

*В. Д. Мішиєв, Т. І. Левін*

## СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СКЛАДНИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ Й ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

*V. D. Mishyiev, T. I. Levin*

### THE STRUCTURAL AND DYNAMIC ANALYSIS OF THE CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL COMPONENTS OF EMOTIONAL BURNOUT AND PROFESSIONAL DISAPPOINTMENT IN PSYCHIATRISTS DURING THE WAR

**Ключові слова:** емоційне вигорання, професійна дезадаптація, тривога, депресія, лікарі-психіатри, війна

З метою оцінки й змістовного структурно-динамічного аналізу психопатологічних проявів емоційного вигорання (ЕВ) та професійної дезадаптації (ДА) у лікарів-психіатрів під час війни обстежено 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. до кінця року.

Комплексне обстеження включало використання клініко-психопатологічного, психодіагностичного й психометричного методів досліджування.

У лікарів-психіатрів виявлений широкий спектр виразності проявів ЕВ та порушень професійної ДА — від «без ознак» до високого рівня. Майже у половини обстежених (47,5 %) прояви ЕВ та ДА відповідали помірному рівню (що потребує медико-психологічної допомоги фахівців з реадaptaції). Чималою (30,8 %) була також частка лікарів з низьким рівнем ЕВ та професійної ДА (таким лікарям може бути рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування). Істотно меншою (21,7 %) була частка лікарів з вираженим й високим рівнями ЕВ та ДА (такі лікарі потребують обов'язкового втручання спеціалістів для застосування невідкладних медико-психологічних заходів, проведення програми з реадaptaції або зміни професійної діяльності).

У лікарів-психіатрів з проявами ЕВ та професійної ДА різного ступеня важкості виявлені ознаки депресивних і тривожних розладів, водночас виразність тривожних проявів була вищою, ніж депресивних. У лікарів з окремими ознаками ДА депресивні прояви відповідали легкому, а тривожні — середньому рівню, тоді як у лікарів з оформленою ДА виявлені ознаки депресивних розладів близького до середнього рівня, а показники тривоги — середнього або високого рівня.

Лікарям-психіатрам з проявами ЕВ й професійної ДА різного ступеня важкості притаманні прояви широкого спектра психопатологічної симптоматики різної інтенсивності й варіативності, провідне місце серед якої займають прояви депресії, тривоги, соматизації та обсесивно-компульсивні симптоми. Водночас у лікарів без ознак ДА показники виразності психопатологічної симптоматики відповідають низькому рівню, а у лікарів з проявами ДА — середньому і підвищеному рівню. Найвищі показники виразності психопатологічної симптоматики виявлені у групі лікарів з оформленою ДА, і значуще нижчі — у групі лікарів з окремими ознаками ДА.

Виявлені закономірності треба враховувати під час розроблення лікувальних та профілактичних заходів для цього контингенту респондентів.

**Keywords:** emotional burnout, professional maladjustment, anxiety, depression, physician-psychiatrists, war

In order to evaluate and meaningful structural-dynamic analysis of psychopathological manifestations of emotional burnout (EB) and professional maladjustment (MA) in psychiatrists during the war 120 psychiatrists who worked in Kyiv in the period from February 24, 2022, during 2022, were examined.

The comprehensive examination included the use of clinical-psychopathological, psychodiagnostic and psychometric research methods.

Psychiatrists showed a wide range of expressiveness of manifestations of EB and violations of professional MA — from their absence to a high level. In most of the examined (47.5 %), EB and MA corresponded to a moderate level (this level requires medical and psychological assistance from rehabilitation specialists). The specific weight of doctors with a low level of EB and professional MA was also significant (30.8 %) (such doctors, it may be recommended to conduct consultative work in a preventive direction). The share of doctors with pronounced and high levels of EB and MA was significantly lower (21.7 %) (such doctors require the mandatory intervention of specialists to apply urgent medical and psychological measures, carry out a program for readaptation or change professional activity).

Psychiatrists with manifestations of EV and professional MA of varying degrees of severity showed signs of depressive and anxiety disorders, while anxiety manifestations were more expressive than depressive ones. In doctors with individual manifestations of MA, depressive symptoms corresponded to a mild level, and anxiety symptoms corresponded to an average level, while in doctors with an established MA, signs of depressive disorders were found at a close to moderate level, and anxiety indicators were of a medium or high level.

Psychiatrists with manifestations of EV and professional MA of various degrees of severity are characterized by manifestations of a wide spectrum of psychopathological symptoms of varying intensity and variability, the leading place among which is occupied by manifestations of depression, anxiety, somatization, and obsessive-compulsive symptoms. At the same time, among doctors without signs of MA, the indicators of expressiveness of psychopathological symptoms correspond to a low level, and among doctors with manifestations of MA — to an average and high level. The highest indicators of expressiveness of psychopathological symptoms were found in the group of doctors with an established MA, and significantly lower — in the group of doctors with individual signs of MA.

The revealed regularities should be taken into account when developing treatment and preventive measures for this contingent of respondents.

На сьогодні емоційне вигоряння (ЕВ) за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) належить до класифікаційної рубрики «Проблеми, пов'язані зі складними умовами життя»: стан виснаження життєвих сил [«Вигоряння»] (Z73.0), або «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації» (F43), або «Неврастенія» (F48.0). Емоційне вигоряння, або *burnout*-синдром, включений до переліку Міжнародної класифікації хвороб та згідно з роз'ясненням ВООЗ, слід пов'язувати лише та виключно з професійною діяльністю. Цей розлад описують як «хронічний стрес на робочому місці, з яким працівник своєчасно не впорався» [1; 2].

Серед професій, у представників яких ЕВ спостерігається найчастіше (від 30 до 90 % працівників), слід зазначити професії системи «людина — людина»: лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів тощо. Численні дослідження показали, що медична професія — одна з тих, яка більшою мірою формує predisпозицію до розвитку феномена ЕВ. Наприклад, ЕВ серед лікарів спостерігається частіше, ніж серед решти населення: за останніх п'ять років ЕВ серед лікарів США збільшилося з 45 % до 54 %; серед американців, що працюють, ЕВ реєструється в 28 % [3—8].

Майже 80 % лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів та лікарів-неврологів мають різного ступеня вираженості ознаки ЕВ; 7,8 % — різко виражений синдром, що веде до психосоматичних і психовегетативних порушень. За іншими даними, серед психологів-консультантів і психотерапевтів ознаки ЕВ різного ступеня вираженості виявляються в 73 % випадків; в 5 % визначається виражена фаза синдрому, яка проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними і психовегетативними порушеннями. Серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки ЕВ виявляються у 62,9 % опитаних. Фаза резистентності домінує в картині синдрому у 55,9 %, виражена фаза виснаження — у 8,8 % респондентів віком 51—60 років і зі стажем роботи в психіатрії понад 10 років. Ті чи ті симптоми вигоряння мають 85 % соціальних працівників [9—16].

Вважається, що професії психіатрів і неврологів мають деякі особливості, які виокремлюють їх серед професій системи «людина — людина». До них належить, наприклад, анозогнозія у пацієнтів і пов'язані з нею протидія госпіталізації, нонкомплаєнс, недовіра до медичного персоналу. Також це — тиск родичів хворих, великий обсяг рутинних обов'язків, вимушеність постійного, часто негативно зарядженого спілкування з хронічними важкокурабельними пацієнтами. Всі ці чинники можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну ставлення до хворих [16].

Особливу значущість проблема ЕВ та міцно асоційованої з ним професійної дезадаптації набуває під час війни, коли зменшується кадровий потенціал лікувальних закладів, зростає навантаження на медичних працівників та додається вплив чинників воєнного стресу. Робота в сучасних умовах висуває

підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. Під час роботи в умовах повітряних тривог, позмінно, з неможливістю повноцінно спілкуватися з рідними та близькими, медичним працівникам, попри це, треба дотримувати всіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримувати принципів медичної етики та деонтології та водночас неухильно дотримувати правил безпеки під час роботи в умовах воєнного стану [17].

