

## Связь эмоционального выгорания и качества жизни врачей-психиатров

И.А. Зражевская<sup>1</sup>, К.В. Быков<sup>2</sup>, Э.О. Топка<sup>3</sup>, Р.Н. Исаев<sup>4</sup>, А.М. Орлов<sup>5</sup>

<sup>1</sup>«Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН), Москва, Россия

<sup>3</sup>ГБУЗ ПКБ № 13 ДЗМ, Москва, Россия

<sup>4</sup>Клиника доктора Исаева, Москва, Россия

<sup>5</sup>Медицинский центр «КОРСАКОВ», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Инна Александровна Зражевская, [zrazhevskayaia@list.ru](mailto:zrazhevskayaia@list.ru)

### Резюме

**Обоснование:** эффективное и безопасное оказание медицинской помощи зависит от ряда факторов, одним из которых является состояние здоровья медицинских работников. Наличие проблем в этой сфере снижает качество жизни и не позволяет клиницисту полностью реализовать свой потенциал. Присутствие высокого уровня трудового стресса существенно ухудшает психическое и физическое состояние медицинского персонала. Одним из его наиболее характерных последствий становится эмоциональное выгорание. **Цель:** изучение связи эмоционального выгорания и качества жизни с последующим построением математической модели, прогнозирующей уровень качества жизни на основе данных о степени эмоционального выгорания врача-психиатра. **Основная гипотеза** предпринятого исследования — эмоциональное выгорание значимо и негативно влияет на уровень качества жизни врачей-психиатров. **Участники и методы:** 82 врача-психиатра, работающие в московских психиатрических клиниках, заполнили шкалу выгорания Maslach и сокращенную версию опросника В03 «Качество жизни». Для оценки влияния эмоционального выгорания на качество жизни респондентов использовали метод множественной линейной регрессии. В качестве предикторов были рассмотрены значения шкалы выгорания Maslach, возраст и пол респондентов; переменными отклика являлись результаты заполнения опросника В03 «Качество жизни». **Результаты:** значение домена «эмоциональное истощение» отрицательно коррелировало с четырьмя измерениями опросника «Качество жизни» — «физическое здоровье», «психологическое здоровье», «социальные отношения», «окружающая среда». Домен «редукция профессиональных достижений» обнаружил положительную корреляцию с физическим и психологическим здоровьем респондентов. Возраст опрошенных влиял на эти показатели отрицательно, однако не сказывался на социальных отношениях и здоровье в подшкале «окружающая среда». Пол испытуемых не оказывал значимого влияния на качество жизни. Значения скорректированного коэффициента детерминации моделей варьировались в диапазоне от 0,1907 до 0,511. **Выводы:** эмоциональное выгорание негативно сказывается на качестве жизни практикующих врачей-психиатров. Для установления каузальных связей между этими конструктами необходимы проспективные лонгитудинальные исследования.

**Ключевые слова:** психиатрия, профессиональный стресс, хронический стресс, эмоциональное выгорание, качество жизни

**Для цитирования:** Зражевская И.А., Быков К.В., Топка Э.О., Исаев Р.Н., Орлов А.М. Связь эмоционального выгорания и качества жизни врачей-психиатров. *Психиатрия*. 2024;22(1):47–57. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-1-47-57>

### RESEARCH

UDC 613.6; 616.89; 616.891; 616.89-008.486

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-1-47-57>

## The Relationship between Emotional Burnout and the Quality of Life of Psychiatrists

I.A. Zrazhevskaya<sup>1</sup>, K.V. Bykov<sup>2</sup>, E.O. Topka<sup>3</sup>, R.N. Isaev<sup>4</sup>, A.M. Orlov<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution of Continuing Professional Education “Central State Medical Academy” the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

<sup>2</sup>RUDN University, Moscow, Russia

<sup>3</sup>Mental Hospital # 13, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

<sup>4</sup>Doctor Isaev Clinic, Moscow, Russia

<sup>5</sup>Medical Center “Korsakov”, Moscow, Russia

Corresponding author: Inna A. Zrazhevskaya, [zrazhevskayaia@list.ru](mailto:zrazhevskayaia@list.ru)

### Summary

**Background:** effective and safe provision of medical care depends on the well-being of medical workers — problems related to health and quality of life do not allow the clinician to realize his potential fully. A high level of work stress undermines the well-being of medical personnel. One of its most characteristic manifestations is burnout. **The aim** was to study the relationship

between burnout and quality of life with the construction of a mathematical model for prediction of the quality of life based on information about the degree of psychiatrists' burnout. **The main hypothesis** of this study was that burnout significantly and negatively affects the quality of life. **Participants and methods:** 82 psychiatrists, working in Moscow psychiatric clinics, independently filled out the Maslach Burnout Inventory and an abbreviated version of the WHO questionnaire "Quality of Life" (WHOQOL-BREF). The multiple linear regression was used to assess the impact of burnout on the quality of life of physicians. The values of the Maslach Burnout Inventory, the age, and gender of the respondents were used as predictors; the response variables were the values of WHOQOL-BREF. **Results:** the value of the domain "emotional exhaustion" is negatively associated with the four dimensions of the WHOQOL-BREF such as "physical health", "psychological health", "social relationships", "environment". The domain "personal accomplishment" positively correlated with respondents' physical and psychological health. Age affected these indicators negatively but did not affect social relationships and health in the "environment" subscale. The gender of psychiatrists did not have a significant impact on their quality of life. The adjusted coefficient of determination of the models was in the range from 0.1907 to 0.511. **Conclusions:** emotional burnout negatively affects the quality of life of practicing psychiatrists. Prospective, longitudinal studies are still needed to establish causal connections between these constructs.

