

Влияние эмоционального выгорания врачей-психиатров на результаты оказываемой ими помощи



Быков К.В.¹, Медведев В.Э.²

¹ГБУЗ Московской области «Московский областной клинический наркологический диспансер», Королев;

²кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (РУДН)», Москва

¹Россия, 141080, Московская обл., г. о. Королев, ул. Горького, 25а; ²Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Качество оказываемой медицинской помощи во многом зависит от психического благополучия медицинских работников. Одним из наиболее распространенных проявлений дистресса, связанного с работой, является синдром эмоционального выгорания (СЭВ). Развитию эмоционального выгорания у врачей-психиатров способствует множество специфических рабочих факторов.

Цель исследования — изучение связи СЭВ у врачей-психиатров и результатов оказываемой ими помощи.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 82 врача-психиатра, работавших в психиатрических стационарах г. Москвы. Они заполнили шкалу выгорания Maslach самостоятельно. Отобрано 200 медицинских карт стационарных больных, страдающих параноидной шизофренией. Исследовано 100 карт пациентов, которых вели психиатры с эмоциональным выгоранием, и 100 карт пациентов, которых вели психиатры без эмоционального выгорания.

Результаты. СЭВ выявлен у 25,6% психиатров. При эмоциональном выгорании психиатры чаще назначали холинолитические корректоры экстрапирамидной симптоматики (61% против 44%; $p=0,023$). Наличие эмоционального выгорания у врачей-психиатров коррелировало с более длительным пребыванием курируемых ими пациентов в стационаре (31,2 против 29 дней; $p=0,004$) и с более частой полипрагмазией (67% против 51%; $p=0,031$).

Заключение. Эмоциональное выгорание врачей-психиатров негативно влияет на показатели качества оказываемой ими помощи.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание; качество медицинской помощи; хронический стресс; профессиональный стресс; психиатрия.

Контакты: Кирилл Вадимович Быков; bykov.kirill.md@gmail.com

Для ссылки: Быков КВ, Медведев ВЭ. Влияние эмоционального выгорания врачей-психиатров на результаты оказываемой ими помощи. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(6):71–78. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-71-78

The impact of emotional burnout in psychiatrists on the outcomes of the care they provide

Bykov K.V.¹, Medvedev V.E.²

¹Moscow Regional Clinical Narcological Dispensary, Korolev; ²Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Faculty of Continuing Medical Education, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow

¹25a, Gor'kogo St., Korolev 141080, Russia; ²6, Miklukho-Maklaya St., Moscow 117198, Russia

The quality of medical care largely depends on the mental well-being of medical staff. One of the most common manifestations of work-related distress is emotional burnout syndrome (EBS). The emotional burnout in psychiatrists is favored by many specific work factors.

Objective: to investigate the relationship between EBS in psychiatrists and the outcomes of the care they provide.

Material and methods. Eighty-two psychiatrists working in psychiatric clinics in Moscow took part in the study. They completed the Maslach Burnout Inventory on their own. Two hundred medical records of hospitalized patients suffering from paranoid schizophrenia were selected. A total of 100 patient records of psychiatrists with emotional burnout and 100 patient records of psychiatrists without emotional burnout were analyzed.

Results. Emotional burnout was found in 25.6% of psychiatrists. In cases of emotional burnout, psychiatrists were more likely to prescribe anti-cholinergic corrective medication for extrapyramidal symptoms (61% versus 44%; $p=0.023$). The presence of emotional burnout in psychiatrists correlated with a longer duration of hospitalization of patients they cared for (31.2 versus 29 days; $p=0.004$) and with more frequent polypharmacy (67% versus 51%; $p=0.031$).

Conclusion. Emotional burnout in psychiatrists has a negative impact on the quality of care they provide.

Keywords: emotional burnout; quality of medical care; chronic stress; occupational stress; psychiatry.

Contact: Kirill Vadimovich Bykov; bykov.kirill.md@gmail.com

For reference: Bykov KV, Medvedev VE. The impact of emotional burnout in psychiatrists on the outcomes of the care they provide. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(6):71–78. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-71-78

Обеспечение населения качественной помощью — основополагающая цель медицины как социальной практики. Исследователи Института медицины США (Institute of Medicine) определяют качественную медицинскую помощь как «безопасную, эффективную, ориентированную на пациента, своевременную, результативную и справедливую» [1]. Обеспечение качества медицинской помощи включает в себя различные аспекты, такие как приверженность научно обоснованным практикам, безопасность пациентов и совместное принятие решений медицинскими работниками и пациентами. Эти элементы в совокупности направлены на оптимизацию результатов лечения при учете и уважении предпочтений и ценностей пациентов.

