

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Е.Лузік

« ____ » _____ 2021 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ВИПУСКНИКА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Тема: «Профілактика депресивних станів майбутніх психологів»

Виконавець: студент ПП-201/МЗ Луценко Дмитро Вікторович

Керівник: к.пед. наук, доцент Кокарева Анжеліка Миколаївна

Нормоконтролер: _____ Михеєва Т. О.

КИЇВ 2021

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Е.Лузік

«__» _____ 2021 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Луценко Дмитра Вікторовича

1. Тема кваліфікаційної роботи «Профілактика депресивних станів майбутніх психологів» затверджена наказом ректора від «04» жовтня 2021 р. № 2132/ст.

2. Термін виконання роботи: з «11» жовтня 2021 р. по «16» грудня 2021 р.

3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до першого, другого та третього розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 115 сторінок, з них обсяг основного тексту 80 сторінок, список використаних джерел нараховує 45 позицій.

4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичний аналіз депресивних станів майбутніх психологів; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Експериментальне дослідження депресивних станів майбутніх психологів; Висновки до другого розділу; Розділ 3. Профілактичні заходи та шляхи подолання депресивних станів у майбутніх психологів ; Висновки до третього розділу; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): 15 таблиць, 9 рисунків.

Календарний план - графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	11.10.2021	
2.	Формулювання мети, завдання досліджень. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	15.10.2021	
3.	Написання основної частини. Перше читання керівника	15.11.2021	
4.	Написання вступу, висновків. Уточнення плану кваліфікаційної роботи	22.11.2021	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові	28.11.2021	
6.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	01.12.2021	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	13.12.2021	
8.	Подання остаточного варіанта на кафедру	16.12.2021	
9.	Захист роботи	28-29.12.2021	

8. Дата видачі завдання: «__» _____ 2021 р.

Керівник дипломної роботи _____ Кокарева А.М.

Завдання прийняв до виконання _____ Луценко Д.В.

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи “Профілактика депресивних станів майбутніх психологів”: 115 сторінок, 45 використаних джерел та літератури, 5 додатків.

Об’єкт дослідження - депресивні стани.

Предмет - профілактика депресивних станів майбутніх психологів.

Мета дослідження – довести вплив профілактичних заходів на подолання депресивних станів майбутніх психологів.

У кваліфікаційній роботі розкрито поняття “депресивний стан”, охарактеризовано зв’язок між чинниками які впливають на розвиток депресивних станів в майбутніх психологів, таких як тривожність, самооцінка, емоційне вигорання.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримана інформація буде цікавою не тільки викладачам, але і психологам, студентам та людям, які цікавляться психологічними дослідженнями. Її можна використати при проведенні лекцій чи практичних занять, різноманітних семінарів та конференцій, а також буде цікава для особистого розвитку.

ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН, ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД, ТРИВОЖНІСТЬ, САМООЦІНКА, ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ	11
1.1. Поняття депресивний стан та його характеристики.	11
1.2. Депресивні епізоди.	16
1.3. Психологічні чинники виникнення депресивних станів.....	26
Висновки до першого розділу	38
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ	41
2.1. Теоретичне обґрунтування методичного матеріалу для дослідження.....	41
2.2. Організація та проведення досліджень.....	43
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	44
Висновки до другого розділу	53
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ	55
3.1. Розробка профілактичних заходів та корекційної програми щодо подолання депресивних станів майбутніх психологів.	55
3.2. Оцінка та аналіз ефективності впливу профілактичних заходів подолання депресивних станів у майбутніх психологів.	71

3.3. Практичні рекомендації психологам щодо профілактики та подолання депресивних станів.....	76
Висновки до третього розділу.....	78
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	86
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний розвиток суспільства сьогодні, покликаний вирішувати низку психологічних проблем, серед них особливої актуальності набуває проблема депресивних станів. Вивчення клініки депресивних станів залишається й до сьогодні одним із головних напрямків психіатричних досліджень. Це пов'язано не лише із введенням у клінічну практику щораз новіших психофармакологічних засобів, але й зі значною поширеністю депресивних станів в загальній популяції.

Депресії, зокрема, є одним з найбільш поширених захворювань у всьому світі. Ризик захворювання на депресію протягом життя становить близько 20%. За даними дослідників та ВООЗ, на початок ХХІ століття питома вага депресивних розладів склала близько 40% в загальній структурі психічної патології, від 3 до 6% населення землі страждає на різні види депресій, при цьому ризик розвитку тяжкого депресивного епізоду складає 15 – 20%, щороку у світі клінічно діагностовано депресією хворіють близько 200 мільйонів осіб і це число невпинно зростає. Кожна восьма людина у світі хоча би раз протягом життя потребує проведення спеціальної психофармакотерапії, спрямованої на усунення депресивного стану. При цьому слід зазначити, що 18 – 25% жінок і 7 – 12 % чоловіків хоча б раз за життя перенесли чіткий депресивний епізод, 6% жінок і 3% чоловіків при цьому лікувались стаціонарно, у 70% випадків після першого депресивного епізоду спостерігаються рецидиви захворювання, 15% депресивних хворих завершують життя самогубством, а у 60% людей що загинули внаслідок самогубства було виявлено депресивні розлади. [14. С.5-6]

Частота депресій серед населення продовжує зростати: від 0,2% загальної популяції на початок століття до 4% у 1990-х роках. Така ж

тенденція спостерігається і в Україні: в період з 1973 по 2000 роки кількість зареєстрованих депресивних розладів зростає з 2,27% до 3,8% від загальної популяції. [14. С.5-6]

Зрозуміло, що значно більшу увагу вчених традиційно привертають депресивні стани, як більш поширені та складні за перебігом і клінічним поліморфізмом. Поряд з цим, маніакальні розлади різної етіологічної приналежності останнім часом майже не вивчалися. Існують поодинокі наукові дослідження, присвячені переважно лікуванню маніакального синдрому в структурі окремих нозологічних одиниць, головним чином біполярного афективного розладу.

Актуальність проблеми депресивних станів обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини. Патологія депресивних станів охоплює спектр захворювань, які супроводжуються вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких інвалідність, суїциди та економічні збитки. Згідно з прогнозом ВООЗ до 2022 року депресія, як найбільш поширений афективний розлад, буде посідати друге місце після ішемічної хвороби серця серед причин інвалідності.

Не дивлячись на стрімкий розвиток психофармакології, численні дослідження клінічних проявів депресивних станів, ця проблема залишається надзвичайно актуальною, потребує подальших досліджень.

Мета даного дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальному доведенні впливу профілактичних заходів на подолання депресивних станів майбутніх психологів.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми виникнення депресивних станів у майбутніх психологів.
2. Підібрати комплекс психодіагностичних методик та провести емпіричне дослідження виявлення депресивних станів майбутніх психологів.
3. Розробити та впровадити профілактичні заходи та надати практичні рекомендації щодо подолання депресивних станів майбутніх психологів.

4. Розробити та проаналізувати корекційно-профілактичну програму щодо подолання депресивних станів майбутніх психологів.

Об'єкт дослідження - депресивні стани.

Предмет - профілактика депресивних станів майбутніх психологів.

Для реалізації поставлених завдань було застосовано наступні **методи дослідження**:

- теоретичні: аналіз, класифікація, систематизація, порівняння й узагальнення теоретичного матеріалу наукових та літературних джерел;
- емпіричні: спостереження, тестування; експеримент;
- методи статистично-математичної обробки даних: аналіз та тлумачення отриманих результатів”;
- профілактичні методи: розробка та впровадження профілактичних заходів та шляхів подолання депресивних станів.

Для діагностики депресивних станів було використано такі **методики**:

- Методика діагностики рівня тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін);
- Методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка;
- Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина»;
- Методика для вимірювання рівня депресії (“Шкала депресії Бека”).

Вибірка дослідження складала 60 осіб. Досліджувані були відібрані методом випадкової вибірки.

Практичне значення роботи полягає в тому, що матеріали даного дослідження можуть бути використані в діяльності практичних психологів, психологів закладів освіти, педагогів, а також для психодіагностичної роботи, при наданні психологічної допомоги, задля профілактики депресії та розробки різних тренінгових, методичних програм.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

- *поглиблено уявлення* про депресивні стани та її профілактика;
- *проаналізовано* поняття депресивних станів, тривожності, рівня самооцінки, емоційного вигорання;
- *розроблено* профілактичні шляхи та методи подолання депресивних станів у майбутніх психологів;
- *розроблено* корекційно-профілактичну програму для подолання депресивних станів у майбутніх психологів

Апробація отриманих результатів. Основні ідеї та результати дослідження були представлені на засіданні випускової для спеціалізації «Практична психологія» кафедри – педагогіки та психології професійної освіти.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 45 найменувань, додатків на 25 сторінках. Основний зміст роботи викладений на 80 сторінках і містить 15 таблиць і 9 рисунків. Загальний обсяг роботи - 115 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛГІВ

1.1. Поняття депресивний стан та його характеристики

Депресивні стани є одним з найбільш поширених захворювань у всьому світі. Сучасний розвиток суспільства сьогодні, покликаний вирішувати низку психологічних проблем, серед них особливої актуальності набуває проблема депресії. Вивчення клініки депресивних станів залишається й до сьогодні одним із головних напрямків психіатричних досліджень. Це пов'язано не лише із введенням у клінічну практику щораз новіших психофармакологічних засобів, але й зі значною поширеністю депресивних станів в загальній популяції.

Депресія - термін, що використовується для позначення настрою, симптому, та синдромів афективних розладів. Перебіг депресії пов'язаний з низьким рівнем серотоніну в мозку людини. Депресію лікують медикаментозними та психологічними методами. Серед медикаментів найчастіше використовують антидепресанти. Серед психологічних методів застосовують психотерапію. Психологічні методи здебільшого орієнтовані на розкриття суті і причин виникнення проблем людини у минулому або концентруються на поточному, а не минулому досвіді. Існують також моделі, що акцентують увагу на важливості ролі соціуму у виникненні та перебігу депресії. [15]

Депресивні стани проявляються у поганому настрої, низькій самооцінці, песимізмі, апатії, млявості, швидкій втомлюваності, всіляких нездужаннях, постійній невдоволеності, покинутості, безрадісності, відчутті нещасливості, безнадії, безпорадності, нікчемності, непотрібності, пригніченості, тужливості, тривалому смутку та небажанні жити. Останнє, в дуже важких випадках депресії, приводить до самогубства. Депресія заподіює найсильніші психологічні, емоційні та фізичні

страждання, які істотно знижують якість життя хворого, рівень його сімейної, соціальної та трудової адаптації, а нерідко призводять до інвалідизації.

Симптоми депресії слід відрізняти від негативної симптоматики шизофренії та симптомів неврозу, який часто діагностується в людей з депресією. Схильність людини до депресії в значній мірі визначається генетичною спадковістю. [15]

Депресія у жінок розвивається значно частіше, ніж у чоловіків.

В теперішній час в усьому світі спостерігається тенденція до постійного зростання рівня захворюваності на депресивні стани. Експерти ВООЗ вважають, що на початку XXI століття ці порушення стануть найпоширенішими у світі, зокрема, уніполярна депресія посіде друге місце після ішемічної хвороби серця серед десяти захворювань, що найчастіше призводять до інвалідності. [18. с.27-29]

Депресивні розлади можуть супроводжуватись також стійкою немотивованою тривогою. Якщо тривога є провідною клінічною ознакою, такі розлади в сучасних класифікаціях розглядаються в інших діагностичних рубриках. [18. с.27-29]

Симптоми і ознаки

Розрізняють різні ступені депресії: легкий, середній і важкий. Все залежить від кількості симптомів та їх важкості. Важливо також враховувати, чи проявлялись маніакальні епізоди. [1]

Депресивні епізоди, що повторюються, називають рекуррентними депресивними розладами.

Симптоми депресії:

- Пригнічення;
- втрата інтересу;
- неможливість відчувати радість;
- зменшення життєвої енергії, пасивність;
- тривога;
- сонливість або безсоння;
- низька концентрація;
- втрата апетиту;
- низька самооцінка;

- відчуття провини чи відчаю;
- думки про самогубство.

При депресії можуть проявлятися не всі симптоми. І в залежності від того, скільки ознак депресії виявлено і наскільки вони виражені, депресію кваліфікують як легку, середню або важку. [1]

Типи депресії

Велике депресивний розлад

Це класична (уніполярна) депресія, досить поширене захворювання, від якого страждає більше ніж 264 млн осіб по всьому світу. Симптоматика зазвичай проявляється кожен день і, здебільшого, не залежить від того, що відбувається навколо. Людина може вести абсолютно нормальний спосіб життя, але при цьому, відчувати смуток або печаль. Діагностичними маркерами депресії є все вище перераховані симптоми, а також незрозумілі болі, проблеми з пам'яттю, занепокоєння, членушкодження. Вони можуть тривати місяцями, роками або навіть все життя. [9]

Стійке депресивний розлад

Це форма хронічної депресії і вміщує в себе два діагнози: дистимія і велике депресивний розлад. Симптоми аналогічні попередньому випадку і проявляються протягом як мінімум 2 років. Дуже часто вони з'являються в дитинстві або в підлітковому віці. У дітей можуть виникати проблеми з успішністю в школі, вони уникають соціальної активності і зазнають труднощів у спілкуванні з однолітками. [9]

Маніакальна депресія або біполярні розлади

Розлад складається з постійно змінюваних фаз манії або гіпоманії (стан при якому людина відчуває себе дуже щасливим) на депресію. Депресивні епізоди включають симптоми класичної депресії, а ось маніакальна фаза відрізняється станом високої енергії, підвищенням самооцінки, саморуйнівним поведінкою і, в той же час, піднесеним настроєм. Крім того, властиві прискорена мова, «грандіозне» мислення і дратівливість. Важкі форми можуть включати галюцинації та марення. Є кілька типів біполярного розладу: I типу, II типу, циклотимія, біполярні розлади з швидким

циклом, а також особлива категорія, до якої належать симптоми, не властиві попереднім чотирьом. [9]

Депресивний психоз

Стан, що характеризується втратою зв'язку з реальністю і може включати психотичні розлади: галюцинації та марення. Наприклад, людина може чути голоси, бачити людей, яких немає. Він знаходиться в стані омани, тобто переслідує глибоко вкорінене переконання, явно помилкове або не має сенсу. Спостерігається уповільнення фізичних рухів і проблеми з сидінням. [9]

Перинатальна (післяпологова) депресія

Виникає під час вагітності або протягом чотирьох тижнів після пологів. Гормональні гойдалки викликають зміни в мозку, які і призводять до перепадів настрою. Симптоми розлади аналогічні, але вони такі ж серйозні і можуть привести до негативних наслідків. Жінка може відчувати труднощі в догляді за собою і дитиною, думати про заподіяння шкоди дитині. [9]

Предменструальне дисфоричного розлад

Це важка форма передменструального синдрому і включає як фізичні, так психологічні зміни. Спостерігаються здуття живота, болючість грудей, перепади настрою. Але часто симптоми посилюються відразу після овуляції і слабшають після початку менструації. [9]

Сезонна депресія

Так зване, сезонне афективний розлад пов'язано зі зміною сезонів і зазвичай з'являється в осінній період. Підвищується соціальна ізоляція і потреба уві сні, збільшується вага. Такий тип депресії може посилюватися з часом і навіть призводити до самогубств. [9]

Ситуативна депресія

Клінічно цей стан відомо, як розлад адаптації з пригніченим настроєм. Воно схоже на класичну депресію, але викликано конкретними подіями. Наприклад, смертю рідну людину, захворюванням, соціальними проблемами. [9]

Атипова депресія

Це депресія, що виникає у відповідь на будь-які події, навіть позитивні. Вона не є чимось рідкісним, і може проявлятися під час протікання інших видів розладів як епізодичне явище. Якщо вам здається, що ваше тіло негарне, і при цьому ви безладно харчуєтеся, а ваша вага постійно збільшується, то це вже перші дзвіночки. Симптомами розлади також є: безсоння, важкість у кінцівках, чутливість до критики і апатія. [9]

Ще депресія буває в складі біполярного афективного розладу. В цьому випадку між депресивними та маніакальними фазами є періоди абсолютно нормального життя. У маніакальній фазі людина перебуває у збудженому, веселому або роздратованому настрої, гіперактивна, багато говорить і мало спить, а її самооцінка підвищена. [1]

Депресивні розлади поділяють на такі, основою яких є внутрішня біологічна причина – *ендогенна депресія*, а також ті, в основі яких причина є зовнішньою – *реактивна депресія*. Чинниками, що викликають ендогенну депресію є генетичні, біохімічні процеси, які функціонують у внутрішньому середовищі організму. Реактивну ж депресію викликають соціально-психологічні процеси, які визначають адаптацію людини. [36]

Фактори, що сприяють розвитку депресії

Основною причиною депресій є складна взаємодія соціальних, психологічних і біологічних факторів і включає в себе:

- **Генетична схильність:** до високого ризику розвитку депресії схильні ті люди, у яких в родині вже були випадки захворювання.
- **Травми, родом з дитинства:** розлад є захисною реакцією організму на стрес.
- **Особливості будови мозку:** коли лобова частка менш активна, ризик депресій зростає.
- **Медичні умови:** хронічні захворювання, безсоння, синдром дефіциту уваги і гіперактивність можуть спровокувати депресію.
- **Вживання наркотиків і алкоголю:** близько 21% людей, що вживають психоактивні речовини відчують депресію.

- **Гормональні збої:** будь-які зміни гормонального статусу, включаючи менопаузу, пологи, проблеми зі щитовидною залозою можуть викликати депресію.

- **Ситуаційні і сезонні зміни:** зміна тривалості світлового дня, життєві труднощі або великі зміни можуть стати причиною депресії. [9]

Фізична картина депресії зазвичай проявляється у сповільненні моторики, опущених плечах, повільній ході, сповільненій мові, яка стає бідною на слова. Цей стан називається психомоторною загальмованістю. Однак бувають і навпаки прискорені рухи (психомоторне збудження).[16]

Не рідко людину, яка знаходиться в депресивному стані, відвідують суїцидальні думки - ідеї щодо навмисного позбавлення себе життя внаслідок придушення інстинкту самозбереження.

Мотивами суїцидальної поведінки можуть бути сильна душевна біль, думки щодо неповноцінності та самознищення, самопокарання, самозвинувачення, іпохондичність, екзистенційний глухий кут, невиліковні хвороби, ситуаційні моменти, які раніше не викликали подібного стану (службові, міжособистісні, родинні) та ін.

