

---

**ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД  
ПАНДЕМИИ: ПОИСК ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ**

---

**CHALLENGES FOR HEALTH AND EDUCATION DURING  
THE PANDEMIC: THE SEARCH FOR PSYCHOLOGICAL  
AND ORGANIZATIONAL RESOURCES**

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ  
ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19:  
СИТУАЦИОННЫЕ  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

**А.Б. ХОЛМОГорова**

Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), Научно-исследовательский институт скорой  
помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП  
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,  
e-mail: [kholmogorova@yandex.ru](mailto:kholmogorova@yandex.ru)

**А.А. РАХМАНИНА**

Научно-исследовательский институт скорой помощи  
имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП  
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>,  
e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

## **А.Ю. СУРОЕГИНА**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>,  
e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

## **О.Ю. МИКИТА**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,  
e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

## **С.С. ПЕТРИКОВ**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>,  
e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

## **А.П. РОЙ**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>,  
e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

В статье приводятся результаты исследования уровня и факторов психической дезадаптации и профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих обучение в Учебном центре НИИ СП имени Н.В. Склифосовского, во время второй волны пандемии COVID-19. В исследовании приняли участие 110 ординаторов ( $M_{\text{возр.}}=25,1$ ;  $SD=2,32$ ) — 30 мужчин и 80 женщин первого и второго года обучения, как работающих в «красной зоне», так и занятых в оказании помощи другим пациентам. Для изучения симптомов и факторов психической дезадаптации и профессионального выгорания использовались шкалы депрессии и тревоги А. Бека, опросник профессионального выгорания К. Маслач, шкала оценки выраженности симптомов посттравматического стресса PSL-5, шкала оценки дистресса Дж. Холланд, Калифорнийский опросник одиночества Д. Рассела с соавторами, трех-

факторный опросник перфекционизма Н.Г. Гараян и А.Б. Холмогоровой и Торонтская шкала алекситимии Г. Тейлора с соавторами. Согласно полученным данным, 43% молодых врачей отметили симптомы депрессии средней и высокой степени тяжести; 11% — наличие суицидальных мыслей; 30% — симптомы тревоги высокой интенсивности; более половины (55%) имеют критически высокие показатели симптомов посттравматического стресса. Примерно у четверти респондентов были выявлены высокие показатели общего дистресса (24%) и профессионального выгорания по всем трем его аспектам (эмоциональное истощение — 23%, деперсонализация — 25%, профессиональная успешность — 22%). Большинство ординаторов связывают дистресс с трудностями сочетания работы и учебы и опасением за качество обучения в период пандемии, а в качестве источника совладания со стрессом называют социальную поддержку. Серия регрессионных анализов показала важность вклада переживания одиночества, а также высоких показателей перфекционизма и алекситимии в психическое неблагополучие и профессиональное выгорание ординаторов.

**Ключевые слова:** депрессия, симптомы посттравматического стресса, профессиональное выгорание, врачи-ординаторы, COVID-19, дистресс и его факторы, алекситимия, одиночество, перфекционизм.

*Для цитаты:* Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 9—47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202>

## **MENTAL HEALTH AND PROFESSIONAL BURNOUT AMONG RESIDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: SITUATIONAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS**

**ALLA B. KHOLMOGOROVA**

Moscow State University of Psychology & Education, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,  
e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)

**ANASTASIYA A. RAKHMANINA**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>,  
e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

## **ANASTASIYA YU. SUROEGINA**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>,  
e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

## **OLESYA YU. MIKITA**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,  
e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

## **SERGEY S. PETRIKOV**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>  
e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

## **ANITA P. ROY**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>,  
e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

The paper presents the results of a study of the level and factors of mental maladjustment and professional burnout of medical residents undergoing training at the Training Center of N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine during the second wave of the COVID-19 pandemic. The study involved 110 first and second year residents (30 men and 80 women; mean age —  $25.1 \pm 2.32$ ), both working in the COVID-19 “red zone” and helping other patients. The following methods were used to assess symptoms and factors of mental maladjustment and professional burnout: Beck Depression and Anxiety Scales (Beck et al., 1988; 1996), Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981), PTSD Checklist for DSM 5 (PSL-5; Weathers et al., 2013) Distress Thermometer (Holland, Bultz, 2007), UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978) Three-Factor Perfectionism Inventory (Garanyan et al., 2018) and Toronto Alexithymia Scale (Taylor et al., 2003). According to the data, 43% of young doctors noted symptoms of depression of moderate and high severity, suicidal thoughts were present in 10%, symptoms of heightened anxiety in 30%, and more than a half (55%) had critically high rates of symptoms of post-traumatic stress. About a quarter of the respondents showed high rates of general distress (24%) and professional burnout in all three of its aspects (emotional exhaustion — 21%, depersonalization — 23%, and personal accomplishment — 22%). Most residents associated distress with difficulties in combining work and study and fear for the quality of education during the pandemic. Social support was noted as a factor in coping with stress. A series of regression analyzes showed the importance of the contribution of the experience of loneliness, as well as high rates of perfectionism and alexithymia, to mental distress and professional burnout of residents.

**Keywords:** depression, post-traumatic stress symptoms, professional burnout, young doctors-residents, COVID-19, distress and its factors, alexithymia, loneliness, perfectionism.

**For citation:** Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroegina A.Yu., Mikita O.Yu., Petrikov S.S., Roy A.P. Mental Health and Professional Burnout among Residents During the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 9–47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Пандемия COVID-19 (*Coronavirus disease*), длящаяся более года, несомненно, успела затронуть все сферы жизни общества. Однако важно подчеркнуть, что основным удар, бесспорно, принимали и продолжают принимать на себя медицинские работники, которые ежедневно сталкиваются с новыми задачами и ограничениями в своей работе. Наиболее уязвимой группой среди работников здравоохранения считаются так называемые «молодые врачи» (*junior doctors* — врачи-стажеры, ординаторы). Специалисты на этапе ординатуры, только начинающие свою профессиональную карьеру, и до пандемии сталкивались с различными дополнительными дистресс-факторами, например: вынужденное совмещение учебы и работы, необходимость адаптации в устоявшемся коллективе, поиск работы, финансовая нагрузка, подчиненная позиция, неуверенность в своих силах. Дополнительным фактором риска является работа в скорпомощных стационарах, связанная с повышенной ответственностью и неотложностью при оказании помощи.

Российские врачи-ординаторы скорпомощного стационара, обследованные до пандемии, отмечали, что значительная часть их проблем с психическим и физическим здоровьем связана с высокими нагрузками и стрессом на работе [4; 5]. Опрос молодых врачей, проведенный Британским Королевским колледжем в 2017 г., показал, что 70% из них работали сверхурочно на фоне предельных нагрузок, 80% считали, что работа подвергает их чрезмерному стрессу, а 25% сообщали, что подобная ситуация серьезно сказывается на психическом здоровье [16]. Качественное исследование 15 австралийских ординаторов с применением метода полуструктурированного интервью позволило выявить 4 ключевые темы, беспокоящие начинающих специалистов: проблемы на рабочем месте, опыт нарушения границ, стратегии улучшения состояния, препятствия на пути обращения за помощью. Половина опрошенных прошли программу «Устойчивость на ходу» (*Resilience on the Run; RoR*), направленную на повышение самоофективности и стрессоустойчивости. Признавая полезность данного опыта, большинство ординаторов отметили, что не будут об-

ращаться за психологической и иной помощью даже в случае острой необходимости. Подобное решение связывалось ими с устойчивым социальным стереотипом восприятия врача как специалиста, у которого не должно быть проблем, и, соответственно, опасением получить негативную оценку как профессионала со стороны коллег и кураторов в случае обращения за помощью. Среди типичных проблем на рабочем месте выделялось наличие внеурочных смен и дополнительной работы. Примечательно, что хотя ординаторы жаловались на объективно слишком большой объем возложенных на них задач, они сами брали дополнительные нагрузки, не желая показаться немотивированными своим кураторам, а также из страха упустить что-то важное. Отмечался еще один устойчивый стереотип: если специалист не может успеть сделать всю работу за отведенное время, он не является профессионалом. Также отмечали опыт буллинга со стороны вышестоящих работников, который порождал чувство некомпетентности, страх задать вопрос и попросить помощи [21].

Несмотря на отказ обращаться за помощью, респонденты выразили заинтересованность в получении дополнительных тренингов при условии одобрения этого со стороны руководства. Отзывы об эффективности тренинговой программы подтвердили необходимость внедрения методов профилактики психического неблагополучия у врачей-ординаторов, показатели которого, по разным данным, очень высоки [13; 16; 21]. Например, при опросе 102 французских врачей, проходящих стажировку, было выявлено, что 13% испытывали выраженные симптомы депрессии и 29% — тревоги, при этом симптомы депрессии и тревоги коррелировали с очень высокими требованиями к себе, отсутствием поддержки со стороны старших врачей, конкуренцией друг с другом. Помимо этого, отмечалось, что 55% опрошенных на регулярной основе употребляли алкоголь, чтобы справиться со стрессом [25].

Пандемия и сопровождающие ее дистресс-факторы усугубили уже имеющиеся проблемы начинающих специалистов и спровоцировали новые, влияющие на все сферы жизни молодых врачей. Эти проблемы касаются обучения, работы, затрагивают коммуникацию и личную жизнь [28]. Например, отмена плановых операций на фоне карантинных мероприятий и перепрофилирование больниц привели к объективному недостатку практического опыта у оперирующих молодых врачей. Это вызвало недовольство качеством полученного опыта, опасения по поводу трудоустройства, неуверенность в своих силах. В теоретическом сегменте образования также возникали пробелы ввиду переноса занятий и болезни профессоров. Важным дистресс-фактором для ординаторов является напряжение и выгорание их кураторов, также работающих в условиях повышенного напряжения сил [20].

