] // *Psychiatrische Praxis*. – 2016. – Vol. 43. – № 01. – P. 18-24.

151. Hobfoll, S. E. Conservation of Resources: A General Stress Theory Applied To Burnout / S. E. Hobfoll, J. Freedy // Professional burnout: Recent developments in theory and research / eds. W. B. Schaufeli [et al.]. – London : Routledge, 1993. – P. 115-133.
152. Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents / A. E. Martins, M. C. Davenport, M. D. L. P. Del Valle [et al.] // *Jornal de Pediatria*. – 2011. – Vol. 87. – № 6. – P. 493-498.
153. Increased risk of extrapyramidal side-effect treatment associated with atypical antipsychotic polytherapy / R. M. Carnahan, B. C. Lund, P. J. Perry, E. A. Chrischilles // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – Vol. 113. – № 2. – P. 135-141.
154. Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment for Work-Related Stress Complaints and Sickness Absence: A Randomized Controlled Trial / W. de Vente, J. H. Kamphuis, P. M. G. Emmelkamp, R. W. B. Blonk // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2008. – Vol. 13. – № 3. – P. 214-231.
155. Influence of perceived organisational factors on job burnout: Survey of community mental health staff / A. Lasalvia, C. Bonetto, M. Bertani [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 195. – № 6. – P. 537-544.
156. Influence of workload on primary care nurses' health and burnout, patients' safety, and quality of care: Integrative review / D. H. Pérez-Francisco, G. Duarte-Clíments, J. M. Del Rosario-Melián [et al.] // *Healthcare (Switzerland)*. – 2020. – Vol. 8. – № 1. – 12.
157. Is burnout related to allostatic load? / S. Langelaan, W. B. Schaufeli, L. J. P. Van Doornen [et al.] // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2007. – Vol. 14. – № 4. – P. 213-221.
158. Jackson, S. E. Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon / S. E. Jackson, R. L. Schwab, R. S. Schuler // *Journal of Applied Psychology*. – 1986. – Vol. 71. – № 4. – P. 630-640.
159. Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research / K. C. Dreison, L. Luther, K. A. Bonfils [et al.] // *Journal of*

Occupational Health Psychology. – 2018. – Vol. 23. – № 1. – P. 18-30.

160. Jobzufriedenheit und burn-out bei professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Österreich / H. Swoboda, I. Sibitz, S. Frühwald [et al.] // Psychiatrische Praxis. – 2005. – Vol. 32. – № 8. – P. 386-392.

161. Jones, M. The side effects of evidence-based training / M. Jones // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. – 2009. – Vol. 16. – № 7. – P. 593-598.

162. Kahn, W. A. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work / W. A. Kahn // Academy of Management Journal. – 1990. – Vol. 33. – № 4. – P. 692-724.

163. Kaschka, W. P. Burnout: a fashionable diagnosis / W. P. Kaschka, D. Korczak, K. Broich // Deutsches Arzteblatt international. – 2011. – Vol. 108. – № 46. – P. 781-787.

164. Klink, J. J. L. Van der. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care / J. J. L. Van der Klink, F. J. H. Van Dijk // Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. – 2003. – Vol. 29. – № 6. – P. 478-487.

165. Kosulwit, L. Mental health and quality of life among Thai psychiatrists / L. Kosulwit // Journal of the Medical Association of Thailand. – 2015. – Vol. 98. – № 2. – P. S28-S37.

166. Koutsimani, P. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis / P. Koutsimani, A. Montgomery, K. Georganta // Frontiers in Psychology. – 2019. – Vol. 10. – 429219.

167. La, I. S. Effects of Trait Anger and Anger Expression on Job Satisfaction and Burnout in Preceptor Nurses and Newly Graduated Nurses: A Dyadic Analysis / I. S. La, E. K. Yun // Asian Nursing Research. – 2019. – Vol. 13. – № 4. – P. 242-248.