З огляду на актуальність зазначеного вище, з метою оцінки й змістовного структурно-динамічного аналізу психопатологічних проявів ЕВ та професійної ДА у лікарів-психіатрів під час війни, з дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди обстежено 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. до кінця року.

Комплексне обстеження включало використання клініко-психопатологічного, психодіагностичного й психометричного методів досліджування. Дослідження проводили у два етапи. На першому оцінювали інтенсивність наявного феномена професійної ДА у лікарів-психіатрів, за результатами оцінки проводили стратифікацію груп дослідження, та рівня ЕВ. Визначення загального рівня та окремих компонентів професійної ДА проводили із використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації», розробленого Н. О. Родіною і адаптованого для оцінки стану працівників різних професій М. А. Дмитрієвою (2003). Емоційне вигоряння вивчали за методикою «Діагностика рівня емоційного вигоряння» В. Бойка.

На другому етапі здійснювали всебічний аналіз клініко-психопатологічних ефектів професійної ДА та ЕВ для розуміння ключових мішеней та засобів під час створення стратегії психотерапевтичної підтримки цього контингенту, що ставало сенсом подальших етапів роботи. Для цього використовували опитувальник депресії А. Beck (Beck Depression Inventory, 1961); методику досліджування реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна (1979); шкали депресії та тривоги Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression — HRDS, Hamilton Anxiety Rating Scale — HARS) (М. Hamilton, 1959; 1960); опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R (L. Derogatis et al., адаптація Н. В. Тарабріної, 2001).

Статистичний аналіз отриманих результатів виконано за допомогою непараметричного тесту Манна — Уїтні.

За результатами досліджування рівня професійної ДА, згідно з авторськими рекомендаціями щодо інтерпретації результатів, усіх обстежених розподілили так:

— 30,8 % (37 осіб) належали до групи без ознак професійної ДА (показник до 32 балів, що відповідає низькому рівню ДА) — вони становили першу групу обстежених, ОГ1;

— 47,5 % (57 осіб) — до групи з ознаками професійної ДА (показник від 32 до 64 балів, що відповідає помірному рівню ДА) — друга група обстежених, ОГ2; — респонденти з загальним показником професійної ДА 65 балів і більше (що відповідає вираженому та високому рівням ДА), становили третю групу — осіб з клінічно окресленою професійною ДА, ОГ3 — до неї увійшли 15,8 % (19 осіб) з вираженим рівнем

професійної ДА та 5,9 % (7 осіб) з високим її рівнем, усього 21,7 % респондентів (26 осіб).

Кількісні значення показників професійної ДА у обстежених лікарів-психіатрів, отримані за результатами змістовного якісного аналізу з застосуванням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації» (Н. О. Родина, М. А. Дмитрієва) наведено у табл. 1 та на рис. 1, 2 (окремо за кластерами методики).

Таблиця 1. Кількісні показники професійної дезадаптації за опитувальником Н. О. Родіної

Показники	Усі обстежені, n = 120	Групи		
		ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26
Професійна дезадаптація	45,18 ± 28,31	14,22 ± 10,85	46,81 ± 12,70	85,65 ± 12,49
I. Погіршення самопочуття	16,74 ± 12,22	4,65 ± 5,24	17,32 ± 8,28	32,69 ± 6,00
Емоційні зсуви	6,07 ± 4,71	1,38 ± 1,99	6,35 ± 3,30	12,12 ± 2,16
Особливості окремих психічних процесів	3,43 ± 3,22	1,24 ± 1,85	3,47 ± 3,08	6,46 ± 2,55
Зниження загальної активності	2,67 ± 3,09	0,27 ± 1,71	2,84 ± 2,18	6,46 ± 1,70
Відчуття втоми	4,58 ± 3,31	2,30 ± 2,04	4,65 ± 3,20	7,65 ± 2,35
II. Соматовегетативні порушення	16,47 ± 10,56	4,92 ± 3,51	17,12 ± 5,21	31,46 ± 4,43
III. Порушення циклу сон — пильнування	5,81 ± 2,27	6,35 ± 1,58	5,63 ± 2,57	5,42 ± 2,34
IV. Особливості соціальної взаємодії	4,36 ± 5,20	1,08 ± 2,22	4,75 ± 3,18	11,23 ± 2,41
V. Зниження мотивації до діяльності	1,80 ± 2,57	0,62 ± 1,55	1,98 ± 1,87	4,85 ± 1,35

Примітка. Тут і далі показники наведено у форматі (M ± m), бали, де M — середня арифметична, m — помилка середньої арифметичної

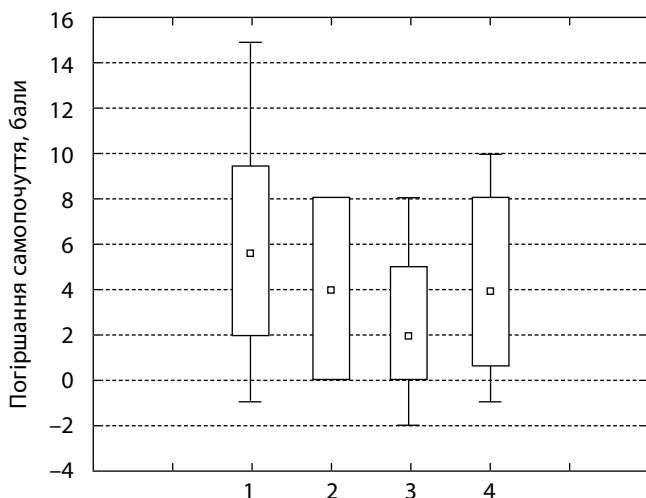


Рис. 1. Показники першого кластера професійної дезадаптації (погіршення самопочуття) у лікарів-психіатрів:

1 — емоційні зсуви, 2 — особливості окремих психічних процесів, 3 — зниження загальної активності, 4 — відчуття втоми (тут і далі квадратами позначені медіани значень, прямокутниками — інтерквартильний діапазон, горизонтальними рисками — діапазон значень показників)

Психо(пато)логічна симптоматика, виявлена за іншими кластерами методики, була такою. За другим кластером (соматовегетативні порушення) середній показник в усіх обстежених лікарів становив 16,47 ± 10,56 балів, у лікарів без ознак ДА — 4,92 ± 3,51 балів, у лікарів з окремими ознаками ДА — 17,12 ± 5,21 балів, у лікарів з оформленою ДА — 31,46 ± 4,43 бали, показник за третім кластером

(порушення циклу сон — пильнування) — відповідно 5,81 ± 2,27 балів, 6,35 ± 1,58 балів, 5,63 ± 2,57 балів та 5,42 ± 2,34 бали; показник за четвертим кластером (особливості соціальної взаємодії) — відповідно 4,36 ± 5,20 балів, 1,08 ± 2,22 бали, 4,75 ± 3,18 балів та 11,23 ± 2,4 балів, показник за п'ятим кластером (зниження мотивації до діяльності) — відповідно 1,80 ± 2,57 балів, 0,62 ± 1,55 балів, 1,98 ± 1,87 балів та 4,85 ± 1,35 балів (див. табл. 1).

