ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра
на тему

«ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ»

Виконала: здобувач 2 року навчання
групи ПД-2401
другого (магістерського) рівня освіти
спеціальності 053 «Психологія»
Рибитва Євгенія Вячеславівна

Науковий керівник:
Кучеренко Є.В. кандидат психологічних наук, доцент
Рецензент:
Ніколаєв Л. О., кандидат психологічних наук, доцент

Київ – 2026

ЗМІСТ..... 2

ВСТУП..... 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ..... 6

1.1. Проблема дефініції депресивних станів у клінічній психології, їх види та прояви..... **6**

1.2. Соціально-психологічні чинники виникнення депресивних станів у професії лікаря..... **16**

1.3. Психологічна характеристика учбово-професійної діяльності лікаря- інтерна..... **21**

Висновки до розділу 1..... 25

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ..... 27

2.1.Методи та організація емпіричного дослідження..... **27**

2.2.Результати емпіричного дослідження..... **33**

Висновки до розділу 2..... 46

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ..... 49

3.1. Психологічні засоби подолання депресивних станів та особливості їх впровадження в практику психолога..... **49**

3.2. Структура та зміст психологічної програми подолання депресивних станів лікарів-інтернів..... **53**

Висновки до розділу 3 66

ВИСНОВКИ..... 67

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 70
ДОДАТКИ..... 79

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблематика депресивних станів серед лікарів-інтернів є однією з доволі актуальних тем у сучасній психології та медицині, особливо в умовах значного стресового навантаження, спричиненого складною професійною діяльністю та впливом зовнішніх факторів, включно зі станом війни в Україні. Депресивні стани як психічне явище напряму впливають на працездатність, ефективність надання медичної допомоги та процес навчання лікарів-інтернів. У той час як значна частина досліджень зосереджена на проблемі емоційного вигорання медиків, питання причин виникнення, поширеності, тяжкості та наслідків депресивних станів серед лікарів-інтернів залишається недостатньо вивченим. Дослідження цієї проблематики є необхідним для розробки ефективних психологічних підходів до профілактики та подолання депресивних станів, що сприятиме оптимізації професійної діяльності лікарів-інтернів.

Мета дослідження. Здійснити теоретичне обґрунтування та емпірично дослідити рівень депресивних станів серед лікарів-інтернів.

Завдання дослідження:

1. Теоретично дослідити депресивні стани серед лікарів-інтернів у зарубіжній та українській психологічній літературі.
2. Охарактеризувати основні умови формування депресивних станів у лікарів-інтернів.
3. Дослідити рівень депресивних станів серед лікарів-інтернів.
4. Проаналізувати зв’язок рівня депресивних станів та різних типів копінг-стратегій, що використовують лікарі-інтерни.
5. Розробка програми профілактики та подолання депресивних станів у лікарів-інтернів.

Об'єкт дослідження – психічні стани лікарів-інтернів.

Предмет дослідження – депресивні стани та психологічні особливості їх подолання лікарями-інтернами.

Методи дослідження:

- Теоретичний аналіз наукових джерел та емпіричних даних.
- Психодіагностичні методики: шкала депресії Бека (BDI), коротка шкала подолання (The Brief COPE-26) та анкетування.
- Статистичні методи аналізу отриманих даних.

База дослідження. У дослідженні взяли участь 51 лікарів-інтернів віком 22–36 років, які працюють у медичних закладах із високим емоційним навантаженням та відповідають критеріям вибірки. Дослідження проводилось в онлайн форматі за допомогою інструменту Google Forms.

Наукова новизна дослідження.

- Виявлено основні чинники, що сприяють розвитку депресивних станів у лікарів-інтернів.
- Оцінено рівень депресивних станів серед лікарів-інтернів, проаналізовано зв’язки між рівнем депресивних станів та типами копінг-стратегій, що застосовувались.
- Запропоновано психологічні підходи до подолання депресивних станів у лікарів-інтернів.

Теоретичне значення результатів дослідження. Отримані результати доповнюють наукові уявлення про психологічні механізми розвитку депресивних станів у лікарів-інтернів, що сприятиме подальшій розробці моделей психоемоційної підтримки фахівців медичної сфери.

Практичне значення результатів дослідження. Результати дослідження можуть бути використані для розробки психологічних тренінгів, програм підтримки психічного здоров'я лікарів-інтернів, а також рекомендацій для керівників медичних закладів щодо створення сприятливого психологічного клімату в робочому середовищі.

Апробація результатів дослідження та публікації. Основні ідеї та результати дослідження були представлені на XV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Перспективи розвитку сучасної психології» (7-8 листопада 2024 року, м. Переяслав) та опубліковано тези у збірнику

наукових праць «Перспективи розвитку сучасної психології» на тему: «Теоретичні засади дослідження депресивних станів у лікарів-інтернів» (Випуск 15, 2024 р.). Також у збірнику наукових праць «Вчені записки університету ″КРОК″» було опубліковано статтю на тему: «Проблема депресивних станів в понятійному апараті клінічної психології» (Випуск 3, 30.09. 2025 р.).

Структура та обсяг роботи: магістерська робота включає в себе три розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел (69 найменувань) та додатки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

1.1. Проблема дефініції депресивних станів в клінічній психології, їх види та прояви

Психічні стани – це одна з груп психічних явищ, що виступає відображенням загального рівня активності, емоційного фону людини в певний проміжок часу та водночас формувальним елементом для інших психічних процесів. У загальному охарактеризувати психічні стани можна наступним чином: відносно стійкі у проявах, тотальні (вплив на всі сфери функціонування людини та перманентно присутні), повторювані, динамічні та змінні у перебігу (стани змінюють одне одного й сприяють активізації інших систем психіки). Також виділяють:

- залежно від тривалості - коротко та довготривалі;
- залежно від повноти впливу – умовно поверхневі та глибинні;
- за направленістю – негативні та позитивні;
- за усвідомленістю – більшою мірою та меншою мірою усвідомлені;
- залежно від домінуючої характеристики – активаційні, емоційні, тонічні.

Тобто до психічних станів можна віднести прояви настрою (бадьорий, меланхолійний), уваги (розфокусований, сконцентрований, розосереджений), уяви (маревний, мрійливий), когніції (ясність, в’язкість) [9]. До прикладу, депресивний стан у тотальності його проявів - це пригнічений настрій, порушення мислення та пам’яті, зниження рівня енергії, подавлення вольових проявів.

Складність поглибленого вивчення психічних станів як явища полягає наступному: упущенні значимих характеристик в процесі систематизації; комплікації передання суб'єктивних переживань науковою мовою; уніфікації отриманих даних; бідності та частковій спрощеності наукової термінології в описі їх змінюваності та інтегративності. Адже психічні стани не обмежуються лише віддзеркаленням актуальних психологічних процесів, а й відіграють роль як формувальний та об'єднувальний елемент інших психічних явищ. Необхідно зазначити, що зі збільшенням тривалості психічних станів, зменшується їх ситуативність (залежність від певної події) та збільшується обумовленість внутрішніми чинниками (особливостями характеру, спрямованістю). Також частота повторюваності певних станів може посилювати вплив та закріплювати їх у психіці. Це відображає двосторонній зв'язок психічних станів і властивостей – як певні тривалі стани можуть «переходити» у категорію психічних властивостей, так і властивості, у свою чергу, формують особливості проявів станів. Швейцарський психіатр, психоаналітик К. Г. Юнг зазначав: «Якщо стан якимось чином стає хронічним, то наслідком цього і є виникнення типу, тобто звичної установки, в якій один механізм постійно домінує, хоча й не може при цьому повністю придушити інший, оскільки він з необхідністю належить до психічної діяльності життя» [31].

У контексті наукових досліджень психічні стани рідко виступають їх головним об'єктом вивчення, попри достатньо вагому роль в теоретичній психології. Це обумовлено як применшенням ролі психічних станів до контекстуального тла дослідження, так і обмеженістю, умовною статичністю методик, що не дозволяє повністю розкрити психічні стани як явище, у притаманній їм тотальності та динамічності проявів. Відповідно сучасне розуміння даної теми більш поверхневе, без істинного усвідомлення механізму виникнення та інтегрованості в психіку людини. Як зазначав Максименко С. Д., за рахунок обмеженості у визначені відбулося часткове злиття термінів «переживання» й «психічний стан», трансформуючись у «переживання стану» та інше [9, с. 319]. Попри певну подібність, їх не варто утотожнювати. Адже

переживання включає в себе не лише відображення емоційного компоненту, але й проходить через фільтр цінностей, глибинних переконань, очікувань, потреб, включаючи їх таким чином в сам процес.

Отож, підсумовуючи, можемо означити психічний стан як одне з найбільш значимих явищ нашої психіки, що є індивідуальним проявом суб'єктивної психічної реальності людини в певний проміжок часу.

Проблема визначення депресивних станів у сучасній клінічній психології залишається складною за рахунок вже вищезгаданої неоднозначності термінологічного визначення. Незважаючи на широке використання терміну «депресивні стани» у вітчизняній психологічній літературі, у міжнародній науковій спільноті відсутня його чітка дефініція, а натомість застосовуються вузькоспеціалізовані поглибленні поняття, такі як «депресивний настрій», «клінічна депресія», «великий депресивний розлад», «дистимія», «афективні порушення» тощо. Депресивний стан у психологічній практиці часто розглядається як загальна категорія, яка охоплює різні за етіологією, тривалістю та вираженістю форми емоційного та когнітивного неблагополуччя.

У межах даного дослідження термін «депресивні стани» буде використано як узагальнене поняття, що охоплює як короткотривалі емоційні реакції на стресові фактори, так і хронічні психоемоційні розлади, які супроводжуються патологічними змінами в емоційній, когнітивній, поведінковій та соматичній сферах особистості.

Варто зазначити, що депресивний стан є нормальною реакцією на несприятливі життєві обставини (війна, втрата роботи, розлучення). Основна відмінність депресивного стану в межах норми та депресивного стану при депресивних розладах полягає у вираженості явища за тяжкістю, діапазоном та тривалістю симптомів.

У клінічній психології депресивні стани є явищем, що спостерігаються в контексті широкого спектру психічних порушень і не являються виключно характеристикою депресивних розладів (наприклад в структурі ПТСР, розладів адаптації, деяких формах шизофренії). Однак, саме в межах групи депресивних

розладів депресивні стани мають найбільш усталену діагностичну структуру, що робить їх найбільш доцільним об’єктом дослідження депресивної симптоматики.

У міжнародній системі класифікації хвороб МКХ-11 депресивні розлади відносяться до блоку L2–6A7 і включають цілу низку клінічно диференційованих форм:

- Одиночний епізод депресивного розладу (6A70),
- Рекурентний депресивний епізод (6A71)
- Дистимія (6A72),
- Змішаний депресивно-тривожний розлад (6A73),
- Інші уточнені депресивні розлади (6A7Y)
- Депресивні розлади, неуточнені (6A7Z)
- Пременструальний дисфоричний розлад (GA34.41).

Згідно з МКХ -11 основну депресивну симптоматику категоризують за наступними кластерами: афективний, нейровегетативний та когнітивно-поведінкова група. Умовою необхідною для діагностування депресивного розладу є одночасна наявність щонайменше п’яти симптомів, з переліку зазначеного нижче, щодня чи протягом більшої частини дня, як мінімум два тижні. Варто зазначити, що має бути принаймні один із симтомів афективного кластеру. Ці симптоми мають викликати клінічно значущий дистрес або функціональне порушення в особистому, соціальному чи професійному житті пацієнта.

До симптоматики афективного кластера відносять:

- Пригнічений настрій зі слів пацієнта або за спостереженнями (наприклад плаксивий, пониклий вигляд);
- Помітно знижений інтерес чи задоволення від діяльності, що зазвичай приносила людині приємні відчуття (може включати й зниження сексуального потягу).

У своїй суті саме симптоматика афективного кластеру відповідає класичному розумінню депресивних станів.

Когнітивно-поведінковий кластер:

- Погіршення здатності концентрувати та утримувати увагу, виражена нерішучість;
- Стійкі переконання про низьку самоцінність, надмірне почуття провини;
- Безнадійність щодо майбутнього;
- Повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану або ж з ознаками спроб самогубства.

Нейровегетативний кластер:

- Порушення сну (тяжкість засинання, поверхневість сну, часті пробудження вночі чи ранні ранкові пробудження) або надмірна сонливість;
- Виражена зміна апетиту, ваги (зниження або підвищення);
- Психомоторна загальмованість або збудження (зі слів інших, не лише суб'єктивні відчуття неспокою або сповільненості);
- Зниження енергії, підвищена втомлюваність [16].

Також виділяють змішаний депресивний та тривожний розлад, що характеризується одночасним поєднанням симптомів тривоги та депресії, які відмічають більшість днів протягом 2 тижнів і більше. Депресивні симптоми включають депресивний настрій та помітне зниження інтересу й задоволення від діяльності. Симптоми тривоги можуть включати відчуття знервованості, тривоги або нервозності, нездатність контролювати тривожні думки, страх, що станеться щось жахливе, проблеми з розслабленням, м'язову напругу або симпатичні вегетативні симптоми. Важливо уточнити, що ані депресивні, ані тривожні симптоми при окремому розгляді не відповідають за своєю чисельністю, вираженістю або ж частотою проявів критеріям необхідним для постановки діагнозу іншого депресивного розладу, пов'язаного з тривогою чи страхом.

Окрему також виділяють дистимію. Дистимічний розлад характеризується персистуючим депресивним станому протягом 2 років і більше. Окрім депресивного настрою присутні додаткові симптоми: помітне зниження інтересу чи задоволення від діяльності, зниження концентрації уваги та розсіяність, відчуття власної нікчемності або надмірної чи недоречної провини, безнадія щодо майбутнього, порушений сон або підвищенна сонливість, знижений або підвищений апетит, зниження енергії чи втома. Протягом перших 2 років розладу жодного разу не відзначалося 2-тижневого періоду, протягом якого кількість та тривалість симптомів задовольняли б діагностичні вимоги депресивного епізоду.

Задля детальнішого опису поточного депресивного стану можуть використовуватись передбачені МКХ-11 додаткові категорії, що належать до блоку 6А80 «Особливості симптоматики та перебігу афективних епізодів при афективних розладах». Для даного огляду найбільший інтерес становлять 6А80.3 «Поточний депресивний епізод з меланхолією» та 6А80.4 «Сезонний характер виникнення афективного епізоду». Депресивний епізод з меланхолією включає наступну симптоматику: втрату інтересу чи задоволення від більшості занять (стійка ангедонія), відсутність емоційного відгуку на зазвичай приємні стимули або обставини (себто відсутнє підвищення настрою навіть на короткий період), ранкове безсоння, більша вираженість симптоматики в першій половині дня, може бути психомоторне збудження або ж загальмованість, виражена зниження апетиту та маси тіла. Сезонність депресивного епізоду може виявлятись в контексті рекурентного депресивного розладу, біполярних розладів або ж стосуватись регулярних психологічних стресорів (до прикладу сезонне безробіття) [16].

У рамках діагностичного підходу DSM-5-TR (Американська психіатрична асоціація) у категорії депресивних розладів розрізняють: руйнівний розлад дисрегуляції настрою; великий депресивний розлад; стійкий (персистуючий) депресивний розлад; предменструальний дисфоричний розлад; депресивний розлад, індукований речовиною або медикаментом; депресивний розлад,

зумовлений іншим медичним станом; інший уточнений депресивний розлад та неуточнений розлад настрою. Загалом критерії аналогічні наведеним у МКХ-11, великий депресивний розлад діагностується при наявності щонайменше п’яти з дев’яти основних симптомів, які мають проявлятись щоденно протягом двох і більше тижнів. Загальний опис симптоматики також збігається з аналогічним в МКХ-11. Однак значно відмінним у DSM-5-TR виступає блок «Інший уточнений депресивний розлад», до якого відносять більш короткотривалі депресивні стани – рекуретну короткочасну депресію, короткотривалий депресивний епізод - також депресивний епізод із незначною симптоматикою та великий депресивний епізод, що нашаровується. Для короткотривалого депресивного афекту (4-13 днів) характерні прояви принаймні чотири з восьми симптомів депресивного епізоду у формі клінічно значущого дистресу та продовжується мінімум 4 дні. Рекурентність короткочасної депресії визначається повторюваністю депресивного стану та мінімум чотирьох інших симптомів депресії принаймні 1 раз на місяць упродовж 12 місяців поспіль. Також у DSM-5-TR, на відміну від МКХ-11, вилучили як окремий діагноз дистимію та сформували «стійкий (персистуючий) депресивний розлад». Даний розлад розглядають як поєднання хронічного великого депресивного розладу та дистимічного розладу, визначених у DSM-IV.

Залежно від кількості та інтенсивності симптомів, депресивні стани класифікуються за рівнем тяжкості:

- **Легкий депресивний епізод** — супроводжується відчуттям пригнічення, апатією, але не порушує суттєво здатність до повсякденного функціонування.
- **Помірний депресивний епізод** — проявляються значні труднощі в соціальній, професійній або побутовій діяльності.
- **Тяжкий депресивний епізод** — симптоми інтенсивні, часто з суїцидальними думками, психомоторною загальмованістю, вираженим когнітивним дефіцитом.

У DSM-5-TR теж можна скористатись блоком уточнювальних ознак для депресивних розладів. Вирізняють наступні ознаки: з тривожним дистресом, змішані, із меланхолією, атипові, психотичні (конгруентні та неконгруентні до настрою), з кататонією, з початком у перинатальному періоду, сезонним патерном [6].

У клінічній психології також виділяють психогенні депресії. Попри їх відсутність як окремої нозологічної форми в міжнародних класифікаціях, клінічні аспекти залишаються актуальними. Психогенні депресії виникають внаслідок психотравмівних подій та гострих емоційних потрясінь. Депресивні стани виступають однією з найчастіших форм реагування на стрес, переважно проявляючись психічними розладами невротичного рівня. Сучасна типологія депресивних станів ґрунтується на континуальній класифікації, що була запропонована у 1969 році Полом Кільгольцом. В її основу покладено диференціація соматогенних та психогенних факторів у залежності від їх рівня прояву (рис 1.1) [56].



