

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ (СКОЛЬКО ЛЕТ МНЕ ОСТАЛОСЬ?)

А. Самохвалов, кандидат медицинских наук,
Н. Крылов, доктор медицинских наук, профессор,
Д. Вычужанин, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
E-mail: nnkrylov01@yandex.ru

Анализируется распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей. Являясь неотъемлемым компонентом профессиональной деятельности, этот синдром влияет на все аспекты жизни врача, его самооценку, здоровье, и, по-видимому, на продолжительность жизни. Важные факторы риска – врачебная специализация и страна проживания.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, факторы риска, врачебная специальность.

Врач – несомненно, одна из самых благородных и необходимых профессий в мире. В то же время людям, выбирающим эту благородную, но трудную специальность, необходимо знать о некоторых ее особенностях, о которых будущие и современные медики часто даже не подозревают.

Так, работа хирурга связана с высокой моральной и юридической ответственностью, нарушениями режима ночного сна и отдыха, длительным вынужденным стоянием на ногах во время операции, неблагоприятным микроклиматом в операционной, необходимостью комментировать близким пациента развившиеся осложнения или вероятный прогноз, а также неблагоприятный исход заболевания. В последние годы отмечается резкая интенсификация труда хирурга в связи с модернизацией отечественного здравоохранения.

Среди очевидных неблагоприятных особенностей врачебной профессии – синдром эмоционального выгорания (СЭВ), впервые описанный американским психиатром Н. Freudenberger в 1974 г. у волонтеров службы психического здоровья. Он описал как имманентно присущие этому состоянию переживания медика, погруженного в свои профессиональные обязанности, – разочарование в работе, а также эмоциональное и психическое истощение, определенные автором как «поражение, истощение, износ, происходящий в человеке вследствие завышенных требований к собственным ресурсам и силам» [1]. Этот симптомокомплекс вызвал высокую заинтересованность и стал изучаться у работников социальных профессий, медицинских работников, учителей и представителей других профессий, у которых работа связана с тесным общением с людьми.

СЭВ определяют как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, включающее развитие отрицательной самооценки, негативного отношения к работе, утрату сочувствия, сострадания и понимания по отношению к пациентам и их близким [2].

Клинические проявления профессионального стресса включают ряд компонентов [2], среди которых:

- **эмоциональная истощенность** – «уплощенность» эмоционального фона с преобладанием негативных эмоций в сочетании с болезненным ощущением затрудненности переживания ярких эмоций. Такое состояние человек субъективно напрямую связывает с собственной работой;
- **деперсонализация** – холодное, бесчувственное, негуманное отношение к пациенту, при котором он видится не как живой человек, а лишь как объект действий;
- **редукция профессиональных достижений** – обесценивание своего профессионального опыта, ощущение собственной некомпетентности, профессионального неуспеха, отсутствия перспектив.

Проблема эмоционального выгорания врачей очень актуальна, так как достаточное число высококвалифицированных врачей имеют низкую стрессоустойчивость. Специальными исследованиями СЭВ выявляют у значительной части врачей – от 42 до 59%. По данным опроса Medscape, среди более чем 14 тыс. врачей – представителей 27 специальностей в 2013–2016 гг. зарегистрирован рост СЭВ более чем на 25% [3]. Аналогичные тенденции установлены ранее в других исследованиях [4].

Нетрудоспособность медицинских работников почти в половине случаев связана со стрессом. Доказано, что уровень рабочего стресса и депрессий связан со страной проживания, местом работы и семейным положением. Примерно у 1/3 врачей отмечен высокий уровень профессионального стресса, коррелирующий с возрастом, полом и отношением к работе [5].

По данным зарубежных исследований [6–8], наибольшая частота выявления СЭВ (59%) отмечена у врачей, оказывающих экстренную помощь, на 2-м месте обычно акушеры-гинекологи (56%), затем хирурги (49%) и психиатры (42%).

Интенсивность СЭВ можно определить по шкале, градуированной от 1 до 7 баллов, с оценкой степени его выраженности в следующих пределах: от «это не мешает моей жизни» (1 балл) до «он настолько выражен, что я думаю вообще уйти из медицины» (7 баллов). По данным опроса Medscape, средняя самооценка общих хирургов составила 4,3 балла (это 7-е место среди врачей 27 специальностей). Более высокий уровень профессионального стресса был у кардиологов, онкологов, урологов, а минимальный – у инфекционистов (3,9 балла) [3].