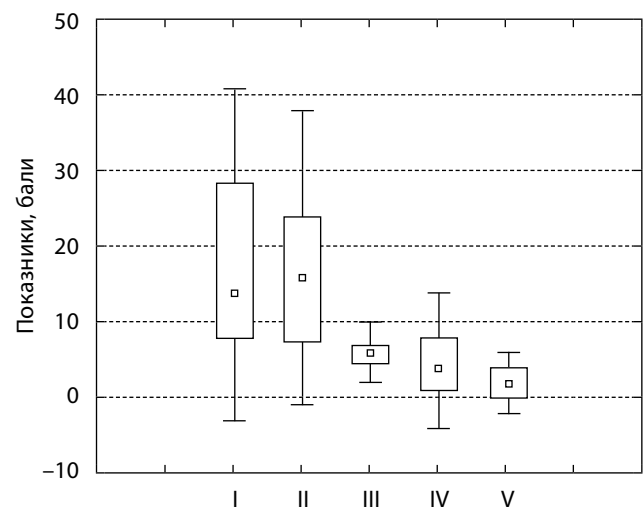


Рис. 2. Показники кластерів професійної дезадаптації у лікарів-психіатрів:

I — Погіршення самопочуття, II — Соматовегетативні порушення, III — Порушення циклу сон — пильнування, IV — Особливості соціальної взаємодії, V — Зниження мотивації до діяльності

Результати дослідження наявності, інтенсивності та змістовних проявів ЕВ у обстежених повністю підтвердили близькість феноменів ЕВ та професійної ДА та показали схожі результати (рис. 3). Зокрема, загальною закономірністю для досліджуваної вибірки стало істотне збільшення показників ЕВ в усіх сферах, а також загального показника ЕВ, зі збільшенням виразності професійної ДА.

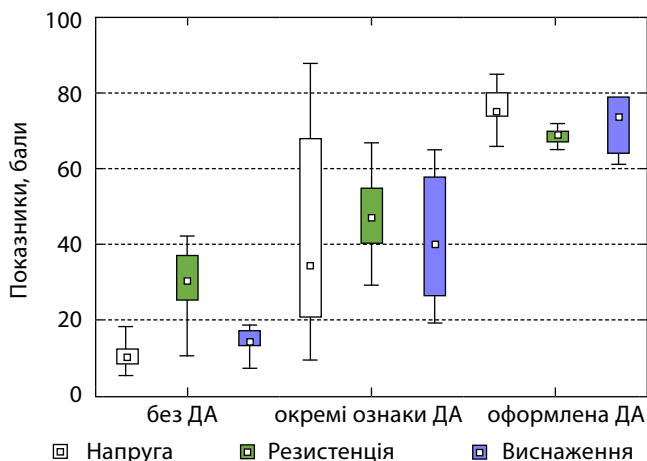


Рис. 3. Показники за методикою «Діагностика рівня «емоційного вигорання» В. В. Бойка у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Така сама закономірність визначена й для окремих симптомів, які становлять зміст відповідних фаз (табл. 2).

Зокрема, кількісні значення показників симптомів напруги (переживання психотравматичних обставин, незадоволеність собою, відчуття загнаності у клітку, тривога і депресія) у лікарів-психіатрів без ознак ДА відповідали несформованому симптому (показник від 0 до 9 балів), у лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА — симптому на стадії формування (показник від 10 до 15 балів), за винятком симптому «відчуття загнаності у клітку», показник за яким — незначно нижчий від порогового рівня, а у лікарів-психіатрів з оформленою ДА — показники за «переживанням психотравматичних обставин» та «тривоги і депресії» відповідали сформованим симптомам, а за «незадоволеністю собою» і «відчуттям загнаності у клітку» — симптомам на стадії формування.

Значення загального показника напруги у лікарів без ознак ДА відповідало несформованій фазі (показник менше ніж 37 балів), у лікарів з окремими ознаками ДА — фазі на стадії формування (показник у межах 37—60 балів), і у лікарів з оформленою ДА — сформованій фазі (показник понад 60 балів).

Розбіжності у показниках за всіма симптомами та між усіма групами статистично значущі ( $p < 0,05$  і менше).

Таблиця 2. Кількісні показники за методикою «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Симптоми	Показники, $M \pm t$			$p$		
	ОГ1 (без ознак ДА), $n = 37$	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), $n = 57$	ОГ3 (з оформленою ДА), $n = 26$	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
<b>1. Напруга</b>	11,73 ± 4,44	44,25 ± 27,56	76,92 ± 8,22	0,000	0,000	0,000
1.1. Переживання психотравматичних обставин	3,22 ± 2,17	11,93 ± 10,29	26,77 ± 3,58	0,000	0,000	0,000
1.2. Незадоволеність собою	3,35 ± 2,55	10,84 ± 4,73	14,38 ± 2,67	0,000	0,000	0,001
1.3. Загнаність у клітку	1,27 ± 1,69	9,49 ± 9,32	14,46 ± 4,62	0,000	0,000	0,012
1.4. Тривога і депресія	3,89 ± 1,97	11,98 ± 8,62	21,31 ± 5,19	0,000	0,000	0,000
<b>2. Резистенція</b>	29,11 ± 9,56	47,18 ± 9,39	68,92 ± 3,33	0,000	0,000	0,000
2.1. Неадекватне емоційне вибіркове реагування	2,76 ± 3,92	8,42 ± 6,85	16,54 ± 3,46	0,000	0,000	0,000
2.2. Емоційно-моральна дезорієнтація	7,89 ± 4,59	5,65 ± 4,28	11,15 ± 4,99	0,177	0,097	0,000
2.3. Розширення сфери економії емоцій	9,19 ± 5,84	23,28 ± 10,51	25,46 ± 5,65	0,000	0,000	0,618
2.4. Редукція професійних обов'язків	9,27 ± 5,97	9,82 ± 7,59	15,77 ± 1,84	0,319	0,000	0,000
<b>3. Виснаження</b>	14,46 ± 4,65	42,44 ± 16,05	71,38 ± 6,65	0,000	0,000	0,000
3.1. Емоційний дефіцит	2,22 ± 2,65	7,05 ± 4,36	13,38 ± 4,62	0,000	0,000	0,000
3.2. Емоційна відстороненість	6,89 ± 2,46	13,61 ± 3,11	14,00 ± 2,30	0,000	0,000	0,760
3.3. Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	3,14 ± 3,07	11,74 ± 7,99	21,85 ± 1,49	0,000	0,000	0,000
3.4. Психосоматичні і психовегетативні порушення	2,22 ± 1,08	10,04 ± 7,48	22,15 ± 5,15	0,000	0,000	0,000
<b>Загальний показник емоційного вигорання</b>	55,30 ± 11,07	133,86 ± 45,11	217,23 ± 8,00	0,000	0,000	0,000

Відмінності у виразності окремих симптомів резистентності у досліджених групах були виражені меншою мірою, хоча й тут зберігалася загальна закономірність щодо посилення симптоматики зі зростанням важкості ДА. Зокрема, виразність симптоматики неадекватного вибіркового реагування у групах лікарів-психіатрів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА відповідали несформованим симптомам, хоча у групі лікарів з окремими ознаками ДА наближалися до показника симптому на стадії формування. У групі лікарів з оформленою ДА значення показника відповідало сформованому симптому. Розбіжності у показниках між усіма групами — статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Показники за симптомом емоційно-моральної дезорієнтації у лікарів-психіатрів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА значуще не відрізнялися і відповідали несформованому симптому, а у лікарів з оформленою ДА — відповідали симптому на стадії формування.

Натомість, показники за симптомом розширення сфери економії емоцій у лікарів без ознак ДА незначно перевищували верхню межу несформованого симптому, а у лікарів з окремими ознаками ДА та з оформленою ДА — відповідали сформованим симптомам. Розбіжності — як порівняти групи лікарів без ознак ДА з двома іншими групами — статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Кількісне значення симптому редукції професійних обов'язків в усіх досліджених групах відповідало симптому на стадії формування, однак у лікарів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА значення показника було ближчим до несформованого симптому, а у лікарів з оформленою ДА наближалось до показника сформованого симптому.

Значення загального показника резистентності у лікарів без ознак ДА відповідало несформованій фазі, у лікарів з окремими ознаками ДА — фазі на стадії формування, а у лікарів з оформленою ДА — сформованій фазі.

Аналіз особливостей симптоматики виснаження виявив більш чіткі відмінності між групами. Зокрема, кількісне значення симптому емоційного дефіциту у лікарів без ознак ДА і з окремими ознаками ДА відповідало несформованому симптому, а у лікарів

з оформленою ДА — симптому на стадії формування. Розбіжності між усіма групами були статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Емоційна відстороненість у лікарів без ознак ДА відповідала несформованому симптому, а у лікарів з окремими ознаками ДА та з оформленою ДА — симптому на стадії формування. Розбіжності виявились статистично значущі як порівняти групи лікарів без ознак ДА з двома іншими групами ( $p < 0,01$ ).