Рисунок 1.1 Типологія депресивних розладів за П. Кільгольцом

Одна з основних труднощів дослідження та діагностики депресивних станів полягає у високій варіативності клінічних проявів. Симптоми можуть набувати соматоформного характеру (головний біль, гіперестезія, розлади сну, апетиту), бути замаскованими під інші психічні розлади (тривожні, обсесивно-компульсивні, іпохондричні), або проявлятися змінами поведінки, мотивації, комунікативності. Особливо складною є диференціація між ендогенною та реактивною депресією, де важливим є облік анамнестичних даних, преморбідних особливостей, об'єктивної оцінки впливу психотравми.

До групи реактивних депресій відносять афективні порушення, основний механізм виникнення яких полягає у появі депресивного стану як реакції на травмуючу подію (втрата, розлучення, хвороба). Для них загалом притаманний раптовий початок, більш ситуативна обумовленість та короткочасність (тижні-місяці). Клінічна картина даної групи розладів може бути достатньо варіативною, враховуючи панівну симптоматику виокремили наступні види: ностальгічний (сум за втратою будинку, роботи), тривожний (нервозність, страх, відчуття небезпеки), астенічна (надмірна втома та знесилення), меланхолійний (ангедонія, глибокий сум), істеричний (демонстративність, емоційна лабільність). За МКХ-10 розлади даної групи можуть кодувати як F32 – депресивні епізоди, F43.2 – розлади адаптації.

Невротичні депресії, на відміну від реактивних, характеризуються поступовістю. Тобто між травмівною подією та депресивними проявами може минути достатньо великий проміжок часу, що ускладнює встановлення причино-наслідкового зв'язку необхідного для роботи з подібними станами. Такий тривалий розвиток симптоматики часто пояснють механізмом відтермінованої емоційної реакції. Спершу з'являються соматичні прояви - синдром роздратованого кишківника, неспокій, перманентна втома, проблеми зі сном тощо. Пізніше на передній план виходить психологічна симптоматика. У ній зачасту переважає плаксивість, ангедонія, емоційне пригнічення, характерні для меланхолійного синдрому.

Відповідно до поліморфізму симптоматики невротичні депресії згідно МКХ-10 можуть кодувати по-різному: F41.2 змішаний тривожно-депресивний розлад, F43.2 порушення адаптації, F45 соматоформні розлади, F44 конверсійні розлади (при виражених психопатологічних проявах).

Клінічні форми можуть також проявлятися у вигляді маскованих (латентних) депресій, де психологічні симптоми відходять на другий план, а пацієнт звертається до лікаря зі скаргами виключно на соматичне неблагополуччя. Цей феномен особливо характерний для чоловіків, медичних працівників, а також осіб з високим рівнем психологічної захисту чи соціальною роллю, що не допускає емоційної вразливості.

Також літературі були описані такі види депресивних станів, що не включені до міжнародних класифікацій хвороб тощо:

- депресія виснаження Кільгольца — депресивний стан, спричинений довготривалим психоемоційним навантаженням;
- ендореактивна дистимія Вайббрехта — депресивний стан без чітко окреслених фаз, притаманна дисфоричність, дратівливість, фрустрованість;
- депресія звільнення Бюргер-Принца — стан емоційної спустошеності, спричинений втратою значущих зовнішніх обмежень.
- екзистенційна депресія Хауфнера — глибока втрата актуальності сенсу життя [5, с. 144-149].

У психологічній науці сформувалося кілька основних підходів до пояснення природи саме депресивних станів, кожен з яких акцентує увагу на різних аспектах патогенезу цього психічного явища.

Психоаналітична концепція розглядає депресію як внутрішній конфлікт між суперего та его, що за одним із варіантів розвитку може виникати внаслідок втрати об'єкта любові та супроводжуватись регресивними процесами й самозвинуваченням. Так званий «базовий депресивний конфлікт», що демонструє суперечливість внутрішніх потягів (до людського контакту й до надмірної компенсаторної автономії та ін.) [30].

Екзистенційний підхід пояснює виникнення депресивних станів як результат зіткнення з життєвими труднощами (втрата, розчарування), що несуть за собою втрату сенсу життя, екзистенційний вакуум. Тобто, надмірне застрягання та стримування особистості її минулим та неможливістю фокусування на майбутньому [64].

Когнітивна модель А. Бека трактує депресію як результат негативних автоматичних думок, когнітивних викривлень і дисфункціональних схем мислення, що активуються у відповідь на життєві труднощі. Згідно з моделлю депресії Бека:

1) Самозвинувачення, самокритика (негативні думки про себе)– «Я ні на що не здатний..», «Я ніколи не роблю нічого нормально...»;

2) Селективне негативно викривленне сприйняття та інтерпретація свого минулого й теперішнього досвіду;

3) Песиміз та безнадійність – « Я ніколи нічого не зможу виправити...» [4, с.260-261].

Біологічна модель акцентує увагу на нейрохімічному дисбалансі (серотонін, дофамін, норадреналін), порушеннях функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, спадкових факторах, а також структурних змінах у мозку (наприклад, зниження об’єму гіпокампу).

Варто зазначити, що в сучасній клінічній психології переважає біопсихосоціальна модель, яка розглядає депресивні стани як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, а також особистісних ресурсів і копінг-стратегій індивіда.

1.2. **Соціально-психологічні чинники виникнення депресивних станів у професії лікаря**

Наразі професійна діяльність лікаря супроводжується низкою об’єктивно стресогенних соціально-психологічних чинників, що безпосередньо впливають на появу синдрому вигорання, тривожних та депресивних станів. Серед них –

інтенсивне емоційне та фізичне навантаження на організм, велика кількість робочих годин, перманентний контакт з інфекційними агентами незалежно від спеціалізації, нерівність соціальних взаємин, складна взаємодія з колегами, пацієнтами та їхніми родинами. Велику роль також в даному процесі має система охорони здоров'я, її модель функціонування та реформи, продиктовані глобальними викликами як пандемія, війна, фінансові кризи та подібне [53].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) системою охорони здоров'я називають сукупність людей, установ, ресурсів, що за основне завдання мають відновлення, сприяння та підтримку здоров'я населення, надання послуг, відповідно правомірним очікуванням громадян, профілактики з метою уникнення можливих витрат, пов'язаних з хворобами [70, с.9]. На даний момент система охорони здоров'я України знаходиться в процесі трансформації та має змішані характеристики. Притаманні їй елементи моделі типу Беверіджа, що передбачає централізацію оплати медичних послуг, якою в Україні опікується Національна служба здоров'я України (надалі НСЗУ). Саме НСЗУ здійснює укладання договорів із закладами охорони здоров'я та відповідає за фінансування послуг згідно до принципу «гроші слідують за пацієнтом». У межах такої медичної системи переважна кількість медичних працівників являються державними службовцями, відповідно виплати здійснюються з державного бюджету, зокрема за рахунок податку на прибуток, що дає право на безоплатну медичну допомогу населенню в пункті надання послуг. Перехід до страхової медицини (себто моделі Беверіджа) передбачає надмірне навантаження на бюджет та персонал галузі охорони здоров'я, що в моменти кризи, воєнного стану ризиковано та недоцільно. Безпосередньо на практиці лікаря це може проявлятись наступним чином: затримки виплат зароботньої плати, вимоги пацієнтів, що не відповідають актуальному фінансуванню та забезпеченню медичних закладів, складнощі в оформленні протоколів наданих послуг в електронній медичній системі через часті зміни умов виплат НСЗУ, обмеженість у дійсно оплачуваних послугах НСЗУ та їх невідповідністю реальним потребам пацієнта, перевага кількості пацієнтів над

якістю за рахунок необхідності отримання фінансування певного рівня спричинене низькою вартістю послуг згідно НСЗУ [3, 11]. Відповідно до моделі самодетермінації внутрішня мотивація спеціаліста базується на таких опорах як автономія, компетентність та взаємозв'язок. Однак система охорони здоров'я за рахунок фокусу її реформування на зовнішніх стимулах (стандартизація, рейтингування, бюрократизація) поступово руйнує ці засади. Особливо у поєднанні з неефективним управлінням подібні зміни можуть стати причинами професійної демотивації та емоційного виснаження, як результат виникнення депресивних станів тощо [8].

Окрім вище зазначеної гібридна українська медична система частково має й риси застарілої моделі прямого платежу, так званої «оплати з власної кишені» (out-of-pocket). Така схема обмежує доступ певних верств населення до медичних послуг, що також має низку негативних наслідків для лікарської практики. У таких умовах лікарі зіштовхуються з моральними дилемами, де з однієї сторони надання медичної допомоги відповідно до діючих стандартів й з іншої – неспроможність пацієнтів оплатити потрібний спектр послуг. Також вимушене фігурування у неформальних фінансових схемах або ж отримання звинувачень у надмірній комерціалізації діяльності. Подібне спотворення відносин лікар-пацієнт підриває правила професійної етики та негативно позначається на почутті гідності спеціаліста. Варто наголосити й на нерівномірному навантаженні, яке спричинює така модель. Разом з нестабільністю заробітної плати, відстуністю соціальних гарантій це може формувати відчуття екзистенційної тривоги, виснаження, різного прояву депресивних станів [18, 24].

Згідно з результатами опитування серед лікарів США висвітленого на платформі Medscape станом на 2024 рік рівень депресивних станів лікарів є достатньо високим. Варто підкреслити також і тенденцію до погіршення рівня ментального здоров'я серед даної групи респондентів, на що вказують результати аналогічних опитувань проведених 2018-2022 роках. У порівнянні з 2018 роком рівень клінічної депресії помірно зріс і становить 27%, коли ж

рівень депресивних станів (так званої «colloquial depression») не змінився і тримається на рівні 63%. Серед топ 3 факторів, які лікарі відзначили ключовими у впливі на розвиток депресії та депресивних станів: синдром вигорання, об'єм роботи лікаря та фінансове становище. Також зазначали вплив політичної ситуації в світі, сімейних проблем, особистої невпевненості та комплексів, проблеми в романтичних стосунках, тип особистості лікаря та інші [57].

З не менш важливих факторів ризику виступає процес комунікації з пацієнтами. Щодня фахівець має справу з великою кількістю пацієнтів на день, кожен з яких вимагає індивідуального емпатичного підходу та уважності. Часті контакти, емоційно насичене спілкування, зосередженність на хворобах інших та постійне знаходження в контексті складних або кризових ситуацій формує підгрунтя для психоемоційного виснаження [2].

Значимим аспектом є взаємозв'язок між синдромом вигорання та депресією. У своїх роботах (Peter et al. 2020a, Peter et al. 202b) підкреслюють причинну роль вигорання у розвитку депресії, перетині патопсихологічних механізмів [58, 59]. Останні результати когортного дослідження проведеного серед лікарів - інтернів виявили майже повне співпадіння чинників, що асоціюються із вигоранням та депресивними симтомами. Дані дослідження свідчать про спільну етіологію вигорання та депресії, подібність впливу умов праці та індивідуальних особливостей. Таким чином, депресія та вигорання не виступають як ізольовані явища, а два спектри однієї проблеми [63, 65]. Вони потребують міждисциплінарного підходу та глибшого дослідження, замість стигматизації розладів, пов'язаних з роботою та їх обмеження виключно до вигорання.

Незважаючи на значну поширеність депресивних станів, вигорання та загалом прогресивного погіршення ментального здоров'я згідно опитування 57% лікарів (незалежно від статі) не вважають доцільним звернення до колег за психологічною підтримкою, посилаючись на страх осуду, сором, соціальний тиск в необхідності бути витривалим та сильним. Це у свою чергу призводить

до звернення за професійною допомогою на пізніх етапах або ж взагалі її уникнення, ускладнення діагностики та лікування депресії – 53% опитуваних не планують та не звертались за професійною допомогою з питань психічного здоров'я [57].

Французьке дослідження AMADEUS з приводу поширеності депресії серед медичних працівників підтвердило значну поширеність депресивних станів серед зазначеної категорії. У дослідженні брало участь 10 тисяч працівників, 30.2% з яких продемонстрували ознаки клінічної депресії. Окрім цього було також визначено ключові фактори, що мають статистично значущу кореляцію з розвитком депресивних станів. До цієї групи належать (у порядку спадання):

- синдром емоційного вигорання;
- складні, конфліктні ситуації на роботі, булінг;
- часткова автономність та обмеженість у прийнятті робочих рішень;
- надміру інтенсивний робочий графік;
- хаотичність та непередбачуваність в роботі;
- робота понаднормово;
- нестача емоційної підтримки колег.

. Особистісний профіль лікаря теж відіграє велику роль у формування стійкості до психоемоційних навантажень. Дослідники відмічають, що певні психологічні характеристики можуть підвищувати вразливість до емоційного виснаження та розвитку депресивних станів. Тож серед індивідуальних були виділені наступні характеристики: чоловіча стать, відсутність партнера, епізод депресії в анамнезі, бути годувальником сім'ї, зловживання алкоголем, інтенсивне куріння та тривалість сну [40]. Також Д. Ассонов зазначає, що до переліку особистісних факторів ризику можна віднести інтровертованість, знижену соціальну активність, замкнутість у сфері власних інтересів, ригідність когнітивних установок, схильність до дратівливості, авторитарності та імпульсивності. Крім того, однією з таких ознак уразливості є як гіперемпатійність, так і недостатній рівень співпереживання. Прослідковується

і взаємозв’язок між певними акцентуаціями характеру та проявами уразливості: для збудливого більш притаманна підвищенна емоційна виснажуваність з елементами деперсоналізації, для педантичного – самознеціненням [1].

Наявні клінічні та соціальні дані дозволяють зробити висновок про істотний вплив ієрархічного положення медичного працівника на рівень професійного стресу та розвитку психічних порушень. Результати масштабного крос-секційного дослідження у межах швейцарського проєкту STRAIN виявили значні відмінності у сприйнятті та перебуванні в умовах стресогенного середовища залежно від управлінського рівня медичного працівника. Згідно результатів медичні працівники без управлінських повноважень, себто на найнижчій ієрархічній сходинці, мають найнижчий серед досліджуваних рівень задоволеності роботою, найвищі показники вигорання показники вигорання та депресивних симптомів. Зокрема, вони значно частіше повідомляли про обмеженість професійного розвитку, низький рівень контролю над власною діяльністю, слабке лідерське керівництво та погану якість зворотного зв’язку. Медичні працівники нижчої ланки менеджменту (до прикладу завідувачі відділень) демонстрували високі показники фізичних та когнітивних симптомів стресу, вищу частоту емоційного виснаження. Представники середнього рівня повідомляли про тяжкість балансування роботи та особистого життя, низьку чіткість ролей та обов’язків, слабкі соціальні зв’язки в колективі. Вищий управлінський персонал загалом більше збалансоване навантаження – найвищий кількісно рівень роботи компенсувався нвисоким рівнем контролю та автономності. Саме серед цієї групи був кращий стан психічного здоров’я і відповідно нижчі показники емоційного вигорання, депресивних та тривожних станів [58].

1.3. Психологічна характеристика учбово-професійної діяльності лікаря-інтерна

Психологічна характеристика учбово-професійної діяльності лікаря-інтерна, спершу вимагає чіткого визначення хто ж такий інтерн, його місця в освітньому процесі та сутності інтернатури.

Згідно із Законом України «Про вищу освіту»: «Лікар (провізор) - інтерн – це особа, яка має ступінь магістра медичного або фармацетивчного спрямування, виконує програму підготовки в інтернатурі за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри закладу вищої освіти» [23].

Відповідно до Положення про інтернатуру, затвердженого наказом МОЗ 2021 року, інтернатура визначається як форма первинної спеціалізації (післядипломної освіти) осіб за лікарською та фармацевтичною спеціальностями для отримання професійної кваліфікації лікаря-спеціаліста або фармацевта-спеціаліста [21]. Вона складається з освітньої та практичної частин, не залежно від спеціалізації. Однак час її проходження, наповнення та план набутих навичок варіюється залежно від спеціалізації та встановленої системи охорони здоров'я. В Україні за останні роки процес розподілу та проходження інтернатури був реформований. Станом на 2025 рік розподіл на інтернатуру вперше відбувся на всеукраїнському, а не локальному, закріпленому за університетом рівні за допомогою електронної системи. Наразі частково обмежений вибір місць проходження інтернатури для студентів бюджетної форми, подовжені терміни для певних первинних та вторинних спеціалізацій (по типу хірургії, акушерства та гінекології), змінені вимоги стосовно вторинної спеціалізації [22].

Інтернатура – це багатокомпонента учбово-професійна діяльність, що характеризується високим рівнем емоційного, когнітивного та міжособистісного навантаження. Її психологічна характеристика формується під впливом цілого комплексу чинників, серед яких індивідуальний психічний стан, умови роботи системи охорони здоров'я, мотиваційна структура, методи навчання. Лікар-інтерн знаходиться в проміжному місці – між формальним навчанням та повноцінною клінічною практикою. З психологічної точки даний

процес є лімінальним - тобто перехідним - і супроводжується глибинними перебудовами особистості, рольових очікувань та системи професійних цінностей. Лімінальність описує стан невизначеності, втрату старої ідентичності, до інтеграції нової в структуру особистості. Для лікаря-інтерна - це означає втрату статусу студента та перехід до ролі практикуючого фахівця з абсолютно іншим рівнем відповідальності, супроводжуючись типовими для даного стану розгубленістю, тривожністю, сумнівами, ностальгічними переживаннями за студентством.

На початку первинної спеціалізації інтерн ще не відчуває себе повноцінним членом медичної команди. Він перебуває в проміжку високих професійних очікувань і вимог, недостатнього досвіду та впевненості. Амбівалентність даного положення виражається у прагненні до автономії, потребі реалізуватись в обраній професії на противагу чому виступають – страх помилок через їх питому вагу в процесі лікування, потребу в контролі та знайомих зрозумілих обставинах роботи. Часто медична система лише підкріплює такі «емоційні гойдалки», очікуючи самостійності при відсутності реального права на помилку. Це може сприяти розвитку «синдрому самозванця» [41, 55].

