

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра соціальної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Емоційне вигорання як фактор переживання особистістю депресивного стану»

«Emotional burnout as a factor in a person's experience of a depressive state»

Виконав: здобувач заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Рибалка Дмитро Олегович

Керівник зав. кафедри, д. психол. н., проф., Кононенко О. І.

Рецензент к.психол.н., доцент, доцент кафедри практичної та клінічної психології, Кантарьова Н. В.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри

№ ____ від ____ . ____ . 20 ____ р.

Завідувачка кафедри

(підпис) Кононенко О. І.
(прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК № ____
протокол № __ від ____ . ____ . 20 ____ р.

Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)

Голова ЕК

(підпис) Кононенко О.І.
(прізвище, ім'я)

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЯК ФАКТОРУ ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ ОСОБИСТІСТЮ	
1.1 Феномен емоційного вигорання в сучасній психологічній науці.....	7
1.2 Психологічний зміст депресії та її переживання.....	15
1.3 Фактори впливу на формування та розвиток депресивного стану.....	22
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЯК ФАКТОРУ ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ ОСОБИСТІСТЮ	
2.1 Організація та методологічні засади дослідження.....	31
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	44
Висновки до другого розділу.....	53
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57

ВСТУП

Актуальність: останні декілька десятиліть – це відрізок часу, якому характерна зміна пріоритетів та орієнтирів. За ці роки людина почала звертати увагу на себе, знайшла час та можливість для саморозвитку та розваг. Парадигма того, що потрібно працювати для того, аби забезпечити свій наступний день або тиждень життя відійшла у минуле. Але, разом з цим, як тільки людина почала, навіть не на п'ятдесят відсотків, а хоча би на умовні десять відсотків жити, а не виживати, одразу ж на поверхні життя з'явилися такі проблеми, які ледве були відомі людині минулого, яка у гонитві за виживанням (у прямому та переносному сенсі) зовсім їх не помічала. Мабуть, таких проблем можна виділити не один десяток, але наразі йдеться про поняття вигорання та депресії. Безумовно, ми не стверджуємо, що люди минулого не стикалися з такими проблемами, але раніше на подібні проблеми людство не звертало особливої уваги, навіть не існувало самих понять, назви для таких явищ як вигорання та депресія. Насправді, і у сучасному світі існує величезна кількість людей, цілих країн, які ігнорують ці явища. Ігнорують несвідомо, ігнорують просто від неможливості піклуватися про себе та ближніх. Але, не дивлячись на це, щонайменше переважна частина країн Європи, Північної Америки вже не перше десятиліття приділяє все більшу увагу питанням профілактики, діагностування та подолання таких станів як емоційне вигорання та депресія. Ми все частіше стикаємося з тим, що сучасні фільми та серіали наголошують на тому, що питання вигорання та депресії потребує уваги, все частіше відомі особистості зізнаються та підкреслюють той факт, що будь-яка людина – більш або менш успішна, багата або відома, байдуже, усі можуть постраждати від вигорання та депресії.

Крім того, перебуваючи останні роки у загостреному стані війни, мабуть, що кожний українець, в незалежності від того залишився він у країні чи ні, але зіштовхнувся з відчуттями страху, розпачу, тривоги,

невизначеності тощо. Разом з тим, країна продовжує існувати, діти ходять до шкіл, дорослі на роботу, буденне життя супроводжується постійними тривогами, нічними обстрілами. У таких умовах виникнення стану емоційного вигорання є неминучим, адже будь-якій людині дуже важко залишатися стабільним, мотивованим, тим, що здатний продовжувати робити своє діло та тим, що може просинатися із надією щодня. Отже, у більшому чи меншому ступені, але емоційне вигорання вже властиво кожному, для когось такий стан є короткочасним і він долає його за, наприклад, добу, а для когось таке емоційне вигорання стане передумовою формування депресивного стану, що також є, на жаль, очікуваним та закономірним в умовах сучасності.

У зв'язку з цим, нам здається досить доречним та актуальним розглянути питання емоційного вигорання як фактору переживання людиною депресивного стану у цій роботі, бо ця тема набуває все більше значимості із кожним наступним днем та тижнем, адже чим інтенсивнішим та більш наповненим інформацією стає наше життя, тим більшим стає ризик зіткнутися із проблемою емоційного вигорання та депресії вже особисто, а не у якості спостерігача, але, на превеликий жаль, така аргументація могла би бути актуальною у мирному житті, наразі ж усі українці є безпосередніми очевидцями емоційного вигорання, яке може вести і до депресивного стану. Таким чином, можна сказати, що ще не було більш доречного часу для розглядання теми емоційного вигорання та депресивного стану, ніж зараз, бо течія життя прискорюється та набирає величезних обертів щодня, а коли йдеться про нашу країну, то окрім загальної ситуації, ще додається і наша особиста – війна, як проблематика яку не можна оминати. Отже, тема даної роботи є актуальною для сучасного світу загалом, а в умовах України – тим паче.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні аспекти емоційного вигорання як фактору переживання особистістю депресивного стану.

Для досягнення поставленої мети у процесі дослідження ставилися такі основні завдання:

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до проблеми емоційного вигорання на основі аналізу теоретико-методологічних робіт сучасної психологічної літератури;

2. Проаналізувати основні теоретичні підходи до проблеми депресивного стану на основі аналізу теоретико-методологічних робіт сучасної психологічної літератури;

3. Емпірично дослідити специфіку взаємозв'язку між емоційним вигоранням та формуванням депресивного стану особистості;

Об'єкт дослідження: феномен емоційного вигорання та його взаємозв'язок з депресивним станом.

Предмет дослідження: емоційне вигорання як фактор переживання особистістю депресивного стану.

Методи дослідження: для вирішення поставлених завдань і досягнення мети був застосований наступний комплекс методів: теоретичні – системно-структурний, метод моделювання, аналізу наукових першоджерел, порівняння, класифікації; емпіричні – психодіагностичний метод; статистичні – методи обробки отриманих даних.

Емпіричний (психодіагностичний) метод дозволив визначити та розв'язати поставлені практичні завдання бакалаврського дослідження та містив наступні конкретні психодіагностичні методики: копінг-тест Р. Лазаруса, методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова, методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка.

Організація і база проведення емпіричної роботи: для проведення дослідження було опитано 30 студентів-психологів та 30 студентів-медиків за допомогою онлайн-тестування.

Практичне значення роботи: виявлений прямий та сильний зв'язок між емоційним вигоранням та його впливом на розвиток депресивного стану

привертає увагу до значимості профілактики емоційного вигорання та депресії, яка є особливо важливою в умовах війни.

Структура роботи: Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, що об'єднують п'ять підрозділів, висновків та списку використаної літератури, що містить 46 найменувань, з них 10 зарубіжних джерел. Загальний зміст роботи викладено на 61 сторінці, основний зміст роботи викладено на 54 сторінках. Робота містить 12 рисунків.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЯК ФАКТОРУ ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ ОСОБИСТІСТЮ

1.1 Феномен емоційного вигорання в сучасній психологічній науці

Поняття емоційного вигорання супроводжує життя сучасної людини з кожним днем все більше. Здається, що зміст цього явища є для нас зрозумілим, це стан або, наприклад, самопочуття при якому людина «глобально втомилася», у прямому сенсі вигоріла. Зазвичай це пов'язують із складнощами у особистому або сімейному житті, у професійній діяльності.

Говорячи про емоційне вигорання як безпосередньо про явище, яке розглядає сучасна психологічна наука, потрібно звернути увагу саме на психологічне визначення цього феномену та розглянути історію його формування.

Саме по собі поняття емоційного вигорання виникло відносно нещодавно – у 70-х роках минулого століття. Як це завжди і буває, поняття не виникло саме по собі – для цього були передумови, нові явища, які потребували власної назви. У випадку емоційного вигорання ситуація була наступною – у 1974 році було відзначено раптове підвищення кількості скарг клієнтів на працівників служби соціальної та психологічної підтримки. Функція цих працівників полягала у тому, аби сприяти налагодженню робочих контактів між колегами та допомагати переживати травмуючі події тим людям, які цього потребували. Але, через формування емоційного вигорання, їм не вдавалося виконувати свою роботу, до речі, спочатку такий стан називався інакше – використовували термін «хвороба спілкування». Варто зауважити, що така назва є досить влучною як для «першої спроби», адже і зараз можна погодитися, що робота, пов'язана із спілкуванням та взаємодією із незнайомими людьми дійсно сприяє розвитку емоційного вигорання.

Провідну роль у виокремленні нового поняття зіграв американський психіатр Герберт Фройденбергер, ним була опублікована стаття, де він, спираючись на власний досвід спостереження та переживання стану вигорання, надав йому наступне визначення – «виснаження, погіршення психічного та фізичного самопочуття через втрату енергії в процесі перевантаження проблемами інших людей» [32], з цього моменту феномен емоційного вигорання потрапив до психологічної науки. У 1976 році представниця соціальної психології К. Маслак запропонувала трохи інше визначення – «процес, характерними ознаками якого були емоційне та фізичне виснаження, знемога та хронічна втома в поєднанні з відчуттям власної даремності та пригніченості» [25]. Якщо перші визначення прямо чи дотично вказували на зв'язок із професійною діяльністю, то, наприклад, у 1988 році А. Пайнс та Е. Аронсон запропонували визначення, яке щонайменше не стосувалися лише «допомагаючих професій», а щонайбільше – взагалі не обов'язково мусило мати відношення саме до професійної діяльності. Вони визначали вигорання так: «Стан фізичного, емоційного і когнітивного виснаження, викликаного тривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях» [11].

Останній варіант визначення феномену емоційного вигорання, який би хотілося навести є варіант вітчизняного науковця В. В. Бойка, адже методика, яку він запропонував для визначення рівнів емоційного вигорання, була використана для емпіричної частини даної роботи. Отже, за Бойко, «вигорання – це динамічний процес, що виникає поетапно в повній відповідності до механізму розвитку стресу і має ті ж самі фази» [6]. Відповідно до його концепції, емоційному вигоранню властива фазність (їх 3) та сукупність відповідних до фаз симптомів (їх 12):

1. Перша фаза – «Напруга», що може виявлятися у 4 симптомах: переживання психотравмуючих обставин, відчуття «загнаності в клітку», тривога і депресія, незадоволеність собою;

2. Друга фаза – «Резистенція», яка проявляється наступним чином: неадекватне виборче емоційне реагування, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків, емоційна дезорієнтація;

3. Третя фаза – «Визнаження», їй характерні такі симптоми: емоційна відчуженість, психосоматичні та психовегетативні порушення, емоційний дефіцит, деперсоналізація.

Варто зауважити, що на фазність феномену емоційного вигорання звертав увагу не лише Бойко, існують і інші варіанти фаз емоційного вигорання. Наприклад, існує концепція, яка виділяє 7 фаз емоційного вигорання, кожній з яких також будуть властиві власні симптоми:

- Перша фаза: втрата ідеалізму, невгамовна спрага визнання, заздрість, почуття провини, озлобленість, апатія;
- Друга фаза: знижена зацікавленість, яка проявляється у вигляді докорів та звинувачення на адресу інших, недовіри, нетерпимості, послаблення уваги та пам'яті, неточності, нездатності до прийняття рішень, прогулів;
- Третя фаза: емоційні реакції та присвоєння провини виявляються у вигляді депресії та агресії;
- Четверта фаза: проявляється у вигляді зниженої працездатності, відсутності мотивації, фантазії та опору будь-яким нововведенням;
- П'ята фаза: притуплення емоцій - байдужість, самотність та невелика участь у житті інших, відмова від хоббі;
- Шоста фаза: психосоматичні реакції - ослаблення імунної системи, порушення сну, головний біль, нудота, зниження ваги;
- Сьома фаза: розпач - негативне ставлення до життя, почуття безнадійності, відсутність сенсу та думки про самогубство.

Вище ми розглядали емоційне вигорання як явище, як феномен, але варто відзначити, що досить часто емоційне вигорання лунає разом із словом «синдром». Між феноменом емоційного вигорання та синдромом емоційного

вигорання існують деякі відмінності, хоча, звісно, центральна структура в них однакова.

Взагалі, синдром – це сукупність симптомів, тобто збірне поняття, яке складається із окремих проявів, ознак. Така сама логіка стосується і синдрому емоційного вигорання, вище вже згадувалися приклади симптомів при сукупності яких можна буде казати про сформований синдром емоційного вигорання. Саме у цьому питанні і звертають на себе увагу тонкощі визначення емоційного вигорання, бо, відповідно до підходу, особистості дослідника, сам перелік цих симптомів мав власні особливості і, відповідно, умови підтвердження синдрому емоційного вигорання відрізняються. Крім того, що синдром потребує для власного ствердження сукупності симптомів, він ще потребує і відповідності у часі перебігу. Ми не можемо сказати, що людині властивий синдром емоційного вигорання, якщо людина почувала себе спустошеною та втомленою протягом одного вечора п'ятниці, а, наприклад, вже наступного ранку прокинулася мотивованою на діяльність та пізнання нового. У такому випадку йдеться про втому, як фізичну, так і емоційну, яка виникає досить закономірно та природньо після, наприклад, завершення роботи над важким проектом чи підготовки студента до екзамену. Звертаючись до медичної лексики, такий стан можна назвати фізіологічним, тобто таким, який є закономірним (виникає внаслідок якогось впливу), тимчасовим, таким, що не потребує додаткових заходів до подолання. Прикладом може бути підняття температури тіла під час фізичної роботи. Ми не кажемо у таких випадках, що людина захворіла, хоча температура дійсно піднімається, як і при якомусь серйозному інфекційному захворюванні, такий стан є нормальним. Альтернативою фізіологічного стану є патологічний стан, він несе загрозу для здоров'я, триває більше часу та потребує лікування. За аналогією, саме синдром емоційного вигорання можна назвати патологічним станом, адже він є більше стійким, ніж стан емоційного вигорання, потребує уваги та активації ресурсів до подолання.

Говорячи про подолання синдрому емоційного вигорання, ми намагаємося знайти засоби вирішення проблеми, яка вже має місце, але, значно легше та навіть безпечніше буде зайнятися не подоланням критичної ситуації, а профілактикою її виникнення.

«Профілактика – це комплекс різного роду заходів, спрямованих на попередження будь-якого явища і/або усунення факторів ризику », саме таке визначення явища профілактики пропонує ВООЗ, виділяють профілактику первинну та вторинну.

Первинна профілактика – система заходів попередження виникнення впливу чинників ризику розвитку синдрому або захворювань [40]. Якщо вважати, що найчастіше емоційне вигорання пов'язано із хронічним стресом, то потрібно, перш за все, визначити джерело стресу, а після цього намагатися звести до мінімуму провокуючі фактори. Безперечно, якщо мова йде про війну, як про основне джерело стресу, то це є таким фактором на який майже неможливо впливати, на жаль. У такому випадку можна спробувати стабілізувати ті аспекти життя, які, можливо, і не є основними у виникненні синдрому емоційного вигорання, але також мають свій вплив – наприклад, збалансоване та регулярне харчування, стабільний сон (наскільки це є можливим). Такі, здавалося би, банальні рекомендації можуть допомогти у профілактиці шляхом стабілізації саме фізичного стану, який, у свою чергу, буде «підтягувати та вести» за собою психологічний стан, надаючи йому підґрунтя стабільності. Крім цього, значна роль належить фактору інформованості суспільства про синдром емоційного вигорання, адже знаючи про потенційну загрозу, її наслідки та особливості, можна зменшити імовірність розвитку такого синдрому, а у випадку його формування – мати кращі можливості до подолання.