1.2. Депресивні епізоди

Діагноз «депресія» включає такі стани:

- Легкий депресивний епізод;
- Помірний депресивний епізод;
- Тяжкий депресивний епізод;
- Тужлива депресія;
- Прихована депресія;
- Тривожна депресія;
- Рекурентний депресивний розлад;
- Дистимія. [10]

Депресивні стани

Перебуваючи у типових легких, помірних та тяжких депресивних станах людина страждає від погіршення настрою, зменшення енергійності та зниження рівня активності. Здатність радіти, цікавитися та концентруватися обмежена, та характерна втомлюваність навіть після мінімальних зусиль. Зазвичай, спостерігається порушення сну та погіршення апетиту. Самоповага та впевненість у собі майже завжди низькі, та навіть у легкій формі часто присутні відчуття провини або думки про свою нікчемність. Поганий настрій рідко змінюється та не залежить від обставин, він може супроводжуватися так званими «соматичними» симптомами, такими як втрата інтересу та здатності одержувати насолоду, ранкове пробудження на декілька годин раніше звичного часу, погіршення депресії зранку, помітна психомоторна загальмованість, хвилювання, втрата апетиту, зниження маси тіла, та втрата лібідо. В залежності від кількості та важкості симптомів, депресивний епізод може бути визначений як легкий, помірний або тяжкий. [11]

F32.0 Легкий депресивний епізод

Легкий депресивний епізод (або початок розвитку депресії) супроводжується незначним зниженням настрою, що може мати різноманітне забарвлення: відчуття смутку, нудьги, похмурості, пригнічення, тривоги т. ін. У найлегших випадках, коли афективні порушення малодиференційовані, депресивне забарвлення настрою виявляється послабленням емоційності під час контактів з оточенням, втратою здатності радіти, веселитися, отримувати задоволення. Відмічається втомлюваність, млявість, знижується загальний життєвий тонус. Хворі невдоволені собою, власними вчинками, самооцінка знижується, що загалом відбивається на креативності - втрачається здатність до творчої діяльності. Людина з легким депресивним епізодом, як правило, стурбована означеними симптомами, затруднюється виконувати звичайну роботу і бути соціально активною, однак повністю не припиняє функціонувати. Нерідко пацієнти та їх близьке оточення вважають наявний розлад проявом лінощі, слабкої волі, відсутністю відповідальності т. ін. В подальшому, коли відбувається більш глибоке усвідомлення власного психічного стану, який не

відповідає вимогам потрібного темпу соціальної діяльності, з'являється песимістична налаштованість, відчуття самотності, хворі розуміють, що змінилися. [17]

Легкий епізод депресії (порушення циклотимічного типу) може супроводжуватись соматичною симптоматикою: розлади сну, апетиту, головний біль, порушення функцій системи травлення, неприємні відчуття в усьому тілі, зниження лібідо. [17]

Таким чином, при депресивному стані легкого ступеню переважають суб'єктивні порушення без наявності зовнішніх та поведінкових ознак. Це утруднює розпізнавання афективних розладів і потребує цілеспрямованого виявлення згаданих симптомів і особливостей динаміки порушень протягом доби. [17]

F32.1 Помірний депресивний епізод

Помірний депресивний епізод. Поглиблення депресії призводить до посилення афективних розладів, робить їх більш клінічно виразними і полегшує діагностування. Окрім об'єктивних відчуттів і переживань, про депресію свідчать зовнішній вигляд, висловлювання, поведінка хворого. Помітнішими стають ознаки ідеаторної та моторної загальмованості. Обличчя хворого гіпомімічне, зажурене, сумне, погляд згаслий або похмурий, постать стражденна. Характерним симптомом є так звана складка Верагута - верхні повіки опущені і вигнуті під кутом угору. [17. С. 20-21]

Мислення стає сповільненим, збіднюються асоціації, знижуються мнестичні здібності. Хворі розмовляють тихим, монотонним, маломодульованим голосом. Відповіді стислі, короткі, висловлювання песимістично забарвлені. Наявні ідеї власної неповноцінності, провини. Пацієнти рухливо сповільнені, малоактивні, мляві. Клінічна картина у цю стадію розвитку визначається як клінічна ендогенна депресія. [17. С. 20-21]

F32.2 Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів

Тяжкий депресивний епізод формується у складних випадках розвитку депресії. Він може супроводжуватись або не супроводжуватись психотичною симптоматикою. Характерною для цього стану є велика туга, що супроводжується фізичними відчуттями тяжкості в грудях і серці (передсерцева туга), голові. Типові

висловлювання хворих: "голова – немов у лещатах, набита важким камінням", "камінь у грудях". [17. С. 21-24]

Мислення у таких хворих стає сповільненим, млявим, об'єм асоціацій звужується до кола монотематичних думок депресивного змісту: особистої малоцінності (самоприниження), самозвинувачення, гріховності, жебрацтва. У міру поглиблення депресії ці ідеї, починаючи з понадцінних, досягають рівня маячних. В деяких випадках ідеаторне сповільнення досягає виразу неможливості мислити, суб'єктивного відчуття "отупіння". Мова стає не тільки повільною, але й надто лаконічною, майже елементарною. Порушується увага з ускладненням зосередження, різко погіршується запам'ятовування нової інформації, відтворення минулих подій.

Дуже часто спостерігаються чисельні сенестопатії у вигляді неприємних відчуттів у грудях, голові, інших частинах тіла, що свідчить про глибинний, вітальний характер афективних порушень. Хворому складно конкретизувати ці відчуття та їхню локалізацію. На тлі сенестопатій та загального психічного стану виникають іпохондричні розлади, пацієнти вважають себе тяжкохворими.

Перцептивні порушення проявляються переважно гіпестезією та психосенсорними розладами. Навколишнє середовище сприймається знебарвленим, сірим, одноманітним. Їжа втрачає смак, пригнічуються нюхові відчуття. Змінюється суб'єктивна тривалість часу: він минає вкрай повільно, тому день здається надто довгим. [17. С. 21-24]

У випадку психотичної форми тяжкого депресивного епізоду можливий розвиток слухового чи нюхового галюцинозу. "Голоси" мають, як правило, звинувачуючий або ображаючий характер, "запахи" - смердючого м'яса чи бруду.

Зовні хворі виглядають вкрай пригніченими, похмурими. Погляд тужливий, у важких випадках застиглий, що свідчить про душевний біль, страждання. Поза одноманітна, практично не змінюється, голова й руки опущені. Хворі пересуваються, повільно піднімаючи ноги. Зниження рухової активності може досягати ступеню депресивного ступору, коли хворі нерухомо лежать або сидять, опустивши голову, занурені у власні тяжкі думки. Обличчя маскоподібне, із застиглим виразом страждання і скорботи, інколи амімічне. [17. С. 21-24]

Перший епізод захворювання – депресивний стан – розвинувся після пологів у віці 22 років. В наступні роки госпіталізувалась з приводу депресивних та маніакальних станів більше 10 разів. Після кожного епізоду хвороби одужувала, працювала. Останній раз лікувалась стаціонарно 3,5 місяці і була виписана з одужанням два роки тому. Останній епізод захворювання (депресивний розлад) почав розвиватись за два тижні до надходження в лікарню: з'явився тужливо-пригнічений настрій, поганий сон, перестала працювати по господарству, погано їла, висловлювала ідеї гріховності, провини, повідомляла, що хоче померти. [17. С. 21-24]

Під час фотографування: рухливо загальмована, сидить в депресивній позі, розмовляє тихим монотонним голосом, на запитання відповідає неохоче, майже не залишає ліжка, відмовляється від їжі. Висловлює ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки. Говорить про „страшні муки”, про смерть, що, немовби, чекають на її родину. Відмічається добове коливання психічного стану (зранку тужливий настрій підсилюється, а увечері дещо покращується), схильність до закрєпів, сухість шкіри та слизових оболонок, деяке почастищення пульсу. Артеріальний тиск 130/80 мм рт. ст. Інших порушень в сомато-неврологічному стані не виявлено. [17. С. 21-24]

Стан депресивного ступору може змінюватись раптовим нападом збудження, вибухом відчаю, гострої туги та безпорадності (меланхолійний раптус), під час якого хворий здатний до брутального самокаліцтва, іноді летального, чи самогубства.

Значного ступеню вираженості набувають соматичні симптоми. З'являється безсоння, апетит порушується аж до анорексії. У пацієнтів знижується вага, вони помітно худнуть, знижується тургор й еластичність шкіри. Нерідко буває закрєп, вегетативні розлади у вигляді гіпергідрозу кінцівок, гіпотермії, акроціанозу. Страждають функції залоз внутрішньої секреції: зникає лібідо, у жінок порушується менструальний цикл аж до аменореї.[17. С. 21-24]

Тужлива депресія проявляється домінуванням відчуттів туги, суму, пригнічення, скорботи та безвиході. Досить характерним для цієї форми є депресивна деперсоналізація у вигляді хворобливої психічної анестезії (anaesthesia psychica dolorosa). Хворі при цьому переживають своєрідне емоційне зубожіння, що

супроводжується усвідомленням власної емоційної неспроможності. Втрачається можливість емоційно реагувати на будь-які події у навколишньому середовищі, незалежно від їх особистої значущості, при збереженні раціональної оцінки. Найтяжчими бувають переживання з приводу втрати природних почуттів до близьких (психічна анестезія). Пацієнти вкрай болісно реагують на власну нездатність співчувати іншим, відчувати радість, задоволення (ангедонія). Вони страждають від втрати "вітальних емоцій": відчуття відпочинку після сну, голоду та спраги, статевого задоволення, приємної втоми після фізичного навантаження ("м'язові радощі"). Хворі відчують болісну зміну особистості, відчуження від власного "Я", душевне спустошення. [17. С.24-25]

Зовні хворі малорухомі, поводяться замкнено, нездатні виконувати звичну, навіть елементарну роботу. Поряд з тужливим афектом наявні тривога, внутрішнє напруження, неспокій, побоювання щодо життя та здоров'я близьких. Мислення прискорене, малопродуктивне. Хворі висловлюють сумніви, невпевненість щодо прийнятих рішень, зосереджуються на можливих неприємностях, не можуть позбутися тяжких думок. Увага нестійка, концентрується на темах тривожного, депресивного змісту. [17. С.24-25]

Тужлива депресія досить часто супроводжується поступовим формуванням антивітальних переживань, що переходять в суїцидальні думки, наміри і дії. Деколи парасуїцидальна активність обмежується самопошкодженнями, які, однак, можуть закінчитись летально. Вітальний характер депресії у хворих з вираженою тугою нерідко надає суїцидальним спробам імпульсивний характер. [17. С.24-25]

Рекурентний депресивний розлад

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії, як для легкого депресивного епізоду, але без наявності в анамнезі самостійних епізодів покращення настрою та підвищення енергійності (манії). Однак, можуть спостерігатися короткі епізоди легкого покращення настрою та підвищеної активності (гіпоманії) одразу ж після депресивного епізоду, іноді викликані лікуванням антидепресантами. [11]

Більш серйозні форми рекурентних депресивних розладів (F33.2 та F33.3) мають багато спільного з раніше описаними концепціями, такими як маніакально-депресивний психоз, меланхолія, вітальна депресія та ендогенна депресія. Перший епізод може спостерігатися у будь-якому віці, починаючи з дитинства та до похилого віку. [11]

Початок захворювання може бути гострим або прихованим, та тривалість може варіюватися від декількох тижнів до багатьох місяців. Завжди існує ризик того, що у пацієнта з рекурентним депресивним розладом буде маніакальний епізод, незважаючи на велику кількість пережитих депресивних епізодів. Якщо трапляється такий епізод, необхідно змінити діагноз на біполярний афективний розлад (F31 .-). [11]

Рекурентні короткочасні депресивні епізоди (F38.1)

F33.0 Рекурентний депресивний розлад з легким перебігом

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з легким перебігом, як описано в F32.0, та без манії в анамнезі. [11]

F33.1 Рекурентний депресивний розлад з помірним перебігом

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з помірним перебігом, як описано в F32.1, та без манії в анамнезі. [11]

F33.2 Рекурентний депресивний розлад з тяжким перебігом без психотичних симптомів

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з тяжким перебігом без психотичних симптомів, як описано в F32.2, та без манії в анамнезі. Ендогенна депресія без психотичних симптомів Глибока депресія, рекурентна без психотичних симптомів Маніакально-депресивний психоз, депресивний тип без психотичних симптомів Вітальна депресія, рекурентна без психотичних симптомів. [11]

F33.3 Рекурентний депресивний розлад з тяжким перебігом з психотичними симптомами

Розлад, який характеризується повторними епізодами депресії з тяжким перебігом з психотичними симптомами, як описано в F32.3, та без манії в анамнезі.

Ендогенна депресія з психотичними симптомами Маніакально-депресивний психоз, депресивний тип з психотичними симптомами. [11]

Рекурентні тяжкі епізоди:

- глибокої депресії з психотичними симптомами;
- психогенного депресивного психозу;
- психотичної депресії;
- реактивного депресивного психозу. [11]

F33.4 Рекурентний депресивний розлад, період ремісії

Пацієнт мав два або більше депресивних епізоди, описані в рубриках F33.0-F33.3, у минулому, але вже декілька місяців не мав депресивних симптомів. [11]

Дистимія

Це хронічна субдепресія з симптомами, недостатніми для постановки діагнозу ДР. Пригнічений настрій (за суб'єктивними відчуттями або спостереженнями оточуючих) відмічається більшу частину дня впродовж більш ніж половини днів на рік. Характерними є: постійна втома, ангедонія, відчуття внутрішнього дискомфорту, похмурі думки, поганий сон. При цьому в побуті й на роботі такі люди загалом адаптовані. Бувають періоди хорошого самопочуття, що тривають кілька днів і навіть тижнів. Діагноз дистимії може бути встановлений тільки тоді, коли розлад триває не менш ніж 2 роки. [12]

Прихована або маскована депресія

Перше, що потрібно зрозуміти і запам'ятати в контексті прихованої депресії, є те, що, як правило, хвора людина абсолютно не усвідомлює свого поточного стану. Він не допускає навіть думки, що з його психікою може бути щось не те. Для людини в картині його світу немає такого поняття, як депресія. Він буде шукати інші причини і підстави, через що проявляються ті чи інші симптоми або ж зовсім не буде звертати увагу на будь-які зміни в своєму стані, поки не стане зовсім важко. [13]

Розпізнати приховану форму депресії буває нелегко навіть лікарям, в постановці діагнозу більшу роль можуть грати дані, отримані від сім'ї, друзів,

найближчого оточення. Нерідко з боку запідозрити у людини масковану депресію буває неважко, якщо знати, на які моменти звертати увагу. [13]

Соматична, фізіологічна симптоматика маскованих депресії

У багатьох випадках у людини в такому стані змінюється апетит. Хворий може вживати в рази більше їжі, ніж раніше, при цьому змінюються і смакові переваги. При депресії характерна тяга до солодкого, гострого, до будь-яких яскравим і насиченим смакам, екзотичних страв. Також домінує бажання частіше вживати каву або гарячий шоколад, какао, регулярно пити будь-які алкогольні напої. Людина, який раніше терпіти не міг суші, але тепер постійно замовляє їх для себе, може сам дивуватися, звідки в ньому така тяга до морепродуктів. Однак припустити думку, що в усьому винна несвідома депресія, хворий ніяк не може. Інший варіант - практично повний або повна відмова від їжі. Людину доводиться годувати буквально насильно. [13]

То голова розколюється, то п'ята заболить, то на шию тисне, то дихати важко і боляче. Для хворого маскированою депресією типовими є алгії - це певні хворобливі відчуття, які можуть виникати одночасно в різних ділянках тіла, при цьому не мати органічної причини. Для депресивного хворого стає звичкою постійно відчувати біль, яка в стресових або кризових ситуаціях, під впливом нервів і переживань може дуже загострюватися. Біль, як правило, буває різною, від колючої до тупий і ниючий, при цьому болючість зазвичай присутній відразу в декількох ділянках тіла або органах. Психогенний біль може хвилями "гуляти" по тілу, турбувати шлунок, потім перемикається на м'язи і суглоби, потім зачіпати горло і т.д.

На тлі маскованих депресії змінюється гормональний фон, починають інакше працювати внутрішні органи і системи, знижується лібідо. Людина, вживаючи багато їжі, може втрачати вагу. Нерідко на тлі прихованої депресії у хворого відзначаються симптоми хвороб шлунково-кишкового тракту або серця. Залежно від того, який орган (або система) є найслабшим, будуть виникати уявні порушення. Друга підстава: фізіологічна симптоматика буде рівною такий, якого захворювання (або яких захворювань) дуже боїться людей. Якщо хворий прихованої депресією дуже боїться, що у нього будуть проблеми з печінкою, через цей орган і почне виходити прихована депресія - з'являться типові симптоми запалення печінки або цирозу. [13]

Незважаючи на те, що прихована (маскована) депресія найчастіше показує себе нетипово, на перший план виходять не стандартні симптоми розладу, для неї характерне зниження рухової активності, втома, сонливість. Однак періоди занепаду можуть швидко змінюватися активністю, безсонням, бадьорістю. На тлі таких змін дуже круто змінюється і настрій хворого. [13]

Психоемоційні симптоми

- Круті перепади настрою, іноді кілька разів за день. Нерідко на настрої хворого позитивно впливають солодкі продукти або заняття улюбленими справами, приємна музика.
- Періодичні афективні спалахи. У певних моментах хворий прихованої депресією може перестати контролювати себе. Це проявляється в підвищеній агресивності, ворожості і дратівливості або ж людина може, здавалося б, без приводу розридатися в громадському місці. Після таких епізодів людина зазвичай відчуває себе дуже пригнічено, намагається знайти для себе виправдання.
- Підвищена недовірливість. Домінуюча ненормальна іпохондрія.
- Поява симптомів тривожних розладів. Серед симптоматики прихованої депресії можуть бути присутніми панічні атаки. Загострення фобій і страхів. В цілому емоції стають немов би яскравіше.
- Для хворого маскированої депресією характерна наявність різних нав'язливості. [13]

Тривожна депресія. Провідною ознакою клінічної картини цієї форми депресії є тривога. Хворі фіксовані на можливих невдачах, неприємностях, що очікують їх у майбутньому. Вони насторожено, з побоюванням сприймають оточення. Нерідко у структурі тривожного варіанту депресії спостерігаються нав'язливі страхи: пацієнти бояться збожеволіти, померти т. ін. Такі фобії можуть супроводжуватися різноманітними сенестопатіями: відчуття печіння, горіння, холоду без чіткої локалізації. Найчастіше неприємні відчуття з'являються в за грудинній і надчеревній ділянках, у голові, дистальних відділах кінцівок. Сенестопатичні відчуття, в свою чергу, сприяють розвитку іпохондричних побоювань. Останні часто мають форму

спалахів страху смерті з різким психомоторним збудженням, відчаєм, плачем, схильністю до суїцидальних дій. Своєрідну форму має порушення сприйняття часу у таких пацієнтів: час сприймається як прискорений, а минулий день - тривалий. [17. С.25-26]

Тривожний компонент в структурі депресивного синдрому супроводжується виразними агрипнічними порушеннями, коли хворі погано засинають, не сплять або часто прокидаються. Апетит нерідко підвищується. Хворі стають надто нав'язливими, рухливими аж до непорядкованих хаотичних рухів у виражених випадках. [17. С.25-26]

Тривожно-ажитований стан характеризується зміною психомоторної загальмованості на руховий неспокій: хворий стереотипно ходить, плаче, стогне, заламує руки, голосить, погляд блукаючий, неспокійний, напружений, міміка мінлива. [17. С.25-26]

1.3. Психологічні чинники виникнення депресивних станів

Аналіз поняття “Тривожність”. *Тривожність* - індивідуальна властивість особи, риса характеру, що проявляється схильністю до надмірного хвилювання, стану тривоги в ситуаціях, які загрожують, на думку цієї особи, неприємностями, невдачами, фрустрацією. Важливо, що мова йде про психологічну загрозу, тобто таку, що має суб'єктивний характер і не проявляється як фізична небезпека. Такими ситуаціями можуть бути: деякі конфлікти, порівняння людиною себе з тими, хто має певну перевагу, змагання з такими людьми. [7]

Як страх, так і тривога є адекватними реакціями на небезпеку, але в разі страху небезпека очевидна, об'єктивна, а в разі тривоги вона прихована і суб'єктивна. Інакше кажучи, інтенсивність тривоги пропорційна тому змісту, який для даної людини має дана ситуація. Причини ж її тривоги, по суті, їй невідомі. [7]

Тривога – це важлива емоція, яка попереджує нас про небезпеку і мобілізує до відповідних дій. У нашому мозку функціонує комплексна система тривоги. Вона дає нам змогу вчасно помічати загрози та запобігати їм.

Ознаки корисної тривоги:

- Реалістичні й обґрунтовані;
- Пов'язані зі зрозумілим і високим ризиком;
- Допомагають мобілізуватися і долати труднощі;
- Приводять до концентрації уваги й енергії;
- Контрольовані у часі й короткострокові;
- Не заважають жити. [7]

Втім, як і будь-яка комплексна система, система тривоги також може «виходити з ладу», формуючи страх там, де насправді небезпеки немає, чи змушуючи нас постійно переживати про загрози, які малоімовірні й на які ми не маємо впливу.

Ознаки шкідливої тривожності:

- Нереалістичні, надумані, спотворені;
- Пов'язані з низьким ризиком, перебільшені;
- Забирають людину до віртуальної реальності своїх переживань;
- Енергія витрачається на хвилювання, а не на вирішення проблеми;
- Важко контрольовані у часі й тривають довго;
- Заважають жити та функціонувати. [7]

Отже, *тривожність* – це негативний емоційний стан, що супроводжується безпричинним очікуванням несприятливого розвитку життєвих ситуацій та нервовим напруженням називається *тривожністю*.