Варто також наголосити на особливостях нового стилю навчання на інтернатурі. В умовах медичного університету наявні чітка регламентованість, знання здобуваються у формі лекційних та практичних занять, перевага тестових форм контролю. Однак у клінічному середовищі панує невизначеність, ситуаційна логіка. Ключовою навичкою у таких обставинах постає вміння діяти в умовах неповної інформованості, що в свою чергу вимагає розвитку клінічного мислення та прийняття рішень в режимі реального часу (іноді обмеженого кількома хвилинами чи менше). Інтерн вчиться поєднувати наукову раціональність, медичну об’єктивність з емпатичним пацієнт-центрованим відношенням [12].

Однак з новим етапом відкривається більше можливостей для неформального типу навчання через різноманітні тренінги, вебінари,

конференції. Залученість до такої діяльності постає ще одним полем соціалізації та може позитивно впливати на мотивацію, зацікавленість в роботі та відчуття ізольованості. Такий тип навчання сприяє розвитку автономії та відчуття впевненості, хоча і може бути достатньо хаотичним та не завжди глибоким [26]. Також вагому роль у формуванні професійної ідентичності, її базових принципів взаємодії відіграє безпосередній наставник-клініцист лікаря-інтерна. Залежно від обраних моделей наставництва змінюється психологічний клімат навчального процесу. Підсилювальний підхід створює для інтерна можливість взаємодіяти в одній команді з ментором, самостійно оцінювати процес та обирати стратегії дії. Такий підхід позитивно впливає внутрішню мотивацію, зростання відчуття контролю. Підтримка наставника в реальних клінічних ситуаціях забезпечує відчуття безпеки та підвищує впевненість, сприяє поступовому прийняттю відповідальності за пацієнта. Перевіряючий (оцінювальний) підхід формує встановлену схему дія – оцінка відповідно до актуальних стандартів успішності та повноцінного розуміння слабких та сильних сторін інтерна. Емоційна підтримка зі сторони ментора значно впливає на розкриття даного підходу, надмірна критичність може посилити страх помилок, тривожність та невпевненість. Так званий «режисерський» (авторитарний або ж директивний) стиль наставництва зосереджений на чіткому інструктуванні та суворих рекомендаціях, переважно сформованих на основі особистого досвіду викладача. Це готує інтерна до реального рівня відповідальності лікаря, однак паралельно з цим може провокувати емоційне виснаження за рахунок постійного гіперконтролю [25, 27].

Згідно з дослідженням Кузьміної та Лазаренка внутрішня мотивація інтерна суттєво залежить від відчуття значущості його вкладу, особливо в кризових умовах. Участь у медичній допомозі в умовах війни сприяє глибшому усвідомленню соціального внеску, його значущості та посиленню професійної ідентичності [14]. Однак дані обставини мають набагато більший перелік негативних проявів на психоемоційний стан лікарів-інтернів. З початком

повномасштабної війни інтерни опинилися під постійною загрозою: повітряні тривоги, обстріли критичної інфраструктури, до якіої відноситься частина лікарень і відповідно баз проходження інтернатури, відключення електрики та відсутність інтернету формують стан «постійної готовності». Постійна напруга розсіює увагу, погіршує концентрацію та сприяє емоційному виснаженню. Наукові спостереження демонструють, що інтенсивний стрес війни призводить до розвитку гострих стресових реакцій – від тривоги до посттравматичного стресового розладу. Депресивні стани, порушення сну, зловживання алкологем, цигарками чи стимуляторами часто зустрічаються в таких обставинах [19].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Психічний стан являє собою інтегральне, динамічне та цілісне психічне явище, що відображає когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти внутрішнього життя особистості. У межах стану формується та проявляється унікальна психічна реальність індивіда, його стійкість та продовжуваність, сприяють формуванню особистісних властивостей. Депресивні стани посідають особливе місце серед психічних явищ, адже містять широкий спектр проявів – від нормальних адаптивних реакцій до тяжких клінічних порушень. Їх розуміння залежить від тривалості, інтенсивності та впливу на функціонування особистості. Класифікаційні системи МКХ-11 та DSM-5-TR пропонують детальний опис різних форм депресивних розладів, в залежності від їх тривалості, проявів та варіантів перебігу. Окрім нозологічних форм, висвітлених в міжнародних медичних класифікаціях, важливу роль відіграють психогенні депресії, які ускладнюють виявлення та отримання кваліфікованої допомоги через свою неочевидну природу. Розуміння причини та механізмів депресивних станів охоплює низку теоретичних концепцій (психоаналітична, когнітивна, екзистенційна та біопсихосоціальна), що й сформували різні підходи до психологічної роботи з депресивними станами.

Професійно-учбова діяльність лікаря-інтерна, що має певний лімінальний характер, пов’язана зі значними викликами. За рахунок як формуванням нової професійної ідентичності, так і емоційного та фізичного навантаження. Умови функціонування української медичної системи та повномасштабна війна створюють додаткові джерела стресу, можуть провокувати виникнення емоційного виснаження, тривожних та депресивних станів. Саме в даному контексті депресивні стани й набувають особливої актуальності як об’єкт дослідження.

Крім того, сучасні емпіричні дані засвідчують тісний взаємозв’язок між синдромом емоційного вигорання та депресією. Ці стани поділяють спільні патогенетичні механізми, частково етіологію та клінічні прояви. Така коморбідність вимагає цілісного констектуалізованого підходу, що враховуватиме як унікальність психічної реальності індивіда, так і складність соціально - професійного середовища.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

В організації емпіричного дослідження депресивних станів серед лікарів-інтернів ми виходили з теоретичних положень, що були викладені у першому розділі даної дипломної роботи.

Вибірку склали 51 особа, що погодились взяти участь у даному дослідженні на добровільних засадах. З них 40 осіб – жінки, 11 осіб - чоловіки. Вік респондентів у середньому становив 25 років (SE=0.45, SD = 3.2). Мінімальний вік відповідав 22 рокам, а максимальний – 36. На момент проведення опитування більшість респондентів (78%) знаходились на першому році інтернатури. Це вказує на знаходження більшості вибірки на етапі ранньої дорослості та притаманній кризам і викликам професійної ідентифікації, психологічної сепарації та становлення.

Мета емпіричного дослідження – дослідити рівень депресивних станів серед лікарів-інтернів.

У межах емпіричного дослідження були реалізовані наступні завдання: дослідити рівень депресивних станів у лікарів-інтернів, проаналізувати зв’язок депресивних станів та різних типів копінг-стратегій, що використовують лікарі-інтерни, розробити програму профілактики та подолання депресивних станів у лікарів-інтернів.

Перелік діагностичних методик, що були використані в процесі емпіричного дослідження представлені нижче (табл 2.1).

Таблиця 2.1

Методики дослідження депресивних станів серед лікарів-інтернів

№	Методика	Мета вивчення
1	Шкала депресії Бека	Рівень та інтенсивність депресивних станів у лікарів-інтернів
2	Коротка шкала подолання (The Brief COPE-26)	Індивідуальні особливості подолання та їх ефективність
3	Авторська анкета «Вплив професійно-учбових умов на психологічне благополуччя»	Контекстуальне доповнення щодо суб'єктивної оцінки професійно-учбових умов, психічного благополуччя, усвідомленості вибору стратегій подолання та їх спроможності

1. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) була розроблена Аароном Темкіном Беком у 1961 році. Саме він в результаті клінічних спостережень зміг виокремити групу основних симптомів та скарг, що зустрічаються у пацієнтів із депресивними розладами. Зіставлення даного переліку симптомів з висвітленими в науковій літературі описами депресивних станів та підвердження їх відповідності дозволило сформувати стандартизований опитувальник. Даний опитувальник також у своїй основі має когнітивну модель депресії А. Бека. Відповідно до зазначеної моделі виділяють певні чинники, що збільшують імовірність розвитку депресії. До них відносять наявність в особистості негативних автоматичних переконань (негативних автоматичних думок, НАДів), глибинних переконань, що закріплють когнітивні спотворення. Прикладами таких НАДів можуть бути: «я дурний», «я їм не подобаюсь», «я невдаха». Отже, відображення інтенсивності вище зазначених когнітивних компонентів вміщує одна із субшкал розробленої методики [67].

Психометричні показники шкали депресії Бека (BDI) відповідають достатньо високому рівню, що було неодноразово доведено у наукових публікаціях. Маємо також підтвердження валідності зазначеної методики в українській перекладі [17].

Шкала депресії Бека вміщує у собі 21 блок симптомів та 4 варіанти відповіді до кожного. Вона також поділяється на дві субшкали залежно від проявів – когнітивно-афективних та соматичних, до яких відносяться пункти 1-13 та 14-21 відповідно. Пункти шкали добирались з метою оцінювання інтенсивності депресивного стану (від 0 до 3).

Когнітивно-афективна субшкала охоплює такі симптоми як: негативні думки, незадоволення, почуття провини, суїцидальні думки, втрата задоволення, плаксивість, дратівливість, самонеприйняття, нерішучість.

Окрім когнітивно-афективних проявів, депресивні стани мають велику різноманітність фізіологічних проявів. Основні з них включені до соматичної субшкали: проблеми зі сном, зниження маси тіла, посилення або зниження апетиту, надмірна тілесна занепокоєність, зниження статевого потягу, підвищена втомлюваність та врата енергії [29].

Комплексність даної методики, а саме наявність двох різнонаправлених блоків, дає змогу в більшій мірі оцінити вираженість та тяжкість, адже не зациклюється на одній площині депресивної симптоматики як інші опитувальники, ризикуючи пропустити прояви розладу. У клінічній психології та психіатрії даний опитувальник часто використовується для відстежння змін у динаміці, а саме заповнення близько 1-2 разів на тиждень для розуміння повноцінності проявів депресивних станів у клієнта за весь час лікування.

В опрацюванні результатів шкали депресії Бека можна виділити такі етапи:

- Оцінка кожного твердження (0 -відсутні прояви, 3 -максимальний прояв симптомів);
- підрахунок загальної суми балів усіх пунктів (від 0 до 62, вищі значення відповідають більшій інтенсивності депресивних станів);

- додатково окремий підрахунок та порівняння субшкал, що сприяє глибшому розумінню структури переживань пацієнта, та формулювання висновку.

Для інтерпретації загальної суми балів тесту використовують такі діапазони:

- 0-9 - відсутність депресивних станів;
- 10-15 – субдепресивна симптоматика;
- 16-19 – помірна депресія;
- 20-29 – депресія середньої тяжкості;
- 30-63 - важка депресія.

2. Коротка шкала подолання (The Brief COPE) була створена у 1997 році Чарльзом Карвером як скорочена версія багатомірного опитувальника COPE, розробленого ним спільно з колегами М. Шейером і Дж. Вейнтраубом 1989 року.

В основну методики були закладені когнітивна теорія стресу Р. Лазаруса та модель поведінкової саморегуляції Ч. Карвера та М. Шейєра (1981,1998 рр.) [13].

Основне відображення моделі саморегуляції Карвера та Шеєра в даній методиці полягало у самому визначенні стратегій подолання як цілеспрямованого механізму регуляції поведінки. Основною функцією такої поведніки виступало постійне підтримання балансу між поточним станом та бажаним результатом за допомогою системи зворотного зв’язку [37].

Згідно представленої Р. Лазарусом теорії стрес розглядається як динамічна взаємодія між стресором та особистістю. Провідне місце у даному процесі належить – когнітивнцій оцінці ситуації (первинній та вторинній) та копінговим стратегіям. В основі первинної оцінки лежить класифікації події за рівнем її потенційної загрози. Після цього відбувається процес вторинного оцінювання - аналіз власних ресурсів та стратегій подолання. Згодом наступає етап реаппрайзингу (переоцінки) і він відповідає за гнучкість реакцій, вибір та коригування копінгових стратегій у відповідності до актуальної ситуації. Тобто,

дана теорія наголошує на контекстній залежності події – відповідно до умов ситуація може сприйматися як стресогенна або ж ні [36]. В опитувальник даний концепт переданий через факторну диференціацію стратегій на проблемно-орієнтовані, емоційно-фокусовані та уникаючі.

Початковою метою розроблення опитувальника «COPE» було дослідження способів реагування людей на різного типу стресові ситуації, зважаючи на контекст функціональності вище заназначених способів. Дослідження останніх років демонструють, що вибір стратегії подолання стресу має вирішальне значення у формуванні потенційних шкідливих наслідків для організму (депресивних та тривожних станів, вигорання, ПТСР та ін.), та лише підкреслюють важливість даного інструменту в клінічній практиці [13, 34].

Основною ціллю формування скороченої версії «The Brief-COPE» було зменшення часу заповнення опитувальника для використання в прикладних дослідженнях, у першу чергу в закладах охорони здоров’я, що особливо релевантного для нашого дослідження. Перелік копінгових стратегій у порівнянні з повнорозмірною шкалою був скорочений з 60 до 28 пунктів, відповідно по 2 на кожен тип. Оригінальна модель базувалась на виділенні трьох типів реакцій (3- факторна модель):

1. Проблемо-фокусований копінг – активне подолання, планування, позитивне переосмислення, використання інструментальної підтримки;
2. Емоційно-фокусований копінг – використання емоційної підтримки, вираження почуттів, прийняттів, гумор, звернення до релігії,
3. Уникаючий копінг – поведінковий відхід від проблем, заперечення, вживання психоактивниї речовин, самозвинувачення.

Українською опитувальник був адаптований Н. Алексіною, Д. Лавриненком, О. Савченко та О. Герасименко у 2024 році. Показник внутрішньої узгодженості даної версії α Кронбаха на рівні 0.70 – 0.93, Ω Макдональна 0.72-0.93, що свідчить про надійність. У результаті адаптації українськомовної версії методики були вилучені два пункти, що складали шкалу

поведінкового патерну самовідволікання, та сформована версія «The Brief COPE-26».

Автори української версії «The Brief COPE-26» зазначили потребу розроблення іншої моделі, відмінної від оригінальної трифакторної, з огляду на необхідність врахувати проживання в умовах повномасштабної війни (хронічного стресу, виснаженості персональних ресурсів, невизначеності майбутнього).

Вони запропонували п’ятифакторну модель:

- Дії, що спрямовані на подолання проблеми (активний копінг) - активне подолання, планування;
- Примирення з існуванням проблеми (пасивний копінг) - позитивне переосмислення, прийняття;
- Комплексна соціальна підтримка (колективний копінг) – використання інтрументальної та емоційної підтримки, вираження почуттів;
- Безпорадність – поведінкове дистанціювання, заперечення, самозвинувачення; характерні для уникаючого копінгу;
- Гумор – був виокремлиний як фактор специфічний для українських респондентів [13].

3. **Анкета «Вплив професійно-учбових умов на психологічне благополуччя»** була розроблена нами та використана як контекстне доповнення до основних методик, описаних вище, з метою висвітлити суб’єктивне сприйняття лікарями-інтернами умов роботи та свого психічного стану. Анкета складалась з трьох основних блоків:

- Загальні дані – включала себе вік, стать, сімейний стан, рік проходження інтернатури та спеціалізація;
- Суб’єктивна оцінка професійно-учбових умов та їх впливу – оцінка навчального навантаження, можливостей для відпочинку, відчуття відповідальності, мікроклімат в колективі;

- Суб’єктивна оцінка психологічного благополуччя – усвідомленість своїх реакцій на стрес, оцінка їх ефективності та відчуття потреби в психологічній підтримці.

Для оцінки відповідей використовувалась 5-бальна шкала Лайкерта, де 1 бал означав «зовсім не згоден» по зростанню до 5 балів – «повністю згоден».

Стимульні матеріали всіх зазначених вище методик ми подаємо в додатках до роботи (див. Додаток А, Б, В).

2.2. Результати емпіричного дослідження

Даний підрозділ містить результати емпіричного дослідження, що спрямовано на вивчення рівня депресивних станів лікарів-інтернів та їх взаємозв’язку з обраними копінговими стратегіями. Перший етап полягав у дослідженні загального рівня прояву депресивної симптоматики та її структури проявів. Такий підхід дозволяв як надати кількісну оцінку інтенсивності депресивних станів у лікарів -інтернів, так і окреслити її домінуючі компоненти, що мають практичну значимість в контексті психологічного супроводу та підтримки даної групи. Отже, за шкалою депресії Бека були отримані так показники (рис. 2.1).

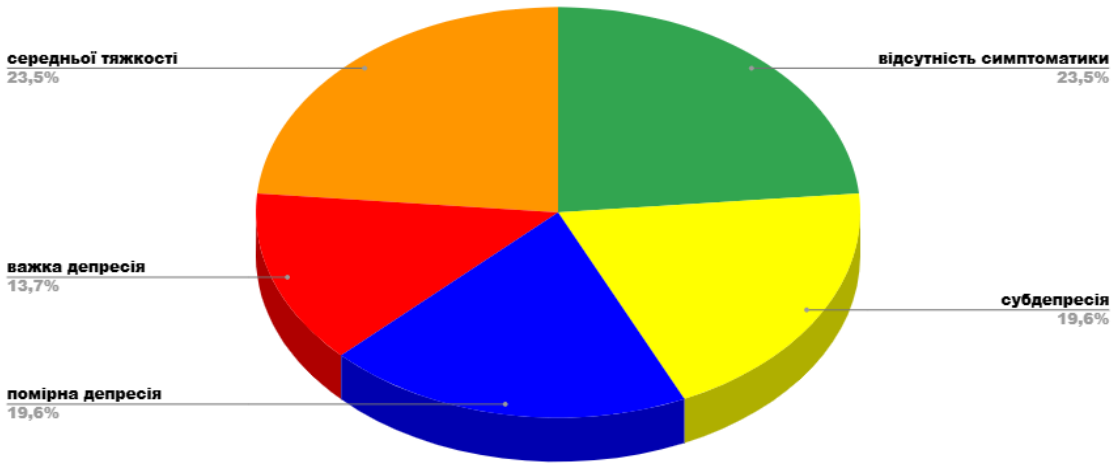


Рисунок 2.1 **Відсотковий розподіл результатів дослідження рівня депресивних станів за шкалою депресії Бека**

За допомогою нормативних показників шкали депресії Бека було з’ясовано, частка респондентів характеризується відсутністю проявів депресивної симптоматики (23.5%), що свідчить про відносно задовільний психоемоційний стан. Однак, переважна більшість, а саме 76,5% опитуваних, проявили ознаки депресивних станів певного рівня, що лише підтверджує наявність психоемоційного напруги у професійному середовищі лікарів-інтернів та вказує на необхідність системної психологічної підтримки. Згідно анкетування значна частина респондентів зазначає, що напряму пов’язує надмірні умови інтернатури з виникненням депресивних станів.