168. Lahtenvuo, M. Antipsychotic Polypharmacy for the Management of Schizophrenia: Evidence and Recommendations / M. Lahtenvuo, J. Tiihonen // Drugs. – 2021. – Vol. 81. – № 11. – P. 1273-1284.

169. Leiter, M. P. Distinct Models of Burnout and Commitment among Men and Women in the Military / M. P. Leiter, D. Clark, J. Durup // The Journal of Applied

Behavioral Science. – 1994. – Vol. 30. – № 1. – P. 63-82.

170. Leiter, M. P. Areas of Worklife: a Structured Approach To Organizational Predictors of Job Burnout / M. P. Leiter, C. Maslach // Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research in Occupational Stress and Well Being, Vol. 3) / eds. P. L. Perrewe, D. C. Ganster. – Bingley : Emerald Group Publishing Limited, 2003. – P. 91-134.

171. Leiter, M. P. Nurse turnover: The mediating role of burnout / M. P. Leiter, C. Maslach // Journal of Nursing Management. – 2009. – Vol. 17. – № 3. – P. 331-339.

172. Leveraging the work environment to minimize the negative impact of nurse burnout on patient outcomes / A. E. Schlak, L. H. Aiken, J. Chittams [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021. – Vol. 18. – № 2. – 610.

173. Lindquist, C. A. Burnout, job stress and job satisfaction among southern correctional officers: Perceptions and causal factors / C. A. Lindquist, J. T. Whitehead // Journal of Offender Counseling Services Rehabilitation. – 1986. – Vol. 10. – № 4. – P. 5-26.

174. Liu, C. Factors related to health-related quality of life among Chinese psychiatrists: Occupational stress and psychological capital / C. Liu, L. Wang, Q. Zhao // BMC Health Services Research. – 2015. – Vol. 15. – 20.

175. Long-Term Occupational Stress Is Associated with Regional Reductions in Brain Tissue Volumes / E. Blix, A. Perski, H. Berglund, I. Savic // PLoS ONE. – 2013. – Vol. 8. – № 6. – e64065.

176. Long, J. S. Using Heteroscedasticity Consistent Standard Errors in the Linear Regression Model / J. S. Long, L. H. Ervin // The American Statistician. – 2000. – Vol. 54. – № 3. – P. 217-224.

177. Longitudinal changes in pituitary-adrenal hormones in South African women with burnout / S. L. Moch, V. R. Panz, B. I. Joffe [et al.] // Endocrine. – 2003. – Vol. 21. – № 3. – P. 267-272.

178. Mackenzie, C. S. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for

- nurses and nurse aides / C. S. Mackenzie, P. A. Poulin, R. Seidman-Carlson // *Applied Nursing Research*. – 2006. – Vol. 19. – № 2. – P. 105-109.
179. Malakh-Pines, A. Burnout: From Tedium to Personal Growth / A. Malakh-Pines, E. Aronson, D. Kafry. – New York : Free Press, 1981. – 229 p.
180. Mann, S. Emotional labour and stress within mental health nursing / S. Mann, J. Cowburn // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2005. – Vol. 12. – № 2. – P. 154-162.
181. Maslach, C. Burned-Out / C. Maslach // *Human Behavior: The Newsmagazine of the Social Sciences*. – 1976. – Vol. 5. – № 9. – P. 16-22.
182. Maslach, C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S. E. Jackson // *Journal of Organizational Behavior*. – 1981. – Vol. 2. – № 2. – P. 99-113.
183. Maslach, C. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry / C. Maslach, M. P. Leiter // *World Psychiatry*. – 2016. – Vol. 15. – № 2. – P. 103-111.
184. Maslach, C. Measuring Burnout / C. Maslach, M. P. Leiter, W. B. Schaufeli // *The Oxford Handbook of Organizational Well Being* / eds. S. Cartwright, C. L. Cooper. – Oxford : Oxford University Press, 2009. – P. 86-108.
185. Maslach, C. Job burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397-422.
186. McCrae, R. R. An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications / R. R. McCrae, O. P. John // *Journal of Personality*. – 1992. – Vol. 60. – № 2. – P. 175-215.
187. Medisauskaite, A. Prevalence of oncologists in distress: Systematic review and meta-analysis / A. Medisauskaite, C. Kamau // *Psycho-Oncology*. – 2017. – Vol. 26. – № 11. – P. 1732-1740.
188. Meesters, Y. Burnout and light treatment / Y. Meesters, M. Waslander // *Stress and Health*. – 2010. – Vol. 26. – № 1. – P. 13-20.
189. Meier, S. T. The burned-out college student: A descriptive profile / S. T. Meier, R. R. Schmeck // *Journal of College Student Personnel*. – 1985. – Vol. 26. – № 1. – P. 63-69.