Обследование 10178 молодых специалистов Пакистана выявило, что распространенность симптомов депрессии, генерализованного тревожного расстройства и острого стрессового расстройства составила 26,4%, 22,6% и 4,4% соответственно. Женщины, старшие специалисты второй ступени обучения и рядовые работники, сообщили, что испытывают больше тревожности, депрессии и симптомов острого стресса, чем обычно [23]. При сравнении 393 ординаторов Америки, работавших в «красных зонах», с другими специалистами были получены следующие данные. В группе, работавшей с COVID-19, была более высокая распространенность стресса (29,4% против 18,9%) и выгорания (46,3% против 33,7%). Данная группа ординаторов также выше оценивала факторы стресса, связанные с семьей: необходимость ухода за детьми, сокращение времени, проводимого с семьей и т. д. [24].

Помимо ситуационных факторов — высоких нагрузок и организационных проблем, важную роль в профессиональном выгорании медицинских работников играют психологические факторы, которые на настоящий момент остаются недостаточно исследованными [6]. Между тем наряду с необходимостью поиска новых организационных решений, направленных на оптимизацию условий труда и учебы данного контингента, важную роль играют психологические меры профилактики профессионального выгорания и психической дезадаптации, направленные на повышение психологической компетентности и стрессоустойчивости специалистов здравоохранения.

Рост изоляции людей в современном обществе, переход взаимодействия в режим онлайн зачастую делает более поверхностным общение и менее доступным для молодых специалистов такой важнейший ресурс защиты от психической дезадаптации, как эмоциональная близость и поддержка со стороны других людей. Ведущая роль социальной поддержки в защите от депрессии была недавно показана в обширном мета-анализе, доказавшем, что именно этот фактор со значительным отрывом от всех других является важнейшим протектором от депрессивных расстройств — основного экономического бремени в современной медицине [17]. «Самым выдающимся и намного оторвавшимся по влиянию от других параметром оказалась частота доверительных разговоров с другими и рассказы другим о себе, своих переживаниях, мыслях и пр., а также встречи с семьей и друзьями — все это подчеркивает важный защитный эффект социальной связанности и социального единства», — делает вывод руководитель исследования Джордан Смоллер (*Jordan Smoller*) [17, р. 952]. Дефицит поддержки приводит к частому переживанию чувства одиночества и изоляции. Так, в 2020 г. исследование 78 сотрудников оперативного отдела скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону показало, что восприятие специалистами условий работы и профессио-

нальных межличностных отношений как психотравмирующих приводят к переживанию одиночества [9]. В том же году американские исследователи пригласили к участию в опросе, посвященном связи одиночества с психологическим благополучием, 442 практикующих врача, из которых 197 (44%) завершили опрос. Почти половина опрошенных (43%) пережили чувство одиночества, степень выраженности которого прямо коррелировала с эмоциональным выгоранием и симптомами депрессии, независимо от пола, возраста и общей нагрузки участников исследования [26]. Авторы делают вывод, что изучение факторов переживания одиночества и механизмов его влияния на психологическое благополучие требует дальнейших исследований.

Обзор существующих исследований позволяет сделать предположение об одном из таких механизмов. Такая особенность когнитивно-аффективной сферы, как алекситимия, или трудности распознавания, понимания и выражения чувств (как своих, так и других людей), также тесно связана с повышенным риском профессионального выгорания, возникновением симптомов посттравматического стресса, тревоги и депрессии. В целом ряде исследований социальных работников, педагогов, медицинских работников были обнаружены значимые корреляции показателей алекситимии с таким важным аспектом профессионального выгорания, как эмоциональное истощение [14]. В немецком исследовании медицинских работников — женщин, среди которых большинство были врачами, получены значимые связи алекситимии со шкалой эмоционального истощения и показателями посттравматического стресса [27]. Иранское исследование среднего медицинского персонала также показало, что уровень алекситимии связан с профессиональным выгоранием [29]. Такие данные объясняются самой природой алекситимии, которая, с одной стороны, затрудняет эффективную переработку негативных эмоций, что способствует их накоплению и, в конечном итоге, негативно сказывается на психическом и соматическом состоянии, с другой — мешает установлению близких отношений с другими людьми и лишает такого важного ресурса в совладании со стрессом, как эмоциональная поддержка, о значении которой было сказано выше.

Целый ряд современных исследований также показали тесную связь профессионального выгорания у медицинских работников с такой личностной чертой, как перфекционизм — стремление к совершенству, связанное с жесткой самокритикой за любую оплошность или неудачу, отсутствием внутреннего права на трудности и восприятием других как очень критичных и предъявляющих очень высокие требования, не склонных к выражению тепла и поддержки в трудных ситуациях. Очевидно, что перфекционизм, как и алекситимия, способствует изоляции и одиночеству, трудностям обращения за помощью и получения необ-



ходимой каждому человеку поддержки. Однако стоит подчеркнуть, что распространенность этой черты особенно заметно растет именно среди молодого поколения профессионалов. Выше уже было отмечено, что в австралийском исследовании выявлена высокая тревога молодых врачей по поводу возможной негативной оценки со стороны старших коллег, если они не будут брать дополнительных нагузков вопреки усталости и состоянию эмоционального истощения. Эта тревога подкреплялась критичным и требовательным отношением со стороны вышестоящих работников, вплоть до буллинга, что порождало чувство некомпетентности и страх задать вопрос, когда что-то было непонятно [20]. Исследование 72 врачей и медицинских сестер в частном медицинском госпитале Бухареста подтвердило тесную связь между показателями перфекционизма и профессиональным выгоранием, а также психопатологической симптоматикой [18].

В фундаментальном исследовании динамики показателей перфекционизма в студенческой популяции за последние без малого 30 лет британские ученые отмечают: «Проблемы с психическим здоровьем у студентов достигают рекордных показателей. Повсюду растут показатели депрессии, тревожных расстройств и суицидальной направленности» [19]. Объединенный анализ 164 выборок, включающий студентов ( $N=41641$ ) из американских, канадских и английских образовательных учреждений (70% женщины,  $M_{\text{возр.}}=20,5$ ), обследованных по Многомерной шкале перфекционизма (*Multidimensional Perfectionism Scale*; Hewitt, Flett, 1991) на протяжении 27 лет, показал, что независимо от пола, возраста и страны молодые люди становятся все более требовательными к себе и другим, а также считают, что окружающие ждут от них достижений и совершенства. Авторы подчеркивают, что рост показателей перфекционизма прямо связан с ростом симптомов психического неблагополучия. Аналогичные данные были получены при сравнении двух российских выборок студентов, обследованных с разницей в 10 лет: рост перфекционизма сопровождался ростом симптомов депрессии и суицидальной направленности [15].

Таким образом, особенно актуальным в современной культурно-исторической ситуации является изучение связи профессионального выгорания и психической дезадаптации с показателями одиночества, алекситимии и перфекционизмом у молодых врачей-ординаторов.

**Цель** настоящего исследования — изучить уровень и факторы (как ситуационные, связанные с дистрессом в ситуации пандемии, так и психологические, связанные с внутренними переживаниями и установками) профессионального выгорания и других симптомов психической дезадаптации у врачей-ординаторов скоропомощного стационара в период второй волны пандемии.

## Метод

**Процедура исследования.** Врачам-ординаторам, обучающимся в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, было предложено на основаниях анонимности и добровольности заполнить ряд опросников, которые были объединены в гугл-формы и выложены в чаты с обращением от руководства Учебного центра НИИ СП имени Н.В. Склифосовского, в котором объяснялись цели исследования. Затем следовало обращение от психологической службы института, в котором выражалось понимание относительно сверхзанятости ординаторов, сочетающих учебные и рабочие нагрузки, а также указывалось, что все желающие могут на условиях анонимности получить индивидуальную обратную связь по своим данным с краткими рекомендациями. В соответствии с этическим кодексом Российского общества психологов было получено информированное согласие респондентов, участие в исследовании было анонимным и конфиденциальным. Исследование проводилось, начиная с 23 декабря 2020 г., т. е. во время так называемой второй волны пандемии; к 30 декабря гугл-форму заполнили 80 человек из 700, получивших рассылку в чатах. Исследование было продлено до 11 января 2021 г. включительно с повторным обращением и указанием ссылки на опросники. Однако к 11 января прирост был относительно небольшим (31 человек) и форма была закрыта, когда ее заполнили в общей сложности 110 человек, т. е. 15,7% от всей выборки.

**Выборка.** Выборка составила 15,7% от общей выборки ординаторов, которым было предложено принять участие в исследовании. В исследовании приняли участие 110 ординаторов первого и второго года обучения, проходящие обучение в Учебном центре НИИ СП имени Н.В. Склифосовского, из них 30 мужчин и 80 женщин, в возрасте от 23 до 30 лет ( $M_{\text{возр.}} = 25,1$ ;  $SD = 2,32$ ).

Относительно низкий процент участия врачей-ординаторов в исследовании можно объяснить накопившейся усталостью в конце года и большим количеством требований по учебе и работе. Половина опрошенных (56 человек) совмещали обучение с работой в отделениях, оборудованных для лечения пациентов с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19. Другая половина (54 человек) респондентов обучалась и работала в других отделениях НИИ или поликлиниках города Москвы. При этом распределение по полу среди занятых в помощи пациентам с COVID-19 и работающих с другими пациентами было примерно одинаковое: 29% мужчин и 71% женщин работали в отделениях с пациентами с COVID-19 и 26% мужчин и 74% женщин — в других отделениях. Также примерно пополам вся об-

следованная выборка поделилась на ординаторов первого (53 человека) и второго (57 человек) года.

**Методики исследования.** Всех участников просили заполнить *анкету*, направленную на сбор социодемографических данных (пол, возраст) и информации о специальности и участии в оказании помощи пациентам с COVID-19. Затем респондентам предлагалось заполнить два блока методик: 1) для оценки уровня профессионального выгорания и психической дезадаптации; 2) для исследования вклада различных факторов в уровень профессионального выгорания и психической дезадаптации.

Для оценки уровня профессионального выгорания и психической дезадаптации использовались следующие шкалы.

1. *Опросник профессионального выгорания К. Маслач* (Водопьянова, Старченкова, 2008; Водопьянова, 2009) [1; 2], включающий 22 вопроса и три шкалы: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Профессиональная успешность».

