

Эмоциональное выгорание как фактор профессионального риска в психиатрии: модели клинической манифестации



Быков К.В.^{1,2}, Медведев В.Э.²

¹ГБУЗ «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

Профессиональный стресс выступает ключевым фактором развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), особенно распространенного среди врачей-психиатров. Нозологический статус СЭВ не определен. Исследования показывают, что эмоциональное выгорание концептуально связано с тревожными и депрессивными расстройствами.

Цель исследования — анализ клинических проявлений СЭВ у психиатров.

Материал и методы. В исследовании участвовали 126 психиатров, работавших в московских психиатрических больницах. Респонденты заполнили Шкалу выгорания Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Применялся метод множественной логистической регрессии. Критически высокие значения в MBI и в ее подшкалах выступали в качестве зависимых переменных. Предикторами являлись значения HADS, возраст и пол респондентов.

Результаты. Распространенность СЭВ в исследованной выборке составила 26,2%, его тяжелой формы — 14,3%. Значимые уровни депрессии и тревоги демонстрировали соответственно 50,8 и 42,9% респондентов. Сформированный СЭВ описывался повышением значения тревоги [отношение шансов (ОШ) 1,51; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,30–1,82], наличием критического уровня депрессии (ОШ 10,86; 95% ДИ 3,47–41,43); мужской пол выступал фактором превенции СЭВ (ОШ 0,33; 95% ДИ 0,10–0,95). Тяжелая форма СЭВ описывалась сочетанием критических уровней тревоги и депрессии (ОШ 11,02; 95% ДИ 3,63–36,76); с возрастом шансы наличия тяжелого СЭВ снижались (ОШ 0,95; 95% ДИ 0,90–1,00). Эмоциональное истощение как симптом СЭВ наиболее полно описывалось уровнем тревоги, «деперсонализация» — уровнем депрессии. Редукция профессиональных достижений предсказывалась тревожными и депрессивными симптомами хуже всего.

Заключение. В зависимости от структуры эмоционального выгорания у врачей-психиатров клинически оно может проявляться тревожными, депрессивными симптомами или их сочетанием. Выделение вариантов клинической манифестации СЭВ будет полезно для разработки специфических методов борьбы с эмоциональным выгоранием.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание; психиатры; депрессия; тревога; профессиональные заболевания.

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

Для ссылки: Быков К.В., Медведев В.Э. Эмоциональное выгорание как фактор профессионального риска в психиатрии: модели клинической манифестации. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(6):18–25. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-6-18-25>

Emotional burnout as an occupational risk factor in psychiatry: models of clinical manifestation

Bykov K.V.^{1,2}, 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; Gorky St., 141080 Moscow Region, Korolev, Russia; ²6, Mikluho-Maklaya St., 117198 Moscow, Russia

Professional stress is a key factor in the development of emotional burnout syndrome (EBS), which is particularly prevalent among psychiatrists. The nosological status of EBS is undefined. Studies shows that emotional burnout is conceptually linked to anxiety and depressive disorders.

Objective: analysis of clinical manifestations of EBS by psychiatrists.

Material and methods. The study involved 126 psychiatrists working in Moscow psychiatric hospitals. Respondents completed the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Multiple logistic regression was used. Critically high values in the MBI and its subscales served as dependent variables. The predictors were HADS values, age, and gender of the respondents.

Results. The prevalence of EBS in the study sample was 26.2%, with 14.3% experiencing severe forms. Significant levels of depression and anxiety were demonstrated by 50.8% and 42.9% of respondents, respectively. Established EBS was described by an increase in anxiety [odds ratio (OR) 1.51; 95% confidence interval (CI) 1.30–1.82], the presence of a critical level of depression (OR 10.86; 95% CI 3.47–41.43); and male gender as a factor preventing EBS (OR 0.33; 95% CI 0.10–0.95). Severe EBS was described as a combination of critical levels of anxiety and depression (OR 11.02; 95% CI 3.63–36.76); with age, the chances of severe EBS decreased (OR 0.95; 95% CI 0.90–1.00). Emotional exhaus-

tion as a symptom of EBS was most fully described by the level of anxiety, and 'depersonalisation' by the level of depression. Reduction in professional achievements was least predicted by anxiety and depressive symptoms.

Conclusion. Depending on the structure of emotional burnout in psychiatrists, it can manifest clinically as anxiety, depressive symptoms, or a combination of both. Identifying the various clinical manifestations of EBS will be useful for developing specific methods to combat emotional burnout.

Keywords: emotional burnout; psychiatrists; depression; anxiety; occupational diseases.

