

# ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТАКОГНІТИВНОЇ терапії в лікуванні депресії, спричиненої емоційним вигоранням у медичного працівника під час війни в Україні

Володимир Русанов,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

**П**рофесійне вигорання є гострою проблемою серед медичних працівників, особливо в умовах війни в Україні [1]. Хронічний стрес, надмірні навантаження та емоційний вплив роботи з пораненими військовими та цивільними призводять до високого ризику розвитку вигорання, яке часто подібне до депресії [2].

Військові дії стали серйозним випробуванням для медиків, що значно погіршило їхній психічний стан. Нині на базі Charité – Universitätsmedizin Berlin та Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця в межах проєкту Solomiya проводиться онлайн-тренінг із профілактики вигорання серед українських медиків, який спрямований на зниження рівня стресу та профілактику депресії. Після проходження цього тренінгу пацієнт звернувся за терапевтичною допомогою, що стало ключовим моментом у його рішенні отримати індивідуальну психотерапію.

Пацієнт С., 40 років, лікар-травматолог, звернувся до відділення психотерапії з приводу симптомів емоційного вигорання та епізодів депресії. На тлі війни в Україні, постійних професійних навантажень через роботу з пораненими військовими та цивільними, пацієнт відзначав зниження емоційної стійкості, втрату професійної мотивації, відчуття виснаження та занепад сил. Він також звертав увагу на труднощі зі сном, зокрема із засипанням та ранніми пробудженнями, відсутність апетиту, пригнічений настрій та відчуття безнадійності. Тривалий час він не міг належно відпочити, відчував постійну психоемоційну напругу, що в подальшому переросло в значне погіршення емоційного стану. Симптоми, які він переживав, почали негативно позначатися на його професійній діяльності та особистому житті. Для вирішення цих проблем пацієнт звернувся за допомогою, аби уникнути подальшого погіршення якості життя та професійної діяльності.

## Анамнез життя

Пацієнт С., 40 років, народився у м. Київ від здорової вагітності без ускладнень. Єдина дитина в сім'ї. Фізичний та розумовий розвиток відповідав нормі, ходити та говорити почав своєчасно. У дитинстві відвідував дитячий садок, де характеризувався як активний, допитливий хлопчик. У віці 6 років пішов до школи, де навчався добре.

Під час шкільного навчання виявляв комунікабельність, легко контактував з однолітками, активно брав участь у громадському житті школи, цікавився спортом (захоплювався легкою атлетикою та футболом). Вільний час присвячував читанню художньої літератури та наукових журналів, що сприяло його подальшому вибору професії лікаря.

А після закінчення школи вступив до медичного університету на спеціальність «Лікувальна справа». Рішення про вибір професії було свідомим, базувалося на його бажанні допомагати людям, а також на прикладі батьків, які працювали в медичній сфері. Під час навчання у медуніверситеті виявляв високу зацікавленість у практичній медицині, проходив практику в лікарнях, де мав можливість набувати початкового досвіду в роботі з пацієнтами. Закінчив університет у віці 22 років і вступив до інтернатури за спеціальністю «травматологія».

Після завершення інтернатури почав працювати лікарем-травматологом у міській лікарні. Професійна діяльність приносила задоволення, С. активно впроваджував нові методи лікування, цікавився міжнародними практиками та відвідував конференції для підвищення кваліфікації. У віці 28 років одружився. Дружина також лікар, працює в галузі педіатрії. Через два роки після одруження народився син, вагітність і пологи проходили без ускладнень.

Стосунки в сім'ї пацієнт характеризує як гармонійні, відзначаючи високий рівень взаємної підтримки. Пацієнт вказує, що дружина була однією з основних мотивацій для нього підтримувати емоційну стійкість і зосереджуватися на професійному розвитку.