2. *Шкалы депрессии и тревоги А. Бека*, валидизированные на российской выборке Н.В. Тарабриной с соавторами (2001), включающие 21 пункт с описанием симптомов [12].

3. *Опросник посттравматического стресса (PCL—5)*, валидизированный Н.В. Тарабриной (2017), включающий 20 вопросов и 4 подшкалы, направленные на оценку симптомов посттравматического стресса, соответствующих критериям DSM, а именно: симптомы навязчивого повторения, избегания, негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере и симптомов возбудимости [13].

Для исследования ситуационных и психологических факторов дистресса, профессионального выгорания и психической дезадаптации использовались следующие инструменты.

1. *Шкала оценки дистресса* (Термометр дистресса) — скрининговый инструмент, первоначально разработанный для оценки эмоционального дискомфорта у пациентов с заболеваниями, представляющими угрозу для жизни, и выявления основных факторов, вносящих вклад в эмоциональный дистресс (Holland, Bultz, 2007) [10; 22]. Шкала адаптирована на русскоязычной выборке (Олейникова, Гентс, Сирота, 2014) [7]. Испытуемым предлагается оценить общий уровень эмоционального дистресса по 10-балльной шкале. Авторами данной статьи методика была модифицирована и были выделены основные факторы дистресса у врачей-ординаторов в период второй волны пандемии (всего 33 фактора, см. в табл. 5), вклад каждого из них в общий дистресс оценивался по 4-балльной шкале. В ходе обработки полученных данных все выделенные факторы дистресса были объединены в пять доменов: эмоциональные и физические трудности, организационные трудности,

трудности коммуникации с пациентами, потери и заражение, а также учебные нагрузки. Также в гугл-форму был включен список факторов, отражающих источники и стратегии совладания с дистрессом (всего 19 факторов, см. в табл. 7), важность каждого из них для совладания с общим дистрессом тоже оценивалась по 4-балльной шкале. Эти факторы, в свою очередь, были объединены в пять доменов: социальная поддержка, административная поддержка, неформальное общение, продуктивное времяпровождение, избегание негативных эмоций.

2. *Калифорнийский опросник одиночества (Revised UCLA Loneliness Scale; Russell, Replau, Cutrona, 1980)*, предназначенный для оценки субъективного чувства одиночества и изоляции. Включает в себя 20 пунктов, находится в процессе валидации на российской выборке.

3. *Шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale или TAS-20; Taylor et al., 1985)*, направленная на оценку выраженности алекситимии. Включает 20 пунктов и имеет 3 подшкалы: трудность идентификации чувств, трудность описания чувств и внешне-ориентированное (экстернальное) мышление. Адаптация Е.Г. Старостиной с соавторами (2009) [11].

4. *Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2018)*, включающий 18 пунктов и 3 подшкалы: 1) Социально предписанный перфекционизм — озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; 2) Я-адресованный перфекционизм — высокие стандарты и требования к себе; 3) Перфекционистский когнитивный стиль — негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве.

## Результаты

Результаты исследования представлены в двух частях: 1) показатели профессионального выгорания и психической дезадаптации в обследованной выборке врачей ординаторов; 2) корреляционные связи между различными показателями и факторами психического неблагополучия в обследованной выборке, регрессионный анализ.

**Показатели профессионального выгорания и психической дезадаптации в обследованной выборке врачей ординаторов.** В обследованной выборке не было выявлено влияния пола, возраста, года обучения на показатели психической дезадаптации опрошенных респондентов, поэтому в дальнейшем эти факторы не учитывались.

В табл. 1, 2 представлено распределение респондентов в зависимости от выраженности симптомов депрессии и тревоги.

Таблица 1

**Число (%) врачей-ординаторов с разной степенью выраженности симптомов депрессии, суицидальными мыслями и намерениями в период второй волны пандемии (N=110)**

Показатель по Шкале депрессии Бека	Врачи-ординаторы N (%)
Нет депрессивных симптомов (0—13)	46 (42%)
Легкие депрессивные симптомы (14—18)	18 (16%)
Депрессивные симптомы умеренной тяжести (19—28)	32 (29%)
Выраженные симптомы депрессии (29 и более)	14 (13%)
Суицидальные мысли	12 (11%)
Суицидальные намерения	1 (0,9%)

Как видно из табл. 1, 42% выборки опрошенных отмечают симптомы депрессии умеренной (29%) и выраженной (13%) степени тяжести: нарушения сна, выраженную усталость и утрату интереса к жизни, чувство вины и другие тяжелые эмоциональные переживания. При этом наличие суицидальных мыслей отмечают 12 человек (11%), а суицидальных намерений — 1 человек (0,9% выборки). Полученные показатели по шкале депрессии Бека превышают аналогичные в общей популяции и в смешанной выборке медицинских работников, обследованных во время первой волны [8].

Симптомы тревоги высокой интенсивности у ординаторов, обследованных во время второй волны пандемии (табл. 2), отмечаются почти в два раза чаще по сравнению со смешанной выборкой медицинских работников, обследованных в первую волну [8], что можно объяснить, как и в случае симптомов депрессии, молодым возрастом врачей-ординаторов, а также ростом усталости и напряжения во время второй волны.

Таблица 2

**Число (%) врачей-ординаторов с разной степенью выраженности симптомов тревоги в период второй волны пандемии (N=110)**

Показатель по Шкале тревоги Бека	Врачи-ординаторы N (%)
Нет симптомов тревоги (0—4)	17 (15,4%)
Симптомы легкой тревоги (5—13)	41 (37,2%)
Симптомы тревоги умеренной интенсивности (14—18)	19 (17,4%)
Симптомы тревоги высокой интенсивности (19 и более)	33 (30%)

Из табл. 2 видно, что симптомы тревоги высокой интенсивности отмечают 30% обследованных врачей-ординаторов, а значит, помимо

страха, они ощущают разнообразные физиологические признаки тревоги (желудочно-кишечные расстройства, ощущение удушья, учащенное сердцебиение и др.), что в крайней степени выраженности может приводить к вегетативной буре и паническим атакам.

В табл. 3 дается сравнение средних показателей по шкалам опросника PCL-5 в выборке Н.В. Тарабиной с соавторами (2017) и обследованной выборке врачей-ординаторов. Шкала PCL-5 является международной шкалой, которая широко используется для оценки выраженности симптомов посттравматического стресса. Она была адаптирована и валидизирована на российской выборке, включавшей 945 человек (538 женщин и 407 мужчин) в возрасте от 18 до 56 лет [12].

Таблица 3

**Средние значения симптомов посттравматического стресса в выборке врачей-ординаторов в период второй волны пандемии (N=110) и по выборке выше среднего значения (Тарабина и др., 2017)**

Показатель субшкал PCL -5	Средние значения в популяционной выборке (Тарабина, 2017)	Максимальные значения в популяционной выборке (Тарабина, 2017)	Средние значения по выборке врачей-ординаторов (N=110) M (SD)
Кластер В (симптомы навязчивого повторения)	4,48	20	8,9 (5,71)
Кластер С (симптомы избегания)	1,92	8	3,5 (2,79)
Кластер D (негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере)	4,86	27	12,4 (7,01)
Кластер Е (симптомы возбудимости)	4,07	24	10,5 (5,72)
Общий балл	15,34	76	35,1 (19,04)

Как видно из табл. 3, подавляющее число врачей-ординаторов демонстрируют показатели практически вдвое выше средних значений, полученных в российской популяционной выборке, по всем четырем подшкалам шкалы PCL-5. Как отмечают авторы валидизации, общий балл выше 33 единиц по данной шкале свидетельствует о критическом значении показателя и риске манифестации полномасштабного ПТСР. Значения выше 33 баллов выявлены у 55% ординаторов, что говорит о серьезных последствиях для психического здоровья пережитого и переживаемого стресса у молодых врачей.

Ниже приведены данные о количестве врачей-ординаторов, попавших в разные квартильные интервалы обследованной выборки по уровню профессионального выгорания по шкалам опросника Маслач.

Таблица 4

**Число (%) врачей-ординаторов, имеющих низкие, средние и высокие показатели выгорания в период второй волны пандемии по квартильным интервалам в обследованной выборке (N=110)**

Различные параметры профессионального выгорания	Низкий уровень выгорания N (%)	Средний уровень выгорания N (%)	Высокий уровень выгорания N (%)
Эмоциональное истощение	23 (21%)	62 (56%)	<b>25 (23%)</b>
Деперсонализация	20 (18%)	63 (57%)	<b>27 (25%)</b>
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	27 (25%)	59 (53%)	<b>24 (22%)</b>

Как видно из табл. 4, более половины обследованных врачей-ординаторов испытывают умеренные признаки выгорания по всем трем параметрам шкалы К. Маслач. Однако почти у четверти из респондентов эти показатели достигают высокой степени, т. е. для них характерны переживания безрадостности и эмоционального опустошения, у них отсутствуют персонифицированные эмоционально поддерживающие и позитивные отношения с пациентами и коллегами, и они не воспринимают себя как успешных профессионалов.

На рис. 1, 2, 3 для большей наглядности представлено распределение выборки по интервалам значений всех трех показателей профессионального выгорания в обследованной выборке врачей-ординаторов. При этом для сопоставления дается также распределение респондентов с интервалами, приведенными в табл. 4 и полученными в исследовании Водопьяновой Н.В. (2009), выполненном до пандемии в смешанной группе сотрудников социальной сферы, включавшей и медицинских работников [1].

Как видно на рис. 1, 2, 3, показатели эмоционального истощения и деперсонализации практически в три раза выше в изучаемой выборке по сравнению с аналогичными у представителей помогающих профессий до пандемии (по средним показателям Водопьяновой). Показатели профессиональной успешности различаются не столь значительно, что можно интерпретировать как осознание чрезвычайной важности своей профессии у врачей в период пандемии.

