



УДК 159.97+613.86

Cognitive-Behavioral Therapy for Burnout among Crisis Psychologists
Когнітивно-поведінкова терапія професійного вигорання у кризових
психологів

Starkov Denys Yuriiovich

PhD in Psychology, Researcher

Старков Денис Юрійович,

кандидат психологічних наук, науковий співробітник

e-mail: votr@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0001-9220-8703>

Laboratory of Modern Information Technologies of Education of G.S. Kostiuk
Institute of Psychology of NAES of Ukraine. Ukraine, Kyiv, 01033, 2 Pankivska str.

Лабораторія сучасних інформаційних технологій навчання Інституту
психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Україна, Київ, 01033, вул.
Паньківська, 2.

Abstract

The article is devoted to the phenomenon of occupational burnout and the peculiarities of its cognitive-behavioral therapy in specialists working with the category of stress-related disorders, including PTSD.

A general review of scientific data on occupational burnout (OB) is made. Modern definitions of burnout, ideas about the boundary between normality and disorder, diagnostic criteria and diagnostic methods, risk factors for development, and different ideas about the stages of development of occupational burnout are considered.

Modern ideas about the prevention of burnout are analyzed. The most widespread is the model of influence on six factors (workload, control, reward, community, justice,

and values). There is low-quality evidence of the effectiveness of CBT, mindfulness, relaxation methods (physical and mental), changes in work schedule, and creating a sense of professional security from the studies on the prevention of OB. The general conclusion is that the level of research on the prevention of OB is insufficient and that it is impossible to identify an unambiguously effective approach to prevention.

The theoretical models of the VP, the main of which are the stress model and the depressive model, as well as the criticism of the OB as a diagnostic category, are considered. At the moment, there are more factors favoring the depressive model of OB than the stress model.

Studies of OB among psychologists identify the following OB factors: younger age and less work experience, female gender, low emotional stability and low level of subjectively perceived resources, emotionally oriented coping, and imbalance between personal life and professional activities. Personal therapy and/or supervision act as a significant buffer against OB.

Studies of OB in professionals working with mental trauma show that client load, occupational burnout, and secondary traumatization are in a complex, ambiguous, and mediated by other parameters relationship. Organizational factors (support and security, or vice versa, pressure and insecurity) and factors of training, supervision, and personal psychotherapy have the greatest impact. A very important factor is job satisfaction and a sense of meaning, which can be a powerful buffer against occupational burnout, but most likely not against secondary traumatization.

The article provides recommendations for the work of crisis psychologists in modern Ukrainian realities, the main of which are acceptable loads; physical activity, relaxation and mindfulness; work with depressive personal factors (including disappointment in work); supervision; support for meaning and professional satisfaction; and a full personal life outside of work. Recommendations for psychotherapy in case of occupational burnout are also provided.

Keywords: burnout, crisis psychologists, stress-related disorders, PTSD, cognitive-behavioral therapy, psychological practice, psychotherapy

Анотація

Статтю присвячено феномену професійного вигорання та особливості його когнітивно-поведінкової терапії, у спеціалістів, що працюють з категорією асоційованих зі стресом розладів, включаючи ПТСР.

Зроблено загальний огляд наукових знань щодо професійного вигорання (ПВ). Розглянуто сучасні визначення ПВ, уявлення щодо межі між нормою та розладом, діагностичні критерії та методи діагностики, фактори ризику розвитку, та різні уявлення про етапи розвитку професійного вигорання.

Проаналізовано сучасні уявлення щодо профілактики ПВ. Найбільш розповсюдженою є модель впливу на шість факторів (навантаження, контроль, винагорода, спільність, справедливість і цінності). З досліджень щодо профілактики ПВ існують неякісні докази ефективності КПТ, mindfulness, методів релаксації (фізичних та психічних), зміни робочого графіку та створення відчуття професійної безпеки. Загальний висновком є констатація рівня досліджень профілактики ПВ недостатнім і неможливості виявлення однозначно ефективного підходу до профілактики.

Розглянуто теоретичні моделі ПВ, основними з яких стресова модель та депресивна модель, а також критика ПВ як діагностичної одиниці. На даний момент більш факторів схиляють в бік депресивної моделі ПВ, ніж стресової моделі.

Дослідження ПВ серед психологів виділяють наступні фактори ПВ: більш молодий вік та досвід роботи, жіноча стать, низька емоційна стабільність та низький рівень суб'єктивно сприйнятих ресурсів, емоційно-орієнтований копінг, розбалансованість між особистим життям та професійним заняттям. Особиста терапія та/або супервізія діють як значущий буфер проти ПВ.

Дослідження ПВ у спеціалістів, що працюють з ментальною травмою показують, що клієнтське навантаження, професійне вигорання та вторинна травматизація знаходяться в непростих, неоднозначних, та опосередкованих іншими параметрами відношеннях. Максимальний вплив мають організаційні фактори (підтримка та безпека, або навпаки, тиск і небезпека) та фактори

навчання, супервізії та особистісної психотерапії. Дуже важливим фактором є задоволення від роботи та відчуття її смислу, що може бути потужним буфером проти професійного вигорання, однак, скоріше за все, не проти вторинної травматизації.