Вторинна профілактика – комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на раннє виявлення та попередження загострень, ускладнень і хронізації захворювань, обмежень життєдіяльності, які викликають дезадаптацію хворих в

суспільстві, зниження працездатності, в тому числі інвалідизації та передчасної смертності [28]. Аби забезпечити виконання такого виду профілактики, мають відбутися зміни з боку соціальної політики у нашій країні. Наприклад, має бути відповідний рівень діагностування первинних ознак емоційного вигорання. Психологічна допомога, щонайменше у державних установах, має бути доступною. У доповнення до цього, нам здається, що особливо у сьогоденних умовах військового стану, ледве не у кожній компанії чи організації регулярна та уважна психологічна діагностика загального стану психіки та свідомості є обов'язковою. Це питання може бути важливим, бо люди опинилися у таких умовах, у яких ніколи не бували до цього – нікому не відомо хто і як на це зреагує, які війна залишить наслідки для кожного. Травмована людина може не тільки страждати самотійно, а і навіть нести загрозу для оточуючих, а отже, потреба у психологічній діагностиці є більш ніж на часі.

Але, у будь-якому разі, як це завжди і буває – найбільша відповідальність лежить на кожному особисто. Ми можемо виділяти ті моменти, які могла би змінити чи додати наша держава, шкодувати та жалітися на ту ситуацію у якій усі опинилися, але найбільш корисним та раціональним буде робити залежне від самих себе. Іншими словами, звернутися до засобів індивідуальної профілактики синдрому емоційного вигорання. До індивідуальної профілактики відносять:

- дотримання здорового способу життя;
- самоконтроль стану здоров'я, в тому числі контроль ваги, артеріального тиску, емоційного стану;
- дотримання гігієнічних вимог і норм;
- своєчасні консультації з фахівцями в області зміцнення здоров'я та профілактики захворювань;
- виконання рекомендацій фахівців щодо зміни способу життя, даних за результатами консультування.

Звісно, що наразі ледве не кожний громадянин України вже зіткнувся із явищем емоційного вигорання, але ми би хотіли звернути увагу на особливості його перебігу у працівників допомагаючих професій, адже саме такі спеціалісти завжди знаходились під особливим ризиком формування синдрому емоційного вигорання.

Перш за все, буде доречним нагадати які саме професії відносяться до категорії допомагаючі, це такі спеціальності, у яких фахівець працює у парадигмі «людина» - «людина». Тобто, до допомагаючих професій можна віднести, наприклад, професію психолога, вчителя, лікаря, юриста та багато інших. Досить значній частці допомагаючих професій є характерним різноманіття діяльностей – наукова, навчальна, культурна-виховна, безпосередньо профільна, це пов'язано з тим, що досить часто представники таких професій працюють у закладах освіти, діляться своїми знаннями, займаються науковою роботою, не залишаючи при цьому основної діяльності (наприклад, лікування хворих чи проведення психологічних консультацій). Крім того, таким професіям є властиві деякі особливості – наприклад, ці професії не завжди гарно оплачуються, фахівці часто стикаються із емоційним стресом на роботі, підвищеними вимогами з боку суспільства, такі професії вимагають високого рівню самоконтролю тощо. Звісно, що такі різноманітні фактори сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання. Працівники допомагаючих професій, постійно зіштовхуючись з інтенсивністю і емоційністю людських відносин, змушені будувати своєрідний бар'єр психологічного захисту від батьків, учнів, колег, занижувати рівень власної емпатії, інакше їм загрожує емоційне вигорання.

Також ми не можемо ігнорувати фактор фізичної втоми: перманентні навантаження на органи зору, слуху, мови, гіподинамія протягом дня – ці аспекти також не дають можливості «перемикнутися» та позбутися відчуття постійного виснаження та психоемоційного перенавантаження. Наразі ми трохи відійшли від формату постійного онлайн-спілкування та онлайн-роботи (як це було ще декілька років тому), коли органи сприйняття були

перевантажені, а рівень фізичної активності протягом днів та тижнів був мінімальним, але, так чи інакше, іноді через чергові обстріли, іноді через реалії сучасності, коли онлайн-формат дійсно зберігає час та є зручнішим, ми продовжуємо хронічно виснажувати власні організми та підвищувати ризик виникнення синдрому емоційного вигорання.

Досить несподіваний аспект підвищеного ризику формування вигорання полягає у тому, що переважна частка викладачів, вчителів, психологів є жінками і внаслідок надмірного завантаження роботою вони часто не мають змоги приділити таку кількість уваги вихованню дітей, як самі би того хотіли. Це є особливою проблемою для жінок, бо, не дивлячись на сучасні тенденції, все ж таки парадигма, що «жінка має виховувати дитину, а батько – забезпечувати родину» ще залишилася актуальною. Відповідно, жінки починають відчувати провину, у них виникає почуття некомпетентності в питаннях виховання та апатія або, навпаки – вони стають роздратованими та агресивними (при чому агресія може бути спрямованою як на себе, так і на оточуючих).

Виходячи із вище наведених особливостей допомагаючих професій, можна впевнитися, що представники таких спеціальностей дійсно знаходяться під особливим ризиком формування синдрому емоційного вигорання, адже окрім загальної ситуації, яка виникла в Україні, вони мають знаходити у собі ресурс для подолання перепон, які ведуть до вигорання ще і у своїй професійній діяльності.

Таким чином, узагальнюючи вище написане, можна сказати, що феномен емоційного вигорання є достатньо багатограним – він складається із певного числа симптомів (вони можуть відрізнятися в залежності від наукового підходу), які при умові тривалого прояву можуть сформуватися у синдром емоційного вигорання. Крім того, варто наголосити, що емоційному вигоранню характерна фазність і увага у цій роботі буде особлива привернута до тієї концепції фазності емоційного вигорання, яка була запропонована В. В. Бойко. Особлива роль у сучасному світі (сучасному

світу України – тим паче) належить профілактиці емоційного вигорання, і, мабуть, найбільша відповідальність лежить безпосередньо на кожному з нас, бо, чекаючи на якісь зміни зі сторони є великий ризик зазнати цього самого емоційного вигорання. Наостанок, якщо ми стверджуємо, що профілактики емоційного вигорання у сучасних умовах потребує ледве не кожний громадянин світу та України, то працівники допомагаючи професій потребують цього ще більше, бо сама специфіка їх праці несе у собі підвищені ризики розвитку синдрому емоційного вигорання.

1.2 Психологічний зміст депресії та її переживання

Якщо вище ми розглядали поняття емоційного вигорання та наголошували на актуальності його профілактики та диференціювання, то потрібно відзначити і не менш нагальну потребу у привертанні уваги до депресії. Депресія як явище останніми роками набуло якогось легковажного характеру, ми часто бачимо персонажів серіалів, фільмів та медіа, які вживають це слово, насправді не до кінця розуміючи його значення. Насправді, депресія – це дуже важкий стан, це досить часто (якщо не завжди) ділянка діяльності психіатра, а не психолога (або краще сказати – не лише психолога). При депресії людина часто не може сама про себе попіклуватися, вона потребує допомоги у найпростіших буденних речах, не говорячи вже про стан її свідомості та психіки. Ми ні в якому разі не хочемо якось звинувачувати сучасну культуру, яка часто «розкидається» цим діагнозом, ми хочемо лише наголосити на тому, що депресія, у її науковому розумінні, це дещо, що є набагато більше серйозним та важливим, ніж те, що нам транслює сучасна культура. До речі, дивлячись на це питання з іншого боку, ми маємо бути вдячні цій самій сучасній культурі, адже ще лічені десятиліття тому поняття депресії начебто взагалі не існувало у інформаційному просторі, хоча це зовсім не означає, що людство не страждало на неї. Навпаки, люди із депресією вважалися дивакуватими, занадто слабкими (фізично та морально), непридатними для праці, а зараз, із розвитком суспільства, розмір уваги до

явища депресії значно виріс, хоча іноді і транслює нам це явище у більш або менш спотвореному вигляді. Через це ми і спробуємо надати явищу депресії як психологічній категорії максимально змістовне наповнення нижче.

При дослідженні будь-якого поняття є доречним починати із історії виникнення, а також формулювання його визначення. Може здатися, що, оскільки увага до явища депресії набула поширення лише останнім часом, то до цього і самої депресії не існувало, таке враження є хибним, адже хоча депресію і називають «хворобою 21 століття», це пов'язано виключно із підвищенням уваги та якості діагностування, а не безпосередньо виникненням такого стану. Для прикладу, ще у античні часи Гіппократ описував стан, який дуже нагадує сучасне визначення депресії, називаючи його «меланхолією». Більш того, Гіппократ навіть відзначав сезонний характер та залежність від погоди «меланхолії» у тих людей, які на неї страждали. Це особливо дивує та викликає захоплення, бо навіть зараз словосполучення «осіння депресія» залишається актуальним. У тому чи іншому вигляді, але історія зберігає описи того, що наразі розуміється як депресія – наприклад, вона згадувалася у Біблії та Еберсовському папірусі (одна із основних медичних праць стародавнього Єгипту).

Окрім того, що депресія є вигадкою сучасності, досить часто можна зустріти ще один стереотип про депресію, який наголошує на тому, що лише морально слабкі люди страждають депресією. На щастя, все більше відомих та успішних людей – починаючи із спортсменів та закінчуючи співаками, вже ледве не кричать у медіа про те, наскільки важливою є ця проблема. Прикладом можуть бути Принц Гаррі, Адель, Дуейн Джонсон, навіть видатні постаті минулого – наприклад, Авраам Лінкольн. Один із найбільш відомих президентів США писав: «Я сьогодні найбільш убогий чоловік з усіх живих. Якби мої почуття рівномірно розподілили по всьому людському роду, на землі не знайшлося б жодної посмішки. Чи буду коли-небудь відчувати себе краще, не знаю».

Говорячи вже безпосередньо про визначення депресії, можна сказати, що це захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження та пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. Особливу увагу варто звернути на словосполучення стійке пригнічення настрою, бо саме його суспільство більш або менш свідомо губить, міркуючи та діагностуючи самим собі депресію. Відповідно до «Психологічного тлумачного словника найсучасніших термінів», «Депресія – специфічно-афективний стан індивіда, що характеризується негативними емоціями, а також трансформаціями мотиваційних континуумів, когнітивних уявлень суб'єкта і загальною релаксативністю-пасивністю його поведінки» [11]. Таке визначення нам здається більш доступним, порівнюючи його з першим, бо стає зрозумілою природа зниження активності – це пов'язано із пригніченою мотивацією. За Р. Комером, депресія визначається як пригнічений стан, що характеризується тугою, знесиленням, украй низькою самооцінкою, відчуттям провини або спорідненими симптомами, при якому життя здається похмурим, а його труднощі непереборними [36]. «Депресія – це настрій, який характеризується відчуттям неадекватності, почуттям відчаю, зменшенням активності або реактивності, песимізмом, смутком і зв'язаними з цим симптомами»[25] - таке визначення пропонує «Великий тлумачний психологічний словник».

Отже, можна зауважити, що різноманітні визначення депресії у більшому чи меншому ступені спираються на 2 основні складові – пригнічений настрій та знижена активність. До того ж, ці складові, звісно, мають носити тривалий характер, аби можна було говорити саме про депресію, а не просто стан втоми чи поганого настрою.

Оскільки депресія є діагнозом як психологічним, так і медичним, буде важливо підкреслити особливості роботи із депресією, відповідно, лікаря і психолога. Варто зауважити, що за умовним «ідеальним сценарієм» людина, у якої діагностовано депресія має вирішувати цю проблему з обома спеціалістами – і з психологом, і з психіатром. Це означає, що немає чіткої

межі у, наприклад, ступені прояву депресії, де можна буде сказати, що саме з цього моменту психолог вже не зможе допомогти. Таке розділення є досить умовним, але ми все ж таки можемо сказати, що психіатр частіше працює із більш тяжкими формами депресії, це пов'язано із самими способами терапії – психіатр переважно використовує фармакотерапію (переважно – антидепресанти), впливає не стільки словом, скільки психотропними лікарськими засобами. Крім того, досить часто, звертаючись до психіатра з приводу депресії, людина може страждати ще і від, наприклад, тривоги або неврозів, це буде приводом для розширення фармакотерапічного арсеналу, який застосовується. З іншого боку, з таким самим запитом людина може звернутися і до психолога, але у такому випадку до терапії не будуть залучені лікарські препарати. Окрім відмінностей щодо підходів до роботи із депресією, психолог та психіатр будуть у різному ступені звертати увагу на причини, які призвели до такого стану. Мається на увазі, що психологічна практика приділяє велику частку уваги (більше або менше залежно від підходу спеціаліста) на минуле, на фактори, що викликали депресію. Психіатр же, у свою чергу, також, безумовно, намагається розібратися із етіологією, але все ж таки основним засобом лікування залишаються лікарські препарати.

Отже, можна сказати, що відмінності у депресії з точки зору психіатрії та психології будуть полягати у наступних аспектах: ступінь тяжкості депресії, підходи до лікування, частка роботи з причиною виникнення.

Вище ми наголошували на важливості того, що аби назвати стан депресією він має бути стійким. У цьому питанні є і свої особливості – вони полягають у тому, що, наприклад, у «Основах патопсихології» Р. Комер розділяє депресивний епізод та депресивний розлад.

Депресивному епізоду буде характерна наступна ситуація – наявність протягом двох тижнів хоча би 5 із наведених нижче 7 симптомів, які виявляються щодня (або майже щодня):

- знижений настрій та явне зниження інтересу до джерел задоволення протягом більшої частини дня;
- виражена втрата ваги або її збільшення, зниження або підвищення апетиту;
- безсоння або підвищена сонливість;
- психомоторне збудження або загальмованість;
- відчуття втоми; відчуття власної малоцінності, підвищене відчуття провини;
- зниження уваги, розумових здібностей, нерішучість;
- думки, що періодично повторюються, про смерть або про суїцид, спроба або планування самогубства;

А от для того, аби стверджувати, що людині властивий депресивний розлад потрібне поєднання наявності депресивного епізоду та відсутності в анамнезі маніакальних епізодів. Таким чином, стверджується, що при наявності вище указаних симптомів протягом відносно тривалого часу, але не більше двох тижнів можна говорити про депресивний епізод, а у випадку тривалості більше двох тижнів – про депресивний розлад, але не ігноруючи аспект відсутності маніакальних епізодів, адже у такому випадку буде йтися вже не про депресію як самостійне порушення, а скоріше як про симптом іншого, навіть ще більш серйозного захворювання (наприклад, шизофренії).