Показники особистісної відстороненості (деперсоналізації) у досліджених лікарів були невисокими і відповідали несформованому симптому.

Показники психосоматичних і психовегетативних порушень у лікарів без ознак ДА відповідали несформованому симптому, у лікарів з окремими ознаками ДА — симптому на стадії формування, а у лікарів з оформленою ДА — сформованому симптому.

Загальний показник виснаження у лікарів без ознак ДА відповідав несформованій фазі, у лікарів з окремими ознаками ДА — фазі на стадії формування, а у лікарів з оформленою ДА — сформованій фазі. Розбіжності у показниках між усіма групами — статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Загальний показник ЕВ у лікарів-психіатрів без ознак ДА відповідав низькому рівню ( $55,30 \pm 11,07$  балів), у лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА — помірному рівню ( $133,86 \pm 45,11$  балів) і у лікарів-психіатрів з оформленою ДА — високому рівню ( $217,23 \pm 8,00$  балів).

Наступним етапом дослідження був аналіз наявності й вираженості клініко-психопатологічних проявів, властивих ЕВ та ДА. Спочатку аналізували суб'єктивну картину провідних афективних психопатологічних феноменів, що становили клініко-психопатологічну канву, властиву зазначеному контингенту. Наступним кроком здійснювали аналіз об'єктивної даних, які порівнювали із результатами суб'єктивної оцінки. На завершальному етапі вивчали загальну картину психопатологічної симптоматики, притаманної обстеженим.

Отже, дослідження суб'єктивної оцінки лікарями-психіатрами наявності та вираженості в них депресивних проявів, здійснене з використанням опитувальника А. Векс, довело таке (табл. 3).

Таблиця 3. Кількісні показники виразності депресії у обстежених за опитувальником А. Векс

Показники	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Загальна оцінка за шкалою	2,97 ± 2,01	6,35 ± 4,23	10,00 ± 6,13	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Показник за когнітивно-афективною субшкалою	2,14 ± 2,18	4,51 ± 3,15	6,81 ± 3,91	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Показник за субшкалою соматичних проявів депресії	0,84 ± 0,80	1,84 ± 1,73	3,19 ± 2,86	< 0,01	< 0,01	< 0,05

Загальний показник виразності депресії у лікарів ОГ1 відповідав браку ознак депресії (до 4 балів), у лікарів ОГ2 — ознакам легкої депресії (5—7 балів), і у лікарів ОГ3 — депресії середнього рівня (8—15 балів). У лікарів ОГ3 виявлені також найвищі показники за когнітивно-афективною субшкалою і субшкалою соматичних проявів депресії, у лікарів ОГ2 показники за цими шкалами були значуще нижчими, а у лікарів ОГ1 — найнижчими (рис. 4).

Схожа картина була отримана під час аналізу суб'єктивної оцінки наявності й вираженості проявів тривожної симптоматики: у лікарів з ознаками оформленої професійної ДА були виявлені найвищі показники реактивної та особистісної тривожності (табл. 4).

Показник реактивної тривожності, який є індикатором тривожного реагування індивіда на поточні події, у лікарів без ознак ДА незначно перевищував межу низького рівня (30 балів), тоді як у лікарів з наявними окремими ознаками ДА відповідав середньому, ближче до високого, рівню (30—45 балів), а у лікарів з наявною оформленою ДА — високому рівню (рис. 5).

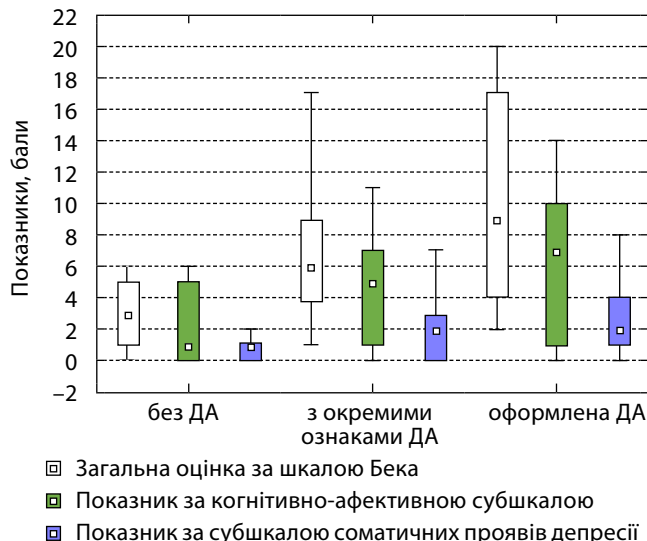


Рис. 4. Показники депресії за опитувальником А. Бека у обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Таблиця 4. Кількісні показники виразності реактивної та особистісної тривожності у обстежених за методикою С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна

Показники	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Реактивна тривожність	32,95 ± 6,96	41,96 ± 11,05	48,62 ± 12,43	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Особистісна тривожність	34,30 ± 6,13	41,98 ± 9,36	47,23 ± 10,25	< 0,01	< 0,01	< 0,05

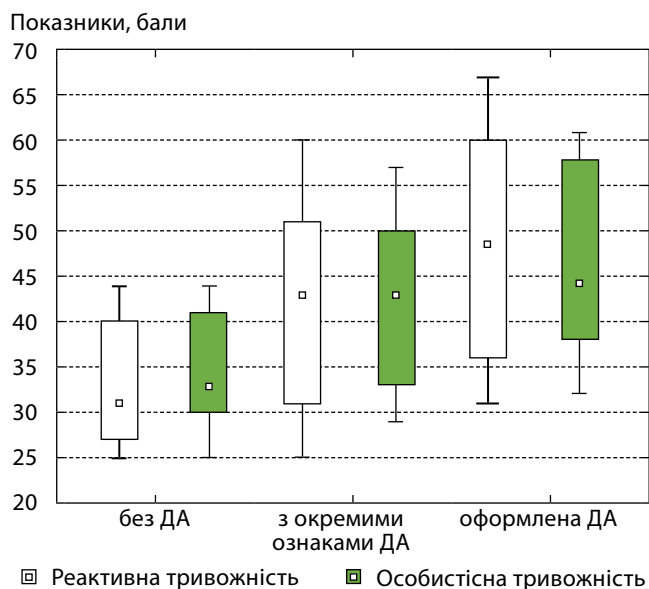


Рис. 5. Показники реактивної та особистісної тривожності за методикою С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна в обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник особистісної тривожності, що відображує стійку схильність індивіда реагувати на широкий спектр ситуацій реакцією тривоги, і який у обстежуваного контингенту можна розглядати як прояв патохарактерологічних рис, у лікарів без ознак ДА

відповідав середньому рівню, у лікарів з окремими проявами ДА — середньому, ближче до високого, рівню, а у лікарів з оформленою ДА — високому рівню (див. рис. 5).

Вивчення особливостей афективної симптоматики у лікарів-психіатрів, які виявляли ознаки професійної ДА різного ступеня, за даними об'єктивного обстеження довело такі результати досліджування рівня депресії з використанням шкали HRDS (табл. 5).

Отже, загальний показник депресії у лікарів без ознак ДА відповідав верхній межі норми (до 7 балів). У лікарів з окремими ознаками ДА середнє значення показника відповідало легкому депресивному розладу (8—13 балів), а у лікарів з оформленою ДА середнє значення показника депресії наближалось до межі депресивного розладу середнього ступеня важкості (14—18 балів). Водночас найбільш істотні розбіжності виявлені між лікарями без ознак ДА і лікарями з різними ступенями ДА, тоді як відмінності між лікарями з окремими ознаками ДА і клінічно оформленою ДА були виражені меншою мірою.