Початкові ознаки емоційного виснаження, зниження настрою субдепресивного регістру виявили у 19,6% респондентів. Субдепресивні стани (також в літературі використовуються терміни субсиндромальна, субклінічна, підпорогова або мала депресія) – це стани, що характеризуються двома або більше депресивними симптомами, включаючи пригнічений настрій чи втрату інтересу, ускладнене функціонування особистості в соціумі та продовжуються не менше двох тижнів. Однак, зазначений стан не відповідає всім діагностичним критеріям великого депресивного розладу. Автори дослідження (Hao X. et al.) надають емпіричне підтвердження твердження, що на рівні підпорогової депресії психотерапевтичні втручання виступають більш ефективними та доцільними у співвідношенні з іншими напрямами лікування. Вони відмічають, що психотерапія має суттєву перевагу у покращенні психоемоційного стану і також попередженню трансформації субдепресивного стану в клінічно виражену депресію, що необхідно враховувати у розробці програм психологічної підтримки [66].

Помірну вираженість депресивної симптоматики у ході дослідження виявили у 19,6% лікарів-інтернів. На рівні за величиною з групою без депресивної симптоматики знаходиться кластер лікарів-інтернів із депресивними станами середньої тяжкості (23,5%). У медичних міжнародно визнаних класифікаціях, таких як МКХ-10 та DSM-5-TR, наразі відсутній розподіл на помірну та середньої вираженості депресію. Помірну та середньої

тяжкості симптоматику об’єднують в один рівень – «помірний». Клінічна картина психічного стану даної групи є проміжним між легким ступенем, для якого характерна невелика кількість симптомів та призводить до незначного погіршення соціального або ж професійного функціонування, та важким, що супроводжується надмірною кількістю симптомів, спричиняє значний дистрес та не піддається корекції. На даному етапі сучасні гайдлайни додають опцію комбінованого лікування, тобто поєднання психотерапії з фармакотерапією, хоч і не рутинно. Усе ж в більшості наголошується на використання психотерапевтичних інтервенцій як рівень першої допомоги (групова когнітивно-поведінкова терапія, групова поведінкова активація, індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, індивідуальна поведінкова активація, майндфулнес та медитації, інтерперсональна психотерапія, психологічне консультування, короткострокова психодинамічна психотерапія) [39].

Найменшу групу склали інтерни з проявами важкої депресії, що становить 13,7% респондентів. Стан такої тяжкості має значний вплив на працездатність: може виражатись у втраті мотивації, фізичних та емоційних ресурсів, впливає на здатність приймати рішення й тверезо оцінювати ситуацію, погіршення пам’яті та уваги, психомоторній загальмованості. Вищезначені є критичними в роботі медиків та можуть призвести до фатальних помилок, що лише підкреслює необхідність ранньої діагностики та якомого швидшого звернення до психіатра. Найбільш ефективним лікуванням у випадку важкої депресії (великого депресивного розладу, рекурентного депресивного розладу) визначають фармакотерапію антидепресантами у поєднанні з психотерапією. Згідно метааналізу (Cuijpers P. et al.; Voderholzer U. et al.) комбіноване лікування у довгостроковій перспективі є більш результативним щодо частоти рецидивів та повторних госпіталізацій у порівнні з використанням лише психотерапії або виключно антидепресантів [33, 48].

Також задля детальнішого дослідження структури та контекстного доповнення депресивних станів ми провели описовий аналіз двох субшкал шкали депресії Бека серед респондентів, що мають проявлену симптоматику.

Результати даного аналізу свідчать про значне переважання когнітивно-афективного кластеру (самокритичність, безнадійність, пригніченість) симптоматики над соматичним.

На другому етапі було проведено аналіз особливості використання різних стратегій подолання серед групи лікарів-інтернів за Короткою шкалою подолання «The Brief Cope-26» (рис. 2.2).

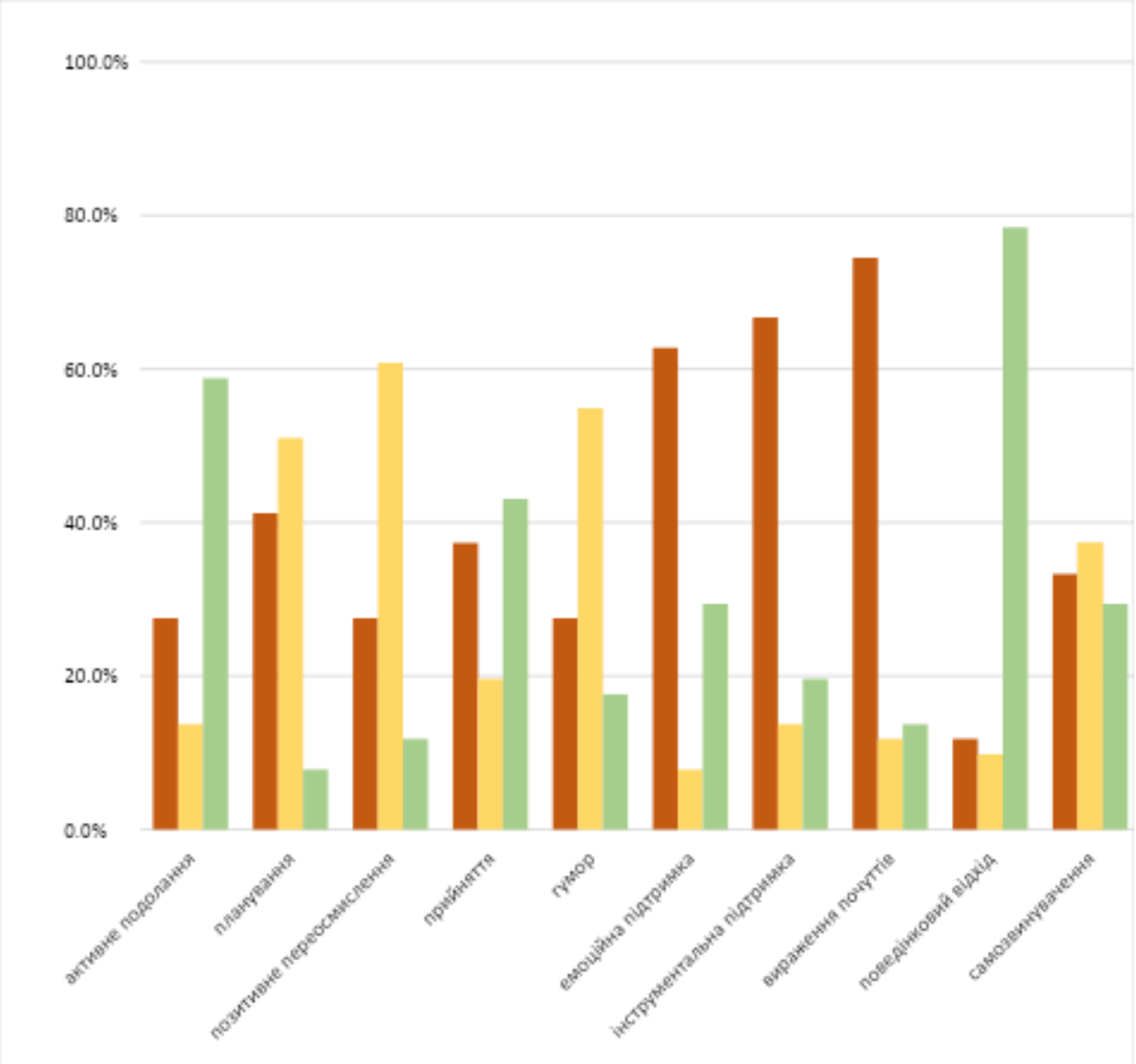


Рисунок 2.2. **Відсотковий розподіл результатів дослідження основних стратегій подолання серед лікарів-інтернів за Короткою шкалою подолання (The Brief COPE-26)**

Згідно підрахунків результатів за першою субшкалою «Активне подолання» переважна більшість респондентів, а саме 58.8%, використовує дану стратегію подолання на низькому рівні, що свідчить про пасивність у стресових ситуаціях. 13,7% складає група із середньою частотою використання активного подолання. Також значною є група лікарів-інтернів, що мають високий рівень активного подолання стресу - 27,5%, тобто докладають зусилля для вирішення або покращення проблемної ситуації.

«Планування» як копінгова стратегія однойменної субшкали серед досліджуваних нами лікарів-інтернів широко використовується: 41,2% на високому рівні та 51% на середньому. Такі високі показники можна пояснити особливостями професійного середовища та необхідністю обдумувати стратегії дій, вираховувати можливі ризики того чи іншого лікування.

Позитивне переосмислення або ж когнітивна переоцінка також є частим вибором для стратегії подолання: 27,5% та 60,8% респондентів використовують її на високому й середньому рівнях відповідно та лише 11,8% на низькому. У контексті неоднозначності лікарської практики даний тип копінгу може сприяти збереженню професійної мотивації, психологічної адаптивності та стійкості. Дана стратегія дозволяє утримувати фокус на ресурсних станах, сильних сторонах, нових неочевидних на перший погляд можливостях, таким чином підсилюючи відчуття контролю та процес особистого розвитку [43].

Прийняття, як копінгова стратегія, може розглядатися як в позитивному контексті у формі активного прийняття та негативному - резигнації, тобто смиренню та покорі обставинам. У методиці «The Brief COPE-26» субшкала «Прийняття» має позитивний зміст, однак у значної частини респондентів (43,1%) проявляється на низькому рівні та вказує на пасивність прийняття притаманного резигнації. 37,3% склала група з високим та 19,6% із середнім рівнем прийняття, що свідчить про вищий рівень толернатності до таких особливостей медичної сфери як - невизначеність, обмеженість зусиль лікаря, кінечність ресурсів людського організму.

Як демонструють результати за субшкалою «Гумор» зазначена стратегія також є достатньо популярною серед лікарів-інтернів: її використовує 27,5% на високому рівні та 54,9% на середньому рівні. Гумор дозволяє усвідомлено та в більш прийнятній для суспільства формі виражати складні почуття (злість, сором, вразливість). У використанні з обережністю та співчуттям гумор може слугувати інструментом побудови міцнішого комплаєнсу, зменшення фрустрації між лікарем та пацієнтом [51].

Згідно підрахунків за субшкалою «Використання емоційної підтримки» більшість лікарів-інтернів (70,5%) відзначили використання даного копінгу на високому та середньому рівнях. Варто зазначити, що велика частка досліджуваних (80,4%) також шукає й інструментальної підтримки, а саме отримання порад, зворонього зв'язку від оточуючих. Зокрема в авторській анкеті «Вплив професійно-учбових умов на психологічне благополуччя» 50,9% респондентів відзначило значний вплив конфліктів або ж складних стосунків з колегами на своє психологічне благополуччя. Загалом дані свідчать про велику потребу в емоційній та практичній допомозі, що зіштовхується з бар'єрами у вигляді токсичного комінкування та стигматизації емоційних проблем. Дисбаланс між потребою та неможливістю або її частковою реалізацією може лише підсилювати дистрес та негативно впливати на працездатність.

Стратегію подолання «Вираження почуттів» згідно результатів однойменної субшкали на високому рівні застосовуть більшість лікарів-інтернів (74,5%). Дану стратегію слід диференціювати від «Використання емоційної підтримки». Використання емоційної підтримки вміщає в собі звернення до оточуючих з метою отримання співчуття, розуміння та моральної підтримки. Вираження почуттів (venting) полягає у самому факті вивільнення накопичених емоцій (гніву, сорому, суму, тривоги).

Поведінковий відхід від проблем у субшкалі даної методики відображає схильність поступатися, зменшувати свої зусилля в складних ситуаціях та відходити у вживання алкоголю чи інших наркотичних речовин. У більшої частини вибірки (78,4%) це виражено на низькому рівні та лише в невеликої

кількості на високому (11,8%) та середньому (9,8%), що загалом відображає позитивну тенденцію використання більш адапативних стратегій подолання стресу.

За використанням самозвинувачення респонденти розділилися на три відносно рівні групи: 33,3% продемонструвало високий рівень самокритики та самозвинувачення, 37,3% - середній рівень та 29,4% - низький.

Варто зазначити, що для двох субшкал «звернення до релігії» та «заперечення» вивели окремо градацію рівнів. Дані стратегії не продемонстрували дисперсії, достатньої для поділу на три рівні, тож виділили лише два - «виражений» та «невиражений» (рис. 2.3).

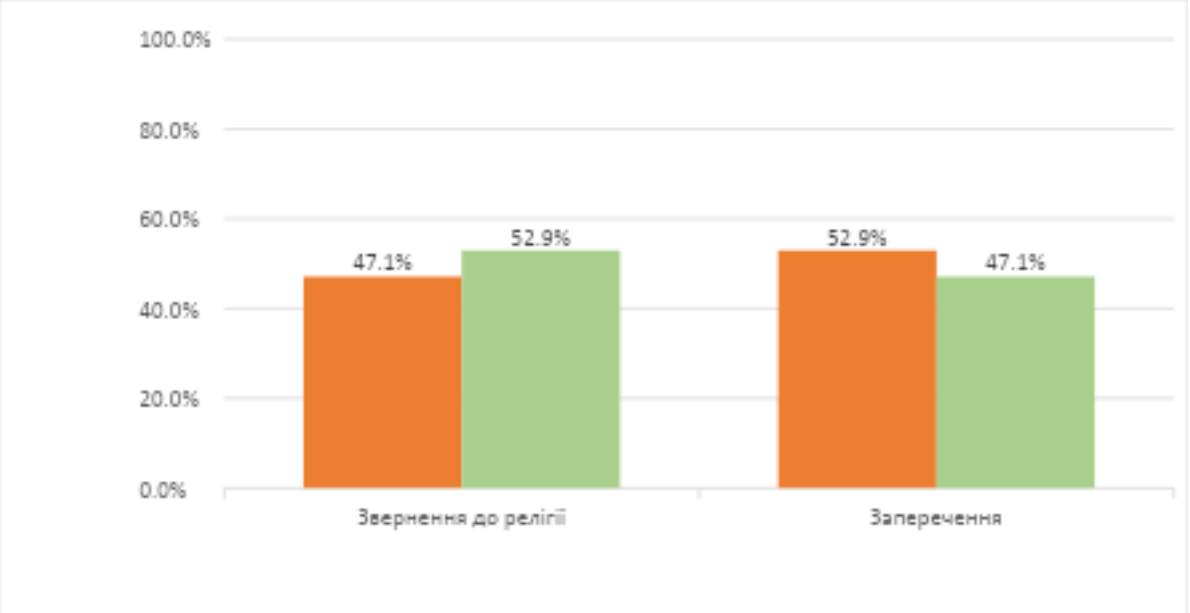


Рисунок 2.3 **Відсотковий розподіл результатів дослідження додаткових стратегій подолання серед лікарів-інтернів за Короткою шкалою подолання (The Brief COPE-26)**

За зверненням до віри досліджувана нами вибірка розділилась на дві подібні за величиною групи - з вираженими потребами у релігійній підтримці 47,1% та невираженими 52,9%. Це окреслює індивідуальні відмінності в пошуку джерел психологічної підтримки, тобто орієнтації одних на духовність у певній формі як ресурсний стан та ігнорування її іншими.

На вираженому рівні знаходить використання стратегії заперечення у більшості респондентів (52,9%), що можна пояснити як індивідуальними особливостями, так і нестачею психоедукації, самоусвідомленості серед працівників медичної сфери. Навіть на початку професійного шляху (у медичних коледжах та університетах) в учбових програмах для студентів не передбачається навчання базових навичок боротьбі зі стресом, складових психологічної резильєнтності, профілактики та самодіагностики вигорання, тому більшість використовує їх на інтуїтивному рівні. Попри це у 47,1% досліджуваних виявили невиражений рівень використання заперечення.

Також, окрім аналізу вираженості стратегій подолання, нами було проведено узагальнення копінг-стратегій відповідно до трьох- та п’яти-факторної моделей, задля поглиблення інтрпретації результатів (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Кількісна структура узагальнених груп стратегій подолання (за Короткою шкалою подолання «The Brief COPE-26»)

Група	**M** (середнє значення)	**SD** (стандартне відхилення)	**SE** (стандартна похибка)
Копінг фокусований на проблемі (3-факторна модель)	6,46	1,013	0,142
Копінг фокусований на емоціях (3-факторна модель)	5,9	1,293	0,181
Уникаючий копінг (3-факторна модель)	3,53	1,193	0,167

Продовження таблиці 2.2

Дії спрямовані на подолання проблеми (5-факторна модель)	6,5	1,037	0,145
Примирення з існування проблеми (5-факторна модель)	6,45	1,151	0,161
Комплексна соціальна підтримка (5-факторна модель)	5,9	1,293	0,181
Безпорадність (5-факторна модель)	3,53	1,193	0,167
Гумор (5-факторна модель)	5,9	1,543	0,216

Згідно результатів аналізу за двома типами моделей представленого у таблиці можемо зробити висновок про переважання копінг-стратегій «Копінг фокусований на проблемі» (M= 6.46), «Дії спрямовані на подолання проблеми» (M=6,5), «Примирення з існування проблеми» (M=6,45), тобто звернення до конструктивних адаптивних методів реагування частіше. В основі перших двох груп лежить активізація суб'єкта, докладання певних зусиль, створення плану з метою зменшення або ж повного уснення впливу стресора. «Примирення з існуванням проблеми» відображає пасивні, але функціональні реакції реагування, що полягають в активному прийнятті подій, когнітивній переоцінки ситуації та слугують для підготовки до наступних дій і зниження напруження. Також на високому рівні знаходяться колективні стратегії – «Комплексна соціальна підтримка» (M=5,9), «Копінг фокусований на емоціях» (M=5,9), що ілюструють тенденцію до пошуку співчуття, моральної допомоги з метою

емоційної розрядки. Тобто серед лікарів-інтернів домінують адаптивні активні стратегії із соцальною направленістю. З метою ілюстрації співвідношення нами було побудовано профіль стратегій подолання за 5-факторною моделлю, розробленою саме для української вибірки.