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

For citation: Bykov KV, Medvedev VE. Emotional burnout as an occupational risk factor in psychiatry: models of clinical manifestation. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(6):18–25 (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-6-18-25>

Профессиональная деформация относится к числу важных проблем в современных социально-экономических условиях, одной из ее ключевых причин выступает трудовой стресс. Среди представителей социально-экономических профессий особым образом выделяются медицинские работники, поскольку их профессиональная деятельность связана с ответственностью за здоровье, жизнь, а иногда и свободу реципиентов медицинской помощи. Зарубежные [1] и отечественные [2] исследования обнаруживают связь психологического состояния медицинских работников с результатами оказываемой ими помощи. Одним из проявлений профессиональной деформации является эмоциональное выгорание.

Термин «эмоциональное выгорание» (*burnout*) был введен Н.И. Фреуденбергер в 1974 г. [3]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, эмоциональное выгорание — это синдром, возникающий в результате воздействия длительного профессионального стресса, с которым не удается успешно справиться, и характеризующийся тремя аспектами: чувством эмоционального переутомления, повышенной ментальной дистанцированности от работы и ощущением снижения профессиональной эффективности [4]. Данное определение основано на концепции синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) С. Maslach [5], согласно которой его основными компонентами являются эмоциональное истощение (ЭИ) — обедненное эмоциональное реагирование, перманентное ощущение подавленности, нехватка сил; «деперсонализация» (ДП) — негативное, отстраненное, формальное отношение к работе и реципиентам помощи, вплоть до их дегуманизации; редукция профессиональных достижений (РПД) — снижение рабочей эффективности, чувство собственной некомпетентности. Важно отметить, что содержание термина «деперсонализация» в контексте СЭВ отличается от общепринятого в психиатрии определения данного симптома нарушения самовосприимчивости.

Пристальное внимание к проблеме СЭВ в сфере здравоохранения обусловлено его высокой распространенностью среди медицинских работников [6], а также его связью с увеличением частоты выдачи медикам листов нетрудоспособности, увольнений, снижением их рабочей продуктивности, неоптимальным оказанием медицинской помощи [7, 8]. Финансовые издержки для национальных систем здравоохранения, связанные с СЭВ, могут достигать миллиардов долларов США в год [9].

В настоящее время у ученых нет единого взгляда на структуру, динамику и патогенез СЭВ. Неизвестно, является ли он деструктивным способом разрешения профессио-

нальных конфликтов [10], стратегией сохранения внутренних ресурсов работника [11] или психопатологическим феноменом [7]. Клиническая характеристика и квалификация затрудняются избыточным фокусом исследований СЭВ на его социальном аспекте [12].

На связь СЭВ с тревогой и депрессией ученые обратили внимание еще на заре его изучения [3]. Позже В.В. Бойко предложил концепцию эмоционального выгорания, согласно которой фаза «тревожного напряжения», служит предвестником и запускающим механизмом СЭВ и включает в себя ряд симптомов, в том числе тревогу и депрессию [13].

Профессиональная среда врачей-психиатров характеризуется рядом негативных особенностей: анозогнозия пациентов, их противодействие госпитализациям, низкий комплаенс, недоверие к медицинскому персоналу, эпизоды физической агрессии и суицидальные тенденции встречаются в психиатрической практике чаще, чем в других медицинских сферах [14, 15]. По сравнению с другими врачами, психиатры чаще страдают психическими расстройствами, в частности депрессивными [16]. Крупные систематические обзоры [17] демонстрируют высокую распространенность СЭВ среди работников психиатрического профиля.

В зависимости от способа концептуализации СЭВ может рассматриваться как дименсиональный или категориальный феномен [7]. Дименсиональный подход позволяет квантифицировать эмоциональное выгорание, определить степень его развития, что продуктивно в рамках психологических исследований. Категориальный подход дает возможность квалифицировать эмоциональное выгорание и разместить данный синдром в бинарной матрице, характерной для медицинской практики, где решения дихотомизированы (Назначить лечение или нет? Продолжить обследование или нет? Выдать лист нетрудоспособности или нет?). Исследований, в которых изучались варианты клинической квалификации СЭВ у отечественных врачей-психиатров, не проводилось.

Целью исследования являлось изучение клинических проявлений СЭВ у врачей-психиатров.

Материал и методы. Настоящее исследование имело кросс-секционный дизайн и было одобрено комитетом по этике Медицинского института РУДН.

Принять участие в исследовании было предложено 142 психиатрам, работающим в психиатрических больницах г. Москвы. Согласие на участие было получено от 126 докторов (показатель отклика 89%). Интервьюирование проводилось на рабочем месте респондентов.

Критериями включения в исследование являлись стаж работы в должности врача-психиатра не менее одного года и подписание добровольного информированного согласия; в исследование не включались интерны, ординаторы, средний медицинский персонал. Социально-демографические данные участников представлены в табл. 1.