**Keywords:** psychiatry, occupational stress, chronic stress, burnout, quality of life

**For citation:** Zrazhevskaya I.A., Bykov K.V., Topka E.O., Isaev R.N., Orlov A.M. The Relationship between Emotional Burnout and the Quality of Life of Psychiatrists. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(1):47-57. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-1-47-57>

**Сокращения/Abbreviations:** ВОЗ/WHO — World Health Organization/Всемирная организация здравоохранения; ДП/DP — деперсонализация/Depersonalization; ИС/IC — информированное согласие/Informed consent; КЖ/QOL — качество жизни/Quality of Life; ОС/Env — окружающая среда/Environment; ПЗ/Phys — психологическое здоровье/Psychological health; РПД/PA — редукция профессиональных достижений/Personal accomplishment; СО/SR — социальные отношения/Social relationships; СЭВ/BO — синдром эмоционального выгорания/Burnout; ФЗ/Phys — физическое здоровье/Physical health; ЭИ/EE — эмоциональное истощение/Emotional exhaustion; НСЗ — heteroskedasticity consistent standard errors/стандартные ошибки коэффициентов, устойчивые к гетероскедастичности по технологии В. Efron; МБИ — Maslach Burnout Inventory/шкала выгорания Маслак; QQ — Quantile-quantile plot/квантильный график; VIF — Variance inflation factor/фактор инфляции дисперсии; WHOQOL-BREF/ВОЗКЖ-26 — World Health Organization Quality of Life Brief Version/опросник ВОЗ «Качество жизни», краткая версия.

## ВВЕДЕНИЕ

Эффективное и безопасное оказание помощи пациентам медицинских учреждений зависит не только от доступности медицинских услуг, их стоимости, квалификации занятых в здравоохранении кадров, но и от состояния медицинских работников — проблемы, связанные со здоровьем и качеством жизни, не позволяют полностью реализовать потенциал клинициста. В последние годы накапливается все больше сведений о том, что благополучию медицинского персонала угрожает высокий уровень трудового стресса [1]. Одним из его наиболее характерных проявлений признается эмоциональное выгорание<sup>1</sup>.

Понятие «эмоциональное выгорание» (burnout) впервые представил в научной литературе

Н.Ж. Freudenberger [2]. Он определял синдром эмоционального выгорания (СЭВ) как продолжительную реакцию на хронический стресс, возникающую при межличностных контактах в ходе рабочего процесса, и считал, что этот синдром развивается исключительно у представителей помогающих профессий.

Другим исследователем, внесшим важный вклад в развитие теории эмоционального выгорания, стала С. Maslach. Она предложила трехмерную модель эмоционального выгорания, согласно которой СЭВ включает эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализацию (ДП) и редукцию профессиональных достижений (РПД) [3]. ЭИ описывается как усталость, подавленность, потеря энергии, обедненное эмоциональное реагирование. ДП — как циничное, формальное, безразличное отношение к реципиентам оказываемой помощи, крайней степенью которого становится дегуманизация. РПД определяется как негативное восприятие работниками своих профессиональных характеристик, чувство некомпетентности и неспособности справиться с работой. Консенсус относительно внешних проявлений, феноменологии и последствий СЭВ, его клинического статуса, методов диагностики и преодоления все еще не достигнут [4], однако все современные концепции эмоционального выгорания сходятся в том, что ключевым его признаком признается ментальное истощение вследствие неблагоприятных трудовых факторов [5].

Качество жизни (КЖ) — широкое понятие, объединяющее персональное здоровье, психологический статус, уровень независимости, социальные связи, персональные убеждения в совокупности с условиями окружающей среды. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет КЖ как восприятие индивидом своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, характерных для места его пребывания, и в связи с его целями, ожиданиями, стандартами и проблемами. Важную эпидемиологическую роль концепция КЖ приобрела после выявления его независимого влияния на смертность населения, а также его связи со здоровым и продуктивным образом жизни. Значимым фактором снижения КЖ считается

<sup>1</sup> «Эмоциональное выгорание» (burnout) является психологическим понятием.

**Таблица 1.** Социально-демографические характеристики участников

**Table 1** Socio-demographic characteristics of the participants

Характеристика/Characteristic	Значение/Value
Пол/Gender – мужской/male – женский/female	37 (45,1%) 45 (54,9%)
Возраст/Age	Медиана/Median: 42,5; размах/range: 26–81
Место жительства/Residence – город/city – село/village	43 (52,4%) 39 (47,6%)
Занимаемая должность/Current position – врач-психиатр/psychiatrist – заведующий отделением/head of the unit	52 (63,4%) 30 (36,6%)
Стаж работы в сфере психиатрии (годы)/Work experience in the field of psychiatry (years)	Медиана/Median: 15; размах/range: 2–58
Врачебная категория/Medical category – нет/no – вторая/second – первая/first – высшая/high	45 (54,9%) 5 (6,1%) 7 (8,5%) 25 (30,5%)
Ученая степень/Academic degree – нет/no – кандидат медицинских наук/ candidate of medical sciences	75 (91,5%) 7 (8,5%)
Число рабочих часов в неделю/Number of working hours per week	Медиана/Median: 45; размах/range: 27–54
Семейное положение/Marital status – женат, замужем/married – не женат, не замужем/not married	32 (39%) 50 (61%)
Дети/Children – есть/yes – нет/no	61 (74,4%) 21 (25,6%)

продолжительный стресс, одним из эпифеноменов которого становится СЭВ.