При опросе, фиксирующем внимание на причинах, вызывающих СЭВ, по 7-балльной шкале (от 1 – «совсем не влияет» и до 7 – «самый весомый вклад») хирурги отметили разнообразные факторы: слишком много бюрократической работы (5,2 балла), приходится проводить слишком много времени на работе (4,8), излишняя компьютеризация (4,5), ощущение себя в качестве «спицы в колесе» (4,3), недостаточная оплата труда (4,0), опасность совершить врачебную ошибку (3,8), сложная обстановка в коллективе (3,8), истечение срока страхования (3,8), необходимость соблюдать требования сертификации (3,7), неудовлетворенность результатами труда (3,7), слишком много сложных пациентов (3,6), усталость от сопереживания больным, случаев осложнений, смерти (3,3), слишком много обращений пациентов ежедневно (3,2), невозможность предоставить пациентам необходимую им помощь (3,2), стрессовая ситуация в семье (3,0) и невозможность соблюдать все текущие медицинские рекомендации (2,8 балла) [3].

В Medscape-докладе (2017) отмечено больше женщин-врачей с СЭВ по сравнению с их сверстниками мужского пола

(соответственно 59 и 55%), причем оба показателя выросли по сравнению с полученными при опросе 2013 г. При исследовании этнического состава среди хирургов с признаками СЭВ в США чаще всего фигурировали китайцы (63%), далее шли представители европеоидной расы (49%), афроамериканцы (47%), латиноамериканцы (44%), замыкали статистику индусы и азиаты (36%) [3].

Логично предположить, что СЭВ отрицательно влияет на качество оказываемой врачебной помощи. Наибольшей вероятностью оказания неполноценной помощи при наличии у врача СЭВ оказалась у специалистов интенсивной терапии (24%), наименьшей – у ревматологов и анестезиологов (9%), хирурги занимали в этом рейтинге промежуточное положение (13%). У верующих врачей СЭВ встречается реже (46%), чем у врачей-атеистов (59%) [3].

В целом врачи испытывают «ощущение счастья» гораздо чаще вне работы, причем в большей степени это касается урологов (69%), в наименьшей – ревматологов (52%). На работе наиболее счастливы дерматологи (43%), менее всего – нефрологи и ревматологи (24%). Хирурги снова заняли промежуточное положение: счастливы на работе 35%, вне работы – 62%. Наличие СЭВ у хирургов отрицательно влияет на ощущение счастья. Так, вне работы при наличии СЭВ счастливы 50% хирургов, при его отсутствии – 73%, а на работе – соответственно 10 и 59%. При этом более благополучными чувствовали себя мужчины, чем женщины, как на работе (37 и 29%), так и вне работы (64 и 29%). Хирурги с СЭВ реже занимаются спортом (58%; без СЭВ – 69%) и более склонны к избыточной массе тела (52 и 48%). Практически для врачей всех специальностей фактором риска СЭВ были низкие доходы, невысокие сбережения и чрезмерный уровень долговых обязательств [3].

Жалобы по поводу неправильного лечения или врачебных ошибок также статистически достоверно чаще встречаются у хирургов с СЭВ [9]. По данным анонимного опроса 7905 членов Американского колледжа хирургов, 700 (8,9%) из них ответили, что за последние 3 мес они допустили значительную медицинскую ошибку. Считается, что в США до 100 тыс. пациентов (до 10% госпитализированных больных) умирают ежегодно от медицинских ошибок и предотвратимых осложнений. Ошибки могут иметь драматические последствия для хирурга, пациента и медицинского учреждения. Причем 70% хирургов, совершивших ошибки, связывают их, скорее, с личными факторами, чем с организационными.

Хирург – вторая (после пациента) жертва медицинской ошибки. Значительное эмоциональное воздействие на хирурга совершенной ошибки может сохраняться многие годы, причем при наличии у хирургов СЭВ статистически значимо повышается вероятность совершения ошибки, и в этом участвуют все 3 составляющие СЭВ. Деперсонализация примерно в 2 раза чаще повышала вероятность ошибки, чем эмоциональная истощенность. Депрессия оказалась также важным фактором, повышающим вероятность совершения ошибки. Частота ночных вызовов, место работы, количество рабочих часов и оплата труда оказались статистически не связаны с вероятностью совершения ошибки.