Також слід зауважити, що у обстежених лікарів виявлені значущі відмінності у показниках окремих видів депресії: адинамічної, ажитованої, депресії зі страхом та недиференційованої. Найвищі показники за цими видами депресії виявлені у лікарів з оформленою ДА, значуще менші — у лікарів з окремими ознаками ДА, і найменші — у лікарів без ознак ДА (рис. 6).

Таблиця 5. Кількісні показники виразності депресії у обстежених за шкалою HRDS

Показник	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Загальний показник депресії	6,08 ± 1,99	10,18 ± 5,15	13,92 ± 7,15	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Адинамічна депресія	5,70 ± 1,84	8,70 ± 4,04	10,81 ± 4,49	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Ажитована депресія	2,03 ± 1,28	3,60 ± 2,34	5,58 ± 3,42	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Депресія зі страхом	2,32 ± 1,16	4,16 ± 2,46	6,50 ± 3,50	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Недиференційована депресія	0,54 ± 0,65	1,96 ± 1,89	2,92 ± 2,30	< 0,01	< 0,01	< 0,05

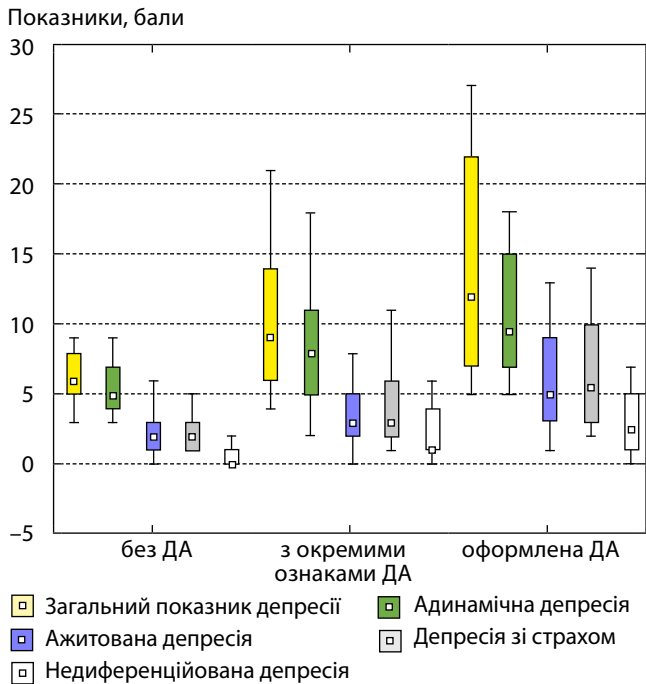


Рис. 6. Показники депресії за шкалою HRDS у обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Під час вивчення виразності й варіативності проявів тривоги у лікарів-психіатрів з різними ступенями ДА виявлено схожі тенденції (табл. 6). Загальний показник тривоги за шкалою HARS у лікарів без ознак ДА відповідав браку ознак тривоги (до 17 балів), у лікарів з наявними окремими ознаками ДА — середній виразності тривожного розладу (18—24 бали), а у лікарів з оформленою ДА — середньому, ближче до важкого, ступеню виразності тривожного розладу. Показник психічної тривоги у лікарів без ознак ДА був значуще меншим, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА і у лікарів з оформленою ДА, тоді як значущих розбіжностей у показниках психічної тривоги

Таблиця 6. Кількісні показники виразності тривоги у обстежених за шкалою HARS

Показники	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Загальний показник тривоги	15,22 ± 3,27	19,79 ± 5,59	22,54 ± 5,93	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Психічна тривога	10,41 ± 2,53	12,93 ± 3,28	13,27 ± 2,92	< 0,01	< 0,01	> 0,05
Соматична тривога	4,81 ± 2,59	6,86 ± 3,17	9,27 ± 4,24	< 0,01	< 0,01	< 0,05

між лікарями з окремими ознаками ДА і оформленою ДА не виявлено (хоча показник у групі лікарів з оформленою ДА був вищим). Показник соматичної тривоги у лікарів без ознак ДА був значуще нижчим, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА, а у лікарів з оформленою ДА — значуще вищим (рис. 7).

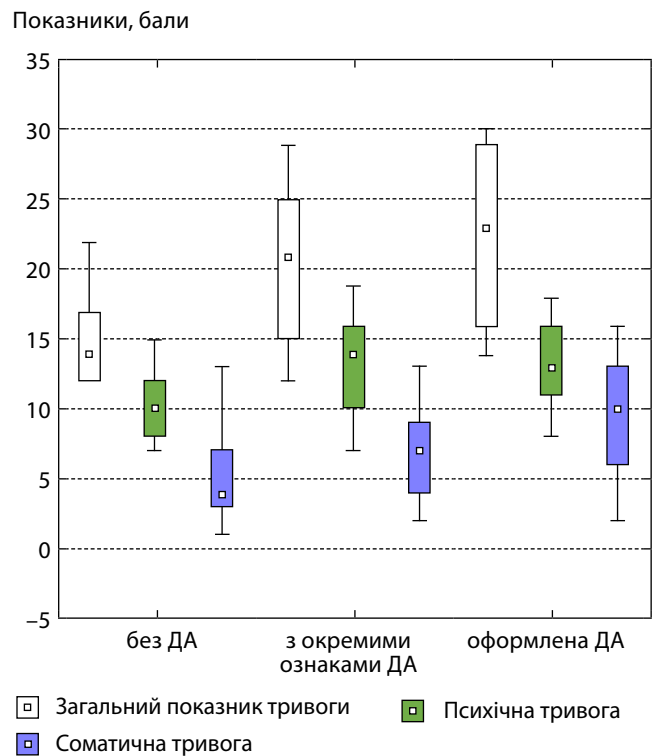


Рис. 7. Показники тривоги (у балах) за шкалою HARS у обстежених з різним ступенем професійної дезадаптації

Вивчення особливостей структури та виразності психопатологічної симптоматики у лікарів-психіатрів, які виявляли ознаки ЕВ й професійної ДА різного ступеня, показало таке (табл. 7).



Аналіз даних табл. 7 свідчить про деяке підвищення рівня соматизації, що є індикатором дистресу через соматичну дисфункцію та соматичних порушень. У лікарів-психіатрів ОГ1 середнє значення соматизації становило  $1,53 \pm 0,28$  балів, що незначно

перевищувало межу середнього рівня (1,5 бала) і було ближче до низького рівня; у лікарів ОГ2 показник був значуще вищим:  $1,68 \pm 0,42$  бали ( $p < 0,05$ ), і у лікарів ОГ3 — наближався до підвищеного рівня —  $2,04 \pm 0,34$  бали ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 7. Структура та виразність особливостей психопатологічної симптоматики у обстежених за SCL-90-R

Показник	Групи			p		
	ОГ1 (без ознак ДА), n = 37	ОГ2 (з окремими ознаками ДА), n = 57	ОГ3 (з оформленою ДА), n = 26	ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Соматизація	1,53 ± 0,28	1,68 ± 0,42	2,04 ± 0,34	0,016	0,000	0,000
Обсесивно-компульсивні розлади	1,32 ± 0,51	1,54 ± 0,41	1,93 ± 0,24	0,032	0,000	0,000
Міжособистісна сенситивність	0,99 ± 0,37	1,16 ± 0,24	1,36 ± 0,19	0,003	0,000	0,000
Депресія	1,78 ± 0,28	2,08 ± 0,35	2,34 ± 0,41	0,000	0,000	0,014
Тривожність	0,97 ± 0,37	1,67 ± 0,85	2,21 ± 0,46	0,000	0,000	0,016
Ворожість	0,49 ± 0,23	1,63 ± 0,32	1,93 ± 0,26	0,000	0,000	0,000
Фобічна тривожність	0,88 ± 0,76	1,06 ± 0,69	1,36 ± 0,45	0,029	0,018	0,027
Паранояльні симптоми	0,19 ± 0,18	0,18 ± 0,17	0,16 ± 0,13	0,990	0,848	0,844
Психотизм	0,12 ± 0,15	0,13 ± 0,13	0,13 ± 0,11	0,359	0,357	0,835
Індекс GSI	1,06 ± 0,21	1,33 ± 0,22	1,58 ± 0,12	0,000	0,000	0,000
Індекс PST	54,84 ± 10,83	61,23 ± 10,25	61,00 ± 7,45	0,001	0,052	0,757
Індекс PDSI	1,73 ± 0,19	1,97 ± 0,18	2,34 ± 0,22	0,000	0,000	0,000

Показники виразності обсесивно-компульсивної симптоматики (нав'язливі думки і дії, які людина сприймає як чужі і непритаманні їй), у лікарів без ознак ДА відповідав низькому рівню ( $1,32 \pm 0,51$  балів), у лікарів з окремими ознаками ДА був значуще вищим і відповідав середньому рівню —  $1,54 \pm 0,41$  балів ( $p < 0,05$ ), а у лікарів з оформленою ДА був значуще вищим, ніж у перших двох групах —  $1,93 \pm 0,24$  бали ( $p < 0,01$ ) (див. табл. 7, рис. 8).