Для выявления СЭВ использовалась русскоязычная версия Шкалы выгорания Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) [18]. Данный опросник состоит из 22 пунктов, содержащих описание ситуаций и суждений, предполагающих эмоциональную вовлеченность респондента. Частота возникновения переживаний оценивается участником по 7-балльной шкале (0 – «никогда», 6 – «каждый день»). Девять вопросов относятся к подшкале ЭИ, пять – к подшкале ДЕП и восемь – к подшкале РПД. Высокие суммарные баллы в подшкалах ЭИ и ДЕП и низкие в подшкале РПД свидетельствуют об эмоциональном выгорании. Критическими значениями, свидетельствующими о высоком уровне эмоционального выгорания в отдельной подшкале, были выбраны ≥ 25 , ≥ 11 и ≤ 30 для ЭИ, ДЕП и РПД соответственно. Критерием сформированного СЭВ являлось наличие выгорания хотя бы в двух измерениях, одна из которых – ЭИ [19], тяжелая форма СЭВ фиксировалась при критических значениях во всех подшкалах.

Уровни депрессии и тревоги измеряли при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [20]. Она состоит из 14 пунктов, семь из которых относятся к подшкале «тревога» (HADS-A), еще семь – к подшкале «депрессия» (HADS-D). Оценка происходит по 4-балльной шкале (от 0 до 3). Авторы оригинального инструмента [21] указывали значения в диапазоне 8–10 как «пороговые» случаи и >10 как клинические случаи тревоги и депрессии. В соответствии с рекомендациями крупных исследований валидности HADS [22], критическим значением в обеих подшкалах было выбрано >7 .

Качественные данные описывались посредством относительных и абсолютных частот, их сравнение осуществлялось через тест χ^2 с поправкой Йейтса. Описание количественных данных включало представление мер центральной тенденции (медиана, среднее арифметическое) и мер рассеяния (среднеквадратичное отклонение, межквартильный размах, размах), выбор которых осуществлялся в зависимости от соответствия распределения переменной нормальному согласно тесту Шапиро–Уилка.

Для исследования клинических моделей СЭВ применялся метод множественной логистической регрессии. В качестве зависимых переменных выступали сформированный СЭВ, СЭВ в тяжелой форме, наличие эмоционального выгорания в трех подшкалах MBI – ЭИ, ДЕП, РПД. Было построено пять уравнений регрессии. В качестве предикторов выступали пол, возраст, уровень тревоги и депрессии, а также наличие случаев тревоги, депрессии и их сочетания (>7 баллов по подшкалам HADS-A, HADS-D). Максимальное количество возможных предикторов в модели вычислялось по формуле:

$$k = (n \times P) / 10,$$

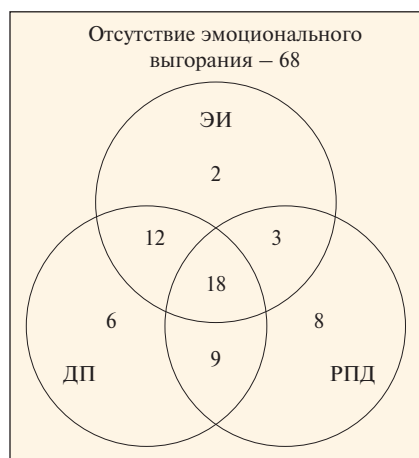
где n – размер выборки, P – частота самого редкого из бинарных исходов, а k – количество возможных предикторов с округлением до целочисленных значений [23].

Построение уравнений происходило в несколько этапов. Во-первых, вычислялась корреляция значений HADS-A и HADS-D со значениями ЭИ, ДЕП, РПД и возрастом, для чего использовались коэффициент корреляции Пирсона или ранговая корреляция Спирмена, которая применялась, если хотя бы одна из исследуемой пары переменных была распределена ненормально. Во-вторых, применялся метод прямого отбора посредством теста отношения правдоподобия. В первую очередь в уравнение включались предикторы, которые максимально и статистически значимо снижали остаточный девианс модели. Когда добавление нового предиктора не приводило к ее снижению, построение модели заканчивалось. В-третьих, для каждой модели проводилась проверка выполнения предположений множественной логистической регрессии.

Независимость наблюдений обеспечивалась дизайном исследования и формально проверялась тестом Дарбина–Уотсона. Линейность связи независимых переменных и логита оценивались визуально и с помощью теста Бокса–Тидвелла. Наличие выбросов и их влияние на модели изучались через визуализацию дистанции Кука. Были вычислены устойчивые к гетероскедастичности стандартные ошибки коэффициентов [24]. Мультиколлинеарность оценивали путем вычисления фактора инфляции дисперсии (VIF) и констатировали при его значении >5 .

Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов
Table 1. Socio-demographic characteristics of the respondents

| Показатель | Значение |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Пол, n (%): мужской женский | 54 (42,9) 72 (57,1) |
| Возраст, годы, Me [размах] | 43 [26; 81] |
| Место жительства, n (%): город село | 68 (54) 58 (46) |
| Занимаемая должность, n (%): врач-психиатр заведующий отделением | 78 (61,9) 48 (38,1) |
| Стаж работы в психиатрии, годы, Me [размах] | 15 [2; 58] |
| Врачебная категория, n (%): нет есть | 67 (53,2) 59 (46,7) |
| Ученая степень, n (%): нет кандидат медицинских наук | 115 (91,3) 11 (8,7) |
| Число рабочих часов в неделю, Me [размах] | 45 [27; 54] |
| Семейное положение, n (%): женат/замужем не женат / не замужем | 57 (45,2) 69 (54,8) |
| Дети, n (%): есть нет | 92 (73) 34 (27) |



Число респондентов в зависимости от наличия эмоционального выгорания в подшкалах MBI
The number of respondents by presence of burnout in MBI subscales

Статистическая обработка проводилась на языке R версии 4.4.1 с использованием пакетов «Hmisc», «rms», «olsrr», «sandwich», «lme4» и «car». Пороговым значением уровня статистической значимости был выбран уровень $p < 0,05$.

Результаты. В заполненных респондентами формах пропусков данных не было. По результатам обследования критические уровни ЭИ, ДП и РПД были выявлены у 35 (27,8%), 45 (35,7%) и 38 (30,1%) врачей-психиатров. Сформированный СЭВ был обнаружен у 33 (26,2%) участников. Высокий уровень эмоционального выгорания хотя бы в одной из трех подшкал был обнаружен у 58 (46%), хотя бы в двух подшкалах – у 42 (33,3%), а эмоциональное выгорание по всем трем шкалам – у 18 (14,3%) респондентов. Распределение психиатров в зависимости от наличия эмоционального выгорания в разных подшкалах MBI представлено на рисунке.

Половина врачей ($n=64$; 50,8%) демонстрировали значимый уровень депрессии, 54 (42,9%) – значимый уровень тревоги. При этом клинические уровни депрессии и тревоги (HADS-D и HADS-A >10) отмечались у 22 (17,5%) и 24 (19%) психиатров соответственно. Сочетание значимых уровней тревоги и депрессии отмечалось у 26 (20,6%) респондентов.

Количественное описание выборочных значений в подшкалах MBI и HADS представлено в табл. 2

У респондентов со сформированным СЭВ чаще встречались критические уровни депрессии и тревоги. Среди 18 врачей-психиатров с тяжелой формой СЭВ значимый уровень тревоги и депрессии обнаруживали 15 и 12 человек соответственно. Случаи депрессии были значимо связаны с эмоциональным выгоранием во всех его модальностях, в то время как случаи тревоги – только со сформированным СЭВ и высоким ЭИ (табл. 3).

Значения коэффициентов корреляции с уровнем их статистической значимости представлены в табл. 4. Направление корреляции во всех парах переменных соответствовало ожидаемому. Возраст значимо не коррелировал со значениями HADS-D и HADS-A, а корреляция между РПД и HADS-D была на границе статистической значимости.

Для модели наличия актуального СЭВ максимальное количество пред-

Таблица 2. Описание количественных характеристик исследованных переменных
Table 2. Quantitative statistics of the investigated variables

| Переменная | Среднее | Медиана | SD | Межквартильный размах | 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 | 43,64 | 43 | 11,51 | [35; 51] | [26; 81] | 0,005 |

Таблица 3. Связь СЭВ и его симптомов со случаями депрессии и тревоги среди респондентов
Table 3. Association between burnout (and its symptoms) with cases of depression and anxiety among respondents