Емоційні ознаки	Поведінкові ознаки	Фізіологічні ознаки
<ul style="list-style-type: none"> • Постійне відчуття небезпеки, страху • Проблеми з концентрацією уваги • Неспокій, нетерплячість • Песимізм • Дратівливість • Пошук ознак небезпеки • Спустошення 	<ul style="list-style-type: none"> • Неспроможність розслабитися, насолоджуватися спокоєм, бути собою • Складнощі з концентрацією • Прокрастинація, відкладання справ на потім • Втрата довіри до життя і людей. • Уникання ситуацій, які можуть викликати тривогу 	<ul style="list-style-type: none"> • М'язова напруга • Тілесний біль • Холодний піт • Прискорене серцебиття, тремтіння, задишка • Проблеми зі сном • Проблеми з кишківником, нудота, діарея • Різкі коливання апетиту • Розумова напруга

Рисунок 1.3.1. Ознаки прояву тривожності

Якщо пропустити або ігнорувати ці симптоми, можна отримати низку тривожних розладів:

- Зниженої самооцінки та надмірної сором'язливості;
- Низьких результатів у навчанні, роботі, спорті, бізнесі;
- Програмування на невдачу;
- Пасивності та відсутності лідерських якостей;
- Боязні вирішувати важливі питання;
- Конфліктів із рідними, друзями, колегами.
- Порівняння власних слабких рис, умінь та особливостей із розвиненими якостями інших людей;
- Поява фобій. [7]

Щоб боротися з тривогою дуже важливо вміти протистояти цьому стану та навчитися це контролювати. Найкращий спосіб боротися з тривожністю – підібрати свої дієві лайфхаки.

Тренуйтеся

Найбільш потужною зброєю для контролю відчуття тривожності є прості **фізичні вправи**. Обирайте будь-яку активність, яка вам до душі, наприклад, біг чи велопогулянки, та зробіть її регулярною частиною вашого життя.

Відмовтесь від кави

Відмовтесь від кофеїну та лікарських засобів та речовин, які можуть спричинити розвиток симптомів тривожності.

Вивчайте техніки для відчуття спокою

У нагоді стануть техніки глибокого дихання, медитації та покращення усвідомленості, а також практики, які дозволяють знизити тонус м'язів та посилити відчуття спокою.

Встановіть режим сну

Намагайтесь лягати спати і прокидатись в однаковий час. Щоб покращити якість сну, не користуйтеся електронними пристроями, уникайте переїдання, вживання кофеїну та алкоголю перед сном.

Проконсультуйтеся з лікарем

Якщо відчуття тривожності триває більше 6 місяців, обов'язково проконсультуйтеся з лікарем. Можливо, вам знадобиться спеціальне лікування та направлення до фахівця у галузі психічного здоров'я.

Аналіз поняття “Самооцінка”.

Самооцінка є елементом самосвідомості, що характеризується емоційно насиченими оцінками самого себе як особи, власних здібностей, етичних якостей і вчинків; важливий регулятор поведінки. [5]

Самооцінка визначає взаємини людини з її оточенням, її критичність, вимогливість до себе, відношення до успіхів і невдач. Тим самим самооцінка впливає на ефективність діяльності людини і розвиток її особи.

Самооцінка тісно пов'язана з рівнем намагань, цілей, які людина перед собою ставить. Адекватна самооцінка дозволяє людині правильно співвідносити свої сили із завданнями різної складності і з вимогами тих, що оточують. Неадекватна (завищена або занижена) самооцінка деформує внутрішній світ особи, спотворює її мотиваційна і емоційно-вольова сфери і тим самим перешкоджає гармонійному розвитку. [

Самооцінка – психологічно особистісне утворення, яке надає людині можливість оцінити свій фізичний та духовний стан, свої можливості, спрямованість, активність, суспільну значущість, свої відносини із зовнішнім світом, іншими

людьми та соціальними групами. Самооцінка є обов'язковою умовою реалізації самоконтролю та самовдосконалення як важливих форм самокерованої поведінки. [5]

По суті своїй самооцінка психологічне та емоційне самовідчуття людини.

І коли говорять про низьку самооцінку, то мають на увазі відчуття себе незначним з суттєвою перевагою оточуючих в якостях, поведінці, можливостях тощо. [14]

Альфред Адлер вперше ввів поняття "комплексу неповноцінності", що формується внаслідок різноманітних причин – приниження, помилок або невдач в минулому, вад зовнішності (явні чи надумані), глибоких душевних травм та інше. [14]

Адлер вважав, що з комплексом неповноцінності народжується кожна людина.

Саме комплекс неповноцінності штовхає вчитись усього, рости і розвиватись, аби вирости зі своєї "неповноцінності" та перейти до "повноцінності". Багато відомих та успішних сьогодні людей в дитинстві мали певні значні вади (зовнішні або фізіологічні), що стали для них додатковим стимулом довести оточуючим, що вони зможуть підкорити все більші вершини в спорті, бізнесі, мистецтві тощо. Адлер вважав, що основа формування самооцінки закладається, коли дитина переживає період повної безпорадності та залежності від батьків. [14]

Якщо розвиток правильний, екологічний, то закладене природою прагнення рости та досягати автономності формує здорову адекватну самооцінку без будь-яких комплексів.

Це стає можливим тоді, коли потреби людини враховують, на неї не тиснуть і не соромлять, не вимагають того, що неможливо на даному психологічному та фізіологічному етапі розвитку та інше.

Якщо людина зазнає постійного тиску, приниження, надмірних вимог, формується комплекс неповноцінності (низька самооцінка). [14]

Критерії Адекватність самооцінки:

- Прийняття себе на фізичному рівні

Люди зі здоровою самооцінкою знають і приймають свою зовнішність – вони згодні зі своїм зовнішнім виглядом, можуть щось змінювати за бажанням (худнути,

качати м'язи, змінювати зачіски та ін.), але не надають цим змінам надмірного значення. [14]

Для них головне – відчувати себе добре.

Люди із заниженою самооцінкою часто не дбають про свою зовнішність, стають "сірими мишами" або слідкують за собою з надмірною увагою, вважаючи, що скинуті кілограми чи нові підбори додадуть їм значимості та успішності у суспільстві.

Часто такі люди стають "жертвами" моди, умілих маркетологів або пластичних хірургів.

- Знання своїх бажань та можливостей

Адекватна самооцінка дає людям усвідомлення своїх бажань, оцінку своїх можливостей, здійснення певних кроків та прийняття рішень. [14]

Вони не переймаються, що чогось не можуть, що щось у них виходить не ідеально або що вони чогось не вміють.

Для них не проблема визнати, що чогось потрібно навчитись, десь прикласти більше зусиль, а від чогось відмовитись. Усі ці дії не викликають значного негативного емоційного сплеску.

Люди з заниженою самооцінкою часто вважають себе невмілими, негідними, поганими спеціалістами і переживають з цього приводу. [14]

Або безкінечно навчаються – стають перфекціоністами чи "вічними студентами".

Часто це властиво тим людям, від кого в дитинстві батьки вимагали гарні оцінки – так званий "синдром відмінника".

- Ставлення до критики та помилок

Людину із заниженою самооцінкою помилки можуть повністю вивести з душевної рівноваги. Такі люди емоційно реагують на будь-яку критику на їхню адресу та страждають від неї. [14]

Людина з адекватною самооцінкою сприймає критику залежно від того, наскільки вона справедлива чи ні.

Якщо людина з критикою погоджується, то бере до уваги, якщо ні – просто відкидає з мінімальними затратами душевної енергії – без гніву, образи, апатії, депресії тощо.

- Прагнення більшого і кращого

Здорова самооцінка допомагає людям ставити перед собою все значніші цілі, приймати ризикові рішення, покращувати своє життя. [14]

Люди з заниженою самооцінкою вважають себе негідними та недостатньо хорошими, умілими, готовими, сміливими та інше.

Самооцінка впливає на всі сфери життя – самореалізацію, особисте життя, кар'єру та фінансовий достаток. Тому вкрай важливо докласти зусиль і "вилікувати" свою самооцінку, підняти до належно рівня. Сьогодні в психотерапії робота з самооцінкою – один з найчастіших запитів клієнтів. Ще Альфред Адлер дослідив, що самооцінка тісно пов'язана причинно-наслідковим зв'язком з дитинством – періодом, коли вона тільки формується. Тому необхідно знайти першопричину, коли вона була зламана або щось пішло не так. Більшість людей зазвичай цього не пам'ятають – психіка витісняє негативні дитячі спогади. Це могла бути якась стресова подія (насильство, покарання, серйозна втрата або що) або й незначна, – наприклад, зауваження батьків, коли ще розповідав новорічний віршик. Масштаб події не важливий – важливо те, що на той момент людина отримала серйозну травму, яка уразила її самооцінку. [14]

Самостійно можна *створювати так звану "Скарбничку досягнень"*: ставити короткотривалі цілі з відчутним результатом, досягати їх та відмічати для себе. Це тренує мозок і поведінку "Я можу", поступово підкріплюючи впевненість у собі та підвищуючи самооцінку. Дуже добре це видно в спорті. Сьогодні ти пробіг 500 м, завтра – 1 км, через тиждень – 3 км, за півроку – учасник міського марафону тощо. Це можуть бути фінансові цілі (суттєві покупки), або відмова від шкідливих звичок – що завгодно. Головне – фіксувати результат і не зупинятися. [14]

Багатьом *може бути дуже корисною увага до зовнішнього вигляду*. Особливо якщо раніше ви не надавали цьому значення, намагалися бути максимально непомітною – консультація у стиліста, зміна зачіски, оновлення гардеробу можуть

значно підвищити рівень самооцінки. Але *найкраще та найглибше з самооцінкою працює тільки психолог*. Всі інші методи можуть мати недостатньо тривалий ефект.

Самооцінка – це внутрішнє відчуття самоцінності й якщо його відновити та належно виростити у своїй психіці, життя заграє новими яскравими барвами, а успіх не змусить себе довго чекати!

Аналіз поняття “Емоційне вигорання”. Емоційне вигорання – це синдром постійної втоми, емоційного виснаження, який посилюється з часом. Особливо схильними до вигорання на роботі є люди, які працюють в сфері «людина- людина», тобто ті, чия робота пов'язана з постійним спілкуванням. [3]

Особливо схильними до вигорання на роботі є люди, які працюють в сфері «людина- людина», тобто ті, чия робота пов'язана з постійним спілкуванням. Це лікарі, педагоги, психологи, соціальні працівники, волонтери, менеджери, керівники різних сфер та інші. Необхідність постійно бути на зв'язку, вислуховувати інших і говорити самому, стежити за важливими новинами, давати вказівки підлеглим або навпаки виконувати доручення керівництва, намагатися виправдати чиїсь очікування, перевершити конкурентів, продемонструвати хороші показники — все це призводить до того, що в якийсь момент у людини просто «сідають батарейки».

Симптоми емоційного вигорання

Згідно з ВООЗ, існує три основних симптоми емоційного вигорання:

- **Почуття виснаження або втоми:** призводить до порушення сну, зниження імунітету, проблем із концентрацією;
- **Інтелектуальна й емоційна дистанція з роботою:** відчуття негативу та цинізму відносно ситуацій, пов'язаних із роботою, відірваність від колективу, відсутність мотивації, негативне сприйняття реальності;
- **Зниження професійної ефективності:** внаслідок цього розвивається відчуття неспроможності, з'являються сумніви у власних здібностях і компетентності. [3]

Чинниками, що впливають на вигорання є індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту. Швидше вигорають працівники із слабкою нервовою

системою і ті, індивідуальні особливості яких не поєднуються з вимогами професій типу «людина-людина». Згідно з моделлю синдрому «вигорання», яка була запропонована американськими дослідниками-жінками christina maslach та susan e. Jackson, «професійне вигорання» тлумачиться як синдром емоційного виснаження, деперсоналізація і редукція особистих досягнень.

Що спричиняє стан емоційного вигорання?

- Тривала робота в напруженому темпі;
- Високі навантаження, зокрема емоційні;
- Важкий колектив і контингент людей;
- Відсутність належної винагороди за роботу;
- Криза цінностей. [3]

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає роботу корисною для психіки, але негативні умови праці можуть призвести до проблем фізичного й емоційного здоров'я. Стежити за своїм психічним станом вкрай важливо, навіть якщо розглядати проблему з точки зору економічного впливу: щороку світова економіка недоотримує 1 трильйон доларів через втрату продуктивності внаслідок депресій або вигорання. [3]

Стадії емоційного вигорання

Перша стадія напруга

- Починається приглушенням емоцій, згладжуванням гостроти почуттів і свіжості переживань; фахівець зненацька зауважує: начебто все поки нормально, але ... нудно і порожньо на душі;
 - Зникають позитивні емоції, з'являється деяка відстороненість у відносинах з членами сім'ї;
 - Виникає стан тривожності, незадоволеності; повертаючись додому, все частіше хочеться сказати: «не лізьте до мене, дайте спокій!» [3]

Друга стадія резистенція

Виникають непорозуміння з колегами по роботі, професіонал у колі своїх колег починає зі зневагою говорити про деяких з них;

- Неприязнь починає поступово проявлятися в присутності членів колективу – спочатку це важко стримувана антипатія, а потім і спалахи роздратування. Подібна поведінка професіонала – це неусвідомлюваний ним самим прояв почуття самозбереження при спілкуванні, що перевищує безпечний для організму рівень. [3]

Третя стадія виснаження

Притуплюються уявлення про цінності життя, емоційне ставлення до світу «спрощується», людина стає небезпечно байдужою до всього, навіть до власного життя;

- Така людина за звичкою може ще зберігати зовнішню респектабельність і деякий апломб, але його очі втрачають блиск інтересу до чого б то не було, і майже фізично відчутний холод байдужості поселяється в його душі. [3]

Що робити, аби уникнути емоційного вигорання або подолати його:

- Дбати про збереження балансу між роботою та особистим життям;
- Робити перерви на відпочинок під час робочого дня;
- **Не перепрацьовуйте.** Не беріть роботу додому і намагайтеся не працювати на вихідних, якщо, звичайно, це не екстрена ситуація, коли «все горить».
- Виділяти час на заняття, не пов'язані з роботою;
- Обговорити з роботодавцями можливу зміну графіку, навантаження або принаймні різноманіття задач;
- Достатньо спати та відпочивати;
- Регулярно займатися спортом;
- За потреби звернутися до психолога чи психотерапевта.

Аналіз поняття “Професійне вигорання”. Історія терміну «синдром емоційного вигорання» починається з 1974 року, коли американський психіатр Н.І. Freudenberger вперше звернув увагу на цей феномен і описав його як «поразку, виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил». Термін «професійне вигорання» з'явився у

літературі з психології у 1974 році для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з пацієнтами, клієнтами і постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері під час надання професійної допомоги. Нині цей термін має вже діагностичний статус «Z 73.0 Вигорання, стан життєвого виснаження» у Міжнародному статистичному класифікаторі захворювань та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for; 2015). [6]

На даний час не існує однозначної відповіді на запитання про те, що ж є головним у виникненні професійного вигорання, що є основною причиною – особистісні характеристики людини чи організаційні. Синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження.

Професійне вигорання — це синдром, який розвивається на фоні хронічного стресу і призводить до загального виснаження організму людини. Він включає в себе три складники: енергетичний (брак енергії, фізична перевтома), емоційний (апатія, зниження чутливості та емоційності, байдужість) і екзистенціальний (втрата сенсу діяльності, життя).

Це результат тривалого хронічного стресу у професійної діяльності. Це одна з характеристик професійної деформації. Саме за ними можна здогадатися, чим займається людина. До прикладу, на зупинці за певними ознаками неважко впізнати вчителя. Так само й психолога. [6]

Зазвичай, воно проявляється у людей таких професій, що не мають права проявляти свої природні емоції: роздратування, гнів. Оскільки з етичних міркувань вони мають дотримуватися «позитивної картинки». Це ті, хто взаємодіє весь час безпосередньо з людиною. Загалом же професійна діяльність, пов'язана з людьми, часто призводить до професійного вигорання. Адже вона потребує великого емоційного навантаження та постійного інтелектуального напруження. [6]

Цей синдром зазвичай розцінюється як стрес-реакція у відповідь на виробничі й емоційні вимоги, що походять від зайвої відданості людини своїй роботі із супутньою при цьому зневагою до сімейного життя або відпочинку. Безперервне або прогресуюче порушення рівноваги неминуче призводить до «професійного

вигорання». «Вигорання» є не просто результатом стресу, а наслідком некерованого стресу. Цей стан виникає внаслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» або «звільнення» від них. По суті – це дистрес або третя стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження (*Hans Hugo Bruno Selye*). [6]

Серед симптомів, що виникають першими, можна вирізнити загальне почуття втоми, вороже ставлення до роботи, загальне невизначене почуття занепокоєння. Сприймання роботи як такої, що постійно ускладнюється та стає менш результативною. Людина може легко розгніватися, дратуватися, почувати себе виснаженою та бути налаштованою надзвичайно негативно до всіх подій.

Результати досліджень показують, що найбільш чутливими до вигорання, є молоді люди (19-25 років), які при зіткненні з реальною дійсністю, що не відповідає їх очікуванню, отримують емоційний шок та люди старшого віку (40-50 років). Досить часто можна спостерігати як у чоловіків, так і у жінок, професійне вигорання у віці 30 років. Можливо, причиною є криза 30 років, яку психологи часто називають «проблемою сенсу життя». Аналізуючи пройдений життєвий шлях, людина бачить, як при сформованому і зовні благополучному житті все-таки недосконала її особистість. Відбувається переоцінка цінностей і буває так, що кар'єрні досягнення в цьому віці втрачають сенс. [6]

В деяких дослідженнях прослідковується, взаємозв'язок сімейного стану і вигорання. Більш висока схильність до вигорання є у неодружених осіб (особливо чоловічої статі). Причому, холостяки в більшій мірі схильні до вигорання навіть у порівнянні з розведеними чоловіками. Доведено, що чоловіки більш схильні до деперсоналізації, а жінки до емоційного виснаження. Чоловіки виявилися більш чутливими до впливу таких стресових ситуацій, як необхідність демонстрації чисто чоловічих якостей (сила, відвага). Жінки виявилися більш чутливими до стресових ситуацій, які вимагали від них співпереживання, виховательських навичок, покори. Жінка, що працює, отримує більш високі робочі навантаження (в порівнянні з чоловіками) через додаткові домашні та сімейні обов'язки.

Існують дані про зв'язок між рівнем освіти і вигоранням. Люди з більш високим рівнем освіти висувають до себе завищені вимоги, вважають, що не можуть

реалізувати свої можливості (людина посідає не ту посаду, на яку вона могла б претендувати, або не ту, на яку вчилася).

Чинниками, що впливають на вигорання є індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту. Швидше вигорають працівники із слабкою нервовою системою і ті, індивідуальні особливості яких не поєднуються з вимогами професій типу «людина-людина». Згідно з моделлю синдрому «вигорання», яка була запропонована американськими дослідниками-жінками Christina Maslach та Susan E. Jackson, «професійне вигорання» тлумачиться як Синдром емоційного виснаження, деперсоналізація і редукція особистих досягнень. [6]

Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» та характеризується зниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням.

Деперсоналізація проявляється в деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності, а в інших зростання негативізму, цинічності налаштувань і почуттів щодо інших людей.

Редукція особистих досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізмі щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших, тощо. [6]

Висновки до першого розділу

Аналізуючи теоретичний матеріал до першого розділу можемо зробити наступні висновки, дослідження депресивних станів привертає увагу психологів різних напрямків та всого світу. Зростання рівня розвитку депресій в сучасному світі пов'язують з високим темпом життя, підвищеним рівнем його стресогенності: високою конкурентністю, соціальною нестабільністю, складними економічними умовами, невпевненістю у завтрашньому дні, а також самоцінкою людини, емоціональним вигоранням, трифожністю, як чинниками які призводять до виникнення депресивних станів. Все це негативно впливає на людей, а особливо на

осіб які працюють з людьми. Саме в взаємовідносинах з людьми є багато приводів для розвитку тривожності.

Депресивні стани проявляються у поганому настрої, низькій самооцінці, песимізмі, апатії, млявості, швидкій втомлюваності, всіляких нездужаннях, постійній невдоволеності, покинутості, безрадісності, відчутті нещасливості, безнадії, безпорадності, нікчемності, непотрібності, пригніченості, тужливості, тривалому смутку та небажанні жити. Останнє, в дуже важких випадках депресії, приводить до самогубства. Депресія заподіює найсильніші психологічні, емоційні та фізичні страждання, які істотно знижують якість життя хворого, рівень його сімейної, соціальної та трудової адаптації, а нерідко призводять до інвалідизації.