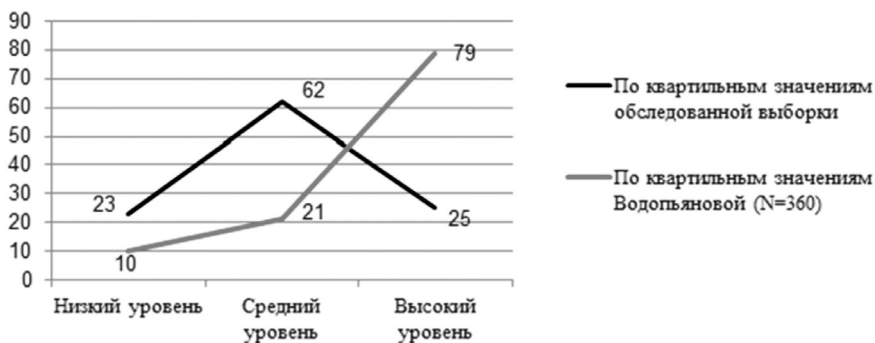


Рис. 1. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений по шкале «Эмоциональное истощение», полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и в квартильные интервалы в обследованной выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)

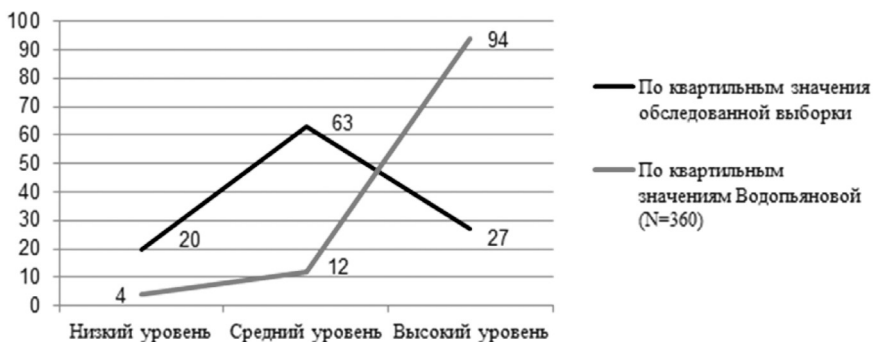


Рис. 2. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений по шкале «Деперсонализация», полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и в квартильные интервалы в обследованной выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)

На рис. 4 представлены результаты по методике «Термометр дистресса». Все респонденты в зависимости от оценки уровня своего дистресса были разделены на три группы: 0—3 балла — низкий уровень; 4—7 баллов — средний уровень; 8—10 баллов — высокий уровень.

Как видно на рис. 4, 20% респондентов оценили свой уровень дистресса как низкий (т. е. не более 3 баллов из 10), 56% выбрали оценку от



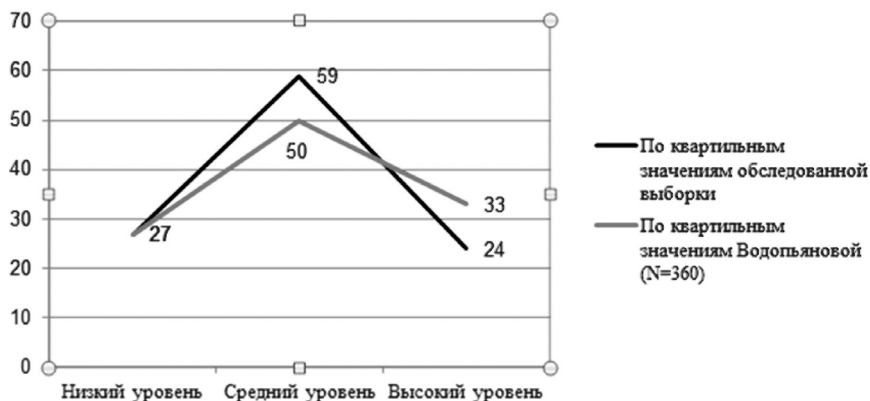


Рис. 3. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений по шкале «Редукция профессиональных достижений», полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и в квартильные интервалы в обследованной выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)

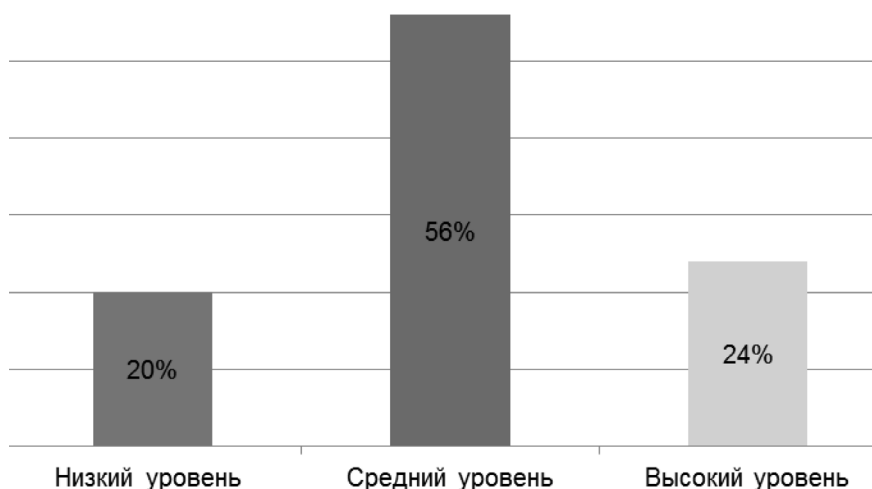


Рис. 4. Число (%) врачей-ординаторов во время второй волны пандемии с различным уровнем эмоционального дистресса в период пандемии (N=110, методика «Термометр дистресса»)

4 до 7 баллов, и 24% отметили экстремально высокие показатели дистресса — от 8 до 10 баллов.

В табл. 5 представлены результаты анализа оценки медицинскими работниками вклада того или иного из 33 факторов в общий эмоциональный дистресс.

Таблица 5

**Число (%) врачей-ординаторов, оценивших наивысшими баллами вклад того или иного фактора в общий эмоциональный дистресс в период второй волны пандемии (N=110)**

<b>Области эмоционального дистресса</b>	<b>Врачи-ординаторы, N (%)</b>
Недостаток сна	82 (75%)
Опасение, что я получу меньше от процесса обучения из-за пандемии	82 (74%)
Необходимость сочетать работу и учебу с ростом нагрузки, связанной с работой	81 (72%)
Увеличение доли дистанционных занятий в учебных программах и опасения за качество обучения	71 (64%)
Сопrotивление/Нежелание выходить на смену	61 (55%)
Беспокойство/Тревога	55 (50%)
Чувство несправедливости в отношении распределения ресурсов (премии, отпуска и т. д.) и нехватка поддержки общества	55 (50%)
Резкое возрастание нагрузки из-за болезни инфицированных коллег, нехватки медицинского персонала, необходимости осваивать непривычную работу	54 (49%)
Возрастание ответственности за тяжелых больных при недостатке опыта	54 (49%)
Нервозность	54 (49%)
Грусть/ Депрессия	54 (49%)
Информационный шум (большое количество разной информации, постоянные изменения в информации)	51 (46%)
Злость/Раздражительность	50 (45%)
Беспокойство за безопасность членов семьи	48 (43%)
Несогласие с руководством, недоверие руководству	47 (42%)
Организационные трудности (распределение обязанностей, недостатки оперативной связи между специалистами)	45 (41%)

<b>Области эмоционального дистресса</b>	<b>Врачи-ординаторы, N (%)</b>
Скука/Апатия	41 (37%)
Пассивность	41 (37%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	37 (33%)
Одиночество/Чувство изоляции	36 (32%)
Физический дискомфорт	36 (32%)
Подтвержденный факт собственного заражения и карантин	35 (32%)
Страх (заразиться, заразить близких, потерять пациента)	33 (30%)
Потеря коллег	32 (29%)
Разрушение привычного графика работы (плано-вые госпитализации, отпуска и т.д.) и перераспределение обязанностей	30 (27%)
Потеря пациента	30 (27%)
Трудности в общении с родственниками пациентов	29 (26%)
Агрессия со стороны пациентов	28 (25%)
Недоступность более надежных медицинских средств защиты из-за специфики отделения (не-ковидные корпуса)	21 (19%)
Чувство вины	19 (17%)
Нехватка медицинских средств защиты	18 (16%)
Трудности в общении с пациентами	17 (15%)
Страх заразиться от инфицированного пациента без подтвержденного диагноза COVID-19	16 (14%)

Как видно из табл. 5, более 50% опрошенных выделили следующие факторы дистресса как наиболее значимые: «Недостаток сна», «Опасение, что я получу меньше от процесса обучения из-за пандемии», «Необходимость сочетать работу и учебу и рост нагрузки, связанной с работой», «Увеличение доли дистанционных занятий в учебных программах и опасения за качество обучения», «Соппротивление/Нежелание выходить на смену», «Беспокойство/Тревога», «Чувство несправедливости в отношении распределения ресурсов (премии, отпуска и т. д.) и нехватка поддержки общества». Таким образом, по субъективной оценке врачей-ординаторов трудности и опасения, связанные с необходимостью сочетать учебу и работу, играют значимую роль в состоянии дистресса. Следует отметить, что более трети

выборки пережили дистресс, связанный с собственным заражением COVID-19, и 32 человека высоко оценили дистресс, связанный с потерей коллег. При этом, по сравнению со смешанной выборкой, обследованной во время первой волны, гораздо меньше специалистов испытывают выраженное беспокойство по поводу средств защиты и страха заражения.

Все факторы эмоционального дистресса были объединены в 5 доменов («Эмоциональные и физические трудности», «Организационные трудности», «Трудности коммуникации с пациентами», «Потери и заражение» и «Учебная нагрузка»).

Ниже приводится таблица с корреляциями, отражающими значимость различных доменов для общего балла дистресса (табл. 6).