190. Melamed, S. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases / S. Melamed, T. Kushnir, A. Shirom // *Behavioral Medicine*. – 1992. – Vol. 18. – № 2. – P. 53-60.
191. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data / Z. Munn, S. Moola, K. Lisy [et al.] // *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. – 2015. – Vol. 13. – № 3. – P. 147-153.
192. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London / S. Priebe, W. K. H. Fakhoury, K. Hoffmann, R. A. Powell // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2005. – Vol. 40. – № 3. – P. 223-232.
193. Morale in the English mental health workforce: Questionnaire survey / S. Johnson, D. P. J. Osborn, R. Araya [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 201. – № 3. – P. 239-246.
194. Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province / G. M. Galeazzi, S. Delmonte, W. Fakhoury, S. Priebe // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. – 2004. – Vol. 13. – № 3. – P. 191-197.
195. Muheim, F. Burnout: History of a Phenomenon / F. Muheim // *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* / ed. S. Bährer-Kohler. – New York : Springer, 2013. – P. 37-46.
196. Myers, M. F. Physician impairment: Is it relevant to academic psychiatry? / M. F. Myers // *Academic Psychiatry*. – 2008. – Vol. 32. – № 1. – P. 39-43.
197. Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders / C. Fahim, Y. He, U. Yoon [et al.] // *Aggressive Behavior*. – 2011. – Vol. 37. – № 4. – P. 326-337.
198. Nimmawitt, N. Thai psychiatrists and burnout: A national survey / N. Nimmawitt, K. Wannarit, P. Pariwatcharakul // *PLoS ONE*. – 2020. – Vol. 15. – № 4. – e0230204.
199. Non-linear association of years of experience and burnout among nursing staff: a restricted cubic spline analysis / T. Liao, Y. Liu, W. Luo [et al.] // *Frontiers in Public Health*. – 2024. – Vol. 12. – 1343293.
200. Nurse burnout and patient safety outcomes: Nurse safety perception versus reporting behavior / J. R. B. Halbesleben, B. J. Wakefield, D. S. Wakefield, L. B.

