

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Астрон Дар'я Володимирівна

УДК 159.9

Кваліфікаційна робота

Депресивні стани як чинники професійної та соціальної дезадаптації
психологів

053 «Психологія»

«Психологія»

Вказати назву освітньої програми

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ Д.В. Астрон

Науковий керівник (консультант) **Никоненко Олена Вікторівна,**
кандидат психологічних наук, доцент

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ.....	6
1.1. Феноменологія дослідження депресивних станів у психологічній науці.....	6
1.2. Підходи до чинників виникнення професійної та соціальної дезадаптації	15
1.3. Дослідження причин виникнення дезадаптації у психологів..	25
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ	35
2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження психологів.....	35
2.2. Аналіз та узагальнення результатів емпіричного дослідження депресивних станів як чинника професійної та соціальної дезадаптації психологів.....	41
Висновки до розділу 2.....	55
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАПОБІГАННЯ ВИНИКНЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПСИХОЛОГІВ.....	58
3.1. Психологічна програма щодо профілактики професійної та соціальної дезадаптації психологів.....	58
3.2. Практичні рекомендації щодо запобігання виникнення депресивних станів у психологів	68
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Професія психолога передбачає глибоке емоційне занурення в проблеми інших людей, що потребує значних психоемоційних зусиль та високого рівня особистісної стійкості. Однак, робота з емоційно напруженими випадками та постійне перебування в ситуаціях підвищеного стресу можуть призводити до накопичення негативних емоцій та розвитку депресивних станів у самих психологів. Депресія, особливо серед спеціалістів у сфері психічного здоров'я, може суттєво впливати на професійну діяльність та соціальні стосунки, викликаючи явища професійної та соціальної дезадаптації. Ці стани часто залишаються поза увагою, оскільки психологи не завжди готові відкрито визнавати власні психологічні проблеми через очікування суспільства, що вони самі мають бути стійкими до стресів та мати високу стресостійкість.

Щодо професійної дезадаптації, то її можуть викликати емоційні стани різної інтенсивності, фізіологічний дискомфорт, порушення в психосоматичній системі, зміни в чуттєвості аналізаторів і фізіологічні зміни, які впливають на периферійні та центральні ланки аналізаторів. Професійна дезадаптованість призводить до неадекватної, погано контрольованої поведінки у професійних ситуаціях, конфліктних стосунків, проблем у професійній діяльності та розв'язанні професійних завдань.

Актуальність дослідження полягає в тому, що депресивні стани у психологів не лише погіршують їхнє особисте благополуччя, а й впливають на якість їхньої професійної допомоги.

Теоретичним та практичним вивченням проблеми депресивних станів у професійній діяльності займалися такі науковці, як М. Селігман, Ц. Маслаг, М. Лейтер, Р. Білоус, Л. Борисенко, Н. Долішня, В. Заїка, Д. Зубцов, Б. Неморофф та інші. Вивченням та дослідженням проблеми дезадаптації займалися такі вчені, як В. Схауфелі, А. Беккер, А. Бек, О. Амплєєва, С. Бондаренко, Ф. Гоноболін, Т. Захарова, О. Карпенко та інші.

Об'єкт дослідження – депресивні стани у психологів.

Предмет дослідження – депресивні стани як чинники професійної та соціальної дезадаптації.

Мета роботи – теоретично вивчити, емпірично дослідити депресивні стани як чинники професійної та соціальної дезадаптації.

Завдання дослідження:

1. Розглянути феноменологію дослідження депресивних станів в психологічній науці.
2. Проаналізувати підходи до чинників виникнення професійної та соціальної дезадаптації.
3. Дослідити причини виникнення дезадаптації у психологів.
4. Провести емпіричне дослідження депресивних станів як чинника професійної та соціальної дезадаптації психологів.
5. Розробити психологічну програму щодо профілактики професійної та соціальної дезадаптації психологів: робота з депресивними станами.

Методи дослідження. Для досягнення мети та реалізації завдань було використано комплекс методів, а саме:

- теоретичні: аналіз наукової літератури з депресії та професійної дезадаптації психологів, систематизація теоретичних підходів, класифікація, структурування;
- емпіричні: метод анкетування, опитувальник депресивних станів (ОДС) Беспалька, шкала депресії Бека, методика дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонд, нова методика психосоціальної дезадаптації (А. М. Скрипніков).
- статистичні: кореляційний аналіз Пірсона.

База дослідження. Дослідження проводилось у вересні-жовтні 2024 року. Вибірку емпіричного дослідження склали 70 психологів віком від 25 до 60 років, що працюють у різних галузях психологічної практики.

Наукова новизна одержаних результатів, полягає в тому, що:
вперше:

- програму профілактики професійної та соціальної дезадаптації психологів у взаємозв'язку з психологічною роботою з їх депресивними станами;

удосконалено:

- техніку застосування методик для індивідуальної консультаційної роботи з психологами, що сприяє покращенню їх емоційної стійкості та адаптаційних навичок;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення про вплив депресивних станів на професійну та соціальну дезадаптацію психологів та способи їх профілактики.

Практичне значення дослідження полягає в розробці психологічної програми, яка має на меті профілактику професійної та соціальної дезадаптації психологів. Результати роботи також можуть бути використані в практиці при роботі з депресивними станами психологів-консультантів, сімейних психологів і психотерапевтів для зниження рівня депресивності серед фахівців та покращення їхньої соціальної адаптації та професійної ефективності.

Апробація результатів дослідження:

Було опубліковано тези на V міжнародній конференції Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку, Дар'я Володимирівна Астрон, Олена Вікторівна Никоненко. Арт-терапія як метод подолання проблеми професійної та соціальної дезадаптації внутрішньо-переміщених осіб під час війни [Електронне видання] : тези доп. V Міжнар. конф. (Київ, 7 грудня 2023 р.). К.: Університет "КРОК", 2023. <https://conf.krok.edu.ua>

Структура та обсяг дослідження. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (82 найменування) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 115 сторінок, основний обсяг – 73 сторінки. Робота містить 10 таблиць, 4 рисунки, 5 додатків (на 26 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ

1.1. Феноменологія дослідження депресивних станів у психологічній науці

Депресивні стани є однією з найпоширеніших психологічних проблем сучасності, з якою стикаються люди різного віку, соціального статусу і культурного походження. Згідно зі статистикою, рівень депресії неухильно зростає, що створює серйозний тягар не лише для окремих людей, а й для суспільства в цілому. У зв'язку з цим дослідження депресивних станів набуває великого значення у психологічній науці, сприяючи розробці ефективних методів діагностики, профілактики та терапії.

Теоретичним та практичним вивченням проблеми депресивних станів у професійній діяльності займалися такі науковці, як М. Селігман, Ц. Маслаг, М. Лейтер, Р. Білоус, Л. Борисенко, Н. Долішня, В. Заїка, Д. Зубцов, Б. Неморофф та інші.

Р. Білоус зазначає, що феноменологічний підхід до дослідження депресії надає змогу зосередитися на суб'єктивному досвіді людини, відчутті себе, своїх емоцій, мислення і поведінки у стані депресії. Це дає можливість зрозуміти не лише загальні риси депресивних станів, а й унікальний досвід кожної окремої особистості. Відмінною рисою феноменології є акцент на переживаннях і емоційних станах людини, що сприяє глибшому усвідомленню складності та багатовимірності депресії [2, с. 42].

Феноменологія депресивних станів є міждисциплінарною сферою, що охоплює різні підходи – від психоаналітичного, когнітивно-поведінкового до екзистенційного та гуманістичного. Це дозволяє інтегрувати теоретичні знання і практичний досвід для розуміння депресивних станів як феномену, що має як загальні закономірності, так і індивідуальні особливості.

Для того, щоб зрозуміти причини виникнення депресивного стану, необхідно проаналізувати саме поняття «депресії». Як зазначає В. Заїка, депресія – це серйозне захворювання, яке впливає не тільки на психічне здоров'я, але й на фізичний стан людини, змінюючи спосіб життя, настрої, апетит, сон та здатність оцінювати ситуацію. Це не просто тимчасова зміна настрою чи звичайний смуток, а стійкий стан, який неможливо подолати зусиллям волі або «зібравшись». Депресія вимагає фахового лікування та підтримки, оскільки відмовитися від неї самостійно складно [17, с. 79].

Це хвороба, яка може тривати тижнями, місяцями, а без належного лікування – навіть роками. Депресія має специфічні ознаки та симптоми, які можуть варіюватися за віком і формами прояву. Серед загальних симптомів автор виділяє [17, с. 80]:

- 1) постійне відчуття суму, тривоги або пустоти;
- 2) втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення, включаючи інтимне життя;
- 3) відчуття втоми, зниження енергії, сповільненість рухів;
- 4) зміна апетиту (зниження ваги або її набір);
- 5) проблеми зі сном: безсоння, раннє пробудження або, навпаки, надмірний сон;
- 6) втрата виразності емоцій (сплощений афект);
- 7) відчуття безнадії, заниженої самооцінки, провини або нікчемності;
- 8) відстороненість від соціального життя;
- 9) труднощі з концентрацією уваги, прийняттям рішень, погіршення пам'яті;
- 10) підвищена дратівливість або постійне занепокоєння;
- 11) тривалі фізичні симптоми, які не піддаються лікуванню, як-от головний біль, порушення травлення чи хронічний біль;
- 12) думки про смерть, самогубство, спроби самопошкодження.

Ці симптоми можуть супроводжуватися тривогою і впливають на якість життя людини в сімейному колі, соціальних відносинах та на роботі. У дітей, підлітків та літніх людей депресія може проявлятися специфічними ознаками: діти часто стають замкненими, молодь – дратівливою, а літні люди – відстороненими чи апатичними.

Д. Зубцов зазначає, що депресія, будучи психічним захворюванням, також має значний фізіологічний компонент, і часто проявляється через фізичні симптоми, такі як зниження апетиту, головні болі, біль у серці або шлунку. Типові фізичні симптоми депресії включають [19, с. 77]:

- 1) зниження або повну втрату апетиту і ваги;
- 2) зниження статевого потягу;
- 3) часті головні болі та запаморочення;
- 4) проблеми з серцево-судинною системою;
- 5) утруднене дихання;
- 6) біль у спині або суглобах;
- 7) порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, біль у животі.

Ці симптоми часто мають виражений характер, і зазвичай сімейні лікарі можуть не одразу визначити їх як прояви депресії. Це може ускладнювати процес встановлення діагнозу, адже близько двох третин пацієнтів спочатку скаржаться саме на фізичні прояви, не підозрюючи про психічне походження своїх проблем. Депресивні стани можна класифікувати за типом та інтенсивністю симптомів. Основні форми депресії включають:

- 1) сезонна депресія з'являється в певні місяці, найчастіше восени та взимку.
- 2) післяпологова депресія виникає у молодих мам у перші тижні після пологів внаслідок гормональних змін та почуття високої відповідальності.
- 3) біполярна депресія характеризується перепадами настрою від ейфорії до відчаю.

- 4) психотична депресія супроводжується розривом із реальністю, мареннями чи галюцинаціями.
- 5) невротична депресія властива людям із низькою самооцінкою, зазвичай починається на тлі відчуття несправедливості.
- 6) атипова депресія виражається в зростанні ваги, посиленому апетиті та сонливості.
- 7) дистимія хронічний стан пригніченості, низької самооцінки та постійного відчуття втоми.

Всі ці форми потребують своєчасної підтримки та лікування. Депресію важливо розпізнати на ранній стадії, щоб уникнути серйозних наслідків для фізичного та психічного здоров'я людини.

М. Орос та А. Сіткар також зазначає, що для поведінки в стані депресії характерні такі риси, як уповільненість рухів, загальмованість психічної діяльності, підвищена чутливість та швидке виснаження. Усе це призводить до значного зниження ефективності в роботі та інших сферах життя. У важких і тривалих формах депресії можливі спроби суїциду. Депресія є поєднанням емоційних і когнітивно-афективних структур, що включають страх, почуття провини та гнів. Існує безліч видів депресивних розладів [44, с. 52].

Так, В. Заїка виділяє основні типи: соціокультурний, когнітивний, психоаналітичний та біхевіористський. Чіткий зв'язок між соціокультурними факторами та її поширеністю. Наприклад, депресія зустрічається рідше в таких країнах, як Африка та Ірландія, порівняно з Англією. Однак слід враховувати, що деякі соціокультурні чинники, такі як сімейне оточення та етнічна належність, важко відокремити від генетичних факторів [16, с. 8].

Сім'ї людей із маніакально-депресивним психозом, як правило, характеризуються низьким соціальним статусом, постійним відчуттям незадоволеності та прагненням до високого становища у суспільстві. Дослідження показують, що депресивні діти сприймають своїх батьків

інакше, ніж їхні однолітки, що призводить до певних відмінностей у відносинах між дітьми та батьками в таких сім'ях.

Ц. Маслах зазначає, що когнітивна теорія депресії стверджує, що особливості мислення, які формують когнітивну структуру особистості, є визначальними для її емоцій, настрою та поведінки. Депресивна людина сприймає себе як недостойну та неповноцінну, позбавлену права на щось краще. Ця негативна самооцінка підштовхує до бачення свого майбутнього лише в похмурих тонах. Більшість депресивних симптомів, таких як втрата волі, суїцидальні нахили та знецінення себе, є наслідками певних когнітивних чинників, зокрема негативного сприйняття себе та свого майбутнього [77, с. 105].

Когнітивна організація (схема) людини впливає на те, як вона інтерпретує події та ідеї. У депресивної людини когнітивні процеси не дозволяють їй належним чином реагувати на речі, які мають для неї найважливіше значення. Згідно з теорією наuczіння, усі ситуації, які провокують депресію, мають спільну характеристику: в них здається неможливим контролювати значущі події. Людина прагне передбачити та контролювати навколишнє середовище, а втрата цієї можливості може призвести до депресивних станів. Накопичення негативного досвіду веде до почуттів безпорадності, які супроводжують депресію [77, с. 110].

Відповідно до спонукальної теорії депресії Клінгера, розвиток депресії проходить через три етапи. Спершу індивід відповідає на втрату об'єкта спробами повернути його та активними емоційними реакціями. На другому етапі, якщо ці зусилля не дали результату, з'являється гнів та агресія, спрямовані на втрачений об'єкт. У третій фазі, коли активність на попередніх етапах не дала результатів, людина стає пасивною, уникає будь-яких дій та відчуває безпорадність, що врешті й призводить до депресії [13, с. 78].

Отже, депресивні особистості часто характеризуються зниженням активності, втратою мотивації та бажання долати труднощі. Їм притаманна виражена схильність до уникнення, пасивної поведінки та втечі від проблем,

що особливо проявляється в стані фрустрації, коли виникають складнощі та перешкоди.

М. Орос, провівши порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових та хворих людей, зробив висновок, що рівень депресивних розладів у світі набув такої значущості, що в ряді країн піднімають питання про «епідемію депресії». За останніми даними, приблизно 15–20% населення планети зазнали депресії в тій чи іншій формі, що відповідає близько 121 мільйону осіб, які одночасно стикаються з симптомами цього захворювання. Згідно з цими ж даними, депресивні стани найчастіше виявляються у людей віком від 20 до 59 років, причому найбільше випадків зафіксовано серед молодих людей від 20 до 39 років [44, с. 51].

Україна також стикається зі зростанням кількості випадків депресії. За інформацією МОЗ України, понад 70% психічних захворювань становлять розлади непсихотичного характеру, серед яких домінують саме депресивні розлади. Форми прояву депресії можуть суттєво відрізнятися, але незалежно від типу чи інтенсивності всі вони мають негативні наслідки як для психічного, так і для фізичного здоров'я. Протягом останнього десятиліття спостерігається зростання кількості людей, що страждають на депресію, що підвищує актуальність своєчасного виявлення симптомів цього захворювання в різних вікових групах [44, с. 52].

Як зазначає А. Скрипніков, депресивні стани класифікуються на декілька груп залежно від причин і рівня їх прояву. Сучасна наука виділяє три основні види депресії: психогенні, ендогенні та соматогенні. Психогенні депресії виникають внаслідок психологічних або стресових подій, таких як втрата близької людини, важкі міжособистісні конфлікти або значні життєві зміни, що призводять до емоційного виснаження. Ендогенні депресії розвиваються внаслідок внутрішніх, біологічних причин і часто супроводжують такі психічні захворювання, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз, або з'являються в старшому віці у вигляді інволюційної меланхолії. Соматогенні депресивні розлади виникають унаслідок певних

фізичних хвороб, наприклад, серцево-судинних захворювань, хронічних інфекцій, ендокринних порушень або онкологічних захворювань, що впливають на загальний психічний стан людини [55, с. 204].

Як вказують вчені, однією з причин виникнення депресивного стану та розладу є переживання травмуючих подій і наслідки психотравматичного впливу у людей, особливо в умовах війни в країні [3; 8; 36].

Як зазначає Д. Зубцов, депресивні стани є складною комбінацією емоцій, спогадів, уявлень та думок, що проявляється у стійкому пригніченому настрої та втраті інтересу до діяльності, яка зазвичай приносить задоволення. Це також супроводжується нездатністю виконувати звичні щоденні справи протягом щонайменше двох тижнів. Депресія часто включає різні комбінації гніву, відрази та презирства, спрямованих як на себе, так і на інших, а також почуття страху, провини та сорому. Додатково враховуються інші афективні фактори, зокрема зниження зацікавленості в навколишньому середовищі, підвищена втомлюваність та погіршення фізичного самопочуття [19, с. 80].

Депресивні стани часто мають не лише емоційні, але й соматичні симптоми, що вказують на серйозні порушення в роботі організму. У людей, які опинилися в умовах війни, на окупованих територіях, серед внутрішньо переміщених осіб або навіть у відносно безпечних місцях, депресія може мати особливі характеристики, оскільки вона часто пов'язана з переживанням тяжких психологічних та фізичних стресів.

Основні причини депресії в таких умовах можуть включати втрату впевненості в майбутньому, постійне відчуття небезпеки, страх перед ворожими нападами, а також можливістю втрати близьких людей під час ракетних ударів, обстрілів чи інших форм насильства. Втрата нормального життєвого ритму, руйнування домівок і соціальних зв'язків часто призводять до почуття безсилля та ізоляції.

Відчуття безпорадності, відсутність контролю над ситуацією, а також постійна тривога за долю рідних і країни можуть поглиблювати депресивні

стани. Люди, які пережили травматичні події, часто відчують сильний емоційний виснаження, що призводить до соматичних проявів — головних болів, безсоння, проблем з апетитом, серцево-судинних порушень, болів у шлунку. Це також може впливати на загальний стан здоров'я, знижуючи фізичну активність і погіршуючи якість життя [10, с. 198].

В умовах постійного стресу виникає ризик розвитку хронічних психічних і фізичних розладів. Тривожні розлади, панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад часто супроводжують депресію в таких ситуаціях. Всі ці фактори можуть призвести до погіршення психоемоційного стану та розвитку більш серйозних психічних розладів.

Залучення підтримки з боку психологів, психотерапевтів та волонтерських організацій стає критично важливим для допомоги людям, які переживають такі важкі умови. Психологічна підтримка, надання соціальних і матеріальних ресурсів, а також допомога в адаптації до нових умов життя можуть бути важливими аспектами у лікуванні депресії та подоланні її негативних наслідків.

Як зазначають М. Орос та А. Сіткар, депресивні стани розвиваються на тлі депресії та характеризуються низкою специфічних ознак, серед яких [44, с. 51]:

- 1) пригнічений настрій або роздратованість;
- 2) втома чи відчуття виснаження;
- 3) тривога та відчуття страху;
- 4) помітне зниження інтересу до життя або незадоволеність ним;
- 5) значне зниження або збільшення маси тіла, не пов'язане зі змінами в дієті;
- 6) безсоння або надмірна сонливість;
- 7) почуття нікчемності, надмірна чи невиправдана провина;
- 8) знижена здатність мислити, зосереджуватися, нерішучість та загальмованість.

Депресії часто супроводжуються розвитком депресивного стану, основна причина якого зазвичай пов'язана з психотравмуючою ситуацією. У таких випадках люди схильні звинувачувати збіг обставин або власну долю, надмірно драматизуючи події та зосереджуючись на своєму поганому самопочутті. Згодом, однак, емоційні розлади посилюються, і депресія набуває все більш виразних ендогенних ознак, включаючи фізичні прояви, що відчуються як «душевний біль», та елементи моторної загальмованості.

Пацієнти відзначають втрату легкості рухів, труднощі в концентрації та розрахунках, що інколи пояснюється забудькуватістю. З часом тема психотравмуючих переживань втрачає актуальність, поступаючись місцем депресивним думкам самозвинувачення, а також типовим для ендогенної депресії щоденним змінам настрою, з поліпшенням у вечірні години, і соматовегетативним проявам. Ендореактивна депресія триває довше, ніж реактивна, і в середньому може тривати близько шести місяців [48, с. 28].