Клінічно депресія проявляється порушеннями у п'яти сферах: емоційній, мотиваційній, поведінковій, когнітивній та фізичній:

1. Емоційні симптоми: пригніченість, туга, відчуття себе нещасним, спустошеним і приниженим, втрата відчуття гумору та відчуття радості, тривога, гнів або збудження, плаксивість;

2. Мотиваційні симптоми: відсутність у себе спонукання, ініціативи і невимушеності, потреба примушувати себе ходити на роботу, розмовляти з друзями, приймати їжу або підтримувати інтимні відносини, суїцидальні тенденції та схильності;

3. Поведінкові симптоми: менша активність та продуктивність, бажання залишатись наодинці, не вставати з ліжка тривалий час, сповільненість рухів і навіть мови;

4. Когнітивні симптоми: негативна оцінка самого себе, як некомпетентної, небажаної, неповноцінної людини, звинувачення себе в причетності до майже всіх негативних подій, навіть до тих, які не мають до індивіда ніякого відношення, песимізм, схильність до суїцидальних думок, рідке фіксування на своїх успіхах і досягненнях;

5. Фізичні симптоми: головні болі, розлади травлення, запаморочення і загальне нездужання, слабкість, втрата апетиту та порушення сну.

Як можна звернути увагу, депресія має значний вплив на різноманітні складові життєдіяльності людини. Це зайвий раз підкреслює рівень серйозності проблеми, який не обмежується поганим настроєм та дійсно потребує профілактики. Потреба у профілактиці депресії є нагальною, у цьому можна впевнитися, наприклад, за такою статистикою – голандський вчений П. Куйперс на 22-у Конгресі Європейської психіатричної асоціації навів досить вражаючі цифри, які стверджують, що економічні втрати Європи, які пов'язані із депресивним розладом склали 130 мільйонів євро на мільйон населення [19]. Тобто, мова ведеться не лише про ускладнення життя кожної окремої людини, депресіє має чималий вплив на робочу діяльність, депресія складає справжню небезпеку для економік розвинутих країн. Разом з тим, цей же самий вчений надав на конференції і позитивні новини – профілактика депресії працює, вона знижує ризик розвитку такого синдрому на 19-26 відсотків, залежно від виду профілактики, що застосовується.

Варто нагадати, що зазвичай використовується модель потрібної профілактики – універсальна (для всього населення), селективна (для груп ризику) та необхідна (для тих осіб, яким характерні первинні ознаки депресії). У питанні профілактики депресії до групи ризику відносяться

підлітки, вагітні та нещодавно народивші жінки, хворі на діабет та люди похилого віку. Цікавим є той факт, що до групи ризику не відносяться працівники допомагаючих професій, на відміну до групи ризику формування емоційного вигорання. Нам здається доречним сказати, що працівники допомагаючих професій не відносяться до безпосередньої групи ризику розвитку депресії, бо це явище виникає найчастіше внаслідок факторів, які не пов'язані із професійною діяльністю, у цьому можна впевнитися, виходячи із груп ризику – у групах ризику використаний критерій віку особистості (підлітки та люди похилого віку) та критерій стану здоров'я (вагітні та хворі на діабет). Але, разом з тим, знаходячись у групі ризику щодо формування емоційного вигорання, працівники допомагаючих професій, можуть мати підвищений ризик розвитку депресивного стану, саме як наслідку або ускладнення емоційного вигорання. Власне, саме диференціації взаємозв'язку між формуванням емоційного вигорання та розвитком депресивного стану і присвячена ця робота. Таким чином, проаналізувавши емпіричну частину даної роботи, можна буде зробити висновок щодо співвідношення між формуванням емоційного вигорання та розвитком депресивного стану.

Говорячи безпосередньо про засоби профілактики розвитку депресії, їх можна поділити на 2 групи: загальні та конкретні. Загальні будуть стосуватися як депресії, так і інших психічних порушень, а крім того – і кожної людини, що проживає у світі. Йдеться про покращення умов життя, умов виховання та дорослішання дітей, покращення умов праці тощо. Безумовно, такі складові мають свій вплив на формування депресивного стану, але спиратися на них як до основного засобу профілактики розвитку депресії було би просто недостатньо та занадто поверхнево, адже це стосується «всього і нічого» одночасно. Інша ситуація із конкретними засобами профілактики депресії, для цього використовуються методики, спрямовані на виявлення ознак наявної або імовірної депресії. До таких методик відносяться, наприклад, «Шкала депресії» Бека, «Шкала депресії»

Жмурова, яка, до речі, була використана у цій роботі, а також методики для відповідних вікових груп – наприклад, «Опитувальник дитячої депресії» Ковак. Крім того, використовуються і методики, що спрямовані на дослідження декількох споріднених станів, прикладом може бути «Опитувальник дистресу, депресії, тривоги та соматизації». Звісно, існують ще і інші варіанти діагностування депресії, але, для якісної профілактики потрібне не тільки різноманіття, але і системність та комплексність у підході до попереднього діагностування можливого депресивного розладу, саме ця складова, скоріше, потребує змін та більшої уваги, бо, на щастя, саме засобів для діагностики є більш ніж достатньо.

Підбиваючи підсумок вище написаному, можна сказати, що, не дивлячись на різноманіття визначень явища депресії, усі вони і більшому чи меншому ступені наголошують на пригніченому настрої людини та пониженій активності. В залежності від форми депресії (депресивний епізод чи розлад) та ступені тяжкості їй будуть характерні симптоми, що стосуються 5 сфер - емоційна, мотиваційна, поведінкова, когнітивна та фізична, а безпосередньо варіанти симптомів кожної з них вже можуть відрізнитися від кожного окремого випадку. Також, чималої уваги потребує і профілактика депресії, яка буде, перш за все, стосуватися груп ризику, до яких відносяться підлітки, люди похилого віку, вагітні та нещодавно народивші жінки, а також хворі на діабет. Зміст профілактики полягає переважно у системному та комплексному діагностуванні населення, для чого використовуються різноманітні опитувальники.

1.3 Фактори впливу на формування та розвиток депресивного стану

У попередній частині роботи нами була розглянута сама сутність депресії як явища, ми звернули увагу на особливості її проявів та профілактики, але не менш важливим є питання передумов виникнення депресії.

Для того, аби розглядати причини, що можуть призвести до виникнення депресії, потрібно наголосити на тому, що прийнято виділяти 2 види депресії – ендогенну та психогенну. Говорячи простіше – депресія, що виникає внаслідок внутрішніх (ендогенна) та зовнішніх (психогенна) причин.

Конкретними причинами для психогенної депресії можуть бути будь-які травмуючі події, найчастіше такими стає смерть близької людини, втрата роботи або, наприклад, важке фінансове положення. Це приклади подій після яких одразу або через невеликий проміжок часу може сформуватися депресія, але не варто виключати і потенційного травмуючого досвіду з минулого – наприклад, фізичне насильство у дитинстві, відсутність одного з батьків у родині, булінг у школі тощо. Зовнішніми причинами також можуть бути навіть не стільки травмуючі, скільки скоріше фруструючі чинники, ми з таким стикнулися під час пандемії Covid-19, коли люди були вимушені сидіти дома, їх діяльність була обмеженою, звичний перебіг життя змінився у момент, коли до цього ніхто не був готовий. Такі загальносуспільні явища також можуть бути причиною депресії.

Говорячи про ендогенну депресію, варто зважати вже не на зовнішні події, а на індивідуальні особливості, бо причиною такого виду депресії є збій нейрохімічного балансу у головному мозку. Відомо, що нестача конкретних нейромедіаторів призводить до депресії, йдеться про серотонін, адреналін та норадреналін. Окрім згаданих нейромедіаторів, з боку фізіології та психіки людини може впливати і, наприклад, відсутність вітаміну D. Підтвердженням цього є сезонна форма депресії, бо вона виникає якраз у той час, коли кількість сонячного світла понижується, а разом з цим понижується і вміст вітаміну D в організмі, адже саме сонячне світло і є його природним джерелом. «Сезонно-афективна депресія — часте явище в зимово-весняний період. У цей час тривалість сонячного дня помітно знижується, наша рухова активність зменшується. Це відбувається через збільшення вироблення мелатоніну. Часті симптоми сезонно-афективної депресії — переїдання, знижений настрій, постійне бажання спати, втома, тривожність і низька

працездатність. Коли кількість сонячного світла збільшується, а це відбувається в пізню весну і влітку, симптоми «весняної депресії» проходять самі по собі» - таким чином лікар-невролог Санік Л. О. описує сезонну депресію.

Окрім вище згаданих психологічних та фізіологічних факторів вплив мають і супутні фактори, їх вплив менший, але також присутній. До таких чинників відносять:

1. Вік – зазвичай симптоми депресії виникають у період з 14 до 28 років;

2. Стать – статистично підтверджено, що показник захворюваності жінок переважає показник захворюваності чоловіків. Це може бути пов'язано як із генетичним фактором, так і з тим, що жінки більше схильні до емоційних переживань, через що їм часто важче долати кризові та стресові ситуації;

3. Фізичне здоров'я – наприклад, черепно-мозкова травма буде відігравати значну роль при розвитку депресивного стану, але крім цього навіть будь-яке інше хронічне або гостре важке захворювання може позначатися на самовідчутті, настрої людини і призводити таким чином до формування депресії;

4. Спадковість – депресія іноді носить спадковий характер, приблизно у 5 відсотків хворих відзначається наявність депресивного розладу у сімейному анамнезі.

Звісно, вище згадані чинники не мають безпосереднього впливу на формування депресії, вони спричиняють лише непрямі передумови, у зв'язку з чим кожна окрема ситуація потребує аналізу та уважного вивчення, чим і займаються психіатри та психологи.

Ще одним досить важливим моментом, вартим уваги при дослідженні феномену депресії є причини можливого рецидиву депресивного розладу. Повернення депресії може виникати через різні причини, а скоріше через їх сукупність. Наприклад, досить частою є ситуація, коли людина відчуває

покращення свого стану після початку приймання антидепресантів, і, нібито піклуючись про своє здоров'я, вирішує самовільно припинити курс лікування, аби зайвий раз не навантажувати організм хімічними засобами. За великим рахунком, при будь-якій хворобі, як соматичній, так і психічній, жоден лікар не порекомендує раптово припиняти курс лікування при появі перших ознак одужання, але при депресії це є особливо некоректним. Це пов'язано з тим, що принцип дії антидепресантів полягає у тому, що вони надають організму та психиці людини зразок «кращого життя», дійсно - самопочуття може покращуватися досить швидко, але наша психіка потребує чималого часу для закріплення нової моделі сприйняття себе, сприйняття світу тощо, а раптово перериваючи курс люди лише гарантують собі рецидив депресії.

З іншого боку, навіть довівши лікування до завершення, не можна виключати ризику повернення депресії, бо нам ніколи не є відомим що трапиться у майбутньому, які стресові та травмуючі події нас спіткають. Особливо болючим є такий ризик у сучасних умовах життя в Україні, дуже важко методично та поступово займатися власним психічним здоров'ям, коли немає можливості спланувати наступний день, передбачити кількість годин сну і таке інше.

До речі, досліджуючи механізми імовірного рецидиву депресії вчені з Великобританії, Німеччини та Швейцарії зробили досить цікаве відкриття – можна передбачити імовірність рецидиву по тому, як людина приймає рішення. У їх дослідженні приймали участь 123 пацієнти з депресією у стадії ремісії, також досліджувалися результати контрольної групи. Респондентам був запропонований тест, який визначав об'єм зусиль, які людини готова витратити задля отримання винагороди.

Для оцінки дослідження вчені враховували 2 складові: по-перше, кількість витраченого часу на тестування, а по-друге – сам результат тестування. Дослідниками була виділена група пацієнтів, які витрачали на тестування найбільше часу, із плином часу – через півроку, у кожного

другого з трьох таких пацієнтів дійсно стався рецидив депресії. Що важливо – саме у цих пацієнтів рівень зусиль, які вони готові докласти для отримання винагороди виявився найнижчим. Таким чином, був зроблений висновок, що дуже важливою ланкою як у перебігу депресії, так і у можливому рецидиві цього розладу є робота система винагороди у мозку. Це може означати, що якраз ураження мотиваційної сфери є провідним у розвитку депресії, а от пригнічення настрою та порушення активності скоріше є наслідками первинного ураження мотиваційної сфери, а саме – системи винагороди.

Вище нами були розглянуті різноманітні аспекти, пов'язані із явищем депресії: причини її виникнення, особливості симптоматики, запоруки профілактики, залишилося дослідити останній, але від того не менш важливий аспект – засоби боротьби із депресивним розладом.

Можна сказати, що існує 3 основних способи лікування депресії: за допомогою психофармакотерапії, із застосуванням психотерапії та комбінований спосіб. Кожна ситуація є унікальною, в одному випадку вдасться подолати депресію лише за допомогою психолога, у більш важкій ситуації – за допомогою психіатра та використання лікарських засобів. Таким чином, співвідношення вищезгаданих способів лікування у кожній окремій ситуації буде залежати від ступеню депресії та, можливо, особистих бажань людини, яка страждає на депресію.

Особливу увагу хотілося би звернути на ті складові методу психотерапії і не тільки, які часто не враховуються, але також можуть відігравати досить значну роль у боротьбі із депресією. Оскільки ми зазначали, що одним із основних симптомів депресії є пригнічення активності, саме на подолання цієї складової розладу можуть бути спрямовані сили – це носить назву процесу активізації [23]. Варто зазначити, що інтенсивна активізації має на меті виконання двох основних завдань:

1. За допомогою правильної організації денного розпорядку депресивний стан може позитивно змінитись і хворий може відчутти полегшення;

2. Відчуття, що депресивний стан змінюється і що пацієнт сам може робити внесок у цю позитивну зміну, спонукає його до подальших кроків і зменшує почуття безнадії.

Разом з тим, окрім мети потрібно враховувати і принципи інтенсивної активізації, аби вона не принесла більше шкоди, ніж користі. Серед таких принципів виділяють:

1. Уникати будь-яких переобтяжень. Не перевищувати рівня можливостей пацієнта і починати з малого. Усвідомлювати наявність слабкості й виснаження, бо депресія – це хвороба, яка вимагає дбайливого ставлення;

2. Скласти список занять. Що Вам подобалося раніше? Що Ви охоче зробили б зараз? А разом з іншими – рідними, друзями? Щодня не менше години перебувати на свіжому повітрі (прогулянки, їзда на велосипеді, робота в садку);

3. Конкретно обговорювати час, місце та спосіб діяльності. Планувати режим дня з поступовим зростання активності, часто людина сама починає робити пропозиції;

4. Протидіяти депресивному прагненню до досконалості: йдеться не про те, щоб досконало виконувати завдання. Сама спроба вже буде успіхом (розхитування «чорно-білого мислення»);

5. Заохочувати до позитивного зворотного зв'язку: допомагати хворому самому зрозуміти, чи стає йому від цих занять краще, чи хоча б «не так погано, як раніше». Заохочувати пацієнта приписувати успіх самому собі.

