

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

СІКОРА (МЕДВІДЬ) Юлія Євгенівна

Психологічна профілактика депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери / Psychological prevention of depressive tendencies and positions in social workers

спеціальність: 231 – Соціальна робота
освітньо-професійна програма – Соціальна робота
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи СРМ-21
Ю.Є. Сікора

Науковий керівник:
к. психол.н., доцент
А.Н. Гірняк

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

«__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ А.В. Фурман

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ І СТАНІВ	6
1.1. Аналіз науково-психологічних досліджень феномену депресивних тенденцій і станів.....	6
1.2. Детермінанти та психологічні механізми виникнення депресивних тенденцій і станів.....	11
1.3. Ознаки, рівні та формовияви депресивних тенденцій і станів	19
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГУ ДЕПРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ І СТАНІВ У ПРАЦІВНИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ	24
2.1. Наукові інтерпретації особистісного розвитку працівників соціальної сфери з депресивними тенденціями і станами	24
2.2. Основні шляхи попередження психоемоційних розладів у працівників соціальної сфери	31
2.3. Методичні аспекти профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери	38
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ І СТАНІВ У ПРАЦІВНИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ	48

3.1. Психодіагностичний інструментарій вивчення депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери	48
3.1. Програма психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери	51
3.2. Емпірична апробація ефективності програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери	58
Висновки до розділу 3.....	66
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема депресивності у працівників соціальної сфери як особистісної властивості у загальній сукупності явищ індивідуального та професійного розвитку є актуальною та своєчасною. Підвищений інтерес сучасної науки до проблем депресивності зумовлений її негативним впливом на всі сфери життєдіяльності людини. Сучасний світ вимагає від людини наявності таких якостей як стійкість, цілеспрямованість, активність, прогресивність, мобільність, впевненість у собі тощо. Депресивні ж прояви паралізують життєву активність, знижують адаптаційні можливості та збіднюють психологічний потенціал особистості. Все це обумовлює необхідність ранньої діагностики депресивності та створення ефективних психопрофілактичних і тренінгових програм для подолання депресивності у працівників соціальної сфери.

Проблема депресивності та її подолання тісно пов'язана з різноманітними аспектами життєдіяльності особистості, зокрема, з проблемою активації психологічних ресурсів, реалізації творчого потенціалу, самореалізації та

визначається логікою дослідження цього питання. Водночас депресивність практично не досліджена як психологічний феномен, розглядалися депресії та депресивні розлади більшою мірою з позицій медичної і клінічної психології (В. Ковальов, Г. Мазуро, Е. Наталевич, В. Підкоритов, В. Синицький, О. Чабан, Ю. Чайка, М. Ковач, Д. Коул, К.Петерсон та ін.), а розробки у сфері професійної психології, на жаль, поодинокі (О. Ідобаєва, Н. Пов'якель, А. Бек, П. Хейманс).

Отже, незважаючи на актуальність досліджуваного питання, зумовленого деструктивним впливом депресивності на формування повноцінної, психологічно, а відтак, і фізично здорової, зрілої особистості, слід констатувати недостатню розробленість проблематики виникнення депресивності як особистісної властивості та її подолання у вітчизняній психологічній літературі, зокрема у контексті професійної психології. Це зумовлює науковий сенс дослідження психологічних детермінант виникнення депресивності, розкриття природи її подолання та регулювання у працівників соціальної сфери.

Таким чином, психологічна та соціальна значущість визначеної проблеми, її недостатнє вивчення зумовили вибір теми випускної кваліфікаційної роботи: «Психологічна профілактика депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери».

Мета дослідження: здійснити теоретичний аналіз особливостей депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери та розробити прикладні способи їх психологічної профілактики.

Обрана мета обумовила такі **завдання дослідження:**

1. Визначити теоретичні підходи до вивчення проблеми депресивності, її ознак, форм, чинників та механізмів.
2. Обґрунтувати особливості виникнення і перебігу депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.
3. Окреслити методичні аспекти профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.
4. Розробити та апробувати програму психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.

5. Дослідити динаміку подолання депресивності у працівників соціальної сфери за умови застосування психотехнологій, спрямованих на активізацію психологічних детермінант і потенціалу особистості та альтернативних форм реагування на життєві ситуації.

Об'єкт дослідження – депресивність як особистісна властивість працівників соціальної сфери.

Предмет дослідження – психологічні особливості профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.

Методи дослідження: *теоретичні:* теоретичний аналіз проблеми депресії, депресивності, депресивних тенденцій і станів, узагальнення наукової літератури з проблематики психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери, систематизація наукових літературних джерел, порівняння та узагальнення даних; *емпіричні методи:* анкетування, тестування, у тому числі опитувальники та спостереження, індивідуальні та групові бесіди; констатувальний, формувальний та контрольний експерименти.

Теоретичне значення отриманих результатів полягають у тому, що здійснено системне теоретико–експериментальне вивчення особливостей психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери; виявлено детермінанти та психологічні механізми виникнення депресивних тенденцій і станів; комплексно розглянуто ознаки, рівні та формовияви депресивних тенденцій і станів; визначено наукові інтерпретації особистісного розвитку працівників соціальної сфери з депресивними станами; визначено основні напрямки упередження психоемоційних розладів у працівників соціальної сфери; методичні підходи до профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери; поглиблено та уточнено методику діагностики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери; специфіку психопрофілактики та психокорекції депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери; особливості подолання депресивності працівниками соціальної сфери шляхом активізації психологічних детермінант, розвиток яких забезпечує толерантність до виникнення депресивності; подальшого розвитку набули дефініції

«депресія», «депресивність», «депресивні тенденції і стани», «психологічна профілактика».

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що апробований у дослідженні комплекс психодіагностичних методів і методик, тренінгова програма з психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери можуть застосовуватись фахівцями для психопрофілактичної роботи з фахівцями різних галузей. Отримані результати сприятимуть оптимізації та вдосконаленню професійної діяльності працівників соціальної сфери шляхом попередження й відновлення психологічного здоров'я, підвищення психологічної компетентності, підвищення психологічного імунітету, розвитку адаптивних і регуляторних механізмів, сприяння самовихованню, саморозвитку та самореалізації.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (85 найменувань), додатків. Основний зміст роботи викладено на 69 сторінках. Загальний обсяг роботи – 82 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ І СТАНІВ

1.1. Аналіз науково–психологічних досліджень феномену депресивних тенденцій і станів

Депресивність як особистісна властивість є малодослідженим феноменом на теренах вікової та педагогічної психології. Активний психічний розвиток особистості зумовлює суттєві зміни в емоційній та поведінковій сферах, що спонукає до розгляду депресивності як психолого–педагогічної проблеми на шляху формування повноцінної особистості.

Деякі дослідники (В. Аверін, Ж. Дандрова, О. Деркач та ін.) розглядають особистість як інтегральне утворення психічних процесів, психічних станів і психологічних властивостей. Психологічні процеси складають фундамент

психічного життя людини. Психічні процеси формують психічні стани, які характеризують функціональний рівень психічної діяльності. До утворення стійких психічних властивостей стани характеризують особистість у цілому (афектність, урівноваженість тощо). Зміна станів змінює особистість. У певних умовах один із станів може укріпитись і визначити деякі особливості її характеру, такі як збудливість, соромливість, депресивність та інші.

Психічні властивості утворюються з психічних процесів, що функціонують на тлі психічних станів. Психічні властивості характеризують стійкий, відносно постійний рівень активності, характерний для певної людини. У свою чергу рівень активності визначає ту або іншу соціальну цінність особистості і складає внутрішні суб'єктивні умови розвитку людини. У процесі розвитку психічні властивості певним чином зв'язуються одна з одною і утворюються складні структури [12].

Відтак, можна припустити, що така психічна властивість у структурі особистості, як депресивність, знижуватиме рівень життєвої активності та змінить соціальну цінність, негативно впливаючи на внутрішні умови розвитку. Це може призвести до деформації особистісного розвитку та міжособистісних стосунків, а також негативно вплине на психічні процеси та стани.

Причиною росту депресивності людини можна розглядати культ сили та культ рацію, які призводять до заборони на переживання та вираження негативних емоцій (В. Ротштейн, А. Холмогорова та ін.). При цьому різко ускладнюється їхня психологічна переробка, а отже, відбувається їхнє постійне накопичення, при цьому психіка працює за принципом «парового котла без клапану». Заборона на емоції призводить до їхнього витіснення зі свідомості, і врешті, до розростання фізіологічного компонента у вигляді болю та неприємних відчуттів різної локалізації. Це отримало назву ефекту зворотної дії надцінної установки: культ успіху та досягнення при його надцінній значущості призводить до депресивної пасивності, культ сили – до тривожного уникнення та відчуття безпорадності, культ рацію – до накопичення емоцій та розростання їх психофізичного компонента.

Надцінні установки переломлюються, як вважають дослідники, потім у сімейних та інтерперсональних стосунках, в індивідуальній свідомості, визначаючи стиль мислення, а також в емоційних і поведінкових проявах, змінюючи тим самим лінію розвитку особистості [15].

Пригнічення почуттів, на думку О. Лоуена, сприяє виникненню депресії, оскільки воно не дає людині покладатися на свої почуття при виборі того або іншого типу поведінки. Діапазон почуттів, які людина може виражати, визначає широту її особистості. Відомо, що людина, що знаходиться в депресії, закрита і що вивільнення будь-яких почуттів, таких як печаль або гнів, які можуть бути виражені у психофізичній розрядці, за допомогою ударів або яких-небудь інших фізичних дій, сприяє негайному і позитивному ефекту на стан депресії [46].

Сучасна людина живе у світі, складному за своїм змістом та тенденціями розвитку (І. Булах, В. Гур'єва, Л. Долинська, О. Лішин, Б. Положий, В. Семке, Н. Шевченко та ін.). Це пов'язано з виникненням абсолютно нових вимог, які висуваються як до самих працівників, так і до їх оточення соціально-економічними перетвореннями. Різким змінам піддалися різні соціальні структури, які впливають на динаміку розвитку особистості працівника (сім'я, місце роботи, неформальні об'єднання тощо). Відіграють далеко не завжди позитивну роль і засоби масової інформації, які деструктивно впливають на психіку особистості і стають передумовами порушень емоційно-вольової сфери, психічних порушень, девіантної поведінки. Одним з найяскравіших проявів подібного неблагополуччя є депресивність [45].

Аналізуючи підходи багатьох авторів (О. Баранов, Н. Водоп'янова, Є. Ільїн, А. Кудашев, Г. Нікіфоров, А. Реан та ін.) до переживання стану депресії, констатована відсутність єдиного чіткого визначення поняття «депресивність». Відтак, узагальнюючи теоретичні дані з цієї проблематики, введено наступне концептуальне поняття: депресивність є властивістю особистості, яка виникає внаслідок повторюваного гострого або хронічного переживання депресії, психологічною природою котрого є особистісна схильність, уразливість до депресивних станів. Відтак, депресивність є фактом

або наслідком неконструктивного переживання депресії і, відповідно, може існувати як ситуативна або постійна особистісна диспозиція [31].

О. Лоуен вважає, що виникнення депресивності може бути обумовлене переслідуванням нереальних цілей та втратою зв'язку з реальністю. Причиною депресивності може стати також крах ілюзії, яка, будучи неусвідомленою, визначає поведінку людини. Деякі дослідники (О. Феніхель, К. Петерсон, В. Маккіні та ін.) вважають, що депресивність виникає в результаті втрати відчуття самоповаги [66].

Прояви депресії у дітей раннього віку були описані в середині ХХ століття Р. Спітцом, проте аж до 1970 р. у західній психології проблемі депресії не приділялося належної уваги, що пояснюється цілим рядом чинників, найбільш значущим з яких досить довготривале превалювання психоаналітичного уявлення про депресію як про стан, який не може з'явитися у індивіда без наявності зрілого Супер-Его [18]. У 60-ті рр. розуміння природи і терапії депресії й депресивності у дорослих розглядалося переважно з позицій біоло-гізаторського підходу, у 70-ті рр. з'являється ряд когнітивно-біхевіористичних моделей [13]. Розвиток теорії депресії як в емпіричному, так і концептуальному напрямі на противагу психоаналітичній точці зору дозволив передбачити можливість прояву депресії, що викликало надзвичайний інтерес до її вивчення в 70-ті і особливо у 80-ті рр. Аналіз досліджень, здійснених А. Анголд, дозволив без сумніву вважати, що всі особливості депресії, що виявляються у дорослих, часто можуть спостерігатися у працівників соціальної сфери і навіть у дітей.

На сучасному етапі на Заході існує п'ять напрямів вивчення депресивності (Г. Карлсон), два з яких у минулому вважалися найбільш значущими, деякі включають і її повне заперечення. Перший ґрунтується на психоаналітичних теоріях розвитку особистості і заперечує існування порушень настрою у зв'язку з недорозвиненням Супер-Его. У 60-ті – 70-ті рр. ця точка зору поклала початок теорії маскованої депресії, згідно якої такі прояви, як делінквентна поведінка, соматичні скарги або відсутність контролю

можуть виявитися ознаками вказаного динамічно мотивованого депресивного стану.

Перевагами цієї теорії, по–перше, є те, що вона підкреслює необхідність уважнішого ставлення фахівців до афективних станів; по–друге, те, що вона проклала шлях конкретнішим моделям депресії. Одним із заперечень щодо теорії маскованої депресії є те, що фактично вся психологія може розглядатися в рамках породження або віддзеркалення депресивних станів (А. Бек, Г. Карлсон, Д. Кентвел, М. Ковач, В. Підкоритов та ін.).

На більш прагматичному рівні ретельне дослідження депресивних станів показало, що багато видів маскованих типів поведінки є досить «прозорими масками» і що наявність депресивності може бути констатована безпосередньо за допомогою інтерв'ю [13]. Це привело до сучасного уявлення про те, що депресія часто супроводжується іншими відхиленнями у розвитку і життєдіяльності, але вони частіше визначаються як супровідні стани, а не як депресивні наслідки або захисні маски [27].