Депресивні стани можуть бути особливо небезпечними через їхню тривалість та прихованість, яка часто залишається непоміченою і самим постраждалим, і його оточенням. Таке ігнорування може призводити до серйозних наслідків, зокрема до розвитку глибоких психічних розладів, аж до самогубства. Депресія зазвичай виникає внаслідок різного роду втрат – не лише фізичних, але й психологічних, таких як втрата самоповаги, впевненості в собі та почуття власної гідності. Вона представляє собою складний комплекс базових емоцій, серед яких домінує горе, а також поєднуються гнів, відраза, презирство (ворожі почуття до себе та інших), страх, почуття провини та сорому [8, с. 119].

Б. Немерофф зазначає, що депресивні стани визначаються як специфічний психічний стан, що виникає на фоні депресивного розладу і характеризується комплексом симптомів. Основні ознаки включають афективні порушення (пригнічений, знижений настрій або підвищену дратівливість), виражену втому, знесиленість, брак енергії та мотивації, тривожно-фобічні переживання і страхи. Спостерігається анхедонія –

помітне зниження інтересу до життєвих подій і втрата задоволення від звичних видів діяльності. Депресивні стани часто супроводжуються соматовегетативними розладами, зокрема змінами маси тіла, не пов'язаними з дієтою, порушенням сну (безсоння або надмірна сонливість) та когнітивними розладами (відчуття власної нікчемності, ідеї самозвинувачення, надмірні почуття провини). Також присутня психічна загальмованість, що проявляється у порушенні концентрації уваги та труднощах у прийнятті рішень [41, с. 35].

Науковці характеризують ступені розвитку депресії за різними підходами. За діагностичною методикою В. Жмурова виділяють такі рівні: мінімальний, легкий, помірний, виражений або глибокий депресивний стан. Шкала оцінки депресії А. Бека класифікує ступені як легкий, середній та високий рівні. Методика диференціальної діагностики, розроблена В. Зунгом та адаптована Т. Балашовою, базується на оцінці загального стану особистості та настрою, що дозволяє розрізнити низький рівень депресивного стану, субдепресію, депресію та високий рівень її вираженості [19, с. 78].

Таким чином, депресивні стани мають складну структуру та поліморфні клінічні прояви, що впливають на афективну, мотиваційну, вегетативну та когнітивну сфери особистості. Інтенсивність і характер симптомів можуть змінюватися залежно від форми та важкості депресивного розладу.

1.2. Підходи до чинників виникнення професійної та соціальної дезадаптації

У психології та психіатрії описана велика кількість клінічно різноманітних станів, що виникають у відповідь на відносно незначні психотравмуючі події. Ці стани можуть призводити до легких порушень соціального функціонування та викликати значний емоційний дискомфорт. На ранніх етапах наукових досліджень їх вважали захисними механізмами психіки, які сприяють активній боротьбі зі стресовими переживаннями. У

різні періоди для їх опису використовували такі терміни, як «синдром психоемоційного напруження», «преморбідні форми емоційного напруження», «донозологічні стани» та «непатологічні невротичні прояви».

Н. Пов'якель пише, що адаптаційна активність людини залежить від узгодженої роботи численних підсистем, де порушення навіть одного з елементів може вплинути на стабільність всієї функціональної системи. У разі зсуву цього балансу організм активує компенсаторні й захисні механізми, щоб відновити рівновагу. Однак, якщо кількість перешкод для адаптаційної системи перевищує критичний поріг, це призводить до дисфункції та неадаптованості. Під неадаптованістю розуміють невідповідність між запланованими цілями та досягнутими результатами діяльності, тобто неспроможність людини ефективно адаптуватися до умов певної діяльності. Адаптаційний потенціал може варіюватися, і якщо його рівень падає нижче певної межі, це є ознакою дезадаптації [50, с. 113].

Оскільки адаптація людини охоплює дві тісно пов'язані сфери – адаптацію до соціуму та його вимог, а також до власного внутрішнього світу, дезадаптація може проявлятися як у відторгненні соціальних норм, так і в самоізоляції та внутрішньому конфлікті, що можна назвати «боротьбою з собою» [69, с. 39].

Згідно з гуманістичною психологією, адаптація особистості є багатограним процесом, що включає не лише ефективну взаємодію з оточенням, але й глибоке самопізнання та гармонію внутрішнього світу. Це поняття виходить за межі звичайного пристосування до соціальних чи фізичних умов і охоплює розвиток особистості в усіх її аспектах.

Важливою складовою адаптації є усвідомлення власних характеристик, сильних сторін і обмежень. Це дозволяє людині глибше розуміти себе, визначати особистісні цілі та орієнтири. Прийняття чи коригування власних недоліків є ключовим моментом у досягненні внутрішньої гармонії, адже лише через прийняття себе можна рухатися до позитивних змін.

Самоповага, яка формується на основі внутрішньої роботи та реалістичного ставлення до себе, є фундаментом для здорової адаптації. Вона дозволяє особистості будувати стійкі стосунки з іншими людьми, зберігаючи при цьому відчуття власної цінності. Гуманістична психологія підкреслює, що здатність до особистого вибору і прийняття рішень є основою для відчуття відповідальності за власне життя. Це не лише спосіб взаємодії з зовнішнім світом, але й механізм для вирішення внутрішніх конфліктів.

Соціум і власне «Я» стають двома взаємодіючими сторонами для особистості. Майбутні цілі та очікування щодо себе формуються не лише під впливом зовнішнього середовища, а й із внутрішніх установок: у відповідь на власні очікування виникають вимоги до себе, будується план дій, знаходяться внутрішні ресурси для досягнення поставлених цілей. Особистість прагне відповідати власним очікуванням, підтримувати довіру до себе й формувати поведінкову лінію, що узгоджується з власними цінностями та сподіваннями [73, с. 500].

Процес дезадаптації розвивається за принципом «замкненого кола», в якому тригером часто є різка зміна життєвих обставин або стійка психотравмуюча ситуація, що призводить до порушення адаптаційних механізмів. Порушення адаптації ускладнює розв'язання конфліктів і стимулює розвиток психогенних розладів, які, у свою чергу, поглиблюють дезадаптацію [7, с. 172].

Професійна та соціальна дезадаптація є складними психосоціальними явищами, що можуть мати серйозні наслідки для особистості, її кар'єрного розвитку та соціальної інтеграції. Ці стани відображають порушення у здатності індивіда адаптуватися до вимог сучасного професійного середовища, а також соціальних норм і ролей, що супроводжують його повсякденне життя. Професійна дезадаптація виникає тоді, коли особа не може ефективно виконувати свої трудові функції через різноманітні психологічні, соціальні або організаційні труднощі, в той час як соціальна

дезадаптація стосується труднощів інтеграції індивіда у соціум, зокрема у міжособистісних стосунках або в межах соціальних груп.

Психологи поділяють професійну адаптацію на первинну та вторинну. Первинна адаптація стосується входження психолога-початківця в професійну діяльність, під час якого він закріплює й поглиблює набуті знання та навички.

На цьому етапі відбувається розвиток психологічної майстерності, освоєння вміння обирати найбільш відповідні методичні прийоми в залежності від обставин, прогнозувати результати своєї роботи, а також адаптація до специфічних умов праці. Вторинна адаптація охоплює всі подальші зміни у професійній діяльності психолога: вдосконалення та адаптація напрацьованих методів і прийомів відповідно до нових вимог або робочих умов. Цей етап важливий для підтримки високого рівня професійної компетентності та здатності швидко адаптуватися до нових викликів або завдань, що постають у ході кар'єри [50; 54; 64].

На думку О. Сафін, дезадаптація виникає в умовах дії одного або кількох стресових факторів, які можуть впливати періодично або постійно, мати поодинокий або багаторазовий характер. Важливу роль у розвитку дезадаптації відіграють соціальні характеристики середовища, де одночасно перебувають як люди з психічними розладами, так і ті, що відповідають загальноприйнятим нормам [54, с. 88].

Серед основних аспектів, що впливають на рівень дезадаптації, можна виділити: доступність допомоги, її відповідність індивідуальним потребам, можливість організувати життєві умови відповідно до психічних особливостей особистості та фінансовий стан. Наприклад, соціально незахищені люди частіше зазнають труднощів у психічній адаптації, що зумовлює більший рівень захворюваності серед малозабезпечених верств населення. Отже, соціальна нерівність є одним із ключових факторів ризику для дезадаптації в людей із психічними розладами.

Центральний психологічний конфлікт, що може провокувати дезадаптацію, може виникати в різних сферах: це можуть бути інформаційні проблеми, сімейні або економічні конфлікти, професійні труднощі. Окрім цих основних стресорів, адаптацію можуть ускладнювати й інші чинники: наприклад, перевтома, емоційне напруження, невдачі, неприємні випадки, які впливають на загальний психічний стан. Проте важливо розуміти, що інтенсивність стресу не завжди пов'язана з рівнем розладу. У кожній конкретній ситуації патогенність стресових факторів визначається не тільки об'єктивними характеристиками психотравмуючих обставин, а й суб'єктивним ставленням до них, яке має значний вплив на процес дезадаптації. Тому особистісні риси індивіда відіграють центральну роль у здатності ефективно адаптуватися до нової реальності, особливо якщо ці риси не дозволяють розробити адекватні форми поведінки для нових умов [56, с. 24].

Водночас можливий і компенсаторний механізм, коли дезадаптація в одній сфері компенсується за рахунок підвищення ефективності та акцентування уваги на інших аспектах життя. Така стратегія допомагає зменшити психологічну значущість нерозв'язаної проблеми і таким чином нівелює рівень стресу.

О. Амплєєва зазначає, що причини виникнення професійної та соціальної дезадаптації можуть бути різноманітними і залежати від безлічі факторів: від індивідуальних особливостей особистості, через організаційні проблеми на робочому місці до загальносоціальних та економічних умов. Відсутність належної підтримки, неадекватна мотивація, соціальна ізоляція, низький рівень соціальної інтеграції, відсутність кар'єрних перспектив - це лише деякі з чинників, що можуть призвести до дезадаптації. Одночасно важливу роль у виникненні цих явищ можуть відігравати такі фактори, як стрес, конфлікти в колективі, низька самооцінка та негативні соціальні стереотипи, що створюють бар'єри для професійного росту та соціальної реалізації особистості [1, с. 2].

Дослідження чинників професійної та соціальної дезадаптації є надзвичайно важливим, оскільки допомагає не тільки зрозуміти механізми виникнення цих проблем, але й розробити стратегії профілактики та корекції. Знання цих механізмів дозволяє створювати умови для покращення адаптації особистості у професійному середовищі, а також для гармонійної соціальної інтеграції в умовах постійних змін сучасного світу.

Вивченням та дослідженням проблеми дезадаптації займалися такі вчені, як В. Схауфелі, А. Бек, О. Амплєєва, С. Бондаренко, Ф. Гоноболін, Т. Захарова, О. Карпенко та інші.

Згідно з А. Бек, дезадаптація є психічним станом, що виникає через невідповідність між внутрішнім образом «Я» і реальним досвідом особистості, що створює внутрішній дисонанс. Цей дисонанс може бути результатом конфлікту між прагненнями індивіда і його реальним досвідом у соціумі, на роботі чи в особистому житті. Це, у свою чергу, призводить до порушення адаптаційних механізмів, що й спричиняє дезадаптацію [71, с. 341].

Дезадаптивність особистості – це нездатність адекватно реагувати на зовнішні умови, викликані стресом, змінами в навколишньому середовищі або непередбачуваними ситуаціями. Такі порушення можуть бути як психоемоційними, так і поведінковими, що відображає труднощі в інтеграції з оточенням.

Крім того, безпосередньо пов'язаний з проблемою дезадаптації психологічний феномен дезадаптованості, пише С. Шекшня. Це тривалий стан особистості, який характеризується наявністю постійних конфліктів, фрустрацій і відсутністю можливості реалізувати свої потенціали, творчі здібності або відчуття власної значущості. У цьому контексті важливою є роль внутрішнього конфлікту, що лежить в основі неадекватної реакції особистості на вимоги зовнішнього середовища [70, с. 64].

Основні причини такого внутрішнього конфлікту можуть бути різноманітними. Людина може переживати постійне невдоволення собою,

своїм становищем або неусвідомлене відчуття тривоги й незадоволення своїм місцем у соціумі. Постійна фрустрація цих переживань може призводити до стійкої дезадаптованості, коли особистість не може ефективно впоратися з виникаючими труднощами та систематичними викликами.

На думку М. Черниш, дезадаптація може мати серйозні наслідки на рівні організму. Емоційний стрес, фізіологічний дискомфорт і порушення в психосоматичних процесах можуть змінювати функціонування організму, знижуючи здатність до адаптації і впливаючи на фізіологічні процеси, що є базою для розвитку таких проблем, як невміння правильно реагувати на зовнішні вимоги. Професійна дезадаптація з часом може призвести до неадекватної, погано контрольованої поведінки в робочих ситуаціях, а також до труднощів у вирішенні професійних завдань, що суттєво ускладнює професійну діяльність [67, с. 117].

Отже, дезадаптація є важливим феноменом у психології особистості, який впливає на здатність особистості адаптуватися до вимог навколишнього середовища. Визначення причин дезадаптації і розуміння механізмів цього процесу важливі для розвитку ефективних психологічних і соціальних стратегій корекції та підтримки осіб, які страждають від цього стану.

Професійний розвиток спеціаліста є невід'ємною частиною його кар'єри, і він передбачає постійний процес адаптації до змінюваних умов професійної діяльності. У сучасному світі, де зміни в умовах роботи, технологічний прогрес, соціальна динаміка та нові вимоги до кваліфікації спеціалістів відбуваються надзвичайно швидко, цей процес адаптації стає все більш складним. Особливо це стосується професії психолога, зокрема в освітніх закладах, де його роль пов'язана не лише з безпосереднім консультуванням і підтримкою учнів чи вчителів, а й із постійною потребою в оновленні знань і вмінь, аби відповідати новим вимогам системи освіти. Шанафелт Т. Д., Ноузворти Дж. Х. наголошують, що для подолання депресивних станів особливо важливими є організаційні стратегії підтримки, які мають сприяти емоційному благополуччю індивідів та їх професійній залученості. Зокрема,

такі стратегії включають створення підтримуючого робочого середовища та впровадження супервізій, що мінімізують ризики розвитку депресії та професійного вигорання. [81, с. 132].

Н. Остапенко запропонувала концептуальну модель успішної професійної діяльності, яка включає такі аспекти, як адекватність поведінки спеціаліста в професійному середовищі, збереження і зміцнення професійного здоров'я, що разом формують адаптаційну готовність особистості до роботи на всіх етапах її кар'єри [45, с. 46].

Дослідження показали, що для адаптації психолога в освітньому закладі важливими є такі ключові фактори:

- 1) емоційна стійкість;
- 2) емоційно-вольова регуляція діяльності;
- 3) здатність до активного адаптування до умов роботи.

У професійному середовищі, коли ці якості виявляються недостатньо розвиненими, або зміни в оцінці ситуації фахівцем є надмірно значущими та глобальними, а внутрішні ресурси для корекції поведінки та зміни уявлень про професійну діяльність обмежені, фахівець може зіткнутися з проблемою професійної дезадаптації. Важливо зазначити, що однією з основних проблем при аналізі терміну «професійна дезадаптація» є відсутність єдиного концептуального підходу, якому б дотримувались більшість дослідників як вітчизняних, так і зарубіжних [25, с. 115].

В. Кривляк зазначив, що у трактуванні поняття професійної дезадаптації можна виділити три основні підходи: медико-біологічний, соціально-психологічний та онтогенетичний [30, с. 34].

1. Медичний підхід розглядає дезадаптацію як континуум між нормою та патологією. Науковці виділяють дві форми дезадаптації: патологічну, коли організм функціонує лише за умови переходу до патологічного стану, та непатологічну, коли організм може існувати лише в посиленому режимі.

2. Соціально-психологічний підхід оперує поняттями соціально-психологічної адаптації та дезадаптації. У межах соціальної психології

дезадаптація трактується як результат неуспішної соціальної адаптації, коли особа втрачає соціальні зв'язки і не здатна інтегруватися в суспільство, самореалізуватися чи взаємодіяти із зовнішнім середовищем, а також адаптуватися до власних потреб.

3. Онтогенетичний підхід пов'язує дезадаптацію з кризовими моментами в житті людини, які супроводжують зміни в її соціальному розвитку. Життєві кризи, є перехідними етапами, де людина стикається зі зміною життєвих ролей, що може призводити до рольових конфліктів. Неправильне подолання життєвої кризи може викликати особистісні дисгармонії, такі як інфантилізм, девіантна поведінка чи дисбаланс життєвого сценарію, що може призводити до дезадаптації або формувати сурогатні адаптаційні стратегії.

Перейдемо до розгляду феномену соціальної дезадаптації. Для повноцінного функціонування в суспільстві людина повинна адаптуватися до нього. Якщо адаптація не відбувається, виникає процес, відомий як дезадаптація. У психології існують різні підходи та визначення цього явища. З точки зору онтогенетичного підходу, людина протягом свого життя стикається з ризиком дезадаптації через вплив різноманітних зовнішніх та внутрішніх факторів, але цей ризик особливо зростає під час кризових періодів, коли відбувається значна зміна «соціальної ситуації розвитку» [18, с. 102].

Соціально-психологічний підхід трактує дезадаптацію як порушення гомеостатичної рівноваги між особистістю та її середовищем, що є наслідком неспроможності індивіда адаптуватися до різних вимог, чи то через несумісність його вроджених потреб із вимогами соціуму, чи через невідповідність між особистісними прагненнями та можливостями їх реалізації в конкретному соціальному середовищі [11, с. 99].

Прояви соціальної дезадаптації можуть бути як об'єктивними, так і суб'єктивними. Об'єктивні прояви включають обмеження здатності особистості виконувати соціальні функції, порушення соціальних зв'язків і

взаємодії з іншими людьми, а також порушення моральних і правових норм, що може призвести до асоціальних форм поведінки. Суб'єктивно дезадаптація проявляється через деформацію внутрішньої регуляції та зміну ціннісних орієнтацій особистості.

О. Карпенко пише, що до основних чинників, які допомагають особистості успішно адаптуватися в новому середовищі і уникнути дезадаптації, належать демографічні та особистісні характеристики, мотивація, життєві очікування та досвід. Значний вплив на процес соціальної адаптації має також вік і рівень освіти. Людям старшого віку важче адаптуватися в новому середовищі, оскільки вони мають усталені принципи і переконання. Успішна адаптація вимагає, щоб особистісні якості були в гармонії з новими культурними нормами і вимогами оточення [20, с. 90].

На думку О. Коломієць, соціальна дезадаптація – це стан, за якого людина стикається зі значними труднощами у процесі інтеграції та соціалізації. Це проявляється у порушенні здатності ефективно взаємодіяти з оточенням, дотримуватись загальноприйнятих соціальних норм і правил, а також адаптуватися до змін у суспільстві [27, с. 60].

Люди, схильні до соціальної дезадаптації, часто почуваються відчуженими від суспільства, мають труднощі у налагодженні та підтриманні стосунків і можуть демонструвати девіантну або агресивну поведінку, що суперечить суспільним цінностям. Вони можуть відчувати непорозуміння щодо соціальних взаємодій, невербальних сигналів та норм спілкування, що лише посилює їхню ізоляцію.

У сучасному світі проблема соціальної дезадаптації стає дедалі актуальнішою. Швидкі соціальні зміни, урбанізація, розвиток інформаційних технологій та інші чинники створюють нові виклики для соціалізації. Крім того, поширені явища, такі як бідність, безробіття, насильство, стрес та психічні розлади, збільшують кількість випадків соціальної дезадаптації.

Статистика, яку надає В. Кривляк, свідчить, що до 20% населення в деяких країнах стикаються з проблемами адаптації різного ступеня. Це

підкреслює важливість цієї проблеми та необхідність своєчасного реагування [30, с. 64].

Ігнорування питання соціальної дезадаптації може мати серйозні наслідки як для окремих осіб, так і для суспільства. Вона може призводити до зростання злочинності, соціальної ізоляції, конфліктів, погіршення психічного здоров'я та інших негативних явищ, що акцентує важливість вчасного виявлення і вирішення цієї проблеми.

Таким чином, професійна та соціальна дезадаптація – це складні й взаємопов'язані явища, що потребують комплексного підходу для своєчасного запобігання і подолання. В ході дослідження професійної дезадаптації виявлено, що вона може виникати під впливом різноманітних факторів, серед яких важливими є невідповідність між очікуваннями працівника та вимогами роботодавця, складні умови праці, низький рівень мотивації, неефективна організація праці, конфлікти у робочому середовищі та відсутність можливостей для кар'єрного зростання. Соціальна дезадаптація характеризується обмеженою здатністю або навіть неспроможністю особи інтегруватися у соціум, взаємодіяти з іншими людьми, підтримувати соціальні зв'язки та дотримуватися прийнятих у суспільстві норм поведінки.

1.3. Дослідження причин виникнення дезадаптації у психологів

Професія психолога – одна з найбільш емоційно насичених і водночас виснажливих. Психологи щодня стикаються з великим обсягом емоційного навантаження, пов'язаного з роботою з клієнтами, що перебувають у кризових або стресових ситуаціях. Часті контакти з негативними емоціями та переживаннями клієнтів можуть спричинити емоційне виснаження, професійне вигорання і, як наслідок, призвести до дезадаптації.