Таблица 6

**Корреляции между общим баллом эмоционального дистресса и средними показателями различных доменов проблемных областей в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Домены	Средний показатель «Термометра дистресса» по 10-балльной шкале
Эмоциональные и физические трудности	0,713**
Организационные трудности	0,623**
Трудности коммуникации с пациентами	0,375**
Потери и заражение	0,314**
Учебные нагрузки	0,345**

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Как видно из табл. 6, наиболее сильную и высокозначимую корреляцию с общим показателем эмоционального дистресса демонстрирует домен эмоциональных и физических трудностей, включающий различные негативные эмоции, в том числе страх заражения и чувство одиночества и изоляции. Следующая по силе корреляция представлена организационными трудностями (включает проблемы в распределении обязанностей, нехватку средств защиты и необходимость осваивать новую непривычную работу). Более слабыми корреляциями с общим дистрессом связаны сложности в коммуникации с пациентами, учебные нагрузки (тревога за качество знаний и необходимость совмещать учебный процесс и работу), а также переживания, связанные с потерей коллег и пациентов, и собственные проблемы со здоровьем.

Ниже в табл. 7 приведены результаты анализа оценки вклада 19 различных факторов в совладание с дистрессом.

Таблица 7

**Число (%) врачей-ординаторов, оценивших наивысшими баллами вклад того или иного фактора-протектора в снижение общего эмоционального дистресса в период второй волны пандемии (N=110)**

<b>Факторы-протекторы</b>	<b>Врачи-ординаторы N (%)</b>
Поддержка со стороны семьи	94 (85%)
Поддержка со стороны коллег	78 (70%)
Обсуждение своих переживаний с близкими людьми	77 (69%)
Возможность делать перерывы для отдыха	76 (68%)
Благодарность пациентов	68 (61%)
Переключение на другую деятельность во время перерывов и после работы	68 (61%)
Материальное поощрение	62 (56%)
Благодарность и поддержка со стороны общества	61 (55%)
Обсуждение с коллегами, переживающими или пережившими сходный опыт	58 (52%)
Возможность создания более щадящего и гибкого графика обучения и работы	58 (52%)
«Серфинг» в Интернете, чтобы отключиться от неприятных воспоминаний, мыслей и чувств	57 (51%)
Создание неформальной дружеской обстановки во время занятий и поддержка со стороны преподавателей	55 (50%)
Неформальная дружеская обстановка и ее поддержка со стороны администрации	54 (48%)
Возможность обратиться за поддержкой к администрации и руководителям образовательного учреждения, где Вы проходите стажировку	40 (36%)
Поддержка со стороны администрации	39 (35%)
Относительная свобода перемещения и планов, так как не работал непосредственно с пациентами с COVID -19	36 (32%)
Информация о текущей ситуации и задачах со стороны руководства	29 (26%)
Доступ к психологической информации о способах снятия стресса	23 (21%)
Употребление алкоголя после работы для снятия напряжения	19 (17%)

Как видно из табл. 7, половина и более опрошенных выделили следующие факторы-протекторы как наиболее эффективно снижающие стресс:

«Поддержка со стороны семьи», «Поддержка со стороны коллег», «Обсуждение своих переживаний с близкими людьми», «Возможность делать перерывы для отдыха», «Благодарность пациентов», «Переключение на другую деятельность во время перерывов и после работы», «Материальное поощрение», «Благодарность и поддержка со стороны общества», «Обсуждение с коллегами, переживающими или пережившими сходный опыт», «Возможность создания более щадящего и гибкого графика обучения и работы», «“Серфинг” в Интернете, чтобы отключиться от неприятных воспоминаний, мыслей и чувств», «Создание неформальной дружеской обстановки во время занятий и поддержка со стороны преподавателей». Помимо оптимизации условий работы и введения дополнительных материальных стимулов, бросается в глаза важность неформального поддерживающего общения, которую отметили большинство участников исследования.

Сравнение показателей психического неблагополучия (симптомов депрессии, тревоги и посттравматического стресса) у групп врачей-ординаторов, работающих отделениях с COVID-19 и работающих в других отделениях, не выявило значимых различий между группами. Однако были получены значимые различия в общем уровне дистресса, а также некоторых отдельных доменах, объединяющих как факторы дистресса («Трудности коммуникации с пациентами», «Организационные трудности», «Потери и заражения»), так и факторы совладания с ним («Административная поддержка», «Социальная поддержка» и «Неформальное общение»). Вопреки ожиданиям, все перечисленные выше показатели оказались выше у ординаторов, не работающих с пациентами с COVID-19, что может быть связано с возросшей нагрузкой в других отделениях, повышенным риском заражения без надежных защит, имеющихся в «красных зонах», а также недостаточным поощрением тех молодых врачей, которые заняты в оказании помощи пациентам с другими заболеваниями. Группа врачей-ординаторов, не работающих в отделениях для COVID-пациентов, выше оценивают значимость разных видов поддержки — от административной до неформального общения.

Таким образом, врачи-ординаторы, не работающие в отделениях с COVID-19, испытывают больший дистресс, связанный с организационными трудностями, риском заражения и недостаточным поощрением, и более заинтересованы в таких способах его снижения, как поддержка от близких и от администрации.

Сравнение таких факторов профессионального выгорания и психического неблагополучия, как алекситимия, перфекционизм и одиночество у групп врачей-ординаторов, работающих отделениях с COVID-19 и работающих в других отделениях, не дало значимых различий между группами. Однако средние значения по этим показателям во всей выборке можно отнести к экстремально высоким. Так, средние значения показателя по трехфакторному опроснику перфекционизма — 43,8 балла при стандартном отклонении

4,76 — попадают в зону крайних значений популяционной группы, обследованной авторами опросника для его валидации. Согласно данным валидации, в популяционной группе разброс средних значений в квартильном интервале колеблется от 29 до 43 баллов; а в клинической группе больных депрессивными и тревожными расстройствами — от 36 до 50 баллов [3]. Средние значения по шкале alexitimии TAS-20 у ординаторов (59,8 баллов при стандартном отклонении 8,26) также превышают средние значения, полученные авторами ее валидации в популяционной группе (52,3 при стандартном отклонении 12,38) [11]. Опросник одиночества находится в процессе валидации в русскоязычной выборке, что делает пока затруднительной оценку его показателей. Однако в целом можно сделать вывод о высоких показателях психологических факторов психической дезадаптации и профессионального выгорания в обследованной группе ординаторов.

**Корреляционные связи различных факторов и показателей профессионального выгорания, психической дезадаптации и данные регрессионного анализа, отражающего вклад различных факторов.** В табл. 9 приведены результаты исследования взаимосвязи эмоциональной дезадаптации, профессионального выгорания и факторов дистресса.

Таблица 9

**Корреляции показателей психической дезадаптации (шкалы депрессии и тревоги Бека, опросник PCL-5) и показателей профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) с факторами дистресса в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Шкалы	Эмоциональные и физические трудности	Организационные трудности	Трудности коммуникации с пациентами	Потери и заражение	Учебные нагрузки	Общий дистресс
Депрессия	<b>0,715**</b>	<b>0,513**</b>	0,169	0,139	<b>0,212*</b>	<b>0,626**</b>
Тревога	<b>0,808**</b>	<b>0,609**</b>	<b>0,357**</b>	<b>0,245**</b>	<b>0,333*</b>	<b>0,603**</b>
Эмоциональное истощение	<b>0,735**</b>	<b>0,650**</b>	<b>0,235*</b>	0,146	<b>0,300*</b>	<b>0,600**</b>
Деперсонификация	<b>0,426**</b>	<b>0,389**</b>	0,145	0,007	0,114	<b>0,310**</b>
Ощущение профессиональной успешности	-0,165	-0,016	-0,043	0,160	<b>0,212*</b>	-0,096
Общий балл PCL-5	<b>0,677**</b>	<b>0,528**</b>	<b>0,278**</b>	0,154	<b>0,257*</b>	<b>0,564**</b>

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Как видно из табл. 9, домен эмоциональных и физических трудностей имеет высокосignимые сильные корреляции с показателями депрессии, тревоги, эмоционального истощения и симптомами посттравматического стресса, а также корреляции средней силы с показателями деперсонализации. Показатель организационных трудностей и общий балл дистресса имеют высокосignимые связи средней силы со всеми представленными показателями, кроме ощущения профессиональной успешности. Три остальных домена дали в целом более низкие и менее значимые корреляции с разными показателями психического неблагополучия. Интересно, что единственным фактором, который положительно коррелирует с показателем профессиональной успешности, оказался показатель роста учебных нагрузок. Возможно, молодые ординаторы, переживающие тревогу за учебный процесс, несмотря на усталость, больше включены в него и чаще ощущают себя профессионалами.

Связь показателей эмоциональной дезадаптации, профессионального выгорания с факторами-протекторами, способствующими совладанию с дистрессом отражена в табл. 10.

Таблица 10

**Корреляции показателей психической дезадаптации (шкалы депрессии и тревоги Бека, опросник PCL -5) и показателей профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) с факторами совладания с дистрессом в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Шкалы	Административная поддержка	Социальная поддержка	Неформальное общение	Продуктивное времяпровождение	Избегание негативных эмоций
Депрессия	<b>-0,306**</b>	<b>-0,236*</b>	<b>-0,272*</b>	<b>-0,244*</b>	<b>0,193*</b>
Тревога	-0,151	-0,158	-0,083	-0,186	0,132
Эмоциональное истощение	<b>-0,301**</b>	<b>-0,245**</b>	<b>-0,264**</b>	<b>-0,245**</b>	<b>0,265**</b>
Деперсонализация	<b>-0,294**</b>	<b>-0,355**</b>	<b>-0,227*</b>	<b>-0,242*</b>	<b>0,335**</b>
Ощущение профессиональной успешности	-0,012	0,137	0,033	0,095	-0,023
Общий балл PCL-5	<b>-0,226*</b>	-0,063	-0,113	-0,156	0,133

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Как видно из табл. 10, связи факторов-протекторов с показателями выгорания и психического неблагополучия менее сильные и значимые



по сравнению со связями факторов дистресса, отраженными в табл. 9. Тем не менее, важно отметить, что практически все имеющиеся корреляции отрицательные, что говорит о пользе, как различных видов поддержки, так и продуктивного переключения после работы. Исключение составляет избегание негативных эмоций в виде таких копингов, как «серфинг» в Интернете и алкоголь, который положительно связан с ростом деперсонализации, видимо, по сходству защитных механизмов — изоляции от негативных переживаний.

В табл. 11 приводятся взаимосвязи показателей профессионального выгорания и психической дезадаптации с такими психологическими факторами, как алекситимия, одиночество и перфекционизм.