У. Вейнберг і його колеги, які належать до третьої школи, описали депресивні прояви у дітей як поєднання характеристик ідентичних депресивним проявам у дорослих. Проте, депресивні прояви у дітей, на їхню думку, необхідно розглядати у сукупності із специфічними особливостями, які характеризують дитину в ході її розвитку.

Найбільш впливовою, яка лежить в основі більшості сучасних течій, є четверта школа, яка визнає істотну значущість депресивних проявів, не дивлячись на можливість прояву деяких особливостей [22]. Незважаючи на те, що такий підхід привів до більшої продуктивності в дослідженнях ранніх депресивних проявів, він піддався критиці з боку представників п'ятої школи за те, що в ньому не враховувався вплив особливостей розвитку особистості, її можливостей і обмежень в проявах характерних рис [51]. Згідно п'ятої точки зору, розглядалися вікові особливості депресивних станів і визначалися істотні ознаки їх прояву в процесі розвитку особистості [11].

У контексті розгляду депресивності як наслідку неконструктивного переживання депресії, необхідним стає визначення поняття останньої як

основної причини виникнення депресивності як особистісної властивості. Так, депресію (від лат. *depressio* – пригнічення, придушення) у психологічному словнику визначають як афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки [44]. Депресія також розглядається як відсутність будь-яких емоцій (О. Лоуен). Оскільки пригнічення емоцій викликає депресію, то остання не може розглядатися як емоція. У цілому депресію характеризують як негативний психічний стан особистості, який впливає на психологічні, фізіологічні та соціальні функції індивіда [57].

Суб'єктивно у людини в стані депресії спостерігаються перш за все важкі, болісні переживання і емоції – пригніченість, туга, відчай. Потяги, волюва активність різко понижені. Властивими є думки про власну відповідальність за різноманітні неприємні, важкі події, що відбулися в житті людини або її близьких. Відчуття провини за події минулого і відчуття безпорадності перед життєвими труднощами поєднуються з відчуттям безперспективності (А. Бек, Л. Бурлачук, О. Вертоградова, Н. Іовчук, І. Кутько, І. Первова, А. Петровський, О. Подольський, К. Хорні та ін.). Самооцінка різко понижена, спостерігається суттєва розбіжність між «реальним» та «ідеальним» Я, зумовлена недосяжністю ідеалу, конфліктом тенденцій та потреб [29].

Зміненим виявляється сприйняття часу, який тягнеться болісно довго. Для поведінки в стані депресії характерні сповільненість, безініціативність, швидка стомлюваність; все це призводить до різкого падіння продуктивності. У важких, тривалих станах депресії можливі спроби самогубства (Н. Іовчук, Р. Комер, О. Моховіков, О. Наприєнко, В. Синицький та ін.). Розрізняють функціональні стани депресії, можливі у здорових людей в рамках нормального психічного функціонування, і патологічну депресію, яка є одним з основних психіатричних синдромів. За даними Американської асоціації психіатрів, кожний десятий індивід у своєму житті відчував пригнічений стан [58].

У цілому, численні дослідження депресії розглядають це явище в клінічному або психопатологічному ракурсі, при цьому психологічна суть

феномена депресивності залишається малодослідженою. Зважаючи на відсутність у науково-психологічній літературі єдиного визначення поняття депресивності, нами сформульовано поняття «депресивність» як властивість особистості, психологічною природою якої є особистісна схильність, уразливість до депресивних станів, переживання яких є неконструктивним, повторюваним гострим або хронічним.

1.2. Детермінанти та психологічні механізми виникнення депресивних тенденцій і станів

Виявлення психологічних причин, які детермінують виникнення депресивності – необхідний та доцільний крок для розробки ефективних програм та проектів підтримки і збереження психологічного здоров'я особистості з метою запобігання деструктивних наслідків цього емоційного неблагополуччя у професійній діяльності. Труднощі диференціальної діагностики депресивних явищ привели до усвідомлення фахівцями необхідності врахування психо-логічних аспектів їх виникнення і розвитку у працівників соціальної сфери.

Так, виявлення психологічних причин, які детермінують виникнення депресивності у працівників соціальної сфери передбачає встановлення причинно–наслідкових зв'язків у системі побудови психологічного конструкту «виникнення – подолання». Отже, детермінанти депресивності обумовлюють її виникнення, розвиток та прояви. Широкий діапазон напрямків та підходів до дослідження цієї проблематики у психологічній літературі (А. Бандура, А. Бек, С. Залеман, П. Левінсон, К. Петерсон, М. Селігман, З. Фрейд та ін.) дозволив окреслити тенденції виникнення та розвитку депресивності, а також виявити психологічну детермінацію цього феномена. Основні підходи до вивчення депресивності у працівників соціальної сфери ґрунтуються на дисфункціонуванні емоційної, поведінкової та соціальної сфер [11].

На підставі наявних в психологічній літературі результатів досліджень можна виділити ряд напрямів і підходів до дослідження психологічного змісту депресивності та детермінант її виникнення (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Напрями та підходи до визначення
психологічного змісту депресивності**

Напря́м	Основний зміст	Автор
<i>Когнітивна модель</i>	Провідні прояви депресивності знаходяться у залежності від порушення пізнавальних процесів. Виділяється комплекс когнітивних порушень – когнітивна депресивна тріада: негативне бачення навколишнього світу і життєвих подій, негативне уявлення про себе і негативна оцінка майбутнього	А.Бек
<i>Теорія вивченої безпорадності</i>	Схожість ситуацій, що призводять до депресивних переживань в унеможливленні контролю над подіями, які найбільш важливі для індивіда. Усвідомлена втрата контролю, втрата можливості впливати на події, відсутність соціального схвалення – детермінанти розвитку депресії.	К.Петерсон, М.Селігман
<i>Біологічний підхід</i>	Схильність до депресивності генетично зумовлена. До депресії також призводять низька активність нейротрансмітерів серотоніна та норепінефрина та ендокринні порушення (висока активність кортизолу та мелатоніну).	С.Залеман, М.Рутгер
<i>Теорія когнітивної мотивації</i>	Детермінантами поведінки можуть бути інтерес самопізнання, усвідомлене самовизначення і компетентність, очікування самоуспішності, самоефективності. Так само вони можуть породжувати установки і поведінкові тактики.	А.Бандура
<i>Теорія соціальної компетентності</i>	Асоціювання депресивності у працівників соціальної сфери з соціальними проблемами різних типів: діти часто активно шукають зворотний зв'язок у області соціальної компетентності від інших людей і, якщо вони страждають від негативного зворотного зв'язку дуже часто, у них може виникнути негативна схема свого «Я», яка є передумовою депресивних особливостей.	Д.Коул
<i>Соціально–когнітивна модель</i>	Антисоціальна поведінка призводить до відторгнення однолітками і далі – до депресивності. Відторгнення батьками також гіпотетично розглянуто як таке, що викликає занижену самооцінку. Депресивні працівники соціальної сфери більш схильні вибирати неадекватні реакції на стресогенні події.	М.Адамс, К.Добсон
<i>Умовно–рефлекторний аналіз</i>	Депресивність особистості розглядається з погляду порогу збудження: активні відповіді зменшуються через недостатність позитивного підкріплення	П.Левінсон

<i>Психодинамічний підхід</i>	Депресивність виникає внаслідок втрати високоцінованого об'єкта, який несвідомо асоціюється як втрата близької людини. Тобто люди, які переживають реальну або уявну втрату (символічна втрата), можуть регресувати до більш ранньої стадії розвитку, подумки пов'язувати себе з людиною, яку втратили.	З.Фрейд
<i>Поведінковий підхід</i>	Депресивність викликають зміни у винагороді та покаранні, які люди отримують у своєму житті, тобто зменшення позитивного соціального підкріплення.	П.Левінсон
<i>Системний підхід</i>	Депресивність розглядається як наслідок дисфункціонального розвитку сімейної рівноваги.	Р.Харрінгтон

Проаналізувавши напрями визначення депресивності, нами було обрано когнітивну модель (розроблену А. Беком) та соціально–когнітивну модель (розроблену М. Адамсом), яких ми дотримувались при дослідженні депресивності як психологічного феномена та особистісної властивості.

Як показують численні дослідження (Н. Гаранян, Г. Карлсон, І. Первова, Ж. П'юг–Антіч, А. Холмогорова та ін.), депресивні працівники соціальної сфери частіше виходять з сімей з високим рівнем психопатології, дисфункціональних, з неблагополучних сімей. Для таких сімей властивими є замкнені психологічні границі і симбіотичні зв'язки, при яких емоції циркулюють у сімейній системі, підвищений індекс стресогенних подій у сімейній історії, ігнорування емоцій і заборона їх виявляти, індукування негативних емоцій. Існує ряд можливих механізмів, які могли б пояснити такий зв'язок. Це і генетичні процеси, і експозиція сімейного порушення, і моделювання батьківських негативних стилів та інші [18].

Генетичну теорію (С. Залеман, Ж. Маккіні та ін.) підтримують факти, які свідчать про те, що діти депресивних батьків мають тенденцію показувати ті ж самі психічні порушення, що і у їх батьків. Генетичні дослідження потрібні, щоб розглянути вірогідність прямих генетичних ефектів на емоційно–регулятивну систему. Але також потрібно мати на увазі шляхи, на основі яких можуть передаватися непрямі генетичні ефекти, коли індивід створює своє власне обтяжуюче середовище [64].

Проте, всі ці теорії схильні пояснювати депресію через лінійні ланцюжки причин і ефектів. На відміну від них системний підхід до розуміння механізмів депресивності заснований на ідеї загальної причинності і гомеостазу (ціле якісно відрізняється від своїх частин). Депресивність, таким чином, може розумітися як наслідок дисфункціонального розвитку сімейної рівноваги.

Серед причин виникнення та розвитку депресивності та депресій О.Лоуен виділяє також прагнення людини до нереальних цілей, що не мають прямого відношення до основних людських потреб. Самовираження є ще однією основною потребою всіх людей. Необхідність самовираження підкреслює нашу творчу діяльність і є джерелом найбільшого задоволення. Тут же важливо зрозуміти, що у людини, яка знаходиться в депресії, самовираження сильно обмежене, якщо не блоковано повністю. Самість переживається через самовираження, і вона в'яне, коли шляхи самовираження закриті.

Ще однією основною потребою всіх людей є свобода. Без свободи самовираження неможливе. Будь-яке людське суспільство накладає певні обмеження на особисту свободу людини на користь соціальної згуртованості. Такі обмеження можуть бути прийняті тільки тоді, коли вони не обмежують надмірно право на самовираження. Але існують ще і внутрішні перешкоди, крім зовнішніх, які є могутнішими перешкодами для самовираження, ніж закони або насильницькі обмеження людини виражати себе. А оскільки внутрішні перешкоди часто бувають неусвідомлені або раціоналізовані, то людина скута ними набагато сильніше, ніж зовнішніми. Переслідуючи ілюзії, людина ставить перед собою нереальні цілі, тобто ті цілі, досягнення яких, на її переконання, зробить її вільною, і відновить право на самовираження. Причому нереальними є не власне цілі, а винагороди, які повинні послідувати після їх досягнення [71].

Багато важливих ідей теорії депресії у дітей і працівників соціальної сфери можуть бути застосовані для пояснення механізму депресії та депресивності у дорослих. Наприклад, у дослідженнях було виявлено, що після невдачі деякі восьмирічні діти не проявляють активності, щоб досягти успіхів; вони, схоже, ставали «вивчено безпорадними» [55]. Крім того, в обґрунтуванні

реакції на невдачу виявлені статеві відмінності: хлопці показували вищу стійкість до невдач і менший песимізм, ніж дівчата. Було показано, що хоча старші діти демонструють ситуативно–специфічну вивчену безпорадність, у молодших дітей цього відмічено не було [20].

Враховуючи, що психологічною природою депресивності є схильність, уразливість до переживання депресії, а також ототожнення деякими дослідниками підліткового та дорослого переживання депресивних станів, логічно було б припустити, що розроблені моделі детермінації депресивності у дорослих можуть застосовуватись для пояснення таких у працівників соціальної сфери. Так, для пояснення депресивності у дорослих було розроблено декілька видів моделі уразливості. Серед найбільш впливових – модель Г. Брауна, Т. Гарріса та А. Біфулко, які припустили, що існують три етіологічні чинники:

- провокуючі агенти,
- чинники вразливості;
- чинники формування особливостей депресивності.

Проте, деякі модифікації цієї моделі пропонують складнішу картину з деякими можливими причинними шляхами. Відповідно до вищеназваної моделі чутливість до депресії в дорослому віці може формуватися або на основі психосоціальних детермінант, що мають місце в середовищі індивіда, або через механізм, який включає афективно–когнітивний компонент.

У контексті аналізу депресій і депресивності було описано три моделі співвідношень між особистісними атрибуціями, стресом і прийняттям ситуації. У *компенсаторній моделі* стресори мають тенденцію знижувати рівень прийняття ситуації, а позитивні особистісні атрибуції – тенденцію підвищувати його. Іншими словами, ці ефекти є контрактивними.

У *моделі уразливості і захисту* розглядаються взаємодії між стресом і особистісними атрибуціями в пристосуванні, що передбачається. Якщо ризик наростає, коли той або інший атрибут присутній, то ці змінні призведуть до ефекту уразливості. Якщо ризик знижується, то змінні носять захисний ефект. У кожному випадку – це взаємодія між атрибутом і стресором.

Challenge–model постулює таке взаємовідношення між стресом і розладом, у якому стресори впливають, збільшуючи самотійність за умови, що рівні стресу не були дуже високі. Таким чином, стресори можуть мати зміцнюючий ефект [28].

Сприйняття життєвих подій як стресогенних залежить більшою мірою від змісту і значущості цих подій для індивіда, а також від індивідуальних можливостей людини справлятися з ними. Відмічено, що тільки переживання дуже небажаних подій, таких як постійні розбрати в сім'ї, небажана вагітність і проблеми зі здоров'ям, корелює з депресивністю [17]. Як зазначав Л. Бурлачук, можливість подолання особистісної кризи залежить від життєвих обставин та саморегулятивних навичок особистості [12].