Рисунок 2.4**. Профіль факторів стратегій подолання за 5-факторною моделлю (за методикою «The Btief COPE-26»)**

Наступним етапом дослідження постав аналіз взаємозв’язків між депресивними станами та стратегіями подолання стресу з метою визначення функціональної ролі, що відіграють різні копінги, у підтримці психічного здоров’я серед лікарів-інтернів. Згідно з теорією викладеною Р. Лазарусом та С. Фолкман, стратегії подолання виступають своєрідним містком між стресором та психологічними наслідками. Таким чином характер та особливості обраного механізму реагування можуть впливати і визначати рівень травматичності отриманого емоційного досвіду індивіда [34, 44]. Отож, для з’ясування напрямку та інтенсивності зв’язків між стратегіями подолання та рівнем вираженості депресивних станів було проведено кореляційний аналіз. Було використано непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, адже не

всі шкали були нормально розподілені під час перевірки даних за тестом Шапіро-Вілка (рис. 2.5).

Spearman's Correlations

			n	Spearman's rho	p
шкала депресії бека	-	активне подолання	51	-0.213	.134
шкала депресії бека	-	планування	51	-0.169	.237
шкала депресії бека	-	позитивне переосмислення	51	-0.464***	< .001
шкала депресії бека	-	прийняття	51	-0.415**	.002
шкала депресії бека	-	гумор	51	0.367**	.008
шкала депресії бека	-	звернення до релігії	51	-0.057	.690
шкала депресії бека	-	використання емоційної підтримки	51	-0.056	.695
шкала депресії бека	-	використання інструментальної підтримки	51	0.058	.684
шкала депресії бека	-	заперечення	51	0.370**	.008
шкала депресії бека	-	вираження почуттів	51	0.232	.101
шкала депресії бека	-	поведінковий відхід від проблем	51	0.339*	.015
шкала депресії бека	-	самозвинувачення	51	0.506***	< .001

Рисунок 2.5**. Кореляційні зв'язки між депресивними станами та засобами подолання стресу у лікарів-інтернів (метод Спірмена)**

У результаті проведення аналізу було виявлено зворотній помірний за силою з високою статистичною значущістю зв'язок між рівнем вираженості депресивних станів та використанням стратегії «Позитивне переосмислення» (r= -0.464, p < 0.001). Позитивна переоцінка стресових або негативних подій виступає захисною стратегією та може впливати на зменшення проявів депресивних станів. Окреслений вище зв'язок також узгоджується з результатами сучасних досліджень, що використання позитивної переоцінки корелює з психічним благополуччям та зменшенням негативних емоційних реакцій (тривога, фрустрація та інші). Автори зазначали зв'язок когнітивної реструктуризації з душевним спокоєм і як наслідок формуванням психологічної

резильєнтності та більш адаптивними реакціями на академічні стресори [43]. Також у комплексному систематичному огляді підтвердили невеликий, але статистично значущий, зв'язок між позитивним переосмисленням та вираженістю депресивної симптоматики. Особливо вагомий адаптивний ефект дана стратегія подолання мала за умов частого використання або ж додатково неадапативністю інших копінгів досліджуваних (таких як уникнення, румінація, ігнорування) [60]. Найнижчий рівень депресії визначали у респондентів з високим рівнем вираженості позитивного переосмилення та низьким рівнем пригніченням емоцій, що лише підкреслює роль даної стратегії подолання як буфера між стресом та психопатологічною симптоматикою.

Також помірний негативний зв'язок було виявлено між «Прийняттям» як копінгу та вираженістю депресивних станів (r=-0.415, p= 0.002). Це свідчить про ефективність активного визнання реальної ситуації, прийняття поточних обставин, що допомагає знизити емоційну напругу й вплив стресора. Виявлені нами результати підтверджуються й в інших дослідженнях. Пацієнти з вищими рівнем прийняття своєї хвороби частіше вдаються до використання інших адаптивних стратегій подолання таких як активне подолання, планування, позитивне переосмислення та навпаки – зі зниженням використання прийняття, інтенсивніше використання дезадаптивних стратегій (заперечення, самозвинувачення). Згідно дослідження, проведеного A. Girma, E. Ayalew та G. Mesafint, прийняття виявилося єдиною стратегією, що сприяла значного зниження COVID-19 асоційованого стресу [49]. Тобто, варто наголосити на ефективності прийняття як стратегії особливо в умовах хронічного або кризового рівня стресового навантаження.

Між використанням стратегії подолання «Гумор» та вираженістю депресивних станів визначено помірний позитивний статистично значущий зв'язок (r= 0.367, p= 0.008), що на перший погляд є суперечливим. Гумор зазвичай відносять до групи адаптивних копінгів та асоціюють зі зниженням емоційної напруги та стресу. Однак останні дослідження продемонстрували необхідність глибшого розрізнення типів гумору в подібних дослідженнях.

Афіліативний та самопідтримуючий тип гумору дійсно підтверджують свою категоризацію як адаптивних стратегій, однак агресивний та самопринижуючий гумор показують пряму кореляцію з депресивними та тривожними проявами [42, 52]. Дослідження проведене серед медиків іспанської лікарні також підтверджує позитивну кореляцію між негативним стилем гумору з депресивними симптомами, ознаками обсесивно-компульсивного розладу, індексом психопатологічної вразливості (psychopathological vulnerability index). Імовірно підвищене застосування агресивного та самопринижуючого гумору використовувалось як надмірна компенсація та «маскування» депресивної симптоматики [61, 62]. Отже, згідно отриманих нами результатів можемо зробити висновок про домінування у вибірці лікарів-інтернів негативних стилів гумору, що мають дезадаптивний вплив.

Дезадаптивні стратегії (самозвинувачення, заперечення, поведінковий відхід від проблем) подолання мають пряму кореляцію з рівнем депресивних станів. Високого рівня статистичної значущості визначається середній зв’язок із використанням самозвинувачення ($r= 0.506$, $p= < 0.001$). Помірної сили кореляцію депресивних станів із запереченнями ($r=0.370$, $p < 0.008$) та поведінковим відходом від проблем ($r= 0.339$, $p < 0.015$). Дану кореляцію засвідчують численні наукові дослідження. Зокрема, у роботах Buizza C., Bianca C., що також використовували методику The Brief COPE, застосування вище перелічених дезападаптивних стратегій співвідносилось з погіршенням психічного стану у студентів. Автори підкреслювали особливу роль використання самозвинувачення у формуванні депресивної та тривожної симптоматики. Окрім цього стратегія поведінкового відходу від проблем, тобто активне уникання будь-якого вирішення проблем, також виявилась одним з провідних предикторів погіршення психоемоційного стану. Використання методики The Brief COPE в інших міжнародних дослідженнях дозволило краще порівнювати результати та підтвердило надійність та узгодженість отриманих нами даних [35, 38].

Отже, за результатами проведеного нами дослідження можемо зробити наступні висновки:

- Більшість респондентів використовують адапативні стратегії подолання стресу, спрямовані на подолання проблем, примирення з її існуванням та комплексну соціальну підтримку (згідно 5-факторної моделі) мають нижчний рівень психоемоційного дистресу. Вони сприяють зниженню емоційної напруги та формуванню адекватних форм реагування на професійні виклики. Лікарі-інтерни, які застосовують позитивне переосмислення, активне прийняття, продемонстрували найнижчі показники депресивної симптоматики, що підкреслює захисну роль даних стратегій в умовах проходження інтернатури.
- Звернення до дезадаптивних стратегій (самозвинувачення, заперечення та поведінковий відхід від проблем) достовірно пов’язане з вищими рівнями депресивних станів.
- Гумор як стратегію необхідно деталізувати, адже в залежності від типу (афіліативний чи агресивний), він може як позитивно так і негативно корелювати з вираженістю депресивної симптоматики. Відповідно до отриманих результатів більшість респондентів використовують агресивний чи самопринижуючий типу гумору, що має прямий зв’язок з депресивними станами.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Вибірку дослідження склали 51 особа (середній вік 25 років), більшість з яких знаходились на першому році проходження інтернатури. Це свідчить про знаходження більшості респондентів на етапі ранньої дорослості та притаманній їй кризам, викликам професійної ідентифікації та становлення. Згідно результатів проведеного нами емпіричного дослідження було виявлено, що 76,5% мають прояви депресивної симптоматики того чи іншого рівня вираженості: групи із субдепресивною та помірною становили 19,6% кожна,

чверть вибірки (23,5%) із середньою тяжкістю проявів та найменша частина (13,7%) важкого рівня. У структурі депресивних станів серед досліджених нами лікарів-інтернів переважають симптоми когнітивно-афективного кластеру (пригніченість, самокритичність, безнадійність). В анкетуванні значна частина респондентів зазначила, що напряму пов'язує саме надмірні умови інтернатури з виникненням депресивних станів. Це ілюструє складність професійно-учбових умов проходження інтернатури та необхідність організації систематичної психологічної підтримки для даної групи зі спрямованістю на роботу з емоційно-когнітивними проявами.

Аналіз використовуваних стратегій подолання стресу серед лікарів-інтернів продемонстрував певну неоднорідність: на високому рівні найбільше застосовуються використання емоційної (62,7%) та інструментальної підтримки (66,7%), вираження почуттів (74,5%), найменше на високому рівні – поведінковий відхід від проблем (11,8%). Однак, в реаліях медичної сфери активна потреба в соціальній підтримці (співчутливому вислуховуванні, розумінні, порад колег) може зіштовхуватись з наявністю складних, конфліктних стосунків на робочому місці (знецінення, байдужість, стигматизація емоційних проблем) мати значний вплив на психоемоційний стан та працездатність, що відзначила половина респондентів в анкеті.

Широко на високому та середньому рівнях також застосовують планування (92%), позитивне переосмислення (88,3%) та гумор (82,4%). За групуванням другого рівня можемо стверджувати про найбільш часте використанняу «Копінг фокусованому на проблемі» за 3-факторною моделлю, «Дії спрямовані на подолання проблеми», «Примирення з існуванням проблеми» та «Комплексна соціальна підтримка», «Гумор» (другі за частотою) за 5-факторною моделлю.

Узагальнення отриманих даних дозволяє стверджувати про домінування адаптивних стратегій подолання серед лікарів-інтернів, що виконують захисну роль та пом'якшують ознаки психоемоційного дистресу. Використання «Примирення з існуванням проблеми», до якої згідно 5-факторної моделі

входили позитивне переосмислення проблеми (r= -0.464, p < 0.001) та активне прийняття (r=-0.415, p= 0.002), негативно корелювало з вираженістю депресивних станів. Виявлені нами зв'язки узгоджуються з результатами сучасних досліджень, що окреслюють роль рефреймінгу та активного прийняття у фокусування на ресурсних станах, збереженні професійної мотивації та покращення мотивації. Однак варто зазначати позитивну кореляцію «Гумору», якого традиційно відносять до адаптивних стратегій, з депресивними станами. Однак даний зв'язок пояснюється та підтверджується новими дослідженнями щодо необхідності розрізнення стилів гумору та їхнього впливу (афіліативний – адаптивний вплив, агресивний – дезадаптивний).

Дезадаптивні стратегії подолання (самозвинувачення, заперечення та поведінковий відхід від проблем) загалом рідше використовуються лікарями-інтернами та прямо корелюють з вираженістю депресивної симптоматики. Найбільш статистично значущий зв'язок середньої сили був встановлений між самозвинуваченням та депресивними станами (r= 0.506, p= < 0.001), що має своє підтвердження в науковій літературі. Автори Ramadianto (2022) та C. Buizza (2022) підкреслювали особливу роль стратегій самозвинувачення та поведінкового відходу від проблем як предикторів погіршення психоемоційного стану.

РОЗДІЛ 3
ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

3.1. **Психологічні засоби подолання депресивних станів та особливості їх впровадження в практику психолога**

Подолання стресу в науковій літературі розглядають як процес, у межах якого в індивіда виникають емоційні реакції адаптивно-захисного характеру, формуються та застосовуються певні когнітивні та поведінкові стратегії в залежності від актуальної життєвої ситуації [15]. У широкий вжиток «копінг» (coping) як термін синонімічний до подолання стресу увійшов після публікації праць Р. Лазаруса та С. Фолкман [44]. Вони пропонували розглядати його як перманентні усвідомлені дії, що направлені на підтримання балансу між внутрішніми чи зовнішніми вимогами та наявними особистісно-психологічними, соціальними ресурсами задля зниження загального рівня стресу.

Структурно копінг іноді поділяють на наступні частини: процес, поведінку та стратегії. Копінг - стратегії визначають як типовий достатньо стійкий набір реакцій на певні види стресорів, копінг-поведінка ж окреслюється як готовність (інстинкт) протистояти життєвим викликам та конкретні дії, що здійснюються людиною в певний момент. Копінг - процес ілюструє динамічність подолання труднощів, подібне більше до визначення копінгу в трансакційному підході Лазарус та Фолкман. Залежно від направленості стратегії подолання в класичній моделі виділяють проблемо-фокусований, емоційно-фокусований та уникаючий види [10, 20].

Доцільним є розглянути конкретні методи психологічних інтервенцій, направлені на розвиток адаптивних стратегій подолання та зменшення частоти використання дезадаптивних моделей. Результати емпіричного дослідження продемонстрували статистично значущу негативну кореляцію між стратегіями

«Позитивне переосмислення» та рівнем депресивних станів. Позитивне переосмислення концептуально подібне одній із основних технік когнітивно-поведінкової терапії – когнітивній реструктуризації. Враховуючи це та факт домінування когнітивної-афективної симтоматики в структурі депресивних станів, згідно отриманих результатів за шкалою депресії Бека, логічним є звернення до когнітивно-поведнікової терапії. Згідно метааналізу китайських вчених підтверджується дієвість застосування технік КПТ у роботі з депресією, особливо на стадії субдепресивних станів та попередження їх прогресії до великого депресивного розладу як в короткостроковій, так і довгостроковій перспективі [54]. У контексті роботи з медичними працівниками ефективність КПТ теж має емпіричну базу – відмічається покращення психічного здоров'я, зниження рівня стресу, депресивної та тривожної симптоматики [46]. Також дослідження C. Guille, що полягало у проведенні онлайн-програми з елементами КПТ саме серед лікарів-інтернів, асоціювалася зі змешенням суїцидальних ідеацій та депресивних проявів [68].

Когнітивно-поведінкова терапія розглядає депресію згідно когнітивною тріадою Бека, що вміщує негативне бачення себе, світу й майбутнього. Первинні прояви депресивних станів надалі закріплюються вторинними негативними думками, як наслідок формуючи самопідтримуючі системи (цикли). До прикладу подібні системи можуть – призводити до зниження активності за рахунок негативних викривлень та депресивної симптоматики, зниження спроб подолання депресивних станів, посилюючи песиміз та безнадійність. Тож у контексті КПТ в роботі з подоланням депресії виділяють такі основні цілі: робота з негативними когнітивними викривленнями, відновлення попереднього рівня активності, підвищення активної залученості до вирішення проблем. На перший план виділяють роботу з негативними автоматичними думками з метою полегшення депресивної симптоматики. Спочатку вдаються до використання спрощених стратегій для дистанціювання від НАДів (відволікання), потім – розробка альтернативних думок [4, с. 20-23].

Когнітивна реструктуризація (робота з когнітивними викривленнями) – це техніка, що базується на деконструкції негативних думок з метою їх перебудови на збалансовані, менш упереджені та точні судження. Вона складається з таких етапів:

- Ситуація (тригери) - збирання інформації про проблемну ситуацію;
- Емоції - усвідомлення емоцій, які викликає проблемна ситуація, визначення найсильнішої емоції в ній;
- Думки - дослідження процесу мислення, виявлення негативних автоматичних думок (НАДів), які викликає проблемна ситуація;
- Оцінка думки - пошук підтверджень та спростувань зазначеної НАД;
- Вирішення - прийняття рішення стосовно точності та відповідності досліджуваної НАД об’єктивним фактам, розроблення альтернативної менш негативно налаштованої думки, можливо розробка плану реагування на подібний тригер в майбутньому, визначення нових знань, набутих завдяки даній ситуації [4, с. 182-200; 7, с. 319-332]

Також у ході нашого дослідження було визначено захисну функцію стратегії «Прийняття» та її негативний зв’язок із вираженістю депресивних станів, тому було обрано психотерапевтичний підхід, що фокусується на формуванні та поглибленні даного копінгу. Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment therapy або ж скорочено ACT) – це вид психотерапії, що відносять до однієї з хвиль розвитку когнітивно-поведінкової терапії. У її основі лежить плекання психологічної гнучкості – здатності повноцінно усвідомлювати та приймати свої думки, почуття і проактивності для досягнення пріоритетних цілей індивіда в актуальних обставинах. Даний підхід є особливо актуальним серед лікарів-інтернів, що знаходяться на етапі входження в професійне середовище та зіштовхуються з обмеженостями можливостей медицини. Метааналіз 2023

року, опублікований в Annals of General Psychiatry, засвідчив ефективність використання терапії прийняття та відповідальності в роботі з депресивними станами – спостерігалось зниження депресивної симптоматики, підвищення психологічної гнучкості та тривале утримання досягнутих результатів [47]. Це доповнює також позитивні результати систематичного огляду дієвості ACT серед працівників медичної сфери – зниження ознак психоемоційного дистрсесу, вигорання [45, 50].

Психологічна гунічкість відповідно до ACT вміщує в собі наступні процеси:

- Прийняття – створення простору для усвідомлення, визнання своїх реальних почуттів замість їх уникнення;
- Дистанціювання (дефузія, роз'єднання) – відокремлення чи розототожнення людини з її думками та емоціями. Це дозволяє сприймати думки та емоції як лише частину себе, так чином піддаючи дану частину вторинній оцінці та регуляції;
- Контакт з теперішнім моментом - бути уважним до того, що відбувається зараз і напрявляти свою енергію на важливе, не фокусуючись надміру на минулих переживаннях, страхах майбутнього та іншому;
- Я -як-контекст – самоусвідомлення, дистанціювання від вже існуючих я-концепцій, спостереження за ними;
- Цінності – відповідають за формування напрямку нашої діяльності відповідно до глибинних бажань;
- Дії зобов'язання – вироблення проактивності для руху в напрямку важливого та ціннісного [28].