При обсуждении вопросов качества оказываемой медицинской помощи необходимо учитывать влияние на него психического состояния медицинских работников, особенно если это влияние негативно. Одним из наиболее распространенных проявлений дистресса, связанного с работой, является синдром эмоционального выгорания (СЭВ) [2].

Термин «эмоциональное выгорание» впервые был введен Н.Ж. Freudenberger в 1974 г. [3]. Этот феномен он описывал как состояние усталости и фрустрации, проявляющееся в виде физического и эмоционального истощения и характеризующееся неудовлетворенностью рабочим процессом и стрессом. В настоящее время данный синдром индексируется в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) кодом Z73.0 и включает в себя три симптома: эмоциональное истощение (ЭИ; подавленность, психологическая усталость, потеря энергии, обеднение эмоционального реагирования), «деперсонализацию» (ДП; формальное, безразличное отношение к пациентам) и редукцию профессиональных достижений (РПД; негативное восприятие работниками своих профессиональных характеристик, чувство некомпетентности и неспособности справиться с работой) [4].

За прошедшее с момента описания синдрома время фокус его исследований сместился на взаимосвязь между эмоциональным выгоранием медицинских работников и качеством оказываемой ими медицинской помощи. В систематическом обзоре литературы 2019 г. было выявлено, что высокий уровень эмоционального выгорания врачей в общей медицинской популяции ассоциирован с различными негативными событиями в процессе лечения пациентов, такими как повышение частоты побочных эффектов лечения, падения пациентов, повышение длительности пребывания пациентов в стационаре, повышенная смертность, повышение частоты инфекций мочевыводящих путей, медицинских ошибок как диагностического, так и лечебного характера [5].

Специфические факторы сферы охраны психического здоровья, такие как работа с душевнобольными пациентами, высокая производственная нагрузка, недостаток положительной обратной связи, неочевидность терапевтического эффекта, особенно долгосрочного, а также стигматизация пациентов [6] и персонала, способствуют развитию СЭВ работников психиатрической службы. В то же время врачи психиатрических отделений сами по себе являются важнейшим ресурсом терапии профильных пациентов, и от их здоровья напрямую зависят результаты лечебного про-

цесса. Врачам-психиатрам требуется вступать в эмоционально насыщенные терапевтические отношения и выстраивать прочный терапевтический альянс.

Для повышения качества оказываемой медицинской помощи необходимо выявление факторов риска ее снижения с последующей разработкой стратегий по устранению данных факторов. В русскоязычных публикациях вопрос связи СЭВ врачей-психиатров и результатов оказываемой ими помощи до сих пор напрямую не обсуждался. Между тем, по некоторым данным, распространенность эмоционального выгорания среди этих специалистов может достигать 92,3% [7].

Целью данного исследования являлось изучение влияния СЭВ врачей-психиатров на показатели оказываемой ими помощи.

Материал и методы. Настоящее исследование, одобренное комитетом по этике Медицинского института РУДН, имело дизайн по типу «случай-контроль» и проводилось на базе нескольких психиатрических больниц г. Москвы и Московской области в период с 2016 по 2018 г.

Критериями включения являлись: стаж работы по специальности не менее одного года и подписание добровольного информированного согласия.

Критериями исключения являлись отказ от подписания информированного согласия и стаж работы в качестве врача-психиатра менее одного года. Кроме того, в исследование не включались студенты, интерны, ординаторы, административные работники.

Участники исследования. Принять участие в исследовании было предложено 90 психиатрам. На каждого участника заполнялась индивидуальная регистрационная карта, в которой отражались основные социально-демографические и профессиональные характеристики: пол, возраст, место жительства, должность, трудовой стаж, врачебная категория, ученая степень или звание, количество рабочих часов в неделю, семейное положение, наличие детей.

В исследовании приняли участие 82 психиатра. Восемь врачей отказались по личным соображениям: семь — до подписания информированного согласия; один — после; показатель отклика респондентов составил 91%. Пропусков данных в заполненных респондентами опросниках не было. В исследовании приняли участие 37 мужчин и 45 женщин. Другие социально-демографические характеристики представлены в табл. 1.

Методы. В работе использовались клинико-анамнестический, катamnестический, психометрический, статистический методы исследования. Интервьюирование участников проводилось на рабочем месте. Участники были проинформированы о добровольности участия в исследовании и конфиденциальности в отношении сообщаемых ими сведений, а также о том, что отказ от участия в исследовании никак не отразится на их дальнейшей трудовой деятельности.