Також чималий інтерес привертають до себе і інші способи подолання депресивного розладу. Нижче наведемо деякі з них:

1. Електроконвульсивна терапія – у першій половині минулого століття була підтверджена ефективність використання електричного струму при лікуванні хворих із моторною загальмованістю, яка якраз є одним з проявів депресивного розладу. Під час цього процесу внаслідок дії струму виділяється велика кількість нейромедіаторів, а також підвищується

проникність гематоенцефалічного бар'єру (виділеним нейромедіаторам легше потрапляти до мозкової тканини з крові). Безумовно, такий метод є досить небезпечним, через що він використовується відносно рідко та лише при відсутності протипоказань, а також зі згоди самої людини та/або її родичів;

2. Музикотерапія – музикотерапія може виконувати цілу низку функцій під час роботи із депресивним розладом. Наприклад, музикотерапія може стати засобом встановлення контакту та формування довіри, включення людини у групу. Більше того, виділяють рецептивну (розслаблююча), аналітичну та креативну музикотерапію, кожен з цих видів має власні особливості;

3. Арт-терапія – люди, яким характерний депресивний розлад дуже часто відчують власну неспроможність, нездатність ідентифікувати свої почуття та встановити зв'язок між відчуттями і думками. Саме у таких випадках і стає у нагоді арт-терапія, яка може стати шляхом, що наближає людину до її справжніх почуттів та сприяє ідентифікації.

Підбиваючи підсумок, нагадаємо, що при виділенні можливих причин розвитку депресії дуже важливо визначитися про який вид йде мова: ендогенній депресії будуть характерні порушення нейрохімічного балансу в організмі, а при психогенній депресії причина буде знаходитися поза особистістю, «ззовні». Також чималу увагу до себе привертає питання можливого розвитку рецидиву депресії. На наявність або відсутність рецидиву впливають такі чинники – стан системи винагороди у головному мозку; травмуючі події, з якими людина може зіткнутися у стадії ремісії депресії; те, наскільки вдало людина дотримується курсу лікування. Для подолання депресивного розладу використовуються такі засоби як психотерапія, фармакотерапія та їх поєднання. Крім того, існують і альтернативні методи, до яких відносять інтенсивну активізацію, арт-терапія, музикотерапію та електроконвульсну терапію.

Висновки до першого розділу

Таким чином, узагальнюючи вище написане, можна сказати, що феномен емоційного вигорання є достатньо багатограним – він складається із певного числа симптомів (вони можуть відрізнитися в залежності від наукового підходу), які при умові тривалого прояву можуть сформуватися у синдром емоційного вигорання. Крім того, варто наголосити, що емоційному вигоранню характерна фазність і увага у цій роботі буде особлива привернута до тієї концепції фазності емоційного вигорання, яка була запропонована В. В. Бойко. Особлива роль у сучасному світі (сучасному світу України – тим паче) належить профілактиці емоційного вигорання, і, мабуть, найбільша відповідальність лежить безпосередньо на кожному з нас, бо, чекаючи на якісь зміни зі сторони є великий ризик зазнати цього самого емоційного вигорання. Наостанок, якщо ми стверджуємо, що профілактики емоційного вигорання у сучасних умовах потребує ледве не кожний громадянин світу та України, то працівники допомагаючи професій потребують цього ще більше, бо сама специфіка їх праці несе у собі підвищені ризики розвитку синдрому емоційного вигорання.

Говорячи про феномен депресії, варто сказати, що, не дивлячись на різноманіття визначень явища депресії, усі вони і більшому чи меншому ступені наголошують на пригніченому настрої людини та пониженій активності. В залежності від форми депресії (депресивний епізод чи розлад) та ступені тяжкості їй будуть характерні симптоми, що стосуються 5 сфер - емоційна, мотиваційна, поведінкова, когнітивна та фізична, а безпосередньо варіанти симптомів кожної з них вже можуть відрізнитися від кожного окремого випадку. Також, чималої уваги потребує і профілактика депресії, яка буде, перш за все, стосуватися груп ризику, до яких відносяться підлітки, люди похилого віку, вагітні та нещодавно народивші жінки, а також хворі на діабет. Зміст профілактики полягає переважно у системному та комплексному діагностуванні населення, для чого використовуються різноманітні опитувальники.

Нагадаємо, що при виділенні можливих причин розвитку депресії дуже важливо визначитися про який вид йде мова: ендогенній депресії будуть характерні порушення нейрохімічного балансу в організмі, а при психогенній депресії причина буде знаходитися поза особистістю, «ззовні». Також чималу увагу до себе привертає питання можливого розвитку рецидиву депресії. На наявність або відсутність рецидиву впливають такі чинники – стан системи винагороди у головному мозку; травмуючі події, з якими людина може зіткнутися у стадії ремісії депресії; те, наскільки вдало людина дотримується курсу лікування. Для подолання депресивного розладу використовуються такі засоби як психотерапія, фармакотерапія та їх поєднання. Крім того, існують і альтернативні методи, до яких відносять інтенсивну активізацію, арт-терапія, музикотерапію та електроконвульсну терапію.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЯК ФАКТОРУ ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ ОСОБИСТІСТЮ

2.1 Організація та методологічні засади дослідження

Дослідження емоційного вигорання як фактору переживання депресивного стану у студентів допомагаючих спеціальностей включало у себе три основні етапи: підготовчий, діагностичний і аналітико-інтерпретаційний.

На першому етапі проводилася підготовка до дослідження, а саме - аналіз літератури (як вітчизняної, так і зарубіжної), визначення основних завдань і формулювання мети дослідження. Крім того, були визначені принципи наукового дослідження, основні підходи до вивчення предмета дослідження та був підібраний необхідний методичний інструментарій, визначено порядок проведення та строки виконання дослідження.

На другому, діагностичному, етапі було проведено емпіричне дослідження за допомогою визначеного комплексу психодіагностичних методик. Емпірична база дослідження була представлена 30 студентами заочної форми навчання за спеціальністю 053 «Психологія» 5 курсу ОНУ імені І. І. Мечникова та 30 студентами денної форми навчання за спеціальністю 222 «Медицина» ОНМедУ. При виборі методик дослідження враховувалися наступні вимоги до психодіагностичного інструментарію, що був використаний:

1. Відповідність методики, мети та об'єкту дослідження;
 2. Достатня валідність, об'єктивність, репрезентативність та об'єктивність тесту;
 3. Чіткість і однозначність інструкції щодо проведення дослідження;
- Опис використаних методик розташований нижче.

На останньому, аналітико-інтерпретаційному, етапі була проведена обробка отриманих емпіричних даних із застосуванням методів математичної

статистики в межах кількісного і якісного аналізу; Також давалося психологічне пояснення виявленим фактам і закономірностям, формулювалися висновки. Для розв'язання поставлених завдань був підібраний такий комплекс психодіагностичних методик: методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка, методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та копінг-тест Р. Лазаруса.

Особливу увагу хотілося би приділити характеристиці досліджуваних груп. Ці групи були обрані для дослідження, бо, як зазначалося вище, саме представники так званих допомагаючих професій знаходяться під підвищеним ризиком розвитку емоційного вигорання. Не дивлячись на те, що у теоретичній частині роботи мова велася саме про тих людей, хто безпосередньо працює, а не навчається за напрямом допомагаючих професій, дане дослідження представляє особливий інтерес. Це пов'язано з тим, що досить часто саме процес навчання вважається більш важким та таким, що створює передумови для емоційного вигорання (особливо це стосується медичної спеціальності, яка визнається однією з найскладніших серед усіх). Крім того, неможливо не враховувати активні військові події в Україні, які тривають вже більше двох років, адже їх особливо тяжко переживати у відносно невеликому віці, коли психіка ще не може вважатися максимально стабільною та врівноваженою.

Окрім згаданих спільних рис між групами респондентів (навчання на спеціальностях допомагаючих професій в умовах війни), між ними існують і більш чи менш суттєві відмінності. До прикладу, відмінності у частці жінок та чоловіків, які приймали участь і дослідженні. Хоча і медична, і психологічна спеціальності є більш притаманними для жіночої статі, певна кількість чоловіків також відзначається та має відмінності у частці у порівнювальних групах, з цими відмінностями можна ознайомитися на наведеній нижче діаграмі.

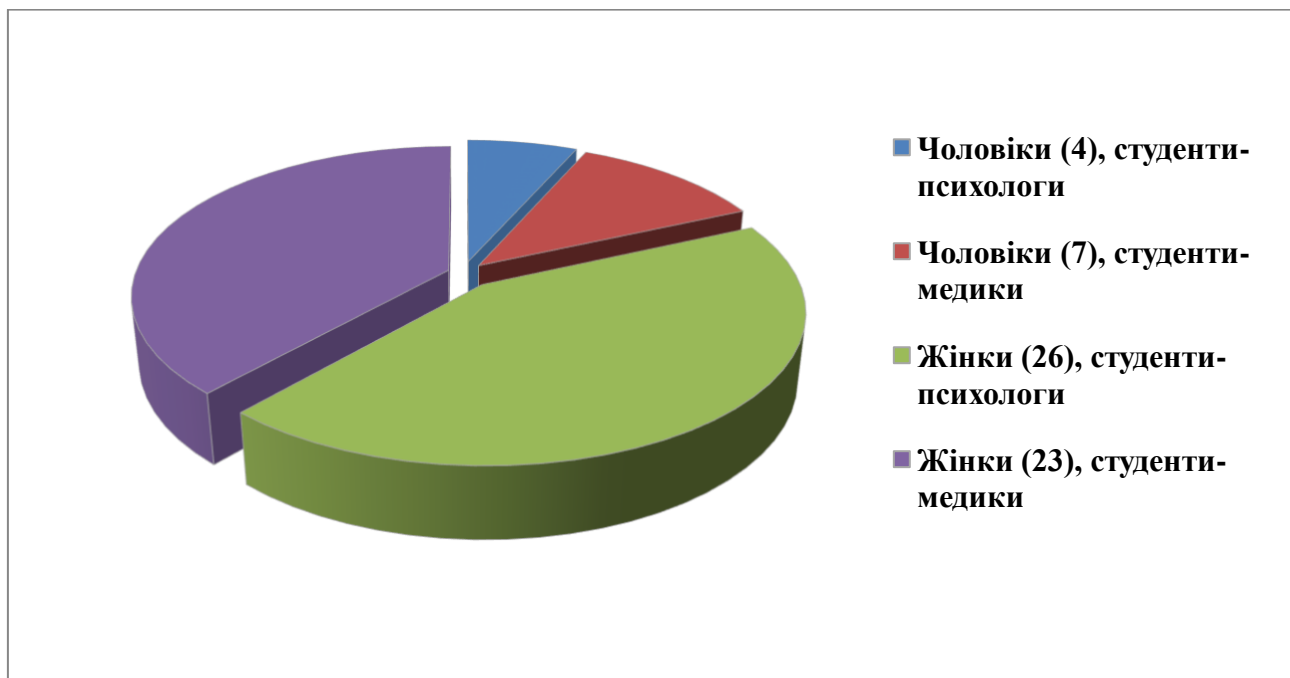


Рис. 2.1 Співвідношення жінок і чоловіків у досліджуваних групах

Як видно, загальна картина майже однакова – значне переважання жіночої статі, тим не менш, серед студентів-медиків кількість чоловіків майже вдвічі більша за таку кількість серед студентів-психологів.

Окрім статевих відмінностей, варта уваги і відмінність у віці – якщо студентам-психологам є характерним приблизно однаковий вік, бо для усіх студентів це навчання є першим вищим, вони поступали разом після закінчення школи, то для студентів-психологів є притаманною більша розбіжність у віці між студентами. Це пов'язано з тим, що така тенденція властива заочному навчанню – воно не обов'язково є продовженням шкільної освіти, іноді абітурієнти вступають на заочне навчання задля отримання другої вищої освіти тощо. Отже, розглянемо відмінності у віці серед студентів нижче:

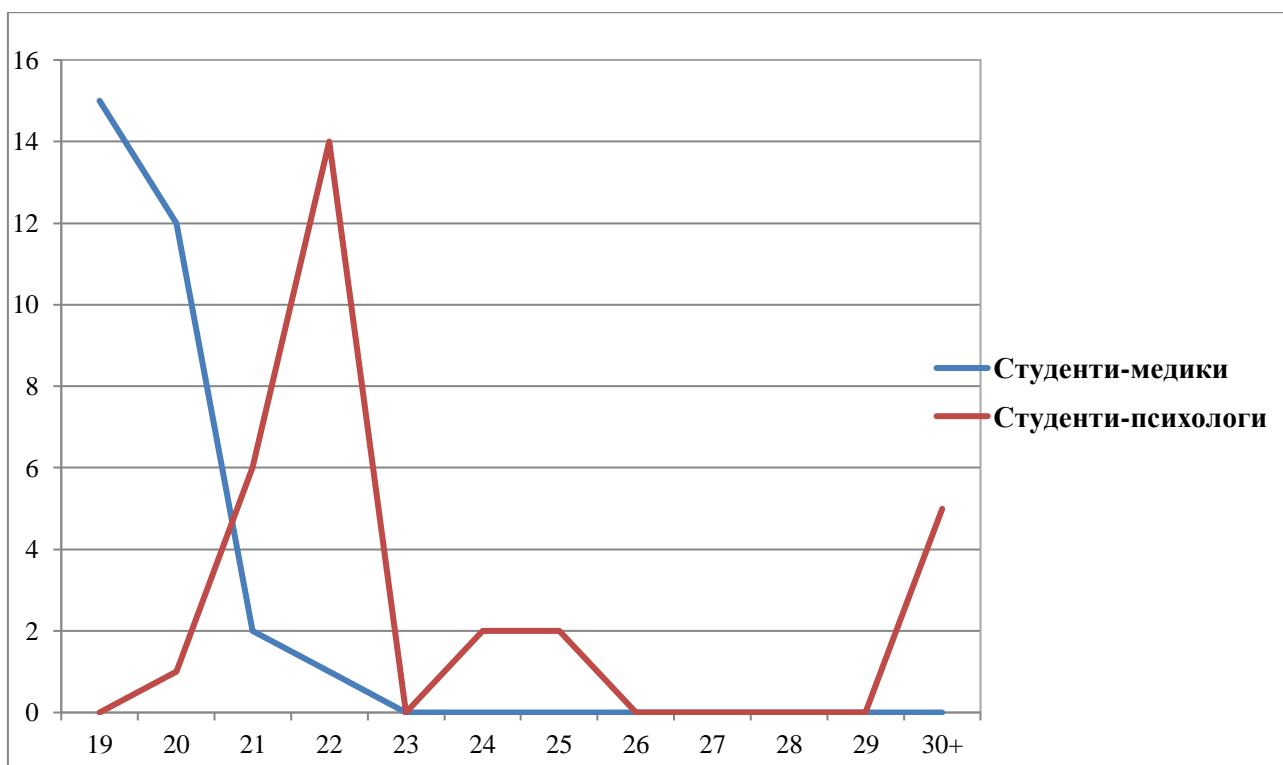


Рис. 2.2 Вікова крива досліджуваних груп

Відповідно до цього графіку, де горизонтальна шкала відображає вік, а вертикальна – кількість респондентів відповідного віку, можна звернути на увагу на декілька закономірностей:

1. Як і варто було очікувати, близько половини членів груп мають однаковий вік – 19 та 22 роки, відповідно до курсу навчання (3 та 5 курси), тобто вони вступили до ЗВО після закінчення школи;

2. Значно більшу увагу привертає розподілення інших частин кожної з груп. Студентам-медикам властивий вік від 20 до 22 років, більш старшого не зустрічається у виборці. Тобто, уся група студентів-медиків є однолітками, із максимальною різницею у віці в 3 роки. Зовсім інша ситуація характерна групі студентів-психологів, де другий за частотою показник (після передбачувано переважаючого показника в 22 роки) є показник в 30+ років, а крім того – ще певна частка припадає на вік в 20-21 років та 24-25 років.