Таблица 11

**Корреляции показателей психической дезадаптации (шкалы депрессии и тревоги Бека, опросник PCL -5) и профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) с показателями алекситимии, перфекционизма и одиночества (шкалы алекситимии и трехфакторный опросник перфекционизма) в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Шкалы	Алекситимия общий балл	Перфекционизм	Переживание одиночества
Депрессия	<b>0,590**</b>	<b>0,503**</b>	<b>0,532**</b>
Тревога	<b>0,494**</b>	<b>0,387**</b>	<b>0,407**</b>
Эмоциональное истощение	<b>0,480**</b>	<b>0,398**</b>	<b>0,485**</b>
Деперсонализация	<b>0,359**</b>	0,134	<b>0,302**</b>
Профессиональная успешность	<b>-0,241*</b>	-0,104	<b>-0,375**</b>
Общий балл PCL-5	<b>0,565**</b>	<b>0,430**</b>	<b>0,541**</b>

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Показатель алекситимии, отражающий трудности идентификации и описания эмоций, положительно связан со всеми изучаемыми параметрами, кроме ощущения профессиональной успешности, имеющей обратную связь с показателем алекситимии. Плохое понимание собственных эмоций и неспособность ими делиться мешают переработке негативных чувств и сближению с другими людьми, что приводит к быстрому выгоранию на рабочем месте. Также мешает чувствовать себя успешным переживание одиночества, которое, как и алекситимия, связано с ростом практически всех показателей психического неблагополучия. Общий показатель перфекционизма дал высокозначимые связи средней силы с показателями депрессии, тревоги, эмоционального истощения и симптомами травматического стресса. В данной таблице мы

не приводим корреляции отдельных подшкал этой методики, однако следует отметить, что показатель так называемого Я-адресованного перфекционизма не обнаруживает положительных корреляций с симптомами психического неблагополучия, но связан высокосignификантными корреляциями средней силы с ощущением профессиональной успешности. Это может свидетельствовать о том, что Я-адресованный перфекционизм не всегда является деструктивным, в отличие от социально-предписываемого перфекционизма, который выражается в озабоченности оценками со стороны других, а также от перфекционистского когнитивного стиля в форме фиксации на допущенных ошибках и несовершенстве. Как социально предписанный перфекционизм, так и перфекционистский когнитивный стиль дали положительные корреляции средней силы с симптомами психического неблагополучия.

Также была проведена серия регрессионных анализов для оценки влияния факторов дистресса (всего 6 доменов), факторов протекторов (всего 5 доменов), а также таких психологических факторов, как алекситимия (3 шкалы), одиночество и перфекционизм (3 шкалы) на симптомы депрессии, тревоги, посттравматического стресса и профессионального выгорания. Всего проверялось влияние 20 независимых переменных на зависимые переменные (депрессия, тревога, посттравматический стресс, эмоциональное истощение, деперсонализация, профессиональная успешность).

Ниже приведены данные регрессионного анализа для депрессии (табл. 12).

Таблица 12  
**Регрессионный анализ для зависимой переменной «Депрессия» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Одиночество	0,249	3,830	0,000
Эмоциональные и физические трудности	0,333	3,720	0,000
Алекситимия	0,235	3,536	0,001
Общий уровень дистресса	0,251	3,065	0,003

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Как показано в табл. 12, основными переменными, влияющими на рост показателей депрессии, являются эмоциональные и физические трудности, алекситимия, переживание одиночества и общий уровень дистресса. Можно сделать вывод о том, что переживание физического дискомфорта и негативных эмоций, которые не подвергаются психологической переработке, приводит к ухудшению самочувствия, а наряду с

ощущением покинутости и социальной изоляции в условиях повышенного дистресса ведет к ощущению безнадежности, снижению настроения и росту депрессивной симптоматики. Модель объясняет 81,6% дисперсии зависимой переменной «Депрессия» ( $R^2=0,816$ ;  $F=52,38$ ).

Аналогичная процедура была проделана по отношению к зависимой переменной «Тревога» (табл. 13).

Таблица 13

**Регрессионный анализ для зависимой переменной «Тревога» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Эмоциональные и физические трудности	0,678	10,568	0,000
Алекситимия	0,228	3,559	0,001

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Выявлено влияние только двух независимых переменных на зависимую переменную «Тревога»: эмоциональные и физические трудности и алекситимия. Можно сделать вывод, что переработанный стресс, связанный с трудностями осознания и выражения эмоций, приводит к их разрастанию и соматизации, психофизиологическому возбуждению и росту вегетативных симптомов тревоги. Таким образом, наряду с объективными причинами тревоги алекситимия также способствует ее росту. Модель объясняет 65,2% дисперсии зависимой переменной «Тревога» ( $R^2=0,652$ ;  $F=100,08$ ).

В табл. 14 представлены результаты регрессионного анализа для общего показателя симптомов травматического стресса.

Таблица 14

**Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Посттравматический стресс» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Эмоциональные и физические трудности	0,387	5,661	0,000
Перфекционизм	0,280	3,985	0,000
Алекситимия	0,219	3,236	0,002
Одиночество	0,167	2,390	0,019

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Мы видим, что на рост симптоматики посттравматического стресса влияют те же факторы, что и на рост депрессивной симптоматики, од-

нако вместо уровня дистресса важное (второе по значимости) влияние оказывает перфекционизм. Тревога из-за возможного несоответствия высоким стандартам, фиксация на негативных моментах своей деятельности приводят к когнитивной загруженности негативными воспоминаниями о неудачах, росту общего напряжения и эмоционального истощения. Модель объясняет 65,8% дисперсии зависимой переменной ПТСР ( $R^2=0,658$ ;  $F=50,61$ ).

В табл. 15, 16 и 17 приведены данные влияния независимых переменных на три параметра профессионального выгорания.

Как видно из табл. 15, при осуществлении регрессионного анализа для переменной «Эмоциональное истощение» к присутствующему во всех предшествующих регрессиях домену «Эмоциональные и физические трудности» добавляется домен организационных трудностей, а к переживаниям одиночества добавляется перфекционистский когнитивный стиль, выражающийся в постоянной фиксации на свои ошибках и неудачах, которые совершенно неизбежны в условиях повышенных организационных трудностей и сверхнагрузок.

Таблица 15  
Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Эмоциональное истощение» ( $N=110$ )

Показатель	$\beta$	t	p
Эмоциональные и физические трудности	0,434	4,743	0,000
Организационные трудности	0,223	2,586	0,011
Перфекционистский когнитивный стиль	0,180	2,507	0,014
Одиночество	0,162	2,296	0,024

Примечание:  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Мы видим, что организационные трудности, связанные с общением с руководством, правилами системы, которые надо соблюдать, наряду с фиксацией на негативных моментах в работе приводят к эмоциональному истощению. Модель объясняет 65% дисперсии зависимой переменной «Эмоциональное истощение» ( $R^2=0,645$ ;  $F=47,62$ ).

Интересные данные получены для зависимой переменной «Деперсонализация» (табл. 16). На первое место по значимости в этой регрессии вышел один из показателей шкалы алекситимии «Экстернальное мышление» (общий показатель шкалы тоже вошел в регрессию). Это означает, что молодые врачи, склонные к деперсонализации, мало обращают внимания на внутреннюю жизнь, как свою, так и других людей, и больше сосредоточены на внешних событиях, что может усиливать интенсив-

ность и деструктивность всех негативных эмоций. Наконец, для склонных к избеганию эмоционального контакта специалистов свойственны такие деструктивные копинги, как серфинг в Интернете и употребление алкоголя или стратегия избегания чувств.

Таблица 16  
Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Деперсонализация» (N=110)

Показатель	$\beta$	t	p
Экстернальное мышление	0,457	4,210	0,000
Эмоциональные и физические трудности	0,224	2,612	0,010
Социальная поддержка	-0,330	-4,366	0,000
Избегание негативных эмоций	0,267	3,513	0,001
Алекситимия	0,272	3,227	0,002

Примечание:  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

При этом, как видно из единственной обратной связи в регрессии, социальная поддержка со стороны семьи, общества и коллег (домен социальной поддержки), наоборот, снижает деперсонализированное отношение ординаторов к пациентам. Модель объясняет 41% дисперсии зависимой переменной «Деперсонализация» ( $R^2=0,411$ ;  $F=18,31$ ).

Несколько неожиданно на переживание успешности оказывают наиболее важное и при этом разнонаправленное влияние два показателя шкалы перфекционизма. Если Я-адресованный перфекционизм, связанный с постановкой собственных целей и высоких стандартов, способствует ощущению профессиональной успешности, то перфекционистский когнитивный стиль, напротив, по понятным причинам способствует постоянной фиксации на неудачах и разрушает это ощущение. Также подрывает его и переживание одиночества.

Таблица 17  
Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Профессиональные достижения» (N=110)

Показатель	$\beta$	T	p
Я-адресованный перфекционизм	0,446	5,583	0,000
Перфекционистский когнитивный стиль	-0,283	-3,008	0,003
Одиночество	-0,246	-2,657	0,009

Примечание:  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Модель объясняет 35,1% дисперсии зависимой переменной «Профессиональные достижения» ( $R^2=0,351$ ;  $F=19,10$ ).

Как видно из всех приведенных выше регрессий, в них, за исключением регрессий для зависимых переменных «Тревога» и «Деперсонафикация», присутствует влияние независимой переменной «Одиночество». Согласно описанной во введении культурно-исторической ситуации становления молодых специалистов и приведенным во введении данным исследований, переживание одиночества у молодых врачей является во многом результатом возросшего за последние десятилетия перфекционизма, прежде всего, социально предписанного, а также результатом недостаточной компетенции в области социального познания — алекситимии. Поэтому было важно математически проверить влияние перфекционизма и алекситимии на показатели одиночества. Также важно было посмотреть, влияют ли перегрузки в форме различных факторов дистресса, а также стратегии совладания с ним на переживание одиночества. Поэтому мы решили изучить влияние всех факторов дистресса, алекситимии и перфекционизма на рост переживаний одиночества.