Надано рекомендації щодо роботи кризових психологів в сучасних українських реаліях, основним з яких є прийнятні навантаження; фізична активність, релаксації та *mindfulness*; робота з депресивним особистісними факторами (включаючи розчарування в роботі); супервізія; підтримка смислу та професійного задоволення; повноцінне особистісне життя поза роботою. Надано також рекомендації щодо психотерапії в випадку професійного вигорання.

Ключові слова: професійне вигорання, кризові психологи, асоційовані зі стресом розлади, ПТСР, когнітивно-поведінкова терапія, психологічна практика, психотерапія.

Вступ: феномен професійного вигорання

Поняття професійного вигорання (англ. *occupational burnout* або просто *burnout*) було введено американським психіатром Freudenberger в 1974 році на основі спостереження волонтерського складу безкоштовної клініки для хімічно узалежнених. Він описав вигорання через виснаження, фізичні симптоми (головний біль, безсоння), імпульсивне роздратування та «закрите мислення» (Freudenberger, 1974). Хоча, заради справедливості, необхідно відмітити, що ще в першому виданні міжнародного класифікатору хвороб МКХ-6 1949 р. був присутній розлад професійного неврозу (англ. *occupational neurosis*, ICD-6, 318.2), однак в подальшому ця рубрика з МКХ зникла.

В україномовній літературі часто використовується термін *емоційне вигорання* (Наумова, 2014), хоча переклад англійського терміну *occupational burnout* не припускає ніяких двозначностей ні в лінгвістичному, ні в смисловому аспекті, та яке можна перекласти виключно з прикметником *професійне*. Можна припустити, що *occupational* перекладачі зрозуміли в сенсі «те, що захоплює», і тому переклали як *емоційне*, однак у визначенні вигорання *occupational* має

смысл саме того, що належить до професійної діяльності. Переклад *occupational burnout* як *емоційне вигорання* не можна розцінити ніяк інакше, як помилку перекладу (причому, спочатку на російську мову, звідки цей вираз прийшов вже в українську), тому тут використовуємо виключно словосполучення *професійне вигорання*.

Міжнародний класифікатор хвороб одинадцятого перегляду (WHO, 2022) описує вигорання, як «синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися. Він характеризується трьома вимірами:

- 1) відчуття енергетичного спустошення або виснаження;
- 2) збільшення ментальної відстороненості від своєї роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язаного з роботою;
- 3) відчуття неефективності та відсутності досягнень.

Термін вигорання стосується виключно явищ у професійному контексті і не повинен застосовуватися для опису досвіду в інших сферах життя».

Часто до симптомів професійного вигорання МКХ-11 інші спеціалісти додають ще дисоціативні прояви (дереалізацію/деперсоналізацію) (Maslach et al., 2018).

Як в МКХ-11 (QD85), так і в МКХ-10 (Z73.0) вигорання входить до глави «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт з медичними службами», тобто не до психічних розладів. Тому актуальним є питання діагностики вигорання як розладу та його клінічні критерії. Часто вигорання саме як розлад (клінічне вигорання) відносять до рубрики МКХ-10 пов'язаної з роботою неврастенії (F48.0) (WHO, 2019). Van Dam (van Dam, 2021) зазначає такі клінічні критерії цього розладу:

- 1) постійні та тривожні скарги на підвищену втому після розумових зусиль або постійні та тривожні скарги на тілесну слабкість і виснаження після мінімальних зусиль;

2) щонайменше чотири з наступних додаткових симптомів: безсоння, когнітивний дефіцит, біль, прискорене серцебиття, шлунково-кишкові розлади, звуко- та світло-чутливість.

Ці симптоми

3) повинні виникати майже щодня протягом щонайменше двох тижнів;

4) бути наслідком психосоціальних стресів, які були присутніми щонайменше шість місяців до встановлення діагнозу;

5) призводити до клінічно значущого дистресу або погіршення стану.

Також часто клінічне вигорання відносять до групи асоційованих зі стресом розладів. Так, наприклад, в Нідерландах клінічне вигорання офіційно входить до підтипу розладу адаптації (DSM-5 – 309.9, МКХ-10 – F43.20) (van der Klink & van Dijk, 2003). Також клінічне вигорання можна віднести і до інших асоційованих зі стресом реакцій (DSM-5 – 309.89, МКХ-10 – F43.8).

Щодо інструментів діагностики, то найпершим (1981 р.) та досі найпопулярнішим є Maslach Burnout Inventory (україномовної адаптації не існує, існує тільки російськомовна адаптація Н. Водоп'янової), який включає 22 питання та 5 шкал: емоційне виснаження, деперсоналізація, особистісні досягнення, цинізм, професійна ефективність (Maslach & Jackson, 1981). Також можна зазначити нещодавно розроблений (2020 р.) Occupational Depression Inventory, який оцінює пов'язані з роботою депресивні симптоми (включаючи суїцидальні думки) (Bianchi & Schonfeld, 2020).