| Группирующие характеристики | Значение признака | Значение HADS-D >7 | Значение HADS-D ≤ 7 | χ^2 (p) | Значение HADS-A >7 | Значение HADS-A ≤ 7 | χ^2 (p) |
|------------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------|------------------------|--------------------------|--------------|
| Наличие сформированного СЭВ, n (%) | Да Нет | 25 (19,8) 39 (30,9) | 8 (6,3) 54 (19,8) | 0,002 | 23 (18,3) 31 (24,6) | 10 (7,9) 62 (49,2) | $<0,001$ |
| Наличие тяжелой формы СЭВ, n (%) | Да Нет | 15 (11,9) 49 (38,9) | 3 (2,4) 59 (46,8) | 0,006 | 12 (9,5) 42 (33,3) | 6 (4,8) 66 (52,4) | 0,051 |
| Высокий уровень ЭИ, n (%) | Да Нет | 25 (19,8) 39 (30,9) | 10 (7,9) 52 (41,3) | 0,007 | 24 (19) 30 (23,8) | 11 (8,7) 61 (48,4) | $<0,001$ |
| Высокий уровень ДП, n (%) | Да Нет | 39 (30,9) 25 (19,8) | 6 (4,8) 56 (44,4) | $<0,001$ | 24 (19) 30 (23,8) | 21 (16,7) 51 (40,5) | 0,113 |
| Высокий уровень РПД, n (%) | Да Нет | 25 (19,8) 39 (30,9) | 13 (10,3) 49 (38,9) | 0,044 | 21 (16,7) 33 (26,2) | 17 (13,5) 55 (43,5) | 0,098 |

кторов ограничивалось тремя, для наличия тяжелой формы СЭВ — двумя, для наличия эмоционального выгорания в подшкалах ЭИ, ДП и РПД — четырьмя, пятью и четырьмя соответственно. Регрессионный анализ продемонстрировал, что шансы выявления СЭВ повышаются по мере увеличения значения HADS-A, а также при наличии критического уровня депрессии, при этом мужской пол выступал в качестве фактора превенции. Наличие тяжелой формы СЭВ предсказывалось сочетанными случаями тревоги и депрессии. Переменная «возраст» значимо снижала остаточный девианс этой модели, при этом ее влияние не достигало статистически значимого уровня. Наличие эмоционального выгорания в подшкале ЭИ объяснялось высоким баллом HADS-A и наличием критического уровня депрессии. Эмоциональное выгорание в дименсии ДП определялось в большей степени значением HADS-D, в меньшей степени — значением HADS-A. Наличие выгорания в подшкале РПД предсказывалось уровнем HADS-A и критическим значением депрессии, однако уровень объясняемой вариабельности в данной модели был самым низким ($C\text{-statistics}=0,687$). 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 табл. 5.

Обсуждение. Настоящее исследование продемонстрировало наличие нескольких вариантов клинической манифестации СЭВ, проявляющихся депрессивными, тревожными симптомами или их комбинацией.

Установлено, что сформированный СЭВ встречается у 26,2% психиатров. Наиболее полный систематический обзор, в котором изучалась общемировая распространенность СЭВ среди психиатров [25], установил, что при использовании MBI и аналогичных критериев наличия сформированного СЭВ его распространенность оказывается более высокой — 40,1%, а распространенность его тяжелой формы почти идентична (13,2 и 14,3%). Полученные результаты показывают, что СЭВ менее распространен среди российских психиатров, однако протекает у них более тяжело, чем у психиатров в других странах.

Настоящее исследование продемонстрировало, что хотя бы субклинические уровни депрессии и тревоги встречаются у 51,8 и 42,9% психиатров соответственно. A. Iacovides и соавт. [26] обнаружили, что субклинические формы депрессии часто выявляются у подверженных СЭВ лиц. Распространенность клинических форм депрессии

и тревоги составила 17,5 и 19% соответственно. Среди американских психиатров 42,8% респондентов обнаруживают депрессивные симптомы, при этом 16,1% — умеренной или тяжелой степени [27]. До 20,4% врачей-психиатров Германии [28] и от 26,7 до 33,2% их коллег из Китая [15, 29] обнаруживают клинически значимые симптомы депрессии. По результатам этих же исследований, клинически значимая тревога встречается у 24,1–25,4% специалистов. Согласно данным В.В. Новикова и соавт. [30], среди отечественных психиатров тревожные симптомы встречаются у 34,8%, а депрессивные — у 8,7%. Подобная разница может объясняться различными инструментами измерения этих состояний — в вышеуказанном исследовании использовались шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Установлено, что наличие актуального СЭВ объясняется как тревожными, так и депрессивными симптомами, а его тяжелой формы — их сочетанием. Некоторые исследователи указывали на пересечение депрессивных расстройств и СЭВ на эмпирическом и концептуальном уровнях. Последнее объясняется существованием ряда общих симптомов, таких как усталость, трудности с выполнением работы, невозможность расслабиться и отдохнуть, нарушение концентрации [31]. Отчасти эта симптоматика пересекается с симптомами астении [32]. D.C. Glass и J.D. McKnight [33] 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 [34, 35]. По сравнению с депрессией, связь эмоционального выгорания с тревожностью менее изучена [8], что, возможно, объясняется сложностью с выявлением тревожных состояний в общеврачебной практике в связи с неспецифичностью их психоэмоциональных и соматовегетативных проявлений [36]. В исследовании S.P. Vassilopoulos [37] участники с высоким уровнем социальной тревожности демонстрировали высокий уровень эмоционального выгорания. U.E. Maske и соавт. [38] установили, что 59% людей с СЭВ страдают тревожными расстройствами.