Професійний розвиток спеціаліста неможливо уявити без постійного вдосконалення процесів адаптації. Швидкий ритм сучасного життя та постійні зміни в умовах професійної діяльності створюють додаткові

труднощі для стабільного перебігу цих адаптаційних процесів. З огляду на це, дезадаптація в професійному середовищі, особливо серед психологів, що працюють в освітніх установах, набуває дедалі більшого поширення.

Аналізуючи основні підходи до дослідження адаптації та дезадаптації у різних галузях психології, таких як психологія праці, кар'єри, кризова та екстремальна психологія, а також в інших суміжних дисциплінах, важливо окреслити основні концептуальні позиції щодо трактування дефініцій «адаптація» і «дезадаптація» особистості. Розгляд цих понять дозволяє зрозуміти, як професіонал проходить крізь послідовні етапи адаптації, долаючи складнощі, пов'язані з новими завданнями, вимогами й умовами праці, а також як дезадаптація може виникати як реакція на підвищений стрес, нестабільність чи конфліктні ситуації [52; 54; 80].

Важливо відзначити, що адаптація в професійній діяльності включає не лише пристосування до зовнішніх умов, але й розвиток внутрішньої стійкості та здатності конструктивно реагувати на зміни. Дезадаптація, у свою чергу, може виявлятися у втраті мотивації, зниженні працездатності або навіть у розвитку психологічного дискомфорту, що ускладнює ефективне виконання професійних обов'язків.

В. Кривляк трактує поняття дезадаптації, як явище, яке охоплює різноманітні аспекти особистого та професійного життя, і в професії психолога це питання набуває особливої актуальності. Психологи, що регулярно стикаються з інтенсивним психологічним навантаженням, працюючи з людьми в кризових та стресових ситуаціях, часто наражаються на ризик емоційного виснаження, синдрому професійного вигорання та дезадаптації. Відсутність належних механізмів психологічного захисту, саморефлексії та соціальної підтримки може призводити до зниження ефективності їхньої діяльності, погіршення загального добробуту, а також негативно впливати на якість наданих послуг [30, с. 55].

На думку С. Гобфолл, показниками адаптації фахівця передусім є:

- 1) рівень та стабільність професійних показників;

2) професійна кваліфікація.

Спільним індикатором адаптивності є задоволеність спеціаліста:

1) професією загалом;

2) змістом й умовами праці [74, с. 513].

Ф. Гоноболін зазначає, що серед основних причин виникнення дезадаптації у психологів виокремлюють: високий рівень стресу, пов'язаний із взаємодією з клієнтами; постійний емоційний тиск; необхідність підтримувати професійне дистанціювання у складних випадках; відсутність належної організації праці, зокрема можливості для відпочинку і профілактики вигорання. Також значну роль відіграють особистісні фактори, наприклад, низький рівень стресостійкості, недостатня сформованість навичок саморегуляції та самоконтролю [11, с. 265].

Постійний стрес є невід'ємною частиною професійної діяльності психологів. Робота з емоційно складними випадками, зокрема з клієнтами, які мають травматичний досвід або суїцидальні нахили, вимагає великої психоемоційної напруги, що підвищує рівень стресу. Постійна необхідність вислуховувати та співпереживати клієнтам може викликати відчуття емоційного спустошення, що стає особливо відчутним за відсутності належного відпочинку та релаксації.

М. Селігман вважає, що безперервне емоційне та когнітивне навантаження може призвести до зниження мотивації, цинізму та відчуття неефективності, відомого як синдром професійного вигорання. Це явище є одним з головних чинників дезадаптації. Робота психолога потребує не лише часу для консультацій, але й періодів для відновлення, супервізії та саморефлексії. Недостатність цих ресурсів може посилювати відчуття втоми та безсилля [79, с. 69].

Недостатня стресостійкість, відсутність навичок саморегуляції та обмеженість методів психологічного захисту часто сприяють погіршенню емоційного стану психологів. Інші особистісні чинники, такі як підвищена емпатійність або схильність до самокритики, також можуть збільшувати

ризик дезадаптації. Соціальна підтримка, як з боку колег, так і керівництва, грає важливу роль у зменшенні професійного навантаження. Відсутність супервізійних зустрічей та можливості обговорення складних випадків може призводити до накопичення стресу та посилення дезадаптаційних проявів.

На думку Н. Пов'якель, професійна дезадаптація працівників психологічної служби в системі освіти часто обумовлена низкою зовнішніх і внутрішніх факторів, які ускладнюють виконання їхніх обов'язків і підвищують рівень стресу та незадоволення. До основних джерел дезадаптації належать [50, с. 119]:

1. Недостатньо структурована інформація від керівництва та бюрократичні перепони. Нечіткі та інколи суперечливі інструкції з боку адміністрації можуть створювати невизначеність, ускладнюючи прийняття рішень та планування роботи. Постійна критика з боку адміністрації при цьому знижує мотивацію та підвищує емоційне напруження.

2. Невідповідність умов для діагностико-корекційної роботи. Психологи часто мають обмежений доступ до сучасного діагностичного обладнання, інструментів та ресурсів, що є важливим для їхньої роботи. Відсутність власного робочого місця, яке б відповідало стандартам Положення про психологічний кабінет, значно обмежує ефективність діяльності та погіршує умови для конфіденційної роботи з клієнтами.

3. Монотонність виконуваних функцій. Як зазначає Ж. Вірна, багаторічне виконання одноманітних завдань усталеними методами сприяє закріпленню небажаних професійних якостей, що може призводити до дезадаптації. Монотонність праці викликає втрату інтересу до роботи та прагнення до професійного розвитку.

4. Соціальні стереотипи та низький рівень психологічної культури. Стереотипи щодо психологічної допомоги, що існують у суспільстві, впливають на ставлення як батьків, так і педагогів, що може знижувати рівень довіри до фахівців психологічної служби. Низький рівень психологічної культури ускладнює комунікацію та створює додаткові

бар'єри у співпраці з іншими працівниками навчальних закладів і родинami вихованців.

Дестабілізована робоча обстановка в психологічній службі має багатогранний негативний ефект, який торкається не лише професійного рівня психолога, але й впливає на його взаємини з клієнтами. Це може зумовлювати погіршення якості допомоги та формування напружених стосунків, що, своєю чергою, посилює дезадаптаційні процеси.

А. Скрипніков зазначає, що для запобігання цим негативним наслідкам діяльність психологічних служб в системі освіти має базуватися на чіткому алгоритмі, що дозволить мінімізувати невизначеність і підтримати стабільне робоче середовище. Разом з тим, стресові ситуації, що виникають у професійному середовищі, нерідко викликають негативну самооцінку психологів, знижуючи їхню впевненість у власній компетентності [55, с. 204].

У професійній дезадаптації значну роль відіграють особистісні риси спеціалістів, які можуть впливати на їхню здатність ефективно справлятися з навантаженням і стресом. Наприклад, схильність до емоційної ригідності, інтровертність, висока емпатійність і співчутливість, а також перфекціонізм можуть сприяти швидшому розвитку емоційного вигорання, що посилює дезадаптацію. Особистості, які прагнуть до ідеальних результатів і мають розвинені творчі здібності, часто є перфекціоністами, що постійно орієнтуються на найвищі стандарти у своїй діяльності. Ця орієнтація на досконалість може здаватися позитивною якістю, але водночас вона створює передумови для внутрішніх конфліктів, що виникають між бажанням досягти ідеального результату та реальними обмеженнями — як внутрішніми, так і зовнішніми.

Творчі особистості, зазвичай, мають широкий спектр ідей і можливостей для їх реалізації, однак їхнє прагнення до інноваційності може наштовхуватися на критику, відсутність підтримки чи ресурси, які не відповідають масштабам задуманого. Виникає відчуття фрустрації, коли ідеї

не можуть бути втілені в життя на тому рівні, якого очікує сама особистість. Це, у свою чергу, призводить до самокритики, почуття невдоволення своїми досягненнями і зниження професійної мотивації. О. Сафін зазначає, що для профілактики дезадаптації психологів важливо враховувати їхні особистісні особливості, забезпечувати підтримку та супервізію, а також створювати умови, що зменшуватимуть вплив стресогенних чинників і дозволять фахівцям зосереджуватися на якісному виконанні своїх обов'язків [54, с. 80].

Сучасні дослідження вказують на те, що професійна дезадаптація психологів часто пов'язана з характерологічними особливостями особистості, які можуть обумовлювати їхню реакцію на професійні стреси. Дослідники, зокрема В. Смирнова, А. Скрипніков, А. Федоренко підкреслюють, що такі риси, як категоричність, обов'язковість та максималізм, значною мірою сприяють виникненню дезадаптивної поведінки [54, 55, 64].

Особистісні особливості, зокрема підвищена відповідальність, можуть заважати фахівцям швидко адаптуватися до змінних умов роботи, адже нерозвинена гнучкість у професійній саморегуляції обмежує здатність до ефективного управління стресом. Інтенсивна інтеріоризація (тобто глибоке внутрішнє переживання та осмислення обставин) також може призводити до посилення дезадаптаційних процесів. Спеціалісти з високим рівнем відповідальності і прагненням до досконалості часто перебувають у стані підвищеного напруження, що може з часом трансформуватися у професійне вигорання.

Дослідження Т. Захарової показують, що професійна дезадаптація частіше виникає у менш реактивних, емоційно стриманих осіб, які схильні довго зберігати в собі переживання і не схильні проявляти свої емоції. Навпаки, у фахівців з рухливими нервовими процесами, які є більш імпульсивними, процес дезадаптації розвивається повільніше. Це може пояснюватися тим, що такі особи легше відновлюються після стресу та

адаптуються до змін, що є важливим фактором у подоланні емоційних навантажень у професійній діяльності [18, с. 102].

Дослідницькі дані В. Луцького показують, що професійна дезадаптація може виявлятися як на початкових, так і на пізніших етапах освоєння професійної діяльності психолога. Цей факт, на нашу думку, є значущою підставою для розробки та впровадження психологічних профілактичних заходів, спрямованих на запобігання дезадаптації, а також для корекційних програм, які допомагають долати її ознаки та наслідки [35, с. 55].

Особливий інтерес у дослідженні цього питання викликає специфіка провідної професійної діяльності психологів-практиків і їхня особистісна організація. Наразі, наукові дані свідчать, що професійна дезадаптація спричиняється складним поєднанням кількох факторів. За висновками вченого, причини, що обмежують особистісне та професійне зростання фахівців, можна розділити на зовнішні та внутрішні [35, с. 71].

Зовнішні фактори включають умови праці, вимоги до виконання професійних обов'язків, особливості робочого середовища і підтримку з боку керівництва та колег. Внутрішні фактори, у свою чергу, пов'язані з особистісними характеристиками самого фахівця, його ставленням до роботи, внутрішньою мотивацією та рівнем стресостійкості. Саме комбінація цих зовнішніх і внутрішніх обставин визначає, наскільки успішно психолог зможе адаптуватися до професійної ролі, а відтак уникнути дезадаптаційних процесів, які можуть впливати на його подальший розвиток та ефективність у професійній діяльності.

Н. Максимова провела емпіричне дослідження виникнення професійної дезадаптації у психологів, аналіз результатів дослідження дає підстави зробити висновок, що самооцінка психічного стану, який може бути частиною симптоматики професійної дезадаптації, має тенденцію змінюватися в залежності від професійного досвіду практичних психологів. Хоча професійний стаж є одним із важливих чинників, що впливає на розвиток дезадаптаційних ознак, він далеко не єдиний. Наші результати

свідчать, що професійна дезадаптація виникає під впливом ряду особистісних і соціальних чинників, серед яких визначну роль відіграють такі, як стосунки з керівництвом установи, де працює спеціаліст, взаємини з колегами, рівень професійної підготовки, здобутий у навчальному закладі, а також особисті тривоги, зокрема страх втратити роботу, втратити авторитет у професійному середовищі та власний сімейний стан [36, с. 250].

Отримані дані чітко свідчать, що довготривала дія професійних стресорів може негативно впливати на особистість практичного психолога. Накопичення деструктивних ефектів професійної діяльності, яке призводить до дезадаптаційних процесів, має серйозні наслідки: виникають професійні деструкції, деформації та вигорання, що заважають гармонійному розвитку особистості, негативно впливають на емоційний добробут, погіршують стан професійного здоров'я та загальне емоційне самопочуття. Тривалий вплив цих факторів створює умови для формування професійного вигорання, яке порушує не лише робочу продуктивність, але й призводить до психологічних втрат для фахівця, ставлячи під загрозу його здатність до повноцінного виконання професійних обов'язків і подальшого професійного зростання [36, с. 255].

Таким чином, дезадаптація психологів розвивається під впливом таких факторів, як надмірне навантаження, стресові умови роботи, невизначеність професійних функцій, а також внутрішньоособистісні характеристики, серед яких виокремлюються високий рівень відповідальності, категоричність, максималізм та обов'язковість [82, с. 866]. Ці риси у поєднанні з низьким рівнем гнучкості та недостатньо розвиненими навичками саморегуляції підвищують ймовірність виникнення дезадаптивної поведінки.

Висновки до розділу 1

Депресивні стани є складним і багатогранним психічним явищем, що мають серйозні наслідки як для окремої особистості, так і для її оточення. Вони характеризуються комплексом емоційних, когнітивних та фізичних

симптомів, які значно знижують якість життя і функціонування людини у соціумі. Основними проявами депресивного стану є пригнічений настрій, втома, зниження енергії, порушення сну, зміни у вазі та втрата інтересу до звичних занять, які зазвичай приносили задоволення. Вони часто супроводжуються почуттям провини, низькою самооцінкою, труднощами з концентрацією уваги і прийняттям рішень, а також можуть містити елементи страху та тривожних фобічних переживань.

Депресивний стан може бути спровокований різними факторами, серед яких – стресові ситуації, втрати, незадоволеність собою або життям, а також психотравмуючі події, які іноді призводять до розвитку довготривалих негативних змін у психіці. В умовах соціально-економічних труднощів, збройних конфліктів або значних життєвих випробувань частота виникнення депресивних станів серед населення значно зростає. Такі стани можуть викликати велику тривогу, напруження і втрату впевненості у майбутньому, що часто супроводжується почуттям безпорадності.

У дослідженні професійної дезадаптації виявлено, що вона може виникати під впливом різноманітних факторів, серед яких важливими є невідповідність між очікуваннями працівника та вимогами роботодавця, складні умови праці, низький рівень мотивації, неефективна організація праці, конфлікти у робочому середовищі та відсутність можливостей для кар'єрного зростання. Такі фактори можуть призвести до появи відчуття незадоволеності, зниження професійної ефективності та в кінцевому підсумку до професійного вигорання, яке часто супроводжується психоемоційним виснаженням і, як наслідок, може стати основою для соціальної дезадаптації.

Соціальна дезадаптація, у свою чергу, характеризується обмеженою здатністю або навіть неспроможністю особи інтегруватися у соціум, взаємодіяти з іншими людьми, підтримувати соціальні зв'язки та дотримуватися прийнятих у суспільстві норм поведінки. Це може бути викликано низькою факторів, серед яких значну роль відіграють проблеми в

особистісному розвитку, психічні розлади, відсутність підтримки з боку родини та близьких, а також соціальні умови, що ускладнюють адаптацію, наприклад, економічні труднощі, низький рівень освіти та безробіття.

Як доводять дослідження, схильність до професійної дезадаптації частіше зустрічається у спеціалістів, які є емоційно стриманими, інтровертними та мають схильність до перфекціонізму. У таких психологів емоційне вигорання відбувається інтенсивніше, оскільки вони глибше переживають стресові ситуації та схильні до накопичення негативних емоцій. Водночас фахівці з більшою емоційною гнучкістю і рухливістю нервових процесів легше долають стресові ситуації і повільніше піддаються дезадаптації, оскільки вони швидше відновлюються і легше адаптуються до мінливих умов.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ

2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження впливу психологів

Дослідження проводилось у вересні-жовтні 2024 року. Вибірку емпіричного дослідження склали 70 психологів віком від 25 до 60 років, що працюють у різних галузях психологічної практики. Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі соціальної мережі (Facebook).

Мета емпіричного дослідження полягає у визначенні, яким чином депресивні стани впливають на професійну та соціальну адаптацію психологів.

Емпірична робота почалася з підбору методик, які допоможуть досягти мету дослідження. На даному етапі було брано 5 емпіричних методик та метод анкетування. Свій вибір ми зупинили на: опитувальнику депресивних станів (ОДС) Беспалька, шкалі депресії Бека, методиці дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонд, новій методиці психосоціальної дезадаптації (А. М. Скрипнікова).

Наступним кроком була організації вибірки дослідження. Визначити кількість учасників і критерії відбору. У даному випадку – психологи. Відбір психологів здійснювався на основі таких критеріїв:

1. Освітній рівень: учасники повинні мати психологічну освіту, що відповідає кваліфікаційним вимогам.
2. Досвід роботи: до вибірки увійшли як досвідчені спеціалісти, так і психологи-початківці.
3. Вік та стать: для повнішого охоплення різноманітних профілів.
4. Тип діяльності: психологи, які працюють у різних сферах (клієнтська робота, організаційна психологія, освітня сфера тощо).

Потім було проведено опитування, тести з учасниками дослідження, забезпечили конфіденційність і добровільність участі. Далі зібрали дані та провели їх статистичний аналіз (використовуючи програмне забезпечення). Далі ми обробили дані та проінтерпретували їх. Сформульовані висновки мали на меті допомогти професіоналам у подоланні дезадаптаційних чинників та покращенні якості їхнього професійного та особистого життя.

З метою проведення статистичної обробки даних був використаний кореляційний аналіз Пірсона. Вибір методик обґрунтовується їх науковою підтримкою, належністю до цільової аудиторії, різноманітністю вимірюваних конструктів та зручністю для учасників дослідження. Опишемо детальніше кожен з них.

Метод анкетування

Це метод дослідження, що полягає у заповненні питальника (анкети) респондентом. Анкета містить запитання, що стосуються теми дослідження, і респондент повинен відповісти на них, зазвичай за допомогою вибору однієї з декількох запропонованих відповідей або за допомогою ранжування. Анкетування може бути проведено як в паперовому, так і в електронному вигляді.

Основні переваги методу анкетування полягають у тому, що воно дозволяє отримати значну кількість даних з великої кількості респондентів за короткий час. Крім того, він є дешевим та легким у використанні. Однак, метод анкетування має деякі обмеження. Наприклад, респонденти можуть не зрозуміти запитання, вони можуть бути нечесними у своїх відповідях, анкета може бути надто загальною або неадекватною для досліджуваної проблеми.

До анкети були включені питання, що стосувалися особистих даних студентів. Питання анкети ми формували основуючись на тему та мету дослідження. Досліджуваним було поставлено такі питання (анкета представлена у додатку А):

- 1) Вік досліджуваних.
- 2) Стать.

- 3) Вид діяльності.
- 4) Як довго працює психологом?

Таким чином ми маємо можливість отримати деякі особисті дані, які допоможуть нам у подальшій роботі та коректному описі отриманих результатів.

Опитувальник депресивних станів (ОДС) Беспалька

Опитувальник депресивних станів (ОДС) – це клінічна скринінгова методика, яка використовується для масових досліджень і рутинної практики, особливо у загальній лікарській сфері. Її призначення полягає у виявленні основних, прихованих та слабо структурованих симптомів депресії, а також у диференціації між невротичною та ендогенною депресією. Важливо не плутати цей інструмент з опитувальником симптомів депресії, заснованим на критеріях DSM-IV.

Автором ОДС є І. Беспалько, науковий співробітник НДІ ім. Бехтерева, який використав теорію розпізнавання образів у створенні методики. Завдяки цьому підходу ОДС також відомий як опитувальник депресивних станів Беспалька.

Опитувальник складається з 97 запитань у варіанті для чоловіків та 93 запитань у варіанті для жінок, де кожне твердження передбачає лише відповіді «Так» або «Ні».

Усі запитання групуються у дві основні шкали:

Перша шкала (D-N) – диференціює здорових людей від тих, хто має депресивні симптоми. Друга шкала (МДП-Д, неврози) – відрізняє ендогенну депресію від невротичної.

У чоловічому варіанті перша шкала включає 59 питань, друга – 47 питань; у жіночому варіанті – 59 та 43 питання відповідно. Отримані «сирі» бали переводяться в стандартизовані Т-бали на основі спеціальних таблиць, розроблених під час валідизації тесту.

Використання опитувальника у цьому дослідженні обґрунтовується його спрямованістю на виявлення конкретних чинників, які перешкоджають

гармонійному розвитку професійної діяльності та порушують психологічну стійкість психологів.

Шкала депресії Бека

Це один із найбільш використовуваних опитувальників для оцінки рівня депресії. Розроблений Аароном Т. Беком, цей інструмент широко застосовується як в клінічній практиці, так і для дослідницьких цілей. BDI дозволяє швидко оцінити інтенсивність депресивних симптомів і динаміку їх змін під впливом терапії або інших факторів.