- Cooper // *Western Journal of Nursing Research*. – 2008. – Vol. 30. – № 5. – P. 560-577.
201. O'Connor, K. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants / K. O'Connor, D. Muller Neff, S. Pitman // *European Psychiatry*. – 2018. – Vol. 53. – P. 74-99.
202. Ossebaard, H. C. Stress reduction by technology? An experimental study into the effects of brainmachines on burnout and state anxiety / H. C. Ossebaard // *Applied Psychophysiology Biofeedback*. – 2000. – Vol. 25. – № 2. – P. 93-101.
203. Perlman, B. Burnout: Summary and Future Research / B. Perlman, E. A. Hartman // *Human Relations*. – 1982. – Vol. 35. – № 4. – P. 283-305.
204. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons / C. M. Balch, M. R. Oreskovich, L. N. Dyrbye [et al.] // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2011. – Vol. 213. – № 5. – P. 657-667.
205. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals / M. Zeidner, D. Hadar, G. Matthews, R. D. Roberts // *Anxiety, Stress & Coping*. – 2013. – Vol. 26. – № 6. – P. 595-609.
206. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies / D. A. J. Salvagioni, F. N. Melanda, A. E. Mesas [et al.] // *PLoS ONE*. – 2017. – Vol. 12. – № 10. – e0185781.
207. Physical injury and workplace assault in UK mental health trusts: An analysis of formal reports / L. Renwick, M. Lavelle, G. Brennan [et al.] // *International Journal of Mental Health Nursing*. – 2016. – Vol. 25. – № 4. – P. 355-366.
208. Physiological differences between burnout patients and healthy controls: Blood pressure, heart rate, and cortisol responses / W. De Vente, M. Olf, J. G. C. Van Amsterdam [et al.] // *Occupational and Environmental Medicine*. – 2003. – Vol. 60. – Suppl. 1. – P. i54-i61.
209. Pines, A. Characteristics of staff burnout in mental health settings / A. Pines, C. Maslach // *Psychiatric Services*. – 1978. – Vol. 29. – № 4. – P. 233-237.
210. Pinikahana, J. Stress, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: A Victorian study / J. Pinikahana, B. Happell // *Australian Journal of Rural Health*. –

2004. – Vol. 12. – № 3. – P. 120-125.

211. Platsidou, M. Three Scales to Measure Burnout of Primary School Teachers: Empirical Evidence on their Adequacy / M. Platsidou, A. Daniilidou // *International Journal of Educational Psychology*. – 2016. – Vol. 5. – № 2. – P. 164-186.

212. Predicting changes in staff morale and burnout at community health centers participating in the health disparities collaboratives / J. E. Graber, E. S. Huang, M. L. Drum [et al.] // *Health Services Research*. – 2008. – Vol. 43. – № 4. – P. 1403-1423.

213. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: A systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009 / J. A. Gallego, J. Bonetti, J. Zhang, J. M. Kane // *Schizophrenia Research*. – 2012. – Vol. 138. – № 1. – P. 18-28.

214. Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis / S. Rezaei, B. Karami Matin, M. Hajizadeh [et al.] // *International Nursing Review*. – 2018. – Vol. 65. – № 3. – P. 361-369.

215. Prevalence of burnout among physicians a systematic review / L. S. Rotenstein, M. Torre, M. A. Ramos [et al.] // *JAMA*. – 2018. – Vol. 320. – № 11. – P. 1131-1150.

216. Professional burnout: Recent developments in theory and research / eds. W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – London : Routledge, 1993. – 312 p.

217. Programme on mental health: WHOQOL user manual. – Geneva : World Health Organization, 1998. – 106 p.

218. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means / S. Rotstein, A. R. Hudaib, A. Facey, J. Kulkarni // *Australasian Psychiatry*. – 2019. – Vol. 27. – № 3. – P. 249-254.

219. Purvanova, R. K. Gender differences in burnout: A meta-analysis / R. K. Purvanova, J. P. Muros // *Journal of Vocational Behavior*. – 2010. – Vol. 77. – № 2. – P. 168-185.

220. Queiros, C. Burnout as predictor of aggressivity among police officers / C. Queiros, M. Kaiseler, A. L. da Silva // *European Journal of Policing Studies*. – 2013. – Vol. 1. – № 2. – P. 110-134.