У контексті роботи з депресивними станами ACT також використовує кожен з вище зазначених процесів для роботи з окремими симптомами. Прийняття є допоміжним у роботі з розвиненою стратегією експірієнтального уникнення та формуванням відкритості до свого емоційного досвіду, включачи складні емоції як гнів, сум, горювання. Цей процес передбачає активне та

усвідомлене прийняття особистих обставин життя людини без зайвих спроб змінити частоту чи форму названих обставин, особливо за умови імовірної психологічної шкоди. Дефузія думок використовується для дистанціювання від типових для депресії надміру самокритичних, безнадійних думок. Орієнтація на справжні цінності дозволяє досягати, можливо спершу і невеликих, але значущих цілей та сприяє подальшій активності. Техніки майндфулнес допомагають розвинути відчуття присутності, усвідомленості актуальних подій та зменшити засудження власних переживань. Формується здатність спостерігати за своїми депресивними думками та емоціями чіткіше, не ототожнюючись з ними [32].

3.2. Структура та зміст психологічної програми подолання депресивних станів лікарів-інтернів

Лікарі-інтерни знаходяться в групі підвищеного ризику розвитку депресивних станів за рахунок особливостей роботи притаманній медичній сфері та перехідного характеру їхнього статусу (обмежена відповідальність з паралельно активним зростанням вимог до знань та навичок). Результати аналізу проведеного нами дослідження підтверджують наявність депресивних станів у 76,5% лікарів-інтернів. Більшість респондентів зазначили, що професійно-учбові умови інтернатури (відчуття відповідальності за життя пацієнтів, ненормований графік, нестача підтримки та конфлікти зі сторони старших колег) мають негативний вплив на їх психоемоційний стан. Отож, актуальною залишається розробка доступних програм з метою профілактики виникнення або погіршення наявного психоемоційного дистресу.

Теоретична основа даної психологічної програми поєднуватиме висвітлені в попередньому пункті техніки когнітивно-поведінкової та терапії прийняття та відповідальності з елементами майндфулнес.

Структура програми

Мета програми – зниження рівня депресивних станів серед лікарів-інтернів, підвищення навичок психологічної гнучкості та адаптивних стратегій реагування.

Завдання програми:

1) психоедукація лікарів-інтернів з приводу депресивних станів, копінгових стратегій та їх значення;

2) допомогти покращити самоусвідомленість за рахунок технік АСТ та майндфулнес;

3) розвивати активне прийняття та відкритість до складних емоцій;

4) навчити технікам, що сприяють позитивному переосмисленню досвіду.

Кількість зустрічей: 5

Тривалість заняття: 1-1.5 години

Частота занять: 1 раз на тиждень

Форма реалізації: групова (приблизно 10 учасників)

Формат проведення: змішаний (очні заняття або відеоконференції та завдання вдома з матеріалами онлайн)

Цільова аудиторія: лікарі-інтерни 1-3 років проходження інтернатури

Змішаний формат проведення та наявність частини стимульних матеріалів в онлайн доступі надасть можливість долучитися інтернам, навіть попри часові обмеження, мати змогу опрацювати матеріали на самоті та спростить доступ до психологічної допомоги. Отже, умови проведення програми спеціально адаптовано для лікарів-інтернів.

Заняття 1: «**Психологічні виклики інтернатури. Стрес та стратегії його подолання»**

Мета заняття: психологічні особливості етапу інтернатури, пояснити природу стресу та стратегії його подолання.

План заняття. Вступна частина.

1. Знайомство з групою та представлення програми (формат майбутніх зустрічей, частота, структура).

2. Оголошення теми першої зустрічі. Обговорення основних правил функціонування групи: повага (не перебивати інших, бути уважним під час обговорень), безоцінність (не критикувати інших учасників), конфіденційність (приватні історії та все що відбувається під час зустрічі не обговорюється поза її межами), щирість та відкритість.

3. Знайомство учасників. Учасникам необхідно представитись та висловити свої очікування від програми. Потім їм пропонується оцінити свій психоемоційний стан за шкалою від 0 до 10 та поділитись результатами за бажання.

Основна частина.

1. Теоретична частина: психологічна характеристика інтернатури.

Проходження інтернатури супроводжується багатьма викликами як фізичними, так і психологічними. Однією з найбільших особливостей цього періоду у професійному житті є його переміжність. Лікар-інтерн знаходиться в перехідному періоді – вже і не студент, але ще не повноцінний лікар. Він вже зіштовхується з високим рівнем вимог до знань та навичок, але зачасту ще немає впевненості та необхідної практики. З психологічної точки зору інтернатура є лімінальним етапом, тобто перехідним, та супроводжується глибокими перебудовами особистості, системи цінностей, кризою зустрічі очікувань та реальності. Така зміна статусу та рівня відповідальності може супроводжуватись розгубленістю, сумнівами, тривожністю, депресивністю, ностальгічними переживаннями за студенством.

2. Далі групі пропонується разом шляхом обговорення скласти список основних труднощів, які виникають під час інтернатури.

3. Теоретична частина: стрес та стратегії його подолання.

Стрес – це психофізіологічна захисна реакція організму, зумовлена зовнішніми чи внутрішніми чинниками. Розрізняють два види стресу: еустрес –

так званий «позитивний» або ж мобілізуючий стрес, що дозволяє адаптуватись до життєвих викликів та може завершуватись відчуттям досягнення; дистрсес – характеризується надмірністю або тривалістю, що сприяє виснаженню ментальних та фізичних ресурсів та може сприяти погіршенн психоемоційного стану (депресивні стани, тривожність, професійне вигорання). Можливість та здатність людини протистояти стресу значною мірою залежить і від того, які стратегії подолання стресу вона використовує. Стратегії подолання стресу (копінг-стратегії) – це сукупність когнітивних та поведінкових зусиль, спрямованих на адаптацію до актуальної життєвої ситуації та зменшення впливу стресора. Виділяють декілька груп копінгів: емоційно-фокусований – пошук емоційної підтримки серед близьких та колег, вираження своїх почуттів, активне прийняття своїх почуттів, гумор; проблемо-фокусований – активне вирішення проблеми, планування, звернення за порадою, позитивне переосмислення ситуації; уникаючий – ігнорування та заперечення проблем, самозвинувачення, зловживання психоактивними речовинами. Перші дві належать до адаптивних стратегій, тобто допомагає знизити вплив стресора та пристосуватись до ситуації. У даній програмі ми сфокусуємось на двох копінг-стратегіях – активному прийнятті та позитивному переосмисленні, що вже будемо розбирати на наступних зустрічах.

4. Учасникам пропонується пройти тестування за шкалою депресії Бека. Підрахування результатів. Обговорення проявів депресивних станів: когнітивно-поведінкового та нейровегетативного кластерів. Коли необхідно звертатися до психолога.

5. Вправа «Кола підтримки».

Учасникам пропонується намалювати кола, в кожному колі написати конкретних людей та як вони можуть підтримати в стресовий період, ресурсні дії, наприклад: зустрітися з друзями, прийняти ванну, помедитувати. Обговорення результатів в групі.

6. Дихальна вправа.

Усім пропонується розміститись зручно, за бажання можна закрити очі. Спершу необхідно підрахувати кількість дихальних циклів за хвилину (вдих та видих – 1 дихальний цикл). Ставиться таймер з відліком на 1 хв, по закінченню часу учасники діляться результатом. Потім всім пропонується 1 хвилину вдихати 3с (на розрахунок один, два, три) та видихати 3с. Необхідно покласти одну руку на грудну клітину, іншу – на живіт. Уявити ніби живіт це надувна кулька і під час вдиху намагатись дихати саме ним, спостерігаючи як уявна кулька надувається і здувається. За такою ж методикою дихати наступну хвилину, паралельно підраховуючи кількість дихальних циклів. Після завершення вправи учасникам пропонується поділитись тим як змінилась кількість циклів дихання та відчуття після вправи.

7. Пропонується оцінити свій психоемоційний стан за шкалою від 0 до 10 та порівняти з початком заняття. Можна поділитись результатами за бажання.

8. Підбивання підсумків: узагальнюються основні ідеї зустрічі та завдання між зустрічами. Визначення формату наступної зустрічі онлайн чи офлайн, за бажанням групи.

Учасникам пропонується протягом тижня вести щоденник емоцій та практикувати вправу з диханням. Суть щоденнику емоцій: відмічати щодня у зручний час свій настрій, що відчували за день. Як альтернативу можна запропонувати скористатись додатками: calm, daylio, moodpress. Також наголошується, що деякі матеріали з першої зустрічі є в доступі онлайн (розміщується роздрукований QR-код з посиланням).

Заняття 2: «**Негативні автоматичні думки та їх вплив»**

Мета заняття: ознайомлення з базовим когнітивним принципом, ідентифікація негативних автоматичних думок та їх значення.

План заняття.

1. Привітання та обговорення минулого тижня.

2. Учасникам пропонується оцінити свій психоемоційний стан за шкалою від 0 до 10 та порівняти з початком заняття. Можна поділитись результатами за бажання.

3. Обговорення ведення щоденника емоцій та дихальної вправи.

Чи хтось практикував вдома дихальні вправи та помітив зміни? Чи вийшло вести щоденник? Які були складнощі у веденні щоденника емоцій? Чи хтось обрав вести щоденник емоцій за допомогою додатку та чому? Які висновки можна зробити з вашого щоденника емоцій?

4. Теоретична частина.

Ми звикли пояснювати свої емоційні реакції зовнішніми подіями: конфліктом, невдачею, критикою та подібним. Нам видається логічним така послідовність, однак в реальності емоційні реакції людей на одну і ту ж життєву обставину можуть різнитись. Наприклад, когось може надміру пригнічити та тривожити направлення на перездачу іспиту, а хтось інший не звертатиме на це великої уваги та швидко оговтається. Модель: подія – емоція.

Однак, згідно базового когнітивного принципу в даній схема будується трошки інакше. Відмінність в реакції двох студентів у нашому прикладі можна пояснити різницею у їхньому трактуванні ситуації, різній інтерпретації та оцінки «провалу іспиту». Саме таке трактування називають у когнітивно-поведінковому підході когніцією. Модель: подія – когніція -емоція.

Негативні автоматичні думки (НАДи) - інтерпретації або ж оцінки негативного характеру, які ми надаємо зовнішнім ситуаціям чи внутрішнім процесам. НАДи мають достатній вплив на наш психоемоційний стан та можуть посилювати тривогу, смуток, роздратування, відразу та інші негативні переживання. Часто вони залишаються непоміченими, попри це впливаючи на нашу поведінку. Коротка характеристика НАДів: стереотиповість, регулярність, мимовільність можуть сприйматись як беззаперечна правда. Приклади негативних автоматичних думок: «Я як завжди все псую», «У мене ніколи нічого не виходить і цього разу не вийде», «Це тому що я дурний» та подібне. Однак цей процес можна зробити усвідомленим, навчитись помічати та

піддавати сумніву. Важливо пам’ятати, що негативні автоматичні думки насправді не є беззаперечною правдою, а виступають лише відображенням вашого сприйняття кріз фільтр попереднього досвіду, страхів, стресу.

5. Обговорення теоретичної частини. Які негативні автоматичні думки можуть бути притаманні лікарям-інтернам та в яких ситуаціях?

6. Розбір щоденнику АВС.

Для активності між зустрічами учасникам буде запропоновано вести щоденник АВС: А(activating event) – подія, яка спричинила думку; В (belief) – негативна автоматична думка, яка була перша думка після зазначеної події (інтерпретація, оцінювання себе та майбутнього); С (consequence) – поведінкова та емоційна відповідь, що виникла, її наслідки, визначити яка автоматична думка впливає найбільше. Окремо також пропонується додати четвертий стовпчик «Походження» - у ньому описати гіпотетичну причину чому могла виникнути така автоматична думка.

Розбір прикладу заповнення щоденника.

Матеріали до цього заняття і є в доступі онлайн (розміщується роздрукований qr-код з посиланням).

7. Дихальна вправа

8. Учасникам пропонується оцінити свій психоемоційний стан за шкалою від 0 до 10 та порівняти з початком заняття. Можна поділитись результатами за бажання

9. Підбивання підсумків: узагальнюються основні ідеї зустрічі та завдання між зустрічами. Визначення формату наступної зустрічі онлайн чи офлайн, за бажанням групи

Заняття 3: «**Когнітивні викривлення та їх переосмислення»**

Мета заняття: визначити, що таке когнітивне викривлення, зв’язок негативних автоматичних думок з когнітивними викривленнями, робота над навичками когнітивної реструктуризації.

План заняття.

1. Привітання та обговорення минулого тижня.

2. Обговорення ведення щоденника АВС. Як було вести щоденник та які виникали складнощі? Які частини щоденника було заповнювати легше або важче? Чи помітились якісь закономірності?

3. Розбір кількох кейсів учасників: визначена негативна автоматична думка та її переосмислення.

4. Теоретична частина.

На попередній зустрічі ми вже з вами ознайомились з негативними автоматичними думками – мимовільними судженнями чи інтерпретаціями, що можуть викликати неприємні емоції та впливати на поведінку. Однак НАДи не виникають у голові просто так. Ваш мозок формує певні мисленнєві фільтри чи шаблони, що допомагають йому обробляти інформацію. Їх в КПТ називають когнітивними викривленнями. Когнітивні викривлення – це часто перебільшені помилки в мисленні, що спотворюють сприйняття реальності. Якщо НАД – це конкретна думка, то когнітивне викривлення більше подібне до механізму, що її формує. Викривлення можуть становити проблему коли стають надмірними у своїх проявах або хронічними. До поширених когнітивних викривлень відносять: екстремальне мислення, вибіркову увагу, покладання на інтуїцію, самозвинувачення.

- Екстремальне мислення:

1) чорно-біле мислення – «все або нічого», поділ на «хороше та погане», без оцінки всього спектру результатів між двома крайнощами. До прикладу: «Я приречений на провал», «Я не можу бути успішним».

2) Нереальні очікування – завищені вимоги, що висувається в першу чергу до себе та інших. До прикладу: «Я повинен всім подобатись», «Я повинен бути найкращим та мати найвищі оцінки».

3) Катастрофізація – передбачення найгіршого розвитку подій, попри можливий сприятливий початок. До прикладу: «Я допустився помилки – мій наставник сваритиметься – мене виставлять посміховиськом всього відділення – мене виженуть з інтернатури – мені ніколи не стати хорошим лікарем».

- Самозвинувачення:

1) Сприймання всього на власний рахунок – приписування собі відповідальності за речі поза межами контролю, коли стається щось умовно погане. До прикладу: «Поки я доповідав декілька колег сиділи в телефонах, напевно презентація була погана і я дурний та нудний».

2) Самозвинувачення - надмірна безпричинна самокритика. До прикладу: «Я не справляюсь із поставленою задачею, значить я дурний».

3) Засудження – застосовування до себе жорстких та принизливих ярликів. До прикладу: «Я такий дурний», «Я телепень» тощо.

- Селективна увага:

1) Знецінення позитивного – применшення чи ігнорування будь-яких позитивних подій. До прикладу: «Та це не значний успіх, інші досягли набагато більшого».

2) Перебільшення або мінімізація – гіперболізація негативних ситуацій та знецінення позитивних подій. До прикладу: «Я як інтерн невдаха, бо на мене насварився керівник за одну помилку. Так мені дозволили асистувати на складній операції, але я не зміг зробити цього без помилок».

Покладання на інтуїцію – перехід до висновків, за відсутності доказів, що його підтверджують. До прикладу: «Коли ми з ними попрацюємо разом, вони точно думатимуть, що я дурний», «Вони думають, що я дурний, навіть попри те, що мене сьогодні похвалили. Це було з жалості».

У професійному житті медиків багато емоційно напружених та невизначених ситуацій. За таких умов мозок може швидко звикнути до опрацювання інформації виключно через такі когнітивні викривлення. Це може призвести до розвитку деперсивних станів, підвищеної тривожності, надмірної самокритики та професійного вигорання. Отож, важливо навчитись помічати такі когнітивні спотворення, аби формувати більш адаптивні реакції.

5. Обговорення теоретичної частини. Пошук когнітивних викривлень на основі заповнених щоденників АВС.

6. Аналіз когніцій: пошук «за» та «проти».

Обираємо декілька прикладів із заповнених щоденників ABC. Розглядаємо стовпчики «Походження» та «B(belief)», що містять певний висновок та аналіз звідки походить цей висновок. Спершу пропонуємо дистанціюватись від автоматичної думки та ситуації, в якій вона виникла. Запропонувати учасникам дати собі відповіді на наступні запитання: Якби у вашої близької людини була така думка, що б ви йому сказали? Якби в такій ситуації опинилась близька вам людина, що вона могла б собі сказати? Коли ви далеко від цієї ситуації, то що ви думаєте з цього приводу? Чи могли б ви думати інакше, використовуючи для цього інший стиль чи спосіб мислення, інші думки?

Далі пропонуємо учасникам розглянути які є докази -підтвердження обраної НАД та докази-спростування НАД. До таблиці можна додати ще один стовпчик під назвою «Спростування» та записати в нього докази-спростування обраної НАД. Групове обговорення знайдених спростувань, складнощів у їх пошуку та віри в них. Потім пропонується розробити альтернативне твердження або ж інтерпретацію, що не матиме такого вираженого негативного тону. Наприклад: «Мій колега був зайнятий, тому не зміг одразу відповісти», «Я зробив помилку, але це нормально для мого рівня». Групове обговорення нових інтерпретацій, розбір прикладів. Також учасники можуть додати до таблиці ще один стовпчик «Альтернатива» та записати в нього нові інтерпретації.

7. Розбір запланованих завдань між заняттями.

Учасникам пропонується продовжити ведення щоденнику з новими стовпчиками («Спростування» та «Альтернатива»). Шаблони та стимульні матеріали також будуть доступні онлайн для повторного ознайомлення.

8. Підбивання підсумків: узагальнюються основні ідеї зустрічі та завдання між зустрічами. Визначення формату наступної зустрічі онлайн чи офлайн, за бажанням групи

Заняття 4: **«Позитивне переосмислення та прийняття»**

Мета заняття: навчитись бачити позитивні сторони у складних ситуаціях, спостерігати за власними думками та болісними переживаннями.