Корреляционный и регрессионный анализы обнаружили, что эмоциональное выгорание в дименсии ЭИ в большей степени предсказывается тревожными расстройствами, а в дименсии ДП — депрессивными. Связь тревоги с ЭИ подтверждается результатами ряда опубликованных работ [39, 40], а коэффициент корреляции между ними может составлять 0,472 [41]. Некоторые авторы предполагают, что ЭИ может повышать тревожность через нарушение способности преодоления стресса [31].

Корреляция между депрессией и СЭВ, по некоторым данным, составляет от 0,41 до 0,74 [8, 41]. По результатам проведенного исследования, в пределах данного интервала оказался коэффициент корреляции между ДП и HADS-D — 0,62. В модели, предсказывающей критический уровень ДП, отношение шансов (ОШ) для значения HADS-D было выше, чем для

Таблица 4. Корреляция между значениями подшкал HADS, MBI и возрастом

Table 4. Correlations between HADS and MBI scores and age

| Показатель | HADS-D | | 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 | -0,14 | 0,112 | 0,15 | 0,090 |

значения HADS-A (1,66 и 1,25 соответственно). Некоторые ученые считают, что ДП ведет к депрессии посредством стимуляции социального выпадения и выученной беспомощности [42], другие ссылаются на теорию консервации ресурсов, согласно которой истощение внутренних ресурсов работника без должного их восполнения приводит к снижению эмоционального, когнитивного и физического реагирования на пациентов [11].

Неожиданным результатом оказалась более сильная связь депрессии с ДП, чем с ЭИ, что противоречит выводам некоторых публикаций [41, 43]. При этом сила связи ЭИ с депрессией в проведенном исследовании оказалась аналогичной той, что была выявлена, например, J.A. Korkeila и соавт. [44] на выборке психиатров в Финляндии. В нем ОШ наличия критического уровня ЭИ для предиктора «случай депрессии» составило 6,9, в то время как в настоящем исследовании — 5,36. Таким образом, клиническая манифестация СЭВ у отечественных психиатров отличается выраженной депрессивной симптоматикой.

В соответствии с результатами отечественных [45] и зарубежных публикаций [29], обнаруженная связь РПД 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 [46]. В таком случае РПД может возникать вместе с тревогой и депрессией, а не вызывать их, чем объясняется низкая предсказательная способность построенной модели.

Интерпретация результатов проведенного исследования должна производиться с учетом нескольких ограничений. Несмотря на выявление статистически значимой связи между эмоциональным выгоранием и симптомов тревожно-депрессивного спектра, кросс-секционный дизайн не позволяет однозначно установить направление причинно-следственных связей между ними. Еще одним ограничением является метод оценки изучаемых переменных. Уровни тревоги и депрессии оценивались исключительно по данным самоотчета с использованием опросника HADS и не верифицировались клиническими интервью на соответствие критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Несмотря на высокие чувствительность и специфичность HADS, существует вероятность неполного соответствия между данными шкалы и клиническим диагнозом.

Заключение. В данном исследовании впервые систематически описаны клинические проявления СЭВ у российских психиатров, выявлены его специфические связи с тревожными и депрессивными симптомами. Установлено, что развитие критически высокого ЭИ по большей части описывается тревожными симптомами;

Таблица 5. *Модели множественной логистической регрессии*

Table 5. *Multiple logistic regression models*

| Предиктор | Estimate (S.E. HC3) | ОШ (95% ДИ) | (Wald) Z | p-value | VIF |
|------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|----------|---------|------|
| <i>Overall BO</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-statistics=0,87 DW p=0,602 BT p=0,219 | | | | | |
| <i>Severe BO</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 | -0,0511 (0,0281) | 0,95 (0,90–1,00) | -1,8165 | 0,069 | 1,00 |
| LRT=21,1 (<0,001) C-statistics=0,817 DW p=0,859 BT p=0,815 | | | | | |
| <i>EE cat</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-statistics=0,841 DW p=0,755 BT p=0,327 | | | | | |
| <i>DP cat</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-statistics=0,873 DW p=0,189 BT p=0,848 | | | | | |
| <i>PA cat</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-statistics=0,687 DW p=0,981 BT p=0,009 | | | | | |

Примечание. BT p — уровень значимости теста Бокса–Тидвелла; C-statistics — 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 — устойчивые к гетероскедастичности стандартные ошибки; (Wald) Z — значение z-статистики критерия Вальда; случай Д — наличие критического уровня депрессии; случай Д и Т — наличие критических уровней депрессии и тревоги.