Шкала Бека базується на когнітивній теорії депресії, яка стверджує, що депресивний стан часто пов'язаний із негативними установками до себе, світу та майбутнього. Бек вважав, що депресивні симптоми включають як емоційні, так і фізичні складові, а також специфічні думки, які відображають характерні для депресії негативні переконання.

Шкала депресії Бека часто використовується в клініках і дослідницьких проєктах, оскільки дозволяє отримати об'єктивні показники емоційного стану людини. Проте вона має і певні обмеження:

- 1) Шкала не діагностує депресію, а лише визначає її вираженість.
- 2) Результати можуть залежати від суб'єктивного сприйняття і чесності відповідей.

Запропонована методика дозволяє визначити депресивні симптоми та їхню інтенсивність. Цей інструмент особливо доречний для дослідження зв'язку між депресивними проявами та дезадаптацією в професійній та соціальній сферах, оскільки він дозволяє виявити ступінь впливу депресивних симптомів на когнітивні та поведінкові функції психологів. Використання методики у цьому дослідженні забезпечує можливість глибокого аналізу депресивних станів як одного з провідних чинників, що ускладнюють адаптацію психологів до професійної діяльності та соціального середовища, впливаючи на їхню здатність до стійкості, емоційного благополуччя та ефективної взаємодії в колективі.

Методика дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонд

Дозволяє виявити особистісні характеристики респондента та ступеня його соціально-психологічної адаптації до нових умов, середовища та соціальних норм. Методика розроблена Карлом Ренсомом Роджерсом, відомим представником гуманістичної психології та засновником особистісно-орієнтованої психотерапії, спільно з Розалінд Е. Даймонд у 1954 році. З моменту створення цей опитувальник набув широкого поширення, ставши одним із провідних методів діагностики соціально-психологічної адаптації, особливо серед студентської молоді.

Опитувальник Роджерса-Даймонд складається зі 101 твердження, кожне з яких респондент оцінює за 7-бальною шкалою, висловлюючи свою згоду або незгоду. Такий підхід дозволяє детально оцінити рівень адаптації особистості до соціальних умов, а також виявити можливі проблеми, пов'язані з соціальною дезадаптацією.

В українських дослідженнях методика Роджерса-Даймонд активно використовується для оцінки адаптації першокурсників до навчання у вищих навчальних закладах. Цей інструмент допомагає виявити труднощі, пов'язані зі зміною соціальних норм та правил поведінки, а також з переходом до самостійного життя. Завдяки широким можливостям оцінки адаптації та дезадаптації методика використовується в ситуаціях, де індивіду необхідно оцінити свої можливості та здійснити переоцінку себе у критичних життєвих обставинах.

Шкала опитувальника Роджерса-Даймонд показала високу ефективність та диференціюючу здатність не лише у діагностиці станів адаптації й дезадаптації, а й у виявленні особливостей самосприйняття особистості. Інструмент допомагає визначити, як змінюються уявлення про себе в періоди вікових та кризових переходів, коли індивід змушений переоцінювати свої можливості та погляди на себе.

Таким чином, методика Роджерса-Даймонд є ефективним інструментом для вивчення процесів адаптації, сприяючи розумінню як об'єктивних, так і суб'єктивних аспектів соціально-психологічної адаптації особистості. Враховуючи, що депресивні стани можуть послаблювати здатність до ефективної соціальної взаємодії та успішного виконання професійних ролей, методика Роджерса-Даймонда є особливо цінною у визначенні рівнів інтеграції особистості в колектив і суспільство, ступеня емоційного комфорту, а також взаємозв'язку між внутрішнім самосприйняттям і зовнішніми соціальними установками.

Така діагностика допомагає відслідкувати, як депресивні розлади впливають на показники соціально-психологічної адаптації, що є критично важливим для розуміння специфіки дезадаптаційних процесів у професійній діяльності психологів. Вибір методики виправданий її здатністю розкривати тонкі аспекти соціальної і професійної дезадаптації, що робить її надійним інструментом у даному дослідженні.

Нова методика психосоціальної дезадаптації (А. Скрипніков)

Методика психосоціальної дезадаптації, розроблена А. М. Скрипніковим, є одним із підходів до дослідження психосоціальної дезадаптації особистості в контексті психологічних і соціальних чинників. Основна мета цієї методики – діагностика та аналіз рівня дезадаптації людини в соціальному середовищі, оцінка її здатності інтегруватися у соціум, адаптуватися до соціальних ролей і вимог.

Методика Скрипнікова активно використовується в клінічній психології, педагогіці та соціальній роботі для оцінки ризиків дезадаптації у дітей, підлітків, а також у дорослих, які стикаються з важкими соціальними чи психологічними умовами (наприклад, міграція, стресові ситуації, професійна дезадаптація).

Методика допомагає визначити, які фактори сприяють дезадаптації та розробити шляхи психосоціальної підтримки, спрямовані на покращення інтеграції особистості в соціум. Завдяки її застосуванню, дослідження

дозволяє виявити специфічні прояви депресії та дезадаптації, спричинені складними професійними ситуаціями, на яких психологи часто стикаються, таких як емоційне вигорання, надмірна відповідальність, а також конфлікти в колективі або з клієнтами. Методика Скрипнікова враховує як внутрішні психічні ресурси особистості, так і зовнішні соціальні впливи, які можуть стати основою для розвитку дезадаптаційних процесів. Це дозволяє створити точну картину психосоціальної дезадаптації та визначити корекційні заходи, необхідні для зменшення її наслідків.

2.2. Аналіз та узагальнення результатів емпіричного дослідження депресивних станів як чинника професійної та соціальної дезадаптації психологів

З метою дослідження життєвої історії респондентів було розроблено спеціальну анкету, яка включала запитання, спрямовані на збір даних про ключові аспекти їхнього життя. Учасникам дослідження запропонували відповісти на ці питання, що дозволило глибше зрозуміти їхній особистий досвід, життєві обставини та індивідуальні характеристики. Анкета складалася з декількох блоків: загальні відомості, соціальний статус, професійна діяльність, життєві цінності та пріоритети, а також емоційний і психологічний стан.

Завдяки методу анкетування, який забезпечує стандартизований підхід до збору інформації, вдалося отримати достовірні та узагальнені дані про респондентів. Такий підхід дозволяє не лише фіксувати об'єктивну інформацію (наприклад, вік, стать, соціальний статус), але й розкрити суб'єктивні аспекти їхнього досвіду, зокрема ставлення до життєвих подій, переживання та мотиви поведінки.

Для зручності інтерпретації, переведемо отримані значення у відсоткове співвідношення. Отримані результати представимо у вигляді таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати анкетування

№ з/п	Твердження	Отриманий результат
1.	Вік	25-60 років
2.	Стать	Ч – 55% Ж – 45%
3.	Вид діяльності	Дитячий психолог – 20% Гештальт-терапевт – 11% Клінічний психолог – 69%
4.	Як довго працює психологом	До 5 років – 39% 5-10 років – 40% Більше 10 років – 21%

За результатами проведеного анкетування ми отримали такі результати: 25 до 60 років, що працюють у різних галузях психологічної практики, зокрема: дитячий психолог психолог – 20%; гештальт-терапевт – 11%; клінічний психолог – 69%. Серед досліджуваних 55% чоловіків та 45 % жінок. Досвід роботи серед учасників розподілився таким чином:

39% психологів мають до 5 років досвіду, що може означати, що значна частина вибірки — фахівці, які тільки розпочали свою кар'єру.

40% мають досвід від 5 до 10 років, що представляє середній рівень професійного досвіду та стабільність у професії.

21% працюють у сфері більше 10 років, що вказує на наявність у вибірці досвідчених фахівців.

Отримані результати свідчать, що серед опитаних є як молоді спеціалісти, так і фахівці з тривалим стажем роботи, що може впливати на їхній підхід до роботи та методи, які вони застосовують.

Аналіз результатів дослідження за опитувальником депресивних станів (ОДС) Беспалька

Цей опитувальник має дві форми: чоловічу та жіночу, тому результати ми інтерпретували згідно розділення респондентів за статтю. Отримані результати представимо за допомогою таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Дослідження депресивного стану досліджуваних психологів

№ з/п	Назва шкали	Отриманий результат жінок (%)	Отриманий результат чоловіків (%)
1.	Невротичний, м'який спектр депресії	45	39
2.	Неоднозначність результату	36	49
3.	Велика депресія	19	12

Результати дослідження депресивних станів серед психологів показали різний розподіл за статтю по трьох основних шкалах:

1. Невротичний, м'який спектр депресії. За цією шкалою показники жінок (45%) значно вищі, ніж показники чоловіків (39%). Це може свідчити про схильність жінок до проявів невротичних симптомів у м'якій формі депресії. Можливі причини цього – різна емоційна реактивність, соціальні очікування або навантаження, що частіше впливають на жінок, ніж на чоловіків у професійному середовищі психологів.

2. Неоднозначність результату. Тут чоловіки демонструють вищий відсоток (49%) у порівнянні з жінками (36%). Це може свідчити про частішу схильність чоловіків до станів, що характеризуються неоднозначними проявами, коли симптоми не вписуються в чіткі діагностичні рамки. Ймовірно, це відображає різні способи подолання стресу та адаптації до емоційних навантажень у професії.

3. Велика депресія. Найменший відсоток в обох групах: 19% серед жінок і 12% серед чоловіків. Це свідчить про відносно рідкісне виникнення важких депресивних станів у досліджуваних групах. Незважаючи на професійну специфіку, яка може призводити до емоційного виснаження, значна частина психологів не демонструє ознак великої депресії.

Загалом, отримані результати вказують на гендерні відмінності у проявах депресивних станів серед психологів. Жінки, в основному, схильні

до м'яких форм депресії, тоді як у чоловіків частіше зустрічається неоднозначний спектр симптомів.

З метою наочності отриманих результатів представимо їх у графічному вигляді (рис. 2.1).

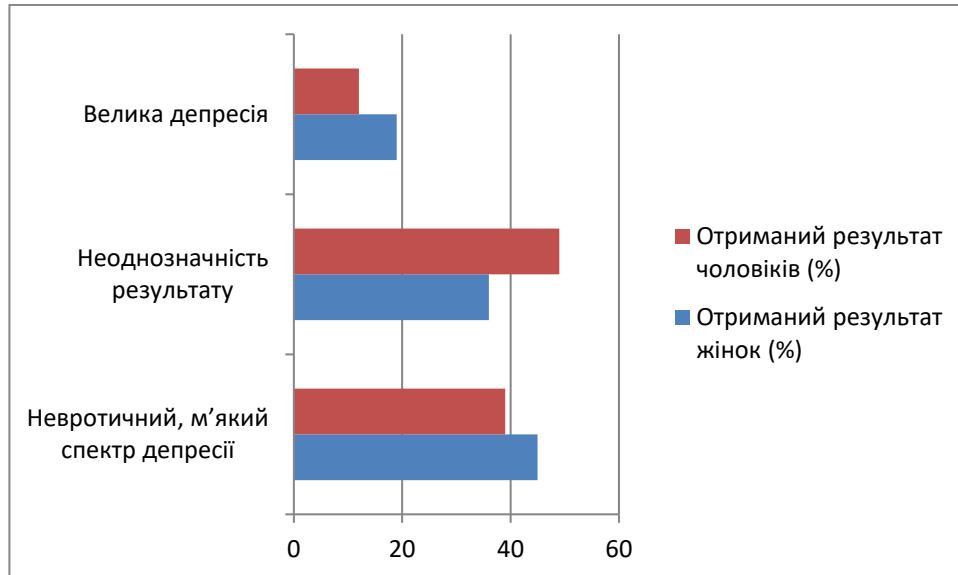


Рисунок 2.1. Дослідження депресивного стану досліджуваних психологів

Результати, представлені на діаграмі демонструють різницю в депресивних станах між жінками та чоловіками-психологами, зокрема, виявляє, що жінки більш схильні до м'якого спектру депресії, а чоловіки частіше демонструють неоднозначні депресивні симптоми.

Окремо порухуємо статистичні показники тривожності досліджуваних.

Таблиця 2.5

Статистичні показники депресивного стану досліджуваних психологів

Шкала	Показник	Результат
Невротичний, м'який спектр депресії	Середній бал	41,2
	Середнє відхилення	34
	Стандартне відхилення	5,03
Неоднозначність результату	Середній бал	17,7
	Середнє відхилення	12
	Стандартне відхилення	3,18
Велика депресія	Середній бал	6,4
	Середнє відхилення	3
	Стандартне відхилення	2,35

Найбільша варіативність спостерігається за шкалою невротичного, м'якого спектру депресії, що може вказувати на широку амплітуду емоційних станів серед досліджуваних. Неоднозначність результату характеризується помірним рівнем проявів, що свідчить про необхідність додаткового вивчення або уточнення діагностичних критеріїв. Велика депресія має низький середній бал і найменшу варіативність, що свідчить про її рідкісність у даній вибірці.

Аналіз результатів дослідження за шкала депресії Бека

З метою оцінювання загальної вираженості депресії використовувалася «Шкала депресії А. Бека». Отримані результати представимо у вигляді таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Дослідження депресії у психологів

№ з/п	Вид депресії	Отриманий результат (%)
1.	Відсутність депресії	69
2.	Легка депресія	13
3.	Помірна депресія	18

За результатами дослідження, нами було виявлено, що 69% респондентів не мають ознак депресії, що свідчить про високий рівень психологічного благополуччя серед більшості учасників опитування. Це може бути результатом стабільного емоційного стану, ефективних методів саморегуляції та підтримки. 13% респондентів повідомили про наявність легкої депресії. Це вказує на наявність певних емоційних труднощів, таких як знижений настрій, втому чи тривожність, але без серйозних порушень у функціонуванні. Це може бути типово для професій, що мають високий рівень стресу, як, наприклад, психологи.

18% учасників відзначили ознаки помірної депресії. Це означає, що ці особи можуть відчувати більш виражені симптоми депресії, такі як постійний

знижений настрій, втрата інтересу до діяльності, проблеми зі сном або концентрацією. Це може свідчити про наявність певних труднощів у професійному чи особистому житті, які потребують уваги.

Таким чином, можемо зробити висновок, що більшість опитаних психологів не стикаються з депресією (69%), однак чимала частина (31%) все ж має певні ступені депресивних симптомів (легка та помірна депресія). Це може бути результатом стресових факторів професії, емоційної перевантаженості або особистих проблем, з якими стикаються психотерапевти.

З метою наочності отриманих результатів представимо їх у графічному вигляді (рис. 2.2).

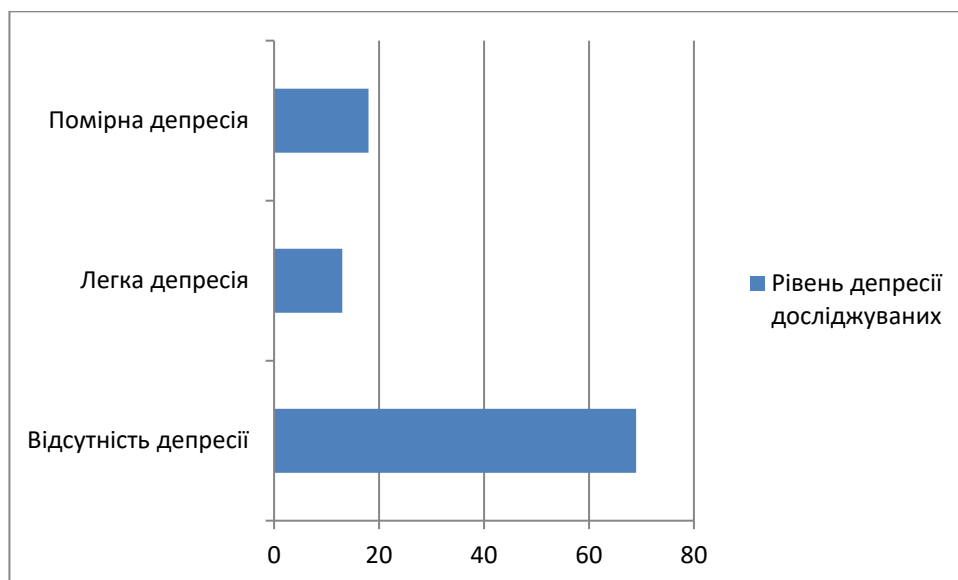


Рисунок 2.2. Дослідження депресії у психологів

Діаграма показує, що більшість досліджуваних не мають симптомів депресії, тоді як менша частка виявляє легкі або помірні депресивні ознаки.

Окремо порахуємо статистичні показники тривожності досліджуваних.

Таблиця 2.5

Статистичні показники депресії у психологів

Шкала	Показник	Результат
Відсутність депресії	Середній бал	39,4
	Середнє відхилення	16
	Стандартне відхилення	4,03
Легка депресія	Середній бал	22,2
	Середнє відхилення	17
	Стандартне відхилення	6,18
Помірна депресія	Середній бал	9,4
	Середнє відхилення	3,3
	Стандартне відхилення	1,47

Отримані результати свідчать про переважання нормального емоційного стану в учасників дослідження. Легка депресія проявляється частіше, ніж помірна, але обидва стани мають ситуативний характер і не є поширеними у вибірці. Дані свідчать про відсутність значних проявів депресії у більшості респондентів, що свідчить про загальне емоційне благополуччя вибірки.

Аналіз результатів дослідження за методикою дослідження соціально - психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонд

Аналіз соціально-психологічної адаптації є важливим аспектом дослідження особистості, особливо у контексті її взаємодії з соціальним середовищем. Методика К. Роджерса – Р. Даймонд є одним із найефективніших інструментів, що дозволяє оцінити рівень адаптації особистості, її емоційну стабільність, спроможність до саморегуляції, прийняття себе та інших, а також здатність до конструктивної соціальної взаємодії.

Отримані результати за методикою були оброблені відповідно запропонованому ключу, проінтерпретовано та занесено до таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Аналіз соціально-психологічної адаптації психологів

№ з/п	Показник	Шкала	Результати (%)		
			Високий	Норма	Низький
1.	Адаптація	Адаптивність	11	68	32
	Деадаптація				
2.	Шкала брехні	Самоприйняття	28	54	18
	Прийняття себе				
	Не прийняття себе				
3.	Прийняття інших	Прийняття інших	14	39	47
	Не прийняття інших				
4	Емоційний комфорт	Емоційний комфорт	40	1	59
	Емоційний дискомфорт				
5.	Зовнішній контроль	Інтернальність	35	39	26
	Внутрішній контроль				
6.	Домінування	Прагнення до домінування	20	59	21
	Підданство				
	Ескапізм				

Таким чином, інтерпритуючи отримані результати ми можемо говорити про те, що за шкалою «адаптації» у психологів переважає нормальний рівень (68%), це виявляє, що рівень пристосування людини до існування у суспільстві відповідно до вимог цього суспільства та з власними потребами, мотивами та інтересами знаходиться в межах норми.

За шкалою «самоприйняття» також отримано задовільний нормальний результат, ця тенденція простежується у 54% респондентів. Ступінь задоволеності особистості своїми характеристиками знаходиться в межах норми.

За шкалою «прийняття інших» отримано низькі результати (47%), що говорить про низький ступінь потреби особистості у спілкуванні, взаємодії, спільній діяльності.

За шкалою «емоційний комфорт» також, здебільшого отримано низькі

результати (59%), що виявляє невизначеність в емоційному відношенні (невпевненість, пригніченість, млявість) до навколишньої соціальної дійсності.

Показники за шкалою «інтернальність» знаходяться в межах норми (39%) та визначають схильність індивіда до певної форми локусу контролю (інтернальність та екстернальність). Ця позиція говорить про наявність в індивіда внутрішнього, інтернального контролю.

За шкалою «прагнення до домінування» отримано також нормальні показники (59%). Це виявляє рівень прагнень до лідерства, керівництву у вирішенні завдань, найчастіше особистісно-значущі завдання вирішуються за рахунок оточуючих.

Найбільш репрезентативними характеристиками особистості, які найбільше диференціюють вибірку, є інтегральні показники «адаптація», «самоприйняття» та «прийняття інших».

Отже, за цими трьома шкалами отримано нормальні показники, лише прийняття інших, здебільшого, знаходиться на низькому рівні. На основі отриманих результатів ми можемо зробити висновок, що соціально-психологічна адаптація у психологів проходить добре.

З метою наочного представлення отриманих результатів, представимо їх у вигляді діаграми (рис. 2.3).