Уровень эмоционального выгорания измерялся при помощи русскоязычной версии Шкалы выгорания С. Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [8]. Данная шкала включает 22 вопроса, которые содержат описание различных ситуаций или оценок, предполагающих эмоциональную вовлеченность респондента. Частота возникно-

вения переживания оценивается участником по 7-балльной шкале (0 — «никогда», 1 — «очень редко», 2 — «редко», 3 — «иногда», 4 — «часто», 5 — «очень часто», 6 — «каждый день»). Полученные баллы отражают уровень эмоционального выгорания по трем доменам: ЭИ — 9 вопросов, ДП — 5 вопросов, РПД — 8 вопросов. Высокие баллы в доменах ЭИ и ДП и низкие в домене РПД свидетельствуют о более выраженном эмоциональном выгорании. В соответствии с рекомендациями авторов адаптации, в качестве пороговых значений по подшкалам, свидетельствующих о высоком эмоциональном выгорании, в конкретной дименсии, были установлены ≥ 25 , ≥ 11 и ≤ 30 для ЭИ, ДП и РПД соответственно. В качестве операционального критерия наличия актуального СЭВ был выбран высокий уровень выгорания хотя бы в двух дименсиях, одна из которых — ЭИ [9].

Для оценки влияния СЭВ на результаты оказываемой врачами-психиатрами медицинской помощи было проведено исследование по типу «случай-контроль». Было изучено 200 медицинских карт стационарных больных, страдающих параноидной шизофренией в соответствии с критериями диагноза «F20.0» МКБ-10 и проходивших тера-

пию в отделении психиатрического стационара. Медицинские карты отбирались в обратном хронологическом порядке в период, предшествовавший непосредственному интервьюированию респондентов. Карта включалась в исследование, если отражала госпитализацию пациента от 18 до 55 лет с диагнозом «F20.0» без сопутствующих расстройств психиатрического и наркологического регистра. 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 в зависимости от наличия или отсутствия у курирующего пациента врача СЭВ. Смена курирующего врача не являлась основанием для невключения карты в данный этап исследования только в том случае, если все курирующие врачи или обнаруживали актуальный СЭВ, или не обнаруживали его. Всего было исследовано 100 карт, отражающих лечение пациентов, которым занимались врачи, подверженные СЭВ, и 100 карт пациентов, терапией которых занимались интактные врачи. Разделения карт по конкретным психиатрам не проводилось.

В качестве критериев оценки качества оказанной помощи использовались:

- 1) длительность госпитализации (дни);
- 2) перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) или летальный исход;
- 3) практика антипсихотической полипрагмазии (одновременное использование двух и более препаратов группы антипсихотиков);
- 4) группа первого назначенного антипсихотика (типичный/атипичный/полипрагмазия);
- 5) назначение холинолитических корректоров.

Статистическая обработка проводилась на языке R версии 3.6.3 с использованием стандартных пакетов. Описательная статистика качественных данных производилась путем вычисления относительных и абсолютных частот. Количественные данные описывались через меры центральной тенденции (медиана, среднее арифметическое), меры рассеяния (среднеквадратичное отклонение — SD, межквартильный размах [25-й; 75-й перцентили], 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 Йейтса 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. Статистически значимыми различия считались при стандартном уровне $p < 0,05$.

Результаты. Уровень эмоционального выгорания и качества жизни. У 23 (28%) психиатров наблюдался высокий уровень ЭИ, у 32 (39,5%) — высокий уровень ДП, у 25 (30,5%) — высокий уровень выгорания в домене РПД. Высокий уровень выгорания в дименсиях ЭИ и ДП наблюдался у 8 (9,7%) психиатров, в дименсиях ЭИ и РПД — у двух психиатров (2,4%); 11 (13,5%) врачей обнаруживали высокий уровень выгорания в трех доменах МВБ. Таким образом, СЭВ был выявлен у 21 психиатра, а его распространенность в исследуемой выборке составила

Таблица 1. Социально-демографические характеристики участников
Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants

Характеристика	Значение
Пол, n (%): мужской женский	37 (45,1) 45 (54,9)
Возраст, годы, Me [25-й; 75-й перцентили]	42,5 [26; 81]
Место жительства, n (%): город сельская местность	43 (52,4) 39 (47,6)
Занимаемая должность, n (%): врач-психиатр заведующий отделением	52 (63,4) 30 (36,6)
Стаж работы в сфере психиатрии, годы, Me [25-й; 75-й перцентили]	15 [2; 58]
Врачебная категория, n (%): нет вторая первая высшая	45 (54,9) 5 (6,1) 7 (8,5) 25 (30,5)
Ученая степень, n (%): нет кандидат медицинских наук	75 (91,5) 7 (8,5)
Число рабочих часов в неделю, Me [25-й; 75-й перцентили]	45 [27; 54]
Семейное положение, n (%): женат / замужем не женат / не замужем	32 (39) 50 (61)
Дети, n (%): есть нет	61 (74,4) 21 (25,6)