Показники, бали

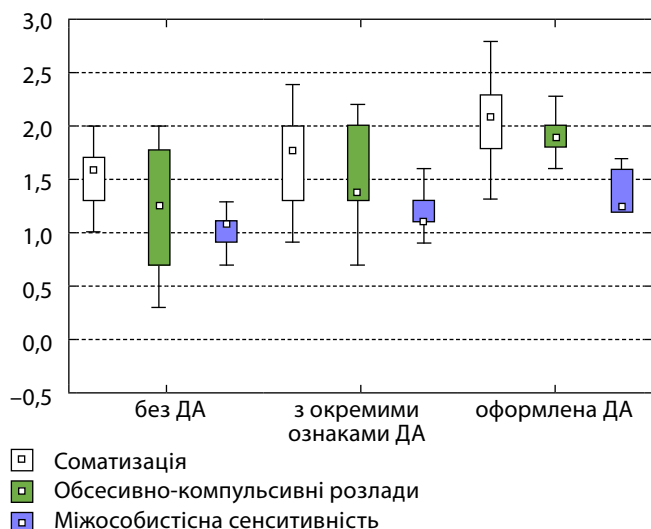


Рис. 8. Показники соматизації, обсесивно-компульсивних розладів та міжособистісної сенситивності за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Лікарям-психіатрам загалом притаманні низькі показники міжособистісної сенситивності (почуття особистісної неадекватності та неповноцінності, насамперед, як порівняти себе з іншими людьми, схильність до самокритики, неспокій та дискомфорт у спілкуванні, негативні очікування під час міжособистісної взаємодії та комунікації) (див. рис. 8). Однак, у лікарів з окремими ознаками ДА цей показник був значуще вищим, ніж у лікарів без ознак ДА ( $1,16 \pm 0,24$  бали проти  $0,99 \pm 0,37$  балів,  $p < 0,05$ ), а у лікарів з оформленою ДА — найвищим серед усіх груп ( $1,36 \pm 0,19$  балів,  $p < 0,01$ ).

Загалом результати дослідження депресії і тривожності за даними опитувальника SCL-90-R (рис. 9) узгоджуються з даними, одержаними з використанням шкал депресії і тривоги М. Hamilton (HRDS і HARS), опитувальника депресії А. Beck та методики досліджування реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна.

Показник депресії (знижений настрій, дисфорія, втрата інтересу до життя, недостатність мотивації і втрата життєвої енергії, а також почуття безнадійності та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії) у лікарів без ознак ДА відповідав середньому рівню ( $1,78 \pm 0,28$  балів), що ймовірно відображує вплив професійного, побутового та соціального стресу, у лікарів з окремими ознаками ДА показник був значуще вищим —  $2,08 \pm 0,35$  балів ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА середнє значення показника впритул наближалося до підвищеного рівня —  $2,34 \pm 0,41$  балів ( $p < 0,05$ ).



Показники, бали

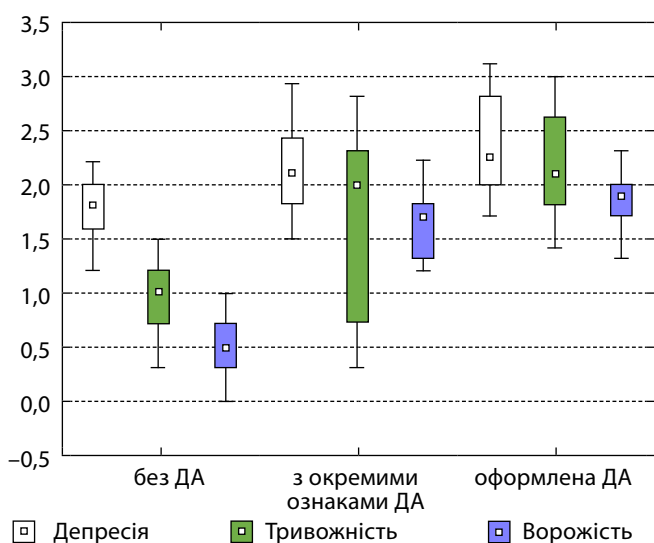


Рис. 9. Показники депресії, тривожності та ворожості за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник ворожості (почуття, думки або дії, що є проявами афекту злості) у лікарів без ознак ДА відповідає низькому рівню ( $0,49 \pm 0,23$  бали), а у лікарів з окремими ознаками ДА і оформленою ДА — середньому рівню ( $1,63 \pm 0,32$  бали та  $1,93 \pm 0,26$  балів відповідно); розбіжності між групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ) (див. табл. 7).

Лікарям-психіатрам були притаманні незначно підвищені рівні фобічної тривожності (стійка реакція страху на об'єкти, місця, людей або ситуації, що характеризується як ірраціональна, неадекватна щодо стимулу і призводить до поведінки уникання): якщо середнє значення показника у лікарів без ознак ДА відповідало низькому рівню ( $0,88 \pm 0,76$  балів), то у лікарів з окремими ознаками ДА і особливо з оформленою ДА показники наближалися до межі середнього рівня:  $1,06 \pm 0,69$  балів та  $1,36 \pm 0,45$  балів відповідно ( $p < 0,05$ ) (рис. 10).

Показники, бали

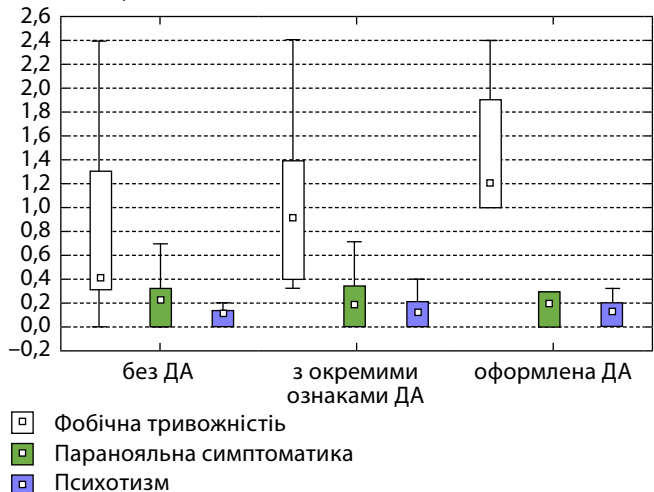


Рис. 10. Показники фобічної тривожності, паранояльної симптоматики і психотизму за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показники виразності паранояльної симптоматики (проекція думок, підозрілість, схильність до маячної інтерпретації реальності) та психотизму (унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль поведінки): у обстежених лікарів виявилися низькими і значуще не відрізнялися в усіх обстежених групах:  $0,19 \pm 0,18$  балів,  $0,18 \pm 0,17$  балів та  $0,16 \pm 0,13$  бали відповідно; та  $0,12 \pm 0,15$  балів,  $0,13 \pm 0,13$  бали та  $0,13 \pm 0,11$  балів відповідно ( $p > 0,05$ ) (див. рис. 10).