Как видно из табл. 18, наиболее значимым фактором, влияющим на ощущение одиночества, является социально-предписанный перфекционизм — уверенность в высокой критичности и высоких ожиданиях со стороны других людей, что может затруднить обращение за помощью из-за страха негативной оценки с их стороны и стимулировать деструктивную стратегию избегания контактов. Следующим по значимости фактором риска погружения в переживания одиночества является один из показателей независимой переменной «Алекситимия» — «Трудности идентификации чувств», так как эти трудности не только затрудняют переработку и саморегуляцию эмоций, но и делают невозможной эмоциональную близость с другими людьми, обращение за помощью и получение эмоциональной поддержки от них. Как видим, именно наличие такой поддержки (социальная поддержка — последняя переменная в регрессии) предохраняет молодых специалистов от деструктивного чувства одиночества и заброшенности, невозможности опереться на свое социальное окружение.

Таблица 18

**Регрессионный анализ для зависимой переменной «Одиночество» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Социально-предписанный перфекционизм	0,401	5,031	0,000
Трудности идентификации чувств	0,315	3,950	0,000
Социальная поддержка	-0,254	-3,421	0,001

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Модель объясняет 42% дисперсии зависимой переменной «Профессиональные достижения» ( $R^2=0,420$ ;  $F=25,56$ ).

### **Обсуждение результатов**

Как уже отмечалось во введении, современная культурно-историческая ситуация в области высшего образования отличается ростом конкуренции и заметным ухудшением состояния психического здоровья у будущих специалистов. Британские специалисты на основании данных масштабного срезового исследования студенческой популяции за последние три десятилетия связывают это с ростом среди учащейся молодежи такой личностной черты, как перфекционизм — завышенные стандарты деятельности, убежденность в очень высоких ожиданиях от них со стороны окружающих, фиксация на ошибках и страх критики и отвержения [19]. Аналогичные данные получены и в российском исследовании, выявившим значительный рост перфекционистских установок среди студентов вузов за последнее десятилетие [15]. Как отмечается в ряде других исследований, ситуация пандемии еще больше усугубила риски для специалистов социальной сферы и прежде всего для медицинских работников, среди которых наиболее уязвимую категорию представляют молодые врачи [24]. Данные нашего исследования подтверждают указанные выводы и позволяют проверить предположение относительно связи высокого уровня выгорания и психического неблагополучия с высокими показателями перфекционизма у молодых врачей-ординаторов, проходящих обучение в Учебном центре в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского.

Как показал регрессионный анализ, высокие показатели перфекционизма, прежде всего социально предписанного, а также перфекционистского когнитивного стиля, наряду с высокими показателями алекситимии (трудностями описания и выражения чувств), способствуют переживанию одиночества, избеганию контактов и изоляции от людей, эмоциональному истощению и снижению удовлетворенности от работы, а также усилению симптомов посттравматического стресса. Вместе с тем Я-адресованный перфекционизм, или ориентация на собственные высокие стандарты, напротив, способствует сохранению ощущения профессиональной успешности, этот аспект перфекционизма не показал связи с проявлениями психической дезадаптации. Можно предположить, что ординаторы, способные ставить собственные цели и задачи, отличаются более зрелой, субъектной позицией в учебной деятельности, больше вовлечены в эту деятельность и чувствуют себя более уверенно как профессионалы.

Серия регрессионных анализов позволила в комплексе изучать влияние психологических факторов, а также различных ситуационных факторов дистресса. В результате получили полное подтверждение данные о деструктивности для психического здоровья молодых врачей не только ситуационных психологических и физических перегрузок, связанных с пандемией, но и таких устойчивых психологических факторов, как склонность к переживанию одиночества, перфекционизм и алекситимия. Важно также отметить, что деперсонификации или отстраненности во взаимодействии с пациентами и коллегами способствуют дефицит эмоциональной компетентности и стратегии избегания эмоций («серфинг» в Интернете и употребление алкоголя), а также дефицит близости и социальной поддержки. Показана важная протективная роль близости с другими людьми, поддержки со стороны семьи и администрации, благодарности пациентов и общества, а также конструктивного решения организационных проблем для сохранения здоровья молодых врачей, проходящих обучение в сложных условиях пандемической ситуации.

## **Выводы**

Таким образом, в обследованной выборке врачей-ординаторов, профессиональная деятельность которых осуществляется во время второй волны пандемии COVID-19, отмечаются высокие показатели профессионального выгорания, симптомов посттравматического стресса, тревоги, депрессии и суицидальной направленности.

1. Значимый вклад в эмоциональный дистресс вносят ситуационные факторы, связанные с опасением за качество получаемого образования в период пандемии, а также с недостатком сна, беспокойством и тревогой. В качестве факторов, способствующих совладанию с дистрессом, большинство ординаторов выделяют поддержку семьи, коллег, возможность обсуждения проблем в неформальной обстановке, благодарность пациентов и поддержку, в том числе материальную, со стороны администрации. Ординаторы, не занятые в работе с пациентами с COVID-19, значимо не отличаются от ординаторов, работающих в «красных зонах», по всем изученным показателям психической дезадаптации и профессионального выгорания, однако они выше оценили субъективный дистресс и значимость таких усугубляющих дистресс факторов, как несправедливость в распределении ресурсов и организационные трудности, включая доступность надежной защиты.

2. Результаты исследования вклада психологических факторов в уровень психического неблагополучия и профессионального выгорания молодых врачей показали важность переживания одиночества, перфек-



ционистских установок (ожидание критики и негативной оценки и постоянная фиксация на своих ошибках и несовершенстве), трудностей в распознавании и понимании эмоций (алекситимия), а также стратегий избегания негативных чувств вместо их психологической переработки.

3. Проведенное исследование позволяет уточнить задачи психологической подготовки молодых врачей и убедительно доказывает необходимость повышения их психологической компетентности для сохранения здоровья и профессиональной эффективности. Важными задачами являются повышение эмоционального интеллекта, способности строить конструктивные отношения с другими людьми, снижение уровня социально предписанного перфекционизма и перестройка перфекционистского когнитивного стиля. С другой стороны, важно подчеркнуть необходимость решения организационных задач, возникающих при совмещении работы и учебы, а также при взаимодействии с супервизорами и старшими коллегами, обеспечения доступности как профессиональной, так и эмоциональной поддержки (снижение страха критики и негативной оценки в случае обращения за помощью).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
2. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.
3. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 8—32. DOI:10.17759/cpp.2018260302
4. *Говорин Н.В., Бодагова Е.А.* Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск; Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.
5. *Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б.* Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 46—69. DOI:10.17759/cpp.2020280203
6. *Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., и др.* Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39—49. URL: [https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml) (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.17759/jmfp.2020090104
7. *Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А.* Исследование дистресса у женщин, больных злокачественными новообразованиями [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3 (5). URL: [http://medpsy.ru/climp/2014\\_3\\_5/article13.php](http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php) (дата обращения: 04.05.2021)
8. *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., и др.* Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у

- медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 8—45. DOI:10.17759/cpp.2020280202
9. *Рогова Е.Е.* Взаимосвязь одиночества и эмоционального выгорания у сотрудников скорой помощи [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8. № 6. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/128PSMN620.pdf> (дата обращения: 04.05.2021)
  10. *Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А., и др.* Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/ подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6. № 4. С. 76—82. DOI:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
  11. *Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., и др.* Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 4. С. 31—38.
  12. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
  13. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., и др.* Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
  14. *Трухан Е.А., Кутас О.В.* Взаимосвязь алекситимии с профессиональным выгоранием у социальных работников // Философия и социальные науки. 2010. № 3. С. 59—63.
  15. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Цацулин Т.О.* Динамика показателей перфекционизма и симптомов эмоционального неблагополучия в российской студенческой популяции за последние десять лет: когортное исследование // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 3. С. 41—50. DOI:10.17759/chp.2019150305
  16. *Aitkenhead D.* Panic, chronic anxiety and burnout: Doctors at breaking point [Электронный ресурс] // The Guardian. 2018. March 10. URL: <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/10/panic-chronic-anxiety-burnout-doctors-breaking-point> (дата обращения: 04.05.2021).
  17. *Choi K.W., Stein M.B., Nishimi K.M., et al.* An exposure-wide and Mendelian randomization approach to identifying modifiable factors for the prevention of depression // American Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 177 (10). P. 944—954. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19111158
  18. *Craiovan P.* Correlations between perfectionism, stress, psychopathological symptoms and burnout in the medical field // Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2014. Vol. 127. P. 529—533. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.03.304
  19. *Curran T.* How perfectionism became a hidden epidemic among young people [Электронный ресурс] // The Conversation. 2018. January 8. URL: <https://theconversation.com/how-perfectionism-became-a-hidden-epidemic-among-young-people-89405> (дата обращения: 04.05.2021)
  20. *Forbes M., Iyengar S., Kay M.* Barriers to the psychological well-being of Australian junior doctors: A qualitative analysis [Электронный ресурс] // BMJ.