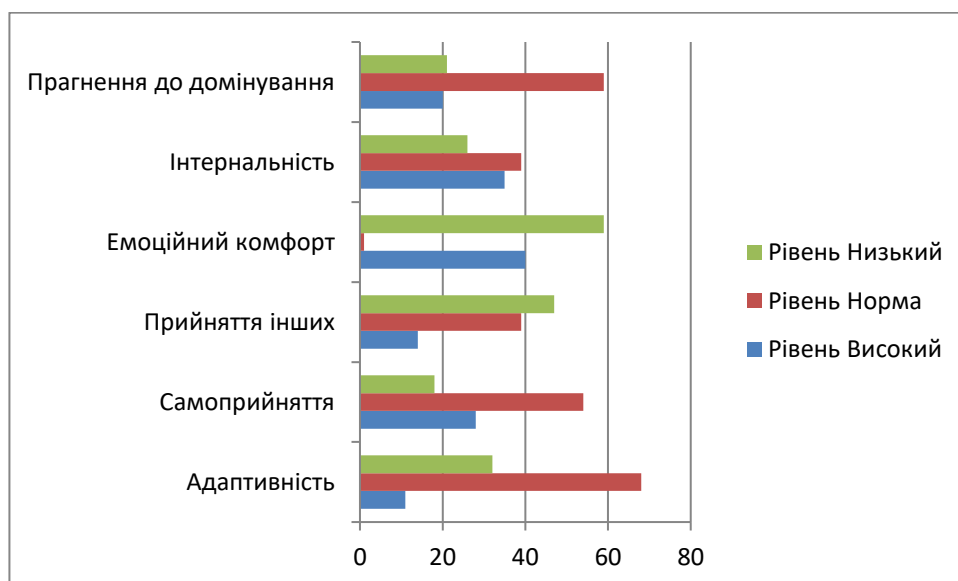


Рисунок 2.3. Аналіз соціально-психологічної адаптації психологів

Загалом, діаграма показує, що більшість досліджуваних мають середні показники за всіма характеристиками, але є певна схильність до високого рівня інтернальності, прийняття інших та адаптивності.

Окремо порахуємо статистичні показники тривожності досліджуваних.

Таблиця 2.7

Статистичні показники соціально-психологічної адаптації психологів

Показник	Рівень	Адаптивність	Само прийняття	Прийняття інших	Емоційний комфорт	Інтер-нальність	Прагнення до домінування
Середнє значення	Високий	55,2	13,5	13,1	11,78	12,4	11,05
	Норма	33,8	7,83	9,9	4,1	8,09	9,29
	Низький	15	2,23	2,64	2	2,52	12,44
Середнє відхилення	Високий	58	11	12	9	11	5
	Норма	21	6	9	1	10	6
	Низький	5	13	5	2	3	16
Стандартне відхилення	Високий	7,16	2,23	1,16	2,50	2,07	7,24
	Норма	11,56	2,14	0,78	2,63	2,41	6,98
	Низький	21,7	6,06	5,37	5,85	5,51	1,22

Результати дослідження показують, що більшість респондентів демонструють високий рівень соціально-психологічної адаптації, що виражається у високих показниках адаптивності, самоприйняття, прийняття інших, емоційного комфорту та інтернальності. Водночас спостерігається значна варіативність у прагненні до домінування, що може свідчити про різні стилі поведінки психологів. Для респондентів із низькими показниками

виявлено суттєві проблеми із самоприйняттям, емоційним комфортом та адаптивністю, які потребують подальшої діагностики та корекції.

Аналіз результатів дослідження за новою методикою психосоціальної дезадаптації (А. М. Скрипніков)

Ця методика використовується для оцінки рівня дезадаптації індивіда, включаючи різні соціальні та емоційні аспекти. Отримані результати представимо у вигляді таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Аналіз психосоціальної дезадаптації досліджуваних психологів

№ З/п	Шкала	Отриманий результат (%)
1.	Адаптованість	39
2.	Межовий стан, група ризику дезадаптації	27
3.	Легкої тяжкості дезадаптація	13
4.	Середньої тяжкості дезадаптація	7
5.	Тяжка дезадаптація	13
6.	Змішана дезадаптація	1

Аналіз отриманих результатів за шкалою психосоціальної дезадаптації демонструє різноманітний рівень адаптованості серед досліджуваних осіб.

Адаптованість (39%) – значний відсоток досліджуваних (39%) демонструють високий рівень адаптованості, що свідчить про їхню здатність успішно взаємодіяти з оточенням, зберігаючи емоційну рівновагу та соціальну активність.

Межовий стан, група ризику дезадаптації (27%) – цей показник вказує на те, що 27% досліджуваних знаходяться на межі дезадаптації. Вони мають певні труднощі у соціальному функціонуванні, але їх стан ще не є критичним.

Легка дезадаптація (13%) – частина досліджуваних (13%) має легкий рівень дезадаптації, що може свідчити про початкові прояви емоційного чи

соціального дискомфорту. Це може виражатися в періодичних труднощах у спілкуванні або невеликій тривожності.

Середня дезадаптація (7%) – цей відсоток демонструє середній рівень дезадаптації у 7% досліджуваних, що може вказувати на наявність помітних труднощів у соціальному чи емоційному функціонуванні, що вже потребує уваги або корекції.

Тяжка дезадаптація (13%) – 13% респондентів демонструють тяжкий рівень дезадаптації, що може бути ознакою значних проблем у соціальній сфері та високого рівня емоційного дискомфорту, який заважає їх нормальній життєдіяльності.

Змішана дезадаптація (1%) – незначний відсоток (1%) досліджуваних відносяться до категорії змішаної дезадаптації. Це може свідчити про те, що їхній стан поєднує кілька аспектів дезадаптації, які впливають на їхнє функціонування в різних сферах.

Таким чином, дані результати свідчать про те, що більшість досліджуваних демонструють певний рівень адаптованості, проте майже 60% мають ті чи інші ознаки дезадаптації, з яких частина потребує уваги і, можливо, втручання.

Отримані результати представимо і у графічному варіанті (рис. 2.4).

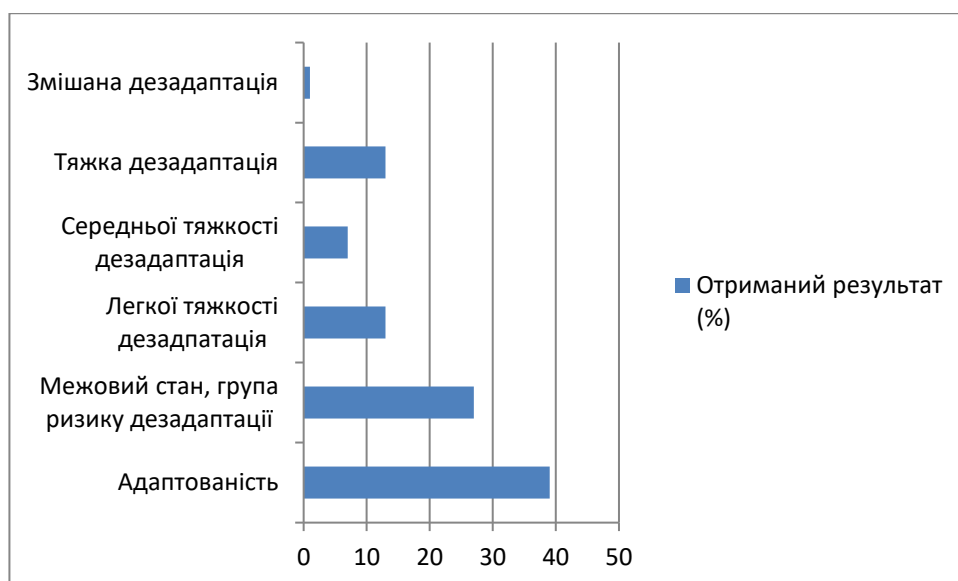


Рисунок 2.4. Аналіз психосоціальної дезадаптації досліджуваних психологів

За результатами дослідження ми можемо зробити висновок, що найбільша частина психологів є адаптованими, проте є респонденти, які є в групі ризику дезадаптації та ті, які мають ознаки дезадаптації.

Окремо порахуємо статистичні показники тривожності досліджуваних.

Таблиця 2.9

Статистичні показники психосоціальної дезадаптації досліджуваних психологів

Шкала	Показник	Результат
Адаптованість	Середній бал	11,2
	Середнє відхилення	4
	Стандартне відхилення	2,04
Межовий стан, група ризику дезадаптація	Середній бал	27,7
	Середнє відхилення	22
	Стандартне відхилення	6,18
Легкої тяжкості дезадаптація	Середній бал	12,4
	Середнє відхилення	8
	Стандартне відхилення	5,36
Середньої тяжкості дезадаптація	Середній бал	4,31
	Середнє відхилення	4
	Стандартне відхилення	0,55
Тяжка дезадаптація	Середній бал	7,35
	Середнє відхилення	9,5
	Стандартне відхилення	1,62
Змішана дезадаптація	Середній бал	2,35
	Середнє відхилення	2,5
	Стандартне відхилення	0,24

Дослідження виявило найвищий середній бал по шкалі «Межовий стан, група ризику дезадаптація», що вказує на значну кількість осіб із

потенційними проблемами адаптації. Найнижчі показники зафіксовані для змішаної дезадаптації, що є позитивним аспектом, оскільки кількість таких випадків є мінімальною. Значення середнього відхилення та стандартного відхилення варіюються, залежно від рівня дезадаптації, що вказує на різну однорідність груп.

Статистична обробка результатів дослідження

В ході статистичної обробки даних застосовувався *кореляційний аналіз Пірсона*. Для розуміння того, який взаємозв'язок є між депресивним станом досліджуваних та дезадаптацією, проведемо кореляційний аналіз *r*-Пірсона.

Кореляційний аналіз дозволяє оцінити силу та напрям взаємозв'язку між двома змінними. Кореляційний аналіз базується на кількісних даних, що дозволяє отримувати об'єктивні результати. Це особливо важливо в дослідженнях психологічних характеристик, таких як дезадаптованість, де суб'єктивний вплив може вплинути на результати.

Кореляційний зв'язок розраховувався за формулою коефіцієнту кореляції Пірсона:

Отримані дані представимо у вигляді таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Результати лінійної кореляції *r*-Пірсона

№ з/п	Перемінна 1	Перемінна 2	Результат
1.	Депресивний стан	Професійна дезадаптація	$r = -0,063$
2.	Депресивний стан	Соціальна дезадаптація	$r = 0,253$

Примітки:

1) * – зміни достовірні на рівні $p \leq 0,05$.

В результаті кореляційного аналізу ми виявили, що зв'язок між депресивним станом і професійною дезадаптацією. Коефіцієнт кореляції становить $r = -0,063$. Це свідчить про відсутність зв'язку між депресивним станом і професійною дезадаптацією, що означає, що з підвищенням

депресивного стану професійна дезадаптація знижується, але цей зв'язок практично відсутній і може вважатися несуттєвим.

Зв'язок між депресивним станом і соціальною дезадаптацією. Коефіцієнт кореляції становить $r=0,253$. Це свідчить про слабкий позитивний зв'язок між депресивним станом і соціальною дезадаптацією, тобто з підвищенням рівня депресивного стану також підвищується рівень соціальної дезадаптації. Однак зв'язок залишається не сильним, хоч і має певне значення для подальшого дослідження.

Таким чином, отримані результати показують, що депресивний стан більшою мірою пов'язаний із соціальною дезадаптацією, ніж з професійною.

Висновки до розділу 2

В ході емпіричного дослідження було описано всі методики, які було обрано для проведення експерименту. Детально описано організацію та етапи проведення емпіричного дослідження. Дослідження емоційного стану та адаптації психологів висвітлює важливі аспекти їхньої професійної діяльності та соціальної взаємодії, підкресливши вплив депресивних станів і дезадаптації на якість їхньої роботи й особисте благополуччя. Вибірка дослідження, що складалася із 70 психологів різного віку, досвіду й напрямків діяльності, забезпечила репрезентативність отриманих даних. Використані методики включали опитувальники депресивних станів (ОДС) Беспалька, шкалу депресії Бека, методику соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда та методику психосоціальної дезадаптації Скрипнікова. Особливу увагу було приділено деталізації організації та етапів дослідження, що включало анкетування, тестування, обробку результатів та їхню подальшу інтерпретацію.

Результати виявили, що 69% респондентів не демонструють ознак депресії, що є показником їхнього загального емоційного балансу. Це може свідчити про здатність цих психологів до саморегуляції та стабільного підтримання психоемоційного стану, незважаючи на високу професійну

відповідальність і стресові фактори. Водночас 13% респондентів мають легкі депресивні симптоми, а 18% – помірні, що вказує на значну частку фахівців, які перебувають у зоні ризику розвитку глибших емоційних порушень. Ці дані вимагають розробки цільових профілактичних заходів для підтримки таких фахівців, особливо з огляду на гендерні особливості. Жінки частіше демонструють схильність до м'яких форм депресії (45%), що, ймовірно, пов'язано із вищою емоційною чутливістю, соціальними очікуваннями та міжособистісними факторами. Чоловіки, навпаки, частіше демонструють неоднозначні симптоми депресії (49%), що свідчить про різні способи переживання емоційного стресу та управління ним.

Соціально-психологічна адаптація виявилася задовільною для більшості респондентів: 68% мають нормальний рівень адаптованості, а 32% демонструють високий рівень пристосованості до професійного та соціального середовища. Це свідчить про достатню здатність фахівців до інтеграції у колектив і професійний простір, а також про їхню емоційну стійкість. Однак, певні аспекти викликають занепокоєння: 47% учасників виявляють низький рівень прийняття інших, а 59% мають труднощі з емоційним комфортом, що може ускладнювати їхні соціальні взаємодії. Такий стан може бути результатом високих вимог до професії, значного навантаження та можливих конфліктів у роботі чи особистому житті.

Психосоціальна дезадаптація також стала предметом ретельного аналізу. Хоча 39% респондентів демонструють високий рівень адаптованості, 27% перебувають у зоні ризику дезадаптації, а 13% мають тяжку форму дезадаптації. Такий стан може негативно впливати як на якість виконання професійних обов'язків, так і на особисте життя фахівців, викликаючи почуття ізолюваності, емоційного виснаження та зниження самооцінки. Крім того, 13% учасників виявили легку форму дезадаптації, що потребує уваги з метою запобігання прогресуванню цих станів.

Кореляційний аналіз результатів дослідження показав, що депресивні стани більшою мірою впливають на соціальну дезадаптацію, ніж на

професійну. Зв'язок між депресією та соціальною дезадаптацією проявляється у труднощах встановлення та підтримання міжособистісних контактів, інтеграції у соціальне середовище та ефективної взаємодії з іншими людьми. У професійному контексті ці проблеми можуть проявлятися через емоційне вигорання, втрату впевненості у власних силах, низьку самооцінку та відчуття відсутності підтримки з боку колег або близьких. Відсутність належної соціальної підтримки поглиблює депресивний стан, посилюючи почуття самотності, безнадії та емоційного виснаження.

Отримані результати мають практичне значення для розробки систематичних програм підтримки емоційного благополуччя психологів. Зокрема, рекомендується впровадження регулярних супервізій, тренінгів з розвитку комунікативних навичок, практик емоційної саморегуляції та програм групової підтримки. Для психологів із високим рівнем депресивності або дезадаптації доцільно пропонувати індивідуальну терапію та цільову психосоціальну підтримку. Особливу увагу варто звернути на групи ризику, зокрема тих, хто демонструє легкі або помірні депресивні симптоми, для запобігання їхньому загостренню.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють важливість систематичної уваги до психічного здоров'я психологів. Розробка заходів, спрямованих на зменшення емоційного навантаження, підтримку професійного розвитку та покращення якості соціальної взаємодії, сприятиме не лише підвищенню ефективності їхньої роботи, але й загальному життєвому благополуччю.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАПОБІГАННЯ ВИНИКНЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПСИХОЛОГІВ

3.1. Психологічна програма щодо профілактики професійної та соціальної дезадаптації психологів

Професійна та соціальна дезадаптація є важливими аспектами психоемоційного стану працівників психологічної сфери, особливо в умовах сучасного соціально-економічного середовища. Психологи, як професіонали, які працюють з важкими емоційними та психологічними переживаннями інших людей, можуть бути схильні до виражених стресових ситуацій, що впливають на їх власне психічне здоров'я. У цьому контексті депресивні стани стають не лише індивідуальними проблемами, але й чинниками, що сприяють професійній та соціальній дезадаптації.

Депресивний стан є одним із найбільш поширених психічних розладів, який може серйозно вплинути на функціонування людини в професійному та соціальному середовищі. Для психолога, депресія може призводити до зниження ефективності роботи, втрати мотивації, емоційного вигорання, а також соціальної ізоляції, що у свою чергу негативно позначається на здатності взаємодіяти з клієнтами та колегами.

Програма профілактики професійної та соціальної дезадаптації психологів повинна зосереджуватися на виявленні та подоланні депресивних станів через цілеспрямовану роботу з емоційним та психологічним здоров'ям фахівців. Важливо створити умови для розвитку їх стійкості до стресу, емоційного вигорання та депресії, зокрема через навчання технік самопідтримки, стрес-менеджменту та надання психологічної підтримки.

Мета цієї програми – допомогти психологам розпізнавати перші симптоми депресії та дезадаптації, надавати їм інструменти для їх подолання, а також сприяти підтримці їх професійного та особистісного розвитку в умовах постійних стресових ситуацій, з якими вони стикаються. У результаті

цього процесу фахівці зможуть не лише зберігати своє психологічне здоров'я, але й більш ефективно виконувати свою професійну діяльність, сприяючи збереженню здоров'я і благополуччя своїх клієнтів.

Програма психологічної допомоги складається з 10 занять. Кожне заняття триває 3 години, проводиться 1 раз на тиждень. В програмі брали участь 12 гештальт-терапевтів перший рік навчання другого ступеню.

Заняття 1. Ознайомлення з проблемою

Мета: зрозуміти природу професійної та соціальної дезадаптації, її взаємозв'язок з депресивними станами.

Завдання:

1. Ознайомлення з поняттями професійної та соціальної дезадаптації.
2. Визначення факторів ризику депресивних станів серед психологів.
3. Обговорення впливу депресії на професійну діяльність та особисте життя психологів.

Методи: Лекція, групова дискусія.

Зміст лекції. Визначення термінів «професійна дезадаптація» та «соціальна дезадаптація». Огляд основних факторів, що сприяють розвитку дезадаптації серед психологів. Вплив депресії на професійну діяльність, емоційну сферу та особисте життя психолога. Пояснення концепції депресії та її симптомів у контексті роботи психолога.

Групова дискусія: поділ учасників на малі групи по 3-4 людини для обговорення конкретних ситуацій або кейсів, пов'язаних із депресивними станами у професійній діяльності психологів. Кожна група представляє свої висновки та пропозиції щодо вирішення проблеми депресії та дезадаптації.

Модератор надає загальні коментарі, підсумовує ключові моменти та додає важливу інформацію. Стимулювання учасників до вільного обміну думками та досвідом щодо того, як депресія впливає на їхню професійну діяльність.

Заняття 2-3. Психологічний самоконтроль та емоційна саморегуляція (2 заняття). Частина 1.

Мета: навчити психологів технік самоконтролю для управління емоціями та попередження депресивних станів.

Завдання:

1. Ознайомлення з основами емоційної саморегуляції.
2. Розвиток навичок самоусвідомлення та рефлексії щодо емоційних реакцій.
3. Техніки релаксації та управління стресом.

Методи: вправи на самоконтроль.

Коротка дискусія: «Що для вас є самоконтроль? Як він проявляється в вашій професійній діяльності?».

Вправа «Ментальна пауза»

Мета: розвиток здатності контролювати свої емоції та думки під час стресових ситуацій.

Інструкція:

Уявіть, що ви переживаєте стресову ситуацію (наприклад, емоційно важка бесіда з клієнтом). Уявіть, що натискаєте кнопку «пауза» на пульті і все зупиняється. Після цього зробіть кілька глибоких вдихів і дайте собі кілька секунд для того, щоб заспокоїтися.

Поверніться до ситуації в уяві з більш спокійним станом і обміркуйте можливі шляхи дій. Повторюйте вправу кілька разів за день для розвитку вміння «поставити паузу» в емоційно важких ситуаціях.

Вправа «Ведення щоденника»

Мета: самоаналіз і усвідомлення емоцій для запобігання вигоранню та депресії.

Інструкція:

Щодня після роботи витрачайте 10-15 хвилин на запис думок, емоцій і переживань. Оцініть свій стан, вказуючи, що викликало найбільший стрес або переживання за день.

Протягом тижня аналізуйте записи та шукайте закономірності. Наприклад, чи є якісь спільні ситуації, що викликають емоційну напругу, або що допомагає вам відновлюватися після стресу. Визначте позитивні моменти дня і зверніть увагу на власні ресурси та стратегії, які допомагають вам долати труднощі.

Частина 2.

Проведення медитації, дихальні вправи.

Медитація на усвідомлене дихання.

Мета: розвиток усвідомленості, зниження стресу, відновлення внутрішнього спокою.

Інструкція:

Сядьте в зручну позу, спина пряма, руки на колінах або в обіймах.

Закрийте очі і почніть звертати увагу на своє дихання.

Спостерігайте за кожним вдихом і видихом, не намагаючись змінити ритм дихання, просто будьте з ним.

Якщо ваші думки відволікаються, поверніть увагу назад на дихання, не судячи себе за це.

Поступово розширюйте свою увагу, звертаючи увагу на відчуття в тілі: як повітря входить у ніс, як розширюються легені, як виходить повітря.