Таким образом, установлена взаимосвязь между СЭВ и медицинской ошибкой: совершенная ошибка может приводить к СЭВ или усугублять его, а СЭВ, в свою очередь, повышает вероятность совершения ошибки. Хотя количество ошибок у хирургов считается примерно таким же, как и у врачей других специальностей, ошибки хирурга могут иметь более трагические последствия из-за интервенционной природы хирургической деятельности [10].

Развитие СЭВ носит стадийный характер. На начальном этапе наблюдаются значительные энергетические затраты – следствие экстремально высокой положительной установки на выполнение профессиональных обязанностей. По мере развития синдрома появляется чувство усталости, постепенно оно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе. Однако проявления синдрома индивидуальны и определяются различиями в эмоционально-мотивационной сфере, а также условиями, в которых протекает профессиональная деятельность [11].

Вначале появляются длительное нервное напряжение, повышенная тревожность, которая больше присуща врачам-хирургам – ее обнаруживали у 30% мужчин и 50% женщин [12]. Позже присоединяются неадекватные избирательные эмоциональные реакции, невыполнение профессиональных обязанностей, потом – падение общего энергетического тонуса с ослаблением нервной системы.

Известны попытки выделить типы личности, наиболее предрасположенные к развитию СЭВ: педантичный тип характеризуется добросовестностью, излишней аккуратностью, стремлением добиться образцового порядка; демонстративный – тип, стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду; эмоциональный – включает впечатлительных и чувствительных людей [13]. Высокий уровень эмоционального истощения наблюдается среди врачей неотложной помощи, реаниматологов и анестезиологов, и встречается преимущественно у женщин, не состоящих в браке [14].

По-видимому, подверженность СЭВ зависит также от конкретной страны проживания. В работах российских специалистов, охватывающих более узкий (по сравнению с зарубежными) спектр специальностей врачей, прослеживается явное сочувствие определенной группе респондентов. Так, в нашей стране высокая частота СЭВ отмечена у участковых врачей-терапевтов (вследствие большого числа больных на приеме, дефицита времени и возможностей для обследования) [15]. Среди врачей общей практики высокий уровень тревоги выявлен в 41% случаев, а клинически выраженная депрессия – в 26% [16].

Высокий уровень СЭВ отмечен у работников отделений анестезиологии – у 33% врачей и 26% медсестер [17] – это в 7 раз чаще, чем у других специалистов. По количеству суицидальных попыток анестезиолого-реаниматологи на 2-м месте после психиатров [18]. Психоэмоциональное напряжение при контакте с больными, находящимися в критическом состоянии, высокая вероятность ошибки, которая может стоить жизни, психологические удары в случае гибели пациентов – только одна из составляющих профессии. С другой стороны, современная анестезиология и интенсивная терапия – это еще и высокотехнологический процесс. СЭВ больше выражен у детских анестезиологов, чем у детских хирургов, а также у врачей со стажем работы <5 и >10 лет [19].

Часто СЭВ выявляют у психиатров; наиболее высокие показатели – у мужчин, работающих в детской психиатрии. При этом работники частных клиник, сотрудники научно-исследовательских институтов менее подвержены СЭВ, чем работники государственных медицинских учреждений [20]. Специалисты сферы психического здоровья, работающие в стационаре, чаще подвергаются СЭВ, чем работающие амбулаторно [16, 21, 22].

Определена различная устойчивость к данному синдрому в зависимости от возраста и стажа работы. Среди хирургов в возрасте 37–40 лет со стажем работы 13–16 лет диагностирован умеренный уровень реактивной и высокий – личностной

тревожности, однако не выявлено изменений этих характеристик в зависимости от пола и количества дежурств. У врачей акушеров-гинекологов в возрасте 33–35 лет со средним стажем работы 10–12 лет также выявлена умеренная реактивная и высокая личностная тревожность, при этом уровень реактивной тревожности у женщин был выше, а личностной – несколько ниже, чем у мужчин [23].