Незрозуміло, чи є вигорання виключно сучасним культуральним феноменом, чи спостерігалось і раніше в історії людства. Деякі дослідники стверджують, що все ж таки феномен професійного вигорання був розповсюджений завжди (Kaschka et al., 2011), та, наприклад, пов'язують його з одним з восьми християнських гріхів *акедією* (Parker & Tavella, 2021) (дав. грец. ἀκηδία, де κηδεῖα – подружня любов і повага до мертвих, ἀ - заперечення «не», тобто дослівно ἀκηδία означає «без турботи»; в середні віки визначався як стан неспокою і нездатності ні працювати, ні молитися). Інші спеціалісти схиляються до того, що масова розповсюдженість професійного вигорання є досить сучасним

феноменом, використовуючи метафору «епідемія професійного вигорання (Thunnissen & Timmermans, 2023).

В підтвердження останньої тези часто наводяться данні щодо розповсюдження ПВ, який за деякими онлайн опитуваннями досягає 42% загалом у світі серед зайнятих осіб (лютий 2023) та має тенденції до зростання (Future Forum, 2023). Щодо окремих аспектів, пов'язаних з вигоранням Abramson (2022) наводить данні щодо американських працівників, що 79% зазнали стресу, пов'язаного з роботою (протягом місяця перед опитуванням), та переживають наступні негативні наслідки цього стресу: відсутність інтересу, мотивації або енергії (26%), брак зусиль на роботі (19%), когнітивна втома (36%), емоційне виснаження (32%), фізична втома (44%). Щодо даних по Європі, то онлайн опитування показують, що від 50% (Нідерланди) до 66% (Польща) страждають від вигорання чи відчувають себе на його грані (Experiences of Burnout in Europe in 2021, n.d.). Однак данні онлайн опитувань, через методологічні обмеження проведення дослідження, можуть бути завищені. У більш якісному дослідженні Eurofound (2018) данні вигорання значно нижчі: 2-3% респондентів страждали від сильного і 23-24% - від легкого вигорання. Однак навіть якісні дослідження ПВ показують його виражену тенденцію до зростання: наприклад, дослідження у Нідерландах у показало, що рівень вигорання зріс з 11,3% у 2007 році до 14,6% у 2016 році, а у Португалії зріс з 8% до 15% у період між 2008 і 2013 роками (Thunnissen & Timmermans, 2023).

Щодо факторів ризику розвитку вигорання, то найрозповсюдженішим є уявлення про такі шість факторів, запропонованих Maslach з колегами (Maslach et al., 2001):

- 1) невідповідність робочого навантаження;
- 2) невідповідність контролю (в сенсі здатності виконувати поставлені задачі);
- 3) відсутність відповідних нагород;
- 4) втрата почуття позитивного зв'язку з іншими на робочому місці;
- 5) уявлення про відсутність справедливості;

б) конфлікт між цінностями

Також деякі дослідження показують, що когнітивні диспозиційні фактори, пов'язані з депресією, також є причетними до вигорання: *«Дисфункціональні установки, румінації та песимістичні атрибуції були характерніші для осіб з високою частотою симптомів вигорання (або депресії), ніж для їхніх колег із низькою частотою симптомів вигорання (або депресії). Це дослідження припускає, що люди, що вигоріли, живуть у депресивному когнітивному світі, що узгоджується з поглядом, що вигорання є депресивним синдромом»* (Bianchi & Schonfeld, 2016). Щодо інших особистісних рис, то дослідження U. Raja та ін. показує, що вигорання позитивно корелює з такими рисами, як екстраверсія, нейротизм і сумлінність (Raja et al., 2022).

Важливим є метаогляд Guthier та ін., який не показав кореляцій вигорання зі стресовими факторами (Guthier et al., 2020).

Щодо стадій розвитку, то різні дослідники виділяють різні стадії професійного вигорання: від трьох (наприклад, професійний стрес – стагнація – захисні копінги, заплутаність – фрустрація – відчай, виснаження – деперсоналізація – фінальна стадія) до 12 (необхідність самоствердитися – збільшення навантаження – знехтування потребами – зсув конфліктів – перегляд цінностей – заперечення проблеми – похмілля – незвичайна поведінка – деперсоналізація – внутрішня пустка – депресія – синдром вигорання) (Hillert et al., 2020).

Профілактика вигорання

Maslach та ін. у вже згадуваній (Maslach et al., 2001) шестифакторній моделі (навантаження, контроль, винагорода, спільність, справедливість і цінності) для профілактики вигорання пропонують впливати саме на ці фактори.