25,6%. Не испытывал эмоционального выгорания ни в одной из модальностей этого синдрома 41 респондент (50%). Среднее значение ЭИ в исследуемой выборке оказалось равным $19,06 \pm 9,61$, средний уровень ДП — $8,45 \pm 5,48$, средний уровень РПД — $33,49 \pm 6,24$. Значения переменной ДП распределились ненормально, с медианой, равной 8,5, межквартильным размахом [4; 12] и диапазоном [0; 23].

По результатам исследования 200 медицинских карт стационарных больных было обнаружено, что средний возраст пациентов, которых лечили участвовавшие в исследовании врачи-психиатры, составил $36,5 \pm 7,95$ года. Средняя длительность госпитализации составила $30,1 \pm 5,58$ дня. Тест Шапиро–Уилка не выявил значимого отличия распределения этих показателей от нормального. Распределение длительности заболевания госпитализированных пациентов отличалось от нормального: большая часть пациентов страдали от имеющегося расстройства в течение 0–20 лет с модой, равной 9 годам, при этом 19 пациентов болели шизофренией на протяжении 20 лет и более. Детальное описание количественных характеристик, изучаемых на данном этапе работы, представлено в табл. 2.

Выборка пациентов, в отношении которых оформлялись исследуемые на данном этапе медицинские карты, включала 122 мужчин (61%) и 78 женщин (39%). Было выявлено два случая (1%) перевода в ОРИТ или летальных исходов. Антипсихотическая монотерапия применялась у 82 (41%) пациентов, в то время как 118 (59%) пациентов получали более одного антипсихотика. В 58 случаях (29%) после поступления пациенту сразу назначалось более одного препарата. В качестве первого назначенного после поступления препарата 81 пациент (40,5%) получал антипсихотик первого поколения, 61 пациент (30,5%) — антипсихотик второго поколения. Все препараты были назначены в соответствии с инструкциями по применению, дозы находились в те-

рапевтическом диапазоне. Холинолитические корректоры на фоне проводимой антипсихотической терапии получали 109 (52,5%) пациентов.

Распределение исследованных характеристик в зависимости от наличия или отсутствия у курирующего врача пациента, чья медицинская карта изучалась на данном этапе, представлено в табл. 3 и 4.

Согласно полученным данным, наличие сформированного СЭВ у врача-психиатра значимо не связано с возрастом пациентов, лечением которых он занимается.

Длительность госпитализации пациентов, которых курировали врачи-психиатры, подверженные СЭВ, была выше, чем длительность госпитализации лиц, лечением которых занимались интактные врачи, в среднем на два дня — $31,2 \pm 5,81$ и $29 \pm 5,14$ соответственно ($p=0,004$).

Распределение мужчин и женщин среди двух групп пациентов оказалось почти одинаковым и не было связано с наличием актуального эмоционального выгорания у курирующих их врачей. Также не было обнаружено значимых различий в частоте переводов в ОРИТ или летальных исходов среди лиц, лечением которых занимались подверженные СЭВ психиатры, и тех, кого курировали врачи без сформированного эмоционального выгорания.

Врачи со сформированным СЭВ статистически значимо чаще прибегали к практикам полипрагмазии — в 67 случаях из 100, по сравнению с 51 случаем из 100 у их интактных коллег ($\chi^2 p=0,031$; отношение шансов 1,95; 95% доверительный интервал 1,10–3,46).

В исследовании не было обнаружено статистически значимой разницы между паттернами назначения первых антипсихотиков врачами с развитым СЭВ и без него.

Врачи, подверженные СЭВ, статистически значимо чаще назначали холинолитические корректоры по сравнению с психиатрами, у которых эмоциональное выгорание не фиксировалось ($\chi^2 p=0,023$; отношение шансов 1,99; 95% доверительный интервал 1,13–3,50).