Проводились исследования по оценке связей между субъективным отношением врачей к ситуациям профессионального взаимодействия и оценкой степени влияния рабочих проблем на эмоциональное выгорание. Были обследованы психиатры, хирурги и гинекологи разного возраста и пола. Выяснилось, что «профессиональный стресс» у врачей со стажем работы >15 лет сильнее, чем при стаже <15 лет, а субъективная оценка эмоционального дискомфорта в последнем случае не соответствует объективной выраженности стресса. Профессиональный стресс у психиатров оказался значительно более выраженным, чем у хирургов [24]. При анализе течения различных фаз СЭВ самые высокие показатели наблюдались в группе врачей-онкологов, у них также выявлено самое большое количество симптомов каждой фазы; на 2-м месте оказались врачи-психиатры [25]. Довольно часто эмоциональное выгорание встречается и у врачей-стоматологов [26].

Одно из первых мест по риску возникновения СЭВ занимает профессия медицинской сестры. Эта работа предполагает ежедневное тесное общение с людьми, страдающими различными недугами, требующими повышенной заботы и внимания. В таких условиях средний медицинский персонал испытывает повышенное эмоциональное напряжение, а СЭВ у медсестер наступает быстрее, чем у врачей, в среднем на 5–9 лет [11].

СЭВ может потенцировать суицидальное поведение. В некоторых исследованиях европейских и американских авторов выявлен повышенный риск суицида у врачей и медсестер (по сравнению с другими социальными группами профессионалов с высшим образованием, занятыми работой с людьми, – учителя, социальные работники, духовенство, полицейские) [27, 28]. Кроме того, подсчитано, что у мужчин-врачей риск суицида в 1,41 раза, а у женщин-врачей – в 2,7 раза выше, чем в среднем у населения [29]. Наибольшую склонность к суициду имеют врачи-психиатры [16].

Вместе с тем исследователями с Тайваня [30] установлен меньший риск суицида у врачей, чем в среднем в популяции, а в австралийском исследовании [31] – ниже, чем у образованных профессионалов и в целом у населения. Однако у женщин-врачей этот риск хотя и соответствовал аналогичному показателю у населения в целом, но был значительно выше, чем у образованных профессионалов. У среднего медицинского персонала обоего пола риск суицида оказался таким же, как у населения, но выше, чем у образованных профессионалов. Чаше (59,3%) в качестве способа суицида использовали отравление [31].

В конце XIX века впервые стал серьезно изучаться вопрос о продолжительности жизни врачей и влияющих на нее причинах. В то время у докторов и хирургов была высокой вероятностью умереть в любом возрасте, как считалось, из-за опасностей врачебной профессии (возможное инфицирование, отрицательные эмоции из-за неудовлетворительных результатов лечения, осложнений и смерти пациентов), а также неблагоприятных условий профессии, в частности, необходимости проезжать большие расстояния, в том числе в плохую погоду, в открытых повозках, управлять которыми часто приходилось им самим (наименьший риск смерти тогда был у ду-

ховенства вследствие здорового образа жизни и уверенности в завтрашнем дне). В западных странах смертность врачей была выше, чем в популяции, вплоть до 50-х годов XX века, когда ситуация стала изменяться к лучшему. Смертность среди врачей оценивалась как необычайно высокая в том числе из-за значительного употребления спиртного [32]. Сегодня до 22% врачей с признаками СЭВ принимают алкогольные напитки ежедневно [3].

В настоящее время считается, что показатель смертности тесно связан с уровнем образования и социальным статусом [33]. По-видимому, определенную роль играет тот факт, что люди с высоким уровнем образования внимательнее относятся к своему здоровью, соблюдают предписания врачей, придерживаются правильного образа жизни и питания, вовремя обследуются и лечатся. Что касается врачей, то к этому добавляются специальные медицинские знания, доступность диагностики и медицинской помощи.

Шведскими исследователями [34] установлено, что у врачей смертность значительно ниже, чем у людей с обязательным средним образованием (среди мужчин – на 50%, среди женщин – на 60%). Среди образованных профессионалов наименьшая смертность выявлена у университетских преподавателей, наибольшая – у духовенства.

Влияние уровня образования на смертность может быть двояким. С одной стороны, нельзя исключить, что люди с исходно возможным более низким уровнем смертности более склонны продолжать образование. Либо (что вероятнее) более высокий уровень образования предполагает также и более здоровый образ жизни. Низкий уровень смертности среди врачей является, возможно, следствием долгого процесса профессионального образования и получения специальных медицинских знаний, высокой зарплаты в западных странах. На Западе возможный положительный эффект добавляет «статусность» врачебной профессии [35]. В скандинавских и многих западноевропейских странах в последние десятилетия отмечается постоянная стойкая тенденция к снижению смертности врачей по сравнению с уровнем в популяции и сохранению относительно высокой частоты суицидов [36–39].