Таким чином, ми можемо звернути увагу на те, що діапазон вибірки серед студентів-медиків значно поступається діапазону студентів-психологів, що якраз і пов'язано з вище згадуваними причинами.

Іншою важливою відмінністю між обраними групами респондентів є їх місцезнаходження – в Україні чи за її межами, бо у зв'язку з різними формами навчання (денна та заочна) переважна частина студентів-психологів знаходиться за кордоном, а переважна частина студентів-медиків знаходиться в Україні. Ці відмінності відображені на розташованій нижче діаграмі.

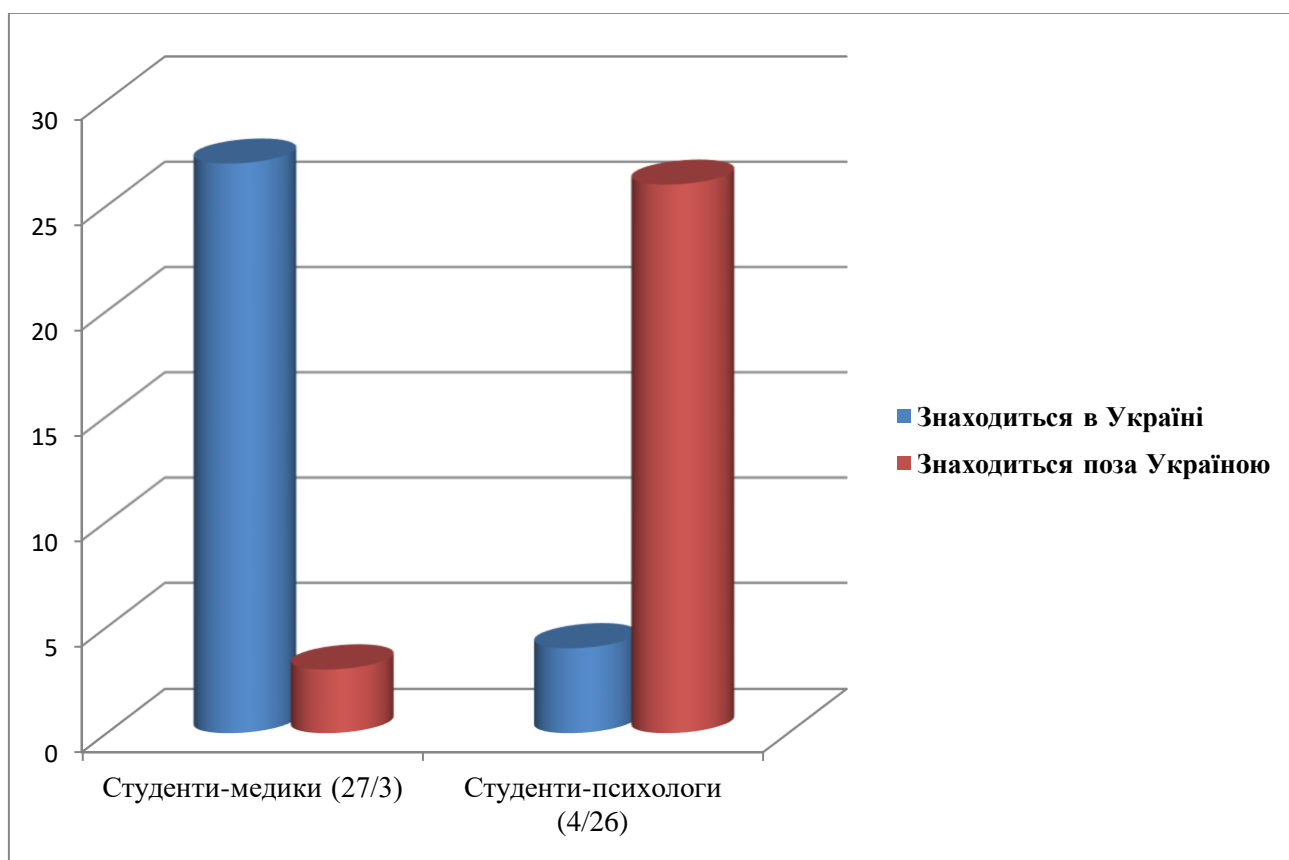


Рис. 2.3 Співвідношення респондентів, що знаходяться в Україні та поза її межами

Як видно з діаграми, відмінність є майже дзеркальною, тим цікавіше буде порівняти отримані результати між групами респондентів.

Отже, аби підсумувати опис досліджуваних груп, буде доречним нагадати, що вони мають певні спільні та відмінні риси. Спільні риси:

1. Спеціальність навчання – представникам обох досліджуваних груп характерне навчання на допомагаючі професії;

2. Співвідношення жінок і чоловіків – в обох групах переважна частка належить жінкам;

Відмінні:

1. Вік – групі студентів-медиків характерна мода у значенні 19 років, а загальний діапазон є досить вузьким (від 19 до 22 років), а групі студентів-психологів властива мода у значенні 22 років, при значно більш широкому діапазоні (від 20 до 30+ років);

2. Форма навчання – перша група навчається на денній, а друга на заочній формі;

3. Вплив війни в Україні – безумовно, ми не можемо знати як війна впливає на кожну окрему людини, комусь легше переживати військові події, знаходячись поза країною, а комусь – навпаки, знаходячись в Україні, бо таким чином інформація отримується з власного досвіду, а не з новин. Але, так чи інакше, ми маємо констатувати, що переважна частка першої групи досліджуваних знаходиться в Україні, а інша – поза межами країни.

Враховуючи вище наведені дані, їх особливості та відмінності, на нашу думку, варто звернути особливу увагу на 3 показника, а саме – ті показники, що є відмінними (вік, форма навчання, вплив війни в Україні). З одного боку, спираючись на ці показники, можна зробити припущення, що рівень емоційного вигорання та можливої депресії (до якої може призвести емоційне вигорання) буде нижчим у студентів-психологів. По-перше, вік представників цієї групи є більшим і це могло би означати кращу стресостійкість за рахунок досвіду та, наприклад, більшу емоційну стабільність. По-друге, заочна форма навчання означає, що людина витрачає значно менше часу, фізичних сил на навчання – воно триває близько місяця двічі на рік, немає потреби щоденно просинатися рано вранці та йти на навчання. Оскільки навчання займає приблизно 2 місяці на рік, імовірність емоційного вигорання, яке пов'язано з навчальною діяльністю стає значно

меншою, бо людина приділяє більше уваги, наприклад, родині. По-третє, навіть враховуючи індивідуальні особливості кожного, мабуть, можна припустити, що переживати війну все ж таки легше, знаходячись поза країною. Щонайменше, є можливість планувати свій день, не просинатися від повітряної тривоги чи вибухів. З іншого боку, знаходитися на дистанції від своїх родичів, своєї країни може бути ще важче, це індивідуальне питання.

Так чи інакше, виникає враження, що група студентів-психологів має мати перевагу щодо стійкості до можливого емоційного вигорання, але, на нашу думку, ситуація не є настільки однозначною. Це пов'язано з тим, що студентам-медикам може бути властива стійкість до стресу, яка виникла внаслідок дійсно складного процесу навчання, тем же саме стосується і денної форми навчання – з точки зору фізичного навантаження це виснажує, але з точки зору соціальної взаємодії надає можливість «змінити картинку». Що стосується впливу війни – питання також немає однозначної відповіді, бо, наприклад, враховуючи менший у середньому вік піддослідної групи студентів-медиків, її представникам може бути легше долати стрес, обумовлений війною, бо психіка є більш лабільною та здатною до адаптації, у цих студентів ще немає власних родин і рівень переживань та відповідальності є меншим за цей рівень у студентів-психологів.

Підсумовуючи, можна сказати, що наразі важко припустити якій групі респондентів буде більш характерне емоційне вигорання, бо наявна досить велика кількість змінних, вплив яких неможливо передбачити. Отже, при аналізі результатів емпіричної частини роботи, варто звернути увагу не тільки на співвідношення емоційного вигорання та можливого депресивного стану, до якого вигорання могло привести, а і на те, наскільки емоційне вигорання буде більш притаманне одній чи іншій групі досліджуваних студентів.

Говорячи про аналіз отриманих даних, варто розглянути ті методики, які були використані для емпіричного дослідження. Нами були використані наступні методики:

1. Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка;
2. Методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова;
3. Копінг-тест Р. Лазаруса.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання, що була запропонована В. В. Бойко являє собою 84 твердження, на які респондент має дати відповідь – твердження є для нього референтним чи ні. Оцінка емоційного вигорання надається відповідно до його етапів окремо та сумарно, адже, за Бойко, перебіг вигорання відповідає перебігу стресу, а отже, йому також характерні 3 фази – напруга, резистенція та виснаження. Більш того, кожна з фаз складається з 4 симптомів, які, звісно, є унікальними для кожної фази. «Напруга» характеризується переживанням психотравмуючих обставин, незадоволеністю собою, тривогою та депресією, а також відчуттям «загнаності в клітку». «Резистенції» буде властиве розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків, неадекватне виборче емоційне реагування та емоційна дезорієнтація. А «виснаженню» є характерним емоційний дефіцит, психосоматичні та психовегетативні порушення, емоційна відчуженість, деперсоналізація.

Відповідно до інструкції методики, після її проходження отримується загальний показник кожної з фаз та окремі показники кожного з симптомів. Показник симптому може коливатися від 0 до 30 балів:

- 9 і менше балів - симптом, що не склався;
- 10-15 балів - симптом, що складається;
- 16 і більше - симптом, що склався.

А ті симптоми, показник яких перевищує 20 балів можна вважати домінантними в окремій фазі або взагалі у синдромі вигорання. Така особливість надає нам можливість визначити з одного боку - до якої фази вигорання відноситься домінантний симптом, а з іншого - визначити якій з фаз характерна найбільша кількість домінантних симптомів.

Якщо ж аналізувати не окремі показники кожного з симптомів, а фази емоційного вигорання загалом, то варто відзначити, що кількість балів у кожній фазі може коливатися від 0 до 120 балів, адже складається з 4 симптомів. При цьому, вважається некоректним зіставляти бали, що були отримані кожною з фаз, це не буде свідчити про їх відносну роль чи внесок у синдром. Це пов'язано з тим, що самі явища, які включені у ці фази мають істотні відмінності - досліджується як стан нервової системи, так і, наприклад, прийоми психологічного захисту. Так, ці явища дійсно є спорідненими, вони описують одну конкретну особистість, але при цьому їх співставлення не є доречним, бо між ними відсутній прямий зв'язок - ми не можемо сказати, що людині із лабільною нервовою системою обов'язково буде характерним заперечення як основний варіант психологічного захисту, наприклад. Таке може бути, але це не є обов'язковим.

Таким чином, порівнюючи кількість балів кожної з фаз ми лише можемо судити про те, наскільки та чи інша фаза сформувалася:

- 36 і менше балів - фаза не сформувалася;
- 37 - 60 балів - фаза у стадії формування;
- 61 і більше балів - фаза, що сформувалася.

Не дивлячись на те, що не є вірним зіставляти бали кожної з фаз та порівнювати їх внесок, для оцінки наявності чи відсутності емоційного вигорання та його ступеню потрібно, якраз, враховувати показники усіх трьох фаз, але не зіставляти їх, а сумувати. Показниками того чи іншого стану будуть наступні бали:

- 0 - 110 балів – немає емоційного вигорання;
- 111 - 180 балів – середній рівень емоційного вигорання;
- 181 - 210 балів – високий рівень емоційного вигорання;
- 210 и більше балів – критичний рівень емоційного вигорання.

Для більш комплексної оцінки за цією методикою зазвичай намагаються знайти відповіді на наведені нижче питання, спираючись якраз

на отриманні результати опитування, які демонструють ступінь сформованості окремих симптомів та повноцінних фаз емоційного вигорання. До таких питань відноситься:

1. Які симптоми домінують; якими сформованими і домінуючими симптомами супроводжується виснаження;
2. Чи можна пояснити виснаження (якщо його виявлено) факторами професійної діяльності, що ввійшли до симптоматики "вигорання", чи суб'єктивними факторами;
3. Який симптом (чи симптоми) найбільше обтяжують емоційний стан особистості;
4. У яких напрямках треба впливати на виробничу обстановку, щоб знизити нервову напругу;
5. Які ознаки та аспекти поведінки самої особистості підлягають корекції, щоб емоційно впливати на емоційний стан особистості діяльності партнерам.

Методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова являє собою 44 групи однорідних тверджень, які відрізняються за частотою чи періодичністю. Мається на увазі, наприклад, така група тверджень – «Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго», «Пригнічений настрій у мене може тривати по тижню, до місяця», «Пригнічений настрій у мене може тривати місяцями», «Пригнічений настрій у мене може тривати до року й більше», а людина, відповідно, має обрати те твердження, яке є для неї найбільш характерним.

При якісному аналізі даної методики можна дослідити наступні психічні стани:

1. Апатія - стан байдужості, повної індивідуальності до того, що відбувається, до оточуючих, свого положення, минулого життя, перспектив на майбутнє;

2. Гіпотимія (знижений настрій) - афективна пригніченість у вигляді засмученості, позитивні емоції при цьому поверхневі, можуть бути повністю відсутні;

3. Дисфорія (“погано переносю”, “несу погане, недобре”) - похмурість, озлобленість, понурий настрій з буркотливістю, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування;

4. Розгубленість - гостре відчуття невміння, безпорадності, типові нестійкість уваги, запитливий вираз обличчя, пози й жести спантеличеної і вкрай невпевненої людини;

5. Тривога - неясне, незрозуміле самій людині відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи. Емоційна енергія діє настільки потужно, що виникають своєрідні фізичні відчуття: “всередині все стислося в клубок, напружилося, натягнулося як струна, ось-ось порветься, лусне...”;

6. Страх - розлитий стан, який переноситься на всі обставини й оточуюче. Страх також може бути пов’язаний з певними ситуаціями, об’єктами, особами та виражається переживанням небезпеки, безпосередньої загрози життю, здоров’ю, благополуччю, престижу. Може супроводжуватися своєрідними фізичними відчуттями, що свідчать про внутрішню концентрацію енергій: “усередині похололо, обірвалося”, “ворушиться волосся”, “скувало груди”.