Психиатрия считается одной из наиболее стрессогенных медицинских профессий. Существуют уникальные, характерные только для психиатрической практики трудовые факторы, негативно воздействующие на устойчивость психики занятых в ней лиц: необходимость интенсивного эмоционального вовлечения в длительную работу с душевно больными людьми; случаи психологического и физического насилия со стороны пациентов; ситуации применения мер стеснения и ограничения свободы пациентов; высокая склонность пациентов к суициду.

СЭВ и низкое КЖ врачей негативно влияют на эффективность оказываемой медицинской помощи, в частности они ведут к увеличению риска врачебных ошибок, снижению удовлетворенности пациентов, неоптимальным клиническим практикам [6]. СЭВ врачей связан с повышенной ротацией кадров, ведущей к снижению доступности медицинской помощи и увеличению финансовых затрат медицинских организаций [3]. Врачи, подверженные эмоциональному выгоранию, более склонны к депрессии, суицидальным мыслям

и попыткам, развитию зависимости от психически активных веществ, они чаще попадают в дорожно-транспортные происшествия [7].

Благополучие и КЖ изучают как в России, так и за рубежом, но по большей части в исследованиях с пациентами в качестве обследуемых. Эмпирических сведений о КЖ врачей, в том числе психиатров, существенно меньше [8], а работы, посвященные связи СЭВ и КЖ психиатров, единичны [9].

В отечественных публикациях проблема эмоционального выгорания психиатров поднималась неоднократно, однако продуктивная интеграция выводов этих работ затруднена в силу гетерогенности теоретических предпосылок, из которых исходят авторы. Так, в зависимости от принятой исследователями концепции эмоционального выгорания, а также психометрического инструмента, сконструированного на ее основе, распространенность синдрома среди отечественных врачей-психиатров составляет от 19,9 до 92,3% [10]. Исследований КЖ российских психиатров исключительно мало, а русскоязычных работ, в которых изучались бы наличие, направление и сила связи КЖ и СЭВ, нами обнаружено не было.

**Целью** данного исследования являлось изучение связи эмоционального выгорания и КЖ с последующим построением математической модели, прогнозирующей уровень КЖ на основе сведений о степени эмоционального выгорания врача-психиатра. **Основная гипотеза** настоящего исследования — эмоциональное выгорание значимо и негативно влияет на уровень качества жизни врачей-психиатров.

## УЧАСТНИКИ И МЕТОДЫ

Исследование имело кросс-секционный дизайн и проводилось на базе нескольких психиатрических больниц города Москвы и Московской области в период с 2016 по 2018 г.

### Этические аспекты

Все психиатры подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведенное исследование соответствовало Хельсинкской декларации 1964 г. и ее пересмотренного варианта 2013 г. и было одобрено Комитетом по этике Медицинского института РУДН (заседание от 23.12.2021, протокол №3).

### Ethical aspects

All psychiatrists signed the informed consent to participate in the study. The study complies with the principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 and its revised version of 2013. The study was approved by the Local Ethical Committee of the RUDN Medical Institute (Protocol # 3 from December 23, 2021).

**Критерии включения** врачей-психиатров в исследование: стаж работы по специальности не менее 1 года; непосредственный контакт с психически больными в рамках профессиональной деятельности; подписанное информированное согласие (ИС).

### Участники исследования

Принять участие в исследовании было предложено 90 психиатрам. Дали согласие 82 врача. 8 человек отказались по личным соображениям: 7 — до подписания ИС; 1 — после; показатель отклика респондентов составил 91%. Пропусков данных в заполненных респондентами опросниках не было. Участниками стали 37 мужчин и 45 женщин. Другие социально-демографические характеристики представлены в табл. 1.

### Методы исследования

В работе использовались клинико-анамнестический, 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. Для 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. Психометрические опросники респонденты заполняли самостоятельно.

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. Шкала состоит из 22 пунктов, которые содержат описание различных ситуаций или оценок, предполагающих эмоциональную вовлеченность респондента. Частота возникновения 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, ДЕП — 5 вопросов, РПД — 8 вопросов. Высокие баллы в доменах ЭИ и ДП и низкие в домене РПД свидетельствуют о более выраженном эмоциональном выгорании. Пороговыми значениями в подшкалах, свидетельствующих о высоком эмоциональном выгорании, в конкретной дименсии являлись  $\geq 25$ ,  $\geq 11$  и  $\leq 30$  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 [11].

КЖ измерялось при помощи сокращенной версии опросника ВОЗ «Качество жизни» (ВОЗКЖ-26 — WHOQOL-BREF). Опросник использует пятипунктовую шкалу Ликерта, включает 24 пункта и оценивает КЖ по 4 доменам — физическое здоровье (ФЗ), психологическое здоровье (ПЗ), социальные отношения (СО) и окружающая среда (ОС). Результаты по каждому из доменов можно представить в трех видах: среднее

значение, значение в диапазоне от 4 до 20, а также значение в диапазоне от 0 (наихудшая оценка КЖ) до 100 (наилучшая оценка КЖ). В данном исследовании использовался последний вариант. Отдельно, при помощи двух вопросов, оценивались общее КЖ и общее качество здоровья.

Описательная статистика качественных данных производилась путем вычисления относительных и абсолютных частот. Описание количественных данных включало в себя вычисление мер центральной тенденции (медиана, среднее арифметическое), мер рассеяния (среднеквадратичное отклонение, межквартильный размах, размах), а также проверку гипотезы о соответствии распределения значений переменной нормальному при помощи теста Шапиро–Уилка.