При исследовании общей смертности и ее причин на протяжении 20 лет выявлено, что по сравнению с популяцией смертность врачей (как мужчин, так и женщин) ниже от рака, болезней органов кровообращения и дыхания и других естественных причин; выявлена очень низкая смертность от болезней, связанных с курением. В то же время смертность от внешних причин оказалась значительно выше, чем в популяции: у врачей-мужчин – в основном от отравления, у женщин – от отравления, катастроф и других видов насильственной смерти. Смертность от суицида оказалась у врачей в 1,65 раза больше, чем в среднем у населения [40], а среди медсестер – еще выше (в 1,67 раза). Возможными способствующими факторами являются свободный доступ к лекарствам, а также знание фармакологии и летальных доз препаратов. Этому также могут способствовать напряженный характер труда, наличие СЭВ, а также то, что профессии врача и медсестры исходно выбирают лица с определенными характерологическими особенностями [41]. В Норвегии за 40 лет наблюдения (1960–2000) отмечено снижение смертности по сравнению с популяцией: у мужчин-врачей – с 0,90 до 0,69, у женщин-врачей – с 0,81 до 0,73, т.е. разрыв постепенно увеличивается. Однако смертность у врачей выше, чем у других работников с высшим образованием, за счет более высокой частоты суицидов [42].

К сожалению, в отечественной литературе нам не удалось найти строго научных исследований по изучению у

России продолжительности жизни врачей (в том числе хирургов). Чаще всего упоминают, что хирурги в нашей стране живут мало из-за непомерных нагрузок, большого количества дежурств, злоупотребления курением и алкоголем, низкой оплаты труда, низкого социального статуса, — на 20 лет меньше своих пациентов [43]. Но судя по всему, эти эмоциональные заявления пока не подкреплены реальными статистическими исследованиями.

Таким образом, сегодня СЭВ является неотъемлемым компонентом профессиональной деятельности врача, ежедневно влияющим на все аспекты его жизни, уровень самооценки, здоровье, и, по-видимому, на продолжительность жизни. Врачебная специализация и страна проживания являются одними из важных факторов риска.