Таблица 2. *Характеристики пациентов с шизофренией*
Table 2. *Characteristics of patients with schizophrenia*

Переменная	Среднее	Медиана	SD	Межквартильный размах	Размах	Нормальность (p)
Возраст, годы	36,5	36,5	7,95	[30; 42]	[19; 55]	0,107
Длительность заболевания, годы	10,8	10	6,51	[6; 75]	[0; 34]	<0,001
Длительность госпитализации, дни	30,1	30	5,58	[27; 34]	[17; 47]	0,214

Таблица 3. *Характеристики пациентов в зависимости от наличия СЭВ у их лечащего врача*
Table 3. *Characteristics of the patients depending on the presence of EBS in their attending physician*

Переменная	СЭВ	Среднее	Медиана	SD	Межквартильный размах	Размах	Нормальность (p)	t/U-критерий (p)
Возраст, годы	+	35,6	35	7,5	[30; 42]	[20; 55]	0,304	0,136
	–	37,3	37	8,33	[30; 44]	[19; 54]	0,182	
Длительность госпитализации, дни	+	31,2	32	5,81	[28; 35]	[19; 47]	0,352	0,004
	–	29	29	5,14	[26; 32]	[17; 40]	0,317	

Обсуждение. В изученной выборке врачей-психиатров среднее значение ЭИ, ДП и РПД составило 19,06; 8,45 и 33,49 балла соответственно, что отличается от ранее опубликованных данных, полученных на выборке врачей-неврологов, которые демонстрировали существенно более высокие значения ЭИ (29,4) и ДП (17,4) и примерно равные значения РПД (33,43) [10]. Важным открытием оказалась структурная особенность СЭВ, которому были подвержены участники данного исследования. Если высокий уровень СЭВ в домене РПД встречался одинаково часто среди обследованных специалистов и среди врачей-психиатров в целом (30,5 и 32,4%), то высокий уровень ЭИ среди обследованных оказался менее распространен (28 и 43,5%), а высокий уровень ДП — более (39 и 26,2%) [11]. Очевидно, что отчуждение врачей от курируемых пациентов, недостаток эмпатии и нехватка навыков, способствующих построению эффективного терапевтического альянса, должны быть первоочередными мишенями при коррекции СЭВ у отечественных психиатров.

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 [12]. Представляется маловероятным влияние среднего срока госпитализации на развитие эмоционального выгорания врача-психиатра, поскольку эмоциональное выгорание — это реакция на хронический стресс, а значит и факторы риска развития данного синдрома должны воздействовать на работника длительно и постоянно. Таким образом, формируется «замкнутый круг»: подверженные СЭВ врачи должны были систематически оказывать помощь пациентам, которым требовалось более длительное пребывание в стационаре. В то же

время помощь, которую оказывает врач, подверженный эмоциональному выгоранию, вероятно, отличается от той, что оказывают его интактные коллеги, что, так или иначе, приводит к увеличению длительности пребывания пациента в стационарных психиатрических отделениях. Эмоциональное выгорание может привести к неоптимальному планированию сроков выписки с подготовкой ухода пациента из стационарного отделения и его переводу на амбулаторный этап лечения. Так, эмоционально истощенный психиатр может отложить выписку пациента в силу непреодолимой усталости, «деперсонализация» при СЭВ может приводить к снижению эмпатии, задержке адекватной оценки положительной динамики в состоянии пациента, а редукция профессиональных достижений может заставить врача «перестраховаться» и в попытке достижения более стойкой ремиссии продлить госпитализацию пациента на несколько дней. Стоит отметить, что в мировой литературе наблюдается нехватка исследований на тему связи СЭВ с длительностью пребывания пациента в стационаре. Выводы имеющихся публикаций [13] в целом соответствуют тем, что были получены в настоящей работе. Профилактика СЭВ среди врачей-психиатров может привести к предотвращению неоправданно длительного пребывания пациентов в психиатрическом стационаре.

В 29% случаев после поступления пациенту сразу назначалось более одного антипсихотического препарата. Такая распространенность полипрагмазии в целом совпадает с данными, полученными в других исследованиях этого феномена в отечественной психиатрической практике [14, 15]. В ходе терапии пациентов обследованные врачи, подверженные СЭВ, чаще прибегали к практике полипрагмазии по сравнению их интактными коллегами (67 и 51%). Практика антипсихотической полипрагмазии рассматривается как допустимая лишь в ограниченном диапазоне случаев: при преодолении терапевтической резистентности (неэффективность как минимум трех курсов антипсихотической монотерапии, включая клозапин и/или амисульприд) [16, 17]; 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 [14]. Считается, что в большинстве случаев антипсихотическая полипрагмазия не является оправданной тактикой лечения в связи с сомнительной эффективностью и частым возникновением ряда побочных эффектов, таких как экстрапирамидная симптоматика (ЭПС), метаболические побочные эффекты, сексуальные дисфункции, повышение риска перелома бедра, паралитическая кишечная непроходимость, аритмии [18].