У теперішньому суспільстві культивується цілий ряд цінностей, через які людина приречена постійно бути невдоволеною собою, вирішуються питання щодо майбутньої професії, відбуваються спроби побудови серйозних стосунків, є величезний тиск з боку суспільства в тому, що до цього віку у людини вже мають бути певні досягнення і якщо цього не відбувається, то особа, під цим тиском, починає відчувати свою неповноцінність. Все це змушує людину важко переживати та приховувати свої проблеми та невдачі, позбавляє її емоційної підтримки та призводить до самотності, що, в свою чергу, переходить в розвиток депресивних станів.

Депресія стала хворобою нашого часу. Все більше й більше людей скаржаться на втрату енергії, почуття меншовартості, пригніченість та безнадійність. Сьогодні ми чуємо багато нових термінів – від «емоційного вигоряння» до «синдрому хронічної втоми». Але депресія є здавна відомим феноменом: людина самим фактом свого існування може перебувати в скрутних ситуаціях, які її пригнічують. Уже в Псалмах переконливо зображено депресивні симптоми. Депресія не оминає і віруючих людей. Затьмарення впевненості у своїй вірі, неспроможність молитися, докори сумління за провини, які гризуть душу, – усе це віруючі переживають особливо боляче.

Людина, яка знаходиться у депресивному стані не може зосередитись, у неї погіршується пам'ять, зростає тривожність, а самооцінка знижується, можуть

виникати суїцидальні думки. Цей стан впливає на якість життя, на сприйняття світу та оточуючих людей. Для того, щоб запобігти виникненню депресивних станів, надзвичайно важливо визначити, що може бути передумовою їх виникнення.

Існує велика кількість напрямів вивчення депресивних станів, однак все ще немає єдиного підходу до питання чинників, які можуть їх спричинити. Саме тому важливо ретельніше дослідити саме тривожність, самооцінку та емоційне вигорання як чинники виникнення депресії для того, щоб на основі отриманих знань розробити корекційно-профілактичну програму та рекомендації для попередження її впливу на особистість майбутніх психологів.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

2.1. Теоретичне обґрунтування методичного матеріалу для дослідження

Теоретичний аналіз наукової літератури щодо вивчення виникнення та прояву депресивних станів у майбутніх психологів, а також чинників які впливають на виникнення депресії надає змогу розглянути дане явище більш детально, проаналізувати залежність депресивних станів стосовно чинників за допомогою нищезазначених методик.

Важливими компонентами є те, що призводить до виникнення депресивних станів у майбутніх психологів, а також корекційно - профілактичні засоби, методи та шляхи подолання цього стан.

Для здійснення дослідження були використані наступні методики:

1. Методика діагностики рівня тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін);
2. Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина»;
3. Методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка;
4. Методика для вимірювання рівня депресії (“Шкала депресії Бека”).

Методика діагностики рівня тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін)

Мета: виявити рівень ситуативної та особистісної тривожності.

Опис: методика складається з 40 (20+20) тверджень та 4 можливих варіантів, кожен з яких відповідає певній кількості балів.

Виражаючи ступінь згоди з твердженнями обираються бали: 1 – ні, це не так, 2 – скоріше так, 3 – вірно, 4 – абсолютно вірно.

Обробка результатів: підраховується сума балів за усіма 40 твердженнями.

Ситуативна тривожність визначається таким чином: з суми балів з питань (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) відняти суму балів з питань (1,2,5,8,10,11,15,16,19, 20), потім до отриманого результату додати 50.

Особистісна тривожність визначається так: з суми балів з питань (2,3,4,5,8,11,12,14,15,11,17,18,20) відняти суму балів з питань (1,6,7,10,13,16,19), потім до отриманого результату додати 35. Результати інтерпретуються таким чином: до 30 балів – низький рівень; 31–45 – помірний рівень; 46 та більше балів – високий рівень.

Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина»

Мета: виявити рівень розвитку синдрому емоційного вигорання.

Опис: методика складається з 22 тверджень та 6 можливих варіантів відповідей, кожен з яких відповідає певній кількості балів.

Виражаючи ступінь згоди з твердженнями обираються бали: 0 – ніколи, 1 – дуже рідко, 2 – рідко, 3 – інколи, 4 – часто, 5 – дуже часто, 6 – завжди.

Обробка результатів: підраховується сума балів за усіма 22 твердженнями. Результати інтерпретуються таким чином: 0–16 балів – низький рівень емоційного виснаження; 17–16 балів – середній рівень емоційного виснаження; 27 та більше балів – високий рівень емоційного виснаження; 0–6 балів – низький рівень деперсоналізації; 7–12 балів – середній рівень деперсоналізації; 13 та більше балів – високий рівень деперсоналізації; 39 та більше балів – низький рівень редукції особистісних досягнень; 38–32 балів – середній рівень редукції особистісних досягнень; 31–0 балів – високий рівень редукції особистісних досягнень.

Методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка

Мета: виявити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

Опис: методика складається з 40 тверджень та 3 можливих варіантів, кожен з яких відповідає певній кількості балів.

Виражаючи ступінь згоди з твердженнями обираються бали: 2 – підходить, 1 – підходить, але не дуже, 0 – не підходить.

Обробка результатів: підраховується сума балів за усіма 40 твердженнями. Результати інтерпретуються таким чином: 0–7 балів – низький рівень; 8–14 балів – середній рівень; 15–20 балів – високий рівень.

Методика “Шкала депресії Бека”

Мета: визначити рівень депресії.

Опис: методика складається з 21 груп тверджень серед яких необхідно обрати в кожній групі одне або декілька тверджень, які відповідають відчуттям досліджуваного сьогодні та на цьому тижні.

Обробка результатів: показання по кожній категорії розраховуються так, що кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 у відповідності з наростанням тяжкості симптому. Сумарний бал складає від 0 до 62 та знижується у відповідності до покращення стану. Результати тесту інтерпретуються наступним чином: 0-9 – відсутність депресивних симптомів; 10-15 – легка депресія (субдепресія); 16-19 – помірна депресія; 20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості); 30-63 – тяжка депресія.

Всі тексти методик містяться в Додатках А, Б, В та Г.

2.2. Організація та проведення досліджень

Дослідження проводилось на базі закладу Національного Авіаційного Університету (НАУ) у м.Київ. У вибірку дослідження увійшло 60 людей (з них: 35 дівчат і 25 юнаків. Вікові рамки досліджуваних – 21-33 роки.

Метою дослідження було вивчення впливу депресивних станів на студентів, а також інші психологічні чинники та їхній вплив на виникнення депресивних станів, профілактика депресивних станів, запобігання її виникнення та шляхи подолання.

Завданням дослідження було вивчення депресивних станів студентів та інших психологічних чинників, профілактика та запобігання виникнення депресивних станів.

Емпіричне дослідження проводилось в п'ять етапів.

На першому етапі здійснювалось проведення методики дослідження рівня тривожності за *Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін)*, на другому – методика діагностики *самооцінки психічних станів Г.Айзенка*, на третьому – методика «синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина» на четвертому етапі методика діагностики рівня *депресії Бека*, п'ятий етап полягав у здійсненні аналізу отриманих результатів та інтерпретації даних, розробці профілактичних заходів, написання практичних рекомендацій щодо даної проблематики.

Перший етап проводився не більше 15 хвилин, під час яких досліджувані відповіли на запитання у відповідних бланках. На другому етапі, зазначимо, що перед проведенням даного тестування, кожному з респондентів було роздано бланк для відповідей означеної методики, після чого було проголошено інструкцію, щодо правил надання відповідей при заповненні бланку. Далі досліджуваним було надано десять хвилин для виконання завдання. Після закінчення проведення першої методики та невеличкої перерви на 10 хвилин, наступні шість виконувались аналогічно.

Після закінчення опитування, було зібрано матеріали та бланки з відповідями, на основі яких проведено аналіз та інтерпретацію результатів, розроблено профілактичну програму та розроблено практичні рекомендації.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

За методикою діагностики рівня тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін) виявлено, 25,5% опитуваних мають низький рівень ситуативної тривожності, 34,5% мають середній рівень, а 46% - високий рівень ситуативної тривожності.

Ситуативна тривожність - це показник інтенсивності переживань, які виникають по відношенню до типовим подіям. Вона може проявлятися у різних людей в самих різних ситуаціях, причому в одних вона виступає чітко, а в інших не проявляється зовсім. Наприклад, є люди, які виявляють специфічну тривожність,

підвищений стан неспокою на іспитах, в інших випадках життя вони ведуть себе більш впевнено і сміливо. Зустрічаються деякі юнаки, у яких особливе занепокоєння породжує ситуація спілкування з особами протилежної статі. Є такі люди, яким важко даються розмови по телефону.

Спочатку у людини виникає тільки ситуативна тривожність, яка потім при несприятливих умовах може перерости в особистісну.

Особистісна тривожність - це готовність (установка) людини до переживання страху і хвилювань з приводу широкого кола суб'єктивно значущих явищ. Особистісна тривожність являє собою базову рису особистості, яка формується і закріплюється в ранньому дитинстві.

Вона проявляється в типовій, ситуаційно стійкої (тобто виникає незалежно від конкретної соціальної обстановки) реакції людини - стані підвищеного занепокоєння - на загрозову його особистості ситуацію або гадану такої. Особистісна тривожність зазвичай не існує як окрема риса, вона чинить негативний вплив на формування і розвиток інших властивостей і особливостей людини, таких, наприклад, як мотив уникнення невдачі, прагнення йти від відповідальності, боязнь вступати в змагання з іншими людьми.

Серед досліджуваних низький рівень особистісної тривожності мають 19,5%, середній рівень у 39,5% та, відповідно 47,5% мають високий рівень.

Таблиця 2.3.1.

Тривожність за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін)

<i>Тип тривожності</i>	<i>Низький рівень</i>	<i>Середній рівень</i>	<i>Високий рівень</i>
<i>Особистісна тривожність</i>	19,5%	39,5%	47,5%
<i>Ситуативна тривожність</i>	25,5%	34,5%	46%



Рисунок 2.3.1. Діагностика рівня тривожності.

Переважання високого рівня особистісної тривожності при низькому рівні реактивної тривожності свідчить, що на стресову ситуацію студенти реагують з меншою напругою і занепокоєнням. Також це може свідчити про те, що досліджуванні активно витісняють високу тривожність з метою показати себе «у кращому світлі». Низький рівень тривожності вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності.

Згідно з методикою «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина» виявлено, що у досліджуваних переважають високий рівень емоційного виснаження (41%), деперсоналізації (44,5%) та редукції особистісних досягнень (43,5%). Стан емоційного вигорання характеризується такими симптомами як відчуття постійної перевтоми, підвищення частоти та інтенсивності головного болю, безсоння, погіршення стану здоров'я, роздратованість, небажання виконувати свою роботу. Деперсоналізація характеризується станом відчуження від самого себе, неадекватним сприйманням людиною свого «я». Редукція особистих досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізмі щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших, тощо.

Таблиця 2.3.2

Таблиця рівнів - «вигорання»

<i>Психічний стан</i>	<i>Низький рівень</i>	<i>Середній рівень</i>	<i>Високий рівень</i>
<i>Емоційне виснаження</i>	26,5%	32,5%	41%
<i>Деперсоналізація</i>	27,5%	31%	44,5%
<i>Редукція особистісних досягнень</i>	20,5%	35,5%	43,5%

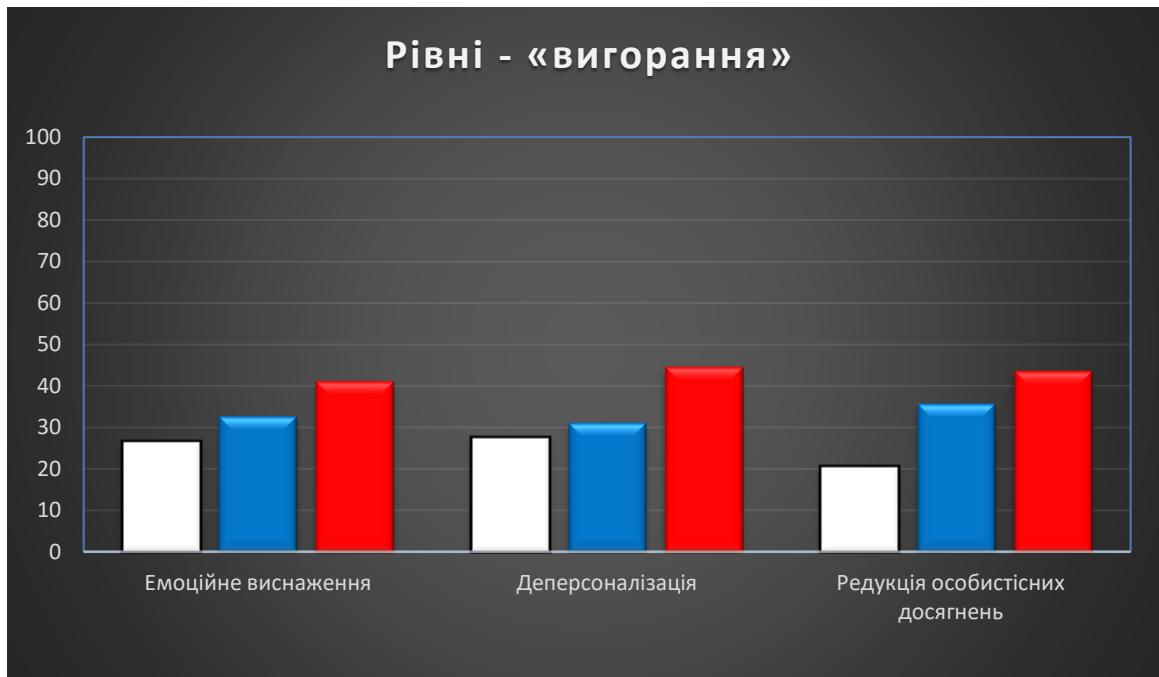


Рисунок 2.3.2. Рівні - «вигорання».

За методикою *діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка* високий рівень тривожності мають 29,5% опитуваних, середній рівень мають 45%, а низький рівень тривожності виявлено у 27,5%.

За результатами даного дослідження ми бачимо низький рівень фрустрації притаманний 21,5% опитуваних, середній рівень мають 52,5%, а високий – 17,5%.

Фрустрація - особливий емоційний стан, що виникає, коли людина, стикаючись з будь-якими перешкодами, не може досягти своїх цілей і задоволення будь-якого бажання чи потреби стає неможливим. Фрустрація може виникати як унаслідок зіткнення із зовнішніми перешкодами, і при внутрішньоособистісному конфлікті. У стані фрустрації людина переживає повний комплекс негативних емоцій: гнів, розпач, тривогу, роздратування, розчарування тощо. Тривале перебування у такому стані може призвести до повної дезорганізації діяльності. Часті стани фрустрації здатні впливати на характер: підвищувати агресивність, провокувати появу комплексу неповноцінності.

За даними, які показано на Таблиці 2.3.3 можна зробити висновок, що серед досліджуваних переважає середній рівень агресивності 65%, високий рівень – 16,5%,

низький рівень мають 52,5% опитуваних. А також середній рівень регідності 61%, високий рівень – 21%, низький рівень мають 17,5% опитуваних.

Агресивність - ситуативний стан, який характеризується афективними спалахами гніву чи злоби та імпульсивними проявами поведінки, спрямованими на об'єкт *фрустрації*, що став причиною конфлікту.

Ригідність – це неможливість і нездатність людини змінюватися, гнучко реагувати на спонтанно змінюються життєві ситуації.

Таблиця 2.3.3

Таблиця діагностики самооцінки психічних станів

Психічний стан	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
<i>Тривожність</i>	27,5%	45%	29,5%
<i>Фрустрація</i>	21,5%	52,5%	17,5%
<i>Агресивність</i>	52,5%	65%	16,5%
<i>Ригідність</i>	17,5%	61%	21%

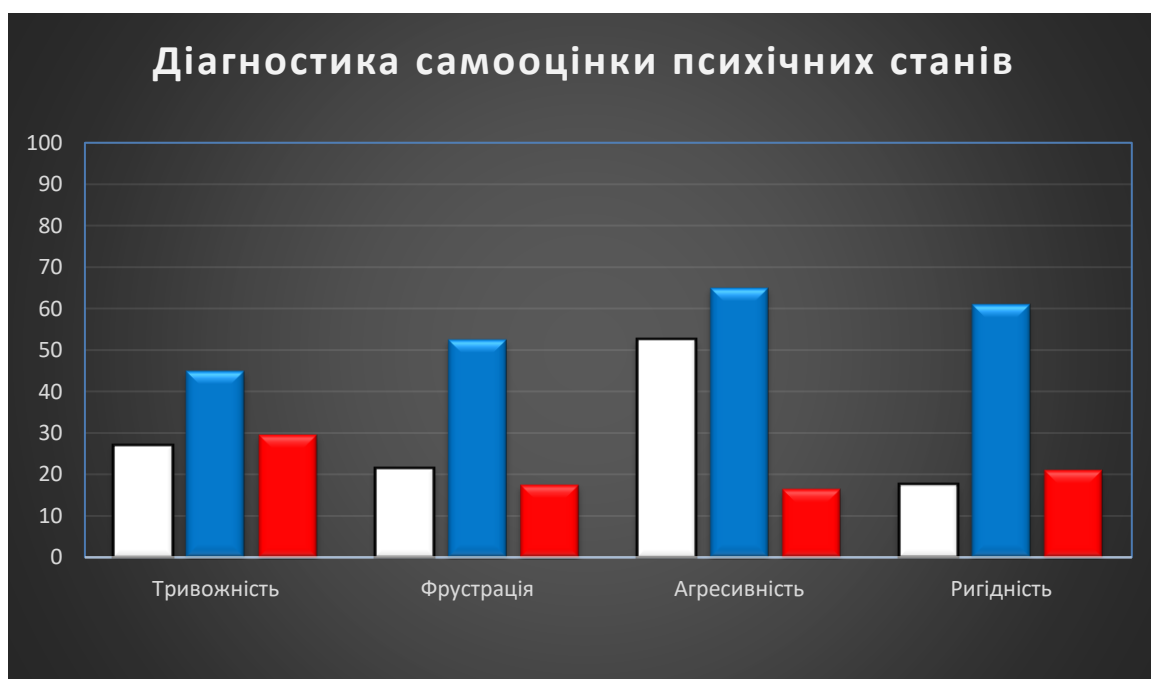


Рисунок 2.3.3. Діагностика самооцінки психічних станів.

За методикою «Шкала депресії Бека» визначено тяжку депресію у 11% опитуваних, 33,5% респондентів виявлено виражену депресію середньої тяжкості, помірний рівень депресії у 14,5% опитуваних, легка депресія у 31%. Відсутність депресивних симптомів, виявлена у 17% учасників опитування.

Таблиця 2.3.4

Таблиця «Шкала депресії Бека»

Психічний стан	Рівень
<i>Відсутність депресивних симптомів</i>	17%
<i>Легка депресія</i>	31%
<i>Помірний рівень депресії</i>	14,5%
<i>Середньої тяжкості</i>	33,5%
<i>Тяжка депресія</i>	11%

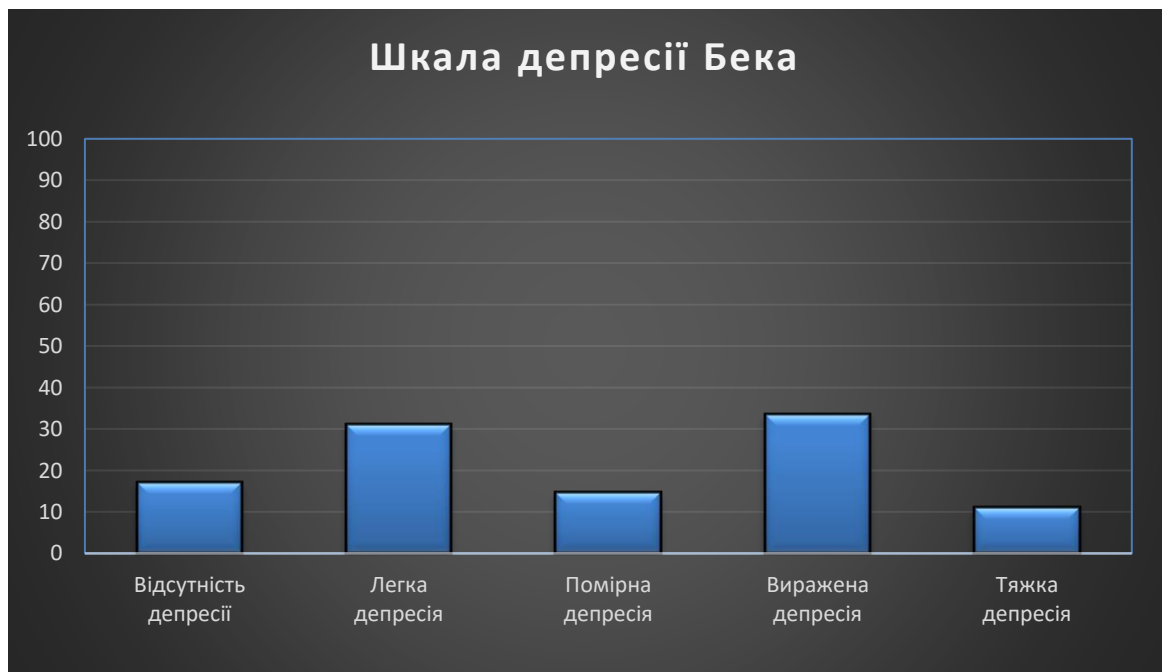


Рисунок 2.3.4. Шкала депресії Бека.