Із початком широкомасштабної війни в Україні професійне навантаження значно зросло. Пацієнт був задіяний у лікуванні поранених як військових, так і цивільних осіб. Робота стала значно більш напруженою, що призвело до тривалих періодів фізичного та емоційного виснаження. Через часті робочі відрядження чоловік став рідше бачитися з родиною, що негативно вплинуло на його настрій і стосунки в сім'ї. Крім того, він помітив, що із часом став менш толерантним до інших, виникали конфлікти як на роботі, так і вдома. Він також зазначає, що намагався стримувати негативні емоції, аби не додавати напруження оточенню.

**Сімейний анамнез.** Походить із родини медичних працівників. Мати працювала медсестрою, характеризувалася як емоційно відкрита та готова підтримати. Пацієнт має позитивні спогади про дитинство та тісні стосунки з матір'ю, яка була завжди готова допомогти та підтримати. Батько був лікарем, однак чоловік зауважує, що батько часто був емоційно відстороненим через велике професійне навантаження. Власне, стосунки з ним характеризує як складні: батько був вимогливим, часто критикував С., що спричиняло певний емоційний дискомфорт у дитинстві. Крім того, батько мав проблеми з алкоголем, що, можливо, стало джерелом частих конфліктів у родині. Він помер у віці 62 років. Також пацієнт зазначає про наявність симптомів депресії в матері в періоди сильного стресу, хоча вона ніколи не зверталася по допомогу до фахівців.

**Соматичний анамнез.** Пацієнт заперечує наявність серйозних захворювань у дитинстві, а також шкідливих звичок, як-от куріння чи зловживання алкоголем, за винятком періодичного вживання алкогольних напоїв для зняття стресу. На момент звернення скаржився на постійне безсоння, зниження апетиту, частий головний біль та періодичні больові відчуття в спині через професійне навантаження.

### Анамнез захворювання

С. вважає себе хворим із середини 2023 року, коли його емоційний стан почав погіршуватися через інтенсивне професійне навантаження, що виникло в умовах війни в Україні. Серед перших симптомів — постійна втома, виснаження, втрата мотивації та значне зниження емоційної стійкості. Пацієнт відчував, що став менш продуктивним на роботі, йому було важко зосереджуватися на завданнях, він помічав, що виявляє підвищену дратівливість як на роботі, так і вдома. Стали виникати негативні думки, зокрема щодо його власної професійної неспроможності, почуття провини через недостатню увагу до членів родини, що, за його словами, почало сильно пригнічувати.

На тлі важких переживань щодо поранених пацієнтів та неперервного тиску професійної відповідальності в пацієнта розвинулися соматичні симптоми депресії: головний біль, м'язова слабкість, відчуття стиснення в грудній клітці. Пацієнт почав скаржитися на зниження апетиту, внаслідок чого втратив близько 6 кг ваги за 3 місяці. Розвинулися порушення сну, зокрема труднощі із засинанням, часті пробудження вночі, після яких важко було знову заснути. Як зазначає чоловік, він став відчувати постійну пригніченість, його переслідували думки про безперспективність професійної діяльності та майбутнього, нав'язливі роздуми про «безглуздість власного існування».

А на початку 2024 року пацієнт спробував самостійно впоратися зі своїм станом, намагаючись зменшити робоче навантаження, більше часу проводити з родиною, активно займатися спортом. Однак, попри ці зусилля, симптоми продовжували погіршуватися. Пацієнт відчував себе емоційно спустошеним, апатичним, втрачав інтерес до речей, які раніше приносили задоволення. Робота, яка колись надихала, стала здаватися беззмістовною і виснажливою. На той момент С. пройшов на роботі онлайн-тренінг із профілактики вигорання в межах проєкту Solomiya, після чого вирішив звернутися по психотерапевтичну допомогу. У квітні 2024 року пацієнт звернувся до лікаря-психотерапевта, коли

відчув, що ситуація виходить із-під контролю, і він більше не може ефективно виконувати свої професійні обов'язки. Симптоми, які турбували на момент звернення: постійне безсоння (сон тривалістю < 5 годин на добу), відчуття стиснення в грудній клітці, зниження емоційної стійкості, постійні негативні думки, відчуття безнадійності та провини. Пацієнт скаржився на зниження здатності до концентрації уваги, підвищену дратівливість, що створювало труднощі як у професійному середовищі, так і в особистому житті. Також помітив, що перестав приділяти час хобі, яке раніше було для нього джерелом ресурсів і натхнення — зокрема, бігом на довгі дистанції. Втрата інтересу до спорту та інші ознаки ангедонії стали тривожним сигналом для нього і спонукали до звернення по допомогу.