Для оценки влияния эмоционального выгорания на КЖ врачей-психиатров был использован метод множественной линейной регрессии. В качестве переменных отклика выступали значения четырех доменов шкалы WHOQOL-BREF. Максимальное количество возможных предикторов было установлено в соответствии с рекомендациями S.B. Green [12], согласно которым  $N = 50 + 8 \times m$ , где  $N$  — количество наблюдений, а  $m$  — количество предикторов. Таким образом, для имеющейся выборки из 82 респондентов максимальное число предикторов, которые могли быть включены в модель, было ограничено четырьмя. В качестве предикторных переменных были использованы значения подшкал MBI — ЭИ, ДЕП, РПД, а также пол и возраст респондентов.

Построение каждой модели проходило в несколько этапов. Во-первых, вычислялся уровень корреляции зависимых и независимых переменных, для чего использовались коэффициент корреляции Пирсона или ранговая корреляция Спирмена, которая применялась, если хотя бы одна из исследуемой пары переменных была распределена ненормально. Кроме того, для предварительной оценки связи переменных использовался унивариантный анализ всех возможных комбинаций переменных отклика 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 первую очередь в модель включались те предикторы, которые максимально и статистически значимо снижали остаточную сумму квадратов модели. Также изучались факторы взаимодействия включенных переменных. Конструирование модели завершалось, когда добавление новой независимой переменной не приводило к статистически значимому снижению остаточной суммы квадратов. Для повышения очевидной валидности (face validity) моделей в каждую из них в качестве предиктора предварительно был включен фактор «возраст» вне зависимости от уровня статистической значимости его влияния на КЖ. В-третьих, в отношении каждой из построенных моделей проводилась проверка предположений множественной линейной регрессии.

**Таблица 2.** Характеристики переменных-кандидатов на включение в регрессионные модели  
**Table 2** Characteristics of candidate variables for inclusion in regression models

Переменная/ Variable	Среднее/ Mean	Медиана/ Median	Стандартное отклонение/ Standard deviation	25%	75%	Минимум/ Minimum	Максимум/ Maximum	Значение <i>p</i> теста Шапиро–Уилка/ <i>p</i> -value of the Shapiro–Wilk test
ФЗ/Phys	69,38	71,5	13,48	60,75	78,5	32,25	92,75	0,024
ПЗ/Psych	68,29	70,75	12,01	59,31	75	33,625	91,5	< 0,001
СО/SR	66,77	75	17,31	58,25	75	25	100	< 0,001
ОС/Env	60,73	62,5	12,26	50,81	68,75	28,25	81,25	0,070
ЭИ/EE	19,06	18	9,61	13	25	1	44	0,107
ДП/DP	8,45	8,5	5,48	4	12	0	23	0,015
РПД/PA	33,49	33	6,24	30	38	19	46	0,485
Возраст/Age	44,46	42,5	12,53	34,25	54	26	81	0,007

Примечание: ДП — деперсонализация; ОС — окружающая среда; ПЗ — психологическое здоровье; РПД — редукция профессиональных достижений; СО — социальные отношения; ФЗ — физическое здоровье; ЭИ — эмоциональное истощение.

Note: DP — Depersonalization; EE — Emotional exhaustion; Env — Environment; PA — Personal accomplishment; Phys — Physical health; Psyc — Psychological; SR — Social relationships.

Линейность взаимосвязи зависимых и независимых переменных и независимость значений остатков оценивались визуально, при помощи диаграммы рассеяния с осями «остатки» и «предсказанные значения». Нормальность распределения остатков оценивалась визуально, путем изучения квантильного графика (QQ plot), а также формально, при помощи теста Шапиро–Уилка. При нарушении данных предположений применялись преобразования независимых и зависимых переменных. Для исключения возможного влияния гетероскедастичности на уровни статистической значимости коэффициентов модели были вычислены стандартные ошибки коэффициентов, устойчивые к гетероскедастичности по технологии В. Efron (HC3 standard errors), в соответствии с рекомендациями J.S. Long, L.H. Ervin [13]. Мультиколлинеарность оценивалась формально, путем вычисления фактора инфляции дисперсии (VIF). Коллинеарность двух переменных констатировалась при VIF > 5. Кроме того, для оценки коллинеарности переменных изучались уровень и статистическая значимость их корреляции, а также изменение стандартных ошибок уже включенных в модель факторов при добавлении в нее нового фактора.

Статистическая обработка проводилась на языке R версии 3.6.3 с использованием пакетов «Hmisc», «olsrr», «sandwich» и «lmttest». Пороговое значение уровня статистической значимости было установлено на  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Уровень эмоционального выгорания и качество жизни

У 23 (28%) респондентов наблюдался высокий уровень ЭИ, у 32 (39,5%) — высокий уровень ДП, у 25 (30,5%) — высокий уровень выгорания в домене РПД. Восемь (9,7%) психиатров обнаруживали высокий уровень выгорания в дименсиях ЭИ и ДП, два (2,4%) психиатра — в дименсиях ЭИ и РПД и 11 (13,5%) врачей

обнаруживали высокий уровень выгорания в трех доменах МВІ. Таким образом, синдром эмоционального выгорания был обнаружен у 21 респондента, а его распространенность в исследуемой выборке составила 25,6%.

Общее КЖ было оценено как «очень плохое» одним респондентом (1,2%), как «плохое» двумя респондентами (2,4%), как «ни плохое, ни хорошее» 15 респондентами (18,3%), как «хорошее» 58 респондентами (70,7%) и как «очень хорошее» свое КЖ описали шесть опрошенных врачей-психиатров (7,3%). Состояние своего здоровья оценивали как «неудовлетворительное» 22 респондента (26,8%), как «ни удовлетворительное, ни неудовлетворительное» 11 респондентов (13,4%), как «удовлетворительное» 43 респондента (52,4%), как «весьма удовлетворительное» свое здоровье оценили шесть участников (7,3%); ни один из опрошенных психиатров не оценил свое здоровье как «совершенно неудовлетворительное».