Крім цього, звісно, враховується сума отриманих балів при опитуванні, за кожне з обраних тверджень можна отримати від 0 до 3 балів, а оскільки всього у методиці міститься 44 групи тверджень, то респондент може отримати від 0 до 132 балів загалом. Відповідно до отриманих балів досліджуваний отримував показник депресії, який варіювався від «депресія відсутня» до «глибока депресія».

Копінг - тест Лазаруса складається з 50 тверджень, на кожне з яких респондент має надати відповідь щодо того, наскільки стверджене його стосується – «ніколи», «рідко», «інколи», «часто». Методика, як зрозуміло із

назви, спрямована на визначення більш характерних для людини копінг-стратегій, засобів подолання важких ситуацій.

Кожне з тверджень відноситься до однієї з 8 категорій:

1. Конфронтація - вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій;

2. Дистанціювання - подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою завдяки суб'єктивному зниженню її значущості та ступеня емоційної залученості в неї;

3. Самоконтроль - подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою завдяки цілеспрямованому придушенню і стримуванню емоцій, мінімізації їхнього впливу на сприйняття ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки;

4. Пошук соціальної підтримки - вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки;

5. Прийняття відповідальності - визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її розв'язання, у низці випадків із виразним компонентом самокритики та самозвинувачення;

6. Втеча - уникнення - подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, не виправданих очікувань, відволікання;

7. Планування вирішення проблеми - подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії розв'язання проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів;

8. Позитивна переоцінка - подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання.

Для інтерпретації отриманих результатів проводиться підрахунок балів та визначення відсотку набраних балів з максимально можливої суми. Таким чином можна визначити найбільш виражені копінг-стратегії. В залежності від одержаних показників визначається низький, середній або високий рівень напруженості та рівень здатності адаптуватися до стресових ситуацій.

Окрім вище описаних методів, які були використані для дослідження респондентів, варто сказати, що на останньому етапі обробка отриманих емпіричних даних була проведена за допомогою статистичних методів. Методи математичної статистики спрямовані на ідентифікацію та аналіз статистичних закономірностей. Вони були нами застосовані для обробки даних емпіричних досліджень, а також визначення закономірностей між досліджуваними психічними явищами, процесами і властивостями.

Підсумовуючи вище написане, нагадаємо, що дослідження проводилося серед 2 груп: студенти-психологи та студенти-медики, яким властиві як спільні риси – навчання на спеціальності допомагаючої професії, переваження жінок у групах, так і відмінні – вік, форма навчання та вплив війни в Україні. Враховуючи відмінності між групами, дослідження полягає у визначенні співвідношення між впливом на виникнення емоційного вигорання тих аспектів, що відрізняються у груп, а також у визначенні співвідношення між наявним емоційним вигоранням та депресією, передумовою якого воно може бути. Для дослідження були використані 3 методики - методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка; методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та копінг-тест Р. Лазаруса. Окрім емпіричних методик, нами були застосовані і методики математичної статистики, які допомогли в обробці та аналізі отриманих експериментальних даних.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Для проведення емпіричного дослідження було використано 3 методики. Спочатку ми порівнюємо отримані результати за кожною з них між піддослідними групами, а після цього дослідимо емоційне вигорання як фактор розвитку депресії, для цього вже буде використаний кореляційний аналіз. Першою була застосована методика В. В. Бойка – «Діагностика рівня емоційного вигорання».



Рис. 2.4 Прояв фаз емоційного вигорання у студентів-медиків

Відповідно до наведеної діаграми, можна сказати, що студентам-медикам характерна стадія формування для кожної з фаз емоційного вигорання, адже усі показники перевищують 36 балів, але не досягають 61 балу. При цьому, якщо додати бали усіх фаз (140,14 балів), то буде отриманий показник середнього рівня емоційного вигорання.

Як видно на наведеній нижче діаграмі, результати студентів-психологів не відрізняються за загальною картиною – на фазу резистенції також випадає трохи більше 50 балів, а фаза напруги відрізняється лише на декілька балів. Хіба що фаза виснаження є менш вираженою, порівнюючи із

студентами-медиками, це може бути пов'язано якраз із очним навчанням, яке більше виснажує фізично, а також із переважним знаходженням в Україні, внаслідок якого важче, наприклад, підтримувати стабільний сон. Говорячи про сумарний показник емоційного вигорання, то він дорівнює 132,32 балам, що є меншим за показник студентів-медиків, але все одно відноситься до прояву середнього рівня вигорання.



Рис. 2.5 Прояв фаз емоційного вигорання у студентів-психологів

Окрім порівняння загальних показників фаз емоційного вигорання, нам здається доцільним розглянути і рівень проявів окремих симптомів кожної фази.

Виходячи з наведеної нижче діаграми, можна констатувати, що студентам-медикам найменше характерний симптом відчуття «загнаності в клітку», але при цьому їх показник тривоги та депресії значно перевищує такий показник у студентів-психологів. Крім того, незадоволеність собою знаходиться у досліджуваних груп майже на однаковому рівні, а рівень переживання обставин незначно, але переважає у студентів-медиків.

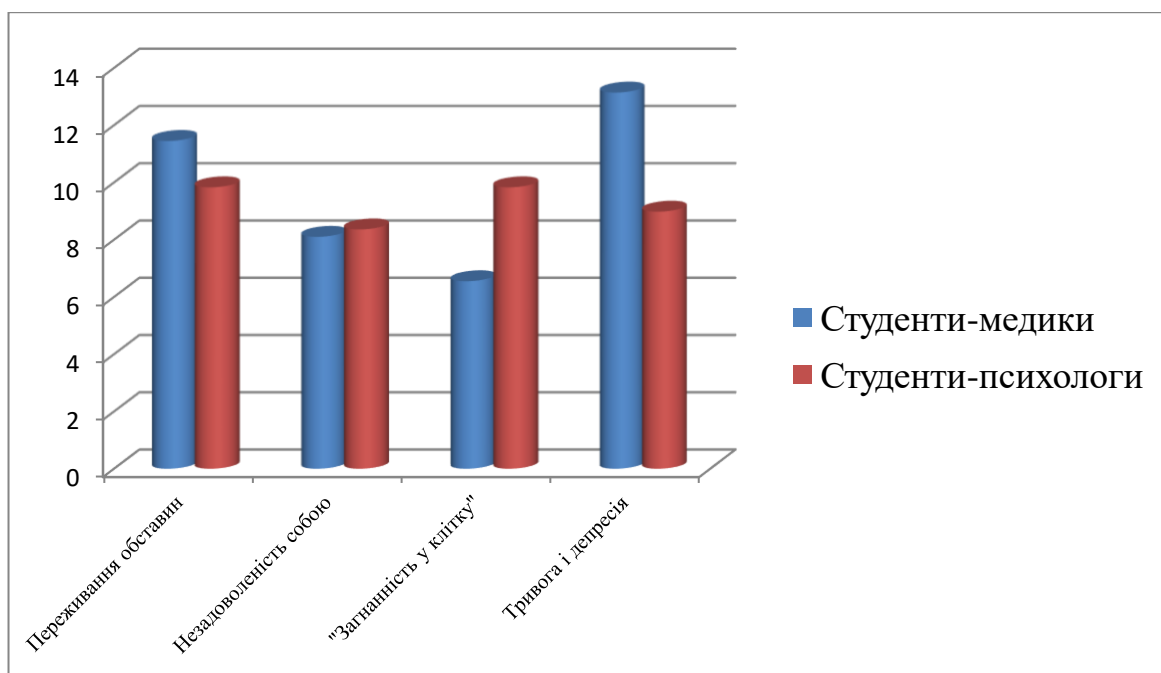


Рис. 2.6 Порівняння рівнів симптомів фази напруги у досліджуваних груп

Говорячи про симптоми фази резистенції у досліджуваних груп, варто зауважити, що усі показники знаходяться майже на однаковому рівні. Лише показник розширення сфери економії, який є більш вираженим у студентів-медиків, привертає увагу, хоча і відмінність між групами складає менше 2 балів.

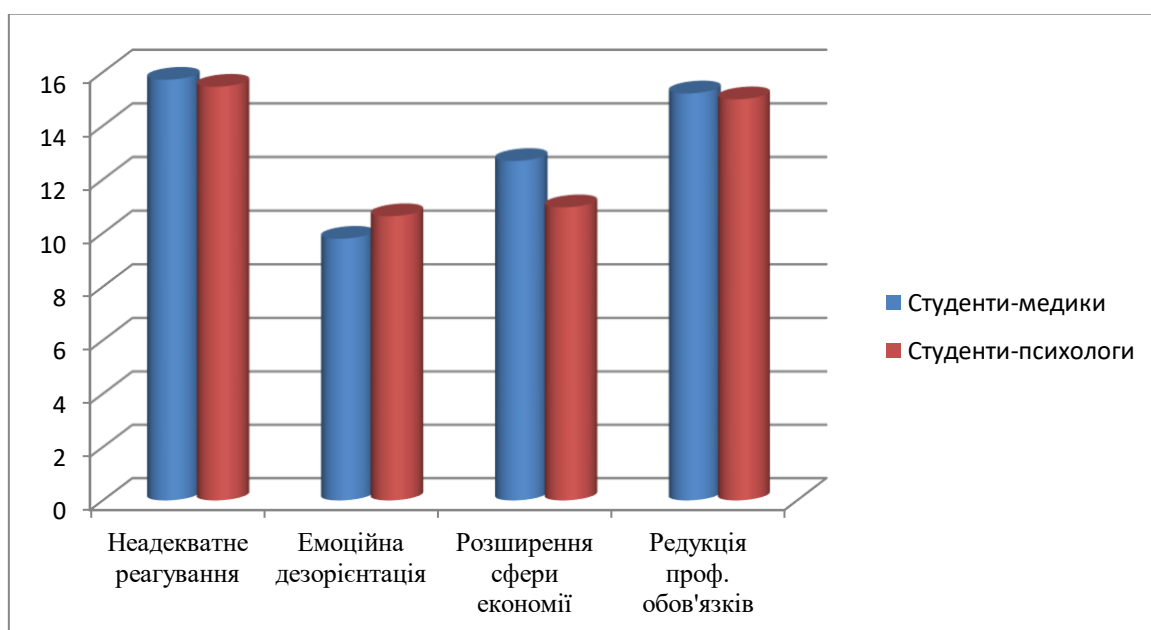


Рис. 2.7 Порівняння рівнів симптомів фази резистенції у досліджуваних груп

Говорячи про симптоми фази резистенції у досліджуваних груп, варто зауважити, що усі показники знаходяться майже на однаковому рівні. Лише показник розширення сфери економії, який є більш вираженим у студентів-медиків, привертає увагу, хоча і відмінність між групами складає менше 2 балів.

Останньою фазою, симптоми якої належало порівняти була фаза виснаження. Відповідно до наведеної нижче діаграми, видно, що лише один симптом має суттєві відмінності у рівні прояву між досліджуваними групами – симптом особистісної відчуженості. Саме цей симптом переважає у студентів-медиків, а інші знаходяться майже на однаковому рівні.

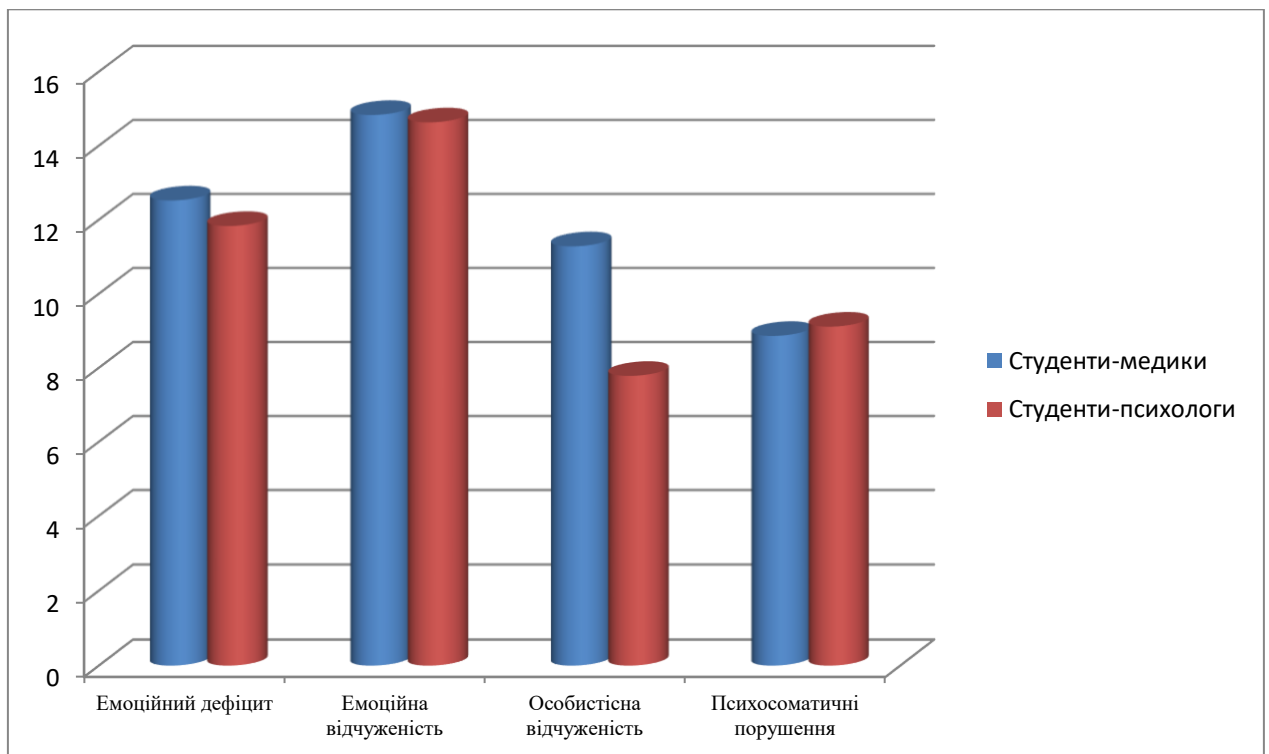


Рис. 2.8 Порівняння рівнів симптомів фази виснаження у досліджуваних груп

Таким чином, порівнявши отримані результати за методикою дослідження емоційного вигорання В. В. Бойка, можна сказати, що нами не було виявлено значних відмінностей у рівні прояву окремих фаз емоційного вигорання, при чому обом групам є властивим середній рівень емоційного вигорання. Крім того, переважна частка симптомів кожної з фаз також

знаходиться на майже однаковому рівні, за декількома виключеннями - симптом тривоги і депресії або, наприклад, симптом особистісної відчуженості.

Не менший інтерес привертають і результати диференційного дослідження депресивних станів за Жмуровим. Нагадаємо, що показник в 10-24 балів відповідає стану мінімальної депресії, а показник в 25-44 балів є проявом легкої депресії. Як видно із наведеної нижче діаграми, результати досліджуваних груп не мають суттєвих відмінностей, але при цьому студентам-медикам характерна все ж таки мінімальна депресія (хоча і у майже максимальному значенні), а студентам-психологам характерна легка депресія (хоча і у майже мінімальному значенні).