Для оцінки достовірності результатів була проведена статистично-математична обробка отриманих даних з використанням непараметричного критерію Спірмена за допомогою пакету статистичних програм **IBM SPSS Statistics Version 22**.

Розрахунки містяться у додатку Д

Таблиця 2.3.5

Шкала	Рівень тривожності	
	<i>Ситуативна тривожність</i>	<i>Особистісна тривожність</i>
Депресивний стан	<i>Коефіцієнт кореляції r-Спірмена</i>	
	,828**	,823**

** . Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

Як бачимо з таблиці 2.3.5., двостороння кореляційна залежність існує як між депресією та ситуативною тривожністю ($p \leq 0,01$), так і між депресією та особистісною тривожністю ($p \leq 0,01$).

Дослідивши зв'язок депресії та таких психічних станів, як тривожність, фрустрація, агресія та ригідність за допомогою методів математичного обчислення, нами були отримані результати, які ми можемо бачити у таблиці 2.3.6.

Таблиця 2.3.6

Шкала	Психічний стан			
	<i>Тривожність</i>	<i>Фрустрація</i>	<i>Агресивність</i>	<i>Ригідність</i>
Депресивний стан	<i>Коефіцієнт кореляції r-Спірмена</i>			
	,904**	,812**	-,126	,833**

** . Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

Отже, як видно з даних у таблиці 2.3.6., ми можемо зробити висновок, що існує двостороння кореляційна залежність між депресією та тривожністю ($p \leq 0,01$). Це свідчить про те, що досліджувані, рівень тривожності яких більший за норму, є схильні до розвитку депресивних станів. Адже постійні тривожні думки згодом призводять до розвитку депресивних станів. Між депресією та фрустрацією також виявлено двосторонню кореляційну залежність ($p \leq 0,01$). Це вказує на те, що фрустрація, як психічний стан, який виникає у ситуації реальної або припущеної неможливості задоволення тих чи інших потреб, яка супроводжується розчаруванням, тривогою, роздратуванням та відчаєм також впливає на розвиток у осіб депресивного стану. Агресивність же, відповідно до отриманих даних, кореляція між нею та депресивними станами у досліджуваних відсутня. А між депресією та ригідністю існує двостороння кореляційна залежність ($p \leq 0,01$). Ці данні вказують на те, що особи, яким важко пристосуватись до нових умов життя, які є негнучкими до змін в навколишньому світі, вони є більше схильними до розвитку депресивних станів.

При дослідженні взаємозв'язку депресивних станів та емоційного вигорання, до симптоматики якого відноситься емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень були отримані наступні результати, які ми можемо бачити у таблиці 2.3.7.

Таблиця 2.3.7

Шкала	Емоційне вигорання		
	<i>Емоційне виснаження</i>	<i>Деперсоналізація</i>	<i>Редукція особистісних досягнень</i>
Депресивний стан	<i>Коефіцієнт кореляції r-Спірмена</i>		
	,812**	,817**	,805**

Виходячи з отриманих даних, які вказані у Таблиці 2.3.7., можна зробити наступні висновки, що особи, які відчувають симптоми емоційного вигорання схильні, до розвитку депресивних станів. Виявлено двосторонній кореляційний зв'язок між депресією та емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень ($p \leq 0,01$).

Отже загальне почуття втоми, вороже відношення до роботи, відчуття занепокоєння, негативне оцінювання себе, своїх професійних або навчальних досягнень, негативне оцінювання своїх можливостей, все це впливає на розвиток депресивних станів, необхідно звернутись по допомогу до психологів або психотерапевтів, атже данна симптоматика може загострюватись та призвести до тяжких форм депресії.

Висновки до другого розділу

За результатами проведених досліджень, вище вказаними методиками, можемо зробити висновки, що у більшості респондентів є прояви депресивних станів різного рівня. Найпоширенішою є виражена стадія депресії. Відносно тривожності, то переважає високий рівень особистісної тривожності, а також середній рівень

фрустрації та ригідності. Серед досліджуваних студентів переважає низький рівень самооцінки, а також високими є показники емоційної виснаженості, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень.

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури щодо вивчення виникнення та прояву депресивних станів у майбутніх психологів, а також чинників які впливають на виникнення депресії надає змогу розглянути дане явище більш детально, проаналізувати залежність депресивних станів стосовно чинників за допомогою спеціально розроблених методик.

Важливими компонентами є те, що призводить до виникнення депресивних станів у майбутніх психологів, а також корекційно - профілактичні засоби, методи та шляхи подолання цього стану.

При оцінці достовірності результатів нами була проведена статистично-математична обробка отриманих даних з використанням непараметричного критерію Спірмена за допомогою IBM SPSS Statistics.

Виходячи з даних які представлені вище в таблицях можемо зробити наступні висновки, двостороння кореляційна залежність існує як між депресією та ситуативною тривожністю ($p \leq 0,01$), так і між депресією та особистісною тривожністю ($p \leq 0,01$).

Також нами було досліджено зв'язок депресії та таких психічних станів, як тривожність, фрустрація, агресія та ригідність за допомогою методів математичного обрахунку.

Існує двостороння кореляційна залежність між депресією та тривожністю ($p \leq 0,01$). Це свідчить про те, що досліджувані, рівень тривожності яких більший за норму, є схильні до розвитку депресивних станів. Адже постійні тривожні думки згодом призводять до розвитку депресивних станів. Між депресією та фрустрацією також виявлено двосторонню кореляційну залежність ($p \leq 0,01$). Це вказує на те, що фрустрація, як психічний стан, який виникає у ситуації реальної або припущеної неможливості задоволення тих чи інших потреб, яка супроводжується розчаруванням, тривогою, роздратуванням та відчаєм також впливає на розвиток у осіб депресивного стану. Агресивність же, відповідно до отриманих даних, кореляція

між нею та депресивними станами у досліджуваних відсутня. А між депресією та ригідністю існує двостороння кореляційна залежність ($p \leq 0,01$).

При дослідженні взаємозв'язку депресивних станів та емоційного вигорання, до симптоматики якого відноситься, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень, можна зробити наступні висновки, що особи, які відчувають симптоми емоційного вигорання схильні, до розвитку депресивних станів. Виявлено двосторонній кореляційний зв'язок між депресією та емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень ($p \leq 0,01$).

Загальне почуття втоми, вороже відношення до роботи, відчуття занепокоєння, негативне оцінювання себе, своїх професійних або навчальних досягнень, негативне оцінювання своїх можливостей, все це впливає на розвиток депресивних станів, необхідно звернутись по допомогу до психологів або психотерапевтів, атже данна симптоматика може загострюватись та призвести до тяжких форм депресії.

РОЗДІЛ 3

ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

3.1. Розробка профілактичних заходів та корекційної програми щодо подолання депресивних станів майбутніх психологів

Актуальність теми. В наш час депресивні стани є однією з найважливіших проблем у всьому світі, зокрема й в Україні. Данна проблема є актуальною через нестабільність у політичній та економічній сфері в наш час, інформаційну перенасиченість, невпевненості у завтрашньому дні, а відтак великій кількості стресів. До того ж, сучасний темп життя обумовлюється прагненням людини бути більш продуктивною, швидшою, креативною, щоб досягти певного рівня у суспільстві.

У погоні за досягненнями, коли людина знаходиться у стані постійної напруги та тривожності, зростає навантаження на фізичну та, перш за все, емоційну та психічну сферу особистості. Явище депресивного стану має близькі до нього поняття (наприклад, меланхолія, хандра, стагнація і т.д.), що показує його надзвичайну складність та багатогранність.

У психології депресивний стан досліджується як емоційний розлад для якого характерними є загальмованість у руховій активності та інтелектуальній діяльності через зміни у емоційному фоні та переважанні негативних емоцій. Однак діагностична та корекційна складова все ще є недостатньо вивченими. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), рівень поширеності депресії відносно інших психологічних розладів зростає, а «вік захворювання» знижується.

Труднощі діагностики депресивних станів призвели до усвідомлення необхідності врахування психологічних аспектів виникнення та розвитку даних явищ. На підставі наявних у літературі даних можна виділити ряд напрямів і підходів до

дослідження психологічного змісту депресії, механізмів її виникнення, шляхів її корекції і стабілізації. Це - психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, поведінковий, а також сімейна та групова психокорекція. Метою видів допомоги, заснованих на цих підходах, є зняття психологічних симптомів і поліпшення стану пацієнта. Методи включають психологічні втручання, метою яких є зміна поведінки, думок або ставлення пацієнтів, які, імовірно, є основними причинами проблем.

Все це сприяє зростанню інтересу до депресії, до чинників її розвитку та особливостей її прояву, поділу депресивних станів відносно їх важкості, розробці ефективних методів лікування, профілактики та корекційних програм. Данні фактори і визначають актуальність дослідження як у загальнопсихологічному, так і у прикладному аспектах та стало причиною для вибору теми мого дослідження: **«Профілактика депресивних станів майбутніх психологів»**.

При виборі виду корекції враховувалося, що провідною діяльністю в студентському віці є спілкування, і тому при роботі зі студентами, які виявили депресію, перевагу було віддано її груповому варіанту.

У процесі групової роботи на основі принципу взаємодії і спільної діяльності підвищується рівень психічної активності - спочатку в груповій ситуації, а потім і в реальному житті. Виробляються адекватні способи вирішення особистих проблем, нові способи адекватної поведінки та вираження почуттів, тобто розширюється діапазон засобів і способів саморегуляції поведінки, розвивається і смислова структура особистості. Одночасно з цим змінюється і сама структура спілкування. З придбанням відчуття приналежності до групи, а також ідентифікації себе з іншими студент отримує можливість встановлення реальних соціальних зв'язків і визначення свого місця в суспільстві. З метою виправлення даної ситуації мною було розроблено та впроваджено корекційно-профілактичну програму з подолання депресії у майбутніх психологів

Мета корекції: корекція депресивних станів, розвинути емоційну стійкість, знизити рівень прояву депресивного стану, здійснити профілактику порушень емоційної сфери, формування адекватної самооцінки та зниження рівня тривожності.

Завдання корекції: Усунути симптоми депресивного стану. Сформувати навички саморегуляції. Розширити знання учасників про почуття й емоції, створити умови для розвитку здатності безоціночного їх прийняття, сформувати вміння управляти вираженням своїх почуттів та емоційних реакцій. Створити умови для особистісного зростання, створити умови для формування прагнення до самопізнання, занурення у власний внутрішній світ і орієнтація в ньому.

Сприяти формуванню навичок спілкування, вміння слухати, висловлювати свою точку зору, приходити до компромісного рішення і розуміння інших людей.

Сприяти усвідомлення своєї життєвої перспективи, позитивних життєвих цілей, шляхів і способів їх адекватного досягнення. Формування позитивного образу «Я».

Формування адекватної самооцінки, зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності, зняття емоційного напруження та створення емоційно-комфортної атмосфери.

Вимоги до проведення. Склад груп: 10-15 чоловік; Група повинна комплектуватися на добровільній основі; Бажано проводити заняття з різностатевої групою;

Місце проведення: зал для групової роботи.

Форма проведення: групові заняття.

Рекомендована частота занять - один раз на тиждень.

Кожне заняття складається з трьох частин: 1. Вступна частина (розминка). 2. Основна частина. 3. Завершення. Корекційна робота розрахована на 7 занять по 90хв. На початку кожного заняття психологу важливо відчувати групу, діагностувати стан учасників, щоб скоректувати план роботи на майбутнє заняття. У цьому можуть допомогти питання до учасників: "Як ви себе відчуваєте?", "Що нового (хорошого) сталося за цей час?", "Що запам'яталося з попереднього заняття?".

Очікувані результати: Програма сприяє підвищенню рівня розвитку емоційної сфери людини, знизить рівень тривожності, покращить сприйняття себе, допоможе засвоїти корисні навички щодо саморегуляції власного емоційного стану. В процесі занять у клієнта створюється позитивний емоційний настрій, формується атмосфера довіри, доброзичливості, позитивного ставлення до оточуючих.

План та структура групової корекції депресивних станів у майбутніх психологів

№ заняття	Мета заняття	Зміст роботи	Тривалість
1.	Встановлення зв'язку з групою, створення позитивного настрою для подальшої роботи. Створення комфортної атмосфери на занятті.	Привітання Вправа «Коло знайомств» Вправа «Правила роботи», Вправа «Настрій» Підведення підсумків	90хв
2.	Розвиток навичок самоаналізу та самооцінки. Закріплення навичок групової роботи.	Привітання Вправа «Персоніфікація» Вправа «Який я?» Вправа «Міміка і стан людини» Дискусія «Саме-саме»; Вправа «Мій всесвіт»; Зворотній зв'язок; Підведення підсумків	90хв
3.	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Розвиток відчуття емпатії.	Привітання Вправа «Зображення емоцій» Вправа «Подивись	

		<p>один на одного»</p> <p>Вправа «Вгадай емоцію»</p> <p>Вправа «Згадай, коли тобі було страшно»</p> <p>Підведення підсумків</p>	90хв
4.	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри.	<p>Привітання</p> <p>Вправа «Тренуємо емоції» Вправа «Подихай як...»</p> <p>Вправа « Злість геть»</p> <p>Вправа «Змінюємо обличчя»</p> <p>Підведення підсумків</p>	90хв
5.	Створення емоційно-позитивної атмосфери на заняттях. Знайомство групи з способами взаємодії з тривожними думками та страхами. Пошук ресурсів, за допомогою яких можливо позбавитись тривожних думок та страхів.	<p>Привітання</p> <p>Бесіда щодо тривожних думок та страхів; Вправа «Крок в минуле»</p> <p>Вправа «Уяви собі»</p> <p>Вправа «Взаємодія зі страхом»; Вправа «Малюнок</p>	90хв

		страху»; Зворотній зв'язок; Підведення підсумків	
6.	Знайомство з образом сильної особистості, відпрацювання навичок впевненої поведінки.	Привітання; Бесіда щодо негативних думок; Вправа «Собі та іншим»; Тест «Як я орієнтуюсь у різних ситуаціях»; Гра «Поводир» Зворотній зв'язок; Підведення підсумків	90хв
7.	Підсумкова діагностика по закінченню корекційної програми.	Привітання Вправа «Загальний настрій» Вправа «Компліменти» Вправа «Я в минулому і сьогодні» Підведення підсумків Прощання	90хв

ЗАНЯТТЯ № 1

Привітання

Вправа «Коло знайомств»

Мета: надання можливості кожному учаснику представити себе.

Хід вправи. Учасники стоять у колі. Тренер передає учасникам м'яч та вказує, що з ним потрібно робити. Один із учасників робить крок уперед, називає своє ім'я і коло інтересів та передає м'яч наступному.

Вправа «Правила роботи»

Мета: прийняття правил роботи групи.

Хід вправи. Учасники читають написане на плакаті і приймають правила роботи в групі.

Правила роботи

1. Звертатися одне до одного на ім'я.
2. Не критикувати.
3. Правило піднятої руки.
4. Бути щирим.
5. Не оцінювати одне одного.
6. Принцип «конфіденційності».
7. Дотримуватися запропонованих правил.

Вправа «Настрій»

Мета: розвиток уміння розпізнавати різні емоції.

Хід вправи: Учасники сидять в колі і перекидають один одному м'яч.

Ведучий кидає його одному з учасників і називає будь-який настрій або емоцію. Людина повертає м'яч і називає протилежний настрій. Потім після цього йде визначення настрою, що буде панівним під час всього корекційного курсу.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 2

Привітання

Вправа «Персоніфікація»

Мета: підвищення самооцінки, впевненості у собі.

Хід вправи: Учасник наділяє себе якостями, яких йому не вистачає, і намагається розіграти ситуацію вже з новими особистісними характеристиками.

Вправа «Який я?»

Мета: формування навичок аналізу власного емоційного стану, образу свого "Я" .

Хід вправи: Психолог пропонує учасникам висловити свій емоційний стан, своє самопочуття, себе в цілому як особистості за допомогою епітетів та порівнянь.

Вправа: «Міміка і стан людини»

Мета: формування довіри до інших, трансформування внутрішнього стану за допомогою міміки, вміння розрізняти стан інших.

Хід вправи: Учасникам пропонується зобразити внутрішній стан за допомогою міміки. Інші мають назвати, що це за емоція. Проте в ході гри учасники подумки або погоджуються з цією емоцією, або протестують. Людина, яка зображує, має обрати когось одного і відгадати думку даного учасника. Лише після того як було відгадано, людина називає чи саме так він вважав чи ні.

Дискусія «Саме-саме»

Мета: звернути увагу на життєві цінності, сприяти прийняттю себе.

Психолог пропонує учасникам записати на листочках те, що для них найважливіше та найцінніше у житті. Потім кожен зачитує, а психолог записує на дошці. Обговорюється кожен пункт. Необхідно підвести до висновку, що кожна людина є неповторною та має цінність. Любити себе – означає признавати право на любов інших до себе. Зазвичай, учасники перераховують такі цінності, як здоров'я, батьки, друзі, робота, родина, світ, гроші та інше. Психолог, коментуючи кожную відповідь,

просить учасників відповісти на питання «Чому для тебе головним є здоров'я?» (Я зможу жити довго), «Чим для тебе цінні батьки?» (Вони дали мені життя, вони люблять мене). Як висновок, учасники засвоюють, що кожна людина повинна любити себе та приймати такою яка вона є. Любити себе – означає пишатися своїми вчинками та бути впевненим, що вчиняєш правильно. Той, хто не любить себе, не може щиро любити інших. Якщо самооцінка у людини низька, то вона відчуває безпорадність, безсилля та самотність.

Вправа «Мій Всесвіт»

Мета: допомогти краще зрозуміти себе, знайти однодумців.

Інструкція: учасникам пропонується на аркушах паперу накреслити коло та від нього промені до інших кругів. У центральному колі написати «Я», а в інших колах-планетах написати закінчення речень:

Моє улюблене заняття...

Мій улюблений колір...

Мій кращий друг...

Моя улюблена тварина...

Моя улюблена пора року...

Мій улюблений казковий герой...

Моя улюблена музика...

Після того, як всі кола заповнені, учасники зачитують власні записи та коментують їх, відповідаючи на запитання.

Зворотній зв'язок

Мета: в'яснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 3

Привітання

Вправа «Зображення емоцій»

Мета: розвиток вмінь невербально передавати емоції.

Хід вправи: Психолог показує учасникам картинки із зображенням емоцій: радість, сум, подив, злість, страх, сором, цікавість.

Завдання – визначити, яке почуття виражає картинка. Потім потрібно зобразити кожен з емоцій.

Вправа «Подивись один на одного»

Мета: розвиток вмінь встановлення емоційного контакту з іншими.

Хід вправи: Учасники розбиваються на пари, беруться за руки. Ведучий пропонує: «Дивлячись тільки в очі і тримаючись за руки, спробуй мовчки передати різні емоції. Потім йде обговорення, у якому випадку яка емоція передавалася і сприймалася.

Вправа «Вгадай емоцію»

Мета: розвиток вміння розпізнавати емоції за допомогою невербальних засобів.

Хід вправи: На столі картинкою вниз викладаються схематичні зображення емоцій. Учасники по черзі беруть будь-яку картинку не показуючи її іншим.

Завдання – за схемою вгадати емоцію, настрій і зобразити її за допомогою міміки, пантоміміки, голосових інтонацій. Інші – глядачі повинні визначити, яку емоцію переживає, зображує людина.