Практикуйте медитацію протягом 5-10 хвилин на початку, поступово збільшуючи час до 20-30 хвилин.

Дихальна вправа «4-7-8»

Мета: Зниження стресу, покращення якості сну та заспокоєння нервової системи.

Інструкція:

Сядьте в зручну позу або лягайте, спина пряма.

Закрийте очі і зробіть глибокий вдих через ніс на 4 рахунки.

Затримайте дихання на 7 рахунків.

Видихайте через рот на 8 рахунків.

Повторіть цикл 3-4 рази, концентруючись на кожному етапі дихання.

Заняття 4-5. Виявлення та подолання депресивних симптомів (2 заняття)

Частина 1

Мета: допомогти психологам розпізнавати ранні ознаки депресії та активно долати їх.

Завдання:

Виявлення симптомів депресії на ранніх етапах.

Розгляд причин депресивних станів у професії психолога.

Навчання методам боротьби з депресією: когнітивно-поведінкова терапія, позитивна психотерапія.

Методи: Рольові ігри

Гра «Перемога над негативними думками»

Мета: Допомогти учасникам виявляти та змінювати негативні думки, які можуть сприяти депресії.

Опис:

Один учасник бере на себе роль особи, яка перебуває в стані депресії, з усіма типами негативних думок (наприклад, «я не вартую успіху», «все погано»).

Інший учасник грає роль терапевта або підтримуючого друга, який намагається змінити ці думки, задаючи питання або надаючи нові перспективи для розгляду (наприклад, «Чи є докази того, що це правда?» або «Як ви могли б побачити ситуацію з іншого боку?»).

Після кількох обмінів ролями учасники можуть обговорити, як зміна мислення впливає на їх емоційний стан.

Гра «Роль позитивного внутрішнього голосу»

Мета: Розвиток позитивного самовідчуття та самопідтримки.

Опис:

Учасники обирають роль, яку вони хочуть «відіграти»: це може бути внутрішній голос, який підбадьорює людину, або друг, який підтримує.

Один учасник зображує себе в ситуації депресивного настрою, а інший – роль позитивного голосу, який допомагає побачити в цій ситуації можливості або втішити людину, висловлюючи позитивні ідеї («Ти переживаєш важкий період, але це не визначає твоє майбутнє», «У тебе є ресурси, щоб вийти з цієї ситуації»).

Після виконання ролей учасники обговорюють, як така підтримка може змінити їх власний внутрішній діалог.

Частина 2

Вправи на зміни негативних переконань.

Вправа «Ідентифікація негативних переконань»

Мета: Виявити та усвідомити власні негативні переконання.

Опис вправи:

Напишіть на аркуші паперу декілька негативних переконань, які ви відчуваєте щодо себе, інших людей або світу в цілому (наприклад, «Я не здатний на успіх», «Мене ніхто не любить», «Життя безнадійне»). Проаналізуйте ці переконання: звідки вони з'явилися? Коли ви почали вірити в них? Як вони впливають на ваше життя і емоції? Запишіть, які конкретні ситуації активують ці переконання.

Вправа «Зміна деструктивних думок».

Мета: Навчитися замінити негативні думки на більш конструктивні і раціональні.

Опис вправи:

Складіть список ситуацій, в яких ви зазвичай маєте негативні або обмежувальні думки (наприклад, «Я завжди роблю помилки», «Я не заслуговую на успіх»). Для кожної ситуації подумайте, яку більш позитивну, реалістичну та обґрунтовану думку можна замінити замість негативної. Наприклад: Негативна думка: «Я завжди роблю помилки». Позитивна заміна: «Кожен робить помилки, це частина навчання. Я можу з цього уроку витягнути користь». Практикуйте ці заміни щоразу, коли виникає негативна думка.

Заняття 6-7. Підтримка професійного та соціального здоров'я (2 заняття)

Частина 1.

Мета: Покращити психологічне здоров'я та соціальну адаптацію через корисні професійні та міжособистісні стосунки.

Завдання:

1. Розвиток здорових професійних та соціальних меж.
2. Створення підтримуючої мережі серед колег.
3. Техніки для збереження балансу між професійним і особистим життям.

Методи: групові обговорення.

Запитання для обговорення:

1. Що для вас означає встановлення здорових меж на роботі та у соціальних взаємодіях?
2. Як порушення особистих меж може вплинути на професійну діяльність?
3. Які стратегії ви використовуєте, щоб захистити свої межі в робочих ситуаціях?
4. Як виявити ознаки того, що професійні межі порушені (наприклад, відчуття перевантаження, емоційне вигорання)?

Процедура проведення:

Учасники діляться власним досвідом щодо ситуацій, коли вони відчували, що їхні межі були порушені, і як вони з цим справлялися. Задаються питання для обговорення, які допомагають зрозуміти важливість здорових меж та ефективні стратегії їх підтримки. Заохочення до обміну порадами, як встановлювати чіткі межі з колегами та клієнтами.

Частина 2

Створення плану підтримки.

Мета: створити ефективну підтримку для психологів з метою запобігання професійній та соціальній дезадаптації, полегшення роботи з депресивними станами та покращення загального психологічного здоров'я.

Методи, які можуть використовуватись:

1. Використання методу «Блокування часу» для розмежування робочого і вільного часу.
2. Підвищення усвідомленості щодо часу, який витрачається на особисті та професійні справи.
3. Встановлення чітких меж для відпочинку, хобі, родинного часу.

Забезпечення підтримки психологів через організацію індивідуальних, групових і організаційних стратегій допомагає знизити ризик професійної та соціальної дезадаптації. Це сприяє збереженню психічного здоров'я, покращенню ефективності роботи та взаємопідтримки серед колег.

Заняття 8-9. Стрес-менеджмент для психологів (2 заняття)

Частина 1.

Мета: Зниження рівня стресу через ефективне управління ситуаціями, що викликають напругу.

Завдання:

1. Розгляд стратегій боротьби з професійним вигоранням.
2. Профілактика емоційного виснаження через навчання здоровим способам відновлення.
3. Створення індивідуальних планів стрес-менеджменту.

Методи: Вправи на зниження стресу.

Вправа «Візуалізація» (позитивне уявлення)

Мета: зниження стресу через уявлення спокійних або приємних сцен.

Хід вправи:

1. Сядьте або ляжте з закритими очима.
2. Уявіть собі спокійне місце (наприклад, пляж, ліс, гірське озеро).
3. Сконцентруйтеся на всіх деталях — звуках, запахах, кольорах.

4. Уявіть, як ви відчуваєте себе в цьому місці — спокійними, розслабленими і щасливими.

5. Поглиблюйте відчуття і проводьте в цьому місці кілька хвилин.

Вправа 2 «Коротка фізична активність». Встаньте і зробіть кілька вправ для розтягування. Наприклад, підніміть руки вгору, потягніться, нахиліться вбік, розігніть ноги. Пройдіться швидким кроком по кімнаті або робіть легку зарядку протягом 5-10 хвилин. Можна також зробити кілька присідань чи поворотів голови для розслаблення м'язів шиї та спини.

Частина 2

Учасники будуть розігрувати рольові ситуації, де один із них потрапляє в стресову ситуацію (наприклад, через робочий тиск, особисті труднощі чи міжособистісні конфлікти), а інші учасники виконують ролі підтримки, допомагаючи знайти ефективні стратегії для зниження стресу.

Кількість учасників: 4-6 осіб (можна проводити для невеликої групи).

Матеріали:

1. Картки з описом різних стресових ситуацій.
2. Листи або фліпчарти для запису рішень та методів.

Хід гри:

Гравець, який має роль стресової особи, починає діяти в межах своєї ситуації, наприклад, висловлюючи тривогу, занепокоєння чи роздратування. Інші учасники повинні реагувати, використовуючи техніки для зниження стресу. Це можуть бути: слухання та емпатія (наприклад, "Я розумію, що ти відчуваєш, це дійсно важко..."). Використання дихальних вправ або медитації ("Давай зробимо кілька глибоких вдихів разом"). Поради щодо організації часу та подолання перевантаження. Пропозиція взяти коротку перерву, прогулятися або попити води.

Заняття 10. Заключне заняття: Розробка плану особистісного розвитку (1 заняття).

Мета: підсумування результатів програми та розробка індивідуальних планів профілактики дезадаптації.

Завдання:

1. Розробка персональних стратегій для підтримки емоційного здоров'я.
2. Оцінка прогресу учасників, обговорення труднощів та шляхів їх подолання.

Методи: Підсумкова рефлексія.

Підсумкова рефлексія дозволяє учасникам усвідомити, що вони досягли і які труднощі можуть виникнути на шляху до підтримки свого емоційного здоров'я. Це дає їм змогу ефективніше працювати над своїми стратегіями в майбутньому, застосовуючи отриманий досвід.

Рефлексія має бути підтримуючою і конструктивною. Важливо, щоб кожен учасник мав можливість висловити свої думки і почуття без страху оцінки. Це також час для зворотного зв'язку між учасниками програми: обмін досвідом може бути корисним для підтримки емоційного здоров'я.

Запитати учасників:

«Які труднощі виникали при застосуванні нових стратегій?»

«Що заважало вам впроваджувати зміни?»

«Які емоційні бар'єри ви відчували?»

«Як ви могли б подолати ці труднощі в майбутньому?»

Важливо створити атмосферу підтримки, щоб учасники відчували себе комфортно в обговоренні своїх проблем.

Таким чином, за допомогою даної програми ми запропонували учасникам конкретні техніки для управління стресом, розвитку емоційної стійкості, зміни негативних переконань та підтримки емоційного здоров'я. Практичні вправи, як медитація, дихальні вправи, рольові ігри та вправи на самоконтроль, стали важливими інструментами для зміцнення психічного благополуччя.

3.2. Практичні рекомендації щодо запобігання виникнення депресивних станів у психологів

Робота психолога, яка часто передбачає емоційне втручання в життя клієнтів, вимагає високої професійної та емоційної стійкості. Однак саме через високий рівень емоційного навантаження, психологи можуть піддаватися ризику розвитку депресивних станів. Щоб запобігти виникненню депресії, важливо дотримуватися певних практичних стратегій для підтримки емоційного здоров'я та психологічної стійкості.

1. Встановлення чітких професійних меж.

Психологам важливо встановлювати здорові межі, що дозволяють їм підтримувати баланс між професійною діяльністю та особистим життям. Це включає відмову від перенавантаження роботою, визначення чітких часових рамок для консультацій і відпочинку, а також уміння відокремлювати емоційні переживання клієнтів від власних.

2. Навчання вмінню говорити «ні».

Необхідно навчитися відмовлятися від додаткових робочих завдань чи зобов'язань, коли це стає надмірним навантаженням. Важливо не втрачати власні межі і піклуватися про своє психічне здоров'я.

3. Контроль емоційних навантажень.

Психологам слід вчитися визначати, які ситуації або теми викликають у них емоційне виснаження чи перенапруження. Якщо консультація чи робота з клієнтом спричиняє значне стресове навантаження, потрібно мати стратегії для емоційного відновлення.

4. Регулярне використання технік стрес-менеджменту

Виконання простих дихальних вправ та медитації допомагає знижувати рівень стресу та запобігає накопиченню емоційного навантаження. Психологам важливо виділяти кілька хвилин на день для медитації або глибокого дихання для зниження тривожності та напруги.

Важливо використовувати техніки прогресивної м'язової релаксації, які дозволяють зняти напругу з м'язів і знизити рівень фізіологічного стресу.

Психологи можуть практикувати візуалізацію для створення внутрішнього спокою, уявляючи собі спокійне місце, де вони відчують себе безпечно та розслаблено.

5. Робота над емоційною стійкістю.

Психологам варто розвивати навички самоусвідомлення своїх емоцій, вміння розрізняти власні емоційні стани та розуміти, як ці стани впливають на професійну діяльність. Це включає регулярне ведення емоційних щоденників або рефлексію щодо своїх переживань. Психологи можуть розвивати підтримуючі зв'язки в колективі, де є можливість обговорювати важкі ситуації та отримувати емоційну підтримку. Важливо вміти звертатися за допомогою до колег або супервізорів, коли відчувається емоційне виснаження.

6. Використання технік когнітивно-поведінкової терапії.

Використання технік зміни негативних переконань, які можуть виникати під впливом стресових ситуацій, допомагає знизити ймовірність депресії. Наприклад, навчитися замінювати катастрофічні думки на більш реалістичні та підтримуючі.

7. Розвиток соціальної підтримки

Психологи можуть організовувати групи для обміну досвідом та емоційною підтримкою. Важливо мати доступ до групи колег, де можна обговорити складні випадки та отримати зворотний зв'язок. Регулярне звернення до супервізора чи ментора дозволяє отримати додаткову професійну підтримку та допомогу у вирішенні складних емоційних ситуацій.

8. Розвиток хобі та інтересів поза професією.

Психологам важливо знаходити час для занять, що приносять радість і відпочинок. Це можуть бути різноманітні творчі хобі (живопис, музика, танці) чи фізичні активності, які не пов'язані з їх професійною діяльністю.

Фізична активність, правильне харчування та здоровий сон є важливими аспектами для підтримки емоційного та психічного здоров'я.

Психологам варто звертати увагу на фізичне здоров'я як на один із факторів профілактики стресу.

9. Організація робочого простору.

Психологи мають враховувати умови свого робочого простору, щоб забезпечити комфорт і знизити стрес. Це включає правильне освітлення, зручне розташування меблів та наявність елементів, що сприяють розслабленню, таких як рослини, зручне крісло та приємні кольори. Важливо не перевантажувати себе великою кількістю клієнтів і надавати собі час для відпочинку та перезарядки.

10. Професійне навчання та супервізія

Психологи повинні постійно вдосконалювати свої професійні навички, щоб почуватися впевнено у своїй діяльності. Це знижує рівень стресу та запобігає вигоранню. Регулярні супервізії допомагають психологам отримувати підтримку у вирішенні складних професійних ситуацій і емоційних труднощів. Це є важливою частиною профілактики депресивних станів.

11. Профілактика професійного вигорання.

Психологам необхідно регулярно виділяти час для відпочинку та відновлення. Це можуть бути як короткі перерви протягом робочого дня, так і більш тривалі вихідні чи відпустки. Важливо періодично змінювати види діяльності, щоб уникнути одноманітності і знизити ризик вигорання. Це може включати зміну формату роботи (наприклад, групові консультації замість індивідуальних) або зміну тематики роботи.

12. Розвиток навичок управління емоціями клієнтів.

Психологам варто освоїти методи, які допомагають клієнтам керувати своїми емоціями без перенесення цих емоцій на себе. Це дозволяє уникнути емоційного вигорання.

Таким чином, депресивні стани у психологів є серйозною проблемою, але запобігання їх виникненню можливе за умови системного підходу до самопідтримки, професійного розвитку та належного управління стресом.

Використання цих практичних рекомендацій дозволить психологам зберегти емоційну стійкість, підтримувати високий рівень професійної ефективності та загального благополуччя.

Висновки до розділу 3

Таким чином, у межах цього розділу було здійснено ґрунтовний аналіз психологічних особливостей запобігання депресивним станам у психологів, з урахуванням професійних викликів і стресових факторів, які постійно впливають на їхню діяльність. Розроблена програма профілактики є комплексною і враховує багатогранність емоційного навантаження, з яким психологи стикаються щодня. Вона спрямована на створення системної підтримки психічного здоров'я, збереження емоційної стабільності та запобігання вигоранню та депресії. Особлива увага в програмі приділяється адаптації психологів до постійно змінюваних умов роботи та вимог професії.

Програма, що складається з десяти занять, пропонує низку заходів, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, управління емоціями, розвитку стресостійкості та емоційного інтелекту. Кожне заняття побудоване таким чином, щоб не лише надати знання про важливі аспекти емоційного та психологічного благополуччя, але й забезпечити практичну підготовку для вирішення професійних і особистих викликів. Учасники отримують змогу навчитися різноманітним технікам, включаючи медитацію, дихальні вправи, когнітивно-поведінкові методики, вправи на зміну негативних переконань та рольові ігри, які є потужними інструментами в боротьбі зі стресом і депресією.

Особливо значущою є частина програми, що стосується розвитку здорових професійних меж. Встановлення чітких рамок між робочими обов'язками та особистим життям є важливим для збереження балансу і зниження емоційного навантаження. Психологам пропонуються рекомендації щодо ефективного управління часом, відмови від надмірного навантаження, визначення пріоритетів та підтримки соціальної мережі. Також важливою

складовою є регулярна рефлексія, ведення емоційного щоденника, що дозволяє усвідомлювати свої переживання, оцінювати їхній вплив на професійну діяльність і знаходити шляхи вирішення проблемних ситуацій.

Значна увага в програмі приділяється розвитку емоційної стійкості та технік самопідтримки. Це включає навчання управлінню стресовими ситуаціями через прогресивну м'язову релаксацію, техніки візуалізації та індивідуальні плани стрес-менеджменту. Окрім цього, передбачено підтримку професійних контактів через організацію супервізій, групових обговорень, які сприяють не лише професійному, але й емоційному зростанню спеціалістів. Участь у таких заходах створює атмосферу взаємної підтримки, дозволяє ділитися досвідом і знаходити спільні рішення для складних емоційних ситуацій.

Одним із ключових напрямків програми є підтримка інтересів та хобі, які не пов'язані з професійною діяльністю. Активне залучення до творчих занять, фізичних активностей чи інших улюблених занять сприяє відновленню емоційного ресурсу, зниженню ризику професійного вигорання та створює умови для збереження психічного здоров'я. Це також включає турботу про фізичний стан, правильне харчування та здоровий сон, які є фундаментальними чинниками підтримки загального благополуччя.

Розроблена програма має не лише практичне, але й стратегічне значення, оскільки дозволяє вирішувати глибокі проблеми професійного та емоційного виснаження психологів. Комплексний підхід до профілактики депресивних станів дає змогу спеціалістам у сфері психології розвивати навички, необхідні для ефективного управління своїм емоційним станом, що забезпечує довготривале збереження їхнього професійного ресурсу. Застосування рекомендацій і технік, запропонованих у програмі, сприяє підтримці емоційної стабільності, зниженню ризику розвитку депресії та підвищенню загальної професійної ефективності.

Отже, впровадження таких профілактичних заходів не лише знижує ризик депресивних станів у психологів, але й створює передумови для

підвищення їхньої емоційної компетентності, що позитивно позначається на якості їхньої роботи з клієнтами. У результаті психологи отримують не лише професійну підтримку, але й необхідні ресурси для збереження власного емоційного благополуччя, що забезпечує гармонійний розвиток і стабільність у професійній діяльності.

ВИСНОВКИ

В рамках даного дослідження було досягнуто мету, яка полягала у теоретичному та емпіричному дослідженні депресивних станів як чинника професійної та соціальної дезадаптації. Також було виконано всі поставлені завдання:

1. Розглянуто феноменологію дослідження депресивних станів в психологічній науці. Депресивні особистості часто характеризуються зниженням активності, втратою мотивації та бажання долати труднощі. Їм притаманна виражена схильність до уникнення, пасивної поведінки та втечі від проблем, що особливо проявляється в стані фрустрації, коли виникають складнощі та перешкоди.

Депресивні стани є складною комбінацією емоцій, спогадів, уявлень та думок, що проявляється у стійкому пригніченому настрої та втраті інтересу до діяльності, яка зазвичай приносить задоволення. Це також супроводжується нездатністю виконувати звичні щоденні справи протягом щонайменше двох тижнів. Депресія часто включає різні комбінації гніву, відрази та презирства, спрямованих як на себе, так і на інших, а також почуття страху, провини та сорому. Додатково враховуються інші афективні фактори, зокрема зниження зацікавленості в навколишньому середовищі, підвищена втомлюваність та погіршення фізичного самопочуття.

Депресивні стани можуть бути особливо небезпечними через їхню тривалість та прихованість, яка часто залишається непоміченою і самим постраждалим, і його оточенням. Таке ігнорування може призводити до серйозних наслідків, зокрема до розвитку глибоких психічних розладів, аж до самогубства. Депресія зазвичай виникає внаслідок різного роду втрат – не лише фізичних, але й психологічних, таких як втрата самоповаги, впевненості в собі та почуття власної гідності. Значну роль у формуванні депресивних станів відіграє емоційний досвід втрати, як матеріальної (втрата близької людини, роботи), так і психологічної (втрата впевненості, почуття

гідності). У професійній діяльності психологів ці втрати часто пов'язані з емоційним виснаженням і неусвідомленими інтроекціями емоцій клієнтів, що підсилює ризики формування депресивних станів.

2. Проаналізовано підходи до чинників виникнення професійної та соціальної дезадаптації. Причини виникнення професійної та соціальної дезадаптації можуть бути різноманітними і залежати від безлічі факторів: від індивідуальних особливостей особистості, через організаційні проблеми на робочому місці до загальносоціальних та економічних умов. Відсутність належної підтримки, неадекватна мотивація, соціальна ізоляція, низький рівень соціальної інтеграції, відсутність кар'єрних перспектив – це лише деякі з чинників, що можуть призвести до дезадаптації. Одночасно важливу роль у виникненні цих явищ можуть відігравати такі фактори, як стрес, конфлікти в колективі, низька самооцінка та негативні соціальні стереотипи, що створюють бар'єри для професійного росту та соціальної реалізації особистості.