2019. Vol. 9 (6). URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e027558> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.1136/bmjopen-2018-027558
21. *Holland J.C., Bultz B.D.* The NCCN guideline for distress management: A case for making distress the sixth vital sign // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2007. Vol. 5 (1). P. 3—7. DOI:10.6004/jnccn.2007.0003
  22. *Imran N. Masood H.M.U., Ayub M., et al.* Psychological impact of COVID-19 pandemic on postgraduate trainees: A cross-sectional survey [Электронный ресурс] // *Postgraduate Medical Journal*. 2020. URL: <https://pmj.bmj.com/content/early/2020/08/25/postgradmedj-2020-138364> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.1136/postgradmedj-2020-138364
  23. *Kannampallil T.G., Goss C.W., Evanoff B.A., et al.* Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2020. Vol. 15 (8). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237301> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.1371/journal.pone.0237301
  24. *Kerrier M., Pougnet R., Garlantézec R., et al.* Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecin // *La Presse Médicale*. 2015. Vol. 44 (4-1). P. 84—91. DOI:10.1016/j.lpm.2014.06.042
  25. *Munro C., Burke J., Allum W., et al.* COVID-19 leaves surgical training in crisis [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2021. Vol. 372. URL: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n659> (дата обращения: 25.04.2021). DOI:10.1136/bmj.n659
  26. *Ofei-Doodoo S., Ebberwein C., Kellerman R.* Assessing loneliness and other types of emotional distress among practicing physicians // *Kansas Journal of Medicine*. 2020. Vol. 13 (1). P. 1—5. URL: <https://journals.ku.edu/kjm/article/view/13394/12612> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.17161/kjm.v13i1.13394
  27. *Riethof N., Bob P., Laker M., et al.* Alexithymia, traumatic stress symptoms and burnout in female healthcare professionals [Электронный ресурс] // *Journal of International Medical Research*. 2020. Vol. 48 (4). URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300060519887633> (дата обращения: 15.04.2021). DOI:10.1177/0300060519887633
  28. *Rimmer A.* COVID-19: Most trainees have faced disruption to their training, GMC survey shows [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2020. Vol. 371. URL: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4093> (дата обращения: 15.04.2021). DOI:10.1136/bmj.m4093
  29. *Saeidi Z., Ebrahimi H., Areshtanab H.N., et al.* Alexithymia and its relationships with job burnout, personality traits, and shift work among hospital nurses: A cross-sectional study // *Nursing and Midwifery Studies*. 2020. Vol. 9 (2). P. 83—89. DOI:10.4103/nms.nms\_20\_19

## REFERENCES

1. Vodop'yanova N.E. *Psikhodiagnostika stressa* [Psychodiagnostics of stress]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 336 p.
2. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. *Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika*. 2-e izd. [Burnout syndrome: Diagnostics and prevention. 2<sup>nd</sup> ed.]. Saint Petersburg: Piter, 2008. 336 p.

3. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Factor structure and psychometric properties of perfectionism inventory: Developing 3-factor version. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2018. Vol. 26 (3), pp. 8–32. DOI:10.17759/cpp.2018260302. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Govorin N.V., Bodagova E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni vrachei [Mental health and quality of life of doctors]. Tomsk; Chita: Ivan Fedorov, 2013. 126 p.
5. Matyushkina E.Ya., Mikita O.Yu., Kholmogorova A.B. Burnout level in medical residents doing internship in emergency medicine hospital before the pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28 (2), pp. 46–69. DOI:10.17759/cpp.2020280203. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Matyushkina E.Ya., Roi A.P., Rakhmanina A.A., et al. Occupational stress and burnout among healthcare professionals [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9 (1), pp. 39–49. Available at: [https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml) (Accessed 04.05.2021). DOI:10.17759/jmfp.2020090104. (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Oleinikova I.N., Gens G.P., Sirota N.A. Issledovanie distressa u zhenshchin, bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami [Study of distress in women with malignant tumors] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika = Clinical and Medical Psychology: Research, Training, Practice*, 2014, no. 3 (5). Available at: [http://medpsy.ru/climp/2014\\_3\\_5/article13.php](http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php) (Accessed 04.05.2021)
8. Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Yu., et al. Professional burnout, symptoms of emotional disorders and distress among healthcare professionals during the COVID-19 epidemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28 (2), pp. 8–45. DOI:10.17759/cpp.2020280202. (In Russ., abstr. in Engl.)
9. Rogova E.E. Vzaimosvyaz' odinochestva i emotsional'nogo vygoraniya u sotrudnikov skoroi pomoshchi [The relationship between loneliness and emotional burnout of emergency medical workers] [Elektronnyi resurs]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2020. Vol. 8 (6). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/128PSMN620.pdf> (Accessed 04.05.2021)
10. Ryabova T.V., Nikol'skaya N.C., Stefanenko E.A., et al. Kontsept "emotsional'nyi distress" kak vozmozhnyi pokazatel' narushenii adaptatsii u detei/podrostkov s onkologicheskimi i onkogematologicheskimi zabolevaniyami i ukhazhivayushchikh za nimi vzroslykh [The concept of "emotional distress" as a possible indicator of maladaptation in children/adolescents with oncological and oncohematological diseases and their caregivers]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii = Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 2019. Vol. 6 (4), pp. 76–82. DOI:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
11. Starostina E.G., Taylor G.D., Quilty L., et al. Torontskaya shkala aleksitimii (20 punktov): validatsiya russkoyazychnoi versii na vyborke terapevicheskikh bol'nykh [A new 20-item version of the Toronto Alexithymia Scale: Validation of the Russian language translation in a sample of medical patients]. *Sotsial'naya*

- i klinicheskaya psixhiatriya = Social and Clinical Psychiatry*, 2010. Vol. 20 (4), pp. 31–38.
12. Tarabrina N.V. Praktikum po psixhologii posttravmaticheskogo stressa [Handbook of the psychology of posttraumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
  13. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Padun M.A., et al. Intensivnyi stress v kontekste psixhologicheskoi bezopasnosti [Intensive stress in the context of psychology of safety]. Moscow: Institut psixhologii RAN, 2017. 344 p.
  14. Trukhan E.A., Kutas O.V. Vzaimosvyaz' aleksitimii s professional'nym vygoraniem u sotsial'nykh rabotnikov [Relationship between alexithymia and professional burnout in social workers]. *Filosofiya i sotsial'nye nauki = Philosophy and Social Sciences*, 2010, no. 3, pp. 59–63.
  15. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Tsatsulin T.O. Dynamics of indicators of perfectionism and symptoms of emotional distress in the Russian student population over the past ten years: Cohort study. *Kul'turno-istoricheskaya psixhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2019. Vol. 15 (3), pp. 41–50. DOI:10.17759/chp.2019150305. (In Russ., abstr. in Engl.)
  16. Aitkenhead D. Panic, chronic anxiety and burnout: Doctors at breaking point [Elektronnyi resurs]. *The Guardian*, March 10, 2018. Available at: <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/10/panic-chronic-anxiety-burnout-doctors-breaking-point> (Accessed 04.05.2021)
  17. Choi K.W., Stein M.B., Nishimi K.M., et al. An exposure-wide and Mendelian randomization approach to identifying modifiable factors for the prevention of depression. *American Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 177 (10), pp. 944–954. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19111158
  18. Craiovan P. Correlations between perfectionism, stress, psychopathological symptoms and burnout in the medical field. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 2014. Vol. 127, pp. 529–533. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.03.304
  19. Curran T. How perfectionism became a hidden epidemic among young people [Elektronnyi resurs]. *The Conversation*, January 8, 2018. Available at: <https://theconversation.com/how-perfectionism-became-a-hidden-epidemic-among-young-people-89405> (Accessed 04.05.2021)
  20. Forbes M., Iyengar S., Kay M. Barriers to the psychological well-being of Australian junior doctors: A qualitative analysis [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2019. Vol. 9 (6). Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e027558> (Accessed 04.05.2021). DOI:10.1136/bmjopen-2018-027558
  21. Holland J.C., Bultz B.D. The NCCN guideline for distress management: A case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2007. Vol. 5 (1), pp. 3–7. DOI:10.6004/jnccn.2007.0003
  22. Imran N., Masood H.M.U., Ayub M., et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on postgraduate trainees: A cross-sectional survey [Elektronnyi resurs]. *Postgraduate Medical Journal*. 2020. Available at: <https://pmj.bmj.com/content/early/2020/08/25/postgradmedj-2020-138364> (Accessed 04.05.2021). DOI:10.1136/postgradmedj-2020-138364
  23. Kannampallil T.G., Goss C.W., Evanoff B.A., et al. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2020. Vol. 15 (8). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371>

- journal.pone.0237301 (Accessed 04.05.2021). DOI:10.1371/journal.pone.0237301
24. Kerrien M., Pougnet R., Garlantézec R., et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecin. *La Presse Médicale*, 2015. Vol. 44 (4—1), pp. 84—91. DOI:10.1016/j.lpm.2014.06.042
  25. Munro C., Burke J., Allum W., et al. COVID-19 leaves surgical training in crisis [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2021. Vol. 372. Available at: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n659> (Accessed 25.04.2021). DOI:10.1136/bmj.n659
  26. Ofei-Dodoo S., Ebberwein C., Kellerman R. Assessing loneliness and other types of emotional distress among practicing physicians. *Kansas Journal of Medicine*, 2020. Vol. 13 (1), pp. 1—5. Available at: <https://journals.ku.edu/kjm/article/view/13394/12612> (Accessed 04.05.2021). DOI:10.17161/kjm.v13i1.13394
  27. Riethof N., Bob P., Laker M., et al. Alexithymia, traumatic stress symptoms and burnout in female healthcare professionals [Elektronnyi resurs]. *Journal of International Medical Research*, 2020. Vol. 48 (4). Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300060519887633> (Accessed 15.04.2021). DOI:10.1177/0300060519887633
  28. Rimmer A. COVID-19: Most trainees have faced disruption to their training, GMC survey shows [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2020. Vol. 371. Available at: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4093> (Accessed 15.04.2021). DOI:10.1136/bmj.m4093
  29. Saeidi Z., Ebrahimi H., Areshtanab H.N., et al. Alexithymia and its relationships with job burnout, personality traits, and shift work among hospital nurses: A cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*, 2020. Vol. 9 (2), pp. 83—89. DOI:10.4103/nms.nms\_20\_19

### **Информация об авторах**

*Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)

*Рахманина Анастасия Алексеевна*, медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

*Суроегина Анастасия Юрьевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)



*Микита Олеся Юрьевна*, кандидат психологических наук, заведующая Учебным центром, научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

*Петриков Сергей Сергеевич*, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

*Рой Анита Пранабовна*, медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

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

*Alla B. Kholmogorova*, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)

*Anastasiya A. Rakhmanina*, Medical Psychologist, Junior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

*Anastasiya Yu. Suroegina*, PhD in Psychology, Senior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

*Olesya Yu. Mikita*, PhD in Psychology, Head of Educational and Clinical Department, Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

*Sergey S. Petrikov*, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Director of Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

*Anita P. Roy*, Medical Psychologist, Junior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

Получена 20.04.2021

Received 20.04.2021

Принята в печать 21.05.2021

Accepted 21.05.2021