Таблица 4. Пол пациентов и характеристики проводимой им терапии в зависимости от наличия СЭВ у их лечащего врача, n (%)

Table 4. The gender of patients and characteristics of their therapy, depending on the presence of EBS in their attending physician, n (%)

Характеристика	СЭВ+	СЭВ–	χ^2 (p)
Пол:			
женщины	40 (20)	38 (19)	0,885
мужчины	60 (30)	62 (31)	
Перевод в ОРИТ 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 первого назначенного антипсихотика:			
антипсихотик первого поколения	35 (17,5)	46 (23)	0,236
антипсихотик второго поколения	35 (17,5)	26 (13)	
полипрагмазия	30 (15)	28 (14)	
Использование холинолитических корректоров:			
да	61 (30,5)	44 (22)	0,023
нет	39 (19,5)	56 (28)	

Среди опубликованных ранее исследований вопрос связи между назначением нескольких антипсихотиков и развитием у врача-психиатра СЭВ практически не поднимался. Усталость, когнитивное истощение и снижение концентрации, связанные с эмоциональным выгоранием, могут увеличить вероятность ошибок в назначении лекарств. В случае отсутствия должного ответа на проводимую терапию врач со сформированным СЭВ может чаще прибегать к назначению дополнительного препарата вместо подбора нового. Эмоционально истощенный специалист может не находить в себе когнитивных резервов, чтобы подобрать «идеальную» схему для пациента, и прибегать к формальным подходам к лечению, не учитывая специфику конкретного больного. Врач со сформировавшимся эмоциональным выгоранием в доменах ДП и РПД может не стремиться к этому или считать себя неспособным к подобному подходу. Связь между СЭВ и практикой полипрагмазии может быть обусловлена и иными причинами. Например, недостаточно широкий выбор антипсихотиков может приводить к более частым вынужденным практикам полипрагмазии. В условиях нехватки рабочих ресурсов врач подвергается дистрессу и становится уязвимым к развитию эмоционального выгорания. Иногда пациенты ожидают и требуют от врача назначения лекарств, которые могли бы помочь быстро, «здесь и сейчас». Подверженный СЭВ психиатр склонен отказываться от тщательных дискуссий об альтернативных вариантах лечения и может пытаться удовлетворить подобные требования пациента, назначая дополнительные препараты.

Согласно последним клиническим рекомендациям, выбор антипсихотика при терапии шизофрении должен основываться на предпочтениях пациента при условии детального объяснения возможных преимуществ и рисков, сопутствующих использованию того или иного препарата [19, 20]. Тем не менее имеющиеся данные демонстрируют, что при невозможности обсуждения с пациентом стратегии фармакотерапии шизофрении, например при манифестации заболевания с развитием первого психотического эпизода, рекомендуется начинать терапию с атипичных антипсихотических препаратов [21]. По имеющимся данным [14], около 40% психиатров предпочитают использовать антипсихотический препарат для купирования обострений психических расстройств, что соответствует полученным в нашем исследовании результатам. Несмотря на отсутствие значимой разницы в этих паттернах, обращает на себя внимание тенденция, в рамках которой врачи со сформированным эмоциональным выгоранием в равной степени часто назначают типичные и атипичные антипсихотики, в то время как их интактные коллеги предпочитают назначать в стационаре антипсихотический препарат.

При этом в исследовании установлено, что врачи-психиатры, подверженные СЭВ, чаще назначают холинолитические корректоры курируемым ими пациентам. Разные авторы сообщают, что корректоры ЭПС в отечественной практике назначаются в 57% [22] и даже в 77% случаев [23]. Таким образом, по данным ретроспективного анализа медицинской документации, врачи-психиатры, участвовавшие в настоящем исследовании, несколько реже (52,5% случаев) назначали корректоры ЭПС. На-