Количественное описание результатов, полученных при помощи МВІ и WHOQOL-BREF, представлено в табл. 2. Эти переменные, а также переменные «возраст» и «пол» были использованы при построении уравнений множественной регрессии.

Поскольку значения большей части переменных не имели нормального распределения, корреляционный анализ проводился путем вычисления коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Значения коэффициентов корреляции с уровнем их статистической значимости представлены в табл. 3. Направление корреляции во всех парах зависимых и независимых переменных соответствовало ожидаемым. Результаты продемонстрировали отсутствие статистически значимой корреляции между РПД и СО. Переменная «возраст» статистически значимо и отрицательно коррелировала с ФЗ и ПЗ, но не с другими переменными. Среди потенциальных предикторов высокий уровень корреляции обнаруживался между ЭИ и ДП, что косвенно указывало на их возможную коллинеарность.

**Таблица 3.** Коэффициенты корреляции между значениями подшкал MBI, WHOQOL-BREF и возрастом респондентов  
**Table 3** Correlation coefficients between the values of the MBI, WHOQOL-BREF subscales and the age of the respondents

	ФЗ/Phys	ПЗ/Psych	СО/SR	ОС/Env	ЭИ/EE	ДП/DP	РПД/PA	Возраст/Age
ФЗ/Phys	1,00							
ПЗ/Psych	0,74 <i>p</i> < 0,001	1,00						
СО/SR	0,51 <i>p</i> < 0,001	0,55 <i>p</i> < 0,001	1,00					
ОС/Env	0,65 <i>p</i> < 0,001	0,73 <i>p</i> < 0,001	0,47 <i>p</i> < 0,001	1,00				
ЭИ/EE	-0,60 <i>p</i> < 0,001	-0,61 <i>p</i> < 0,001	-0,42 <i>p</i> < 0,001	-0,61 <i>p</i> < 0,001	1,00			
ДП/DP	-0,46 <i>p</i> < 0,001	-0,48 <i>p</i> < 0,001	-0,30 <i>p</i> = 0,006	-0,51 <i>p</i> < 0,001	0,73 <i>p</i> < 0,001	1,00		
РПД/PA	0,52 <i>p</i> < 0,001	0,53 <i>p</i> < 0,001	0,17 <i>p</i> = 0,124	0,44 <i>p</i> < 0,001	-0,54 <i>p</i> < 0,001	-0,49 <i>p</i> < 0,001	1,00	
Возраст/Age	-0,29 <i>p</i> = 0,009	-0,23 <i>p</i> = 0,039	-0,12 <i>p</i> = 0,276	-0,14 <i>p</i> = 0,225	0,04 <i>p</i> = 0,751	-0,21 <i>p</i> = 0,058	0,00 <i>p</i> = 0,995	1,00

*Примечание:* ДП — деперсонализация; ОС — окружающая среда; ПЗ — психологическое здоровье; РПД — редукция профессиональных достижений; СО — социальные отношения; ФЗ — физическое здоровье; ЭИ — эмоциональное истощение.

*Note:* DP — Depersonalization; EE — Emotional exhaustion; Env — Environment; PA — Personal accomplishment; Phys — Physical health; Psych — Psychological; SR — Social relationships.

### Результаты регрессионного анализа

Унивариантный анализ показал (табл. 4), что каждая из трех подшкал MBI статистически значимо связана с уровнем КЖ во всех доменах WHOQOL-BREF, 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 показателями КЖ.

Результаты регрессионного анализа продемонстрировали, что с повышением ЭИ и возраста ФЗ респондентов ухудшалось, в то время как высокий уровень РПД приводил к повышению оценки ФЗ. При построении регрессионной модели связи эмоционального выгорания, возраста и пола с ПЗ было обнаружено, что предположение о нормальном распределении остатков не выполнялось, в связи с чем переменная отклика была трансформирована путем ее возведения в квадрат. Уровень ЭИ и возраст респондентов были отрицательно связаны с квадратом ПЗ, а количество баллов в домене РПД — положительно. Только ЭИ было предиктором уровня, 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 табл. 5.

Необходимо отметить, что включение во все представленные модели ДП в качестве предиктора при наличии 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.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно имеющимся данным, это первое исследование, в котором изучался вопрос связи СЭВ и КЖ российских врачей-психиатров. В изученной выборке среднее значение ЭИ, ДП и РПД составило 19,06, 8,45 и 33,49 балла соответственно. Стоит отметить, что сравнение полученного в нашей работе уровня эмоционального выгорания с результатами других отечественных исследований затруднено, поскольку, если в зарубежных исследованиях шкала MBI является «золотым стандартом» выявления СЭВ и применяется более чем в 80% исследований [14], то в российских публикациях зачастую используется методика диагностики уровня профессионального выгорания В.В. Бойко [10]. Крупный систематический обзор и метаанализ англоязычных статей [15] выявил, что среди работников сферы охраны психического здоровья уровень ЭИ составляет 21,25, ДП — 6,82, а РПД — 34,61. В качестве одного из возможных объяснений сопоставимости данных значений с теми, что были получены в нашем исследовании, приводится наблюдение, что, несмотря на страновые различия, различия в культуре, финансировании и структурной организации системы здравоохранения, уровень эмоционального выгорания в большей степени определяется конкретной специальностью. Другой систематический обзор англоязычной литературы и метаанализ [16], в котором изучались средние значения подшкал MBI среди психиатров, обнаружил, что в среднем данные специалисты обнаруживают значения, равные 22,03 в подшкале ЭИ, 7,41 в подшкале ДП и 30,0 в подшкале РПД — результаты в целом схожие с теми, что были получены в нашем исследовании.