Втрати в дитинстві збільшують ризик депресивності в дорослому віці. Не дивлячись на те, що специфіка зв'язку ще не до кінця з'ясована, автори вказаних вище досліджень запропонували вважати, що подія, яка двічі повторилася, може стати детермінантою виникнення депресивності. Наприклад, втрата батьків у віці до 17 років збільшує ризик розвитку депресивності [1]. Джерелом депресивних проявів у дітей часто є сімейні проблеми [18]. М. Рутгер наполягав на важливості визначення механізмів, за допомогою яких негативні життєві події впливають на особистість і сприяють виникненню депресивності [47].

Щодо гендерних особливостей прояву депресивності, то відмінності в частоті депресивності у чоловіків і жінок не дуже значні, причому у чоловіків у віці 20–30 років її прояви зустрічаються частіше, ніж у жінок [21]. Крім того, є істотні відмінності в частоті депресивності у представників різної статі в розвинених країнах та таких, що розвиваються. Так, дані Дж. Орлі, яка проводила дослідження в африканських країнах, показали наявність більшого числа осіб чоловічої статі з депресивними проявами, ніж жіночої.

Дослідник С. Нолен–Хоксема не виявляє статевих відмінностей в аналогічному дослідженні, що може бути обумовлено, з одного боку, відмінностями у використаних методиках, з іншого – прогресом в розвитку африканських країн за майже двадцятирічний період. Результати досліджень

М. Кисекки констатують, що в осіб чоловічої статі країн Африки частіше виявляються депресивні особливості, ніж в осіб жіночої, тому що жінки більшою мірою схильні до використання альтернативних можливостей подолання депресивності, таких як допомога церкви і народних цілителів.

У той же час були отримані дані, які свідчать про різний вплив умов життя; зокрема, було виявлено, що в осіб жіночої статі Уганди, які проживали на батьківщині, виявлений рівень депресивності, який істотно перевершує такий порівняно з британською вибіркою співвітчизниць (з Лондона, Великобританії). Таким чином, угандські жінки, що проживали в Англії, меншою мірою були схильні до депресивності, ніж мешканки сіл в Уганді.

Порівняльні дослідження показали, що в таких розвинених країнах, як США, Швеція, Німеччина, Канада, Данія, Австралія, існують істотні статеві відмінності по частоті депресивності з переважанням респондентів жіночої статі у 2 – 3 рази, тоді як у Нігерії, Уганді, Кореї, Пуерто-Рико і серед мексиканців, що проживають в Америці, цього не спостерігалось [11].

У цілому, сучасне трактування детермінації депресивності наголошує на порушеннях у біологічній, психологічній сферах, а також сфері оточуючого середовища і передбачає вплив двох напрямків – біологічного і психологічного. При цьому Е. Бібрінг зазначає, що умови, які сприяють виникненню депресивності, часто є засобами її подолання [20]. Відтак, змінивши полярність детермінант, які сприяють виникненню та розвитку депресивності, можна перетворити їх на детермінанти, які сприяють її подоланню.

Деякі зарубіжні дослідники (Г. Екіскал, Дж. Мак-Каллоу, О. Лоуен, Б. Скіннер, П. Уайброу) проблематики депресивних переживань стверджують, що кожне переживання, яке пов'язане із депресією, належить до двох взаємопов'язаних сфер: у внутрішній сфері організму відбувається постійна взаємодія біологічних і психологічних процесів. Оточуюче середовище, яке є зовнішньою сферою організму, регулярно ставить перед людиною завдання, які вона або успішно розв'язує, або ні. Г. Екіскал та В. Мак-Кіні висунули аналогічну гіпотезу про те, що депресія виникає з двох джерел:

1) неспроможність копінг–стратегій до подолання проблем та стресів оточуючого середовища;

2) деструктивний вплив неадекватних копінг–стратегій на біологічні та психологічні процеси [56].

Отже, детермінанти подолання депресивності необхідно розглядати в єдності з детермінантами їх виникнення. Необхідним є також врахування методів психотерапевтичного втручання, спрямованих на сприяння зменшення депресивних проявів та попередження їх виникнення. На основі аналізу вищесказаного, можна вичленити основні блоки детермінант, серед яких біологічні, психосоціальні, психологічні та екологічні, які сприяють виникненню депресивності у працівників соціальної сфери.

Зважаючи на результати теоретичного аналізу з проблеми депресивності, у тому числі причин, які детермінують її виникнення, а також на основі їх узагальнення у вище виділених блоках детермінант виникнення депресивності особистості для детальнішого аналізу та дослідження нами обраний блок психологічних, особистісних детермінант: переживання негативних емоцій, тривожність, конфліктність, саморегуляція, самооцінка та інші.

Отже, депресивність працівників соціальної сфери визначається схильністю до переживання депресивних станів у контексті комплексного впливу біологічних, психологічних, соціальних та екологічних детермінант. Відтак, розробка розвивальних, психокорекційних та превентивних програм подолання депресивності повинна враховувати її психосоціальну детермінацію для досягнення ефективності психотерапевтичного втручання.

1.3. Ознаки, рівні та формовияви депресивних тенденцій і станів

Поняття «депресія» у працівників соціальної сфери залишається суперечливим та неоднозначним. Воно використовується як характеристика настрою (*depressive mood*), назва синдрому (*depressive syndrom*) та окремого

захворювання (depressive disorder). Депресивний стан у працівників соціальної сфери спирається на психологічну складову зазначеного поняття. Термін «депресивні стани» належить до класу психічних станів, володіючи необхідними для цього психологічними характеристиками.

Почуття та емоції, на думку О. Лоуена, є реакціями організму на події зовнішнього оточуючого середовища. Депресивний стан у працівників соціальної сфери характеризується недостатністю або відсутністю взаємодії з навколишнім світом. Відчуття змінюються, у міру того як змінюється зовнішні обставини, що викликає різні реакції з боку організму [36].

Депресивний стан у працівників соціальної сфери включає дві складові: 1) суб'єктивне переживання негативного афекту; 2) особливості його вираження у поведінці, міміці, жестах, певних змін у внутрішньому середовищі організму [10]. Депресивні стани за ступенем прояву поділяють на 3 рівні:

1. Перший рівень характеризується наявністю ізольованої характеристики, яка визначається неприємним афективним станом та позначається як туга.

2. Другий характеризується п'ятьма параметрами:

- дистресивним, який зазвичай переживається індивідом як глибока туга;
- когнітивним, який включає негативну самооцінку та песимістичне ставлення до майбутнього;

- зниженням активності за цілим рядом видів діяльності та пасивністю;

- мотивацією, яка передбачає втрату інтересу і суїцидальну спрямованість;

- вегетативними порушеннями, такими як втрата апетиту, сну, інтересу до сексу.

3. Третій – найбільш складний рівень, розглядається клінічною психологією і належить до нозологічних розладів.

Скороминучі стани туги є досить звичними та характерними для більшості людей у певний період життя. Депресія зустрічається не так часто, та тим не менше залишається досить розповсюдженою формою дистресу [56].

Деякі автори (Н. Гаранян, П. Генрі, К. Конлі, В. Синицький та ін.) розглядають депресію як свого роду «хворобу» цивілізації, підкреслюючи

велику роль стресових агентів у її виникненні [16]. За даними Національного комітету з психічного здоров'я США, до 2030 р. депресія посяде друге місце у світі після серцево–судинних хвороб як причина втрати працездатності серед населення [16]. Саме тому останніми роками у світі все більше уваги надається вивченню чинників, які впливають на адаптацію особистості до мінливої життєвої ситуації і так чи інакше пов'язані з проблемою депресії [32].

Дослідниками цієї проблематики (Н. Гаранян, А. Холмогорова) був проведений детальний аналіз сфер впливу депресивних станів у контексті депресивності. У результаті якого було виявлено основні рівні втручання у життєдіяльність особистості, а також об'єкти цього впливу (табл. 1.2) [18].

Таблиця 1.2

**Багатофакторна модель депресивних станів
(за Холмогоровою А. та Гараняном Н.)**

Рівень	Об'єкт
Макросоціальний	Соціальні цінності та стереотипи, які сприяють росту негативних емоцій та ускладнюють їхню переробку
	Культ успіху та досягнення
Сімейний	Особливості сімейної системи, які сприяють індукуванню, фіксації та труднощам переробки негативних емоцій
	Високі батьківські вимоги та очікування, високий рівень критики
Міжособистісний	Труднощі у побудові близьких стосунків з людьми та отриманні емоційної підтримки
	Високі вимоги та очікування від інших людей
Особистісний	Особистісні установки, які сприяють негативному сприйняттю життя, себе, інших та ускладнюють саморозуміння
	Перфекціонізм
Когнітивний	Когнітивні процеси, які стимулюють негативні емоції та ускладнюють саморозуміння
	Депресивна тріада
	Абсолютизація
Поведінковий та симптоматичний	Негативне селектування, поляризація, надузагальнення та інше.
	Тяжкі емоційні стани, неприємні фізичні відчуття та болі, соціальна дезадаптація
	Пасивність, туга та невдоволення собою, почуття розчарування в інших

Дослідник О. Лоуен запропонував розділити людей на дві категорії з точки зору розвитку депресивності – зосереджені на зовнішньому світі і його цінностях і такі, що живуть своїм внутрішнім світом. Ці категорії не абсолютні, а просто є зручними термінами для опису поведінки і ставлення людей до дійсності. Насправді, багато хто знаходиться десь посередині, не належачи ні до

першої, ні до другої категорії. Зосереджені на зовнішньому світі набагато більш уразливі для депресії, ніж ті, хто зосереджений на світі внутрішньому. У широкому сенсі внутрішньо-орієнтована людина володіє сильним і глибоким відчуттям самості. На відміну від людини зовнішнього світу її поведінка і погляди менше піддаються впливу постійно змінних умов зовнішнього оточення. Ця особистість має внутрішню стабільність і впорядкованість у власних емоціях і почуттях, знаходиться на твердому фундаменті самоусвідомлення і самоствердження.

Усі ці якості відсутні у людини зовнішньо орієнтованої, яка знаходиться в сильній залежності від оточуючих, особливо у своїй емоційній сфері. Позбавлена підтримки інших, вона впадає в депресію. Оскільки людина відчуває себе неповноцінною, у неї немає підстав вірити ні в себе, ні в своє життя.

Ще однією відмінністю між людиною внутрішнього і зовнішнього світу є те, у що вони вірять. Людина, зосереджена на своєму внутрішньому світі, вірить перш за все в себе. Людина, зосереджена на зовнішньому світі, вірить в інших людей, тому вона завжди ризикує зіткнутися з розчаруванням. Вона постійно прагне повірити в щось, що знаходиться поза нею самою: будь то людина, система, теорія, яка-небудь справа або діяльність. На свідомому рівні вона сильно ототожнює себе із зовнішніми інтересами [56].

Традиційно депресія якнайповніше вивчалася і спостерігалася в рамках психопатологічного підходу (О. Андрющенко, Е. Дубницька, Р. Комер, М. Максимова, Н. Марута, Б. Михайлов, Е. Наталевич, В. Підкоритов, В. Ротштейн, О. Смулевич та ін.). Психологічна ж суть різних депресивних явищ нерідко залишалася без належної уваги. Слід зазначити, що визначення депресивності у цьому віці є складним процесом як для психологічної, так і для медичних наук, що обумовлюється особливостями вікових стадій розвитку [10].

У деяких психологічних дослідженнях (Е. Ейдемільер, А. Дюрссен, Ж. П'юг-Антіч, П. Хейманс та ін.) виявлений зв'язок депресивності з порушеннями у системі сімейної взаємодії. Більш того, депресивність унаслідок самої природи індивідуальної поведінки дуже важко звести до визначення,

залежного від зовнішніх агентів. Це інтрапсихічний феномен, який може існувати в дитині без того, щоб інші люди усвідомлювали його. Насправді, ця межа емоційних особливостей відрізняється від поведінкових проблем, які переважно визначаються взаємодією між індивідом і середовищем [47].

У більшості сучасних публікацій особистісні властивості розглядаються в аспекті провідної моделі поведінки при депресії. Так, діапазон поведінкових моделей в структурі депресивних особистостей коливається від залежної моделі поведінки, яка відхиляється до межової і, навіть, шизотипічної моделі [19].

У психологічній літературі зазначається, що депресивність у контексті депресивних переживань може супроводжуватись численними особливостями. Наявність останніх може визначати приналежність до певного субтипу депресивних переживань відповідно до різноманітних теоретичних підходів до дослідження депресивних станів та депресивності (табл. 1.3) [13].

Таблиця 1.3

Особливості прояву депресивних переживань (за А. Беком)

№	Субтипи	Особливості прояву
1.	<i>Ендогенний</i>	Втрата почуття задоволеності життям, апетиту, ваги, інтересу до сексу, раннє ранкове пробудження
2.	<i>Соціотропічний</i>	Тривога з приводу соціального неприйняття, неприязного ставлення з боку інших людей
3.	<i>Автономний</i>	Втрата інтересу до отримання задоволення, до людей, самозвинувачення, дратівливість, очікування невдач
4.	<i>Самокритичний</i>	Очікування невдачі, відчуття сорому, самоненависть, самозвинувачення, відчуття фізичної непривабливості
5.	<i>Песимістичний</i>	Затримка довільного реагування, почуття суму, суїцидальні думки, недостатність життєвої енергії, апатія, психомоторна загальмованість, порушення сну, труднощі із концентрацією уваги, важкі думки, викликані пригніченим станом

Отже, депресивність може розглядатись як ситуативна або постійна диспозиція особистості. Актуальність вивчення теоретичного та практичного аспектів депресивності обумовлюється необхідністю корекції депресивних проявів на зрілих етапах вікового розвитку для запобігання негативних наслідків депресивності у професійному житті, а також збереження та

підтримки психологічного здоров'я, повноцінного розвитку працівників соціальної сфери.

Висновки до розділу 1

Депресивність – це особистісна властивість, яка виникає у результаті повторюваного, гострого або хронічного переживання депресії. Депресія виконує спонукальну функцію у процесі виникнення та розвитку депресивності.