высокий уровень ДП — депрессивными; РПД существенно слабее связана с депрессивными и тревожными симптомами. Было выявлено, что наличие актуального СЭВ объясняется как тревожными, так и депрессивными проявлениями, а тяжелая форма СЭВ — их сочетанием. Результаты проведенного исследования могут быть полезны для ученых, занятых разработкой методов борьбы с СЭВ. Результаты опи-

сывают варианты развития эмоционального выгорания в категориях успешно купируемых клинических феноменов. Определение взаимосвязи и отношения эмоционального выгорания, тревоги и депрессии поможет избежать избыточного упрощения в вопросе обеспечения ментального благополучия психиатрических работников и, как следствие, повышения качества оказываемой ими помощи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017 Jun 21;7(6):e015141. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015141
2. Быков КВ, Медведев ВЭ. Влияние эмоционального выгорания врачей-психиатров на результаты оказываемой ими помощи. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(6):71-8. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-71-78
- 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):71-8 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-71-78
3. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Iss*. 1974;30(1):159-65. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
4. Bianchi R, Schonfeld IS. Examining the evidence base for burnout. *Bull World Health Organ*. 2023 Oct 4;101(11):743-5. doi: 10.2471/BLT.23.289996
5. Зразжевская ИА, Быков КВ, Топка ЭО и др. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания. *Психиатрия*. 2020;18(4):127-38. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140
- Zrazhevskaya IA, Bykov KV, Topka EO, et al. The Evolution of Representations about the Syndrome of Emotional Burnout. *Psychiatry (Moscow)*. 2020;18(4):127-38 (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140
6. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-50. doi: 10.1001/jama.2018.12777
7. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout—depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Mar;36:28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004
8. Ryan E, Hore K, Power J, Jackson T. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Front Public Health*. 2023 Mar 30;11:1133484. doi: 10.3389/fpubh.2023.1133484
9. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Ann Intern Med*. 2019 May 28;170(11):784-90. doi: 10.7326/M18-1422
10. Лозинская ЕИ, Лутова НБ, Ханько АВ, Жигулева АВ. Влияние синдрома выгорания врачей-психиатров на показатели терапевтического альянса у пациентов с психическими расстройствами. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2014;(3):19-23. Доступно по ссылке: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22665493>
- Lozinskaya EI, Lutova NB, Hanko AV, Zhiguleva AV. The influence of the psychiatrists' burnout syndrome on the therapeutic alliance of psychotic patient. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2014;(3):19-23 (In Russ.). Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22665493>
11. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In: Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Eds Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Philadelphia: Taylor and Francis; 1993. P. 115-33. ISBN 978-0-41578-615-7
12. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupat Med*. 2000 Sep 01;50(7):512-7. doi: 10.1093/occmed/50.7.512
13. Бойко ВВ. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва: Филин; 1996. 470 с. ISBN 5-900855-60-0
- Boyko VV. The energy of emotions in communication: a look at yourself and others. Moscow: Filin; 1996. 470 p. ISBN 5-900855-60-0 (In Russ.).
14. Петрова ЕВ, Семенова НВ, Алехин АН. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2011;12(114):194-9. Доступно по ссылке: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17322598>
- Petrova EV, Semenova NV, Alekhin AN. Regular occurrence and characteristics of burnout syndrome among mental care staff. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*. 2011;12(114):194-9 (In Russ.). Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17322598>
15. Dong P, Lin X, Wu F, et al. Depression, anxiety, and burnout among psychiatrists during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Beijing, China. *BMC Psychiatry*. 2023 Jul 10;23(1):494. doi: 10.1186/s12888-023-04969-5
16. Tsai A, Moran S, Shoemaker R, Bradley J. Patient suicides in psychiatric residencies and post-vention responses: a national survey of psychiatry chief residents and program directors. *Acad Psychiatry*. 2012;36(1):34-8. doi: 10.1176/appi.ap.09100186
17. O'Connor K, Neff DM, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*. 2018 Jun 26;53:74-99. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
18. 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. Burnout syndrome. 2nd ed. St. Petersburg: Piter; 2008. 336 p. ISBN: 978-5-91180-891-4 (In Russ.).
19. Dyrbye LN, West CP, Shanafelt TD. Defining burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med*. 2009 Jan 06;24(3):440. doi: 10.1007/s11606-008-0876-6
20. Андрищенко АВ, Дробижев МЮ, Добровольский АВ. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;103(5):11-8.
- Andryshenko AV, Drobizhev MYu, Dobrovolsky AV. A comparative validation of the scale CES-D, BDI, HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general medical practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2003;103(5):11-8 (In Russ.).
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
22. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosomat Res*. 2002 Feb;52(2):69-77. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3
23. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996 Dec;49(12):1373-9. doi: 10.1016/S0895-4356(96)00236-3
24. Long JS, Ervin LH. Using heteroscedasticity consistent standard errors in the linear regression model. *Am Stat*. 2000;54(3):217-24. doi: 10.1080/00031305.2000.10474549
25. Bykov KV, Zrazhevskaya IA, Topka EO, et al. Prevalence of burnout among psychia-

trists: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022 Jul 01;308:47-64. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.005

26. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med.* 1999 Dec;29(4):421-33. doi: 10.2190/5YHH-4CVF-99M4-MJ28

27. Summers RF, Gorrindo T, Hwang S, et al. Well-being, burnout, and depression among North American psychiatrists: the state of our profession. *Am J Psychiatry.* 2020 Jul 14;177(10):955-64. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.1909090

28. Beschoner P, Von Wietersheim J, Jarczok MN, et al. Effort-reward-imbalance, burnout, and depression among psychiatrists 2006 and 2016-changes after a legislative intervention. *Front Psychiatry.* 2021 Apr 06;12:641912. doi: 10.3389/fpsy.2021.641912

29. Wang S, Gu M, Zhang S, et al. Unraveling the interconnectedness between physician burnout and symptoms of depression, anxiety, and stress: a network analysis among Chinese psychiatrists. *Front Public Health.* 2025 Jan 07;12:1493424. doi: 10.3389/fpubh.2024.1493424

30. Новиков ВВ, Новикова АМ, Петров ДС и др. Психические реакции врачей психиатров и наркологов на фоне пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2021;29(4):844-7. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-844-847

Novikov VV, Novikova AM, Petrov DS, et al. The mental reactions of psychiatrists and narcologists against the background of COVID-19 pandemic. *The problems of social hygiene, public health and history of medicine.* 2021;29(4):844-7 (In Russ.). doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-844-847

31. Shirom A, Ezrachi Y. On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety Stress Coping.* 2003;16(1):83-97. doi: 10.1080/1061580021000057059

32. Медведев ВЭ. Пациент с астенией в общей медицинской практике. *Терапия.* 2022;8(9):107-13. doi: 10.18565/therapy.2022.9.107-113

Medvedev VE. Patient with asthenia in general medical practice. *Therapy.* 2022;8(9):107-13 (In Russ). doi: 10.18565/therapy.2022.9.107-113

33. Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Health.* 1996;11(1):23-48. doi: 10.1080/08870449608401975

34. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2005 Sep;88(1):55-62. doi: 10.1016/j.jad.2005.06.004

35. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Manag.* 2014 Nov;21(4):307-24. doi: 10.1037/a0037906

36. Драпкина ОМ, Федин АИ, Дорофеева ОА и др. Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2022;21(5):64-70. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3280

Drapkina OM, Fedin AI, Dorofeeva OA, et al. Influence of psychosocial risk factors on the course and prognosis of cardiovascular diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2022;21(5):64-70 (In Russ.). doi: 10.15829/1728-8800-2022-3280

37. Vassilopoulos SP. Job burnout and its relation to social anxiety in teachers of primary education. *Hellenic J Psychol.* 2012;9(1):18-44.

38. Maske UE, Riedel-Heller SG, Seiffert I, et al. Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom. *Psychiatrische Praxis.* 2016;43(01):18-24. doi: 10.1055/s-0034-1387201

39. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The mediating effects of burnout on the relationship between

anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PloS One.* 2014 Sep 11;9(9):e107130. doi: 10.1371/journal.pone.0107130

40. Turnipseed DL. Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychol Rep.* 1998 Apr;82(2):627-42. doi: 10.2466/pr0.1998.82.2.627

41. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2019 Mar 13;10:429219. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00284

42. Leiter MP, Clark D, Durup J. Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *J Appl Behav Sci.* 1994 Mar;30(1):63-82. doi: 10.1177/0021886394301004

43. Verkuilen J, Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: Exploratory structural equation modeling bifactor analysis and network analysis. *Assessment.* 2021 Mar 10;28(6):1583-600. doi: 10.1177/107319112091110

44. Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, et al. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health.* 2003 Mar;31(2):85-91. doi: 10.1080/14034940210133880

45. Лукьянов ВВ, Васильева НГ. Сравнительное исследование методик измерения синдрома выгорания. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2011;(4):14-24. Доступно по ссылке: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17242716>

Lukianov VV, Vasileva NG. A comparative study of methods for measuring burnout syndrome. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology.* 2011;(4):14-24 (In Russ.). Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17242716>

46. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001 Feb;52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

11.08.2025 / 16.11.2025 / 17.11.2025

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>