**Таблица 4.** Результаты унивариантного анализа  
**Table 4** Results of univariate analysis

Физическое здоровье/Physical health					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	R2
ЭИ/EE	-0,9028	0,1336	-6,7582	< 0,001	0,4142
ДП/DP	-1,1167	0,2862	-3,9015	< 0,001	0,2060
РПД/PA	1,1119	0,2038	5,4570	< 0,001	0,2651
Возраст/Age	-0,3017	0,1099	-2,7441	0,007	0,0787
Пол/Gender	2,1441	2,9505	0,7267	0,4695	0,0063
Психологическое здоровье/Psychological health					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	R2
ЭИ/EE	-0,8139	0,1177	-6,9177	< 0,001	0,4239
ДП/DP	-1,0634	0,2541	-4,1848	< 0,001	0,2352
РПД/PA	0,9328	0,1835	5,0839	< 0,001	0,2349
Возраст/Age	-0,1663	0,1053	-1,5791	0,118	0,0301
Пол/Gender	0,3027	2,6718	0,1133	0,910	0,0002
Социальные отношения/Social relationships					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	R2
ЭИ/EE	-0,8134	0,1901	-4,2790	< 0,001	0,2038
ДП/DP	-0,9619	0,3899	-2,4669	0,016	0,0926
РПД/PA	0,5549	0,3342	1,6601	0,101	0,04
Возраст/Age	-0,1192	0,1421	-0,839	0,404	0,0074
Пол/Gender	-0,1922	3,9031	-0,0492	0,961	< 0,001
Окружающая среда/Environment					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	R2
ЭИ/EE	-0,7417	0,1108	-6,6940	< 0,001	0,3378
ДП/DP	-1,0704	0,2115	-5,0614	< 0,001	0,2287
РПД/PA	0,8546	0,1983	4,3094	< 0,001	0,1892
Возраст/Age	-0,1728	0,1163	-1,4862	0,141	0,0312
Пол/Gender	2,4041	2,7028	0,8895	0,376	0,0096

*Примечание:* B — регрессионный коэффициент; p-value — уровень статистической значимости; R2 — коэффициент детерминации; S.E. (НСЗ) — стандартная ошибка, устойчивая к гетероскедастичности, по Efron; t-value — значение критерия Стьюдента; ДП — деперсонализация; РПД — редукция профессиональных достижений; ЭИ — эмоциональное истощение.

*Note:* B — unstandardized regression coefficient; DP — Depersonalization; EE — Emotional exhaustion; PA — Personal accomplishment; R2 — coefficient of determination; S.E. (НСЗ) — standard error resistant to heteroscedasticity by Efron; t-value — the value of the Student’s criterion.

КЖ обследованных нами при помощи опросника WHOQOL-BREF врачей-психиатров составило 69,38, 68,29, 66,77, 60,73 по доменам ФЗ, ПЗ, СО и ОС соответственно. Я.О. Федоров и Н.В. Семенова [17] на выборке из 31 одного врача-психиатра из Санкт-Петербурга и Екатеринбургa получили схожие результаты по доменам ПЗ, СО и ОС (67,5, 67,5, 60), но обнаружили худший уровень ФЗ — 55. Примерами возможных объяснений данной находки могут являться более молодой контингент психиатров, работающих в Москве, а также более полный спектр и высокая доступность возможных вмешательств для сохранения психического и соматического здоровья жителей столицы.

Результаты данного исследования подтверждают выдвинутую нами гипотезу о негативной связи СЭВ у врачей-психиатров и качества их жизни. Несмотря на то что эмоциональное выгорание хорошо предсказывало уровень КЖ, особенно в доменах ФЗ и ПЗ,

осталась большая доля необъясненной дисперсии в финальных регрессионных моделях. Это ожидаемо, учитывая, что, возможно, СЭВ являлся прокси-показателем для многих других неизмеренных факторов риска, а отдельные предикторы не были включены в модели ни прямо, ни опосредованно.

Связь СЭВ и сниженной самооценки ФЗ неоднократно демонстрировалась в рамках биомедицинских исследований. Высокое эмоциональное выгорание связано с риском развития гастроинтестинальных и респираторных инфекций, сахарного диабета 2-го типа, головных болей, хронической усталости, артериальной гипертензии, а также с неспецифическим повышением смертности [18].

Валидность отдельных симптомов СЭВ в качестве предикторов ПЗ также подтверждается эмпирическими данными, полученными за последние годы. Врачи, подверженные эмоциональному выгоранию, чаще

**Таблица 5.** Модели множественной линейной регрессии  
**Table 5** Multiple linear regression models

Физическое здоровье/Physical health					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	VIF
intercept	79,2936	9,0589	8,7531	< 0,001	
ЭИ/EE	-0,7274	0,1483	-4,9057	< 0,001	1,39
Возраст/Age	-0,2902	0,0926	-3,1332	0,002	1,00
РПД/PA	0,5035	0,1848	2,7246	0,008	1,39
R <sup>2</sup> = 0,530	adj R <sup>2</sup> = 0,511	RSE = 9,42	DF = 78	S-W resid. p = 0,21	
Психологическое здоровье <sup>2</sup> / Psychological health <sup>2</sup>					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	VIF
intercept	5421,373	1115,485	4,8601	< 0,001	
ЭИ/EE	-81,590	17,769	-4,5917	< 0,001	1,39
РПД/PA	59,141	26,302	2,2486	0,027	1,39
Возраст/Age	-23,416	11,231	-2,0850	0,040	1,00
R <sup>2</sup> = 0,489	adj R <sup>2</sup> = 0,469	RSE = 1118	DF = 78	S-W resid. p = 0,11	
Социальные отношения/Social relationships					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	VIF
intercept	87,3594	6,6777	13,0823	< 0,001	
ЭИ/EE	-0,8124	0,1934	-4,2007	< 0,001	1,00
Возраст/Age	-0,1147	0,1357	-0,8453	0,401	1,00
R <sup>2</sup> = 0,2107	adj R <sup>2</sup> = 0,1907	RSE = 15,57	DF = 79	S-W resid. p = 0,60	
Окружающая среда/Environment					
	B	S.E. (НСЗ)	t-value	p-value	VIF
intercept	82,3443	5,0329	16,3613	< 0,001	
ЭИ/EE	-0,7401	0,1089	-6,7951	< 0,001	1,00
Возраст/Age	-0,1687	0,1116	-1,5122	0,135	1,00
R <sup>2</sup> = 0,3675	adj R <sup>2</sup> = 0,3515	RSE = 9,874	DF = 79	S-W resid. p = 0,15	