Щодо опори на результати досліджень, то скоріше за все, ми можемо мало поки що сказати. Так кокрайнівський огляд (найвищий рівень доказовості) 2015 р. приходить до таких висновків. Існують неякісні докази того, що когнітивно-поведінкові тренінги призводять до помірного зниження рівня стресу порівняно з

відсутністю втручання. Неякісні докази показують, що подібного зниження можна досягти за допомогою методів релаксації, як фізичних (таких як масаж), так і психологічних (таких як mindfulness). Існують неякісні докази того, що зміна робочого графіка знижує рівень стресу. Такі організаційні зміни, як зміна умов праці, організація підтримки, зміна підтримки та покращення комунікативних навичок, не призводять до значного впливу на рівень стресу, але ці висновки ґрунтуються лише на одному-двох дослідженнях кожне (Ruotsalainen et al., 2015).

Пізніше дослідження 2022 року показало, що створення відчуття психологічної безпеки (віра в те, що висловлюватися безпечно) було значущим фактором для зниження вигорання (Kerrissey et al., 2022).

Також низка пізніших метаоглядів вказують на користь ефективності mindfulness (Mesmer-Magnus et al., 2017), (Lomas et al., 2018), (Scheepers et al., 2019), (Suleiman-Martos et al., 2020), (Vonderlin et al., 2020), однак, з іншого боку, великий метаогляд Kriakous та ін. впливу mindfulness на психологічне функціонування медичного персоналу не виявив його ефективності для профілактики професійного вигорання (Kriakous et al., 2020).

Тобто, загальний висновок є такий, що рівень досліджень профілактики вигорання поки ще є недостатньо якісним, і поки що однозначно ефективного підходу до такої профілактики виявити ще не вдалося. Можливо ситуація є такою тому, що більшість досліджень вимірюють вплив втручань на рівень стресу, а проблема полягає в тому, що як раз стресова модель вигорання на сьогодні є сумнівною, про що ми поговоримо нижче.

Теоретичні моделі вигорання

Присутні значні складності в розумінні сутності (патогенезу) професійного вигорання. Спрощено, можна розділити погляди на три групи:

- феномен вигорання має стресову природу;
- феномен вигорання має депресивну природу;
- критика вигорання як окремої діагностичної одиниці.

Питання розуміння сутності вигорання важливо для побудови моделі профілактики та психологічної роботи з цим феноменом – необхідно працювати з ним як з дистресом, як з депресією, чи якимось ще?

До розгляду професійного вигорання як стресового феномену схилився як сам автор цього терміну Freudenberger, автори найвідомішого діагностичного інструменту Maslach Burnout Inventory, діагностичний класифікатор МКХ, автори моделі професійних вимог/ресурсів (англ. job demands-resources model) (Demerouti et al., 2001) та багато інших спеціалістів. Спрощено в такій моделі професійне вигорання можна представити як накопичення професійного дистресу.

Однією з головних проблем стресової моделі професійного вигорання є відсутність кореляцій вигорання зі стресовими факторами (Guthier et al., 2020) та, навпаки, кореляція з депресивними факторами (Bianchi & Schonfeld, 2016), що було зазначено вище.

Van Dam описує різницю між професійним стресом та вигоранням так: люди з короткочасним професійним стресом повідомляють про чіткий зв'язок між стресором і психічними проблемами протягом періоду не більше 3 місяців після виникнення стресу, та той факт, що вони звертаються за допомогою після відносно короткого періоду переживання симптомів стресу, може розглядатися як здоровий копінговий механізм. Однак пацієнти з клінічним вигоранням повідомляють, що вони ігнорували симптоми стресу протягом декількох років і життя у стресі для них було нормальним станом. Деякі з них навіть не усвідомлювали, наскільки стресовим було їхнє життя, доки не зламалися. Тобто, зазначає van Dam, копінговий стиль у пацієнтів з клінічним вигоранням суттєво відрізняється від копінгів у людей з професійним стресом. Люди з клінічним вигоранням не схильні звертатися за допомогою, коли виникає стрес, але наполегливо продовжують жити, не скаржачись. Це спостереження узгоджується з дослідженнями, які показують, що копінги при вигоранні характеризуються наполегливістю (продовженням зусиль робити щось або досягти чогось,

незважаючи на труднощі) і небажанням звертатися за соціальною підтримкою (van Dam, 2021).

Згодом почала розвиватися модель вигорання як субтипу депресивного розладу, що відобразилися в діагностичному інструменті Occupational Depression Inventory (згаданому вище), який діагностує вигорання, по суті, як депресивний феномен (Bianchi & Schonfeld, 2020).