У контексті розгляду депресивності як наслідку неконструктивного переживання депресивного стану виявлено, що депресію визначають як афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки. Поняття «депресія» на сьогодні залишається суперечливим та неоднозначним. Воно використовується як характеристика настрою (*depressive mood*), назва синдрому (*depressive syndrom*) та окремого захворювання (*depressive disorder*)

Депресивний стан зазвичай проявляється у єдності порушень психічної активності, суб'єктивному переживанні негативного афекту та сомато–вегетативних ознак. При депресії як захворюванні враховується третій компонент – патогенетичні механізми, які лежать в основі захворювання, одним з проявів якого є емоційні порушення.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГУ ДЕПРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ І СТАНІВ У ПРАЦІВНИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ

2.1. Наукові інтерпретації особистісного розвитку працівників соціальної сфери з депресивними тенденціями і станами

Депресивність у працівників соціальної сфери має причинно–наслідковий зв'язок. Проте відкритим залишається питання щодо першопричини виникнення депресивності і, відповідно, встановлення детермінант її розвитку та подолання. Депресивність є перешкодою у самореалізації та саморозвитку фахівця, яка заважає втілювати певні індивідуальні проекти, ефективно взаємодіяти із навколишнім середовищем, будувати програму власного життєвого сценарію, а відтак – продуктивно діяти й долати перешкоди на шляху особистісного і професійного зростання. Виявлення детермінант подолання депресивності сприятиме відновленню психологічного й емоційного балансу, а також становленню й закріпленню механізмів саморегуляції.

Відтак, ми виявили особистісні детермінанти подолання депресивності у працівників соціальної сфери, серед яких: психологічні ресурси особистості; адаптивні здібності; самоповага; самоприйняття; самооцінка; самовпевненість; аутосимпатія та інші. Ми вважаємо, що підвищення ефективності роботи цих детермінант, застосування їх у процесі подолання, активізація їхньої роботи у структурі механізмів функціонування «психологічного імунітету» сприятиме адекватному психофізичному розвитку працівників соціальної сфери, їхньому особистісному становленню та зростанню.

Показники адаптивних чинників працівників соціальної сфери, рівень депресивності яких є явним та критичним, можна віднести до групи незадовільних та задовільних результатів. Тобто, ці працівники соціальної сфери характеризуються ознаками явної акцентуації характеру і деякими ознаками психопатій, а психічний стан можна охарактеризувати, як межовий, можливими є нервово–психічні зриви. Вони володіють низькою нервово–психічною стійкістю, конфліктністю, вони можуть допускати асоціальні вчинки.

Низьким є рівень нервово–психічної стійкості, що свідчить про проблеми із поведінковою регуляцією, певну схильність до нервово–психічних зривів, відсутність адекватності самооцінки і реального сприйняття дійсності. Комунікативні здібності розвинені слабо, наявні утруднення у побудові контактів з оточуючими. Частими можуть бути прояви агресивності, підвищена конфліктність. Місце і роль у професійному колективі для таких працівників соціальної сфери є питанням проблематичним, оскільки відсутня її адекватна оцінка. Для них загальноприйняті норми поведінки у колективі ігноруються.

Такі результати свідчать про нестабільність психологічного та емоційного стану працівників соціальної сфери. Необхідним є акцентування на їхньому межовому стані. Тобто, патологічне функціонування адаптивних механізмів може призвести до грубих порушень, суїцидальних вчинків, зриву професійної діяльності та розвитку хвороб. Зрозуміло, що при цьому невтішним є прогноз для побудови соціальних контактів, особистісного та професійного розвитку.

Для працівників соціальної сфери, рівень депресивності яких є помірним, характерними є задовільний та достатній, притаманними є ознаки різних акцентуацій, які в звичних умовах частково компенсовані і можуть виявлятися при зміні діяльності. Тому, успіх адаптації залежить від зовнішніх умов середовища. Ці працівники соціальної сфери, як правило, володіють невисокою емоційною стійкістю. За несприятливих обставин у них можливі прояви неконструктивних форм поведінки у поєднанні з агресивністю, конфліктністю.

Нервово–психічна стійкість, поведінкова регуляція, адекватність самооцінки, реальність сприйняття дійсності та рольові й нормативні орієнтири цих працівників соціальної сфери відповідають задовільному рівню розвитку, що їхнє ситуативне виявлення і функціонування в особистому та професійному просторі. При цьому наявність добре розвинених комунікативних здібностей на фоні пониженої конфліктності сприяє легкості у встановленні й підтриманні контактів з оточуючими, що є безперечно позитивною передумовою для розвитку й укріплення адаптивного потенціалу працівників соціальної сфери.

Зважаючи на сприятливий прогноз, у роботі з ними пріоритетним напрямком повинні бути розвиток, стимуляція позитивних змін та профілактика.

Адаптивний потенціал фахівців соціальної сфери, ознаки депресивності у яких взагалі відсутні, характеризується добре розвиненими адаптивністю та комунікативними здібностями, а також моральною нормативністю. Задовільною є нервово–психічна стійкість. Це свідчить про наявність у цих працівників соціальної сфери здатності достатньо легко пристосовуватися до нових умов діяльності, швидко входити у новий професійний колектив, достатньо легко і адекватно орієнтуватися у ситуації, швидко виробляти стратегію своєї поведінки або варіювати в залежності від зміни обставин. Зазвичай конфліктність не виявляється. Емоційна стійкість у них ситуативна.

Достатньо високий адаптивний потенціал та його пониження прямо пропорційно до зростання депресивності дозволяє простежити негативну тенденцію чинників адаптації у міру зростання депресивності. Проте, наявні показники задовільного та незадовільного рівня розвитку нервово–психічної стійкості працівників соціальної сфери свідчать про нестабільність нервової системи та психічних функцій. Нестійкість нервово–психічних процесів може бути наслідком взаємодії декількох обставин: впливом депресивності, а також особливостями професійної діяльності працівників соціальної сфери.

Адаптивність та нервово–психічна стійкість працівників соціальної сфери знижуються в залежності від рівня прояву депресивності, тобто чим вищий рівень депресивності, тим робота адаптивних механізмів, стійкість нервово–психічних процесів, рівень розвитку яких забезпечує толерантність до стресу, здібності пристосовуватись до мінливої або складної ситуації, зменшуються. І навпаки, із збільшенням адаптивних здібностей та нервово–психічної стійкості зменшується депресивність. Тобто, депресивність пригнічує «психологічний імунітет» особистості, не дає змоги працювати резистентним механізмам, що, у свою чергу, робить особистість уразливою, сприйнятливою до негативних детермінант, можливості опиратись яким не виявляється.

Таким чином, у працівників соціальної сфери фруструються потреби організму у збереженні гомеостазу психічного та психологічного середовища,

що може призвести до незворотних патологічних змін у структурі особистості. Оскільки будь-які емоційні зрушення – це своєрідний сигнал, який вимагає підвищеної уваги та зміни ситуації для повернення внутрішнього балансу, закономірною відповіддю організму стає напружена робота адаптивних механізмів на шляху усунення несприятливих процесів зміни. Але, якщо психологічних ресурсів, тобто внутрішнього потенціалу для виконання цього процесу не вистачає, особистість може перейти у режим «економії» психічної енергії, який діятиме за принципом інстинкту самозбереження. При цьому закономірною відповіддю або результатом так званої ланцюгової реакції буде поглиблення депресивності працівників соціальної сфери.

У даних психологічних досліджень останніх років (В. Гавенко, Н. Марута, Г. Самардакова, О. Смиков та ін.) є підтвердження, що психічна дезадаптація працівників соціальної сфери переважно супроводжується тривожністю та депресивністю [37]. Доведений також зв'язок депресивності та дезадаптованості. Причому порушення адаптації можуть проявлятися і у професійній діяльності як нездатність працювати з клієнтами, труднощі у дотриманні норм поведінки, утрудненнях в оволодінні професійними навичками тощо. Тому часто намагаються ліквідувати відхилення поведінки, незважаючи на те, що істинною причиною поведінкових аномалій може бути депресивність.

Рівень комунікативних особливостей та моральної нормативності працівників соціальної сфери також має зв'язок із депресивними проявами. Із збільшенням емоційного дисбалансу знижується моральна нормативність, міра орієнтації на існуючі у суспільстві норми і правила поведінки, а також зростає конфліктність, зменшується потреба у спілкуванні та унеможлиблюється побудова позитивних контактів. При посиленні депресивності, втрачається або викривлюється відчуття соціальної підтримки, що зумовлює картину відчуття особистої значущості для оточуючих. Знижується орієнтація на дотримання вимог колективу, причому у негативний бік. Дуже частою маскою депресивності є агресивність, яка виконує функцію захисного механізму. Працівники соціальної сфери не бажають та не дозволяють втручання у свій

внутрішній світ, активно його захищаючи і разом із тим нівелюють для себе наявність у власному емоційному світі депресивності. Працівники схильні виправдовувати власний стан зовнішніми втручаннями та впливами, знаходити причини, які стосуються виникнення цього стану певними опосередкованими чинниками та приписувати їм головну «статтю звинувачення».

У психологічній літературі (К. Карлсон, Д. Кентвел, В. Колосов та ін.) є численні дослідження з опису «масок», різноманітних еквівалентів, розладів функціональних систем, які маскують неявну депресивність. Маскування емоційного неблагополуччя можуть мати дуже широкий спектр: від стриманості, ворожості, підвищеної активності, іронії, посилення тяги до паління, алкоголю, медикаментів, підвищеної сексуальності або навіть «депресії з посмішкою» [63].

У будь-якому випадку маскування носить захисний характер. Цей захист має подвійну природу: захищає особистість від надмірних психологічних перевантажень, дає альтернативний варіант поведінки, пом'якшує вплив на психічне життя, створює певний буфер для накопичених негативних емоцій на підсвідомому рівні, а також дає певний час для відновлення внутрішніх ресурсів, можливість для самостійного виходу з критичної ситуації за рахунок зовнішнього «камуфляжування» психічного світу.

Зниження моральної нормативності залишає для працівників соціальної сфери полігон для створення та побудови власних, видозмінених форм поведінки й взаємодії з оточуючими. Суспільні норми і правила, вимоги колективу втрачають вирішальне значення для працівників соціальної сфери. Вони відходять на задній план, стають непотрібними та навіть чужими, такими, що суперечать внутрішнім уявленням про оточуючий світ. У науковій літературі зафіксовано лише єдиний випадок парадоксальної депресивної картини, при якій депресивність є лише зовнішнім клінічним проявом і приховує хронічно напружену домінанту у вигляді патологічної форми несвідомої агресивності [63].

Ставлення до себе завжди емоційно забарвлено. Причому самоствавлення працівників соціальної сфери переломлюється через ставлення до них

оточуючих, особливо членів їх середовища, референтної групи, авторитетних для них людей, через ставлення до осіб цієї вікової категорії суспільства загалом, через самооцінку, власний емоційний світ з його реальністю, пріоритетами, цінностями та стереотипами. Тому для формування і становлення самоставлення важливими є всі мікро- і макростосунки й взаємовідносини оточуючого суспільного та внутрішнього психічного світу, які накладаються на систему світобачення працівника та бачення своєї особистості у цьому світі. З усього вищесказаного випливає, що для працівників соціальної сфери самоставлення є індикатором особистісної зрілості, самоцінності та самодостатності.

У позитивному ключі це може пояснюватись прагненням працівників соціальної сфери, можливо навіть підсвідомому, сконцентруватись на власному внутрішньому світі, своїх емоціях, переживаннях, діях, реакціях та інших процесах і явищах з метою виявлення причин, першоджерел психологічного неблагополуччя та пошуків шляхів повернення психологічного й емоційного балансу, комфорту. Іншим позитивним трактуванням може бути зосередження у значенні самоспоглядання з метою пошуків додаткового психологічного потенціалу для підтримання психофізіологічного гомеостазу.

Якщо інтерпретувати підвищений інтерес до власної особистості депресивного працівника соціальної сфери у негативному світлі, то причиною такого явища може бути тривіальна втрата інтересу до оточуючих в силу депресивного стану. І як наслідок – психічна енергія, яка розподілялась за умов психологічного благополуччя працівників соціальної сфери на інтерес до суб'єктів і об'єктів навколишнього середовища та власного внутрішнього світу, тепер надмірно спрямована тільки на власний світ особистості.

Тобто, пояснень надмірного самоінтересу працівників соціальної сфери може бути декілька, але суть явища залишається незмінною: саме у депресивних працівників соціальної сфери наявний надмірно підвищений інтерес до своєї персони. Це може стати відправною точкою у психотерапевтичній роботі. Доцільним є використання підвищеного самоінтересу для спрямування внутрішньої активності на пошук позитивних та

ресурсних детермінант для подолання депресивності. Можливим іншим напрямком психотерапевтичної роботи з таким працівником є екстраполявання уваги на оточуючий світ.

Надмірний прояв самозвинувачення працівників соціальної сфери пояснюється особливостями протікання цього психологічного і емоційного неблагополуччя. Можливим варіантом прояву депресивності у є звинувачення себе у тому стані, переживаннях або подіях, які передували або супроводжують особу із депресивністю. Самозвинувачення, безперечно, є негативним явищем для формування і становлення особистості. Але, якщо змінити його полярність та використати у терапевтичних цілях, то ефективність буде беззаперечною. Іншими словами, якщо трактувати самозвинувачення як певний діалог із собою, вкрай негативне ставлення до себе, то можна змінити це ставлення шляхом корекції цього внутрішнього діалогу працівника соціальної сфери, додаючи конструктивних елементів у інтернальне спілкування, допомагаючи віднайти причинно–наслідковий зв'язок появи такого емоційного дискомфорту.

З високою мірою достовірності можна припустити, що елементи самоставлення, їхнє позиціювання у загальній структурі особистості працівника соціальної сфери є надбанням психологічно здорової, зрівноваженої, зрілої особистості або (при негативному варіанті) є детермінантами депресивності та психоемоційного неблагополуччя.