Вправа «Згадай, коли тобі було страшно»

Мета: навчити визначати причину страху і сприймати її з позитивного боку

Хід вправи: Учасники утворюють коло, психолог по черзі передає клубочок, пропонуючи згадати ситуації, коли вони відчували страх і перевести її в гумористичну.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 4

Привітання

Вправа «Тренуємо емоції»

Мета: тренування позитивних та негативних емоцій, їх порівняння

Хід вправи: Учасникам пропонується зобразити різні емоції у ролях різноманітних предметів, тварин та людей. Далі обговорити, які емоції легше показувати: негативні чи позитивні?

Вправа « Подихай як...»

Мета: формування вміння застосовувати емоції відповідно до ситуації.

Хід вправи: Психолог просить подихати як:

- Спокійна людина
- Розлючена людина
- Перелякана людина
- Людина перед сном
- Здивована людина
- Втоплена людина

Вправа « Злість геть»

Мета: навчити проектувати агресію з людини на певну річ, виплескувати негативні емоції.

Хід вправи: Психолог пропонує взяти газету і зім'яти її, уявивши людину на яку розсердився, потім викинути. А також пропонується вдарити подушку, на місці котрої потрібно уявити ту людину, яка образила.

Вправа «Змінюємо обличчя»

Мета: корекція негативного емоційного стану, розвиток невербальної знакової системи.

Хід вправи: Одна людина сидить на стільчику і робить сумне обличчя. Інші підходять до цього учасника доторкаються і говорять добрі слова. Коли людина посміхнеться – інший учасник займає її місце.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 5

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями. Бесіда про страхи та тривожні думки для виявлення їх у учасників.

Вправа «Крок в минуле»

Мета: забезпечення аналізу власного минулого з метою його усвідомлення й активізацію механізму самозміни.

Хід вправи: Учасники по черзі повертаються у минуле, розповідають, що на їхню думку стало причиною виникнення депресії, як поводити себе рідні та інше.

Вправа «Уяви собі»

Мета: формування вмінь уявити емоційний стан в різних умовах, моделювати власну реакцію.

Хід вправи: Людині пропонується уявити і зобразити, як би вона злякалась, якби сиділа на даху. Запитують: «Що ти побачила?» Потім пропонують уявити собі і показати, як би вона здивувалась, якби побачила ведмедя; як би вона злякалась, якби побачила дракона. Питання: «Кого зустрів?», «Кого проводив?», «На кого розсердився?»

Вправа «Взаємодія зі страхом»

Мета: навчити юнака справлятися зі своїм страхом.

Інструкція: Більшість наших страхів та тривожних думок, які стають обмеженнями, заважають нам рухатися вперед, а деякі «закривають» собою мету, не дозволяючи чітку уявити собі бажане майбутнє. Зараз я пропоную одному з учасників прийняти участь у цій вправі. Ти будеш взаємодіяти зі своїм страхом. Я буду грати роль твого страху і при цьому намагатися утримати тебе або стати перешкодою на твоєму шляху. Твоїм завданням є вирватися від страху та обійти його. Під час гри можна вступати зі своїм страхом в діалог та дізнатися, що корисного цей страх може тобі розповісти: від чого він залежить? Після демонстрації вправи, учасники діляться на пари та проводять вправу. Після виконання учасники відповідають на питання:

- Чи легко було взаємодіяти зі своїм страхом?
- Чи легко було піти від страху, перемогти його, ставши сильніше?
- Чи була для тебе звичною чи, навпаки, незвичною модель твоєї поведінки?
- Чи задоволений ти результатом?

Вправа «Малюнок страху»

Мета: закріплення навичок взаємодії зі страхами та тривожними думками.

Інструкція: пропонується намалювати свій страх на папері. Після того, як страх буде намальовано, психолог просить учасників позбавитись від свого страху будь-яким зручним для них способом (зафарбувати, порвати, порізати, викинути).

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити матеріал.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 6

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями. Бесіда щодо негативних думок та страхів.

Вправа «Собі та іншим»

Мета: дати учасникам поняття про сильну особистість.

Інструкція: психолог задає питання «З якими людьми вам подобається спілкуватися? Зараз напишемо їх характеристики на дошці. Яких визначень найбільше?» На дошці написані якості: чуйний, вольовий, ніжний, цілеспрямований, добрий та ін. Учасникам пропонується обрати якості, яких їм не вистачає та записати їх в таблицю в стовпчик «Собі». В інший стовпчик «Іншим» вписати ті якості, яких не вистачає, на їх думку, іншим людям. Після того як це завдання буде виконано, психолог повідомляє, що одні характеристики є сильними сторонами людини, а інші – м'якість людини.

При аналізі, як правило, стає зрозумілим, що більшість обирає сильні якості, а іншим пропонує стати м'якшими. Проводиться обговорення чому більшість вважає, що їм не вистачає якостей сильної людини, а іншим доброти. Яку людину ми називаємо сильною особистістю? Що означає бути впевненою особистістю (спокійно відстоювати свою думку, рахуючись з думками інших)? Яку поведінку ми називаємо впевненою? Яка поведінка є невпевненою? Чи можна назвати впевненою агресивну поведінку?

Тест «Як я орієнтуюсь у різних ситуаціях»

Мета: визначити як учасники орієнтуються у різних ситуаціях.

Інструкція: дайте відповідь «так» (+) або «ні» (-) на наступні питання:

Якщо ви заблукаєте у лісі, то чи вистачить вам знань, щоб вийти на дорогу, та сили волі, щоб протриматись кілька днів?

Потрапивши на безлюдний острів, чи будете ви його оглядати весь?

Потрапивши у ситуацію, коли на вас летить авто і ваш супутник кидається вліво, чи побіжете ви туди ж?

Якщо ви йдете з дому та не можете знайти ключі, то зможете просто спокійно подумати де вони можуть бути?

Ви добре орієнтуєтесь в темряві?

Ви любите досліджувати незнайомі місця?

Вам подобається знаходитись на природі наодинці?

Ви легко вирішуєте завдання на кмітливість?

У критичній ситуації ви швидко приймаєте рішення?

За кожную позитивну відповідь ви отримуєте 1 бал. 1-3 бали – ви недостатньо самостійна людина, не вмієте приймати рішення та брати на себе відповідальність. 4-7 балів – ви кмітливі та можете не потрапити в халепу у складній ситуації, хоча й допускаєте помилки через неуважність та недостатність знань. 8-9 балів – ви ніде не пропадете, спокійне життя не для вас, робота дослідника, каскадера, геолога вам би дуже підійшла.

Гра «Поводир»

Мета: формування довіри до інших та до себе.

Учасники діляться на пари (один – поводир, інший - ведений). Веденому зав'язують очі. Поводир водить партнера між розставлених по всій кімнаті стільців. Учасники міняються ролями. Після гри йде обговорення того, що учасники відчували, чи була впевненість чи ні і чому.

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 7

Привітання

Вправа «Загальний настрій»

Мета: формування здатності до емоційного зараження.

Хід вправи: Кожен учасник має назвати свій настрій, а потім колективно обрати настрої для всієї групи.

Вправа «Компліменти»

Мета: узагальнення позитивного настрою, формування вмінь робити компліменти іншим.

Хід вправи: Учасники отримують написані на папірцях приємні слова, які можуть залишити собі або подарувати комусь:

Ти – весела людина.

У тебе добрі очі.

У тебе дуже гарна усмішка.

З тобою дуже весело.

Ти добра і чуйна людина.

Ти сміливий.

З тобою дуже цікаво.

Вправа « Я в минулому і сьогодні»

Мета: порівняння емоційного стану, котрий був провідним раніше і який є зараз; узагальнення змін, які відбулись.

Хід вправи: Психолог пропонує кожному учаснику розповісти яким був емоційний стан на початку занять і яким він став в ході корекції. Також розповісти про зміни, які вже відбулись і про те, що людина ще хоче змінити.

Підведення підсумків

По закінченню роботи обговорюються, що сподобалось під час проведення занять і які зустрічались труднощі. Які зроблені висновки, що змінилося у відношенні та самопочутті.

Прощання

3.2. Оцінка та аналіз ефективності впливу профілактичних заходів подолання депресивних станів у майбутніх психологів.

З метою виявлення ефективності впливу корекційно-профілактичної програми корекція проводилась на респондентах, які мали високі показники тривожності та депресивних станів на етапі первинного діагностування. Група складалася з 15 осіб. Після проведення корекційно-профілактичної програми мною було здійснено повторну діагностику досліджуваних, які приймали у ній участь задля аналізу ефективності цієї програми.

Повторна діагностика проводилася на основі таких методик, як:

- Методика діагностики рівня тривожності за **Ч.Д.Спілбергом** (адаптація **Ю.Л.Ханін**);
- Методика «**Синдром «вигорання»** в професіях системи «людина — людина»;
- Методика діагностики самооцінки психічних станів **Г.Айзенка**;
- Методика для вимірювання рівня депресії («**Шкала депресії Бека**»).

За результатами повторної діагностики рівня тривожності за методикою **Ч.Д.Спілбергом** (адаптація **Ю.Л.Ханін**), маємо результати які вказують на зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності.

Повторна діагностика тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін) після корекційної програми. (результати до та після проведення корекційної програми

<i>Тип тривожності</i>	<i>До корекції</i>	<i>Після корекції</i>
<i>Особистісна тривожність</i>	47,5%	39,5%
<i>Ситуативна тривожність</i>	46%	34,5%

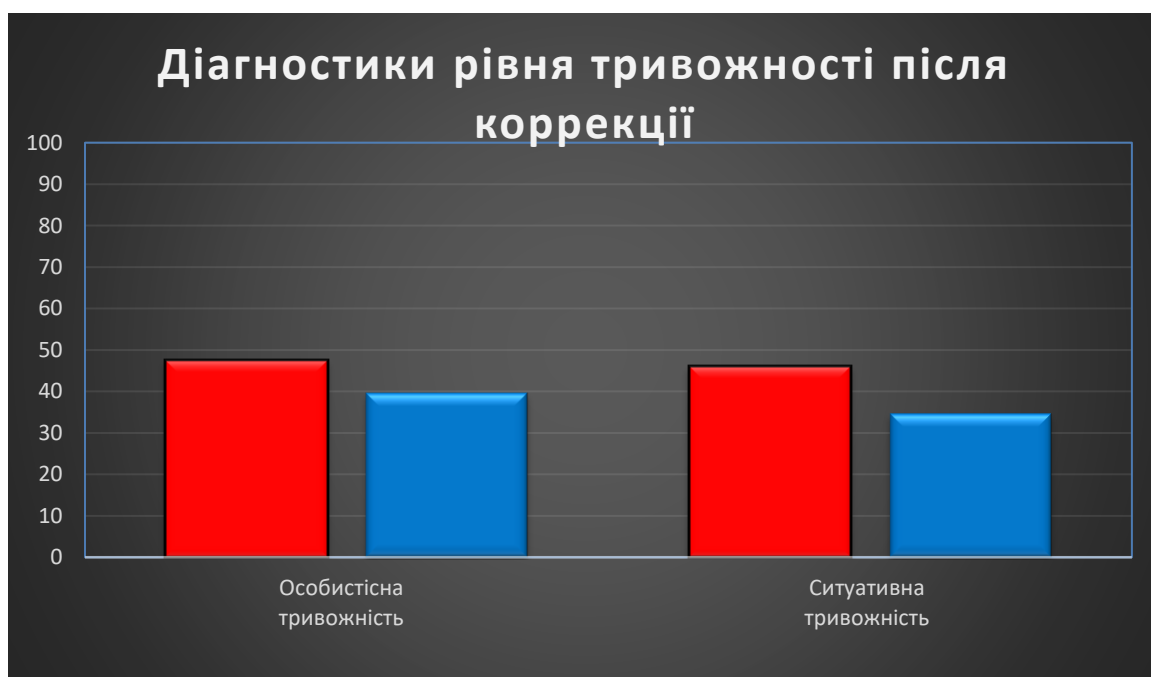


Рисунок 3.2.1. Діагностики рівня тривожності після корекції.

Було зафіксовано зниження особистісної тривожності на 8%, а ситуативна тривожність на 11,5%. Що підтверджує дієвий вплив корекційної програми на досліджуваних.

Згідно з методикою «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина» виявлено, що у досліджуваних яких переважав високий рівень емоційного

виснаження знизився до 24,5%, а деперсоналізація до 34,5% та редукції особистісних досягнень 33,5%.

Можемо бачити за таблицею 3.2.2, що рівень емоційного виснаження знизився на 16,5%, деперсоналізація на 10%, та редукції особистісних досягнень на 10%.

Отже можемо спостерігати позитивну динаміку після корекційної програми.

Таблиця 3.2.2

Таблиця рівнів - «вигорання» після корекційної програми

<i>Психічний стан</i>	<i>До корекції</i>	<i>Після корекції</i>
<i>Емоційне виснаження</i>	41%	24,5%
<i>Деперсоналізація</i>	44,5%	34,5%
<i>Редукція особистісних досягнень</i>	43,5%	33,5%



Рисунок 3.2.2. Таблиця рівнів - «вигорання» після корекції.

За методикою *Г.Айзенка* щодо рівня психічних станів, виявлено зниження рівня тривожності, фрустрації, ригідності та агресії. Отримані результати зображені на малюнку 3.2.3., та в таблиці 3.2.3.

Таблиця 3.2.3

Таблиця діагностики самооцінки психічних станів після корекційної програми

<i>Психічний стан</i>	<i>До корекції</i>	<i>Після корекції</i>
<i>Тривожність</i>	29,5%	15,5%
<i>Фрустрація</i>	17,5%	10,5%
<i>Агресивність</i>	16,5%	7,5%
<i>Ригідність</i>	21%	14%

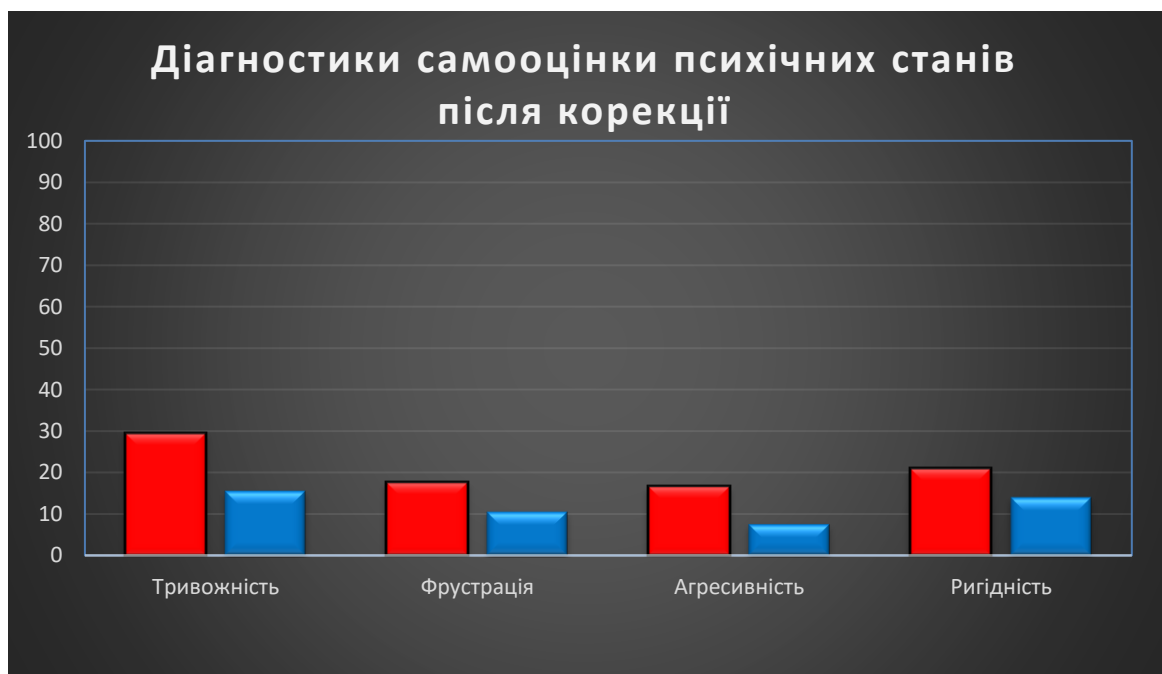


Рисунок 3.2.3. Діагностики самооцінки психічних станів після корекції.

Було проведено повторну діагностику рівня вираженості депресивних станів у осіб юнацького віку за методикою «Шкала депресії Бека» після проходження досліджуваними корекційно-профілактичної програми, результати якої зображено в таблиці 3.2.4 та на малюнку 3.2.4 відповідно, було виявлено зниження рівня депресії.

Таблиця 3.2.4

Таблиця «Шкала депресії Бека» після корекційної програми

<i>Психічний стан</i>	<i>До корекції</i>	<i>Після корекції</i>
<i>Відсутність депресивних симптомів</i>	17%	3,5%
<i>Легка депресія</i>	31%	5,5%
<i>Помірний рівень депресії</i>	14,5%	4,5%
<i>Середньої тяжкості</i>	33,5%	10%
<i>Тяжка депресія</i>	11%	9%



Рисунок 3.2.4. Шкала депресії Бека після корекції.

На основі отриманих результатів можна зробити висновок що розроблена корекційно-профілактична програма є ефективною, адже відзначаються значні позитивні зміни у показниках.

3.3. Практичні рекомендації психологам щодо профілактики та подолання депресивних станів.

Отримані результати дослідження дозволили нам розробити практичні рекомендації щодо профілактики виникнення депресивних станів майбутніх психологів:

- бути фізично активними, адже це допомагає зняти стрес та напруження;
- навчайтесь технікам релаксації;
- навчайтесь відстоювати власні межі;
- самостійно вирішувати куди ви згодні витратити ваші власні ресурси;
- збалансовано та регулярно харчуватися;
- зменшуйте вживання кофеїну, який впливає на фізичні прояви тривожності;
- виховуйте у собі здатність та бажання йти на компроміс при виникненні непорозумінь з оточуючими;
- навчайтесь саморегуляції;
- намагайтесь приділяти увагу не лише роботі, але і власним хобі, які приносять задоволення та розслаблення. Ви повинні знати, що не дивлячись ні на що у вас є ця улюблена справа, яка допоможе вам зарядитися позитивними емоціями та думками;
- частіше організуйте для себе відпочинок: від походу до кінотеатру до мандрювання в гори;
- використання когнітивно-поведінкову психотерапію, головною перевагою котрої є швидка допомога клієнтам у покращенні самопочуття і збереження його в довгостроковій перспективі;
- вчіться думати позитивно;

- у складній життєвій ситуації намагайтеся відшукати позитивні моменти. Наприклад, розлучення дає шанс забути про скандали, знайти споріднену душу;
- важливо не тримати всі емоції в собі: діліться думками, страхами з друзями, близькими людьми;
- не намагайтеся всім догодити, ставте досяжні цілі і завдання, а роботу відокремлюйте від відпочинку;
- займайтеся спортом і привчайте до активного способу життя своїх дітей;
- відмовтесь від алкоголю та наркотиків – вони посилюють депресію;
- якщо відчуття втоми, апатія чи тривога не покидають понад два тижні, звернутися до лікаря;
- частіше роби те, що приносить тобі щастя;
- спілкуватися;
- бути активним у соціумі;
- більше рухатися;
- не боятися звертатися за допомогою до спеціаліста;
- більше перебувати на сонці, особливо в обідню пору;
- регулярно гуляти на свіжому повітрі;
- намагатися більше ходити пішки;
- зайнятися плаванням, танцями, йогою чи збільшити інші фізичні активності;
- частіше зустрічатися з друзями, спілкуватися з однодумцями;
- споживати продукти, багаті на триптофан, наприклад, твердий сир, насіння соняшника, кунжут, лісовий горіх, бобові;
- споживати продукти, збагачені вітамінами групи В, наприклад, пророщене зерно;
- споживати продукти, багаті на магній, наприклад, шоколад, мигдаль, банани, шпинат;
- додати до раціону харчові добавки з мелатоніном;
- увечері використовувати лампи, що дають тепле світло, не засиджуватися допізна;

- займатися улюбленою справою;
- відвідувати театр, концерти, виставки, фестивалі;
- практикувати вправи для релаксації та зниження стресу.
- дотримуйтесь оптимального режиму сну;
- дозволяйте собі проявляти емоції;
- застосовуйте ароматерапію;
- визначте власні пріоритети та не відволікайтесь на дрібниці;
- не перенавантажуйте себе справами, оберіть максимально комфортний розпорядок дня;
- вивчайте себе, звертайте увагу на власні почуття, прислухайтесь до них. Навчившись чути власне тіло стає можливим краще контролювати ситуацію.