### Психічний статус

Під час первинного звернення пацієнт С. виказував скарги на значне порушення сну, зокрема часті нічні пробудження, труднощі із засинанням та ранні прокидання протягом останніх декількох місяців. Він наголошував на зниженні настрою, постійну втому, труднощі з концентрацією та зниження працездатності. Пацієнт відчував стиснення у грудній клітці, напади серцебиття, зниження апетиту та мав втрату ваги. Часто виникали негативні думки, особливо вночі, що заважало заснути. Також пацієнт акцентував на відсутності інтересу до занять, які раніше приносили йому задоволення.

**Психічний статус:** контакт із пацієнтом продуктивний, орієнтація в місці, часі, оточенні та власній особистості збережена. Чоловік висловлює скарги на власний стан. Патологічних змін у сфері сприйняття не виявлено. Він зазначає, що часто відчуває фізичний дискомфорт, що може бути пов'язаний із посиленими інтероцептивними симптомами, характерними для депресії. Пам'ять та інтелектуальна продуктивність без значних змін, однак пацієнт відзначає труднощі із зосередженням на тривалих завданнях, сповільнене мислення та знижену здатність до концентрації уваги. Активна увага швидко виснажується, чоловік часто відволікається і має труднощі з утриманням зосередженості на діяльності. Мислення сповільнене, із песимістичними тенденціями. Як зазначає пацієнт, він часто «прокручує» негативні думки про своє професійне майбутнє та невдачі. Маячення або галюцинації не виявлено. Мова уповільнена, монотонна, з емоційним відтінком безнадійності, що характерно для стану депресії.

Загальний фон настрою знижений, переважає сум, ангедонія, відчуття втрати інтересу до речей, які раніше приносили задоволення. Суїцидальні думки або наміри не демонструє, однак пацієнт часто думає про безвихідність ситуації. Критика до власного стану збережена, чоловік усвідомлює необхідність лікування, але зазначає, що йому важко змусити себе активно займатися покращенням стану. Вищі почуття розвинуті достатньо, зі збереженою емпатією та співпереживанням. Нижчі інстинкти — харчовий, орієнтовний, статевий — помірно ослаблені, що узгоджується із загальним зниженням емоційного тону. Пацієнт астенизований, висловлює готовність співпрацювати для поліпшення свого стану, однак зазначає, що потребує підтримки як із боку лікаря, так і з боку членів родини для відновлення емоційного рівноваги.

## Психодіагностичне обстеження

Пацієнт С. був обстежений за допомогою кількох шкал для оцінювання його психічного та емоційного стану. За даними опитувальника Brief-COPE28 виявлено підвищене використання стратегій уникнення (емоційне уникнення, заперечення), що свідчить про труднощі в конструктивному управлінні стресом. Пацієнт рідше застосовує активні механізми подолання, як-от позитивне переосмислення або активне розв'язання проблем. Деадаптивні стратегії становлять 15 балів, адаптивні — 18.

Опитувальник професійного вигорання MBI (Maslach burnout inventory): пацієнт набрав високі бали за підшкалою емоційного виснаження (34 бали), що вказує на значний рівень емоційного вигорання. Деперсоналізацію оцінено на середньому рівні (20 балів), а почуття особистої професійної успішності — на зниженому рівні (15 балів), що свідчить про відчуття професійної неспроможності та недостатньої самореалізації в роботі.