Загальний індекс важкості симптомів (Global Severity Index — GSI), що є основним індикатором поточного стану психіки та глибини психологічних проблем, у лікарів без ознак ДА був низьким ( $1,06 \pm 0,21$  балів), у лікарів з окремими ознаками ДА був значуще вищим і наближався до межі середнього рівня ( $1,33 \pm 0,22$  бали,  $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА був вищим за межу середнього рівня ( $1,58 \pm 0,12$  балів,  $p < 0,01$ ) (див. табл. 7, рис. 11).

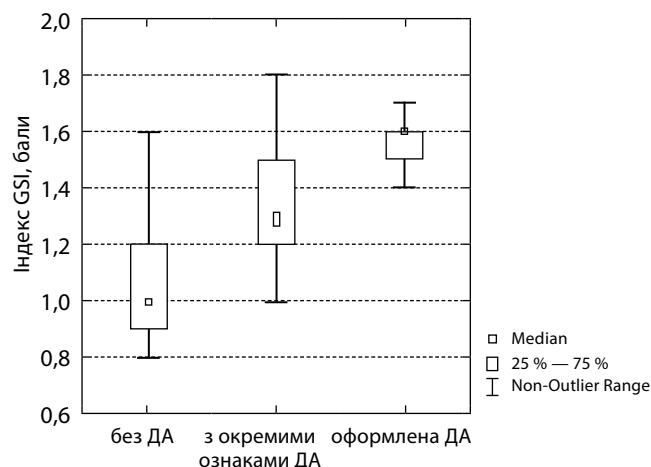


Рис. 11. Показники загального індексу важкості симптомів (GSI) за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Загальний показник позитивних відповідей (Positive Symptom Total — PST), що виявляє кількість позитивних відповідей на запитання тесту, у лікарів без ознак ДА становив  $54,84 \pm 10,83$  бали, у лікарів з окремими ознаками ДА —  $61,23 \pm 10,25$  балів, і у лікарів з оформленою ДА —  $61,00 \pm 7,45$  балів (див. табл. 7, рис. 12). Водночас показник у лікарів без ознак ДА був значуще нижчим, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА ( $p < 0,05$ ), а у групах лікарів з різною виразністю ДА значуще не відрізнявся ( $p > 0,05$ ).

Індекс наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom Distress Index — PSDI), який є мірою інтенсивності психопатологічних проявів, у лікарів без ознак ДА є найнижчим серед усіх досліджених груп ( $1,73 \pm 0,19$  балів), у лікарів з окремими ознаками ДА — значуще вищим ( $1,97 \pm 0,18$  балів,  $p < 0,01$ ), і у лікарів з оформленою ДА — найвищим серед усіх груп ( $2,34 \pm 0,22$  бали,  $p < 0,01$ ) (див. табл. 7, рис. 13).

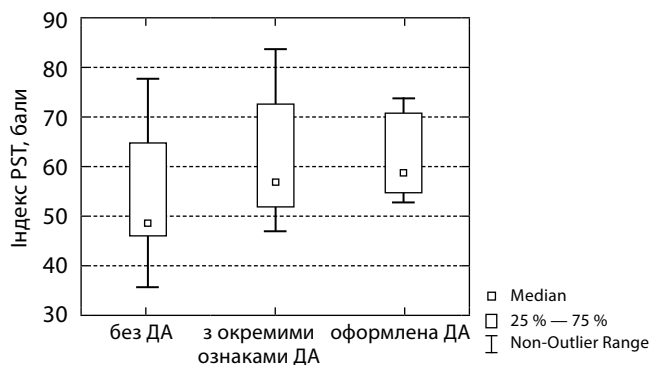


Рис. 12. Показники індексу позитивних відповідей (PST) за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

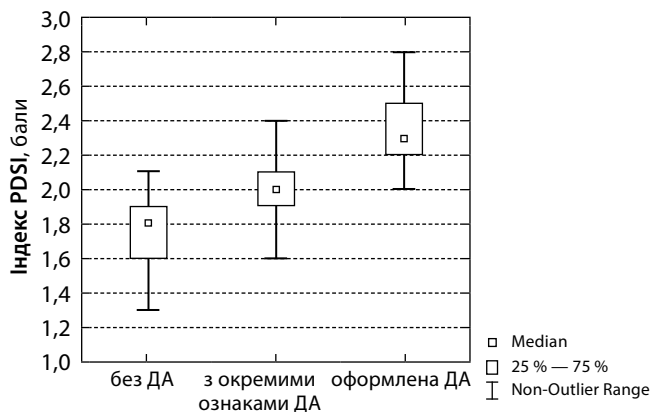


Рис. 13. Показники індексу наявного симптоматичного дистресу (PDSI) за опитувальником SCL-90-R у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. У лікарів-психіатрів, що працюють в період війни у м. Києві, виявлений широкий спектр виразності проявів ЕВ та порушень професійної ДА — від «без ознак» до високого рівня. Майже у половини обстежених (47,5 %) ЕВ та ДА відповідали помірному рівню (що потребує медико-психологічної допомоги фахівців з реадaptaції). Чималою (30,8 %) була також частка лікарів з низьким рівнем ЕВ та професійної ДА (для таких лікарів може бути рекомендовано проведення консультативної роботи превентивного спрямування). Істотно меншою (21,7 %) була частка лікарів з вираженим й високим рівнями ЕВ та ДА (такі лікарі потребують обов'язкового втручання спеціалістів для застосування невідкладних медико-психологічних заходів, проведення програми з реадaptaції або зміни професійної діяльності).

2. У лікарів-психіатрів з проявами ЕВ та професійної ДА різного ступеня важкості виявлені ознаки депресивних і тривожних розладів, водночас виразність тривожних проявів була вищою, ніж депресивних. У лікарів з окремими проявами ДА депресивні прояви відповідали легкому, а тривожні — середньому рівню, тоді як у лікарів з оформленою ДА виявлені ознаки депресивних розладів близького до середнього рівня, а показники тривоги — середнього або високого рівня.

3. Лікарям-психіатрам з проявами ЕВ й професійної ДА різного ступеня важкості притаманні прояви широкого спектра психопатологічної симптоматики різної інтенсивності й варіативності, провідне місце серед якої займають прояви депресії, тривоги, соматизації та obsесивно-компульсивної симптоматики. Водночас у лікарів без ознак ДА показники виразності психопатологічної симптоматики відповідають низькому рівню, а у лікарів з проявами ДА — середньому і підвищеному рівню. Найвищі показники виразності психопатологічної симптоматики виявлені у групі лікарів з оформленою ДА і значуще нижчі — у групі лікарів з окремими ознаками ДА.

4. Виявлені закономірності треба враховувати під час розроблення лікувальних та профілактичних заходів для цього контингенту респондентів.