Одним з найважливіших кроків для подолання депресивних станів є звернення до кваліфікованого спеціаліста. Такій людині необхідно проявляти співчуття, однак не занурюватись у хворобу разом з нею, поділяючи її песимізм та відчай. Дати зрозуміти людині, що її стан – це не її вина, а хвороба, яка потребує допомоги та кваліфікованого лікування. Необхідно вносити позитивні емоції у життя цієї людини.

Висновки до третього розділу

Поширення розвитку емоційного вигорання, професійного вигорання, постійні стреси на роботі та в повсякденному житті, занижений рівень власної самооцінки є одними з основних проблем виникнення депресивних станів у професіях системи людина-людина. З однієї сторони людина відчуває тиск соціуму та підвищену увагу щодо визначення свого майбутнього, а з іншої - респонденти можуть мати низьку самооцінку та підвищену тривожність, що призводить до самотності та в подальшому підвищення ризику розвитку депресії.

За результатами проведених досліджень виявлено, що проблема підвищеного рівня тривожності, самооцінки, емоційного вигорання та депресії є актуальною для

майбутніх психологів і необхідна її профілактика. Відповідно до цього мною було розроблено та проведено корекційну програму, яка сприяла формуванню адекватної самооцінки, зниженню рівня тривожності, розвивала рефлексію та формувала такі позитивні якості особистості, як впевненість у собі, самоповага та самокритичність, а також зниження рівня агресії, тривожності та депресії загалом.

Щоб досягти ще кращих показників у подолання депресивних станів потрібно проводити комплексну роботу з профілактики та корекції виникнення депресивних станів. І саме це зумовлює необхідність розробки та впровадження практичних рекомендацій щодо попередження виникнення, зниження рівня та профілактики наявної депресії у майбутніх психологів.

Так, профілактичні заходи спрямовані на роботу із самооцінкою, рівнем тривожності, зниженням рівня агресії, що сприяють зниженню загальної тривоги та уникненню подальшого розвитку симптоматики яка може привести до розвитку депресивних станів та депресії загалом.

Когнітивний напрямок шляхів подолання депресивних станів має на меті розвиток вмінь розуміти власні емоції, контролювання своїх емоцій та співвідносити їх із дійсністю.

Поведінковий напрям спрямований навчити людину та розвинути у ній здібності контролювати власні емоції та правильно реагувати на події, що відбуваються в житті цієї людини. Таким чином, для розвитку досліджуваних параметрів були надані практичні рекомендації стосовно роботи з майбутніми психологами в даному напрямку.

За отриманими результатами можна зробити висновок що розроблена корекційно-профілактична програма є дієвою, адже відзначаються значні позитивні зміни у показниках. Але я не виключаю, що позитивну динаміку могли спровокувати різні чинники: індивідуальні фактори особистості, сприятливий емоційний клімат у групі, хороший рівень самоповаги та високої самооцінки, тощо. Виявлено позитивні змін у контрольній групі після проходження ними корекційно-профілактичної програми, також деякі респонденти вказували, що під час повторної діагностики почувались більш вільно, спокійно та впевнено.

На основі корекційно-профілактичної програми та сформованих навичок релаксації, рефлексії та впевненості у собі відзначилось, що рівень тривожності знижувався, а це здійснило вплив і на зниження рівня депресії. Слід зазначити, що отримані навички та практичні рекомендації є дієвим інструментом для профілактики депресивних станів, скористатися якими можливо у будь-який час. Однак, вона не виключає звертання учасників за індивідуальними консультаціями до психотерапевтів та практичних психологів, у випадку необхідності, медикаментозного лікування.

Необхідно наголосити що, одним з найважливіших кроків у подоланні депресивних станів є звернення до кваліфікованого спеціаліста, психолога або психотерапевта. Такій людині необхідно проявляти співчуття, надати підтримку, однак не занурюватись у хворобу разом з нею, щоб самому не стати жертвою депресивного стану, поділяючи її песимізм та відчай. Необхідно дати зрозуміти людині, що її стан – це не її вина, а захворювання, яка потребує допомоги та кваліфікованого лікування. Необхідно вносити позитивні емоції у життя цієї людини.

Отож психологічна профілактика є дієвим засобом подолання депресивних станів, котра орієнтована на вирішення психосоматичних проблем та порушень людини. Вона сприяє зняттю тілесного напруження, відновленню сил особистості та активізації життєтворчих процесів. Застосування методів та технік психотерапії у процесі подолання депресії є одним з найбільш ефективних шляхів успішного вирішення проблеми, який рекомендовано використовувати в поєднанні з іншими напрямками терапевтичного впливу та медикаментозного лікування, що значно підвищує результативність процесу покращення психосоматичного стану людини.

ВИСНОВКИ

Отже, аналізуючи та підсумовуючи все вище сказане, можемо зробити наступні висновки, що дослідження депресивних станів є актуальною проблемою сучасності та привертає увагу психологів різних напрямків всего світу. Зростання рівня розвитку депресій в сучасному світі пов'язують з високим темпом життя, підвищеним рівнем його стресогенності: високою конкурентністю, соціальною нестабільністю, складними економічними умовами, невпевненістю у завтрашньому дні, а також самоцінкою людини, емоціональним вигоранням, трифожністю, як чинниками які призводять до виникнення депресивних станів. Все це негативно впливає на людей, а особливо на осіб які працюють з людьми. Саме в взаємовідносинах з людьми є багато приводів для розвитку тривожності.

Депресії, зокрема, є одним з найбільш поширених захворювань у всьому світі. Ризик захворювання на депресію протягом життя становить близько 20%. Кожна восьма людина у світі хоча би раз протягом життя потребує проведення спеціальної психофармакотерапії, спрямованої на усунення депресивного стану. При цьому слід зазначити, що депресія у жінок розвивається значно частіше, ніж у чоловіків, у більшості випадків після першого депресивного епізоду спостерігаються рецидиви захворювання, дуже багато депресивних хворих завершують життя самогубством.

Частота депресій серед населення продовжує зростати. Зрозуміло, що значно більшу увагу вчених традиційно привертають депресивні стани, як більш поширені та складні за перебігом і клінічним поліморфізмом.

У теперішньому суспільстві культивується цілий ряд цінностей, через які людина приречена постійно бути невдоволеною собою, вирішуються питання щодо майбутньої професії, відбуваються спроби побудови серйозних стосунків, є величезний тиск з боку суспільства в тому, що до цього віку у людини вже мають бути певні досягнення і якщо цього не відбувається, то особа, під цим тиском, починає відчувати свою неповноцінність. Все це змушує людину важко переживати та приховувати свої проблеми та невдачі, позбавляє її емоційної підтримки та

призводить до самотності, що, в свою чергу, переходить в розвиток депресивних станів.

Депресія стала хворобою нашого часу. Все більше й більше людей скаржаться на втрату енергії, почуття меншовартості, пригніченість та безнадійність. Сьогодні ми чуємо багато нових термінів – від «емоційного вигорання» до «синдрому хронічної втоми». Але депресія є здавна відомим феноменом: людина самим фактом свого існування може перебувати в скрутних ситуаціях, які її пригнічують.

Людина, яка знаходиться у депресивному стані не може зосередитись, у неї погіршується пам'ять, зростає тривожність, а самооцінка знижується, можуть виникати суїцидальні думки. Цей стан впливає на якість життя, на сприйняття світу та оточуючих людей. Для того, щоб запобігти виникненню депресивних станів, надзвичайно важливо визначити, що може бути передумовою їх виникнення.

Існує велика кількість напрямів вивчення депресивних станів, однак все ще немає єдиного підходу до питання чинників, які можуть їх спричинити. Саме тому важливо ретельніше дослідити саме тривожність, самооцінку та емоційне вигорання як чинники виникнення депресії для того, щоб на основі отриманих знань розробити корекційно-профілактичну програму та рекомендації для попередження її впливу на особистість майбутніх психологів.

За результатами проведених досліджень, при яких було використано наступні методики: Методика діагностики рівня тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін); Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина»; Методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка; Методика для вимірювання рівня депресії («Шкала депресії Бека»), можемо зробити висновки, що у більшості респондентів є прояви депресивних станів різного рівня. Найпоширенішою є виражена стадія депресії. Відносно тривожності, то переважає високий рівень особистісної тривожності, а також середній рівень фрустрації та ригідності. Серед досліджуваних переважає низький рівень самооцінки, а також високими є показники емоційної виснаженості, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень.

При оцінці достовірності результатів мною була проведена статистично-математична обробка отриманих даних з використанням непараметричного критерію Спірмена за допомогою “IBM SPSS Statistics.”

Виходячи з даних які представлені “IBM SPSS Statistics” можемо зробити наступні висновки, двостороння кореляційна залежність існує як між депресією та ситуативною тривожністю ($p \leq 0,01$), так і між депресією та особистісною тривожністю ($p \leq 0,01$).

Також мною було досліджено зв'язок депресії та таких психічних станів, як тривожність, фрустрація, агресія та ригідність за допомогою методів математичного обрахунку.

Існує двостороння кореляційна залежність між депресією та тривожністю ($p \leq 0,01$). Це свідчить про те, що досліджувані, рівень тривожності яких більший за норму, є схильні до розвитку депресивних станів. Адже постійні тривожні думки згодом призводять до розвитку депресивних станів. Між депресією та фрустрацією також виявлено двосторонню кореляційну залежність ($p \leq 0,01$). Це вказує на те, що фрустрація, як психічний стан, який виникає у ситуації реальної або припущеної неможливості задоволення тих чи інших потреб, яка супроводжується розчаруванням, тривогою, роздратуванням та відчаєм також впливає на розвиток у осіб депресивного стану. Агресивність же, відповідно до отриманих даних, кореляція між нею та депресивними станами у досліджуваних відсутня. А між депресією та ригідністю існує двостороння кореляційна залежність ($p \leq 0,01$).

При дослідженні взаємозв'язку депресивних станів та емоційного вигорання, до симптоматики якого відноситься, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень, можна зробити наступні висновки, що особи, які відчувають симптоми емоційного вигорання схильні, до розвитку депресивних станів. Виявлено двосторонній кореляційний зв'язок між депресією та емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистісних досягнень ($p \leq 0,01$).

Особа, яка знаходиться у депресивному стані не може зосередитись, у неї погіршується пам'ять, зростає тривожність, а самооцінка знижується, можуть

виникати суїцидальні думки. Цей стан впливає на якість життя, на сприйняття світу та оточуючих людей. Для того, щоб запобігти виникненню депресивних станів, надзвичайно важливо визначити, що може бути передумовою їх виникнення.

Існує велика кількість напрямів вивчення депресивних станів, однак все ще немає єдиного підходу до питання чинників, які можуть їх спричинити. Саме тому важливо ретельніше дослідити саме тривожність, самооцінку та емоційне вигорання як чинники виникнення депресії для того, щоб на основі отриманих знань розробити корекційно-профілактичну програму та рекомендації для попередження її впливу на особистість.

Загальне почуття втоми, вороже відношення до роботи, відчуття занепокоєння, негативне оцінювання себе, своїх професійних або навчальних досягнень, негативне оцінювання своїх можливостей, все це впливає на розвиток депресивних станів, необхідно звернутись по допомогу до психологів або психотерапевтів, атже данна симптоматика може загострюватись та призвести до тяжких форм депресії.

Мною було розроблено та проведено корекційну програму, яка сприяла формуванню адекватної самооцінки, зниженню рівня агресивності та розвивала рефлексію, формувала такі позитивні якості особистості, як впевненість у собі, самоповага та самокритичність, а також зниження рівня тривожності та депресії загалом.

На основі корекційно-профілактичної програми та сформованих навичок релаксації, рефлексії та впевненості у собі відзначилось, що рівень тривожності та агресії знижувався, а це здійснило вплив і на зниження рівня депресії. Слід зазначити, що отримані навички та практичні рекомендації є дієвим інструментом для профілактики депресивних станів, скористатися якими можливо у будь-який час. Однак, вона не виключає звертання учасників за індивідуальними консультаціями до психотерапевтів та практичних психологів, у випадку необхідності, медикаментозного лікування.

Отож, психологічна профілактика, корекційно-профілактичні заходи, корекційна робота з власною самооцінкою, рівнем тривожності та агресії, зниження рівня тривоги та емоційного вигорання є дієвим засобом подолання депресивних

станів клієнтів, котрі орієнтовані на вирішення психосоматичних проблем та порушень людини. Вона сприяє зняттю тілесного напруження, відновленню сил особистості та активізації життєтворчих процесів. Застосування методів та технік психотерапії у процесі подолання депресії є одним з найбільш ефективних шляхів успішного вирішення проблеми, який рекомендовано використовувати в поєднанні з іншими напрямками терапевтичного впливу та медикаментозного лікування, що значно підвищує результативність процесу покращення психосоматичного стану людини.

Фундаментом для створення бар'єру проти депресії є схильність до позитивного мислення. Варто обговорювати свої думки, переживання та страхи з рідними, друзями, а також тими, хто відчуває схожі емоції. Водночас непотрібно прагнути догоджати всім довкола, ставити перед собою невинновдано важкі цілі чи недосяжні завдання. Слід пам'ятати й про регулярний відпочинок (як психологічний, так і фізичний).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. <https://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>
2. <https://moz.gov.ua/article/health/chomu-ne-mozhna-ignoruvati-depresiju-i-scho-robiti-u-razi-hvorobi>
3. <https://healthcenter.od.ua/psychichne-zdorovya/emoczijne-vygorannya/>, [29-го вересня, 09:05]
4. 2.depressia.com/page_211.html
5. <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0>, [27-го вересня, 14:00]
6. <https://crupp.org/uk/sindrom-vigorannya/>, [12, 03-го жовтня, 11:05]
7. <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C>, [25-го вересня, 13:00]
8. <https://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>, [16-го вересня, 12:10]
9. <https://sayyes.com.ua/ua/depressiya-ee-tipy-i-lechenie/>, [14-го вересня, 11:30]
10. <https://www.umj.com.ua/article/84287/algoritm-dii-likarya-i-kerivnika-zakladu-oxoroni-zdorov-ya-pri-nadanni-medichnoi-dopomogi-paciyentam-iz-depresiyeyu>, [18-го вересня, 11:10]
11. <http://kod.poltavalk.com.ua/mkhh-10-am/66-klas-5-rozlady-psykhiky-ta-povedinky-f00-f99/550-f30-f39-rozladi-nastroyu-afektivni-rozladi>, [18-го вересня, 13:10], [21-го вересня, 10:00],
12. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2015/1-1/article-1477/depressiya-legkiy-pomirniy-tyazhkiy-depresivni-epizodi-bez-somatichnogo-sindromu-abo-z-somatichnim-sindromom-rekurentniy-depresivniy-rozlad-distimiya-#gsc.tab=0>, [21-го вересня, 14:30]
13. <https://uk.everyday-psychology.com/skritaya-ili-maskirovannaya-depressiya-osnovnie-priznaki-i-simptomi-page-616998>, [23-го вересня, 12:05]
14. <https://life.pravda.com.ua/society/2019/08/26/238009/> .,[2-го вересня, С.5-6], [27-го вересня, 14:45]

15. <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%96%D1%8F>, [12-го вересня, 12:10]
16. Андрющенка А.В. До проблеми терапії атипичних (соматизованих) депресивних розладів: досвід застосування флюанксола // Психіатрія і психофармакотерапія. - 2000. - Т.2, №4. , [18-го вересня, 10:30]
17. Афективні розлади. Клінічний та психофармакологічний аспекти Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія» В.М. БОБИРЬОВ А.М. СКРИПНИКОВ О.С. ТЕЛЮКОВ Полтава «Дивосвіт» 2014, [19-го вересня, 11:20 С. 19-20], [20-го вересня. С. 20-21], [23-го вересня, 11:05],
18. Журавлев А.Ю. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Новости медицины и фармации. – 2001. - № 15-16 (95-96). – С. 27-29. [2. с.27-29]
19. Квинн В. Прикладная психология / В. Квинн. — СПб. : Питер, 2000. 560с.
20. Комер Р. Основы патопсихологии / Ronald Comer «Fundamentals of Abnormal Psychology». — 2nd ed. — 2001. — 617 с.
21. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / за ред. Л. М. Проколієнко ; [упор. В. В. Андрієвська, Г. О. Балл, О. Т. Губко, О. В. Проскура]. — К., 1989. — 608 с.
22. Курпатов А. Средство от депрессии / А. Курпатов — СПб. : Издательский Дом «Нева», 2003. — 192 с.
23. Ковальов В.В. Роль психічного чинника походження, перебігу і лікування соматичних хвороб. - М.: Медицина, 1972
24. Куташов В. А., Барабанова Л. В., Куташова Л. А. Современная медицинская психология. Воронеж, 2013. 170 с.
25. Ллойд-Джонс М. Духовная депрессия. СПб, Мирт, 2000. с.176.
26. Лоуэн, А. Депрессия и тело. М.: Просвещение, 2002. 384 с.
27. Мещеряков, Б. Г. Большой психологический словарь. Сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2003. 672 с.

28. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учеб. для студ. Вузов. М.: Академия, 2002. 456 с.
29. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2004. 392 с.
30. Немов, Р.С. Психология. Кн. No2. М.: Просвещение Владос, 1995.
31. Овчарова, Р. В. Практическая психология образования. Москва: Академия, 2013. 448 с.
32. Пасынкова, Н.Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности. Психол. журн. Т.17. No1. 1996. С. 169-174
33. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психологический словарь. М.: Просвещение, 1990. 890 с.
34. Романов И.А. Новое в терапии депрессии. М.: ЧеРо, 2001. с.40.
35. Самоукина Н. В. Экстремальная психология. — М. : Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ» ; ЭКМОС, 2000. — 288 с.
36. Синицкий В.М. Депресивні стану (Патофізіологічна характеристика, клініка, лікування, профілактика). - Київ: Наукова думка, 1986, [16-го вересня, 14:10]
37. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. М., 2001. С.460.
38. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2006. 350 с.
39. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния (Патофізіологічна характеристика, клініка, лікування, профілактика). Киев: Наукова думка, 1986.
40. Спилбергер, Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги: хрестоматія. Санкт-Петербург: ПЕРСЭ, 2015. 240 с
41. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Р-нД.:Феникс,1996. 325 с.
42. Трикетт, Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги . М.: ЭКСМО, 2002. 160 с.
43. ХвиливицкаяТ.Я. "Приховані" депресії в клініці маніакально-депресивного психозу // Депресії та його лікування. - Л., 1973

44. Хабирова Е.Р. Тревожность и ее последствия. 2003. с.301-302.
45. Ханин, Ю.Л. Исследование депрессии. Вопросы психологии. 1999. №3. с.34-36.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики рівня тривожності за Ч.Д.Спілбергом (адаптація Ю.Л.Ханін)

Мета: визначити рівень ситуативної тривожності (СТ) особистості в умовах складної психологічної ситуації, а також рівень особистісної тривожності (ЛТ) як індивідуальної риси особистості, яка не залежить на момент обстеження від конкретної ситуації.

Методика складається з двох опитувальників, за допомогою яких можна визначити рівень ситуативної тривожності (СТ) та рівень особистісної тривожності (ЛТ).

Процедура

Визначення рівня ситуативної тривожності (СТ).

Проводиться з використанням опитувальника (**«Шкала ситуативної тривожності»**), що дозволяє виявити особливості стану особистості в конкретній складній для неї ситуації.

Кожна відповідь оцінюється в залежності від обраного затвердження в 1, 2, 3, 4 бали.

Визначення рівня особистісної тривожності (ЛТ).

Проводиться з використанням опитувальника (**«Шкала особистісної тривожності»**), що дозволяє виявити особливості стану тривожності як властивості особистості, яке формується при тривалому впливі різного роду факторів.

Кожна відповідь оцінюється в залежності від обраного затвердження в 1, 2, 3, 4 бали.

Стимульний матеріал

(адаптація російською мовою).

Шкала реактивної (ситуативної) тривожності

Інструкція. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений, которые характеризуют состояние вашего самочувствия в данный момент, и выберите наиболее подходящий вариант ответа (зачеркните соответствующее число):

«1» - нет, это не так, «2» - почти что так; «3» - верно; «4» - совершенно верно.