*Примечание:* adj R<sup>2</sup> — скорректированный коэффициент детерминации; B — регрессионный коэффициент; intercept — значение предсказываемого параметра при нулевом значении предикторов; DF — степень свободы; p-value — уровень статистической значимости; R<sup>2</sup> — коэффициент детерминации; RSE — остаточная сумма квадратов; S.E. (НСЗ) — стандартная ошибка, устойчивая к гетероскедастичности, по Efron; S-W resid. p — уровень значимости теста Шапиро-Уилка применительно к распределению остатков; t-value — значение критерия Стьюдента; VIF — фактор инфляции дисперсии; РПД — редукция профессиональных достижений; ЭИ — эмоциональное истощение.

*Note:* adj R<sup>2</sup> — adjusted coefficient of determination; B — unstandardized regression coefficient; DF — degrees of freedom; EE — Emotional exhaustion; PA — Personal accomplishment; R<sup>2</sup> — coefficient of determination; RSE — residual standard error; S.E. (НСЗ) — standard error resistant to heteroscedasticity by Efron; S-W resid. p — the significance level of the Shapiro-Wilk test in relation to the distribution of residuals; t-value — the value of the Student's criterion; VIF — variance inflation factor.

страдают депрессивными, тревожными, диссомническими расстройствами, злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами, а также чаще своих коллег отмечают суицидальные мысли [18]. Отдельные лонгитудинальные исследования свидетельствуют о том, что суицидальные мысли становятся менее интенсивными и беспокоят подверженных СЭВ лиц реже, когда уровень эмоционального выгорания снижается, что косвенно указывает на направление причинно-следственной связи [19].

Продуктивные СО служат важным фактором профилактики эмоционального выгорания. Адекватное

взаимодействие с коллегами и администрацией, достаточный уровень поддержки от них, налаженные междисциплинарные связи, взаимное доверие и кооперация способны сглаживать проявления СЭВ работника. В то же время высокое эмоциональное выгорание ведет к дисгармонизации данных отношений, что неизбежно сказывается на благополучии занятых в сфере охраны психического здоровья работников. «Заразность» эмоционального выгорания отмечал еще Н.Ж. Freudenberger [2].

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 [18], однако представляется крайне маловероятным, что эмоциональное выгорание непосредственно приводит к возникновению таких условий работы. То же самое можно сказать и о специфических для психиатрии негативных рабочих факторах — суициды пациентов, необходимость недобровольных интервенций, случаи насилия со стороны пациентов и т.п. В работе врачей предикторами развития СЭВ считаются необходимость использования цифровых устройств («компьютеризация» труда), большой объем заполняемой документации, необходимость работы в выходные дни, ночные дежурства, низкий уровень заработной платы. Выгорание часто развивается вследствие пролонгированного и интенсивного эмоционального контакта с пациентами. Неудивительно, что переработки специалистов психиатрического профиля связаны с ментальным истощением и иногда негативным отношением к пациентам. 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, частота выражения намерения уволиться у подверженных СЭВ докторов, фактические увольнения, повышение частоты и длительности отсутствия на работе по причине болезни, а также сокращение рабочего времени могут снизить эффективность работы отделения, увеличить нагрузку на занятых сотрудников и привести к развитию эмоционального выгорания у ранее интактных лиц.

Возраст оказался предсказуемо связан со снижением ФЗ и ПЗ, вероятно, в силу естественных причин — с течением времени у людей развивается все большее количество хронических заболеваний. Независимость КЖ в подшкалах СО и ОС от возраста, а также примерно одинаковый уровень КЖ среди мужчин и женщин может свидетельствовать об отсутствии порочной практики дискриминации работников по половому и возрастному признакам.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмоциональное выгорание негативно сказывается на качестве жизни практикующих врачей-психиатров. Для установления каузальных связей между этими конструктами необходимы проспективные лонгитудинальные исследования. Изучение больших выборок позволит выявить влияние дополнительных факторов на связь эмоционального выгорания и КЖ.

В будущем целесообразно детальное изучение причин развития эмоционального выгорания; продольные исследования влияния СЭВ на КЖ; разработка программ по профилактике и снижению эмоционального выгорания, которые приведут к улучшению КЖ.

Полученные результаты будут полезны как работникам, нуждающимся в превенции и снижении эмоционального выгорания, так и руководителям сферы здравоохранения, заинтересованным в создании стабильного и продуктивного трудового коллектива.