Литература

- Freudenberger H. Staff burn-out // J. Social Issues. — 1994; 30: 159–65.
- Maslach C., Jackson S. Burnout Inventory (MBI): Manual / Palo Alto: Consulting Psychologists press, 1986; 112 p.
- Medscape Lifestyle report 2017 Race and Ethnicity, Bias and Burnout. General Surgery. <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/overview>
- Shanafelt T., Hasan O., Dyrbye L. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014 // Mayo Clin. Proc. — 2015; 90: 1600–13.
- Farber B., Heifetz L. The process and dimension of burnout in psychotherapists // Professional Psychology. — 1982; 13: 293–301.
- Bell R., Davison M., Sefcik D. A first survey. Measuring burnout in emergency medicine physician assistants // JAAPA. — 2002; 15: 40–52.
- Arora M., Asha S., Chinnappa J. et al. Review article: burnout in emergency medicine physicians // Emerg. Med. Australas. — 2013; 25: 491–5.
- Ben-Itzhak S., Dvash J., Maor M. et al. Sense of meaning as a predictor of burnout in emergency physicians in Israel: a national survey // Clin. Exp. Emerg. Med. — 2015; 2: 217–25.
- Balch C., Oreskovich M., Dyrbye L. et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons // J. Am. Coll. Surg. — 2011; 213 (5): 657–67.
- Shanafelt T., Balch Ch., Bechamps G. et al. Burnout and medical errors among American surgeons // Ann. Surg. — 2009; 250: 463–71. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd.
- Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д. и др. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии // Вестн. Санкт-Петербургского университета. — 2009; 3 (11): 57–70.
- Карчаа А.Р. Синдром профессионального выгорания у врачей-хирургов: диагностика, методы коррекции, профилактика. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2012; 133 с.
- Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания // Врач скорой помощи. — 2012; 10: 59–65.
- Whitley T. Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine an international study // Ann. Emerg. Med. — 1991; 20: 992–6.
- Марченко-Тябут Д.А., Головач А.А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // Медицина. — 2005; 2: 79–81.
- Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика, коррекция / Киев: Сфера, 2004; 34–49, 242–54.
- Засеева И.В., Татров А.С. Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестре отделения анестезиологии и реаниматологии в условиях региона // Фундаментальные исследования. — 2013; 6 (ч. 1): 184–8.
- Назаров И.П. Профессиональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов / Красноярск: Красноярская государственная медицинская академия. 2008. <http://www.sibmedport.ru/article.php?art&id=B08F6B9B9AEFF5AED8A2AAA56FEFE6E3&type=108>
- Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Штогун К.А. и др. Исследование выраженности синдрома выгорания у детских анестезиологов // Медицина неотложных состояний. — 2011; 6 (37): 51–6.
- Olkinuora M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians // Soc. Psychiatr. Epidemiol. — 1990; 25: 81–6.
- Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004; 4: 91–6.
- Winefield H., Anstey T. Job stress in general practice, practitioner age, sex, and attitudes as predictors // Family Practice. — 1991; 8: 140–4.
- Силкина А.А., Саншюкова М.К., Сергеева Е.С. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом. Всерос. научно-практ. интернет-конференция студентов и молодых ученых с международным участием «YSRP-2014», 2014. <https://medconfer.com/node/4331>
- Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб, 2005; 29 с.
- Бердяева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный мед. журн. — 2012; 2: 117–20.
- Ларенцова Л.И. Исследование видов эмпатии и синдрома выгорания у врачей-стоматологов // Таврич. журн. психиат. — 2002; 2 (19): 23–4.
- Agerbo E., Gunnell D., Bonde J. et al. Nordentoft Suicide and occupation: The impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences // Psychol. Med. — 2007; 37: 1131–40.
- Platt B., Hawton K., Simkin S. Mellanby Systematic review of prevalence of suicide in veterenary surgeons // Occup. Med. — 2010; 60: 436–46.
- Schernhammer E., Colditz G. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis) // Am. J. Psychiatr. — 2004; 161: 2295–302.
- Shang T., Chen P., Wang J. Mortality of doctors in Taiwan // Occup. Med. — 2011; 61: 2295–302.
- Suicide in medical doctors and nurses. An analysis of the Queensland Suicide Register // J. Nerv. Ment. Dis. — 2013; 201: 987–90.
- Bertillon J. Morbidity and mortality according to occupation // J. Roy Stat. Soc. — 1892; 55 (4): 559–600.
- Lieras-Muney A. The relationship between education and adult mortality in the United States // Rev. Econ. Studies. — 2005; 72: 189–221.
- Erikson R., Torssander J. Clerics die, doctors survive: A note on death risks among highly educated professionals // Scand. J. Public Health. — 2009; 37: 227–31.
- Marmot M. Status syndrome / London: Bloomsbury, 2004; pp. 288.
- Arnetz B., Horte L., Hedberg A. et al. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population // Acta Psychiatr. Scand. — 1987; 75: 139–43.
- Rimpela A., Nurminen M., Pukkinen P. et al. Mortality of doctors: do doctors benefit from medical knowledge? // Lancet. — 1987; 1 (8524): 84–6.
- Carpenter L., Swerdlow A., Fear N. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants // Occup. Environ. Med. — 1997; 54: 388–95.
- Lindeman S., Laara E., Hakko H. et al. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors // Br. J. Psychiatr. — 1996; 168: 274–9.
- Juel K., Mosbech J., Hansen E. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973–1992 // Int. J. Epidemiol. — 1999; 28: 456–60.
- Andersen O. Dodelighet og ehervv 1970–80. Occupational mortality 1970–80. J. Statistiske undersøgelser nr 41 / Copenhagen: Danmarks Statistik, 1985 (in Danish).
- Sejersted T. Mortality among Norwegian medical doctors 1960–2000. Universitetet i Oslo Host, 2008; p. 22.
- Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи – заложники смерти (Почему врачи умирают на 10–20 лет раньше своих пациентов). 4-е изд., доп. / М., 2000; 339 с.

BURNOUT SYNDROME IN PHYSICIANS (HOW LONG SHALL I LAST?)

A. Samokhvalov, Candidate of Medical Sciences; Professor **N. Krylov**, MD;

D. Vychezhanin, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

The paper analyzes the prevalence of burnout syndrome among physicians. As an integral component of professional activity, this syndrome affects all aspects of life in a doctor, his/her self-rating, health, and, apparently, life expectancy. The important risk factors are his/her medical specialty and country of residence.

Key words: burnout syndrome, risk factors, medical specialty.