Не думайте слишком долго, отвечайте так, как Вам подумалось в первый момент. Правильных или неправильных ответов не существует.

Бланк опросника

1. Вы спокойны 1 2 3 4
2. Вам ничего не угрожает 1 2 3 4
3. Вы находитесь в напряжении 1 2 3 4
4. Вы испытываете сожаление 1 2 3 4
5. Вы чувствуете себя свободно 1 2 3 4
6. Вы расстроены 1 2 3 4
7. Вас волнуют возможные неудачи 1 2 3 4
8. Вы чувствуете себя отдохнувшим человеком 1 2 3 4
9. Вы встревожены 1 2 3 4
10. Вы испытываете чувство внутреннего удовлетворения 1 2 3 4
11. Вы уверены в себе 1 2 3 4
12. Вы нервничаете 1 2 3 4
13. Вы не находите себе места 1 2 3 4
14. Вы взвинчены 1 2 3 4
15. Вы не чувствуете скованности и напряжения 1 2 3 4
16. Вы довольны 1 2 3 4
17. Вы озабочены 1 2 3 4
18. Вы слишком возбуждены и вам не по себе 1 2 3 4

19. Вам радостно 1 2 3 4

20. Вам приятно 1 2 3 4

Шкала личностной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните (запишите) подходящую для вас цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Цифры справа означают следующие варианты ответов:

«1» - почти никогда (ответ оценивается в один балл); «2» - иногда (ответ оценивается в два балла); «3» - часто; «4» - почти всегда (ответ оценивается в четыре балла).

Бланк опросника

1. Вы испытываете удовольствие 1 2 3 4

2. Вы быстро устаёте 1 2 3 4

3. Вы легко можете заплакать 1 2 3 4

4. Вы хотели бы быть таким же счастливым человеком, как и другие 1 2 3 4

5. Бывает, что вы проигрываете из-за того, что недостаточно быстро принимаете решения 1 2 3 4

6. Вы чувствуете себя бодрым человеком 1 2 3 4

7. Вы спокойны, хладнокровны и собранны 1 2 3 4

8. Ожидание трудностей очень тревожит вас 1 2 3 4

9. Вы слишком переживаете из-за пустяков 1 2 3 4

10. Вы бываете вполне счастливы 1 2 3 4

11. Вы принимаете всё слишком близко к сердцу 1 2 3 4

12. Вам не хватает уверенности в себе 1 2 3 4

13. Вы чувствуете себя в безопасности 1 2 3 4

14. Вы стараетесь избегать критических ситуаций

и трудностей 1 2 3 4

15. У вас бывает тоска 1 2 3 4

16. Вы бываете довольны 1 2 3 4

17. Всякие пустяки отвлекают и волнуют вас 1 2 3 4

18. Вы так сильно переживаете свои разочарования, что потом долго не можете о них забыть 1 2 3 4

19. Вы уравновешенный человек 1 2 3 4

20. Вас охватывает сильное беспокойство, когда вы думаете о своих делах и заботах 1 2 3 4

Обробка результатів

Ситуативна тривожність визначається таким чином:

З суми балів з питань (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) відняти суму балів з питань (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20), потім до отриманого результату додати 50.

$СТ = (3,4, 6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$

Особистісна тривожність визначається так:

З суми балів з питань (2,3,4,5,8,11,12,14,15,11,17,18,20) відняти суму балів з питань (1,6,7,10,13,16,19), потім до отриманого результату додати 35.

$ЛТ = (2,3,4,5,8,11,12,14,15,11,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16,19) + 35 =$

Результати за обома шкалами інтерпретуються так: До 30 балів - низький рівень тривожності. 31-45 балів - середній рівень тривожності. 46 балів і більше - високий рівень тривожності.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Під **особистісною тривожністю (ОТ)** розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Величина ОТ характеризує попередній досвід індивіда, тобто наскільки часто він відчував СТ.

Особи, що відносяться до категорії **високотривожних**, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест виявляє у досліджуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності в різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу.

Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінити тільки або особистісну, або стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан, є методика, запропонована Ч. Д. Спілбергером. Російською мовою його шкала була адаптована Ю. Л. Ханінім.

Література:

Елисеєв О.П. Практикум по психології личности / О.П.Елисеєв. – СПб.: Питер, 2007. – С. 214-218.

Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина»

Інструкція. Вам пропонується 22 твердження про почуття та переживання, пов'язані з роботою, кожне з яких слід оцінити. Якщо ви відповіли «ніколи», то вашій відповіді приписується бал 0; «дуже рідко» – 1; «рідко» – 2, «іноді» – 3; «часто» – 4, «дуже часто» – 5, «завжди» – 6. Ваші відповіді не будуть оцінюватися як гарні чи погані, тому просимо виявити відвертість. Над твердженнями не слід довго роздумувати. Достовірні відповіді ті, котрі першими прийшли в голову.

Опитувальник

1. Я відчуваю себе емоційно виснаженим.
2. Наприкінці робочого дня я відчуваю себе, як вичавлений лимон.
3. Я відчуваю себе втомленим, коли прокидаюсь вранці і мушу йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають діти та колеги, та використовую це в інтересах справи.
5. Я спілкуюся з дітьми цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму.
6. Я відчуваю себе енергійним та емоційно піднесеним.
7. Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи дітей та колег.
10. Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до тих, з ким працюю.
11. Як правило, оточуючі мене люди багато вимагають від мене та маніпулюють мною. Вони скоріше втомлюють, ніж радують мене.
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення.
13. У мене все більше життєвих розчарувань.
14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше.
15. Іноді мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими дітьми і колегами.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і усіх.
17. Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з дітьми та колегами.
18. Я легко спілкуюся з людьми незалежно від їх статусу і характеру.
19. Я багато встигаю зробити.
20. Я відчуваю себе на межі можливостей.
21. Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті.
22. Іноді колеги перекладають на мене тягар своїх проблем і обов'язків.

Обробка результатів. Відповідно до «ключа» підраховуються суми балів за трьома субшкалами.

Ключ

Субшкала	Номер твердження	Сума балів (максимальна)
Емоційне виснаження	1,2,3,6,8,13, 14,16,20	54
Деперсоналізація	5, 10, 11, 15, 22	30
Редукція особистих досягнень	4, 7,9, 12,17,18, 19,21	48

Рівень «професійного вигорання» визначається за таблицею рівнів «вигорання».

Таблиця рівнів – «вигорання»

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	0-16	17-26	27 і більше
Деперсоналізація	0-6	7-12	13 і більше
Редукція особистих досягнень	39 і більше	38-32	31-0

Інтерпретація даних. Згідно з моделлю синдрому «вигорання», запропонованою американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон, «професійне вигорання» тлумачиться як синдром емоційного виснаження, деперсоналізації і редукції особистих досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, у інших – зростання негативізму, цинічності налаштувань і почуттів щодо інших людей (учнів, колег, підлеглих тощо).

Редукція особистих досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізмі щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших тощо.

(Практикум по психології менеджмента и профессиональной деятельности/ Под ред. Г.С. Никифорова, МЛ. Дмитриевой, В.М. Снеткова. - СПб.: Речь, 2001. - С. 276-282)

Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка

Методика призначена для діагностики таких психічних станів як: *тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.*

Інструкція до тесту

Пропонуємо вам опис різних психічних станів. Якщо вам цей стан часто притаманний, поставте 2 бали, якщо цей стан буває, але зрідка, поставте 1 бал, якщо зовсім не буває - 0 балів.

Тестовий матеріал

1. Не відчуваю в собі впевненості.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко засмучуюся.
5. Непокоюся про лише уявні неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися в своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я насилу перенесу час очікування.
11. Нерідко мені здаються безвихідними положення, з яких все-таки можна знайти вихід.
12. Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом.
13. При великих неприємностях я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
14. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
15. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її безплідною.
16. Я нерідко відчуваю себе беззахисним.
17. Іноді в мене буває стан відчаю.
18. Я відчуваю розгубленість перед труднощами.
19. У важкі хвилини життя іноді поведуюся по-дитячому, хочу, щоб пожаліли.
20. Вважаю недоліки свого характеру невинними.
21. Залишаю за собою останнє слово.
22. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
23. Мене легко розсердити.
24. Люблю робити зауваження іншим.
25. Хочу бути авторитетом для інших.
26. Не задовольняюсь малим, хочу найбільшого.
27. Коли розгніваюся, погано себе стримую.
28. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
29. У мене різка, грубувата жестикуляція.
30. Я мстивий.
31. Мені важко змінювати звички.
32. Нелегко переключати увагу.
33. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
34. Мене важко переконати.
35. Нерідко у мене не виходить з голови думку, від якої слід було б звільнитися.
36. Нелегко зближуються з людьми.
37. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
38. Нерідко я проявляю впертість.
39. Неохоче йду на ризик.
40. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів тесту

Підрахуйте суму балів за кожну групу питань:

- I. Питання №1-10 - тривожність
- II. Питання №11-20 - фрустрація;
- III. Питання №21-30 - агресивність;
- IV. Питання №31-40 - ригідність.

Інтерпретація результатів тесту

I. Тривожність:

- 0-7 балів - тривожність відсутня;
- 8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів - висока тривожність.

II. Фрустрація:

- 0-7 балів - має високу самооцінку, стійкі до невдач, чи не боїться труднощів;
- 8-14 балів - середній рівень, фрустрація має місце;
- 15-20 балів - низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, фрустрований.

III. Агресивність:

- 0-7 балів - спокійний, витриманий;
- 8-14 балів - середній рівень агресивності;
- 15-20 балів - агресивний, не витриманий, є труднощі при спілкуванні і роботі з людьми.

IV. Ригідність:

- 0-7 балів - ригідності немає, легка переключаємість;
- 8-14 балів - середній рівень;
- 15-20 балів - сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, життя.

Бланк опитувальника

Прізвище, імя _____ Клас _____

I	II	III	IV
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.
6.	6.	6.	6.
7.	7.	7.	7.
8.	8.	8.	8.
9.	9.	9.	9.
10.	10.	10.	10.
Всього:	Всього:	Всього:	Всього:

Опитувальник депресії Бека.

Опис методики

Методика запропонована А.Т. Беком в 1961 р і розроблена на основі клінічних спостережень, дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш часто пред'являються пацієнтами скарг. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться в соотвествующей літературі, був розроблений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам / симптомів депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомої вкладу симптому в загальну ступінь тяжкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту привласнені значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні затвердження, що володіють еквівалентним питомою вагою

У первинному варіанті методика заповнювалася за участю кваліфікованого експерта (психіатра, клінічного психолога або соціолога), який зачитував вголос кожен пункт з категорії, а після просив пацієнта вибрати твердження, найбільш відповідне його станом на поточний момент. Пацієнту видавалася копія опитувальника, за яким він міг стежити за читаються експертом пунктами. На підставі відповіді пацієнта дослідник відзначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування дослідник враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші питання, що цікавлять параметри.

В даний час вважається, що процедура тестування може бути спрощена: опитувальник видається на руки пацієнту і заповнюється ним самостійно.

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до наростанням тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшенням стану.

Процедура проведення

Інструкція

«У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожен пункт тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви себе почували ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля обраного затвердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре підходять, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі».

Обробка і інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях.

0-9 - відсутність депресивних симптомів

10-15 - легка депресія (субдепресія)

16-19 - помірна депресія

20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості)

30-63 - важка депресія

Градуально оцінюється вираженість 21 симптому депресії.

Пункти 1-13 - когнітивно-афективна Субшкала (С-А)

Пункти 14-21 - Субшкала соматичних проявів депресії (S-P)

Інструкція: «У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожен пункт тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви себе почували ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля обраного затвердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре підходять, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі».

1. Настрій

- 0 Я не відчуваю себе засмученим, сумним.
- 1 Я засмучений.
- 2 Я весь час засмучений і не можу від цього відключитися.
- 3 Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.

2. Песимізм

- 0 Я не турбуюся про своє майбутнє.
- 1 Я відчуваю, що здивований майбутнім.
- 2 Я відчуваю, що мене нічого не чекає в майбутньому.
- 3 Моє майбутнє безнадійно, і ніщо не може змінитися на краще.

3. Почуття неспроможності

- 0 Я не відчуваю себе невдахою.
- 1 Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.
- 2 Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ній багато невдач.
- 3 Я відчуваю, що як особистість я - повний невдаха.

4. Незадоволеність

- 0 Я отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.
- 1 Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.
- 2 Я більше не отримую задоволення ні від чого.
- 3 Я повністю не задоволений життям. і мені все набридло.

5. Почуття провини

- 0 Я не відчуваю себе в чому-небудь винуватим.
- 1 Досить часто я відчуваю себе винуватим.
- 2 Велику частину часу я відчуваю себе винуватим.
- 3 Я постійно відчуваю почуття провини.

6. Почуття, що буду покараний

- 0 Я не відчуваю, що можу бути покараним за що-небудь.
- 1 Я відчуваю, що можу бути покараний.
- 2 Я очікую, що можу бути покараний.
- 3 Я відчуваю себе вже покараним.

7. Відраза до самого себе

- 0 Я не розчарувався в собі.
- 1 Я розчарувався в собі.
- 2 Я собі огидний.
- 3 Я себе ненавиджу.

8. Ідеї самозвинувачення

- 0 Я знаю, що я не гірше інших.
- 1 Я критикую себе за помилки і слабкості.
- 2 Я весь час звинувачую себе за свої вчинки.
- 3 Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.

9. Суїцидальні думки

- 0 Я ніколи не думав накласти на себе руки.
- 1 До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не буду їх здійснювати.
- 2 Я хотів би накласти на себе руки.
- 3 Я б убив себе, якби випала нагода.

10. Сльозливість

- 0 Я плачу не більше ніж зазвичай.
- 1 Зараз я плачу частіше, ніж раніше.
- 2 Тепер я весь час плачу.
- 3 Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

11. Дратівливість

- 0 Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай.
- 1 Я легше дратуюся, ніж раніше.

- 2 Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.
- 3 Я став байдужий до речей, які мене раніше дратували.

12. Порушення соціальних зв'язків

- 0 Я не втратив інтересу до інших людей.
- 1 Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше.
- 2 Я майже втратив інтерес до інших людей.
- 3 Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13. Нерішучість

- 0 Я відкладаю прийняття рішення іноді, як і раніше.
- 1 Я частіше, ніж раніше, відкладаю прийняття рішення.
- 2 Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
- 3 Я більше не можу приймати рішення.

14. Образ тіла

- 0 Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.
- 1 Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим.
- 2 Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, що роблять мене непривабливим.
- 3 Я знаю, що виглядаю потворно.

15. Втрата працездатності

- 0 Я можу працювати так само добре, як і раніше.
- 1 Мені необхідно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити що-небудь.
- 2 Я насилу змушую себе робити що-небудь.
- 3 Я зовсім не можу виконувати ніякої роботи.

16. Порушення сну

- 0 Я сплю так само добре, як і раніше.
- 1 Зараз я сплю гірше, ніж раніше.
- 2 Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову.
- 3 Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і більше не можу заснути.

17. Стормлюваність

- 0 Я втомлююся не більш, ніж зазвичай.
- 1 Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.
- 2 Я втомлююся майже від усього, що я роблю.
- 3 Я не можу нічого робити через втому.

18. Втрата апетиту

- 0 Мій апетит не гірше, ніж зазвичай.
- 1 Мій апетит став гірше, ніж раніше.
- 2 Мій апетит тепер значно гірше.
- 3 У мене взагалі немає апетиту.

19. Втрата ваги

- 0 В Останнім часом я не схудла або втрата ваги була незначною.
- 1 За останній час я втратив більше 2 кг.
- 2 Я втратив більше 5 кг.
- 3 Я втратив більше 7 Кг.

20. Охоплення тілесними відчуттями

- Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.
- 1 Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі, як болі, розлад шлунка, запори і т.д.
- 2 Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.
- 3 Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.

21. Втрата лібідо

- 0 Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до сексу.
- 1 Мене менше займають проблеми сексу, ніж раніше.
- 2 Зараз я значно менше цікавлюся сексуальними проблемами, ніж раніше.

3 Я повністю втратив сексуальний інтерес.

Процедура проведення

Спочатку тестування здійснювалося в присутності експерта, зачитує формулювання тверджень. Пацієнту видавалася копія опитувальника, але відповідав він усно.

Експертом також враховувалися додаткові показники (анамнез, рівень інтелектуального розвитку обстежуваного і т.д.). Зараз процедура проходження тесту значно спрощена.

Бланк тесту складається з 21 групи тверджень, кожна з яких містить фрази, або марковані цифрами від 0 до 3, або не марковані (в цьому випадку розстановка балів здійснюється після проходження тесту).

З кожної групи слід вибрати одне твердження, найточніше відображає стан людини, що проходить тест, на момент тестування і протягом тижня. У кожній групі фрази розташовані в порядку збільшення ступеня прояву ознаки. Деякі категорії включають альтернативні пункти, які однаково оцінюються.

Інтерпретація результатів. Після виконання тесту проводиться підрахунок балів. Всього за шкалою Бека можна набрати від 0 до 62 балів, при цьому чим менше підсумкова цифра, тим краще актуальний стан пацієнта. Якщо тестування проводить практикуючий психолог, то за результатами його він може призначити клієнту корекційні заняття, метою яких стає полегшення депресивного стану. У важких випадках пацієнту пропонується приймати антидепресанти або навіть настійно рекомендується госпіталізація. Шкала депресії Бека, таким чином, стає важливим діагностичним інструментом психолога, застосовувати який можна протягом усього курсу терапії.

Обробка отриманих результатів може здійснюватися як психологом, так і самостійно.

Підсумовується загальне число балів за всіма симптомами, і на основі отриманого числа дається оцінка тяжкості депресії:

якщо балів менше дев'яти - діагностується відсутність депресії;

- 10-15 балів - легка депресія;
- 16-19 балів вважається рівнем помірної депресії;
- 20-29 - середня, виражена депресія;
- 30 балів і вище - важка депресія.

Кореляція депресивних станів відносно тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

Рo Спирма н	Кoзффициe нт кoррeляци Знач. (2-х стороння) N	Тривoжнiст ь	Фрустрацi я	Агресивнiс ть	Ригiднiст ь	Дeпресi я
1.	Тривожність Кoзффициe нт кoррeляци Знач. (2-х стороння) N	1,000 . 60	,837** ,000 60	-,128 ,385 60	,824** ,000 60	,904** ,000 60
2.	Фрустрація Кoзффициe нт кoррeляци Знач. (2-х стороння) N	837** ,000 60	1,000 . 60	-,038 ,811 60	,788** ,000 60	,812** ,000 60
3.	Агресивність Кoзффициe нт кoррeляци Знач. (2-х стороння) N	-,128 ,385 60	-,039 ,801 60	1,000 . 60	-,266 ,089 60	-,126 ,410 60
4.	Ригідність Кoзффициe нт кoррeляци Знач. (2-х стороння) N	,824 ,000 60	788** ,000 60	-,276 ,095 60	1,000 . 60	,833** ,000 60
5.	Депресія Кoзффициe нт кoррeляци Знач. (2-х стороння) N	,904** ,000 60	,812** ,000 60	-,118 ,425 60	,833** ,000 60	1,000 ,000 60

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Кореляція депресивних станів відносно ситуативної та особистісної тривожності.

Ро Спирман	Коефіцієнт корреляції Знач. (2-х стороння) N	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Депресія
1.	СТ Коефіцієнт корреляції Знач. (2-х стороння) N	1,000 . 60	,923** ,000 60	,828** ,000 60
2.	ОТ Коефіцієнт корреляції Знач. (2-х стороння) N	,923** ,000 60	1,000 . 60	,823** ,000 60
3.	Депресія Коефіцієнт корреляції Знач. (2-х стороння) N	,828 ,000 60	,823 ,000 60	1,000 . 60

** . Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

Кореляція депресивних станів відносно симптомів емоційного вигорання.

Ро Спирман	Коефіцієнт корреляції Знач. (2-х стороння) N	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистісних досягнень	Депресія
1.	ЕВ	1,000 . 60	,845** ,000 60	,865** ,000 60	,812** ,000 60
2.	Д	,845** ,000 60	1,000 . 60	,841** ,000 60	,817** ,000 60
3.	РОД	865** ,000 60	,841** ,000 60	1,000 . 60	,805** ,000 60
4.	Депресія	,812** ,000 60	,817** ,000 60	,805** ,000 60	1,000 . 60

** . Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).