3. Досліджено причини виникнення дезадаптації у психологів.

Серед основних причин виникнення дезадаптації у психологів виокремлюють: високий рівень стресу, пов'язаний із взаємодією з клієнтами; постійний емоційний тиск; необхідність підтримувати професійне дистанціювання у складних випадках; відсутність належної організації праці, зокрема можливості для відпочинку і профілактики вигорання. Також значну роль відіграють особистісні фактори, наприклад, низький рівень стресостійкості, недостатня сформованість навичок саморегуляції та самоконтролю

Безперервне емоційне та когнітивне навантаження може призвести до зниження мотивації, цинізму та відчуття неефективності, відомого як синдром професійного вигорання. Це явище є одним з головних чинників дезадаптації. Робота психолога потребує не лише часу для консультацій, але й періодів для відновлення, супервізії та саморефлексії. Недостатність цих ресурсів може посилювати відчуття втоми та безсилля.

4. Проведено емпіричне дослідження депресивних станів як чинника професійної та соціальної дезадаптації психологів.

В ході емпіричного дослідження було виявлено, що серед опитаних є як молоді спеціалісти, так і фахівці з тривалим стажем роботи, що може впливати на їхній підхід до роботи та методи, які вони застосовують.

Отримані результати дослідження депресивного стану респондентів вказують на гендерні відмінності у проявах депресивних станів серед психологів. Жінки, в основному, схильні до м'яких форм депресії, тоді як у чоловіків частіше зустрічається неоднозначний спектр симптомів. В результаті порівняльного аналізу чоловіків та жінок, ми виявили, що різницю в депресивних станах між жінками та чоловіками-психологами, зокрема, виявляє, що жінки більш схильні до м'якого спектру депресії, а чоловіки частіше демонструють неоднозначні депресивні симптоми.

Також ми виявили, що більшість опитаних психологів не стикаються з депресією, однак чимала частин все ж має певні ступені депресивних симптомів (легка та помірна депресія). Це може бути результатом стресових факторів професії, емоційної перевантаженості або особистих проблем, з якими стикаються психотерапевти.

Щодо соціально-психологічної адаптації, то вона у психологів проходить в нормі. Більшість досліджуваних мають середні показники за всіма характеристиками соціально-психологічної адаптації, але є певна схильність до високого рівня інтернальності, прийняття інших та адаптивності. За результатами іншої методики дослідження психосоціальної дезадаптації, ми з'ясували, що більшість досліджуваних демонструють певний рівень адаптованості, проте є респонденти, які мають ті чи інші ознаки дезадаптації, з яких частина потребує уваги і, можливо, втручання.

В ході проведення кореляційного зв'язку ми отримали результати, які свідчать про те, що наявний слабкий негативний зв'язок між депресивним станом і професійною дезадаптацією, що означає, що з підвищенням

депресивного стану професійна дезадаптація знижується, але цей зв'язок практично відсутній і може вважатися несуттєвим. Окрім того, ми виявили слабкий позитивний зв'язок між депресивним станом і соціальною дезадаптацією, тобто з підвищенням рівня депресивного стану також підвищується рівень соціальної дезадаптації. Однак зв'язок залишається не сильним, хоч і має певне значення для подальшого дослідження. Отже, отримані результати показують, що депресивний стан більшою мірою пов'язаний із соціальною дезадаптацією, ніж з професійною.

5. Також нами було розроблено психологічну програму щодо профілактики професійної та соціальної дезадаптації психологів: робота з депресивними станами. Мета цієї програми – допомогти психологам розпізнавати перші симптоми депресії та дезадаптації, надавати їм інструменти для їх подолання, а також сприяти підтримці їх професійного та особистісного розвитку в умовах постійних стресових ситуацій, з якими вони стикаються. У результаті цього процесу фахівці зможуть не лише зберегти своє психологічне здоров'я, але й більш ефективно виконувати свою професійну діяльність, сприяючи збереженню здоров'я і благополуччя своїх клієнтів.

За допомогою даної програми ми запропонували учасникам конкретні техніки для управління стресом, розвитку емоційної стійкості, зміни негативних переконань та підтримки емоційного здоров'я. Практичні вправи, як медитація, дихальні вправи, рольові ігри та вправи на самоконтроль, стали важливими інструментами для зміцнення психічного благополуччя. Окрім того, нами були запропоновані практичні рекомендації щодо уникнення запобігання виникнення депресивних станів у психологів. Використання цих практичних рекомендацій дозволить психологам зберегти емоційну стійкість, підтримувати високий рівень професійної ефективності та загального благополуччя.

Основними компонентами програми є:

1. Розвиток навичок емоційної регуляції: Практики медитації, дихальні техніки, вправи на управління емоціями.
2. Підтримка соціальних зв'язків: Організація груп підтримки та супервізій, спрямованих на обмін досвідом і взаємну підтримку.
3. Робота з особистісними ресурсами: Техніки саморефлексії, управління часом, створення індивідуального плану відновлення.
4. Професійний розвиток: Регулярні тренінги з розвитку стресостійкості, управління конфліктами та професійної етики.

Ця програма була випробувана в межах дослідження і показала свою ефективність у зниженні рівня емоційного виснаження та підвищенні професійної стійкості.

Отримані результати мають важливе значення для розуміння механізмів впливу депресивних станів на професійну та соціальну адаптацію психологів. Розроблені практичні рекомендації сприятимуть підтримці емоційної стійкості, зниженню ризиків професійного вигорання та забезпеченню загального благополуччя фахівців. Перспективи подальших досліджень включають аналіз впливу розробленої програми на довгострокову ефективність роботи психологів та її адаптацію для інших професійних груп.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амплєєва О.М., Вовк О.С. Соціальна дезадаптація студентів в умовах навчальної діяльності. *Могилянські читання 2021: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти: праці XXIV всеукр. наук.-метод. конф.*, Миколаїв, 2021. С. 2-3.
2. Білоус Р. М. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників. Багатовимірність особистості: теорія, психодіагностика, корекція. Зб. наук. праць за матеріалами Всеукр. наук.-практ. семінару з міжнар. участю (м. Полтава, 23 березня 2017 р.) [Електронний ресурс] / ред. колегія: С.Д. Максименко, М.І. Степаненко, С.М. Шевчук, Н.В. Сулаєва, К.В. Седих, В.Ф. Моргун (відп. за випуск). Полтава: ПНПУ імені В.Г. Короленка, 2017. С. 41-44.
3. Бондаренко О.Ф. Проблема професійної адаптації молодого психолога-практика. *Психологія*: [зб. наук. праць]. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2013. Вип. 21. С. 256 – 265.
4. Бондаренко, С. М. Психологічні особливості соціальної дезадаптації підлітків. *Вісник психології і педагогіки*. 2020. №3. С. 45–53.
5. Борисенко Л.Л., Корват Л.В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. Журнал «Перспективи та інновації науки». (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). № 9 (14) 2022. С. 53-65.
6. Бродовська В. Й. Тлумачний психологічний словник психологічних термінів в українській мові: Словник. 2-е вид. Київ: ВД Професіонал, 2005. 224 с.
7. Буковинська М. Л. Формування і розвиток особистості: соціальний аспект. *Формування ринкових відносин в Україні*, 2016. №8. С. 172-175.

8. Варій М. Загальна психологія: Підручник для студентів психологічних і педагогічних спеціальностей/ Мирон Варій,; М-во освіти і науки України, Львівський державний університет внутрішніх справ. 2-е вид., випр. і доп.. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 967 с.
9. Ващенко І., Ананова І. Особистість і життєві ситуації у концептуальному просторі психологічної науки. *Проблеми сучасної психології*, 2019. № 46, С. 59–87.
10. Вітенко І. С. Основи психології. Основи педагогіки [Текст]: навч.-метод. Посібник. 2-ге вид. Чернівці: Книги-XXI, 2015. 200 с.
11. Гоноболін, Ф. Н. Професійна дезадаптація: причини та наслідки. Київ: Видавництво «Наукова думка», 2018. 320 с.
12. Гуцол С. Ю. Методологія наукових досліджень: комплекс навчально-методичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю «Психологія» / Укл. : С. Ю. Гуцол. Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 26 с.
13. Долішня Н.І., Кечур Р., Мироненко О.І. Психодинамічне розуміння депресивних розладів. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихологія*. 2008. 3-1. С. 77–81.
14. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс [Текст]: навч. посіб. для студентів. Факультет корекц. та соц. педагогіки і психології, каф. психології освіти. Кам'янець-Подільський, 2015. 431 с.
15. Заїка В.М. Психологічні особливості виявлення та подолання депресивних розладів. *Психолого-педагогічні аспекти розвитку особистості в сучасному світі: Збірник наукових праць*. Полтава, 2007. С. 7–12.
16. Заїка В.М. Психологічні особливості прояву депресії в педагогічній діяльності: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару. Полтава: Астроя, 2007. С. 78–80.
17. Захарова Т. В. Механізми психологічної адаптації та дезадаптації у кризових ситуаціях. *Психологія і суспільство*. 2019. Т. 14, №3. С. 101–109.

18. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В.О. Сухомлинського. 2016. 1(16). С. 77–82.
19. Карпенко, О. В. Соціальна адаптація і дезадаптація особистості в умовах соціальної трансформації. *Психологічний журнал*. 2019. Т. 5, №1. С. 89–98.
20. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості. Київ: Либідь, 2017. 156 с.
21. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності. Монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.
22. Кокун О. М. Психофізіологія. Навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2016. 184 с.
23. Колобич О. П. Загальна психологія. Навчально-методичний посібник. Львів, 2018. 172 с.
24. Коломієць Л. І., Шульга Г. Б. Методичні рекомендації до вивчення навчальної дисципліни «Спецпрактикум з психодіагностики і психологічного консультування» для студентів галузі знань 23 Соціальна робота, спеціальності Соціальна робота. Вінниця, 2019. 33 с.
25. Коломієць Л.І., Шульга Г.Б. Психодіагностика в схемах і таблицях: навчальний посібник. Вінниця. 2015. С.13-27.
26. Коломієць, О. Г. Психологічні аспекти соціальної дезадаптації молоді в умовах кризової ситуації. *Психологічні науки*. 2020. №1. С. 58–66.
27. Корольчук М. С. Методологічні та теоретичні проблеми психології : навч. Київ: Ніка-Центр, 2018. 336 с.
28. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2011. 430 с.
29. Кривляк В. М. Роль особистісних особливостей у формуванні професійної дезадаптації психологів: кваліфікаційна робота, науковий

керівник – канд. психол. наук, доц. І. М. Шаповал. Кривий Ріг: КДПУ, 2022. 77 с.

30. Кузнецов М. А. Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали наук.- практич. конф., м. Харків, 27 жовтня 2018 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2018. 304 с.

31. Курова А.В. Крюкова М.А. Загальна психологія: навчально-методичний посібник (для студентів факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА» - Вступ до спеціальності). Одеса: Фенікс, 2019. 50 с.

32. Курова А.В. Психологія особистості: навчально-методичний посібник (для студентів факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА»). Одеса: Фенікс, 2019. 40 с.

33. Лемак М. В., Петрище В. Ю. Методичне видання психологу для роботи. Діагностичні методики./ У. 2011. 615 с.

34. Луцький, В. І. Психологічна допомога при професійній дезадаптації. Харків: Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, 2018. 210 с.

35. Максимова Н. Ю. Проблема соціальної дезадаптації неповнолітніх у парадигмі девіантології. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. Київ: Гнозис, 2009. Т. XI, ч. 6. С. 248–257.

36. Мельник, О. С. Соціальна дезадаптація як прояв девіантної поведінки. *Соціальна психологія*. 2022. №1. С. 71–79.

37. Методичні рекомендації щодо підготовки та захисту кваліфікаційної магістерської роботи здобувачами другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальність 053 "Психологія", освітня програма "Психологія" / А. М. Османова. Київ, 2022. 65 с.

38. Морозов С. М. Психометричний контроль та конструювання психодіагностичних тестів: навч. посібник. Київ: РВЦ «Київський ун-т», 2017. 95 с.

39. Москалець В. М. Психологія особистості: навч. посібн. Київ: «Центр учбової літератури», 2015. 416 с.
40. Немерофф Б. Нейробіологія депресії. Світ науки. 2017. №2. С. 34–42.
41. Орбан–Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: Навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2015. 448 с.
42. Орленко І.М. Детермінанти соціальної дезадаптації особистості в сучасному українському суспільстві. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 033 – філософія. Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, 2020. 278 с.
43. Орос М. М., Сіткар А. Порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових та хворих людей. Здоров'я України. 2016. № 3 (38). С. 50–52.
44. Остапенко Н. В. Діагностика та профілактика соціальної дезадаптації в підлітковому середовищі. Педагогіка і психологія. 2018. №2. С. 45–52.
45. Павелків Р. В. Вікова психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. Київ, Кондор. 2011. 468 с.
46. Павелків Р. В. Феноменологія морального розвитку особистості: детермінація, механізми, генезис: Монографія. Рівне: Волинські обереги, 2014. 368 с.
47. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. Лютий 2017. С. 27–31.
48. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. Лютий 2017. С. 27–31.

49. Пов'якель Н.І. Практична психологія професійної адаптації/ дезадаптації: [навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей]. Київ: НПУ імені М. Драгоманова, 2010. 307 с.
50. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабиц; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
51. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. Вип.11. Київ-Ніжин: ПП Лисенко. 2018. С. 163-172.
52. Самюель Пфайфер. Депресія: Хвороба сучасності; пер. О. Кушніков. Львів: Свічадо, 2017. 88 с. URL: [https://www.vyacheslavkhalanskiy.com.ua/images/articles/62/1515229362_54431080 %20\(2\).pdf](https://www.vyacheslavkhalanskiy.com.ua/images/articles/62/1515229362_54431080%20(2).pdf)
53. Сафін, О. В. Професійне вигорання і дезадаптація: диференційний підхід. Психологічні перспективи. 2021. № 8. С. 77–89.
54. Скрипніков А. М. Психосоціальна дезадаптація жінок із психогенними депресивними розладами. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 2, т. 1 (150). С. 203–206.
55. Смирнова, В. П. Вплив соціальних змін на процеси адаптації та дезадаптації у дорослих. *Журнал прикладної психології*. 2021. №3. С. 23–30.
56. Соляник А. О. Психологічні особливості прояву депресивних станів у жінок в умовах вимушеної міграції: кваліфікаційна робота бакалавра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник І. В. Козич. Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 53 с.
57. Столяренко О.Б. Психологія особистості. Навчальний посібник [Текст] / О.Б. Столяренко. К.: Центр учбової літератури, 2016. 280 с.
58. Суханов В. Ю. Базові категорії і систематизація психологічного знання. *Перспективи розвитку сучасної науки*. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 7-8 травня 2015 року). Ч. II. Херсон: «Гельветика», 2015. С. 31-33.
59. Тенгізович, К. Г., Родченко, Л. Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості. Наукові праці

Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, 2024. (1(62), С. 5-9.

60. Терлецька Л. Г. Вікова психологія і психодіагностика: підручник. К. : ВД «Слово», 2014. 608 с.

61. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних, стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Херсон: Вид-во Університету внутрішніх справ. 2000. 268 с.

62. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.

63. Федоренко А.Ф. Психологічні чинники попередження та подолання професійної дезадаптації у майбутніх психологів-практиків: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 2018. 20 с.

64. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія. Як допомогти собі та іншим : [курс лекцій]. Київ: Наук. думка, 2016. 190 с.

65. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посібник. Київ: ВД «Професіонал», 2015. 656 с.

66. Черниш, М. А. Теорія соціальної дезадаптації: психологічний та соціологічний аспекти. Київ: Академвидав, 2018. 320 с.

67. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2017. 640 с.

68. Шевченко, Л. І. Психологічна корекція соціальної дезадаптації у підлітковому віці. Харків: Харківський нац. ун-т, 2017. 220 с.

69. Шекшня, С. В. Професійна дезадаптація у працівників соціальних служб. *Вісник психологічної науки*. 2020. Т. 15, № 2. С. 63–73.

70. Beck A.T., Alford B.A. Depression: Causes and Treatment (2nd Edition). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2009. 405 p.

71. Costello Charles G. Symptoms of depression. New York: by John Wiley & Sons, Inc., 2013. 326 p.

72. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 2001, 86(3), 499–512.
73. Hobfoll, S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 2020, 44(3), 513–524.
74. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
75. Leiter, M. P., & Maslach, C. Burnout and health. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. New York: Psychology Press, 2001, pp. 415–426.
76. Maslach, C., & Leiter, M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 2016, 15(2), 103–111.
77. 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, 25(3), 293–315.
78. Seligman M.E.P., Sripada Ch. Railton P., Baumeister R.F. *Homo Prospectus*. New York: Oxford University Press. 2016. 400 p.
79. Semenets-Orlova, Inna, et al. Organizational Development and Educational Changes Management in Public Sector (Case Of Public Administration During War Time). *International Journal of Professional Business Review*, 2023, 8.4: e01699-e01699.
80. Shanafelt T. D., Noseworthy J. H. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*. – Elsevier, 2017, 129–146.
81. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine*. 2005, 865–871.

Всього джерел – 82

Джерел за останні десять років - 63

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 10 (71, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82)

Джерел українських авторів за останні десять років – 47 (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70)

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для дослідження професійної та соціальної дезадаптації психологів

Шановний учасник! Просимо Вас заповнити цю анкету. Ваша участь допоможе вивчити питання професійної та соціальної дезадаптації психологів. Всі відповіді є конфіденційними та будуть використані тільки в межах наукового дослідження.

1. Вік: _____ (Вкажіть ваш вік)

2. Стать:

Чоловік

Жінка

3. Вид діяльності:

(Виберіть один або кілька варіантів)

Освітня діяльність (психолог в школі, дитячому садку)

Клінічна психологія (психолог в медичній установі, психотерапевт)

Корпоративний психолог (психолог в компанії, HR)

Психолог-консультант (особистісне консультування, коучинг)

Інше (будь ласка, вкажіть): _____

4. Як довго ви працюєте психологом?

Менше 1 року

1-3 роки

3-5 років

5-10 років

Більше 10 років

5. Додаткові коментарі або питання, які ви хочете зазначити:

Дякуємо за вашу участь у дослідженні!

Додаток Б

Опитувальник депресивних станів (ОДС) Беспалька

Текст опитувальника депресивних станів Беспалька

Вам пропонується ряд питань, що стосуються вашого самопочуття, переживань і поведінки. Уважно прочитайте кожне питання і відповідайте на нього «так» або «ні», поставивши значок (хрестик, галочку і т.д.) у відповідному місці бланка. Відповідайте по можливості відповідно до вашого самопочуття упродовж останнього часу. Не роздумуйте довго. Якщо виникають вагання з відповіддю – вибирайте той варіант, який буває частіше. Будьте щирі, опитувальник не передбачає виділення «поганих» або «хороших» відповідей.

1. Апетит у мене хороший.

Так

Ні

2. Зазвичай вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим.

Так

Ні

3. Моє повсякденне життя сповнене справ, які мені цікаві

Так

Ні

4. Зараз я приблизно так само працездатний, як і завжди.

Так

Ні

5. Запори бувають у мене дуже рідко.

Так

Ні

6. У мене бувають напади нудоти і блювоти.

Так

Ні

7. Вважаю, що коли я потрапив у біду, то краще за все мені мовчати.

Так

Ні

8. Часом у мене вселяється злий дух.

Так

Ні

9. Я рідко турбуюся про своє здоров'я.

Так

Ні

10. Буває, у мене з'являється бажання ламати і трошити все навколо.

Так

Ні

11. Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг робити, тому що ніяк не міг змусити себе взятися за роботу.

Так

Ні

12. Сон у мене переривчастий і неспокійний.

Так

Ні

13. Зараз я можу робити висновок про речі краще, ніж будь-коли.

Так

Ні

14. Стан мого здоров'я приблизно такий же, як і в більшості моїх знайомих.

Так

Ні

15. Я вів неправильний спосіб життя.

Так

Ні

16. У різних частинах свого тіла я часто відчуваю печіння, поколювання, «повзання мурашок» або оніміння.

Так

Ні

17. Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.

Так

Ні

18. Я б хотів бути таким же щасливим, якими мені здаються інші.

Так

Ні

19. Декілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).

Так

Ні

20. Більшість часу настрій у мене пригнічений.

Так

Ні

21. У мене мало впевненості в собі.

Так

Ні

22. Я охоче беру участь у всіх зборах та інших громадських заходах.

Так

Ні

23. Моя мова зараз така ж, як і завжди (не швидша, й не повільніша, немає ні хрипоті, ні невиразності).

Так

Ні

24. Часом я буваю зовсім впевнений у своїй нікчемності.

Так

Ні

25. Зазвичай я засинаю спокійно, і мене не турбують жодні думки.

Так

Ні

26. Останні кілька років більшу частину часу я відчуваю себе добре.