План заняття.

1. Привітання та обговорення минулого тижня.
2. Обговорення ведення щоденника АВС, особлива увага на «Спростування» та «Альтернативу». Проговорення та закріплення основних альтернативних думок.
3. Позитивне переосмислення.

Позитивне переосмислення – це техніка когнітивної переоцінки, що допомагає поглянути на ситуацію ширше та особливо корисна в професійному середовищі з високими вимогами та відповідальністю. Позитивне переосмислення допомагає нормалізувати деякі помилки та інші проблемні ситуації та підтримувати рівень вмотивованості до роботи. Учасникам пропонується згадати проблемну ситуацію, можна обрати із щоденника або взяти нову. Відбирається декілька прикладів для групового обговорення. Пропонується знайти неочевидні плюси ситуації, що відбулась (чому ситуація могла навчити). Приклад: ситуація (лікар-інтерн припустився помилки) - плюси ситуації («Тепер я знатиму такий нюанс в роботі. Я б не знав про нього, якби не помилився. Ця ситуація навчила мене новому») [7].

4. Вправа «Листя на воді»

Хочу попросити вас, щоб ви сіли рівно, зручно для вас. Можете випрямити спину, потягнутись вгору, відчути підлогу під ногами. Пропоную вам зробити вправу, що називається «Листя на воді». Спробуйте уявити, що ви зараз знаходитесь на галявині поряд з гарним джерелом, струмком. Поряд знаходяться дерева. Через ці дерева проходять сонячні промінчики. Ви спостерігаєте як в цьому джерелі, в цьому струмку пливе листя. У своєму темпі, ритмі, так як їм цього хочеться. Деяке листя може плисти повільніше, деяке може плисти швидше. Деяке листя може залишатись біля вас і ніби приставати до бережку. Уявіть, що це листя це ваші думки. Ваші думки, що з’являються та зникають, йдуть у своєму ритмі. І кожен листочок є вашою думкою, вашим переживанням, вашим спогадом. Спробуйте послідкувати за цим потоком ваших думок, як за листям на воді. Спробуйте дивитись за цим потоком як за

струмком, на якому пливе листя. Можете помічати, що в мене є така думка і дати їй можливість плисти в своєму темпі. Я помічаю в мене є переживання про це, чи про інше. Дайте йому знаходитись в тому ритмі, як йому хочеться. Не старайтесь їх пришвидшувати чи сповільнювати ці думки. Просто помічайте їх, називайте їх. Дайте їм можливість просто плисти. Якщо вас відволікла якась думка, просто помічайте це, називайте це та намагайтесь повернутись до струмку з листями. І знову звертайте увагу як листя з'являються та зникають, деякі круться поблизу вас. Просто помічайте. Дайте їм можливість побути з вами. Деякі думки будуть плисти значно швидше, деякі дуже повільно. Можливо у вас сформується ціла купа цього листя та думок і це абсолютно нормально. Не намагайтесь їх розігнати. Спробуйте спостерігайте за ними. Зверніть увагу, що є ваші думки і є частина вас, яка може їх помічати. Думки змінюються постійно, крутяться, з'являють, зникають. Частина вас, яка помічає, нікуди не зникає і не змінюється. Продовжуйте спостерігати за листям [28, с. 55].

5. Теоретична частина.

У житті кожної людині наявні неприємні емоції та ситуації, часто ми намагаємось їх уникнути. Це базова функція нашого мозку – оберігати від небезпеки, уникати проблеми. Однак іноді такий «захист» - це ведмежа послуга. Надміру оберігаючи себе від дискомфорту, ми можемо обмежувати власну свободу, звужуючи своє коло дій та пропускаючи нові цікаві події. Така стратегія уникання позбавляє нас повноти досвіду, часто необхідно для особистісного зросту, близькості та самореалізації.

Терапія прийняття та відповідальності (ACT) розглядає прийняття(або ж відкритість) як готовність приймати та відчувати емоції, дати їм місце бути, якими б вони не були. Це не трансформована стратегія уникнення, не пасивна покора. Це процес усвідомлення свого чуттєвого досвіду тут і зараз. Прийняття може зменшити інтенсивність негативних відчуттів, але не прибере їх повністю. Однак ця навичка дозволяє вести нам той спосіб життя, який ми хочемо, не тікаючи від неприємних емоцій та не будучи їх заручником.

Алгоритм ПНДПЦ або як відкритися своєму досвіду:

- Помітити – звернути увагу на те, що вам завдає болю. Яка це думка чи почуття.
- Назвати – спробуйте ідентифікувати, що ви відчуваєте.
- Дати місце – локалізувати відчуття в тілі.
- Цінувати - знайти цінність в тому, що ви відчуваєте [28, с. 74].

6. Вправа на прийняття болісних почуттів

Розмістіться зручно, можете потягнутися, спробувати трішки розм'ятися. Сфокусуйтесь на тому як почувається ваше тіло. Чи є десь спазм, тиск? Спробуйте дихати повільніше, вдихаючи протягом 3 с та видихаючи протягом 3с. Тепер поверніться до того болісного почуття, емоції, яка вас турбує. Сфокусуйтесь на ньому. Тепер коли ви маєте чітке уявлення, спробуйте уявити для цього почуття фізичну оболонку. Уявіть яке воно має форму, гострокутну та чітку чи м'яку та плавну. З якого матеріалу воно зроблене, його вагу. Яке воно на дотик? Якого воно кольору? Наскільки яскравий цей колір? Чи воно має запах? Якщо так, то який це запах? Уявіть всі інші деталі, що важливі для вас. Тепер уявіть де б ви могли розмістити це почуття в своєму тілі. Таке місце, щоб воно не заважало вам комфортно функціонувати далі. Тепер можете спробувати подихати. Уявіть, що ваше дихання може потрапляти в саме те місце, де ви розмістили болісне почуття. Спробуйте зігріти його, подбати про нього, аби надалі вам було комфортніше знаходитись разом в цьому тілі [28, с. 81].

7. Обговорення теоретичної частини та відчуттів після вправи.

8. Завдання між заняттями: учасникам пропонується продовжувати вести щоденник з новим доповненням позитивного переосмислення та виконувати вправу з проведених. Матеріали із зустрічі будуть в доступі онлайн.

9. Підбивання підсумків. Визначення формату наступної зустрічі.

Заняття 5: **«Підсумкове»**

Мета заняття: підсумування та закріплення основних ідей та навичок

1. Привітання та обговорення минулого тижня.
2. Обговорення щоденнику АВС. Підсумування та підкреслення ефективності ведення подібного щоденнику. Обговорення переваг та складнощів у веденні щоденнику. Нові усвідомлення та зміни.
3. Обговорення навички активного прийняття, алгоритму ПНДПЦ. Чи виконували вправи? Який ефект від вправ помітили на собі? Чи були складнощі у виконанні вправ? Переваги регулярного виконання вправ.
4. Повторне тестування за шкалою депресії Бека. Порівння з результатами тестуванням на першому тижні програми.
5. Збір відгуків учасників групи на розроблену програму.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Згідно з результатами аналізу проведеного нами дослідження підтверджують наявність депресивних станів у 76,5% лікарів-інтернів. Тож актуальним було розроблення психологічної програми, направленої на подолання депресивних станів. Запропонована програма подолання базується на даних емпіричного дослідження, а саме спрямована на розвиток та посилення стратегій подолання «Позитивне переосмислення» та «Прийняття», що продемонстрували негативну кореляцію з вираженістю депресивних станів. В основу закладено когнітивно-поведінкову модель розгляду депресії, техніки когнітивно-поведінкової терапії (когнітивна реструктуризація) та терапії прийняття та відповідальності. Вона спрямована на розв’язання наступних завдань: психоедукація лікарів-інтернів з приводу стресу (його видів, природи виникнення), депресивних станів, стратегій подолання стресу та їх значення; покращення самоусвідомлення за рахунок технік АСТ та майндфулнес;

плекання активного прийняття та відкритості до складних емоцій; розвиток навичок позитивного переосмислення досвіду.

ВИСНОВКИ

Проблематика депресивних станів серед лікарів-інтернів постає серед актуальних тем клінічної психології та медицини, особливо в умовах значного стресового навантаження, спричиненого складною професійною діяльністю та впливом зовнішніх факторів, включно зі станом війни в Україні. Депресивні стани вміщують широкий спектр проявів – від нормальних реакцій на відповідні обставини до тяжких клінічних порушень. У клінічній психології депресивні стани можуть бути не лише при депресивних розладах, а й бути в структурі посттравматичного стресового розладу, розладів адаптації, змішаних тривожно-депресивних розладах та деяких формах шизофренії. Однак, саме в межах групи депресивних розладів депресивні стани мають найбільш усталену діагностичну структуру, що робить їх найбільш доцільним об’єктом дослідження депресивної симптоматики. Класифікаційні системи МКХ-11 та DSM-5-TR пропонують детальний різних форм депресивних розладів, в залежності їх тривалості, проявів та варіантах перебігу. Окрім нозологічних форм, висвітлених в міжнародних медичних класифікаціях, важливу роль відіграють психогенні депресії, які ускладнюють виявлення та отримання кваліфікованої допомоги через свою неочевидну природу.

Характеристика професійно-учбових умов лікаря-інтерна вміщує в себе багато компонентів як притаманних загалом працівникам медичної сфери, так і специфічних лише для проходження інтернатури. До першої групи належать інтенсивне емоційне та фізичне навантаження на організм, велика кількість робочих годин, перманентний контакт з інфекційними агентами, складна взаємодія з колегами та пацієнтами. Впливає навіть ієрархічне положення працівника. За результатами швейцарського дослідження STRAIN медичні працівники без жодних управлінських повноважень мають найвищі показники вигорання, депресивних симптомів. Також варто зауважити особливості функціонування української медичної системи та її безпосередній вплив на роботу лікарів – перенавантаження на одного спеціаліста, фінансова

нестабільність, затримки у виплатах та відсутність соціальних гарантій, особливо в умовах воєнного стану, мають свій негативний вплив на психоемоційний стан та відповідно працездатність. До другої групи факторів, притаманних саме інтернатурі належать – лімінальність притаманна статусу інтерна, різке збільшення вимог та очікувань, обмеженість в діях та одночасно прагнення до автономії. Інтернатура у професійном шляху лікаря виступає проміжним період між формальним студентським навчанням та повноцінною клінічною практикою. Вона супроводжується глибокими трансформаціями особистості, її рольових очікувань та професійних цінностей, що може проявлятись розгубленістю, сумнівами у своєму виборі, ностальгічними переживаннями за студентством, тривожними та депресивними станами.

Згідно результатів проведеного нами емпіричного дослідження за шкалою депресії Бека було виявлено, що 76,5% мають прояви депресивної симптоматики: групи із субдепресивною та помірною становили 19,6% кожна, чверть вибірки (23,5%) із середньою тяжкістю проявів та найменша частина (13,7%) важкого рівня. Відсутність симптоматики виявили лише у 23,5% опитуваних. У структурі депресивних станів серед досліджених нами лікарів-інтернів переважають симптоми когнітивно-афективного кластеру (пригніченість, самокритичність, безнадійність). В анкетуванні значна частина респондентів зазначила, що напряму пов’язує саме надмірні умови інтернатури з виникненням депресивних станів. Це ілюструє складність професійно-учбових умов проходження інтернатури та необхідність організації систематичної психологічної підтримки для даної групи зі спрямованістю на роботу з емоційно-когнітивними проявами.

Аналіз використовуваних стратегій подолання стресу серед лікарів-інтернів продемонстрував певну неоднорідність: на високому рівні найбільше застосовуються використання емоційної (62,7%) та інструментальної підтримки (66,7%), вираження почуттів (74,5%), найменше на високому рівні – поведінковий відхід від проблем (11,8%).

Узагальнення отриманих даних дозволяє стверджувати про домінування адаптивних стратегій подолання серед лікарів-інтернів, що виконують захисну роль та пом'якшують ознаки психоемоційного дистресу. Використання стратегій групи «Примирення з існуванням проблеми» (M= 6,45, SD=1,151, SE=0,161), до якої згідно з 5-факторною моделі входили позитивне переосмислення проблеми (r= -0.464, p < 0.001) та активне прийняття (r=-0.415, p= 0.002), негативно корелювало з вираженістю депресивних станів. Виявлені нами зв'язки узгоджуються з результатами сучасних досліджень, що окреслюють роль позитивної переоцінки та активного прийняття у фокусування на ресурсних станах, збереженні професійної мотивації та покращення мотивації. Варто зазначити позитивну кореляцію «Гумору» з депресивними станами. Традиційно гумор категоризують як адаптивну стратегію. Однак виявлений нами зв'язок пояснюється та підтверджується новими дослідженнями щодо необхідності розрізнення стилів гумору та їхнього впливу (афіліативний – адаптивний вплив, агресивний та самокритичний – дезадаптивний).

Дезадаптивні стратегії подолання загалом рідше використовуються лікарями-інтернами та прямо корелюють з вираженістю депресивної симптоматики. Найбільш статистично значущий зв'язок середньої сили був встановлений із стратегією самозвинувачення (r= 0.506, p= < 0.001), помірної сили зі стратегіями заперечення (r=0.370, p < 0.008) та поведінковим відходом від проблем (r= 0.339, p < 0.015).

Отож, з метою підсилення та розвитку адаптивних стратегій «Позитивного переосмислення» та «Прийняття» та зниження вираженості депресивних станів серед лікарів-інтернів нами була розроблена психологічна програма. У її основі були використані техніки з когнітивно-поведінкової та терапії прийняття та відповідальності. Запропонована програма спрямована на розв'язання наступних завдань: психоедукація лікарів-інтернів з приводу депресивних станів, копінгових стратегій та їх значення; допомогти покращити самоусвідомленість за рахунок технік ACT та майндфулнес; розвивати активне

прийняття та відкритість до складних емоцій; навчити технікам, що сприяють позитивному переосмисленню досвіду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ассонов Д. О. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2021. Т. 2, № 6. DOI: https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i2.295.

2. Бегеза Л. Є. Професійні ролі лікаря: теоретичне та емпіричне вивчення. *Актуальні проблеми психології* : Зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Київ-Ніжин, 2018. Т. 14. С. 353–359. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v14/i1/35.pdf (дата звернення: 11.05.2025).

3. Бойко С. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. *НІСД Національний інститут стратегічних досліджень*.
URL**:** https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh (дата звернення: 04.05.25)**.**

4. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : "Свічадо", 2014. 420 с**.**

5. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Психогенні психічні розлади : навч.-метод. посіб. Київ : ВСВ "Медицина", 2021. 203 с.

6. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин. Львів : "Компанія "Манускрипт"", 2024. 590 с.

7. Ерфорд Б. Т. 45 основних технік психологічного консультування / пер. з англ Т. М. Денисюк. Київ : "Наук. світ", 2024. 590 с.

8. Єхалов В. В. Синдром емоційного вигоряння в медичній післядипломній освіті. *Новини медицини та фармації*. 2021. Т. 751, № 4. С. 13. URL: https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/6467 (дата звернення: 10.05.2025).

9. Загальна психологія : підручник / ред. С. Д. Максименко. 4-те вид. Київ : Вид-во Людмила, 2025. Т. 1. 565 с.

10. Замерзляк Д., Федоренко А. Еволюція поняття копінг-стратегій: від класичних теорій до сучасних досліджень. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова*. 2025. № 26 (71). С. 20–32. DOI: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2025.26(71).02.

11. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник Національного технічного університету України Київський політехнічний інститут*. 2018. № 15. С. 18–27. DOI: https://doi.org/10.20535/2307-5651.15.2018.135920.

12. Корнійчук О. Є. Розвиток професійних компетенцій лікарів-інтернів на факультеті післядипомної освіти: проблеми та шляхи вирішення. *Академічні візії*. 2023. № 22. URL: https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/496 (дата звернення: 06.05.2025).

13. Коротка шкала подолання “Brief COPE-26”: українськомовна адаптація та модифікація для онлайн-діагностики / Н. Алексіна та ін. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. Т. 12. С. 191–227. URL: https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-18.

14. Кузьміна Г. П., Лазаренко О. М. Сучасні реалії підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «внутрішні хвороби» в рамках європейських стандартів післядипломної освіти. *Східноєвропейський*

журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2023. № 2. С. 142–145. DOI: https://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.142.

15. Макаренко О. М., Голубєва М. О. Психологічні аспекти подолання стресу. *Соціальна психологія*. 2010. № 2. С. 18-27. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/19629 (дата звернення: 14.10.2025).

16. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г. МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади нейропсихічного розвитку : Стат. класифікація. 2-ге вид. Київ : Моріон, 2024. 300 с.

17. Нікітчук У. Г. Психометричні властивості української версії опитувальника депресії а.бека (BDI-I) на студентській вибірqs. *Психологічний часопис*. 2020. Т. 6, № 11. С. 56–68. DOI: https://doi.org/10.31108/1.2020.6.11.6.

18. Оксамитна С. М., Степурко Т. Г. Соціальний статус лікарів в українському суспільстві. *Наукові записки НаУКМА*. 2014. Т. 161. С. 63–71. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/3199(дата звернення: 27.04.2025).

19. Особливості депресивних реакцій у здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу / Н. Г. Пшук та ін. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2021. Т. 28, № 2. С. 304–308. DOI: https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(2)-21.

20. Предко В. В. Психологічні особливості прояву копінг-стратегій учасників освітнього процесу з різним рівнем життєстійкості. *Вчені записки таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. серія : психологія*. 2022. Т. 33 (72), № 2. С. 64–72. DOI**:** https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/11.

21. Про затвердження Положення про інтернатуру : Наказ від 22.06.2021 № 1254: станом на 30 верес. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#n21 (дата звернення: 01.10.2025).

22. Про затвердження Порядку функціонування електронної системи рейтингового розподілу в інтернатуру та Змін до Положення про інтернатуру : Наказ від 30.01.2025 № 177 : станом на 30 верес. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0342-25#n327 (дата звернення: 01.10.2025).

23. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 : станом на 22 верес. 2025 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text (дата звернення: 01.10.2025).