Виявлено, що при зростанні рівня депресивності у працівників соціальної сфери знижується самовпевненість, самоповага та аутосимпатія. Тобто, зміні в негативний бік піддається той аспект самовідношення, який емоційно і змістовно об'єднує віру в свої сили, здібності, енергію, самостійність, оцінку своїх можливостей, контролювати власне життя і бути самопослідовним, розуміння самого себе. Працівник не очікує позитивного ставлення до себе інших людей й у нього знижується самоприйняття. У працівників соціальної сфери відбувається бачення в собі переважно недоліків, понижується самооцінка, з'являється готовність до самозвинувачення. Це свідчить про такі емоційні реакції на себе, як роздратування, презирство, знущання, винесення

самовироки та може підштовхнути на необміркований, незважений, навіть аутоагресивний вчинок.

Суїцидонебезпечність депресивних станів є дуже високою. За даними психологічних досліджень останніх років, приблизно 10% працівників з діагностованою депресивністю схильні до суїцидальних спроб та 3–5% здійснюють суїцид [9]. Тому, важливим є завчасне попередження ауто-деструктивних тенденцій у депресивних працівників соціальної сфери.

Отже, адаптивний потенціал та самоствалення працівників соціальної сфери є тими стабілізуючими та конструктивними детермінантами, які сприятимуть виникненню і, відповідно, ефективному подоланню депресивності. Включення цих складових до терапевтичного та саморегулятивного репертуару є обов'язковою умовою успішного психокорекційного та розвивального ефекту.

2.2. Основні шляхи попередження психоемоційних розладів у працівників соціальної сфери

Упередження (суб'єктивний компонент функціональної поведінки) завжди детерміноване тими або іншими потребами, метою, наміром або функцією, воно завжди має призначення. У самому понятті «упередження» вже закладена спроба вирішення якоїсь проблеми або, щонайменше, зіткнення з якоюсь проблемою. Упередження, або функціональна поведінка, завжди носить інструментальний характер, завжди служить засобом досягнення певної мети. І навпаки – будь-яку цілеспрямовану поведінку (за винятком тих випадків, коли людина свідомо, добровільно відмовляється від подолання) слід вважати функціональною.

Ми розглядаємо процес подолання депресивності як внутрішню діяльність, внутрішню роботу, за допомогою якої людині вдається відновити втрачену душевну рівновагу, справитися з критичною ситуацією. Тобто, подолання є процесом складної внутрішньої діяльності людини, метою якої є вироблення певної індивідуальної стратегії або алгоритму, за допомогою якого

можна було б регулювати власний емоційний і психологічний стан, переживати критичні ситуації та стреси. Для успішного подолання депресивності необхідним є вичленення її проявів з метою застосування корекційних технологій. Таким чином, подолання депресивності включає взаємовплив декількох чинників: внутрішню роботу особистості та зовнішній психотерапевтичний вплив.

Для того, щоб виявити детермінанти подолання депресивності, важливим є виявлення детермінант, які провокують депресивність. Адже зміна полярності приведе до їхньої трансформації у детермінанти подолання. Л. Бурлачук вважає, що власне переживання певного негативного, зокрема депресивного, стану вже є процесом його подолання, оскільки здійснюється в системі психологічної активності, переробки і перетворення, які відбуваються у внутрішньому плані з подальшим перенесенням результатів у зовнішню психологічну реальність [12].

У контексті аналізу депресивності як наслідку повторюваного гострого або хронічного переживання депресії, доцільним є застосування розробленої Дж.Мак–Каллоу стратегії попередження та подолання депресії, яку дослідник визначає як здатність до адекватного соціального копінгу. На думку автора, здатність до адекватного соціального копінгу пов'язана із декількома змінними:

- когнітивно–емоційний конструкт Я, який в основному формується у процесі розвитку людини;
- якість репертуару соціальних навичок людини;
- наявний досвід подолання стресів інтерперсонального характеру;
- загальний стан здоров'я на момент виникнення стресу;
- рівень доступної соціальної підтримки [18].

Якщо звернутись до досвіду західної психології (І. Андерсон, А. Бек, І. Готліб, А. Елліс, Д. Натт та ін.), то проблема терапії депресії розглядається в рамках трьох підходів до впливу на депресивні прояви: антидепресантне медикаментозне лікування, когнітивно–біхевіористична та інтерперсональна терапія [25]. Проте, наукові дослідження феномена депресії та депресивності акцентовані переважно на клінічних або психопатологічних аспектах цього

питання. Психотерапевтичні ж технології, спрямовані на психологічний контекст депресивності, взагалі залишаються поза увагою фахівців.

Так, у когнітивно–біхевіористичній терапії основним вважається підхід, розроблений А. Беком. Когнітивно–біхевіористична терапія пов'язана з виробленням навичок контролювати свої думки, розслаблятися, самотійно або в групі вирішувати проблемні ситуації, впливати на свій настрій, нарощувати позитивний потенціал своєї професійної діяльності, підвищувати самооцінку, відпрацьовувати більш адаптивний стиль поведінки, аналізувати наслідки певного типу поведінки [13].

Крім того, існує ряд методик, які пов'язані з негайним втручанням та включають теорію соціального наuczіння, що базується на моделюванні, самоконтролі та вирішенні проблемної ситуації; навчання самоінструктуванню та раціональну емоційну терапію, а також їхні поєднання [22]. Курс «Подолання депресії», розроблений П.Левінсоном, ґрунтується на психолого–освітньому підході, що включає подачу інформативних знань і навчання наступній техніці: контролю за депресивними настроями через релаксацію, нарощування числа позитивних подій, блокування негативних думок, ефективності спілкування, вирішення проблем, вироблення соціальних навичок [4].

Гештальттерапія Ф. Перлза є недирективним методом психотерапії, який дозволяє реконструювати свою психотравмуючу життєву ситуацію. Завданням терапії є допомога особистості інтегрувати свій образ, цілісність якого була порушена внаслідок дії психотравмуючих ситуацій. Послідовна система вправ та групової взаємодії містить «відчування актуального», базове переживання відчуття «тут і тепер», техніки «уваги та зосередження» [17].

Системний інтерперсональний підхід до подолання депресії, запропонований І.Готліб і К.Колбі, є системою сімейної терапії, що враховує інтрафізичні (когнітивні) та інтерперсональні чинники. Цей підхід нагадує низхідне продовження інтерперсональної психотерапії, яка використовується в сімейному контексті, і виходить з того, що принаймні частково депресія обумовлена і розвивається під впливом сімейних взаєностосунків. Крім того,

депресія часто виконує деякі внутрішньосімейні функції, зокрема, депресивні прояви у дитини можуть зняти або пригасити подружній конфлікт між батьками.

Системна інтерперсональна терапія в цілому нетривала, дієво орієнтована і акцентована на сьогодні. У процесі психотерапії досліджуються взаємодії членів сім'ї, що підтримують депресію, і фокус переноситься з індивіда, який страждає депресією, на сім'ю в цілому. Сімейна психотерапія часто доповнюється індивідуальною, депресивному респонденту роз'яснюється негативність власного когнітивного стилю і дія його поведінки на інших; крім того, у нього формується потреба у збільшенні числа приемних видів діяльності, у яких він може брати участь [24].

В ігротерапії психокорекційний ефект досягається завдяки встановленню позитивного емоційного контакту між учасниками, у тому числі і з психотерапевтом. Гра корегує негативні емоції, страхи, які пригнічувались особистістю, невпевненість у собі, а також збагачує діапазон його спілкування, розвиває здібності адаптивної поведінки. Структуру гри складають ролі, які приймають учасники. Ігрові дії є засобом реалізації цих ролей. Застосування ігротерапії дозволяє трансформувати реальні взаєностосунки, перетворивши їх на ігрові. З такою ж метою можуть застосовуватись такі методики, як казко-терапія, лялькотерапія, танцювальна терапія та проєктивний малюнок [11].

Когнітивно-біхевіоральний підхід до вивчення депресивності (КБАСП), запропонований Дж. Мак-Каллоу, визначає депресію у системі «людина – оточуюче середовище», культивує здібність включати формальні операції у процес вирішення соціальних проблем та співпереживати при вступі у соціальну взаємодію, що повинно привести до поведінкових змін, особистісного зростання, покращення емоційної регуляції. У цьому підході активно використовуються методи негативного підкріплення у ролі невід'ємних мотиваційних стратегій для зміни поведінки та терапевтична техніка «Ситуаційний аналіз» для загострення проблемної ситуації під час терапевтичної сесії [88].

Психосинтез Р. Ассаджіолі ґрунтується на узагальненні, тлумаченні та роз'ясненні інформації, яка отримана за допомогою методу психоаналізу. Реалізується система психологічного тренінгу, спрямована на внутрішню переробку афективних комплексів. Тобто, послідовно відпрацьовуються вправи на зосередження, розслаблення, самоідентифікацію, усвідомлення транс-персонального «Я», а потім – своєї єдності [64].

Відтак, ефективність психотерапевтичних технік забезпечується комплексною дією таких факторів як внутрішня робота та зовнішній психологічний вплив або терапевтичною взаємодією у системі «психотерапевт – клієнт». Внутрішня психологічна робота передбачає комплекс дій особистості на шляху відновлення свого психічного балансу. Зрозуміло, що після відновлення психологічного балансу, доцільним постає питання про його підтримку.

У сучасній психології проблема саморегуляції розглядається в декількох напрямках або у відповідності з різними підходами (психогігієнічний та психофізичний; особистісно-орієнтований; структурно-психологічний; ціннісно-нормативний; організаційно-методологічний; підхід з позицій психології праці, інженерної психології; когнітивний; диференціально-психологічний; підхід з точки зору теорії установки), які систематизовані та структуровані у дослідженнях Н. Пов'якель (табл. 1.4) [16].

Таблиця 1.4

**Систематизація основних підходів до визначення змісту,
виду саморегуляції як детермінанти виникнення та подолання
депресивності у працівників соціальної сфери (за Н. Пов'якель)**

Підхід	Зміст саморегуляції та предмет дослідження	Вид саморегуляції	Базові механізми
Психогігієнічний та психофізичний	Регуляція суб'єктом функцій організму; психофізичні, психогігієнічні й психотерапевтичні самовпливи	Психофізична. Психічна. Психогігієнічна	Самонавіювання. Аутотренінг
Особистісно-орієнтований	Індивідуалізований засіб системної організації процесів, станів, поведінки	Особистісна. Поведінкова	Особистісна рефлексія. Центрація
Структурно-	Побудова структури та	Системна.	Стиль і контур

психологічний	моделей саморегуляції	Адаптивна	саморегуляції
Ціннісно– нормативний	Спосіб життя, норми, ритуали, ідеали, ціннісні орієнтації, вибір стилю поведінки	Ціннісна. Нормативна	Вибір стилю поведінки, способу життя
Організаційно– методологічний	Метадіяльність із самоорганізації	Рефлексивна. Методологічна	Рефлексивне управління
Підхід з позицій психології праці, інженерної психології	Адаптивність людини та її можливостей в умовах впливу специфічних професійних умов	Сенсомоторна. Адаптивна. Професійна	Апперцепція. Мобілізація. Самоконтроль
Когнітивний	Довільне, інтелектуальне самоуправління пізнавальними процесами	Рефлексивна. Інтелектуальна	Рефлексія. Смислова регуляція
Диференціально– психологічний	Управління діями та станами, яке спрямоване на досягнення цілей	Спрямована. Довільна	Створення образу, моделі діяльності
Підхід з точки зору теорії установки	Управління поведінкою шляхом створення установки як структури досвіду	Внутрішня	Актуалізація несвідомого. Вольова дія

Функціональні ланки, які реалізують структурно повноцінний процес саморегуляції мають таку структуру:

1. Прийнята суб'єктом мета діяльності.
2. Суб'єктивна модель значущих умов.
3. Програма виконавчих дій.
4. Система суб'єктивних критеріїв досягнення мети (успішності).
5. Контроль і оцінка реальних результатів.
6. Рішення про корекцію системи саморегулювання.

Всі ланки регулятивного процесу, будучи інформаційними утвореннями, системно взаємозв'язані і отримують свою змістовну і функціональну визначеність лише в структурі цілісного процесу саморегуляції. Проте, повноцінною психічною діяльністю саморегуляція стану стає тільки при усвідомленні мети цієї активності, довільному і усвідомленому використанні методів і способів саморегуляції [44].

За допомогою психічної саморегуляції стає можливим подолання суб'єктом інформаційної невизначеності в кожній окремій ланці, при їх інформаційному узгодженні. Реалізація суб'єктом регулятивного процесу є

самостійне прийняття людиною ряду взаємозв'язаних рішень, здійснення послідовності узгоджених між собою виборів як подолання різних сторін (зміст, суб'єктивне значення, особистісна цінність та ін.) суб'єктивної інформаційної невизначеності при побудові і управлінні своєю активністю, починаючи з постановки мети і кінчаючи оцінкою досягнутих результатів.

Психологічні засоби подолання, зняття працівником соціальної сфери інформаційної невизначеності різноманітні. Це арсенал процесів активного віддзеркалення, внутрішнього моделювання і перетворення відображеної дійсності, цілеспрямовано використовуваних суб'єктом залежно від конкретного виду активності і умов її здійснення. Селекція, оцінка використаної для регуляції (для побудови і здійснення активності) інформації, презентованої свідомості суб'єкта у формі психічних феноменів (від конкретних матеріальних образів до термінальних особистісних цінностей), здійснюється суб'єктом на основі прийнятих ним самим критеріїв.

Зазвичай виділяють три рівні розвитку саморегуляції депресивності, що є співвідношенням зовнішнього (вимог до виконання діяльності) і внутрішнього (властивості особистості). Якщо на першому етапі особистість погоджує свої особливості з нормами діяльності, на другому – удосконалює якість діяльності шляхом оптимізації своїх можливостей, то на третьому рівні особистість як суб'єкт діяльності виробляє оптимальну стратегію і тактику, проявляючи творчий характер своєї активності. На цьому рівні особистість може виходити за межі діяльності, підвищуючи рівень складності, здійснюючи такі форми регуляції, як ініціатива, відповідальність та ін. [4].