Третій підхід підходить з позиції критики вигорання як «квазінаукового феномену». Наприклад, Hillert та ін. вважають, що розладу вигорання не існує як самостійного – з одного боку вигорання є виключно суб'єктивним відчуттям «зриву» (а не об'єктивним феноменом), з іншого боку, через вигорання описують групу різних розладів різної природи (стресових, депресивних, тривожних тощо), які об'єднано виключно ситуацією виникнення (в професійній діяльності). *«Вигорання як таке працює лише як суб'єктивна модель зриву. Використовуване як медична або психотерапевтична експертна категорія, вигорання залишається розмитим, природничо-науково марним «діагнозом». Вигорання не може бути надійно і достовірно діагностовано. Незважаючи на це, образ вигорання, напевно, настільки самоочевидний, що імунізує деяких експертів проти аргументів, що релятивізують вигорання. Якби було визнано, що вигорання є суб'єктивним феноменом і не може бути зафіксоване в діагнозах DSM/MKX або в квазінауковій категорії, дискусія про вигорання втратила б частину своєї привабливості, але набула б певного медико-терапевтичного підґрунтя»* (Hillert et al., 2020).

Напевно, до цього ж третього підходу можна віднести достатньо стару модель виділення різних типів вигорання, як це робили Farber та Wechsler (Farber & Wechsler, 1991):

- «виснаження» (англ. wearout) та «згасання» (англ. «brown-out»), коли людина опускає руки через надмірний стрес та/або надто малу винагороду;
- «класичне/несамовите вигорання» (англ. classic/frenetic burnout), коли людина працює все більше і більше, намагаючись вирішити стресову ситуацію та/або знайти відповідну винагороду за свою роботу;

- «вигорання без виклику» (англ. *underchallenged burnout*), коли людина має низький рівень стресу, але робота не приносить задоволення.

Однак, в якості загального висновку, скоріше необхідно погодитись, що якщо навіть приймати погляди різних типів вигорання за різними механізмами утворення, то найбільшу проблему являють собою, все ж таки, вигорання за депресивним механізмом.

Професійне вигорання серед практикуючих психологів

Головним джерелом інформації щодо факторів вигорання серед практикуючих психологів та психотерапевтів є нещодавній огляд van Hoy & Rzeszutek (van Hoy & Rzeszutek, 2022).

По-перше, автори виділили як значущі фактори вигорання серед психотерапевтів вік і стать – більш молоді психотерапевти та жінки мають вищий рівень вигорання.

Щодо особистісних факторів, то риси, пов'язані з негативною емоційністю (наприклад, нейротизм, емоційна реактивність), були предикторами вигорання, тоді як риси, пов'язані з емоційною стабільністю та високим рівнем суб'єктивно сприйнятих ресурсів (наприклад, життестійкість), були буферами проти вигорання. Також, емоційно-орієнтований копінг (спрямований на тимчасове врегулювання емоційного напруження та, хоча повністю не вирішує проблемну ситуацію, але покращує психічний стан індивіда) прямо корелював із симптомами вигорання, тоді як проблемно-орієнтований копінг (базується на раціональному аналізі проблеми, включаючи пошук інформації та звернені за допомогою) або використання гумору для подолання стресу, зворотно корелювали із симптомами вигорання.

Щодо умов роботи, то виявлено значущі зв'язки між високим робочим навантаженням і підвищеним рівнем вигорання. Робота в державному секторі також прямо корелювала з рівнем вигорання.

Крім того показано, що менш досвідчені психотерапевти були особливо вразливі до вигорання порівняно з їхніми досвідченішими колегами.

І нарешті, показано, що особиста терапія та/або супервізія діють як значущий буфер проти вигорання серед психотерапевтів.

Окремо виділимо також невелике (110 осіб) дослідження Kotera та ін., що досліджували професійне вигорання серед психотерапевтів під час епідемії COVID-19. Автори зазначають, що обидва компоненти вигорання (емоційне виснаження та деперсоналізація) прямо корелюють з тижневою тривалістю робочого часу та телетиском, та зворотно корелюють з віком, самоспівчуттям та балансом між роботою та особистим життям (що співпадає із наведеним вище оглядом). Головним висновком є те, що підтримка високого балансу між роботою та особистим життям є важливим фактором профілактики вигорання серед практикуючих психотерапевтів – тобто особистісне життя є ще одним буфером проти професійного вигорання (Kotera et al., 2021).

Вигорання серед спеціалістів, що працюють з психічною травмою та ПТСР

Є цілий ряд досліджень щодо вигорання серед спеціалістів, які працюють з клієнтам з психічною травмою та ПТСР. Головно ці дослідження розглядають зв'язок вигорання з вторинним травмуванням (вікарною травмою).

Birck (Birck, 2001) на результаті дослідження 25 фахівців Центру терапії жертв катувань у Берліні зазначає дуже низький рівень вигорання, високий рівень задоволеності роботою, і водночас підвищений рівень симптомів ПТСР у цих спеціалістів.