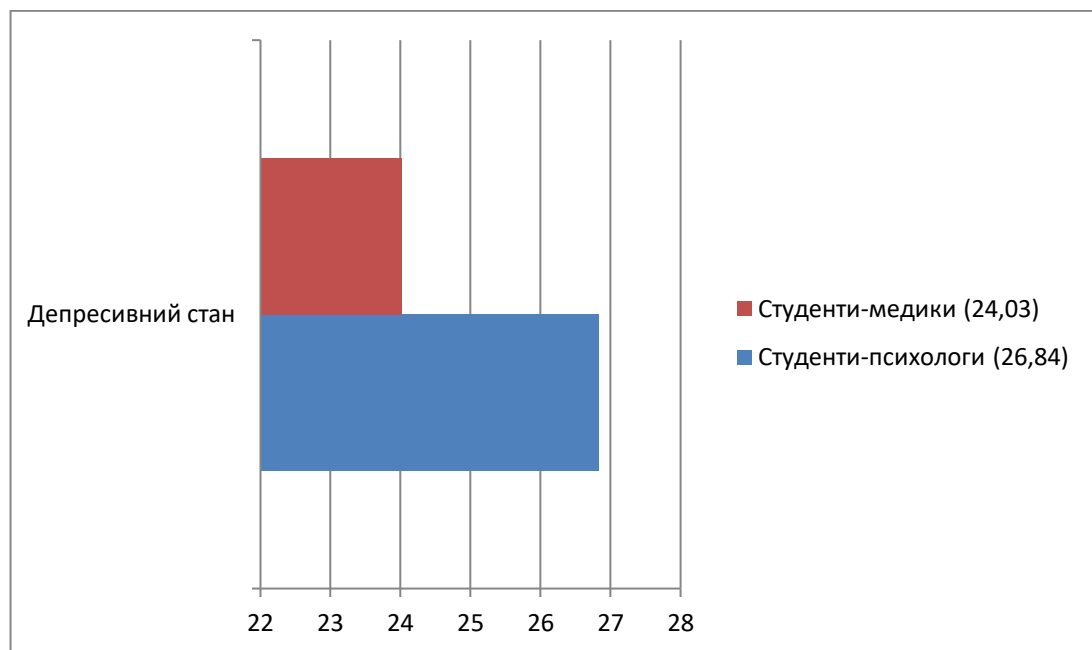


Рис. 2.9 Результати досліджуваних груп за шкалою депресії Жмурова

Останньою використаною методикою є дослідження копінг-стратегій за Лазарусом.

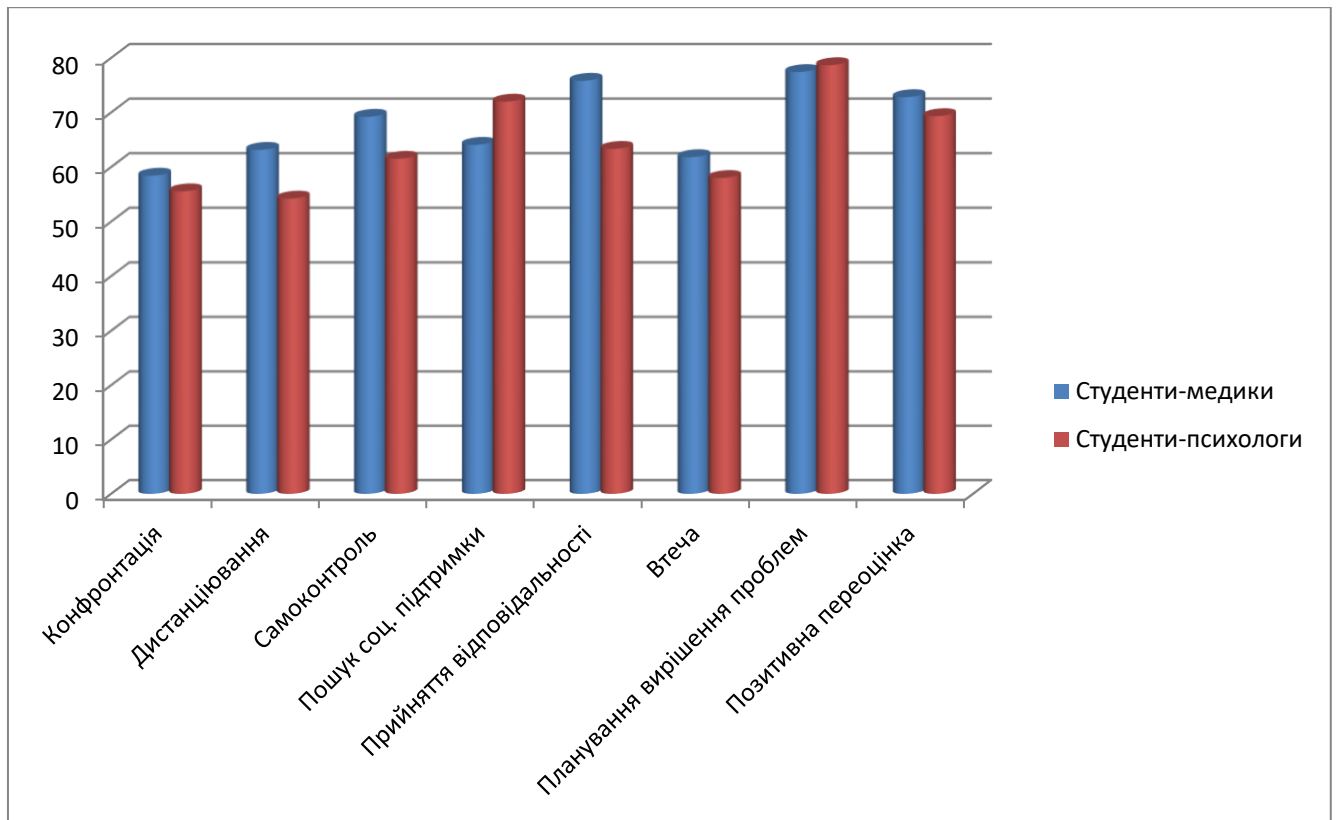


Рис. 2.10 Порівняння рівнів прояву копінг-стратегій у досліджуваних груп

Розглянувши отримані результати, особливу увагу хотілося би звернути на ті варіанти копінг-стратегій, що відрізняються у досліджуваних груп. Але, перед цим буде коректним підкреслити те, у яких категоріях отримані результати є близькими за отриманими балами, до таких показників відноситься конфронтація, втеча, планування вирішення проблем та позитивна переоцінка. Студенти-медики мають суттєву (близько 10 балів) перевагу у 3 показниках – дистанціювання, самоконтроль та прийняття відповідальності. Разом з цим, студенти-психологи переважають лише у 1 категорії – це показник пошуку соціальної підтримки. Нам здається, що саме ті показники, які відрізняються є досить характерними для представників відповідних професій (не дивлячись на те, що дослідження проводилося із студентами цих спеціальностей). Адже лікар дійсно потребує навичок дистанціювання, самоконтролю та, безумовно, прийняття відповідальності у своїй роботі. В той час як психологу є властивим пошук соціальної підтримки, бо з одного боку результат роботи досить часто важко досягнути та

надати йому об'єктивну оцінку (на противагу, наприклад, із вдало проведеною операцією хірургом), а з іншого боку – професія психолога досі не набула суспільного визнання, яке могло би бути порівняним із суспільним визнанням таких професій як, наприклад, викладач чи той самий лікар.

Розглянувши отримані результати та попередньо порівнявши їх за середнім арифметичним показником, у другій частині цього підрозділу ми ставимо перед собою наступні задачі:

1. Визначити значимість відмінностей в отриманих результатах щодо дослідження емоційного вигорання та депресивного стану за допомогою критерію Фішера;

2. Дослідити взаємозв'язок емоційного вигорання та депресивного стану за допомогою кореляційного аналізу.

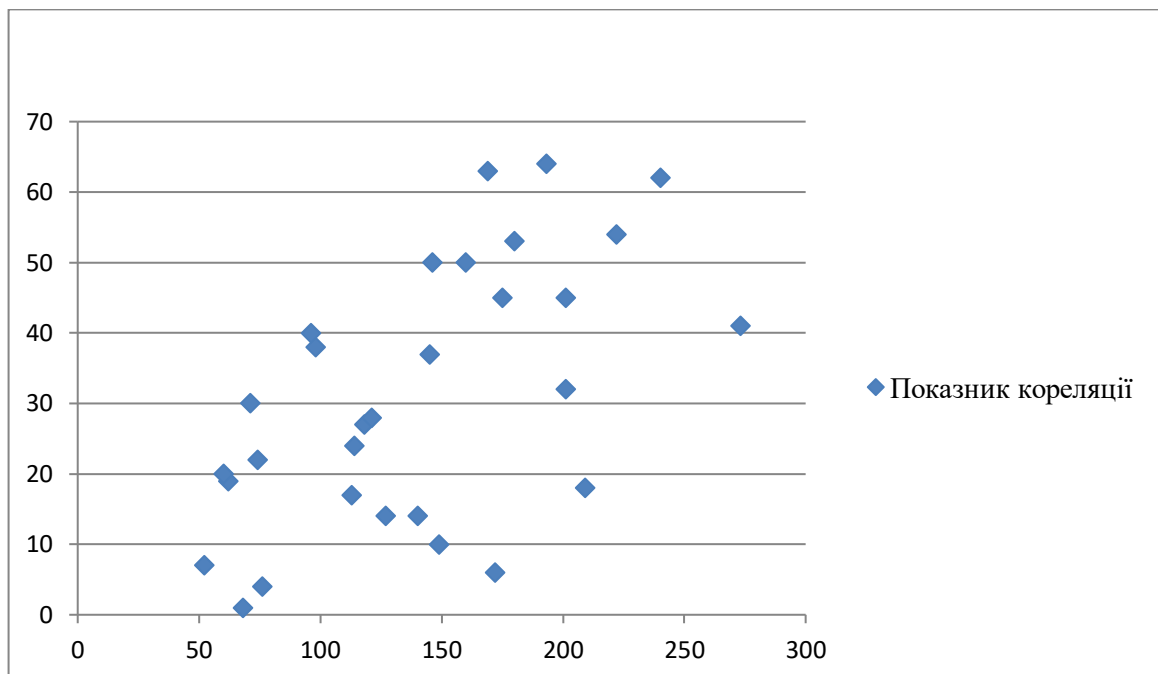
Для визначення значимості відмінностей отриманих результатів за методикою дослідження емоційного вигорання був використаний критерій відсутності емоційного вигорання або його наявності і, відповідно, вираженості у більшому чи меншому ступені. Серед студентів-психологів емоційне вигорання є характерним 21 респонденту з 30 опитуваних, а серед студентів-медиків такий стан є властивим 20 респондентам з 30 опитуваних. Відповідно до критерію Фішера, було отримане значення $p = 0,3907$, це означає, що частка осіб, у яких проявляється досліджуваний ефект, у вибірці студентів-психологів не більше, ніж у вибірці студентів-медиків.

При визначенні аналогічного показника щодо дослідження депресивного стану, нами було отримане значення $p = 0,3587$, яке також означає, що частка осіб, у яких проявляється досліджуваний ефект, у вибірці студентів-психологів не більше, ніж у вибірці студентів-медиків. Не дивлячись на однаковий результат, вихідні дані мали відмінності – серед 30 студентів-психологів депресивний стан є характерним 26 респондентам, а серед студентів-медиків відповідний стан є властивим 25 респондентам з 30.

Таким чином, наша гіпотеза щодо того, що відмінності між отриманими результатами є незначними виявилася вірною. З іншого,

враховуючи те, що перевірка проводилася за критерієм наявності або відсутності стану (незважаючи на ступінь прояву у випадку наявності), варто зважати на те, що у середньому студентам-психологам все ж таки властивий легкий рівень депресії, а студентам-медикам - мінімальний, відмінності результатів у дослідженні емоційного вигорання все одно визначають обидві групи як ті, що знаходяться на показнику середнього рівня вигорання.

Кореляційний аналіз проводився за критерієм кореляції Спірмена, нижче наведені результати кореляційного аналізу серед групи студентів-психологів. Горизонтальна шкала демонструє рівень прояву емоційного вигорання, а вертикальна шкала – рівень прояву депресивного стану. На діаграмі можна помітити закономірність, яка свідчить про те, що чим вищим є показник емоційного вигорання, тим більша імовірність високого показника депресивного стану. Це підтверджує і коефіцієнт кореляції (r), що дорівнює 0,574, зв'язок між досліджуваними явищами визначається як прямий, а сила зв'язку – помітна.



**Рис. 2.11 Кореляція емоційного вигорання та депресії
у групі студентів-психологів**

Аналогічне дослідження було проведено і з групою студентів-медиків. Загальний вигляд діаграми багато в чому нагадує відповідну діаграму студентів-психологів, але має інше значення коефіцієнту кореляції (r) – 0,662, цей показник також демонструє прямий і сильний зв'язок.

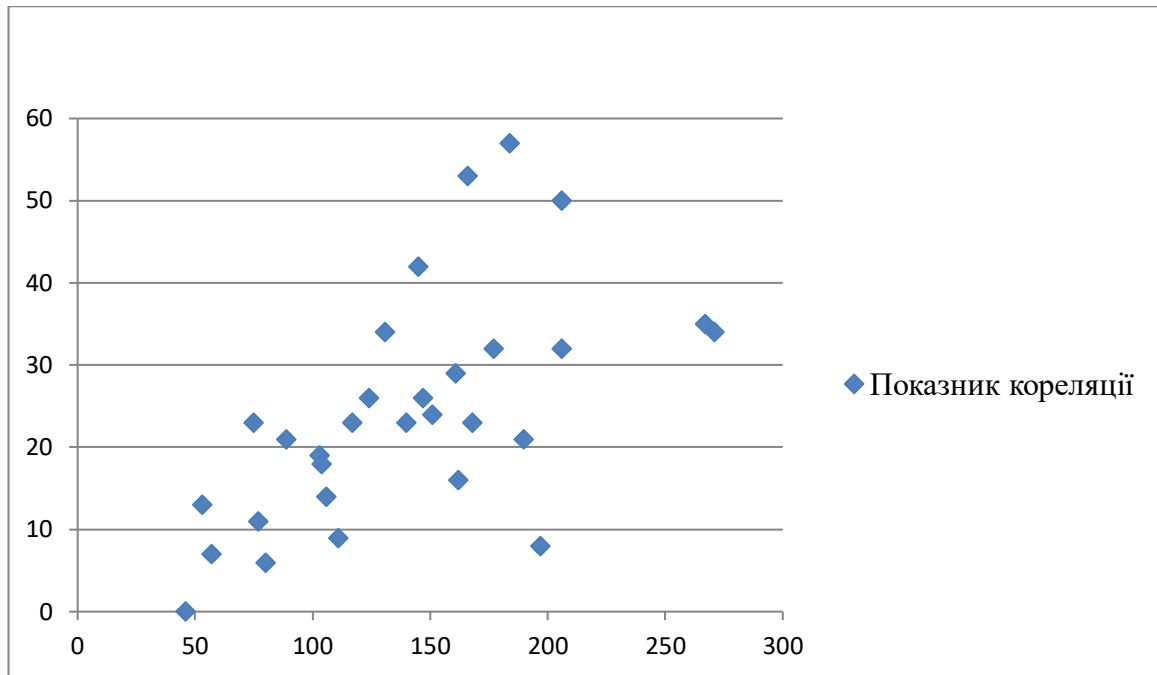


Рис. 2.12 Кореляція емоційного вигорання та депресії у групі студентів-медиків

Підбиваючи підсумок вище написаному, варто наголосити на тому, що аналіз емпіричного дослідження продемонстрував незначні відмінності в отриманих досліджуваними групами результатах. За середнім арифметичним показником студентам-психологам характерний менший показник емоційного вигорання, але вищий показник депресивного розладу. Тим не менш, відповідно до критерію Фішера ці відмінності є недостатніми для формулювання якихось висновків.