Таблиця 1.5

Схема співвідношення рівнів складових саморегуляції депресивності у працівників соціальної сфери

Сфери психіки	Рівні саморегуляції депресивності або активності	Компонент структури (провідний)	Способи саморегуляції	Відношення до діяльності
$\frac{H}{E}$ $\frac{C}{B}$ I	Мимовільний і неусвідомлюваний	Активаційний	флуктуації активації в континуумі сон – неспанья, орієнтовна реакція, когнітивна активація, зміна частоти дихання і серцебиття	Мимовільна реакція

<u>Д</u> <u>О</u> <u>М</u> <u>Е</u>	Довільний і неусвідомлюваний	Активаційно–емоційний	очікування, пильність, м'язові рухи, дихальні вправи, емоційне відреагування, релаксація	Операція
<u>С</u> <u>В</u> <u>І</u> <u>Д</u> <u>О</u> <u>М</u> <u>І</u> <u>С</u> <u>Т</u> <u>Ь</u>	Довільний і усвідомлюваний	Когнітивно–емоційний	вольові зусилля, само–контроль, емоційна ре–продукція, аутотренінг, елементи йоги	Дія
	Усвідомлюваний і цілеспрямований	Когнітивно–комунікативний	зміна цільових установок, мотивів, зміна спрямованості свідомості, самонавіювання, самонаказ, самопереконання, самоаналіз, самопрограмування, спілкування	Діяльність

Існують два способи ставлення людини до світу, що свідчать про ступінь розвитку її саморегуляції і міру перетворення в суб'єкта власного життя:

– «Включений». При цьому способі індивід відрізняється пасивним, залежним ставленням до життя.

– «Рефлексуючий» – проявляє активне, діяльне ставлення до життя.

Причому, при другому способі ставлення людини до світу, властивому вищому ступеню розвитку, здійснюється справжня діалектика особистості і обставин її життя, тобто поведінка людини визначається не зовнішніми діями, а внутрішніми цілями і намірами, він починає детермінуватись не стільки минулим, скільки майбутнім. Рефлексія є універсальним механізмом процесу саморегуляції з–поміж таких регулятивних або інтегральних процесів типу антиципація, планування, програмування, самоконтроль та ін. Вона фіксує, зупиняє процес діяльності, відчужує і об'єктивує його і робить можливою усвідомлену дію на цей процес [44].

Отже, важливим є спонукання депресивних працівників соціальної сфери до рефлексивного ставлення до світу, що сприятиме успішному подоланню депресивності, становленню індивідуального стилю саморегуляції та досягнення найвищого його розвитку. Високий рівень розвитку саморегуляції, який об'єктивно визначається в тонкості, диференційованості та адекватності всіх усвідомлених інтелектуальних, емоційних, поведінкових реакцій, вчинків,

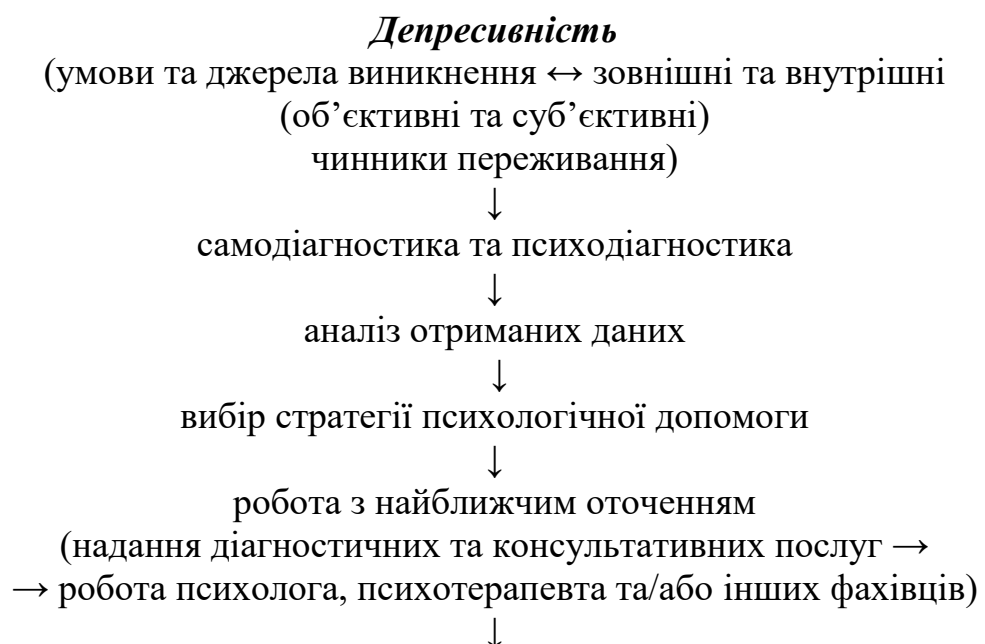
вербальних проявів тощо, дає підставу припускати і наявність досить зрілого стану розвитку самосвідомості в цілому [5].

У цілому, детермінанти упербедження й подолання депресивності працівників соціальної сфери необхідно розглядати в єдності з детермінантами їх виникнення. Врахування методів психотерапевтичного втручання, а також активізація механізмів саморегуляції, формування гнучкої, пластичної, індивідуально спрямованої саморегуляції сприятимуть подоланню у працівників соціальної сфери депресивності та попередженню її виникнення.

2.3. Методичні аспекти профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери

Зважаючи на негативну динаміку процесу трансформації психічного здоров'я населення, зокрема депресивності у структурі особистості, актуальним є створення ефективної моделі профілактичної роботи. Аналіз літературних даних щодо визначення детермінант, які сприяють виникненню депресивності у працівників соціальної сфери, результати психодіагностичної, психокорекційної роботи дозволили визначити напрямки психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.

Психологічна профілактика депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери може також проводитись у форматі такої схеми (рис. 2.1):



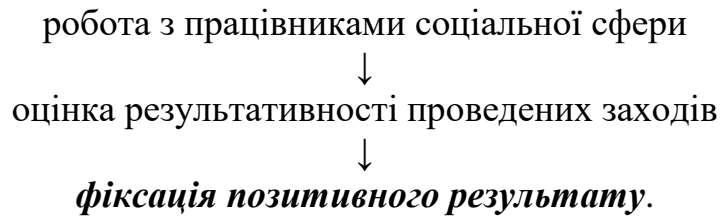


Рис. 2.1. Етапи психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери

Власне психологічна профілактика депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери має такі стратегічні напрямки:

- зменшення та / або подолання депресивності;
- відновлення психосоціальних функцій;
- зведення до мінімуму ризику вірогідності загострення або повторення депресивного втручання в життя.

Для успішного функціонування психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери необхідним є дотримання таких основних принципів:

- принцип комплексного впливу;
- принцип активності усіх складових;
- принцип взаємодії елементів;
- принцип варіабельності або гнучкості як всієї моделі, так і окремих її елементів, який дозволяє підбирати та застосовувати індивідуальні режими найбільш сприятливого для певної ситуації функціонування моделі;
- принцип розширення сфер впливу та використання;
- принцип реальності уявлень;
- принцип постійного вдосконалення.

Критерієм оцінки успішності психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери є явна позитивна динаміка психологічного та емоційного благополуччя. А ефективність роботи базується на холістичному функціонуванні всіх її елементів. Так, первинна або популяційна профілактика передбачає участь усієї групи, з якою працює психолог, вторинна або для цільових груп – на роботу з людьми, які

знаходяться у зоні ризику, тобто схильні до депресивності, а третинна або цілеспрямована профілактика розрахована на респондентів, у яких депресивність діагностовано.

Для збереження функціональної спроможності профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери слід робити акцент на усвідомленості причинно–наслідкових зв’язків та результатів роботи. Важливим є вироблення позитивного конструктивного мислення, яке б дозволило досягти розуміння й розпізнавання витоків і шляхів розвитку депресивних сценаріїв.

Особливості психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери презентовано на рис. 2.2. Результати, отримані за допомогою проведення психодіагностичних і розвивально–корекційних заходів, дозволяють розробити тактику психологічної профілактики депресивності у працівників соціальної сфери. Так, якщо профілактика передбачає застосування превентивної стратегії, то основними точками опори для цього безумовно є детермінанти подолання депресивності.



Рис. 2.2. Особливості психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери

Отже, психопрофілактична робота повинна спрямовуватись на такі блоки (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Блоки превентивної роботи з детермінантами виникнення депресивності у працівників соціальної сфери

Таким чином, основний напрямок специфічної психопрофілактичної роботи, тобто превенції депресивності, вкладається у такі блоки:

Перший блок. Збереження, підтримка та розвиток психологічного здоров'я працівників соціальної сфери. Цей блок передбачає розробку ефективних заходів охорони здоров'я підростаючого покоління з метою зменшення ризику різноманітних захворювань у працездатному віці. В умовах погіршення загального екологічного стану оточуючого середовища це завдання ускладнюється, проте внесення певних корективів у загальний комплекс заходів по охороні здоров'я, які б володіли гнучкістю та високою пристосувальною здатністю, сприятимуть їх результативності.

Отже, функціонування першого блоку психопрофілактичної роботи з працівниками соціальної сфери передбачає створення та дотримання таких напрямків роботи:

А) Контроль за станом здоров'я працівників соціальної сфери. Зазвичай він здійснюється батьками, терапевтом та навчальним закладом. Проте, важливим тут є своєчасне реагування на прояви фізичного неблагополуччя, недопускання ігнорування проявів нездужання власне працівником соціальної

сфери та його оточенням, а також не заохочення до перенесення хвороб «на ногах». Можливим є розробка режиму праці та відпочинку, фізичних навантажень та профілактичних занять разом із сімейним лікарем.

В) Формування навичок здорового способу життя. Передбачає створення умов для повноцінного формування знань, умінь та навичок про можливості власного організму, його підтримання та гармонізації. Тобто стратегічною метою життя працівників соціальної сфери повинно стати збереження здоров'я та самостійний вибір життєвої позиції. Необхідною є допомога працівнику у створенні індивідуальної моделі здорового способу життя, яка б враховувала всі можливі варіанти збереження та підтримки психофізіологічного балансу, індивідуальної програми життєдіяльності.

В) Сприяння розвитку саногенного мислення. Саногенне мислення є запобіжником виникнення та розвитку деструктивних тенденцій фізичного та психологічного здоров'я. Здатність працівників соціальної сфери мислити конструктивно створює своєрідний психологічний фільтр від впливу потенційно негативних детермінант або трансформацію для накопичення досвіду подолання.

Д) Створення системи заохочення. Можливим варіантом є створення «моди на здоров'я» за допомогою співпраці із засобами масової інформації, зокрема, впровадження і розповсюдження соціальної реклами. Ефективним методом буде також робота працівників соціальної сфери з групою колег, за допомогою яких мета буде досягатись на рівні партнерських відносин.

Другий блок. Формування та стабілізація адекватного самоствавлення працівників соціальної сфери. Самоствавлення – це інтегроване поняття, яке може інтерпретуватись як ставлення до себе проєктоване через ставлення інших. Тому адекватність самоствавлення працівників соціальної сфери напряду залежить від самоприйняття, конгруентності, самоідентичності.

Постійний розвиток обумовлює амплітуду коливання стабільності процесів і явищ на шляху дозрівання працівників соціальної сфери. Безумовно це накладається на розвиток особистості, зокрема на її структуру. Саме тому необхідною є стимуляція вироблення у працівників соціальної сфери таких

персональних якостей, як самоповага, самоінтерес, аутосимпатія, самокеруваність і саморозуміння. При цьому ставлення інших відіграє роль маркера внутрішньої структурованості процесів самоставлення. Іншими словами, природній і щирий інтерес до себе, свого внутрішнього світу, обумовлений прагненням до самопізнання, розумінням внутрішніх імпульсів, причин їх виникнення та цілей, своїх бажань і прагнень, їх безумовне прийняття, симпатія до себе, всіх своїх якостей, певний здоровий егоїзм, повага до себе та вміння керувати власним внутрішнім світом, коригуючи при цьому емоційний фон та поведінкові прояви – це є прояви адекватного самовідношення, які б сприяли ефективності психопрофілактичної роботи з працівниками соціальної сфери.

Важливим чинником, який впливає на адекватність самоставлення є очікування позитивного ставлення від інших. Зрозуміло, що орієнтири працівників соціальної сфери спрямовані у більшій мірі назовні. Працівник намагається побачити тонкий зв'язок між ставленням інших і власним внутрішнім світом, керуючись впевненістю в об'єктивності власних суджень. Проте, реально зв'язок є замкненим колом, тобто ставлення інших визначається відношенням працівника до себе: суб'єктивно дозволена міра адекватності і позитивності у ставленні до себе буде індикатором для інших, і навпаки, очікування позитиву від інших сприятиме більшій впевненості у собі.

Третій блок. Активізація особистісних ресурсів. Цей блок передбачає створення умов для розвитку таких якостей і рис у працівників соціальної сфери, які б діяли як протективні детермінанти у профілактичній роботі. Ресурсними детермінантами для превенції депресивності у працівників соціальної сфери є адекватна самооцінка; емоційна стабільність, витримка, толерантність до фрустрацій, зрілість; впевненість у собі; самостійність, незалежність у поглядах, прагнення до самостійності рішень і дій; вміння релаксувати, регулювати внутрішню напругу та ін.

Адекватність самооцінки є показником зрілої, врівноваженої особистості. Система цінностей об'єднує у собі ієрархію цінностей загальнолюдських суспільних, особистісних та визначає своє місце або цінність власного внутрішнього світу у цій структурі. Тому адекватна самооцінка запобігає

викривленням у структурі особистості. Емоційна стабільність, толерантність до фрустрацій і витримка сприяють ефективному опору чинникам ризику, подоланню дистресів і уникненню їхніх руйнівних наслідків.