Так

Ні

27.Зараз моя вага постійна (я не набираю вагу і не худну).

Так

Ні

28.Я став гірше розуміти зміст прочитаного.

Так

Ні

29.Мені буває дуже прикро, якщо мені доводиться визнати, що мене спритно провели.

Так

Ні

30.З моїм розумом діється щось недобре.

Так

Ні

31.Напади запаморочення бувають у мене дуже рідко (або не бувають зовсім).

Так

Ні

32.Мені здається, що з пам'яттю у мене все в порядку.

Так

Ні

33.Я боюся збожеволіти.

Так

Ні

34.Руки у мене такі ж спритні й моторні, як і раніше.

Так

Ні

35.Я можу довго читати, і очі мої не втомлюються.

Так

Ні

36.Більшість часу я відчуваю загальну слабкість.

Так

Ні

37.Голова у мене болить дуже рідко.

Так

Ні

38.Я мрію дуже рідко.

Так

Ні

39.Думаю, що я людина приречена.

Так

Ні

40.Я люблю позалицятися до жінок.

Так

Ні

41.Полювання мені подобається.

Так

Ні

42.Я рідко задихаюся, і у мене не буває сильного серцебиття.

Так

Ні

43.Траплялося, що я перешкоджав людям в якій-небудь справі не тому, що це було для мене дійсно важливо, а просто з принципу.

Так

Ні

44.Я часто маю сумні роздуми.

Так

Ні

45.Думаю, що нерви у мене такі ж, як і у більшості оточуючих (не гірші).

Так

Ні

46. У мене рідко що-небудь болить (або ніколи нічого не болить).

Так

Ні

47. Іноді без будь-якої причини або навіть коли справи йдуть погано, я відчуваю себе радісно-збудженим і щасливим.

Так

Ні

48. Мені подобається бувати в компаніях, де всі жартують один над одним.

Так

Ні

49. Беручись за якусь справу, я зазвичай розраховую на успіх.

Так

Ні

50. Найважче для мене в будь-якій справі – це початок.

Так

Ні

51. Моя зовнішність мене, загалом, влаштовує.

Так

Ні

52. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим і схвилюваним.

Так

Ні

53. Поганий настрій у мене швидко проходить, тому що завжди знаходиться що-небудь цікаве, що мене відволікає.

Так

Ні

54. Бувало, я помічав, що незнайомі люди дивляться на мене критично.

Так

Ні

55. У мене рідко дзвенить або гуде у вухах.

Так

Ні

56. Для виконання роботи я дуже напружуюсь.

Так

Ні

57. Іноді зовсім без будь-якої причини в мене раптом настає період надзвичайних веселощів.

Так

Ні

58. Деякі речі настільки мене хвилюють, що мені навіть говорити про них важко.

Так

Ні

59. Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім.

Так

Ні

60. Мені здається, що я знаходжу друзів так само легко, як й інші.

Так

Ні

61. Безумовно, доля несправедлива до мене.

Так

Ні

62. Думаю, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.

Так

Ні

63. Я вразливіший, ніж більшість людей.

Так

Ні

64. Мені важко зосередитися на будь-якому завданні чи роботі.

Так

Ні

65.Я дуже рідко бачу сни.

Так

Ні

66.Мені важко зосередитися на чомусь одному.

Так

Ні

67.Я легко втрачаю терпіння з людьми.

Так

Ні

68.Я майже завжди про щось або про когось хвилююся.

Так

Ні

69.Мені важче зосередитися, ніж іншим.

Так

Ні

70.Я схильний все приймати близько до серця.

Так

Ні

71.Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж зазвичай.

Так

Ні

72.Напади поганого настрою бувають у мене дуже рідко.

Так

Ні

73.Мені часто кажуть, що я запальний.

Так

Ні

74. Часто, навіть коли все складається для мене добре, я відчуваю, що мені все байдуже.

Так

Ні

75. Іноді у мене буває відчуття, що переді мною нагромадилося стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.

Так

Ні

76. Мені, безумовно, було б дуже приємно надурити шахрая його ж способом.

Так

Ні

77. Коли я чую про успіхи близького знайомого, я починаю відчувати, що я – невдаха.

Так

Ні

78. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.

Так

Ні

79. Я часто бачу сни.

Так

Ні

80. Мене дуже турбують можливі нещастя.

Так

Ні

81. Часто я і сам засмучуюсь, що я такий дратівливий та буркотливий.

Так

Ні

82. По можливості, я намагаюся уникати великого скупчення людей.

Так

Ні

83. Якщо у мене невдача або біда, я завжди звертаюся за допомогою.

Так

Ні

84. Я розумію людей, які повністю віддаються своїм проблемам і турботам.

Так

Ні

85. Повинен зізнатися, що часом я хвилююся через дрібниці.

Так

Ні

86. Бували періоди, коли я відчував себе настільки сповненим енергії, що, здавалося, міг би не спати по кілька днів.

Так

Ні

87. Я людина нервова і легко збудлива.

Так

Ні

88. У моєму домі завжди було все найнеобхідніше (вдосталь їжі, одягу і т.д.).

Так

Ні

89. Як правило, я рішуче відстоюю свої погляди.

Так

Ні

90. Я червонію дуже рідко.

Так

Ні

91. Майбутнє здається мені безнадійним.

Так

Ні

92. Члени моєї сім'ї та мої близькі родичі ладнають один з одним.

Так

Ні

93. Я майже завжди відчуваю сухість у роті.

Так

Ні

94. Більшість часу я відчуваю себе втомленим.

Так

Ні

95. Іноді я відчуваю, що близький до нервового зриву.

Так

Ні

96. Мене дуже дратує, що я забуваю, куди кладу речі.

Так

Ні

97. Якщо я хочу щось зробити, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я готовий відмовитися від своїх намірів.

Так

Ні

Додаток В

Шкала депресії Бека

Інструкція

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, **уважно прочитайте** всі варіанти відповідей до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття **протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день**. Натисніть (клікніть) на вибраному твердженні. Переконайтеся, що Ви не пропустили жодного пункту.

1.

Мені не сумно

Значну частину часу мені сумно

Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим

Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2.

Я не вважаю, що заслуговую покарання

Я допускаю, що заслуговую покарання

Я вважаю, що маю бути покараний

Я відчуваю, що доля карає мене

3.

Я спокійно думаю про майбутнє

Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше

Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися

Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4.

Я не відчуваю себе невдахою

В минулому я мав би менше зазнавати невдач

Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

5.

Я в основному задоволений тим, ким я є.

Я втратив впевненість у собі

Я розчарований в собі

Я не люблю себе

6.

Я отримую задоволення від улюблених занять і речей

Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей

Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило

Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило

7.

Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай

Я більш критичний до себе, ніж зазвичай

Я критикую себе за всі свої помилки

Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

8.

Я не відчуваю відчуття провини

Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною

Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини

Мене мучить постійне відчуття провини

9.

У мене не виникає думок про самогубство

У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього

Я хочу вмерти і планую самогубство

Якщо б була нагода, я б зробив самогубство

10.

Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай

Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай

Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно

Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

11.

Я не плачу більш часто, ніж звичайно

Я плачу частіше, ніж звичайно

Я плачу кожен день по кожному незначному приводу

Я хочу плакати, але не можу

12.

Я не втратив цікавості до інших людей і занять

Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.

Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять

Мене важко чимось зацікавити

13.

Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно

Я дратуюся легше, ніж звичайно

Я дратуюся значно легше, ніж звичайно

Я постійно відчуваю роздратування

14.

Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення
Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
Я не в стані приймати жодних рішень

15.

Мій апетит не змінився
Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним
Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним
Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим
Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим
У мене зовсім нема апетиту
Я постійно хочу їсти

16.

Я не відчуваю себе нікчемним
Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди
Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші
Я відчуваю себе повністю нікчемним

17.

Я так само добре можу зосередитися, як завжди
Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
Я не можу зосередитися ні на чому

18.

Я так само енергійний, як зазвичай

У мене менше енергії, ніж зазвичай

У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно

У мене немає сил ні на що

19.

Я втомлююся не більш, ніж зазвичай

Я втомлююся значно легше, ніж раніше

Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа

Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

20.

Я сплю так само, як завжди

Я сплю дещо більше, ніж зазвичай

Я сплю дещо менше, ніж зазвичай

Я сплю значно більше, ніж зазвичай

Я сплю значно менше, ніж зазвичай

Я сплю більшу частину дня

Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути

21.

Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився

Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно

Мій інтерес до статевого життя значно зменшився

Я повністю втратив інтерес до статевого життя

Додаток Г

Методика дослідження соціально - психологічної адаптації К.

Роджерса - Р. Даймонда

Інструкція

На всі запропоновані в основному варіанті питальника твердження слід відповісти «так» чи «ні» залежно від того, наскільки ці твердження стосуються вас. Слід прочитати всі твердження і дати відповіді. Тільки тоді результат буде об'єктивним.

1. Перед людьми, які мене оточують, я ховаю своє обличчя під маскою, щоб приховати те, що в мене на душі.

2. Я часто відчуваю свою меншовартість серед моїх однолітків, у спілкуванні з педагогами, колегами, іншими людьми. Мені здається, що до мене ставляться дещо зневажливо, недостатньо поважають мене, не бачать у мені особистості.

3. У мене теплі, хороші стосунки з однокурсниками, педагогами, з людьми взагалі. Я майже ніколи не конфлікую з ними. Я доброзичлива і рівна в спілкуванні людина.

4. У всіх невдачах, які переслідують мене в житті, я звинувачую тільки себе.

5. Я сумніваюся в тому, що можу сподобатись кому-небудь з дівчат (юнаків).

6. Я відчуваю, що мої зусилля у навчанні, роботі, спілкуванні марні. Я не можу здійснити тих планів, яких прагну.

7. Я відповідальна людина. На мене можна в усьому покластися.

8. Я можу прийняти більшу частину правил і вимог, яких мають дотримуватися люди.

9. Мені бракує власних переконань і правил.

10. У мене часто виникає почуття, нібито я злий на весь світ, усім незадоволений, до всіх чіпляюся, постійно дратуюся, можу зіпсувати настрій тим, хто мене оточує. Важко стримуватися в таких випадках.

11. Я вмію керувати собою і своїми вчинками, наприклад, цілковито відключатися від багатьох розваг, цікавих і привабливих справ у той час, коли потрібно напружено працювати (наприклад, готуватися до контрольної роботи, іспиту або звіту). Самоконтроль для мене не проблема.

12. Усі люди, з якими мені доводилося зустрічатися в житті, як правило, подобаються мені.

13. Мені зараз, у цю хвилину, дуже не по собі. Хочеться все кинути, куди-небудь заховатися.

14. Я схильний бути насторожі з тими людьми, хто чомусь поводить себе зі мною більш по-приятельському, ніж я очікую.

15. Я завжди дотримуюся своїх обіцянок, навіть якщо це мені не вигідно.

16. Я завжди кажу тільки правду.

17. Я ніколи не запізнююся.

18. Усі свої звички я вважаю хорошими.

19. Я завжди легко, вільно і невимушено висловлюю свої почуття в спілкуванні з дорослими, однолітками, маленькими дітьми. Я розкутий, незалежний. Спілкування для мене - задоволення; в ньому я можу розкрити себе, цілковито виявити свою індивідуальність.

20. Найчастіше я легко знаходжу спільну мову з тими, хто мене оточує.

21. Найчастіше в житті я відчуваю себе не ведучим, а веденим: мені не завжди вдається думати і діяти самостійно. Є такі люди, які своєю волею здатні підкорити мене собі.

22. Я відчуваю якусь безпорадність, невпевненість. Мені потрібно, щоб хто-небудь був поряд зі мною, постійно підказував, радив, контролював і підтримував мене.

23. Мені найважче боротися із самим собою.

24. У душі я оптиміст і вірю в краще в усіх сферах життя - в навчанні, в стосунках у колективі, в особистому житті.

25. Навіть тоді, коли мені здається, що мої рішення самостійні, вони все-таки прийняті під впливом інших людей.

26. Я відчуваю неприязнь, антипатію до того, що оточує мене.

27. Більшість людей, які мене знають, добре до мене ставляться, люблять і поважають мене.

28. У мене гарна фігура.

29. Я вибитий з колії. Не можу зібратися, взяти себе в руки, зосередитися, організувати себе для того, щоб моя праця стала ефективнішою, давала мені справжнє задоволення.

30. Я відчуваю млявість, апатію на заняттях (на роботі). Спочатку мені було на них цікаво, а тепер я до них збайдужів. Я не відчуваю піднесення, натхнення і радості від своєї роботи.

31. Найчастіше я можу прийняти рішення і твердо слідувати йому.

32. Я всім задоволений: собою, стосунками з людьми, успіхами в навчанні.

33. Я не дуже довіряю своїм відчуттям, інколи вони мене зраджують.

34. У колі незнайомих людей мені досить важко бути самим собою.

35. Я врівноважений, спокійний, у мене завжди рівний настрій.

36. Я імпульсивний: поривчастий, нетерплячий, запальний.

37. Мені здається, що я бачу те, що відбувається зі мною, не зовсім так, як воно є насправді. Замість того щоб розважливо глянути фактам в обличчя, тлумачу їх на свій лад, вигадую зайве, тобто моє сприйняття не можна назвати реалістичним.

38. Я намагаюся ніколи не замислюватися над своїми проблемами.

39. Я розважлива, послідовна людина. Мені здається, що здебільшого я поводжуся розумно.

40. Я терплячий у своєму ставленні до людей і приймаю кожного таким, який він є.

41. Я сором'язливий, легко знічуюся.

42. Мені обов'язково потрібні нагадування, підштовхування, щоб довести справу до кінця.

43. Я вважаю себе цікавою, ерудованою людиною, помітною, привабливою як особистість.

44. Я честолюбний. Небайдужий до успіхів, похвали. У тому, що я вважаю важливим, мені треба бути серед найкращих.

45. У процесі навчання, роботи я ні в чому не можу виявити себе, продемонструвати свої здібності, свою індивідуальність, своє «Я».

46. Я відчуваю зневагу до себе зараз.

47. Буває, що я поширюю плітки.

48. Буває, що я говорю про речі, на яких зовсім не розуміюся.

49. Інколи я люблю вихвалитися.

50. У мене бувають такі думки, якими я ні з ким не хотів би поділитися.

51. Я діяльний, енергійний, ініціативний.

52. Загалом я ставлюся до себе добре, яким би я не був.

53. Коли у мене псується стосунки з кимось із однолітків, мені неприємно, що про це стане відомо всім.

54. Я довго не можу прийняти рішення, а потім сумніваюсь у його правильності.

55. Я наполегливий, напористий. Мені завжди важливо наполягти на своєму.

56. Я незадоволений собою.

57. Я в якійсь розгубленості, все переплелось, змішалось в мене.

58. Я невдаха. Мені просто в усьому не щастить.

59. Я приємна, симпатична, приваблива людина.

60. Я, може, й не дуже гарний (-а) собою, але подобаюся дівчатам (хлопцям) як людина і як особистість.

61. Я зневажливо ставлюся до будь-якого спілкування з дівчатами (жінками).

62. Я зневажливо ставлюся до будь-якого спілкування з хлопцями (чоловіками).

63. У мене легко і спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б мене.

64. Я вмю наполегливо працювати, якщо це потрібно.

65. Я часто буваю стривожений, стурбований, напружений і на заняттях (на роботі), і в спілкуванні.

66. Щоб змусити мене щось зробити, треба як слід наполягти - і я поступлюся, зламаюся.

67. Я відчуваю, що змінююсь, расту, дорослішаю. Мої відчуття стають більш зрілими.

68. Я вважаю себе розумним, таким, що вмє розважливо аналізувати й оцінювати себе та інших.

69. Я відчуваю невпевненість у собі майже завжди і в усьому.

70. Я часто змушений захищати себе, шукати виправдання і обґрунтування своїх вчинків.

71. Я прагну покладатися на власні сили, не розраховуючи на чиюсь допомогу завжди і в усьому.

72. Я відрізняюся від інших людей.

73. Я не поважаю себе.

74. Я безнадійний. Приймаю рішення і тут же їх порушую. Зневажаю своє безсилля, а вдіяти із собою нічого не можу. В мене немає волі і немає бажання її виробити.

75. Мені все зрозуміло в собі. Я добре себе розумію.

76. Я товариська і відверта людина, легко сходжуся з навколишніми.

77. Я не дуже надійний. На мене не в усьому можна покластися.

78. Мені здається, що в колективі мене недостатньо поважають.

79. Мої сили і здібності цілком відповідають тим цілям, які я ставлю перед собою.

80. Мої думки занадто займає особиста сфера, яка може серйозно вплинути на мої успіхи у навчанні, роботі.

81. Я висуваю до себе підвищені вимоги. В мене великі і серйозні життєві плани. Я прагну постійно вдосконалювати свої знання, формувати якості і вміння, необхідні для досягнення цих цілей.

Додаток Д

Нова методика психосоціальної дезадаптації (А. М. Скрипніков)

Сімейна адаптація

1. Я незадоволений станом сімейних стосунків – 1 бал.
- 2.а останній рік стан сімейних стосунків погіршився – 1 бал.
3. Я багато думаю над покращанням стану сімейних стосунків – 1 бал.
4. Я намагаюсь менше спілкуватись із сім'єю – 1 бал.
5. В інших сім'ях стосунки кращі, ніж у моїй, – 1 бал.
6. Я з песимізмом сприймаю майбутнє нашої сім'ї – 1 бал.
7. Я не знаходжу розуміння серед членів своєї сім'ї – 1 бал.
8. Спілкування із сім'єю погіршує мій настрій – 1 бал.
9. Спілкування із сім'єю викликає погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.
10. При спілкуванні із сім'єю у мене іноді виникають тремтіння, серцебиття, пітливість тощо – 2 бали.

Сексуальна адаптація

1. Я незадоволений станом сексуального життя – 1 бал.
- 2.а останній рік стан сексуального життя погіршився – 1 бал.
3. Я багато думаю над зміною сексуального життя – 1 бал.
4. Я уникаю сексуальних стосунків – 1 бал.
5. В інших сім'ях (сексуальних парах) стосунки кращі, ніж у моїй, – 1 бал.
6. Я песимістично оцінюю майбутнє наших сексуальних стосунків – 1 бал.
7. Я не спостерігаю гармонії у своєму сексуальному житті – 1 бал.
8. Сексуальні стосунки погіршують мій настрій – 1 бал.
9. Сексуальні стосунки супроводжуються для мене дискомфортом, болем, погіршенням сну чи апетиту – 2 бали.

10. Сексуальні стосунки або згадка про них супроводжуються для мене нудотою, неприємним тремтінням, серцебиттям, пітливістю тощо – 2 бали.

Виробнича (службова) адаптація

1. Я незадоволений своєю професійною (службовою) діяльністю – 1 бал.
2. Я незадоволений стосунками з колегами по роботі – 1 бал.
3. Я незадоволений вибором своєї професії – 1 бал.
4. Я примушую себе продовжувати професійну діяльність, роблю це вольовим зусиллям – 1 бал.
5. Я іноді думаю про непотрібність своєї професійної діяльності – 1 бал.
6. Я багато думаю над тим, як змінити ситуацію стосовно своєї професійної діяльності – 1 бал.
7. Я не прагну професійного вдосконалення – 1 бал.
8. Розмови про роботу погіршують мій настрій – 1 бал.
9. Думки про роботу викликають у мене погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.
10. Думки про роботу іноді викликають у мене серцебиття, тремтіння, пітливість тощо – 2 бали.

Економічно-майнова адаптація

1. Я незадоволений станом свого добробуту – 1 бал.
2. Мої прибутки за останній рік зменшились – 1 бал.
3. Мої доходи не задовольняють більшість моїх потреб – 1 бал.
4. У мене проблеми через недостатній рівень доходів – 1 бал.
5. Я багато думаю над збільшенням своїх доходів – 1 бал.
6. У мене немає плану щодо збільшення своїх доходів – 1 бал.
7. Я не очікую покращання свого добробуту найближчим часом – 1 бал.

8. Мій настрій погіршується від думок про рівень своїх доходів – 1 бал.

9. Думки про рівень доходів погіршують мою працездатність, сон, апетит – 2 бали.

10. Думки про стан доходів іноді викликають у мене тремтіння, пітливість, серцебиття тощо – 2 бали.

Комунікативна адаптація

1. Я незадоволений якістю і обсягом спілкування з оточуючими – 1 бал.

2. За останній рік спілкування стало для мене менш приємним – 1 бал.

3. Я багато думаю над покращанням спілкування з оточуючими – 1 бал.

4. Я намагаюсь менше спілкуватись – 1 бал.

5. Інші люди отримують більше задоволення від спілкування – 1 бал.

6. Я песимістично оцінюю свої перспективи отримувати задоволення від спілкування – 1 бал.

7. Я не знаходжу розуміння своїх проблем і почуттів у людей, з якими переважно спілкуюсь, – 1 бал.

8. Спілкування погіршує мій настрій – 1 бал.

9. Спілкування викликає у мене погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.

10. При спілкуванні у мене іноді виникають тремтіння, серцебиття, пітливість тощо – 2 бали.