значение корректоров на фоне лечения антипсихотиками в психиатрическом стационаре в подавляющем большинстве случаев свидетельствует либо о развитии ЭПС, либо о «профилактическом» назначении корректоров, при этом доказательств большей эффективности последней терапевтической тактики нет [24]. На фоне отсутствия более частого назначения подверженными СЭВ врачами антипсихотиков первого поколения и даже при наличии противоположной, хоть и не статистически значимой тенденции, данный результат выглядит неожиданным. Эмоциональное выгорание психиатра может привести к снижению внимания к деталям и увеличению числа ошибок при назначении лекарств, таких как «профилактическое» назначение корректоров ЭПС до ее возникновения, к неправильному дозированию лекарств или несвоевременной коррективке схем лечения. Вероятно, эмоциональное выгорание приводит к тому, что при назначении препаратов врачи наращивают их дозу слишком быстро и до уровней, которые могут оказаться токсическими для конкретного пациента. Постепенное наращивание дозы препаратов и внимательный мониторинг состояния пациента с целью раннего выявления минимально эффективной дозы может быть затруднителен для эмоционально истощенных врачей. Деперсонализация как часть эмоционального выгорания также осложняет этот процесс, поскольку ведет к формальному выполнению врачом своих обязанностей, его отдалению от пациента и снижению количества времени, которое психиатр готов уделять непосредственному контакту с курируемым им лицом. Эмоциональное выгорание ведет к снижению контактов между врачом и его коллегами, например средним медицинским персоналом — важным источником информации о развитии побочных эффектов психофармакотерапии.

Заключение. Эмоциональное выгорание влияет на качество оказываемой врачами-психиатрами медицинской помощи. Подверженные этому синдрому специалисты чаще своих интактных коллег прибегают к практике антипсихотической полипрагмазии, чаще назначают холинолитические корректоры. Длительность терапии пациентов, курацией которой занимаются психиатры с развитым СЭВ, в среднем выше приблизительно на двое суток. Несмотря на имеющиеся убедительные косвенные свидетельства того, что именно СЭВ может приводить к вышеперечисленным особенностям оказания психиатрической помощи, для однозначного выявления характера и направления каузальных связей между изучаемыми явлениями необходимы проспективные, лонгитудинальные исследования. Кроме того, увеличение изучаемых выборок может позволить выявить связь между СЭВ и сравнительно редко встречающимися событиями в терапии психических больных — летальным исходом и переводом пациента в ОРИТ.

Следует заметить, что существенной представляется необходимость психопатологической квалификации СЭВ с целью дальнейшей разработки профилактических и лечебных тактик.