Впевненість у собі, у власних силах забезпечує прагнення до саморозвитку, сприяє пошуковій активності на шляху до самореалізації. Можливість надати собі право на помилку може той працівник, який вміє або прагне конструктивно використати отриманий досвід, адже негативний результат – це теж результат. Проте, критичність у самовідношенні, використання набутого досвіду, вилучення з ситуації позитивних та негативних елементів можливі за умови впевненості у власному потенціалі контролювати ситуацію та досягати успіхів, навіть при можливих невдалих спробах.

Прагнення до самостійності і незалежності у поглядах, рішеннях і діяльності сприяє розвитку відповідальної поведінки, які у свою чергу є умовою особистісної зрілості. Вміння розраховувати власний потенціал для досягнення цілей сприятиме досягненню мети з оптимальними енергетичними витратами, що є суттєвою перевагою для працівників соціальної сфери.

Четвертий блок. Стимуляція активного функціонування адаптивних механізмів. Адаптивний потенціал працівників соціальної сфери є ресурсною одиницею для подолання депресивності, а також підтримання внутрішнього балансу організму та гнучкого співіснування із середовищем. Тобто, превентивні заходи повинні бути спрямовані на підтримання адаптивних механізмів у режимі систематичного контролю за психофізичними показниками організму, що мінімізує можливість деструктивного впливу несприятливих чинників.

Стійкість до стресових та фруструючих ситуацій, можливість приймати адекватні та правильні рішення, а також швидко реагувати у критичних ситуаціях, уникати або долати негативні переживання, здатність інваріативно мислити (які є важливими здібностями для подолання або попередження виникнення депресивності у працівників соціальної сфери) можливі лише за умови адекватного функціонування механізмів адаптації.

Отже, фокусування механізмів адаптації на гармонізацію особистості працівників соціальної сфери шляхом вироблення гнучких, але водночас стійких і постійних пристосувальних можливостей при функціонуванні в енерго-збережувачому режимі є стратегічно важливим блоком у психопрофілактичній профілактиці депресивних проявів у працівників соціальної сфери.

П'ятий блок. Розвиток умінь саморегуляції. Психічна активність є чинником керування не лише власними функціями та здібностями, але вона також дає можливість створювати й використовувати нові моделі поведінки і життєдіяльності. Позичування власної життєвої перспективи є проекцією складних внутрішніх процесів, таких як моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості та інших. Постійний гармонійний розвиток особистості, прагнення до самореалізації і самовдосконалення забезпечується можливістю підтримання внутрішньої субординації психічних процесів і явищ. Тому навички саморегуляції є підґрунтям для створення сприятливих умов для саморозвитку, забезпечення власної психологічної безпеки і рівноваги.

Отже, превентивні заходи спрямовані на формування психологічної компетентності і психопрофілактики депресивності у працівників соціальної сфери ґрунтуються на теоретичному базисі вітчизняних та зарубіжних наукових доробків. Психологічна профілактика депресивності у працівників соціальної сфери є синтетичним напрямком психотерапевтичної роботи, основною метою якої є досягнення повноцінної самоактуалізації особистості.

Висновки до розділу 2

Прогресування темпів розвитку та поширення депресивних проявів стають причиною втрати працездатності населення. Дослідження цієї проблематики висвітлює ряд детермінант виникнення депресивності, серед яких сімейна та когнітивна дисфункції, кризові життєві події, дефіцит соціальних навичок й умінь, інтерперсональних зв'язків та підтримки. У ролі вагомої причини росту депресивності розглядають культ сили та культ рацію,

які призводять до заборони на переживання та вираження негативних емоцій, ускладнюють їхню психологічну переробку та спричиняють їх накопичення.

Психологічними детермінантами депресивності працівників соціальної сфери є такі особистісні ресурси: адекватна самооцінка; емоційна стабільність, витримка, толерантність до фрустрацій, зрілість; впевненість у собі; самостійність, незалежність у поглядах, прагнення до самостійності рішень і дій; вміння релаксувати, регулювати внутрішню напругу. Серед психологічних детермінант подолання депресивності також виділена адекватна суб'єктивна оцінка свого психофізичного стану (самопочуття, активності та настрою) та саногенне мислення, які б працівник міг ефективно регулювати й корегувати.

Превентивні заходи, спрямовані на формування психологічної компетентності і психопрофілактику депресивності у працівників соціальної сфери, ґрунтуються на теоретичному базисі вітчизняних та зарубіжних наукових доробків. Психологічна профілактика депресивності у працівників соціальної сфери є синтетичним напрямком психотерапевтичної роботи, основною метою якої є досягнення повноцінної самоактуалізації особистості. Акцент у психологічному супроводі ставиться на розвивальний та корекційний вплив на детермінанти подолання депресивності у працівників соціальної сфери, а також включення їх у систему регуляції психофізичної активності.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТЕНДЕНЦІЙ І СТАНІВ У ПРАЦІВНИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ

3.1. Психодіагностичний інструментарій вивчення депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери

Депресивність як особистісна властивість є потенційним чинником ризику для ефективної професійної діяльності і особистого благополуччя. Особливості депресивності можуть проявлятися у всіх сферах життєдіяльності працівників соціальної сфери, а також впливати на розвиток психічних процесів та функцій. Визначення психологічної детермінації депресивності є необхідною умовою для її подолання та регулювання, адже виявлення причинно–наслідкових зв'язків сприятиме виробленню конструктивної стратегії розвитку стійкості працівників соціальної сфери до депресивних втручань у життя особистості.

Дослідження особливостей депресивності та її психологічної детермінації у працівників соціальної сфери передбачає поетапне виконання методичної і процедурної частин. Методична частина поєднує у собі теоретичний етап дослідження та етап розробки методики експерименту. На теоретичному етапі дослідження відбувалась постановка проблеми та визначення мети дослідження, його об'єкта і предмета, а також формування завдань і; ознайомлення зі станом розробки досліджуваної нами проблеми у психологічній науці й аналітико–синтетичне вивчення її теоретичних напрацювань з окремих аспектів. Етап розробки методики експерименту полягав у розробці методичного апарату, а також у плануванні способів методичної обробки отриманих емпіричних даних.

До процедурної частини дослідження входить власне експериментальний та аналітичний етапи. Структуру експериментального етапу складала експериментальна ситуація, експериментальний фактор та експериментальний об'єкт. На аналітичному етапі здійснювався кількісний та якісний аналіз результатів дослідження, їх наукова інтерпретація, формулювання висновків, розробка рекомендацій.

Метою дослідження було виявлення психологічних детермінант депресивності працівників соціальної сфери, а також її особливостей. Реалізація мети передбачала виконання таких завдань дослідження:

- підбір відповідних психодіагностичних методів та методик;
- вибір працівників соціальної сфери;
- дослідження психоемоційного стану депресивних працівників соціальної сфери;
- виявлення психологічних детермінант та особливостей депресивності у працівників соціальної сфери;
- виявлення психологічних ресурсів та адаптаційних можливостей для подолання депресивності.

З метою зменшення суб'єктивності отриманих даних, а також досягнення їх більшої вірогідності наше експериментальне дослідження базувалось на таких принципах: цілісність, комплексність, застосування взаємодоповнюючих методик, єдність якісного та кількісного аналізу, використання адекватних статистичних методів. Експериментальну ситуацію складала професійний колектив, у якому перебувають працівники соціальної сфери, а також їх оточення, у якому відбувається розвиток особистісних особливостей фахівця. Експериментальним чинником визначено сукупність психологічних характеристик працівників соціальної сфери, а також міжособистісні стосунки з найближчим оточенням. Експериментальним об'єктом є процес розвитку і формування особистісних властивостей.

Виконання експериментальної роботи проходило у три етапи. Перший етап дослідження передбачав визначення особливостей депресивності та її психологічної детермінації у працівників соціальної сфери. На другому етапі

проводився аналіз феномена депресивності як особистісної властивості у працівників соціальної сфери. Третій етап спрямований на висвітлення та систематизацію емпіричних даних щодо специфіки депресивності працівників соціальної сфери та її детермінант, що дозволило залучити зазначені показники до програми подолання депресивності у працівників соціальної сфери.

Відповідно, для участі в дослідженні сформована вибірка: 26 працівників соціальної сфери, віком 23-52 років. Формування експериментальної групи відбувалось за ознакою депресивності. Соціально-економічне положення у всіх респондентів визначено як задовільне. Досягнення мети експериментального дослідження забезпечувалося комплексним підбором методик, які дозволяли отримувати необхідну інформацію про наявність депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери і водночас підтверджувати її достовірність.

Для досягнення цілей дослідження (вивчення депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери) застосовувався комплекс психодіагностичних методик: опитувальник депресивності А. Бека; методика диференціальної діагностики депресивності В. Жмурова; опитувальник «Депрископ» П. Хейманса.

Опитувальник депресивності А.Бека призначений для оцінки наявності депресивних ознак у обстежуваного на поточний період. Опитувальник містить 21 групу тверджень, у кожній з яких по 4 варіанти відповіді. Згідно з інструкцією, обстежуваний обирає таке твердження, яке найбільш точно описує його стан. Обробка результатів передбачає підрахунок номерів тверджень у кожній групі. Номери тверджень і є балами, сума яких розподіляє відповіді за ключем по чотирьох рівнях прояву депресивності: явна, критична, помірна та відсутня.

Методика диференціальної діагностики депресивності В. Жмурова дає можливість встановити рівень депресивності на цей момент. Методика містить 44 твердження, кожне з яких за інструкцією оцінюється досліджуваним від 0 до 4 балів. Обробка даних проводиться шляхом визначення суми відмічених номерів відповідей, які одночасно є балами. Інтерпретація даних

дозволяє визначити наявність ступеня депресивності. Методика визначає 6 ступенів депресивності: відсутність або незначне її вираження, мінімальну, легку, помірну, виражену та глибоку депресивність. Таке детальне градуювання ступенів депресивності сприяє більш точному визначенню депресивності.

Опитувальник «Депрископ» розроблений одним з авторів (П. Хейманс) на основі результатів сучасних західних досліджень (К. Грант, І. Колвін, Б. Компас та ін.) депресивності. Процедура вимірювання за допомогою «Депрископа» розроблена для того, щоб оцінити ступінь втручання депресогенних чинників, які мали місце протягом деякого часу.

Поняття «депресогенного втручання» належить до певного проміжку часу в минулому. Використовують два часових інтервали: 1) останні 24 години, які передували заповненню опитувальника, позначаються як DNOW; 2) три місяці, які передували заповненню опитувальника та позначені як DINTRUS. Використання «Депрископу» передбачає, що працівники соціальної сфери можуть оцінити частоту, з якою депресивні прояви втручались у їх переживання протягом того часового інтервалу, який оцінюється.

Відповідно до інструкції працівникам соціальної сфери пропонувалось відмітити зі списку з 31 характеристики:

- кількість днів з останніх 99, протягом яких він переживав цей прояв;
- актуальну наявність кожної особливості (сьогодні, вчора, протягом 24 год.).

Результати тестування працівників соціальної сфери звіряються з ключем, згідно із яким депресивне втручання є сумою показників, розрахованих для 31 індикатора, де «1» за кожним пунктом означає, що цей прояв зустрічався у певного респондента принаймні стільки ж (або більше) днів, ніж вказується у таблиці підрахунку балів.

Підібраний комплекс психодіагностичних методик обраний нами як оптимальний варіант для досягнення поставлених завдань дослідження. Розроблений нами методичний апарат для вивчення особливостей депресивності та її психологічної детермінації у працівників соціальної сфери передбачає поетапність і комплексність у реалізації емпіричного дослідження.

3.2. Програма психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери

Приступаючи до розробки формувального експерименту, ми виходили з припущення, що детермінанти виникнення депресивності у працівників соціальної сфери можуть трансформуватись у детермінанти її подолання за умови зміни їхнього полюсу шляхом цілеспрямованого психологічного впливу. Незважаючи на існуючі у психологічній літературі підходи до подолання депресії та депресивності, варто відзначити застосування у них більшою мірою психопатологічного або клінічного ракурсу. Крім того, психотерапевтичний вплив акцентується на проблемі депресії, а також відсутні дані щодо диференціації за віковими категоріями, у то.ч. не виокремлені психотерапевтичні підходи до подолання депресивності у працівників соціальної сфери.

У результаті інтеграції основних підходів до регулювання і подолання депресії та депресивності із зміщенням акценту на прояви депресивності, а також врахуванням особливостей дорослого віку, нами було розроблено програму психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери. Ключовими у тренінговій програмі є психологічні детермінанти подолання депресивності у працівників соціальної сфери, які ми виділили на основі результатів констатувального експерименту.

Метою формувального експерименту стало створення та апробація програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери, перш за все, через активізацію процесів самопізнання, саморозкриття, самоусвідомлення, самоаналізу, особистісного саморозвитку та саморегуляції. Виходячи з мети формувального експерименту, нами були поставлені такі завдання:

- розробити та застосувати програму психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери;

– здійснити порівняльний аналіз експериментальних даних першого та другого зрізів, тобто результатів до і після застосування програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.

Програма психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери передбачає комплексне поєднання спеціальних форм психологічного впливу: тренінг, індивідуальна психокорекція.

Вибір групової роботи детермінований декількома чинниками. Емоційний та психологічний дисбаланс, викликаний депресивністю, може призвести до перенесення у міжособистісне спілкування психологічних характеристик притаманних цьому стану. Тому, спеціально організовані групи, зокрема, за ознакою депресивності, сприятимуть вирішенню проблем не лише особистісного плану, а й міжособистісної взаємодії. Тобто, штучне створення мікросоціуму, який би відображав усі реалії зовнішнього світу дає можливість створити «тренувальний полігон» для психотерапевтичної роботи, а потім перенести отриманий досвід назовні.

Працівники соціальної сфери дуже чуттєві до стороннього впливу, часто розцінюють його як тиск. Тому важливим чинником створення конструктивного психотерапевтичного ефекту, який би сприяв отриманню зворотного зв'язку, розвитку усвідомлення самоцінності й цінності інших людей, потреби у самопізнанні і саморозвитку, прийняття своїх особистісних властивостей, формування довірливого ставлення є групова робота. Крім того, групова робота сприяє використанню можливості одночасного виконання ролі учасника та спостерігача. Це дозволяє подивитись на себе, свою поведінку, емоції, проблеми у різних ракурсах, а також спонукає до особистісного зростання працівників соціальної сфери шляхом інтроспекції, самодослідження, саморозкриття, самозмін та прагнення до саморозвитку. Таким чином, зворотний зв'язок і реакції групи формують самооцінку працівників соціальної сфери.