### Список літератури

- Roy I. Le syndrome d'épuisement professionnel : définition, typologie et prise en charge [Burnout syndrome: definition, typology and management] // Soins Psychiatr. 2018 Sep-Oct; 39 (318): 12—19. French. DOI: 10.1016/j.spsy.2018.06.005.
- Bayes A. The biology of burnout: Causes and consequences / A. Bayes, G. Tavella, G. Parker // World J Biol Psychiatry. 2021 Nov; 22(9): 686—698. DOI: 10.1080/15622975.2021.1907713.
- Burnout in medical students / Thun-Hohenstein L., Hübinger-Ablasser C., Geyerhofer S. [et al.] // Neuropsychiatr. 2021 Mar; 35(1): 17—27. DOI: 10.1007/s40211-020-00359-5.
- Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population / West C. P., Dyrbye L. N., Sinsky C. [et al.] // JAMA Netw Open. 2020 Jul 1; 3(7): e209385. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385.
- Medisauskaite A. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial / A. Medisauskaite, C. Kamau // Psychiatry Res. 2019 Apr; 274: 383—390. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.02.075.
- Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis / Low Z. X., Yeo K. A., Sharma V. K. [et al.] // Int J Environ Res Public Health. 2019 Apr 26; 16(9): 1479. DOI: 10.3390/ijerph16091479.
- Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study / Denning M., Goh E. T., Tan B. [et al.] // PLoS One. 2021 Apr 16; 16(4): e0238666. DOI: 10.1371/journal.pone.0238666.
- Nurses' and Physicians' Distress, Burnout, and Coping Strategies During COVID-19: Stress and Impact on Perceived Performance and Intentions to Quit / Lou N. M., Montreuil T., Feldman L. S. [et al.] // J Contin Educ Health Prof. 2022 Jan 1; 42 (1): e44-e52. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000365.
- Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? // Epidemiol Psychiatr Sci. 2011 Dec; 20(4): 295—301. DOI: 10.1017/s204579601100059x.
- Psychiatrists and occupational burnout syndrome — a phenomenon, a problem, a threat? / Makara-Studzińska M., Madej A., Cyranka K. [et al.] // Psychiatr Pol. 2019 Oct 30; 53 (5): 1139—1149. English, Polish. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/91686.
- Öğütü H. Stress and Burnout in Psychiatrists in Turkey during COVID-19 Pandemic. / H. Öğütü, F. McNicholas, H. Türkçapar // Psychiatr Danub. 2021 Summer; 33 (2): 225—230. DOI: 10.24869/psyd.2021.225.
- Nimmawitt N. Thai psychiatrists and burnout: A national survey / N. Nimmawitt, K. Wannarit, P. Pariwatcharakul // PLoS

One. 2020 Apr 21; 15(4): e0230204. DOI: 10.1371/journal.pone.0230204.

13. Burnout and job satisfaction of psychiatrists in China: a nationwide survey / Yao H., Wang P., Tang Y. L. [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2021 Nov 24; 21 (1): 593. DOI: 10.1186/s12888-021-03568-6.

14. Burnout, Work Satisfaction, and Well-being Among Non-consultant Psychiatrists in Ireland / McLoughlin C., Casey S., Feeney A. [et al.] // *Acad Psychiatry*. 2021 Jun; 45 (3): 322—328. DOI: 10.1007/s40596-020-01366-y.

15. Burnout and job satisfaction among psychiatrists in the Mental Health Service, Hamad Medical Corporation, Qatar / Kader N., Elhusein B., Elhassan N. M. [et al.] // *Asian J Psychiatr*. 2021 Apr; 58: 102619. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102619.

16. Марута Н. О. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я / Н. О. Марута, О. С. Чабан // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29, вип. 2 (107) С. 14—20. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>.

17. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War / Prib H., Beheza L., Markova M. [et al.] // *Journal of Intellectual Disability — Diagnosis and Treatment*. 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36—46. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.5.

## References

1. Roy I. Le syndrome d'épuisement professionnel : définition, typologie et prise en charge [Burnout syndrome: definition, typology and management]. *Soins Psychiatr*. 2018 Sep-Oct;39(318):12-19. French. doi: 10.1016/j.spsy.2018.06.005. PMID: 30241629.

2. Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: Causes and consequences. *World J Biol Psychiatry*. 2021 Nov;22(9):686-698. doi: 10.1080/15622975.2021.1907713. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33783308.

3. Thun-Hohenstein L, Höbinger-Ablasser C, Geyerhofer S, Lampert K, Schreuer M, Fritz C. Burnout in medical students. *Neuropsychiatr*. 2021 Mar;35(1):17-27. doi: 10.1007/s40211-020-00359-5. Epub 2020 Sep 3. PMID: 32880881; PMCID: PMC7954737.

4. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L, Carlsare LE, Shanafelt TD. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw Open*. 2020 Jul 1;3(7):e209385. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385. PMID: 32614425; PMCID: PMC7333021.

5. Medisaukaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2019 Apr;274:383-390. doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.075. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30852432.

6. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, Lu B, Sin Fai Lam CC, Tran BX, Nguyen LH, Ho CS, Tam WW, Ho RC. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 26;16(9):1479. doi: 10.3390/ijerph16091479. PMID: 31027333; PMCID: PMC6539366.

7. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, Martin G, Clarke J, Sounderajah V, Markar S, Przybylowicz J, Chan YH, Sia CH, Chua YX, Sim K, Lim L, Tan L, Tan M, Sharma V, Ooi S, Winter Beatty J, Flott K, Mason S, Chidambaram S, Yalamanchili S, Zbikowska G, Fedorowski J, Dykowska G, Wells M, Purkayastha S, Kinross J. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS One*. 2021 Apr 16;16(4):e0238666. doi: 10.1371/journal.pone.0238666. PMID: 33861739; PMCID: PMC8051812.

8. Lou NM, Montreuil T, Feldman LS, Fried GM, Lavoie-Tremblay M, Bhanji F, Kennedy H, Kaneva P, Harley JM. Nurses'

and Physicians' Distress, Burnout, and Coping Strategies During COVID-19: Stress and Impact on Perceived Performance and Intentions to Quit. *J Contin Educ Health Prof*. 2022 Jan 1;42(1):e44-e52. doi: 10.1097/CEH.0000000000000365. PMID: 33973927.

9. Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011 Dec;20(4):295-301. doi: 10.1017/s204579601100059x. PMID: 22201205.

10. Makara-Studzińska M, Madej A, Cyranka K, Szuldrzyński K, Nowina-Konopka M, Tylec A. Psychiatrists and occupational burnout syndrome — a phenomenon, a problem, a threat? *Psychiatr Pol*. 2019 Oct 30;53(5):1139-1149. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/91686. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31955191.

11. Öğütlü H, McNicholas F, Türkçapar H. Stress and Burnout in Psychiatrists in Turkey during COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub*. 2021 Summer;33(2):225-230. doi: 10.24869/psyd.2021.225. PMID: 34185754.

12. Nimmawitt N, Wannarit K, Pariwatcharakul P. Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One*. 2020 Apr 21;15(4):e0230204. doi: 10.1371/journal.pone.0230204. PMID: 32315309; PMCID: PMC7173626.

13. Yao H, Wang P, Tang YL, Liu Y, Liu T, Liu H, Chen Y, Jiang F, Zhu J. Burnout and job satisfaction of psychiatrists in China: a nationwide survey. *BMC Psychiatry*. 2021 Nov 24;21(1):593. doi: 10.1186/s12888-021-03568-6. PMID: 34819029; PMCID: PMC8612106.

14. McLoughlin C, Casey S, Feeney A, Weir D, Abdalla AA, Barrett E. Burnout, Work Satisfaction, and Well-being Among Non-consultant Psychiatrists in Ireland. *Acad Psychiatry*. 2021 Jun;45(3):322-328. doi: 10.1007/s40596-020-01366-y. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33420699; PMCID: PMC7794076.

15. Kader N, Elhusein B, Elhassan NM, Alabdulla M, Hammoudeh S, Hussein NR. Burnout and job satisfaction among psychiatrists in the Mental Health Service, Hamad Medical Corporation, Qatar. *Asian J Psychiatr*. 2021 Apr;58:102619. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102619. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33657445.

16. Maruta N.O., Chaban O.S. Osoblyvosti emotsiinoho vyhoriannia u pratsivnykiv sfery okhorony nevrolohichnoho ta psykhhichnoho zdorov'ia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2021. Т. 29, вып. 2 (107) С. 14—20. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>. (In Ukrainian).

17. Prib H., Beheza L., Markova M., Raievska Y., Lapinska T., Markov A. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *Journal of Intellectual Disability — Diagnosis and Treatment*. 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36-46. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.5.

Надійшла до редакції 27.02.2023

## Відомості про авторів:

**МІШИЄВ Вячеслав Данилович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри\*

**ЛЕВІН Тарас Ігорович**, аспірант кафедри\*

\* —кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

## Information about the authors:

**MISHYEV Viacheslav**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department\*\*

**LEVIN Taras**, Postgraduate Student of Department\*\*

\*\* —of Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk's National University of Health Care of Ukraine of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine