УДК 159.944.4:614.253.4

Інга ПІЄНОВА
кандидат психологічних наук, медичний психолог,
асистент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії,
Одеський національний медичний університет
https://orcid.org/0009-0006-8425-5984
e-mail: ms.inga.pen@gmail.com

ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАХІВЦІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я: СПЕЦИФІКА ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПСИХОЛОГА

У статті здійснено теоретичний аналіз моделей професійного вигорання фахівців психічного здоров'я з визначенням специфіки цього феномену в діяльності медичного психолога. Розглянуто трикомпонентну модель К. Маслач і С. Джексон (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень), модель робочих вимог і ресурсів В. Шауфелі та А. Баккера, а також концепцію співчутливої втоми Ч. Фіглі як самостійного, відмінного від вигорання конструкту. Обґрунтовано, що специфіка вигорання медичного психолога визначається одночасною дією професійних вимог (емоційне навантаження від роботи з травмованими пацієнтами) і дефіциту інституційних ресурсів. Сформульовано практичні рекомендації для профілактики вигорання.

Ключові слова: професійне вигорання; фахівці психічного здоров'я; медичний психолог; співчутлива втома; модель робочих вимог і ресурсів; емоційне виснаження.

Inga PIENOVA
Odesa National Medical University

THEORETICAL MODELS OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG MENTAL HEALTH PROFESSIONALS: SPECIFICITY OF THE MEDICAL PSYCHOLOGIST'S ACTIVITY

The article presents a theoretical analysis of professional burnout models among mental health professionals, focusing on the specificity of this phenomenon in the activity of a medical psychologist. Relevance stems from the high emotional cost of constant contact with others' suffering, inherent to medical psychology, combined with institutional constraints of the modern healthcare system. The article traces the evolution of burnout theory from H. Freudenberger's initial clinical description among helping professionals to the three-component model of C. Maslach and S. Jackson, defining burnout through emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Attention is given to the expanded conceptualization by C. Maslach, W. Schaufeli, and M. Leiter, extending burnout beyond helping professions to any occupational context, and to the Job Demands-Resources model of W. Schaufeli and A. Bakker, explaining burnout as an imbalance between excessive demands and insufficient resources. The longitudinal study of A. Bakker and colleagues on patient demands and reciprocity deficits among general practitioners is examined and extrapolated to medical psychologists, alongside C. Figley's concept of compassion fatigue as a construct distinct from, though related to, burnout, capturing the cost of empathic engagement with traumatized clients. It is argued that burnout specificity among medical psychologists stems from

high emotional demands of working with suffering patients combined with chronic institutional resource deficits, consistent with S. Hobfoll's conservation of resources theory. Practical implications for burnout prevention are formulated. This differentiated approach enhances the effectiveness of burnout prevention and the preservation of professional resources.

Keywords: professional burnout; mental health professionals; medical psychologist; compassion fatigue; job demands-resources model; emotional exhaustion.

https://doi.org/10.31891/PT-2026-4-11
Стаття надійшла до редакції / Received 27.08.2026
Прийнята до друку / Accepted 02.10.2026
Опубліковано / Published 26.11.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0

© Інга ПІЄНОВА

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Професійна діяльність медичного психолога передбачає постійний, емоційно насичений контакт зі стражданням інших людей – пацієнтів із психіатричними, наркологічними та психосоматичними розладами, а також їхніх родин. Ця діяльність поєднує в собі високе емоційне навантаження, характерне для допомагаючих професій загалом, зі специфічними інституційними обмеженнями сучасної системи охорони здоров'я: високим навантаженням кількістю пацієнтів, обмеженістю часу на кожен контакт, необхідністю постійної взаємодії з мультидисциплінарною командою та документаційним навантаженням. Поєднання цих чинників створює високий ризик розвитку професійного вигорання – стану, який не лише знижує суб'єктивне благополуччя самого фахівця, а й безпосередньо позначається на якості психологічної допомоги, яку він надає пацієнтам. Попри значний обсяг досліджень вигорання в допомагаючих професіях загалом, у вітчизняній психологічній науці бракує систематизованого теоретичного аналізу, який би узагальнював еволюцію моделей вигорання та визначав специфіку його прояву саме в діяльності медичного психолога, а не лікаря чи психотерапевта загалом, що й зумовлює актуальність цієї статті.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Поняття професійного вигорання вперше запровадив Г. Фройденбергер, який на матеріалі спостережень за персоналом безкоштовних медичних клінік описав стан прогресуючого емоційного і фізичного виснаження, що розвивається внаслідок хронічного невідповідного співвідношення між високою відданістю роботі та відсутністю адекватної віддачі [3]. Систематизацію цього феномену як

тривимірного психологічного конструкту здійснили К. Маслач та С. Джексон, які розробили опитувальник Maslach Burnout Inventory для вимірювання емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень у фахівців допомагаючих професій [6]. К. Маслач, В. Шауфелі та М. Лейтер згодом розширили розуміння вигорання, довівши застосовність цього конструкту не лише до допомагаючих професій, а до будь-якої професійної діяльності, і уточнивши визначення вигорання як пролонгованої відповіді на хронічні емоційні та міжособистісні стресори роботи [7]. В. Шауфелі та А. Баккер запропонували модель робочих вимог і ресурсів, яка пояснює вигорання через дисбаланс між надмірними вимогами професійної діяльності та недостатніми ресурсами для їх задоволення [8]. А. Баккер зі співавторами емпірично застосували подібну логіку до діяльності лікарів загальної практики, показавши на п'ятирічному лонгітюдному матеріалі, що дефіцит взаємності у стосунках із вимогливими пацієнтами є самостійним чинником вигорання [2]. Ч. Фіглі, своєю чергою, увів суміжне, але самостійне поняття співчутливої втоми, яке описує специфічну емоційну ціну емпатійної залученості фахівця в роботу з травмованими клієнтами [4]. У вітчизняній науці ґрунтовне узагальнення проблематики професійного вигорання здійснили С. Максименко, Л. Карамушка та Т. Зайчикова, які розглянули гендерні аспекти вигорання працівників освітніх організацій [1]; водночас специфіка вигорання саме медичних психологів, на відміну від педагогічних працівників чи лікарів загалом, залишається недостатньо теоретично опрацьованою у вітчизняній літературі.

Формулювання цілей статті

Мета статті – здійснити теоретичний аналіз основних моделей професійного вигорання фахівців психічного здоров'я та визначити специфіку прояву цього феномену в професійній діяльності медичного психолога.

Виклад основного матеріалу

Класичне тривимірне розуміння вигорання. Модель К. Маслач та С. Джексон залишається основоположною для сучасного розуміння вигорання [6]. Перший компонент, емоційне виснаження, описує відчуття спустошеності й вичерпаності емоційних ресурсів унаслідок надмірного емоційного навантаження професійної діяльності; для медичного психолога цей компонент найчастіше проявляється як накопичена втома від щоденного занурення в переживання пацієнтів, що супроводжуються стражданням, тривогою чи безнадією. Другий

компонент, деперсоналізація (цинізм), описує розвиток байдужого, знеособленого ставлення до пацієнтів як захисної реакції на емоційне перевантаження; у практиці медичного психолога цей компонент є особливо небезпечним, оскільки саме емпатійний, персоналізований контакт є основним інструментом психологічної допомоги, і його втрата безпосередньо підриває ефективність професійної діяльності. Третій компонент, редукція особистих досягнень, описує знижене відчуття власної компетентності та результативності в роботі, що часто розвивається на тлі об'єктивно повільної, неоднозначної динаміки одужання пацієнтів із хронічними психічними розладами.

Важливою методологічною особливістю моделі К. Маслач та С. Джексон є те, що три виокремлені компоненти не обов'язково розвиваються синхронно чи в єдиній послідовності: авторки емпірично показали, що кореляції між субшкалами емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень є відносно помірними, а не високими, що свідчить про відносну незалежність цих компонентів один від одного [6]. Це має практичне значення для діагностики вигорання медичного психолога: фахівець може демонструвати виражене емоційне виснаження за відсутності суттєвої деперсоналізації (наприклад, на ранніх етапах вигорання, коли емпатійний контакт із пацієнтами ще зберігається, попри суб'єктивне відчуття виснаження), або, навпаки, розвинену деперсоналізацію як відносно раннє, захисне реагування на потенційне виснаження. Відповідно, оцінювання ризику вигорання медичного психолога, що спирається лише на один із трьох компонентів (наприклад, лише на суб'єктивну втому), ризикує залишити поза увагою ранні прояви деперсоналізації, які можуть розвиватися ще до вираженого суб'єктивного виснаження, але вже негативно позначатися на якості контакту з пацієнтом.

Розширене розуміння вигорання. К. Маслач, В. Шауфелі та М. Лейтер здійснили принципове розширення початкової моделі, показавши, що вигорання є універсальним психологічним феноменом, застосовним до будь-якої професійної діяльності, а не виключно до допомагаючих професій, для яких воно спочатку описувалося [7]. Автори уточнили визначення вигорання як пролонгованої відповіді на хронічні емоційні та міжособистісні стресори роботи, підкресливши, що це не одноразова реакція на гострий стрес, а результат тривалого, кумулятивного процесу. Важливим теоретичним внеском цієї роботи є також наголос на соціальному контексті вигорання: на відміну від суто індивідуально-психологічного розуміння, автори підкреслюють, що вигорання відображає невідповідність між особистістю і організаційним контекстом її діяльності за такими вимірами, як робоче

навантаження, контроль, винагорода, спільнота, справедливість і цінності. Це розширене розуміння є принципово важливим для аналізу вигорання медичного психолога, оскільки дає змогу розглядати його не лише як наслідок індивідуальної емоційної вразливості фахівця, а як системний результат невідповідності між вимогами професійної діяльності та організаційними умовами конкретного закладу охорони здоров'я.

Модель робочих вимог і ресурсів. Теоретично найбільш операціоналізованою моделлю, придатною для аналізу конкретних організаційних чинників вигорання, є модель робочих вимог і ресурсів В. Шауфелі та А. Баккера [8]. Автори розрізняють дві категорії чинників професійної діяльності: робочі вимоги (аспекти роботи, що потребують стійких фізичних, психологічних, соціальних чи організаційних зусиль, наприклад, високе навантаження кількістю пацієнтів, часовий тиск, емоційно складні контакти) та робочі ресурси (аспекти роботи, що допомагають досягати цілей, знижують вимоги або стимулюють особистісний розвиток, наприклад, підтримка колег, автономія в прийнятті рішень, зворотний зв'язок про результати роботи, можливості професійного розвитку). Згідно з цією моделлю, вигорання розвивається переважно тоді, коли робочі вимоги хронічно перевищують наявні робочі ресурси, тоді як залучення в роботу (протилежний вигоранню стан) визначається передусім наявністю ресурсів. Стосовно медичного психолога ця модель дає змогу системно проаналізувати конкретні джерела вигорання: високі вимоги (емоційно складні контакти з пацієнтами психіатричного й наркологічного профілю, необхідність приймати рішення в умовах невизначеності, документаційне навантаження) можуть бути частково компенсовані відповідними ресурсами (супервізією, інтервізійними групами, підтримкою мультидисциплінарної команди, чіткими організаційними процедурами), відсутність яких, навпаки, суттєво підвищує ризик вигорання навіть за помірного рівня об'єктивного навантаження.

Дефіцит взаємності у стосунках із пацієнтом. Важливе емпіричне уточнення моделі робочих вимог і ресурсів для медичної сфери надало лонгітюдне дослідження А. Баккера зі співавторами на вибірці лікарів загальної практики [2]. Автори встановили, що самостійним, відносно незалежним від об'єктивного навантаження чинником вигорання є дефіцит взаємності у стосунках із пацієнтом: коли пацієнт постійно вимагає значних емоційних і часових ресурсів фахівця, не даючи натомість очікуваної позитивної віддачі (вдячності, дотримання рекомендацій, видимого поліпшення стану), це поступово виснажує емоційні ресурси фахівця незалежно від абсолютної кількості

робочих годин чи пацієнтів. Ця закономірність є прямо застосовною до діяльності медичного психолога, який працює з пацієнтами психіатричного й наркологічного профілю: хронічний перебіг багатьох психічних розладів, часті рецидиви, амбівалентне ставлення пацієнта до лікування (особливо характерне для адиктивної поведінки) створюють структурні умови для хронічного дефіциту взаємності, що є самостійним, додатковим до загального навантаження чинником ризику вигорання.

Співчутлива втома як суміжний, але самостійний конструкт. Принципове значення для розуміння специфіки вигорання саме медичного психолога, який працює з психологічно травмованими пацієнтами, має розмежування вигорання і співчутливої втоми, запропоноване Ч. Фіглі [4]. Автор визначає співчутливу втому як природний, закономірний наслідок емпатійної залученості фахівця в роботу з травмованими чи стражденними клієнтами: слухаючи розповіді про страх, біль і страждання, фахівець може сам відчувати подібні емоційні стани внаслідок емпатійного резонансу, а не лише внаслідок організаційного перевантаження. На відміну від вигорання, яке розвивається поступово, кумулятивно, унаслідок хронічного організаційного стресу, співчутлива втома може виникнути відносно раптово, унаслідок інтенсивного контакту з конкретним випадком тяжкої травми, і за своєю феноменологією нагадує вторинну травматизацію, а не класичне організаційне вигорання. Для медичного психолога, який регулярно працює з пацієнтами, що мають досвід тяжкої психічної травми (зокрема, пов'язаної з війною, про що йшлося в попередніх дослідженнях цієї проблематики), обидва процеси – організаційне вигорання за моделлю робочих вимог і ресурсів та співчутлива втома як наслідок емпатійної залученості – можуть діяти одночасно, взаємно посилюючи одне одного, що потребує розрізнення цих двох конструктів під час діагностики професійних труднощів фахівця та планування профілактичних заходів.

Ресурсна перспектива й теорія збереження ресурсів. Розглянуті вище моделі логічно узгоджуються з теорією збереження ресурсів С. Хобфолла, згідно з якою психологічний стрес виникає внаслідок реальної чи потенційної втрати цінних для особистості ресурсів, а не абстрактної загрози [5]. Застосована до проблематики вигорання, ця теорія пояснює, чому вигорання має самопідтримуваний, прогресуючий характер: витрачені на роботу з емоційно складними пацієнтами особистісні ресурси (енергія, емоційна стійкість, відчуття компетентності) не встигають відновлюватися за умови хронічного дефіциту організаційних ресурсів, що запускає прогресуючу «спіраль

втрат», аналогічну розглянутій в інших дослідженнях цієї проблематики стосовно травматичного стресу. Це методологічно узгоджує аналіз вигорання медичного психолога із загальною ресурсною парадигмою, що об'єднує різні напрями сучасної психології стресу.

Специфіка вигорання медичного психолога: синтез. Узагальнюючи розглянуті моделі, можна виокремити специфічну структуру чинників вигорання, притаманну саме діяльності медичного психолога. По-перше, це подвійне емоційне навантаження: на відміну від суто психологічного консультування, медичний психолог працює в контексті психіатричної й наркологічної патології, що поєднує психологічну складність контакту з об'єктивною тяжкістю клінічної картини пацієнтів. По-друге, це специфічний дефіцит взаємності, зумовлений хронічним перебігом і частими рецидивами розладів, із якими працює медичний психолог, що структурно відрізняється від, наприклад, консультування клієнтів із ситуативними життєвими труднощами. По-третє, це організаційна вбудованість у медичну систему, яка одночасно є джерелом додаткових вимог (документація, взаємодія з мультидисциплінарною командою, підпорядкування медичному, а не суто психологічному регламенту роботи) і потенційним джерелом ресурсів (підтримка колег-лікарів, інституційна супервізія), залежно від конкретної організаційної культури закладу. По-четверте, це ризик співчутливої втоми внаслідок роботи з психологічно травмованими пацієнтами, який є самостійним, відмінним від класичного організаційного вигорання процесом.

Практичні рекомендації для профілактики вигорання. Розглянута теоретична модель робочих вимог і ресурсів безпосередньо визначає логіку профілактичних заходів: оскільки вигорання розвивається внаслідок дисбалансу між вимогами й ресурсами, профілактика має бути спрямована як на зниження надлишкових вимог, так і на нарощування доступних ресурсів, а не лише на індивідуальну психогігієну фахівця. На організаційному рівні це означає впровадження регулярної супервізії та інтервізійних груп, що дають змогу медичному психологу отримувати професійну й емоційну підтримку колег і структуровано опрацьовувати складні клінічні випадки, розподіл навантаження з урахуванням клінічної тяжкості випадків (а не лише формальної кількості пацієнтів), а також чітке розмежування зон відповідальності в мультидисциплінарній команді, що знижує невизначеність як самостійне джерело стресу. На індивідуальному рівні, з огляду на розмежування вигорання й співчутливої втоми, обґрунтованим є впровадження окремих практик, спрямованих специфічно на профілактику вторинної травматизації

(структуроване дебрифінгування після емоційно важких клінічних випадків, обмеження одночасного навантаження травматичними випадками), на відміну від загальних заходів проти організаційного вигорання (управління робочим навантаженням, чіткість посадових обов'язків). Розрізнення цих двох напрямів профілактики, що випливає безпосередньо з теоретичного розмежування вигорання і співчутливої втоми, є істотно важливим практичним висновком цієї статті, оскільки уніфікований підхід до профілактики, який не враховує цю відмінність, ризикує залишити поза увагою специфічні наслідки саме емпатійної залученості медичного психолога в роботу з травмованими пацієнтами.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Проведений теоретичний аналіз засвідчує, що розуміння професійного вигорання еволюціонувало від початкового клінічного опису Г. Фройденбергера через тривимірну структурну модель К. Маслач і С. Джексон (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень) до розширеного, узагальненого розуміння вигорання як універсального організаційно-психологічного феномену (К. Маслач, В. Шауфелі, М. Лейтер) та операціоналізованої моделі робочих вимог і ресурсів (В. Шауфелі, А. Баккер), яка дає змогу системно аналізувати конкретні організаційні чинники вигорання. Емпіричні дані А. Баккера зі співавторами щодо дефіциту взаємності у стосунках із пацієнтом та концепція співчутливої втоми Ч. Фіглі доповнюють цю картину виміром, специфічним саме для медичних і допомагаючих професій, які передбачають тривалий контакт із хронічно чи тяжко хворими пацієнтами. Специфіка вигорання медичного психолога визначається поєднанням подвійного емоційного навантаження (психологічна складність контакту, помножена на тяжкість психіатричної й наркологічної патології), структурного дефіциту взаємності, зумовленого хронічним перебігом розладів, організаційної вбудованості в медичну систему та ризику співчутливої втоми внаслідок роботи з травмованими пацієнтами.

Перспективним напрямом подальших досліджень є розроблення й емпірична валідизація моделі профілактики вигорання, специфічно адаптованої до умов діяльності медичного психолога в закладах психіатричного й наркологічного профілю, з урахуванням розглянутих у цій статті теоретичних моделей.

Література

1. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. (ред.) Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій : ґендерні аспекти. 2-ге вид., переробл. та доповн. Київ : Міленіум, 2006.

2. Bakker A. B., Schaufeli W. B., Sixma H. J., Bosveld W., Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*. 2000. Vol. 21, № 4. P. 425-441.

3. Figley C. R. (Ed.). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York : Brunner/Mazel, 1995.

4. Freudenberger H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30, № 1. P. 159-165.

5. Hobfoll S. E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, № 3. P. 513-524.

6. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981. Vol. 2, № 2. P. 99-113.

7. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397-422.

8. Schaufeli W. B., Bakker A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004. Vol. 25, № 3. P. 293-315.

References

1. Maksymenko S. D., Karamushka L. M., & Zaichykova T. V. (Eds.). (2006). Syndrom «profesiinoho vyhorannia» ta profesiina kariera pratsivnykiv osvitnikh orhanizatsii: genderni aspekty [The «professional burnout» syndrome and the professional career of educational organization employees: Gender aspects] (2nd ed.). Milenium.

2. Bakker A. B., Schaufeli W. B., Sixma H. J., Bosveld W., & Van Dierendonck D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. Journal of Organizational Behavior, 21 (4), 425-441.

3. Figley C. R. (Ed.). (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner / Mazel.

4. Freudenberger H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30 (1), 159-165.

5. Hobfoll S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44 (3), 513-524.

6. Maslach C., & Jackson S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior, 2 (2), 99-113.

7. Maslach C., Schaufeli W. B., & Leiter M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-422.

8. Schaufeli W. B., & Bakker A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. Journal of Organizational Behavior, 25 (3), 293-315.