Опитувальник професійної самоефективності (Short occupational self-efficacy scale): рівень професійної самоефективності оцінено як середній (23 бали із можливих 36). Пацієнт виявляє труднощі у впевненості щодо ефективного виконання своїх професійних обов'язків, особливо в умовах підвищеного стресу. Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being index): за його результатами пацієнт набрав 40 балів, що свідчить про значне зниження рівня благополуччя. Пацієнт зазначає брак життєвої радості й енергії, а також високу втомлюваність. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS): рівень депресії за шкалою HADS становив 17 балів, що свідчить про наявність виразних клінічних ознак епізодів депресії. Тривожність за цією шкалою була на рівні 14 балів, але симптоми депресії чітко переважають. Пацієнт часто відчуває безнадійність, безвихідність, зневіру у власних силах і можливості покращити ситуацію.

Шкала депресії Бека (BDI-II): рівень депресії пацієнта становив 29 балів, що вказує на середньо виражений стан депресії. Пацієнт зазначає про наявність емоційного виснаження, ангедонію, зниження апетиту, а також порушення сну, зокрема труднощі із засинанням та ранні пробудження. Отримані результати свідчать про наявність епізоду депресії, емоційного вигорання та недостатньої професійної самоефективності, що загалом відображає погіршення емоційного стану пацієнта та негативний вплив на його професійне функціонування та особисте життя. Чоловік має тенденцію до уникання розв'язання проблем, що призводить до посилення стресових симптомів та негативно позначається на загальному рівні його психічного здоров'я.

## Діагноз та його обґрунтування

**Діагноз:** 1) епізод депресивного розладу, середньої тяжкості (МКХ-11, 6A70.1); 2) синдром емоційного вигорання (МКХ-11, QD85).

### Обґрунтування діагнозу:

1. Епізод депресивного розладу, середньої тяжкості (6A70.1). Діагноз депресії середньої тяжкості було встановлено на підставі симптомів, які пацієнт демонстрував під час клінічного обстеження, а також результатів психодіагностичних тестів. За Госпітальною шкалою тривоги

та депресії (HADS) рівень депресії становив 17 балів, що вказує на наявність виразних клінічних ознак депресії. Результати шкали депресії Бека (BDI-II) також свідчать про середньо виразний стан депресії (29 балів).

Пацієнт скаржився на пригнічений настрій, брак інтересу до діяльності, яку раніше вважав приємною (ангедонія), підвищену втомлюваність, зниження апетиту, порушення сну, а також відчуття безнадійності та безвихідності. Усі ці ознаки відповідають критеріям діагнозу депресії середньої тяжкості згідно з МКХ-11.

2. Синдром емоційного вигорання (QD85) був діагностований у пацієнта як наслідок хронічного професійного стресу в умовах високої професійної відповідальності та робочих навантажень, на тлі війни в Україні. Основні ознаки, які спостерігалися в пацієнта і відповідають критеріям синдрому емоційного вигорання за МКХ-11: емоційне виснаження — скарги на постійну втому, втрату енергії, нездатність належно відпочити. Пацієнту складно відновити сили після робочого дня, що свідчить про тривале виснаження, зниження інтересу до професійної діяльності, зокрема втрата мотивації та недостатній професійний рівень самореалізації, відчуття емоційного відчуження від роботи, про що свідчить психологічне дистанціювання. Має труднощі з концентрацією уваги, погіршення професійних навичок, підвищену дратівливість під час виконання робочих завдань, що призвело до зниження загальної ефективності в роботі.

Професійне вигорання пацієнта спричинило розвиток епізоду депресії, оскільки тривалий стрес на робочому місці призвів до емоційного виснаження, втрати мотивації та, як наслідок, розвитку афективного психічного розладу. Відчуває сум, втрату інтересу до професійної діяльності та зниження загальної життєвої активності. Вигорання та епізод депресивного розладу, які виникли в пацієнта, мають тісний взаємозв'язок, що підтверджено даними клінічних обстежень і психодіагностичних тестів.

## Лікування

Для лікування пацієнта С. було застосовано комплексний підхід, який передбачав метакогнітивну терапію (МКТ) у поєднанні з мінімальною фармакотерапією. Основна мета такого підходу — полегшити симптоми депресії, зменшити емоційне виснаження, відновити життєву енергію та мотивацію, а також повернути здатність пацієнта насолоджуватися життям і професійною діяльністю.

## Психотерапія

МКТ було обрано для корекції симптомів депресії, спричиненої емоційним вигоранням. Така терапія охоплювала вісім основних сесій раз на тиждень і дві бустерні сесії (таблиця).

## Фармакотерапія

Для фармакотерапії було обрано мінімальне втручання, зважаючи на загальний стан пацієнта та його бажання уникнути залежності від медикаментів та впоратися зі своїм станом переважно завдяки психотерапевтичному втручанням: буспірон — 15 мг/день для контролю гострих станів тривоги. Цей анксіолітик було обрано, оскільки він не призводить до розвитку залежності та має доведену

ефективність для зниження симптомів тривожності та депресії [4]. Вказаний препарат пацієнт застосовував короткочасно — лише на початкових етапах лікування, щоб ефективніше брати участь у терапевтичних сеансах.

## Результати лікування

Для оцінювання ефективності проведеної терапії та моніторингу змін стану пацієнта, було проведено повторне психодіагностичне обстеження через два місяці після початку лікування (після завершення 8-ї сесії). Використані шкали дали змогу оцінити динаміку емоційного стану та ступінь ефективності проведених втручань.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS): через місяць рівень тривожності знизився із 14 до 8 балів, показник депресії — із 17 до 9 балів, що вказує на субклінічний рівень і суттєве зменшення інтенсивності симптомів депресії. Так, за шкалою Бека (BDI-II) рівень депресії знизився з 29 до 14 балів, що свідчить про значне зменшення інтенсивності симптомів депресії, зокрема зменшення ангедонії, почуття безнадійності, покращення апетиту та сну. За шкалою MBI, показник емоційного виснаження зменшився з 34 до 25 балів, що свідчить про значне зниження емоційного вигорання. Рівень деперсоналізації зменшився з 20 до 14 балів, що вказує на поліпшення ставлення до пацієнтів і зниження відчуження.

Рівень особистої професійної ефективності зріс із 15 до 24 балів, що свідчить про відновлення впевненості у своїх професійних можливостях. За даними Опитувальника професійної самоефективності (Short occupational self-efficacy scale), рівень професійної самоефективності зріс із 23 до 32 балів, що вказує на покращення впевненості у власній здатності ефективно виконувати робочі завдання. Із 40 до 72 балів зросли результати за Опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5», що свідчить про значне покращення емоційного стану, зменшення тривожності та підвищення енергії. За даними Опитувальника Brief-COPE28, використання адаптивних стратегій подолання стресу, як-от планування та позитивне переоцінювання, значно зросло (із 18 до 26 балів).

Зниження використання дезадаптивних стратегій, як-от уникнення та самозвинувачення (із 15 до 8), свідчить про підвищення здатності пацієнта ефективніше справлятися з викликами. Такі результати підтверджують ефективність застосованої МКТ та мінімальної фармакологічної підтримки в лікуванні епізодів депресії, спричинених професійним вигоранням.

## Висновки

Цей клінічний випадок підтверджує наявність тісного зв'язку між професійним вигоранням і депресивним розладом. Вигорання пацієнта, спричинене тривалим впливом хронічного стресу в умовах війни, призвело до розвитку депресії, що суттєво знизило якість життя пацієнта та його працездатність. Поєднання МКТ із мінімальною фармакотерапією сприяло досягненню значних позитивних результатів за короткий термін, як-от зниження інтенсивності симптомів депресії та тривожності, відновлення мотивації до роботи та поліпшення загального емоційного стану.