Sodeke-Gregson та ін. (Sodeke-Gregson et al., 2013) досліджували 253 психотерапевта Великобританії, що працювали з клієнтами з дорослою травмою. Загалом серед групи виявлено середній рівень професійного вигорання. Вищий ризик вигорання асоціювався з вищим ризиком вторинної травматизації, та обидва вони (вигорання та вторинна травматизація) були у зворотній кореляції з професійним задоволенням собою (англ. compassion satisfaction – почуття самореалізації або задоволення, яке отримують терапевти від якісного виконання своєї роботи). Як фактори вигорання виявлені молодість і нижчий рівень

підтримки з боку керівництва. Цікаво, що не знайдено кореляції рівня вторинного травматичного стресу з кількістю травматичних клієнтів, як це передбачається теорією. Це ставить під сумнів, чи справді саме вплив травматичних історій клієнтів викликає дистрес у терапевтів, чи це терапевтична робота в цілому, чи причиною є інші фактори. Автори рекомендують керівництву кризових центрів та організацій брати до уваги організаційну культуру, робоче навантаження, робоче середовище, специфічну для травми навчання, групову підтримку, супервізію, ресурси для самопомоги.

Достатньо велике лонгітюдне дослідження (135 лікарів, що працювали з американськими військовослужбовцями, та 194 різних фахівців ментального здоров'я, що надавали допомогу цивільним полякам, які пережили травму) показало, що професійне вигорання прогнозувало вторинну травматизацію через шість місяців, однак вторинна травматизація не прогнозувала професійне вигорання через шість місяців (Shoji et al., 2015).

Bhagwagar робить огляд досліджень щодо індійських фахівців з ментального здоров'я, які працювали з травмованими клієнтами під час пандемії COVID-19 (Bhagwagar, 2022). Зазначено вразливість фахівців охорони здоров'я до вторинного травматичного стресу та професійного вигорання. Виявлено вплив факторів робочого середовища (насильство на робочому місці та середовище з високим рівнем стресу пов'язані з вищим рівнем травматичного стресу, а також ті, хто працює в амбулаторних умовах, повідомили про вищий рівень вторинного стресу порівняно з тими, хто працює у стаціонарі), демографічні фактори (молодші фахівці та ті, хто живе окремо від сім'ї, виявилися більш схильними до вторинного стресу та вигорання), організаційна підтримка (наявність організаційної підтримки відіграє вирішальну роль у пом'якшенні наслідків вторинного стресу).

Garcia та ін. (Garcia et al., 2018) виявили виражені кореляції професійного вигорання серед фахівців Адміністрації охорони здоров'я ветеранів з політичним та бюрократичного контролем (наприклад, з боку Конгресу, засобів масової інформації або політиків).

Baird та Jenkins (Baird & Jenkins, 2003) досліджували вікарну травму / вторинний травматичний стрес та професійне вигорання у травмофокусованих консультантів (вибірка 101 особа). Виявлено, що клієнтське навантаження та оплата праці пов'язані з субшкалами вигорання, але не з вигоранням загалом, та не з вікарною травмою, вторинним травматичним стресом чи загальним дистресом. Освіченіші консультанти повідомили про меншу вікарну травму, молодші консультанти повідомили про більшу емоційну виснаженість.

Як загальний висновок можна сказати, що клієнтське навантаження, професійне вигорання та вторинна травматизація (вікарна травма) знаходяться в непростих, неоднозначних, та опосередкованих інших параметрами відношеннях. Максимальний вплив мають організаційні фактори (підтримка та безпека, або навпаки, тиск і небезпека) та фактори навчання, супервізії та особистісної психотерапії. Дуже важливим фактором є задоволення від роботи та відчуття її смислу, що може бути потужним буфером проти професійного вигорання (однак, скоріше за все, не проти вторинної травматизації).

Заключення: розмірковування щодо когнітивно-поведінкової терапії професійного вигорання кризових психологів в Україні

На останок наведу декілька власних розмірковувань щодо умов роботи кризових психологів в сучасних українських реаліях та їх зв'язок з професійним вигоранням. Хоча, можливо, вже недоречним є розділення українських психологів на «кризових» та «некризових», бо оскільки всі психологи в Україні так або інакше працюють з кризовими клієнтами, та більшість «некризових» психологів за цей час отримало додаткові спеціалізації в кризовій психології та травмофокусованій психотерапії більш глибокі, ніж багато західних колег «кризових» психологів.

Щодо безпосередньо роботи кризових психологів в українських реаліях, які стосуються підвищених ризиків вигорання, то частина психологів може зіткнутися з такими факторами:

- більший рівень навантажень (фактор втоми);

- більший рівень кризових клієнтів (можливе більше травматичне зараження);
- порушення балансу віддачі/отримання ресурсів (можлива менша винагорода через більшу кількість пільгових клієнтів або робота на малооплачуваних посадах з волонтерськими мотивами);
- через складність клієнтських випадків, більша кількість тупикових ситуацій (вплив безпорадності та безсилля);
- моральне розчарування (в організаціях, де працюють, у загальній ситуації в країні, вплив моральної травми через самих клієнтів тощо);
- надмірна зацикленість на роботі (через почуття провини та морального боргу);
- більший тиск провини, сорому, моральної відповідальності.