Крім цього, нами була підтверджена гіпотеза щодо того, що емоційне вигорання може виступати фактором розвитку депресивного стану особистості. Це було підтверджено за допомогою кореляційного аналізу Спірмена, який показав, що зв'язок між вигоранням та депресією є прямим та

сильним. При цьому, така закономірність характерна як групі студентів-психологів, так і групі студентів-медиків.

Окрему увагу привертає розподіл характерних для досліджуваних груп копінг-стратегій. З представлених 8 копінг-стратегій по 4 стратегії знаходилися на майже однаковому рівні у груп респондентів. Лише за показником пошуку суспільної підтримки мали перевагу студенти-психологи, а за 3 іншими (самоконтроль, дистанціювання та прийняття відповідальності) – студенти-медики.

Висновки до другого розділу

У якості висновку варто нагадати, що дослідження проводилося серед 2 груп: студенти-психологи та студенти-медики, яким властиві як спільні та відмінні риси. До спільних рис відносимо наступні – навчання на спеціальності допомагаючої професії, переваження жінок у групах, а до відмінних рис – вік, форма навчання та вплив війни в Україні. Враховуючи відмінності між групами, дослідження полягає у визначенні співвідношення між впливом на виникнення емоційного вигорання тих аспектів, що відрізняються у груп, а також у визначенні співвідношення між наявним емоційним вигоранням та депресією, передумовою якого воно може бути.

Для дослідження були використані 3 методики - методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка; методика диференційної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та копінг-тест Р. Лазаруса. Окрім емпіричних методик, нами були застосовані і методики математичної статистики – критерій Фішера та кореляційний аналіз Спірмена, які допомогли в обробці та аналізі отриманих експериментальних даних.

Говорячи про отримані дані та їх дослідження, варто наголосити на тому, що аналіз емпіричного дослідження продемонстрував незначні відмінності в отриманих досліджуваними групами результатах. За середнім арифметичним показником студентам-психологам характерний менший показник емоційного вигорання, але вищий показник депресивного розладу.

Тим не менш, відповідно до критерію Фішера ці відмінності є недостатніми для формулювання якихось висновків.

Крім цього, нами була підтверджена гіпотеза щодо того, що емоційне вигорання може виступати фактором розвитку депресивного стану особистості. Це було підтверджено за допомогою кореляційного аналізу Спірмена, який показав, що зв'язок між вигоранням та депресією є прямим та сильним. При цьому, така закономірність характерна як групі студентів-психологів, так і групі студентів-медиків.

Окрему увагу привертає розподіл характерних для досліджуваних груп копінг-стратегій. З представлених 8 копінг-стратегій по 4 стратегії знаходилися на майже однаковому рівні у груп респондентів. Лише за показником пошуку суспільної підтримки мали перевагу студенти-психологи, а за 3 іншими (самоконтроль, дистанціювання та прийняття відповідальності) – студенти-медики.

ВИСНОВКИ

Вирішуючи завдання аналізу теоретичних підходів до проблеми емоційного вигорання, ми дійшли висновку, що емоційному вигоранню характерна певна кількість споріднених симптомів (які відрізняються залежно від підходу), а також характерною є фазність перебігу. До речі, В.В. Бойко, за методикою якого і проводилося емпіричне дослідження, виділяв 3 фази емоційного вигорання, ці фази відповідають розвитку стресу – фаза напруги, резистенції та виснаження. Крім того, ми підкреслили значну роль профілактики емоційного вигорання, яка є важливою для переважної кількості людей, що проживають у сучасному світі, а особливо – для громадян України, які зіштовхнулися із особливо стресовою та травмуючою ситуацією внаслідок військової агресії РФ. Особливу увагу на профілактику емоційного вигорання варто звернути представникам допомагаючих професій, адже через особливості їх роботи – наприклад, досить низький рівень зарплатні, великий об'єм емоційного стресу, підвищенні вимоги суспільства, різноманіття видів діяльності (навчальна, наукова, виховна), саме ці спеціалісти знаходяться під особливою загрозою формування емоційного вигорання.

Вирішуючи завдання аналізу теоретичних підходів до проблеми депресивного стану, ми дійшли висновку, що що, не дивлячись на різноманіття визначень явища депресії, усі вони і більшому чи меншому ступені наголошують на пригніченому настрої людини та пониженій активності, ці дві складові можна вважати фундаментальними у визначенні депресії. Також варто нагадати, що прояви депресії стосуються 5 сфер - емоційна, мотиваційна, поведінкова, когнітивна та фізична, а безпосередньо варіанти симптомів кожної з них вже можуть відрізнитися від кожного окремого випадку. Значимість профілактики депресії є не менш виразною, ніж значимість профілактики емоційного вигорання, до групи ризику розвитку депресії відносять підлітків, людей похилого віку, вагітних та

нещодавно народивших жінок, а також хворих на діабет. Головним засобом профілактики є діагностування населення за допомогою різноманітних методик, адже саме раннє виявлення депресії дозволяє максимально вдало та швидко подолати її.

При вирішенні завдання дослідження специфіки взаємозв'язку між емоційним вигоранням та формуванням депресивного стану особистості, ми, за допомогою кореляційного аналізу Спірмена, дійшли висновку, що цей зв'язок є прямим та сильним. Тобто, наявне емоційне вигорання можна вважати передумовою до розвитку депресивного стану. Крім того, ми з'ясували, що як емоційне вигорання, так і депресія є властивими у більшому чи меншому ступені переважним частинам обох досліджуваних груп (студенти-медики та студенти-психологи). Не дивлячись на це, відмінності між отриманими результатами не є суттєвими та не дозволяють робити висновків щодо впливу відмінних рис груп на формування вказаних явищ. Окрім явищ емоційного вигорання та депресивного стану нами були досліджені властиві групам копінг-стратегії. Відповідно до результатів, з представлених 8 копінг-стратегій по 4 стратегії знаходилися на майже однаковому рівні у груп респондентів. Лише за показником пошуку суспільної підтримки мали перевагу студенти-психологи, а за 3 іншими (самоконтроль, дистанціювання та прийняття відповідальності) – студенти-медики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Коқун І.О. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ, 2016. 234 с.
2. Амплєєва О.М., Пасат Я.С. Дослідження феномену тривожності серед студентів-психологів. Габітус. 2022. № 44. С. 53-57.
3. Бабінець Л. С., Коцаба Ю. Я. Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря (за досвідом Словенії та Хорватії) Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020. №1. С. 46 – 51.
4. Бази́ка Є.Л. Взаємозв'язок між типом локусу контролю та копінг-стратегією. Міжгалузеві диспути: динаміка та розвиток сучасних наукових досліджень: матеріали III Міжнародної наукової конференції, м. Хмельницький, 27 січня, 2023 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. 350 с. (с. 286-288)
5. Барабанова М. В. Вивчення психологічного змісту синдрому «емоційного вигорання» : Вісник МГУ. – сер. 14, Психологія. – 2010. - №1. – с. 54- 58.
6. Бойко В. В. Синдром емоційного вигорання в професійному спілкуванні. - СПб., Добродійко, 1999 .
7. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних
8. Бігун Н.І. Психологічні засоби формування особистісної захищеності щодо дії депресогенних факторів Н.І. Бігун Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка. Психологічні науки / редкол.: А.І. Шинкарьок відп. ред. та ін. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2011. Вип.3. С. 3 – 7.
9. Варта́нյан Г. А., Петро́в Е.С.Емоції і поведінка. Львів, 2009. 144 с.

10. Гріньова О.М. Проектування життєвого шляху особистості у кризовому суспільстві. О.М. Гріньова. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. 11 (13). С. 158-165.
11. Депресія : Хвороба сучасності / Д-р Самюель Пфайфер ; пер. О. Кушніков. – Львів : Свічадо, 2017. – 88 с.
12. Добриніна І. В., Кременчуцька М.К. Образ майбутнього: конструювання та репрезентація. Психологія та соціальна робота. 2020. Вип.2 (52). С. 84 – 95.
13. Дудяк, В. Емоційне вигорання : Главник, 2007. – 128 с.
14. Думанська Г. Синдром емоційного вигорання у педагогів : Психолог. – 2010. – № 45. – С. 3-5.
15. Дуткевич Т.В. Загальна психологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. 2002. С. 59
16. Зайчикова Т.В. Діагностика та профілактика синдрому "професійного "вигорання" у вчителів: Метод. реком. – К., 2003. – 24 с.
17. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. – 281 с.
18. Кононенко О.І. Специфіка сучасних психологічних методів та організації дослідження перфекціонізму особистості. Психологія та соціальна робота. Том 1(51) 2020. – С. 125-136
19. Кононенко О.І., Гудімова А.Х, Курова А.В. Сучасні тенденції та стратегії розвитку вищої освіти в Україні: аналіз реалізації. «Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2023. № 9(27) (2023).С. 232-244.
20. Кононенко О.І., Кононенко А.О., Крошка К.І., Базика Є.Л. Життєстійкість та ціннісні орієнтації особистості як психологічні ресурси її

психологічного здоров'я. Наукові перспективи: журнал. 2023. № 9(39) 2023. С. 565-575.

21. Кононенко О.І., Кременчуцької М. К. «Методичні вказівки до написання комплексних курсових робіт здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» – Одеса, Вид-во ОНУ імені І.І.Мечникова – 2020- 32с.

22. Кременчуцька М. К., Кононенко О.І. «Методичні рекомендації до написання дипломних робіт здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» – Одеса, Вид-во ОНУ імені І.І.Мечникова. 2023 - 36с.

23. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.

24. Курова А.В. Емоційно-ціннісна парадигма дослідження психологічного здоров'я в умовах невизначеності. Габітус: «Гельветика». Випуск 39. 2021. С. 217-223. (Фахове видання. Психологічні науки)

25. Максименко С.Д. Практикум із групової психокорекції: підручник. С.Д.

26. Максименко, О.О. Прокоф'єва, О.В. Царькова та ін. К.: Виданичий дім «Слово», 2015. 752 с.

27. Малкіна-Пих І.Г. Екстремальні ситуації: довідник практичного психолога. Київ: Ексмо, 2006. 960 с.

28. Методологія та теорія психології: метод.рек. До курсу для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спец. 053 «Психологія» / Кононенко О.І.; Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, Ф-т психології та соціальної роботи. –Одеса : ОНУ, 2023. – 36 с.

29. Наумова В.Ю. Феномен емоційного вигорання // Освіта дорослих: енциклопедичний словник / за ред. В.Г.Кременя, Ю.В.Ковбасюка; [упоряд.: Н.Г.Протасова, Ю.О.Молчанова, Т.В.Куренна; ред.рада: В.Г.Кремень, Ю.В.Ковбасюк, Н.Г.Протасова та ін.]; Нац. акад. пед. наук

України, Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України [та ін.]. – К.: Основа, 2014, – 496 с. – С.443.

30. Особливості переживань у психотравмуючій ситуації: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.01 / Нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2001. 19 с.

31. Профілактика та подолання професійного та емоційного вигорання : методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб / підготовлені Балакіревою К. О.; Проект програми розвитку ООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». К., б. р. 45 с.

32. Психіатрія особливого періоду : навч. посібник 2-е вид., перероб і доп. К. : “МП Леся”, 2015. 228 с.

33. Пфайфер С. Депресія : Хвороба сучасності. Львів : Свічадо, 2017. 88 с.

34. Технології роботи організаційних психологів: Навч. пос. /За наук. ред. Л.М. Карамушки – К.: Фірма "ІНКОС", - 2005. – 366 с.

35. Транзактний аналіз у психологічній практиці [Електронний ресурс] : електрон. метод. рекомендації з курсу «Транзактний аналіз у психологічній практиці» для студ. другого (магістерського) рівня вищої освіти. Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. – 26 с. – 0,5 МБ.

36. Українська психологічна термінологія : словник- довідник / заред. М.-Л. А. Чепи. — К. : ДП «Інформа-ційно-аналітичне агентство», 2010. — 302 с.

37. Єгорова Є. Феномен емоційного вигорання та його прояви в професійній діяльності педагогічних працівників закладів профтехосвіти : Педагогіка і психологія. Вісник АПН. – 2010. – No 4. – С. 66-73.

38. Adjkovic V. The burnout syndrome in helpers' //Mental health care of helpers. Zagreb, 2002, pp.27-31.

39. Bakker, A.B., Demerouti, E., Schaufeli, W.B. Validation of the Maslach Burnout Inventory - General Survey: An internet study. Anxiety, Stress and Coping, 2002, 15, pp.245-260.

40. Burke, R.J. and Richardsen, A.M. Stress, burnout and health. In Handbook of Stress, Medicine and Health (ed. C. Cooper), London: CRC Press, 1998, pp. 101-117.

41. Daniel, J., Shabo, I. Psychological burnout in professional with permanent communication //Studia - Psychologica, 1993, V. 35 (4-5), pp. 412-414.

42. Le Blanc, P. and Schaufeli, W.B. Burnout among oncology care providers: Radiation assistants, physicians and nurses. In M.F. Dollard, A.H. Winefield and H.R. Winefield (Ed).

43. Miller L. Practical police psychology: Stress management and Crisis Intervention for Law Enforcement. – N.Y.: Published, 2006. – 320 p.

44. Montgomery, A., Peeters, M.C.W., Schaufeli, W.B. and Den Ouden, M. Work-home interference among newspaper managers: Its relationship with Burnout and engagement. Anxiety, Stress and Coping, 2003, 16, pp.195-211.

45. Salanova, M., Peiry, J.M. and Schaufeli, W.B. Self-efficacy specificity and burnout among information technology workers: An extension of the Job Demands Control Model. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2002, 11, pp.1-25.

46. Schaufeli, W.B., Enzmann, D. The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and intervention. Washington DC: Taylor and France, 1999.

47. Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. and Bakker, A.B. The measurement of engagement and burnout and A confirmative analytic approach. Journal of Happiness Studies, 2003, 3, pp.71-92. 23. Tang, C.S-K., Lau, B.H-B., Gender role stress and burnout in Chinese human service professional in Hong Kong //Anxiety, Stress and Coping: An International J., 1996, V.9 (3), pp.217-227.