Такий підхід, орієнтований на зміну метакогнітивних переконань і розвиток адаптивних стратегій управління

Таблиця. Метакогнітивна терапія

| №    | Назва та опис сесії (деталі та вправи)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | <b>Діагностична сесія.</b> Проведення клінічного інтерв'ю, збір анамнезу, визначення основних мішеней терапії. Психодіагностика за допомогою Metacognition Questionnaire (MCQ-30), Thought Control Questionnaire (TCQ), Anxious Thoughts Inventory (AnTI) та Meta-Worry Questionnaire (MWQ). Узгодження плану терапії та обговорення методів, очікуваних результатів і ролі пацієнта в терапії |
| 2    | <b>Психоедукація та побудова формулювання проблеми.</b> Ознайомлення з концепцією метакогніції та роллю метакогнітивних переконань у формуванні депресивних і румінативних думок. Обговорення факторів, що сприяють вигоранню та депресії. Узгодження мішеней терапії та формування розуміння зв'язку між думками, почуттями та поведінкою                                                     |
| 3    | <b>Техніка розмежування між думками та реальністю.</b> Навчання розмежовувати думки від реальності за допомогою технік «думки — це лише думки» для зниження їх значення. Використання техніки «Дистанціювання». Домашнє завдання: відстежувати та записувати негативні думки протягом тижня, практикувати техніку дистанціювання, спостерігати як змінюється рівень тривожності                |
| 4    | <b>Поведінкова активація.</b> Відновлення активностей, які приносили задоволення, зокрема фізичні вправи (наприклад, біг або прогулянки). Пояснення, як поведінкова активація впливає на зниження симптомів депресії через підвищення рівня серотоніну та дофаміну. Домашнє завдання: щоденне планування активності, зокрема фізичної, заповнення щоденника активності                         |
| 5    | <b>Контроль негативних думок.</b> Робота з TCQ для розвитку стратегій контролю думок. Пацієнт вчився замінювати дезадаптивні механізми контролю думок на більш адаптивні стратегії, навчався уникати катастрофізації. Вправи для контролю думок: зміна «катастрофічних» думок на більш реалістичні. Домашнє завдання: використання методів контролю думок у повсякденних ситуаціях             |
| 6    | <b>Робота з негативними переконаннями</b> (Когнітивна реструктуризація). Виявлення дезадаптивних переконань («Я недостатньо хороший», «Моя робота не має сенсу»). Навчання критично оцінювати ці переконання за допомогою сократівських питань. Домашнє завдання: записувати негативні переконання та аналізувати їх за допомогою питань, вивчених на сесії                                    |
| 7    | <b>Навчання технік майндфулнес:</b> зосередження на диханні, майндфулнес у повсякденних ситуаціях (під час приймання їжі, фізичної активності). Вправи на майндфулнес, спрямовані на зниження рівня румінативних думок. Домашнє завдання: щоденна практика майндфулнес у щонайменше двох різних контекстах (їжа, прогулянка, робота)                                                           |
| 8    | <b>Оцінювання досягнень та планування майбутнього.</b> Оцінка досягнень, яких вдалося досягти під час терапії. Обговорення можливих тригерів для рецидиву депресії та вигорання. Розробка стратегій їх уникнення та планування подальшої підтримки                                                                                                                                             |
| 9–10 | <b>Бустерні сесії.</b> Перша бустерна сесія через 2 тижні після завершення основного курсу терапії. Друга бустерна сесія через місяць після завершення основного курсу терапії. Оцінка досягнень, обговорення можливих тригерів, які могли з'явитись за цей період, підкріплення вивчених технік та розробка додаткових стратегій для запобігання рецидиву                                     |

стресом, засвідчив ефективність як для зниження симптомів депресії, так і для профілактики рецидивів вигорання. Комплексне лікування є найдоцільнішим в умовах значних психоемоційних навантажень, оскільки допомагає не лише знизити ознаки депресії та вигорання, але й зміцнити здатність пацієнта до самостійного контролю над власним емоційним станом.

Список літератури знаходиться в редакції

Психосоматична медицина та загальна практика. 2024.  
Том 9, № 4. DOI: 10.26766/ptmgrp.v9i4.567