Як загальні рекомендації, щодо профілактики професійного вигорання, можна навести такі:

1. Прийнятні навантаження. На супервізіях та навчанні я часто пропоную метафору «марафону» на протилежність «спринту» – ситуація є такою, що робота з ментальною травмою буде продовжуватися роки, тому необхідно розраховувати свої сили на довгу дистанцію – якщо не «вигорите» за короткий термін, то зможете допомогти більшій кількості клієнтів (повільно біжучи подолаєте довгу дистанцію).

2. Фізичні активності, фізичні релаксації та mindfulness є важливою складовою зменшення стресу (але, можливо, не самого вигорання).

3. Скоріше за все, головним фактором самого вигорання є розчарування та втрата сенсу роботи (тобто, депресивні теми). Враховуючи те, що кризові клієнти в Україні мають велику обтяженість саме моральною травмою (від чого можливе додаткове емоційне зараження), то ці теми найбільш важливі у власній особистій психотерапії. Також в особистій терапії важлива робота з власними депресивними стилями (ідеалізмом, перфекціонізмом, комплексом рятівника, надмірною сумлінністю тощо).

4. Супервізія роботи, навчання, інтервізії є вкрай важливими.

5. Необхідна підтримка смислу роботи та професійного задоволення.

6. Рекомендовано повноцінне особисте життя поза роботою, підтримка інших інтересів у житті, окрім професійних.

Щодо рекомендацій для психотерапевтів, що працюють з випадками професійного вигорання, то вони також будуть стосуватися фокусу на депресивному векторі. В психотерапевтичному дослідженні необхідно враховувати можливості моральної травми. Головними темами в психотерапії ПВ можуть бути розчарування з втратою сенсу та образа. Проблемою може бути витіснення переживання образи через її «моральну неприйнятність» (через особистісні переконання психолога або загальний культуральний контекст – «не можна ображатися та скаржитися в умовах війни»).

Загалом, професійне вигорання, особливо в сучасних українських реаліях, доречно все ж таки розглядати через депресивну призму, і тому саме «депресивні» фактори (як зовнішні, так і внутрішні) є найбільш значущими для нього. Тому профілактика вигорання повинна бути перш за все спрямованою саме на ці «депресивні» фактори.

В такому разі пропонуються наступні мішені когнітивно-поведінкових інтервенцій (які можна робити не тільки в терапевтичному форматі, але й у супервізійному).

В когнітивній реструктуризації мішенями є депресивні стилі та спотворення:

- Мисленевий фільтр, надузагальнення та знецінення та інші когнітивні спотворення, коли психолог з вигоранням спрямовує когнітивний фокус виключно на негативні сторони роботи та відсутність винагороди. В даному випадку акцент реструктуризації робиться на конкретизації позитивних сторін, зокрема, які стосуються смислу роботи (наприклад, поліпшення клієнтів – часто психологи в кризових центрів через насичений потік клієнтів, не встигають собі привласнювати результати роботи).

- Депресивні румінації щодо роботи – акцентом інтервенції в цьому випадку є побудова позитивної перспективи майбутнього професійного життя, замість депресивного зациклення на поточних проблемах.
- Песимістична атрибуція – реструктуризації тут підлягає установка неможливості змінити поточний стан подій, по-суті, установка безсилля.
- Перфекціоністські атрибуції – найбільш складні для інтервенції установки, бо вони найчастіше відносяться до стилю характеру і піддаються зміні вже у довгостроковій психотерапії.

Щодо поведінкових інтервенцій, то акцент повинен робитися на поведінковій активації – «розрив» замкнених поведінкових кіл підтримки вигорання через їх аналіз та усвідомлення (наприклад, не відчуваю задоволення від результатів роботи, через що збільшую навантаження, щоб здобути більші результати, але через втому емоційне задоволення навпаки зменшується), та заміні позитивними поведінковими колами (зосереджуюсь не на задоволенні від великих результатів, а на задоволенні від маленьких поточних результатів та самого процесу роботи, організовую собі постійні маленькі нагороди за достатньо добре виконану роботу).

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References

Наумова, В. Ю. (2014). Феномен емоційного вигорання . In В. Г. Кремень & Ю. В. Ковбасюк (Eds.), *Освіта дорослих: енциклопедичний словник* (р. 443). Основа.

Abramson, A. (2022, January 1). Burnout and stress are everywhere. *Monitor on Psychology*, 53(1). <https://www.apa.org/monitor/2022/01/special-burnout-stress>

Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious Traumatization, Secondary Traumatic Stress, and Burnout in Sexual Assault and Domestic Violence Agency Staff. *Violence and Victims*, 18(1), 71–86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>

Bhagwagar, H. (2022). Secondary trauma, burnout and resilience among mental health professionals from India: A review of research. *Asian Journal of Psychiatry*, 76, 103227. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103227>

Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2016). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences*, 100, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.008>

Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2020). The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*, 138, 110249. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>

Birck, A. (2001). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 85–90. <https://doi.org/10.1177/153476560100700203>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Eurofound. (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.eurofound.europa.es/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef18047en.pdf