221. Recruitment, retention, satisfaction and stress in child and adolescent psychiatrists / S. Littlewood, P. Case, R. Gater, C. Lindsey // *Psychiatric Bulletin*. – 2003. – Vol. 27. – № 2. – P. 61-67.
222. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: Randomized controlled trial / U. Peterson, G. Bergström, M. Samuelsson [et al.] // *Journal of Advanced Nursing*. – 2008. – Vol. 63. – № 5. – P. 506-516.
223. Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units / M. Galletta, I. Portoghese, E. D'Aloja [et al.] // *Intensive and Critical Care Nursing*. – 2016. – Vol. 34. – P. 59-66.
224. Risk of burnout among early career mental health professionals / U. Volpe, M. Luciano, C. Palumbo [et al.] // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2014. – Vol. 21. – № 9. – P. 774-781.
225. Rosander, M. A hostile work climate and workplace bullying: reciprocal effects and gender differences / M. Rosander, D. Salin // *Employee Relations*. – 2023. – Vol. 45. – № 7. – P. 46-61.
226. Sarma, P. G. Burnout in Indian psychiatrists / P. G. Sarma // *Indian Journal of Psychological Medicine*. – 2018. – Vol. 40. – № 2. – P. 156-160.
227. Scanlan, J. N. Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service / J. N. Scanlan, M. Still // *BMC Health Services Research*. – 2019. – Vol. 19. – 62.
228. Schaufeli, W. B. UBOS Utrechtse Burnout Schaal: handleiding (Manual Utrecht Burnout Scale) / W. B. Schaufeli, D. Van Dierendonck. – Lisse : Swets & Zeitlinger, 2000. – 79 p.
229. Schaufeli, W. B. The burnout companion to study and practice: A critical analysis / W. B. Schaufeli, D. Enzman. – London : Taylor & Francis, 1998. – 220 p.
230. Schaufeli, W. B. Historical and Conceptual Development of Burnout / W. B. Schaufeli, C. Maslach // *Professional burnout: Recent developments in theory and research* / eds. W. B. Schaufeli [et al.]. – London : Routledge, 1993. – P. 1-16.

231. Schaufeli, W. B. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart / W. B. Schaufeli, T. W. Taris // *Work and Stress*. – 2005. – Vol. 19. – № 3. – P. 256-262.
232. Shirom, A. On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure / A. Shirom, Y. Ezrachi // *Anxiety, Stress and Coping*. – 2003. – Vol. 16. – № 1. – P. 83-97.
233. Shirom, A. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals / A. Shirom, S. Melamed // *International Journal of Stress Management*. – 2006. – Vol. 13. – № 2. – P. 176-200.
234. Sørensen, H. J. Schizophrenia, antipsychotics and risk of hip fracture: A population-based analysis / H. J. Sørensen, S. O. W. Jensen, J. Nielsen // *European Neuropsychopharmacology*. – 2013. – Vol. 23. – № 8. – P. 872-878.
235. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists / E. Guthrie, T. Tattan, E. Williams [et al.] // *Psychiatric Bulletin*. – 1999. – Vol. 23. – № 4. – P. 207-212.
236. Special report: Suicidal ideation among American surgeons / T. D. Shanafelt, C. M. Balch, L. Dyrbye [et al.] // *Archives of Surgery*. – 2011. – Vol. 146. – № 1. – P. 54-62.
237. Strategies against burnout and anxiety in medical education - Implementation and evaluation of a new course on relaxation techniques (Relacs) for medical students / K. Wild, M. Scholz, A. Ropohl [et al.] // *PLoS ONE*. – 2014. – Vol. 9. – № 12. – e114967.
238. Stress, coping and burnout in mental health nurses: Findings from three research studies / L. Fagin, J. Carson, J. Leary [et al.] // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1996. – Vol. 42. – № 2. – P. 102-111.
239. Stress and burnout in the human service professions / ed. B. A. Farber. – New York [et al.] : Pergamon, 1983. – 257 p.
240. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians / M. Olkinuora, S. Asp, J. Juntunen [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1990. – Vol. 25. – № 2. – P. 81-86.

241. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women / S. Toker, A. Shirom, I. Shapira [et al.] // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2005. – Vol. 10. – № 4. – P. 344-362.
242. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis / E. Demerouti, A. B. Bakker, I. Vardakou, A. Kantas // *European Journal of Psychological Assessment*. – 2003. – Vol. 19. – № 1. – P. 12-23.
243. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout / T. S. Kristensen, M. Borritz, E. Villadsen, K. B. Christensen // *Work and Stress*. – 2005. – Vol. 19. – № 3. – P. 192-207.
244. The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings / M. E. W. Melchior, H. Philipsen, H. H. Abu-Saad [et al.] // *Journal of Advanced Nursing*. – 1996. – Vol. 24. – № 4. – P. 694-702.
245. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes / M. P. Leiter, H. K. S. Laschinger, A. Day, D. G. Oore // *Journal of Applied Psychology*. – 2011. – Vol. 96. – № 6. – P. 1258-1274.
246. The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons / M. M. Hutter, K. C. Kellogg, C. M. Ferguson [et al.] // *Annals of Surgery*. – 2006. – Vol. 243. – № 6. – P. 864-875.
247. The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers and Mediating Role of Workplace Violence: A Cross Sectional Study / Y. Cao, L. Gao, L. Fan [et al.] // *Frontiers in Public Health*. – 2022. – Vol. 10. – 892421.
248. The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain / A. Golkar, E. Johansson, M. Kasahara [et al.] // *PLoS ONE*. – 2014. – Vol. 9. – № 9. – e104550.
249. The job demands-resources model of burnout / E. Demerouti, A. B. Bakker, F. Nachreiner, W. B. Schaufeli // *Journal of Applied Psychology*. – 2001. – Vol. 86. – № 3. – P. 499-512.
250. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor

- analytic approach / W. B. Schaufeli, M. Salanova, V. Gonzalez-Roma, A. B. Bakker // *Journal of Happiness Studies*. – 2002. – Vol. 3. – № 1. – P. 71-92.
251. The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: A cross-sectional study / Y. Ding, J. Qu, X. Yu, S. Wang // *PLoS ONE*. – 2014. – Vol. 9. – № 9. – e107130.
252. The morning salivary cortisol response in burnout / G. Grossi, A. Perski, M. Ekstedt [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2005. – Vol. 59. – № 2. – P. 103-111.
253. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: A longitudinal study / E. M. Langballe, S. T. Innstrand, O. G. Aasland, E. Falkum // *Stress and Health*. – 2011. – Vol. 27. – № 1. – P. 73-87.
254. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews / M. J. Page, D. Moher, P. M. Bossuyt [et al.] // *BMJ*. – 2021. – Vol. 372. – n71.
255. The relationship between job-related burnout and depressive disorders - Results from the Finnish Health 2000 Study / K. Ahola, T. Honkonen, E. Isometsä [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 88. – № 1. – P. 55-62.
256. The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: A cross-sectional study / Y. Lu, X. M. Hu, X. L. Huang [et al.] // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7. – № 5. – e014894.
257. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review / E. Ryan, K. Hore, J. Power, T. Jackson // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – 1133484.
258. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: A systematic review / C. S. Dewa, D. Loong, S. Bonato, L. Trojanowski // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7. – № 6. – e015141.
259. The relationship between sluggish cognitive tempo and burnout symptoms in

- psychiatrists with different therapeutic approaches / A. Gül, H. Gül, U. C. Özkal [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2017. – Vol. 252. – P. 284-288.
260. The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors / A. B. Bakker, K. I. Van Der Zee, K. A. Lewig, M. F. Dollard // *Journal of Social Psychology*. – 2006. – Vol. 146. – № 1. – P. 31-50.
261. The relationship between trust in work colleagues, impact of boundary violations and burnout among staff within a forensic psychiatric service / H. Johnson, R. Worthington, N. Gredecki, F. R. Wilks-Riley // *Journal of Forensic Practice*. – 2016. – Vol. 18. – № 1. – P. 64-75.
262. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study / E. S. Williams, L. B. Manwell, T. R. Konrad, M. Linzer // *Health Care Management Review*. – 2007. – Vol. 32. – № 3. – P. 203-212.
263. The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome / O. O. Sertoz, I. T. Binbay, E. Koylu [et al.] // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2008. – Vol. 32. – № 6. – P. 1459-1465.
264. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia / R. McCabe, J. Bullenkamp, L. Hansson [et al.] // *PLoS ONE*. – 2012. – Vol. 7. – № 4. – e36080.
265. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review / I. Bjelland, A. A. Dahl, T. T. Haug, D. Neckelmann // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2002. – Vol. 52. – № 2. – P. 69-77.
266. Toker, S. Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity / S. Toker, M. Biron // *Journal of Applied Psychology*. – 2012. – Vol. 97. – № 3. – P. 699-710.
267. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK / G. Bonner, T. Lowe, D. Rawcliffe, N. Wellman // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2002. – Vol. 9. – № 4. – P. 465-473.