24. Решота Н. М. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. *ingenius*.org. **URL**: https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya (дата звернення: 11.05.2025)**.**

25. Роль викладача-клініциста у формуванні майбутнього сімейного лікаря / В. М. Ждан та ін. м. Полтава, 25 берез. 2021 р. Полтава, 2021.С. 98–100.
URL: https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/15501 (дата звернення: 13.05.2025).

26. Роль інформальної освіти в процесі набуття професійних компетенцій лікарями-інтернами / П.М. Скрипніков та ін. *Сучасні тренди розвитку медичної освіти: перспективи і здобутки : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю*. 2022. С. 272–273. URL: https://repository.pdmu.edu.ua/items/8c9fa351-ff7c-4f2c-b44f-a2cc51f1e170 (дата звернення: 13.05. 2025).

27. Роль наставництва у вихованні особистості лікаря-інтерна / Я. В. Шиманська та ін. *Реалії, проблеми та перспективи вищої медичної освіти* : Матеріали навчально-науковох конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 25 берез. 2021 р. 2021. С. 296–297. URL: https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/16131 (дата звернення: 13.05.2025).

28. Цибенко Д., Коробов К. Як припинити долати неспокій та жити далі. Київ : Віхола, 2025. 224 с.

29. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика. депресія : навч. посіб. Київ : Медкнига, 2021. 216 с.

30. Шауенбург Г. Психодинамічна психотерапія депресії. / пер. з англ. Котлярова А. М. за наук. ред. Кечур З. *Український психоаналітичний журнал*. 2025. Т. 3, № 2. DOI: https://doi.org/10.32782/upj/2025-3-2-11 (дата звернення: 05.07.2025).

31. Юнг, К. Г. (2025). Аналітична психологія. Тавістокські лекції. Київ : Центр навчальної літератури. 340 с.

32. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes / S. C. Hayes et al. *Behaviour Research and Therapy*. 2006. Vol. 44, no. 1. P. 1-25. DOI: https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006.

33. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression / P. Cuijpers et al. *World psychiatry*. 2020. Vol. 19, no. 1. P. 92–107. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20701.

34. Almeida D., Monteiro D., Rodrigues F. Satisfaction with life: mediating role in the relationship between depressive symptoms and coping mechanisms. *Healthcare*. 2021. Vol. 9, no. 7. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare9070787.

35. Bianca C., Ramona P. L., Ioana M. V. The relationship between coping strategies and life quality in major depressed patients. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2022. Vol. *58, no.*1. P. 110. DOI: https://doi.org/10.1186/s41983-022-00545-y.

36. Capitalizing on Appraisal Processes to Improve Affective Responses to Social Stress / J. P. Jamieson et al. *Emotion Review*. Vol. 10, no. 1. P. 30-39. DOI: https://doi.org/10.1177/1754073917693085.

37. Carver C. S., Scheier M. F. Control theory: a useful conceptual framework for personality–social, clinical, and health psychology. *Psychological bulletin*. 1982. Vol. 92, no. 1. P. 111–135. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.1.111.

38. Coping strategies and mental health in a sample of students accessing a university counselling service / C. Buizza et al. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2022. Vol. 22, no. 3. P. 658-666. DOI: https://doi.org/10.1002/capr.12519.

39. Depression in adults: treatment and management (NG222). NICE guideline, 2022. 111 p. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222 (date of access: 12.10.2025).

40. Depression in healthcare workers: Results from the nationwide AMADEUS survey / G. Fond et al. *International Journal of Nursing Studies*. 2022. Vol. 135. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104328.

41. Depressive symptoms and burnout among medical students: a prospective study / P. D. Ranasinghe et al. *Journal of General Internal Medicine*. 2022. Vol. 37, no. 1. P. 64–69. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-021-06765-x.

42. Does the Relation Between Humor Styles and Subjective Well-Being Vary Across Culture and Age? A Meta-Analysis / F. Jiang et al. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. *11*. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02213.

43. Du W., Liu L. Examining a structural equation model of peace of mind, gratitude, and positive reappraisal in predicting psychological well-being among college students. *BMC psychology*. 2025. Vol. 13. URL: https://doi.org/10.1186/s40359-025-03445-x.

44. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes / S. Folkman *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. Vol. 50, no. 5. P. 992-1003. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992.

45. Effectiveness of an internet-based acceptance and commitment therapy intervention for reducing psychological distress in health care professionals: Randomized Controlled Trial / L. Zhang et al. *Journal of Medical Internet Research*. 2024. Vol. 26.
DOI: 10.2196/59093.

46. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing psychological distress in nurses: a systematic review and meta-analysis of experimental studies / F. L. Badriyah et al. *Nursing & health sciences*. 2025. Vol. 27, no. 1. URL: https://doi.org/10.1111/nhs.70036.

47. Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis / B. Zhao et al. *Annals of General Psychiatry***.** 2023. Vol. 22, no. 1. DOI: 10.1186/s12991-023-00462-1.

48. Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination for depression: a systematic review and meta-analysis / U. Voderholzer et al. Frontiers in psychiatry. 2024. Vol. 15. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1415905.

49. Girma A., Ayalew E., Mesafint G. Covid-19 pandemic-related stress and coping strategies among adults with chronic disease in southwest ethiopia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2021. Vol. 17. P. 1551–1561. DOI: https://doi.org/10.2147/NDT.S308394.

50. Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis / A. Prudenzi et al. *Journal of Affect Disorders*. 2021. Vol. 1. P. 192-202. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.084.

51. Hardy C. Humor and sympathy in medical practice. *Medicine, health care and philosophy*. 2020. Vol. 23, no. 2. P. 179–190. DOI: https://doi.org/10.1007/s11019-019-09928-0.

52. Humor as a protective factor against anxiety and depression / A. Menéndez-Aller et al. *International Journal of Clinical and Health*

Psychology. 2019. Vol. *20*, no. 1. P. 38-45. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.12.002.

53. Islam K., Hasan P., Rahman M. Estimates of the extent of depression among doctors: associated factors and in-depth analysis. *The official journal of NIMH*. 2020. Vol. 3, no. 2. P. 32–36. DOI: https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14330363.

54. Long-Term Effect of Cognitive Behavioral Therapy in Managing Subclinical Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis / R. C. F. Chan et al. *Depression and Anxiety*. 2025. Vol. 2025. DOI: https://doi.org/10.1155/da/1610909.

55. Mataya A. A. Factors affecting job satisfaction and commitment among medical interns in Malawi: a cross-sectional study. *PAMJ*. 2015. Vol. 21. DOI: https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.174.6511.

56. Kielholz P. Depressive illness: diagnosis, assessment, treatment. Baltimore : Williams & Wilkins Company, 1972. 320 p.

57. McKenna J. Medscape physician burnout & depression repport 2024. *www. medscape.com*. URL: https://www.medscape.com/slideshow/2024-lifestyleburnout6016865?reg=1&icd=login_success_email_match_norm&icd=login_success_email_match_norm (date of access: 25.04.2025).

58. Peter K. A., Schols J. M. G. A., Rud J. G. Investigating work-related stress among health professionals at different hierarchical levels: a cross-sectional study. *Nursing open*. 2020. Vol. 7, no. 4. P. 969–979. DOI: https://doi.org/10.1002/nop2.469.

59. Peter K. A., Schols J., Halfens R. Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals–A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2020. Vol. 29, no. 15-16. P. 3064–3081. URL: https://doi.org/10.1111/jocn.15340.

60. Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: a comprehensive systematic review / A. Riepenhausen et

al. *Emotion review*. 2022. Vol. 14, no. 4. P. 310–331. DOI: https://doi.org/10.1177/17540739221114642.

61. Relation Between Humor Styles and Psychopathological Symptoms in Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study / M. Leñero-Cirujano et al. *Nursing Reports*. 2025. Vol. *15*, no. 1. DOI: https://doi.org/10.3390/nursrep15010021.

62. Rnic K, Dozois DJ, Martin RA. Cognitive Distortions, Humor Styles, and Depression. *Europe`s journal of psychology*. 2016. Vol. 12, no. 3. DOI: https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1118.

63. Rotenstein L. S., Zhao Z. Substantial overlap between factors predicting symptoms of depression and burnout among medical interns. *Journal of General Internal Medicine*. 2021. Vol. 36. P. 240–242. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-020-05664-x.

64. Salicru S. A Practical and Contemporary Model of Depression for Our Times–A Timeless Existential Clinician's Perspective. *Open Journal of Depression*. 2021. Vol. 10, no. 2. P. 54–89. DOI: https://doi.org/10.4236/ojd.2021.102005.

65. Sen S. Is it burnout or depression? Expanding efforts to improve physician well-being. *The New England Journal of Medicine*. 2022. Vol. 387, no. 18. P. 1629–1630. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMp2209540.

66. Subthreshold depression: a systematic review and network meta-analysis of non-pharmacological interventions / X. Hao et al. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2023. Vol. 19. P. 2149–2169. URL: https://doi.org/10.2147/NDT.S425509.

67. Tsolakis P. Beck's cognitive model of depression: evolution, modern evidence and critical appraisal. *Psychology*. 2025. Vol. 16, no. 1. P. 12–25. DOI: https://doi.org/10.4236/psych.2025.161002.

68. Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial /

C. Guille et al. *JAMA Psychiatry*. 2015. Vol. 72, no. 12. P.1192–1198. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1880.

69. World Health Organization. Health Systems Strengthening: Glossary. Geneva WHO, 2010. 22 p. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf (дата звернення: 16.05.2025).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Бланк шкали депресії Бека

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь ласка, кожну групу тверджень та виберіть, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення та настрій сьогодні. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі й лиш тоді робити вибір.

1	а) - Мені не сумно б) - Значну частину часу мені сумно в)- Я увесь час почуваюсь сумним г) - Я відчуваю нестерпний сум та тугу	0 1 2 3
2	а) Майбутнє не лякає мене. б) Я боюся майбутнього. в) Мене нічого не радує. г) Моє майбутнє безпросвітне.	0 1 2 3
3	а) У житті мені переважно щастило. б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у будь-кого іншого. в) Я нічого не домігся в житті. г) Я потерпів повне фіаско — як батько, партнер, дитина, на професійному рівні — словом, усюди.	0 1 2 3

4	а) Не можу сказати, що я незадоволений. б) Як правило, я нудьгую. в) Що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина. г) Мене не задовольняє абсолютно все	0 1 2 3
5	а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив. б) Можливо, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо. в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя. г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.	0 1 2 3
6	а) Я задоволений собою. б) Іноді я відчуваю себе нестерпним. в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності. г) Я абсолютно нікчемна людина.	0 1 2 3
7	а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання. б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, у чому став винним. в) Я знаю, що заслуговую на покарання. г) Я хочу, щоб життя мене покарало.	0 1 2 3
8	а) Я ніколи не розчаровувався в собі. б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі. в) Я не люблю себе. г) Я себе ненавиджу.	0 1 2 3
9	а) Я нічим не гірший за інших. б) Інколи я припускаюся помилки. в) Просто жахливо, як мені не щастить. г) Я сію навколо себе одні нещастя.	0 1 2 3

10	а) Я люблю себе і не ображаю себе. б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся. в) Було краще б зовсім не жити. г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.	0 1 2 3
11	а) У мене немає причин плакати. б) Буває, що я і поплачу. в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися. г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.	0 1 2 3
12	а) Я спокійний. б) Я легко дратуюся. в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел. г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене не стосується.	0 1 2 3
13	а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем. б) Іноді я відкладаю рішення на потім. в) Приймати рішення для мене проблематично. г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.	0 1 2 3
14	а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше. б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю. в) Справи йдуть дедалі гірше, я виглядаю погано. г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.	0 1 2 3
15	а) Зробити вчинок — для мене не проблема. б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий у житті крок. в) Щоб зважитися на щось, я повинен дуже багато попрацювати над собою. г) Я взагалі не здатний щось реалізувати.	0 1 2 3

16	а) Я сплю спокійно і добре висипаюся. б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув. в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, ніби не виспався. г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, загалом я сплю не більше п’яти годин на добу.	0 1 2 3
17	а) У мене збереглася колишня працездатність. б) Я швидко втомлююся. в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю. г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.	0 1 2 3
18	а) Апетит у мене такий самий, яким він був завжди. б) У мене зник апетит. в) Апетит у мене набагато гірший, ніж раніше. г) У мене взагалі немає апетиту.	0 1 2 3
19	а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше. б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми. в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві. г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює нічого стороннє.	0 1 2 3
20	а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні. б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше. в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу. г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.	0 1 2 3
21	а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров’я так само, як і раніше. б) У мене постійно щось болить. в) Зі здоров’ям справи серйозні, я весь час про це думаю. г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.	0 1 2 3

ДОДАТОК Б

Бланк Короткої шкали подолання (The Brief COPE-26)

Інструкція: У наступних твердженнях ідеться про різні шляхи подолання життєвих труднощів. Прочитайте наведені твердження та вкажіть, як часто Ви користувалися кожним способом подолання проблем.

Варіанти відповідей:

1 = Ніколи так не роблю,

2 = Дуже рідко так роблю,

3 = Іноді так роблю,

4 = Часто так роблю.

Текст методики

1. Я докладаю багато зусиль для того, щоб змінити ситуацію, в якій я опинився(-лась).

2. Я активно вживаю заходів, щоб покращити ситуацію.

3. Я намагаюся розробити стратегію подальших дій.

4. Я ретельно розмірковую над наступними кроками.

5. Я намагаюся дивитись на події в іншому, більш позитивному, світлі.

6. Я намагаюся знайти щось хороше в тому, що відбувається

7. Я приймаю реальність тих обставин, які вже сталися.

8. Я намагаюся навчитися жити далі з тим, що є.

9. Я жартую з цього приводу.

10. Я висміюю ситуацію, що сталася.

11. Я намагаюся знайти відраду в релігії чи духовних переконаннях.

12. Я молюся або медитую.

13. Я намагаюся отримати емоційну підтримку від інших.

14. Я намагаюсь отримати співчуття та розуміння від інших.

15. Я звертаюся за порадою або допомогою до інших людей щодо подальших дій. 16. Я намагаюсь отримати реальну допомогу та поради від інших людей.

17. Я намагаюся запевнити себе, що “це не насправді”.

18. Я відмовляюся до кінця повірити в те, що це сталося насправді.

19. Я ділюся своїми неприємними почуттями, щоб дати їм волю.

20. Я виражаю свої негативні почуття.

21. Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб почуватися краще.

22. Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб впоратися з проблемою.

23. Я полишаю марні спроби справитися з проблемою.

24. Я відмовляюся від надмірних зусиль щодо подолання проблеми.

25. Я критикую себе.

26. Я звинувачую себе в тому, що сталося.

ДОДАТОК В

Анкета «Вплив професійно-учбових умов на психологічне благополуччя»

Ми проводимо наукове дослідження з метою вивчення психологічних аспектів адаптації лікарів-інтернів до умов професійної діяльності та впливу цих умов на їхній психоемоційний стан. Ваші відповіді допоможуть нам краще зрозуміти виклики, з якими ви стикаєтесь, та розробити ефективні рекомендації для покращення психологічного благополуччя медичних працівників.

Участь в опитуванні є добровільною та повністю анонімною. Усі отримані дані будуть використані в виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Будь ласка, оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашій думці чи ситуації.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ

1. Ваш вік: _ повних років
2. Ваша стать: чоловіча/жіноча/ інша
3. Ваш сімейний стан: не перебуваю у стосунках/ перебуваю у романтичних стосунках/ одружений чи заміжня/ розлучений чи розлучена / вдівець чи вдова
4. Рік вашої інтернатури (на момент заповнення анкети): 1/2/3
5. Ваша спеціальність в інтернатурі: внутрішні хвороби/хірургія/ педіатрія/ акушерство та гінекологія/ анестезіологія/ неврологія/психіатрія/медична психологія/сімейна медицина/дерматовенерологія/ інфекційні хвороби/ медицина невідкладних станів/ травматологія/ офтальмологія/стоматологія/ радіологія/ фізична та реабілітаційна медицина/ інша (вкажіть будь ласка)

РОЗДІЛ 2. СУБ’ЄКТИВНА ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНО-УЧБОВИХ УМОВ ТА ЇХ ВПЛИВУ

Будь ласка, оцініть кожен пункт за 5-бальною шкалою, де 1 –«зовсім не згоден/згодна»,2 –«частково не згоден», 3 – «важко відповісти», 4 – «частково згоден» 5 – «повністю згоден»

№	Твердження	оцінка
1	Навчальне навантаження в інтернатурі є надмірним і суттєво впливає на мій психоемоційний стан	
2	Відчуття відповідальності за життя пацієнтів викликає у мене значний стрес	
3	Ненормований робочий графік, нестача сну негативно впливають на моє самопочуття	
4	Я відчуваю нестачу підтримки з боку керівництва або старших колег	
5	Конфлікти або складні стосунки з колегами є джерелом мого стресу	
6	Я відчуваю емоційне виснаження та вигорання через професійну діяльність	
7	Моє емоційне виснаження безпосередньо пов’язане з відчуттям смутку або пригніченості (депресивними станами)	
8	Я вважаю, що умови моєї інтернатури сприяють виникненню депресивних станів	
9	У мене достатньо можливостей для відпочинку та відновлення сил	
10	Я відчуваю задоволення від своєї професії, попри труднощі	

РОЗДІЛ 3. СУБ’ЄКТИВНА ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

Будь ласка, оцініть, наскільки часто Вам притаманні зазначені нижче стани або поведінка. Використовуйте шкалу: 1 – «ніколи», 2 – «рідко», 3 – «іноді», 4- «часто», 5 – «майже завжди».

№	Твердження	
1	Я свідомо обираю способи подолання стресу, а не просто реагую на події	

2	Я вважаю, що мої поточні стратегії подолання стресу є ефективними для підтримання мого психічного здоров’я	
3	Мені бракує знань або навичок, щоб ефективно справлятися з психоемоційним навантаженням на інтернатурі	
4	Загалом я відчуваю себе психологічно виснаженим(-ою) після робочого дня/тижня	
5	Чи вважаєте Ви, що Вам може бути корисною професійна психологічна допомога або консультація для подолання емоційних труднощів?	