Experiences of burnout in Europe in 2021. (n.d.). Statista. <https://www.statista.com/statistics/1249649/experiences-of-burnout-in-europe/>

Farber, B. A., & Wechsler, L. D. (1991). *Crisis in education: stress and burnout in the American teacher*. Jossey-Bass.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>



Future Forum (2023) Amid spiking burnout, workplace flexibility fuels company culture and productivity: Winter Snapshot. <https://futureforum.com/research/future-forum-pulse-winter-2022-2023-snapshot/>

Garcia, H. A., Benzer, J. K., Haro, E., & Finley, E. P. (2018). Occupational burnout among PTSD specialty clinic providers in the Veterans Health Administration: Perceptions of bureaucratic and political oversight. *Mental Health & Prevention, 12*, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.09.001>

Guthrie, C., Dormann, C., & Voelke, M. C. (2020). Reciprocal effects between job stressors and burnout: A continuous time meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 146*(12), 1146–1173. <https://doi.org/10.1037/bul0000304>

Hillert, A., Albrecht, A., & Voderholzer, U. (2020). The Burnout Phenomenon: A Résumé After More Than 15,000 Scientific Publications. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.519237>

Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout. *Deutsches Arzteblatt Online, 108*(46). <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>

Kerrissey, M. J., Hayirli, T. C., Bhanja, A., Stark, N., Hardy, J., & Peabody, C. R. (2022). How psychological safety and feeling heard relate to burnout and adaptation amid uncertainty. *Health Care Management Review, 47*(4). <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000338>

Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, A.-M., & Knutton, N. (2021). Burnout in Professional Psychotherapists: Relationships with Self-Compassion, Work–Life Balance, and Telepressure. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), 5308. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105308>

Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2020). The Effectiveness of mindfulness-based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare professionals: a Systematic Review. *Mindfulness, 12*(1). <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>

Linnerooth, P. J., Mrdjenovich, A. J., & Moore, B. A. (2011). Professional burnout in clinical military psychologists: Recommendations before, during, and after



deployment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 87–93.
<https://doi.org/10.1037/a0022295>

Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Mindfulness-Based Interventions on the Well-Being of Healthcare Professionals. *Mindfulness*, 10.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-1062-5>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113.
<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2018). *Maslach burnout inventory : manual*. Mind Garden.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Mesmer-Magnus, J., Manapragada, A., Viswesvaran, C., & Allen, J. W. (2017). Trait mindfulness at work: A meta-analysis of the personal and professional correlates of trait mindfulness. *Human Performance*, 30(2-3), 79–98.
<https://doi.org/10.1080/08959285.2017.1307842>

Parker, G., & Tavella, G. (2021). Burnout: modeling, measuring, and managing. *Australasian Psychiatry*, 29(6), 625–627. <https://doi.org/10.1177/10398562211037332>

Raja, U., Jahanzeb, S., Malik, M. A. R., & Baig, M. U. A. (2022). Dispositional causes of burnout, satisfaction, and performance through the fear of COVID-19 during times of pandemic. *Applied Psychology*. <https://doi.org/10.1111/apps.12417>

Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002892.pub5>

Scheepers, R. A., Emke, H., Epstein, R. M., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2019). The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Medical Education*, 54(2).
<https://doi.org/10.1111/medu.14020>



Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2015). What Comes First, Job Burnout or Secondary Traumatic Stress? Findings from Two Longitudinal Studies from the U.S. and Poland. *PLOS ONE*, *10*(8), e0136730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136730>

Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*(1), 21869. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>

Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(5), 1124–1140. <https://doi.org/10.1111/jan.14318>

Thunnissen, M., & Timmermans, M. (2023). Transactional Analysis and Burnout: For Individuals and Organizations. *Transactional Analysis Journal*, *53*(4), 328–340. <https://doi.org/10.1080/03621537.2023.2252308>

van Dam, A. (2021). A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *30*(5), 1–10. <https://doi.org/10.1080/1359432x.2021.1948400>

van der Klink, J. J., & van Dijk, F. J. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *29*(6), 478–487. <https://doi.org/10.5271/sjweh.756>

Van Hoy, A., & Rzeszutek, M. (2022). Burnout and Psychological Wellbeing Among Psychotherapists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, *13*(1). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>

Vonderlin, R., Biermann, M., Bohus, M., & Lyssenko, L. (2020). Mindfulness-Based Programs in the Workplace: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness*, *11*(7). <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3>



WHO. (2019). *International Classification of Diseases 10th Revision*. World Health Organization (WHO). <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

WHO. (2022). *International Classification of Diseases 11th Revision*. World Health Organization (WHO). <https://icd.who.int/>

Ця робота ліцензується відповідно до Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Авторське право (с) 2025 Starkov Denys Yuriiovich Старков Денис Юрійович

Отримано: 16.02.2025

Відрецензовано: 29.03.2025

Опубліковано: 30.04.2025

DOI: <https://doi.org/10.31108/3.2025.9.3>