Если последующие продольные исследования обнаружат, что снижение выгорания приводит к увеличению показателей КЖ, программы по снижению СЭВ смогут способствовать повышению КЖ.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–576. doi: [10.1370/afm.1713](https://doi.org/10.1370/afm.1713) PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781.
2. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159–165. doi: [10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x)
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397). PMID: 11148311.
4. Зражевская ИА, Быков КВ, Топка ЭО, Пешкин ВН, Исаев РН, Орлов АМ. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания. *Психиатрия*. 2020;18(4):127–138. doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140)  
Zrazhevskaya IA, Bykov KV, Topka EO, Peshkin VN, Isaev RN, Orlov AM. The Evolution of Representations about the Syndrome of Emotional Burnout. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(4):127–138. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140)
5. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SMD. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185781. doi: [10.1371/journal.pone.0185781](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781)
6. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 2011;306(9):952–960. doi: [10.1001/jama.2011.1247](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247)
7. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(11):98. doi: [10.3390/bs8110098](https://doi.org/10.3390/bs8110098) PMID: 30366419; PMCID: PMC6262585.
8. Liu C, Wang L, Zhao Q. Factors related to health-related quality of life among Chinese psychiatrists: occupational stress and psychological capital. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1–10. doi: [10.1186/s12913-015-0677-7](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0677-7)
9. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009;250(3):463–471. doi: [10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd)

10. Быков КВ, Зражевская ИА, Тер-Израелян АЮ. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у российских психиатров: систематический обзор. *Вестник последипломного медицинского образования*. 2018;4:91–95. <https://repository.rudn.ru/ru/records/article/record/50757/>  
Bykov KV, Zrazhevskaya IA, Ter-Israelyan AYU. Prevalence of burnout in Russian psychiatrists: a systematic review. *Journal of postgraduate medical education*. 2018;4:91–95. (In Russ.). <https://repository.rudn.ru/ru/records/article/record/50757/>
11. Dyrbye LN, West CP, Shanafelt TD. Defining burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med*. 2009;24(3):440–440. doi: [10.1007/s11606-008-0876-6](https://doi.org/10.1007/s11606-008-0876-6)
12. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate behavioral research*. 1991;26(3):499–510. doi: [10.1207/s15327906mbr2603\\_7](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7)
13. Long JS, Ervin LH. Using heteroscedasticity consistent standard errors in the linear regression model. *The American Statistician*. 2000;54(3):217–224. doi: [10.2307/2685594](https://doi.org/10.2307/2685594)
14. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International journal of stress management*. 2006;13(2):176–200. doi: [10.1037/1072-5245.13.2.176](https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176)
15. 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;53:74–99. doi: [10.1016/j.eurpsy.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003)
16. Rotstein S, Hudaib AR, Facey A, Kulkarni J. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australas Psychiatry*. 2019;27(3):249–254. doi: [10.1177/1039856219833800](https://doi.org/10.1177/1039856219833800)
17. Федоров ЯО, Семенова НВ. Исследование толерантности у специалистов помогающих профессий в сфере психического здоровья. *Вестник психотерапии*. 2011;40:85–97. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17073943>  
Fedorov YaO, Semenova NV. Study of tolerance in professionals of helping professions in mental healthcare services. *Bulletin of psychotherapy*. 2011;40:85–97. (In Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17073943>
18. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med* 2008;149(5):334–341. doi: [10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008](https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008)
19. Зражевская ИА, Быков КВ, Пешкин ВИ, Топка ЭО, Исаев РН, Орлов АМ. Синдром эмоционального выгорания в работе врача: учебное пособие. Москва: РУДН, 2020:108 с. ISBN: 978-5-209-10365-3.  
Zrazhevskaja IA, Bykov KV, Peshkin VI, Topka JeO, Isaev RN, Orlov AM. Sindrom emocional'nogo vygoraniya v rabote vracha: uchebnoe posobie. Moskva: RUDN, 2020:108 s. ISBN: 978-5-209-10365-3.

#### **Сведения об авторах**

*Инна Александровна Зражевская*, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5430-1122>

[ZrazhevskayaIA@list.ru](mailto:ZrazhevskayaIA@list.ru)

*Кирилл Вадимович Быков*, аспирант, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3813-4330>

[0327z@list.ru](mailto:0327z@list.ru)

*Эльвира Олеговна Топка*, врач-психиатр, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13» ДЗМ, Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0004-7506-8277>

[1688m@mail.ru](mailto:1688m@mail.ru)

*Руслан Николаевич Исаев*, кандидат медицинских наук, психиатр-нарколог, руководитель, Клиника доктора Исаева (ООО «Не Зависимость»), Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0007-5226-4779>

[info@isaevclinic.ru](mailto:info@isaevclinic.ru)

*Андрей Михайлович Орлов*, психиатр-нарколог, руководитель, ООО «Медицинский центр “Корсаков”», Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0001-2535-1486>

[callcentre@mckorsakov.ru](mailto:callcentre@mckorsakov.ru)

#### **Information about the authors**

*Inna A. Zrazhevskaya*, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Federal State Budgetary Institution of Continuing Professional Education “Central State Medical Academy” the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5430-1122>

[zrazhevskayaia@list.ru](mailto:zrazhevskayaia@list.ru)

*Kirill V. Bykov*, Postgraduate Student, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3813-4330>

0327z@list.ru

*Elvira O. Topka*, Psychiatric Hospital # 13, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0009-0004-7506-8277>

1688m@mail.ru

*Ruslan N. Isaev*, Cand. of Sci. (Med.), Head of Doctor Isaev Clinic, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0009-0007-5226-4779>

info@isaevclinic.ru

*Andrey M. Orlov*, Head of Medical Center "Korsakov", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0009-0001-2535-1486>  
callcentre@mckorsakov.ru

*Конфликт интересов отсутствует.*

*There is no conflict of interest.*

Дата поступления 13.08.2023 Received 13.08.2023	Дата рецензирования 12.09.2023 Revised 12.09.2023	Дата принятия 25.09.2023 Accepted for publication 25.09.2023
--	--	---