Полученные результаты будут полезны как врачам-психиатрам, заинтересованным в купировании эмоционального выгорания, так и руководителям сферы здравоохранения для оптимизации терапевтических практик.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Humphries N, Morgan K, Conry MC, et al. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(4):293-307. doi: 10.1108/IJHCQA-08-2012-0087
- Arnsten AFT, Shanafelt T. Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. *Mayo Clin Proc.* 2021 Mar;96(3):763-9. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.12.027
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Iss.* 1974;30(1):159-65. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016 Jun;15(2):103-11. doi: 10.1002/wps.20311
- Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019 Oct 15;171(8):555-67. doi: 10.7326/M19-1152. Epub 2019 Oct 8.
- Богомолов ВА. Эмоциональная экспрессия специалистов в сфере психического здоровья как проявление профессионального «выгорания». В сб.: Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научных статей под ред. Лукьянова ВВ, Подсадного СА. Курск: КГУ, 2007. С. 19-21. ISBN 978-5-88313-573-5 [Bogomolov VA. Emotional expression of specialists in the field of mental health as a manifestation of professional "burnout". In: Problems of studying the "burnout" syndrome and ways of its correction in specialists of "helping" professions (in medical, psychological and pedagogical practice): a collection of scientific articles edited by Lukyanov VV, Podsadny SA. Kursk: KSU, 2007. P. 19-21. ISBN 978-5-88313-573-5 (In Russ.)].
- Быков КВ, Зражевская ИА, Тер-Исраелян АЮ. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у российских психиатров: систематический обзор. *Вестник последипломного медицинского образования.* 2018;(4):90-4. Доступно по ссылке: https://vpmo.info/arhive/n4_2018.pdf [Bykov KV, Zrazhevskaya IA, Ter-Israelyan AYU. Prevalence of burnout in Russian psychiatrists: a systematic review. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya = Journal of Postgraduate Medical Education.* 2018;(4):90-4. Available at: https://vpmo.info/arhive/n4_2018.pdf (In Russ.)].
- Водопьянова НЕ, Старченкова ЕС. Синдром выгорания. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер; 2008. 336 с. ISBN: 978-5-91180-891-4 [Vodopyanova NE, Starchenkova ES. Sindrom vygoraniya. 2nd ed. St.Petersburg: Piter; 2008. 336 p. ISBN: 978-5-91180-891-4 (In Russ.)].
- Dyrbye LN, West CP, Shanafelt TD. Defining burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med.* 2009 Mar;24(3):440; author reply 441. doi: 10.1007/s11606-008-0876-6
- Ульянова ОВ, Куташов ВА, Скороходов АП, Дудина АА. Синдром эмоционального выгорания у врачей-неврологов. *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2016;19(1):119-23. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25818617> [Ulyanova OV, Kutashov VA, Skorohodov AP, Dudina AA. Syndrome of Emotional Burning out of the neurologists. *Prikladnyye informatsionnyye aspekty meditsiny = Applied Information Aspects of Medicine.* 2016;19(1):119-23. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25818617> (In Russ.)].
- Bykov KV, Zrazhevskaya IA, Topka EO, et al. Prevalence of burnout among psychiatrists: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022 Jul 1;308:47-64. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.005. Epub 2022 Apr 6.
- De Jonge P, Latour CH, Huyse FJ. Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosom Med.* 2003 Nov-Dec;65(6):997-1002. doi: 10.1097/01.psy.0000097332.77685.c8
- Schlak AE, Aiken LH, Chittams J, et al. Leveraging the Work Environment to Minimize the Negative Impact of Nurse Burnout on Patient Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 12;18(2):610. doi: 10.3390/ijerph18020610
- Петрова НН, Дорофейкова МВ. Антипсихотическая полипрагмазия: за и против. *Современная терапия психических расстройств.* 2016;(1):11-6. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25952489> [Petrova NN, Dorofeykova MV. Antipsychotic polypharmacy: pros and cons. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders.* 2016;(1):11-6. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25952489> (In Russ.)].
- Медведев ВЭ. Комплексная терапия шизофрении: проблемы и решения. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2023;25(5):29-42. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54949524> [Medvedev VE. Complex therapy of schizophrenia: problems and solutions. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy.* 2023;25(5):29-42. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=54949524> (In Russ.)].
- Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, et al. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res.* 2012 Jun;138(1):18-28. doi: 10.1016/j.schres.2012.03.018. Epub 2012 Apr 24.
- Медведев ВЭ. Шизофрения и современная антипсихотическая терапия. Москва: МЕДпресс-информ; 2025. 340 с. ISBN 978-5-907849-00-6 [Medvedev VE. Schizophrenia and modern antipsychotic therapy. Moscow: MEDpress-inform, 2025. 340 p. ISBN 978-5-907849-00-6 (In Russ.)].
- Lähteenmies M, Tiihonen J. Antipsychotic Polypharmacy for the Management of Schizophrenia: Evidence and Recommendations. *Drugs.* 2021 Jul;81(11):1273-84. doi: 10.1007/s40265-021-01556-4. Epub 2021 Jul 1.
- Leucht S, Corves C, Arbter D, et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet.* 2009 Jan 3;373(9657):31-41. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61764-X. Epub 2008 Dec 6.
- Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2014 Feb 12;348:g1173. doi: 10.1136/bmj.g1173. Erratum in: *BMJ.* 2014;348:g2234.
- Zhang JP, Gallego JA, Robinson DG, et al. Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2013 Jul;16(6):1205-18. doi: 10.1017/S1461145712001277. Epub 2012 Dec 3.
- Любов ЕБ, Борисович ЛЕ, Ястребов ВС и др. Экономическое бремя шизофрении в России. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2012;22(3):36-42. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17882318> [Lyubov EB, Yastrebov VS, Schevchenko LS, et al. Economic burden of schizophrenia in Russia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya = Social and Clinical Psychiatry.* 2012;22(3):36-42. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17882318> (In Russ.)].
- Дробизhev МЮ, Калинина ЕВ, Антохин ЕЮ, Сорокина ЕЮ. Практика применения антипсихотиков и корректоров в психиатрии. Первые результаты программы АНКОРПСИ (АНтипсихотики и КОРректоры в ПСИхиатрии). *Социальная и клиническая психиатрия.* 2015;25(2):65-77. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24933501> [Drobizhev MYu, Kalinina EV, Antokhin EYu, Sorokina EYu. Use of antipsychotics and side effects correctors in psychiatry. The first results of the ANCORPSY Programme (Antipsychotics and CORrectors in PSYchiatry). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya = Social and Clinical Psychiatry.* 2015;25(2):65-77. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24933501> (In Russ.)].
- Chatterjee K, Dangi A, Sharma R, et al. Adding pre-emptive anticholinergics to antipsychotics: Is it justified? *Ind Psychiatry J.* 2022 Jul-Dec;31(2):370-3. doi: 10.4103/ipj.ipj_269_21. Epub 2022 Aug 30.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

16.09.2024/02.12.2024/03.12.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Медведев В.Э. <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>

Быков К.В. <https://orcid.org/0000-0003-3813-4330>