268. Turnipseed, D. L. Anxiety and burnout in the health care work environment / D. L. Turnipseed // *Psychological Reports*. – 1998. – Vol. 82. – № 2. – P. 627-642.
269. Unraveling the interconnectedness between physician burnout and symptoms of depression, anxiety, and stress: a network analysis among Chinese psychiatrists / S. Wang, M. Gu, S. Zhang [et al.] // *Frontiers in Public Health*. – 2025. – Vol. 12. – 1493424.
270. VanDierendonck, D. The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support / D. VanDierendonck, W. B. Schaufeli, B. P. Buunk // *Journal of Applied Psychology*. – 1998. – Vol. 83. – № 3. – P. 392-407.
271. Vassilopoulos, S. P. Job burnout and its relation to social anxiety in teachers of primary education / S. P. Vassilopoulos // *Hellenic Journal of Psychology*. – 2012. – Vol. 9. – № 1. – P. 18-44.
272. Wade, D. C. A longitudinal study of burnout / D. C. Wade, E. Cooley, V. Savicki // *Children and Youth Services Review*. – 1986. – Vol. 8. – № 2. – P. 161-173.
273. Weber, A. Burnout syndrome: A disease of modern societies? / A. Weber, A. Jaekel-Reinhard // *Occupational Medicine*. – 2000. – Vol. 50. – № 7. – P. 512-517.
274. Well-being, burnout, and depression among North American psychiatrists: The state of our profession / R. F. Summers, T. Gorrindo, S. Hwang [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 177. – № 10. – P. 955-964.
275. West, C. P. Physician burnout: contributors, consequences and solutions / C. P. West, L. N. Dyrbye, T. D. Shanafelt // *Journal of Internal Medicine*. – 2018. – Vol. 283. – № 6. – P. 516-529.
276. West, C. P. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents / C. P. West, T. D. Shanafelt, J. C. Kolars // *JAMA*. – 2011. – Vol. 306. – № 9. – P. 952-960.
277. West, C. P. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents / C. P. West, A. D. Tan, T. D. Shanafelt // *Mayo Clinic Proceedings*. – 2012. – Vol. 87. – № 12. – P. 1138-1144.
278. Wiertz, R. Psychiatres et burnout?: Étude de la prévalence du syndrome

d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas De Calais / R. Wiertz. – Lille, 2012. – 225 p.

279. Workplace violence and burnout among mental health workers / A. Aguglia, M. B. Murri, C. Conigliaro [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2020. – Vol. 71. – № 3. – P. 284-288.

280. Yaratan, H. The Impact of Verbal Aggression on Burnout: An Empirical Study on University Students / H. Yaratan, O. Uludag // *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. – 2012. – Vol. 46. – P. 41-46.

281. Yoon, J. D. The Association between a Sense of Calling and Physician Well-Being: A National Study of Primary Care Physicians and Psychiatrists / J. D. Yoon, B. M. Daley, F. A. Curlin // *Academic Psychiatry*. – 2017. – Vol. 41. – № 2. – P. 167-173.

282. Żołnierczyk-Zreda, D. An intervention to reduce work-related burnout in teachers / D. Żołnierczyk-Zreda // *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. – 2005. – Vol. 11. – № 4. – P. 423-430.