У психологічній літературі виділяють шість процесів, які вважаються спільними для психокорекційних тренінгових груп:

- 1) полегшення вираження емоцій;
- 2) створення відчуття приналежності до колективу;
- 3) спонукання до саморозкриття;
- 4) ознайомлення з новими зразками поведінки;
- 5) можливість зіставлення особистісних властивостей окремих членів групи;
- 6) сприяння розподілу відповідальності між керівником і рештою учасників [48].

Для забезпечення ефективності програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери необхідні умови:

- наявність ізольованого приміщення для роботи тренера з учасниками;
- забезпечення учасників тренінгу необхідним робочим матеріалом (зошит, альбом або листки паперу форматом А4, кольорові олівці, ручка, ножиці, клубок ниток тощо);
- склад групи. При відборі працівників соціальної сфери у тренінгові групи ми орієнтувались на такі критерії:
 - 1) показники психодіагностичного обстеження (для груп з наявними депресивним ознаками);
 - 2) гетерогенний (приблизно рівнозначний) склад груп;
 - 3) випадковість потрапляння;
- створення у групі здорового психологічного клімату, атмосфери довіри і відвертості;
- тренер повинен мати досвід роботи з працівниками соціальної сфери;
- використання довірливого стилю спілкування в процесі роботи.

На тренінгових заняттях застосовувалися такі методи роботи: вправи на самопізнання та саморегуляцію; самодіагностика; сюжетно–рольові ігри; образотворча діяльність; розв'язання проблемних ситуацій; самооцінювання; бесіда; групова дискусія; вправи на ауторелаксацію та візуалізацію. Програма заснована на активних методах соціально–психологічного навчання й підкреслює важливість активного способу пізнання, тобто методу, що спонукає

тих, кого навчають, брати на себе відповідальність за набуття знань. Розмаїття методів навчання дозволяє зробити процес навчання творчим і дає можливість багатопланово впливати на працівників соціальної сфери. Тренер зобов'язаний створити таку атмосферу, яка б сприяла засвоєнню матеріалу.

Головною метою програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери є отримання уявлень про особистісні характеристики, шляхи становлення особистості, феномен депресивності як особистісну властивість, передумови їх виникнення та підходи до її регулювання і подолання. Окремі цілі тренінгу полягають у тому, щоб:

- формувати: адекватну самооцінку, уміння рефлексувати, правильне уявлення про специфіку психологічного, зокрема, емоційного розвитку у працівників соціальної сфери;

- розвивати: особистісні якості – самостійність, відповідальність, психічну стійкість, пластичність, емпатійність, уміння взаємодіяти з оточуючими;

- спонукати: до розкриття власних здібностей, нахилів, можливостей;

- викликати: прагнення до саморозкриття, самопізнання, саморозвитку, самовдосконалення та саморегуляції; позитивний настрій, бажання працювати у групі, взаємодіяти з іншими учасниками, дотримуватись правил групи.

За основу проведення роботи з працівниками соціальної сфери було взято два основних механізми: пряме й непряме підкріплення через виконання тренінгових вправ, а також поєднання індивідуальної та групової форм роботи. У процесі роботи за тренінговою програмою подолання депресивності у працівників соціальної сфери ми спрямовували зусилля учасників групи на виконання таких завдань:

- пов'язати почуття з детермінантами їх виникнення;

- сприяти самоусвідомленню та самоприйняттю;

- забезпечити працівників соціальної сфери засобами самопізнання;

- формувати впевненість у собі;

- виробити уміння налагоджувати та підтримувати стосунки з оточуючими, прагнення до взаємодії;
- знайти пояснення детермінантам, які підтримують депресивність;
- формувати прагнення до саморозвитку та самореалізації у контексті розвитку умінь саморегуляції;
- розвивати відповідальну поведінку і вчинки;
- виробити уміння ставити невелику, але досяжну мету;
- розвивати уміння та навички регуляції власного емоційного стану.

Механізм ведення тренінгу – підвищення зацікавленості до виконання вправ; організація працівників соціальної сфери і спонукання їх до виконання діяльності; ідентифікація і взаємодія – як шлях до непрямих і прямих підкріплень. Відтак, у роботі реалізовувалися такі принципи тренінгової роботи:

- принцип відвертого спілкування;
- принцип «Я–висловлювань»;
- принцип безумовної поваги до учасників;
- принцип конфіденційності;
- принцип активності у груповій роботі;
- принцип «тут і тепер»;
- принцип економії часу;
- принцип пунктуальності у відвідуванні занять;
- принцип ввічливого спілкування та толерантного ставлення до співбесідників;
- принцип однозначності у висловлюваннях.

Тренінгова програма розрахована на 10 занять (1,5 години через день) і включає три блоки.

Перший блок – орієнтовний, розрахований на три заняття. Мета етапу – емоційне згуртування учасників групи. Основним змістом є зняття напруги, згуртування, самоусвідомлення та самовизначення як учасника взаємодії.

Другий блок – розвивальний, розрахований на 7 занять. Мета спрямована на розвиток психологічних детермінант подолання депресивності у працівників

соціальної сфери, зокрема, на активізацію процесів самопізнання, самосприйняття та саморегуляції, формування адекватної самооцінки, підвищення власної цінності, вироблення вміння аналізувати ситуацію та виробляти альтернативні форми реагування на неї.

Третій блок – закріплюючий, включає 2 заняття. Метою є закріплення позитивного самосприйняття та навичок регуляції власного емоційного стану.

В організації занять розробленої програми психологічної профілактики депресивних станів у працівників соціальної сфери ми вважали суттєвим:

- Введення учасників у ситуацію психологічного тренінгу.
- Створення психотерапевтичної атмосфери довіри, доброзичливості та взаємного прийняття.
- Виконання тренінгових практично–орієнтованих групових етюдів на рефлексію себе та інших.
- Навчання умінням групового «мозкового штурму» у вирішенні неоднозначних та складних завдань.
- Введення членів групи у практику ігрового творчого моделювання, набуття умінь та навичок участі в рольових іграх.

Кожне заняття проводилось у стандартній формі та мало такі елементи: ритуал вітання, вправа на згуртованість, гра–розминка, основний зміст, рефлексія з приводу проведеного заняття та ритуал прощання.

Основною формою підсумків виконання окремих вправ стало групове обговорення результатів і спільне формулювання висновків, а заняття – самоаналіз, самозвіт про почуття, настрої, досягнення, оцінка роботи під час тренінгу тощо.

Зважаючи на переваги групової роботи з депресивними працівниками соціальної сфери, нами був обраний цей напрямок як пріоритетний у структурі комплексної програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.

У ролі оптимального напрямку застосування індивідуальної роботи ми обрали психологічне консультування. Оскільки бесіда з працівником може носити цілеспрямований, психотерапевтичний, ззовні нейтральний,

невимушений характер, опонент не відчуватиме тиску, що сприятиме швидшому встановленню зворотного зв'язку, укріпленню контакту і вивільненню прагнення до відновлення цілісності й самості за допомогою самопомоги. У ході надання індивідуальної консультації можливим стає опосередкований вплив на зростання ефективності групової роботи через глибше пропрацювання психологічних проблем, встановлення більш тісного контакту, окреслення перспективних напрямків індивідуальної роботи та постановки працівником соціальної сфери важливих і досяжних цілей.

Результативність консультування залежить від ефективності стимулювання психологом внутрішнього діалогу працівників соціальної сфери, який розглядається як найважливіший чинник їх особистісного розвитку. Необхідним є подальше його переведення у зовнішній діалог.

Таким чином, успішне досягнення мети та виконання завдань програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери вбачаємо у комплексному підході, результативність якого забезпечується ефективним функціонуванням усіх його складових.

3.3. Емпірична апробація ефективності програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери

Отже, першим етапом емпіричного дослідження було визначення рівня депресивності працівників соціальної сфери, яке проводилось за допомогою «Опитувальника депресивності А. Бека», «Методики диференційної діагностики депресивних станів В.Жмурова», Опитувальника «Депрископ».

Для визначення рівня депресивності у працівників соціальної сфери провідним психодіагностичним інструментом ми обрали «Опитувальник депресивності А. Бека». Решта методик для діагностики рівня депресивності ми використали як додатковий інструментарій, який би підтверджував дані для більш об'єктивного оцінювання досліджуваної ознаки. Зокрема, градація рівнів

депресивності за «Методикою диференційної діагностики депресивності В. Жмурова» є більш деталізованою, що дозволяє виявити рівень депресивності з більшою точністю. Опитувальник «Депрископ» доповнює результати за рахунок визначення втручання депресивних особливостей у сферу переживань протягом останніх трьох місяців і доби, які передували обстеженню.

Узагальнені результати за «Опитувальником депресивності А. Бека» дають можливість говорити про явну депресивність у 4,68% працівників соціальної сфери. Критичний рівень депресивності спостерігається у 12,5% досліджуваних. Рівень помірної депресивності виявлено у 69,27% працівників соціальної сфери. У 13,54 респондентів депресивні прояви відсутні (рис. 3.1).

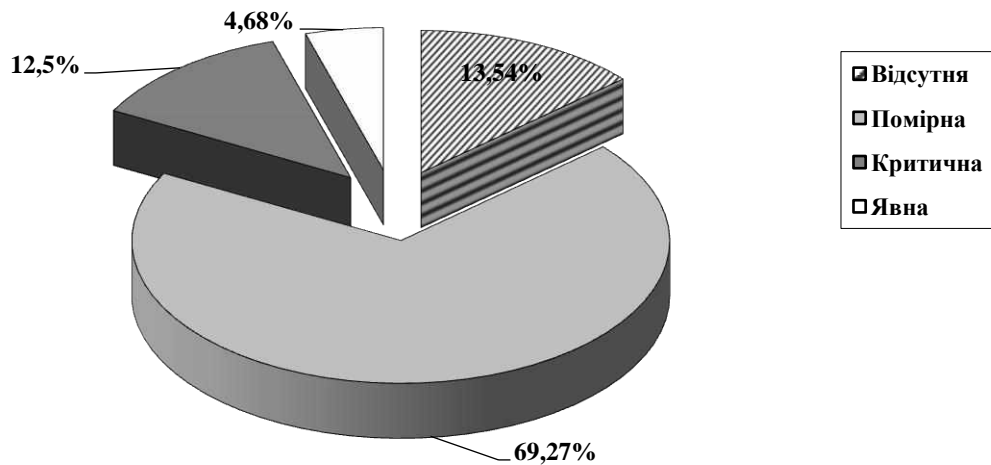


Рис. 3.1. Показники рівнів депресивності у працівників соціальної сфери (за опитувальником депресивності А. Бека)

Результати, отримані за допомогою методики диференційної діагностики депресивності В. Жмурова дозволяють говорити про наявність у працівників соціальної сфери таких рівнів депресивності (рис. 3.2).

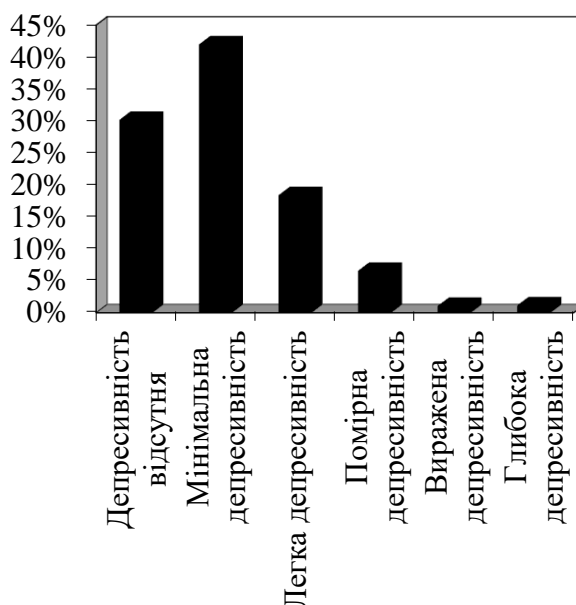


Рис. 3.2. Показники рівнів депресивності у працівників соціальної сфери (за методикою диференційної діагностики депресивності В. Жмурова)

З рисунку 2.2 видно, що у 38,9% респондентів діагностовано мінімальний рівень депресивності. На другому місці – відсутність депресивності (30,1%). Третє місце за поширенням посідає рівень легкої депресивності. Він наявний у 29,3% випробуваних. Помірна депресивність виявлена у 6,5% опитаних. Виражену депресивність діагностовано у 3,8%. Середній рівень депресивності у вибірці респондентів складає 20 балів, що відповідає мінімальному вираженню.

Свідченням об'єктивності даних є виявлений високий кореляційний зв'язок ($r=0,59$, $p \leq 0,05$) між результатами опитувальника депресивності А. Бека та методики диференційної діагностики депресивності В. Жмурова, а також опитувальником «Депрископ» ($r=0,35$, $p \leq 0,05$). Отже, ми можемо говорити про високу достовірність і об'єктивність отриманих даних, що свідчить про переважання помірної депресивності у працівників соціальної сфери. Можна констатувати також, що відсутність депресивних особливостей характерна лише для 14% осіб працівників соціальної сфери. Відтак, наявність депресивності у працівників соціальної сфери є явищем беззаперечним, адже її прояви різною мірою спостерігаються у 86% респондентів цього віку. На жаль, прогностичні тенденції на особистісний розвиток працівників соціальної сфери

за умови професійної психологічної пасивності та особистісної бездіяльності для подолання проявів депресивності є невтішними.

За результатами методики «Депрископ» депресивні особливості, які проявлялись у респондентів протягом останніх 24 години (показник DNOW) та показник ступеня втручання депресивності у сферу переживання працівників соціальної сфери протягом останніх трьох місяців (показник DINTRUS) мають таке графічне вираження (рис. 3.3):

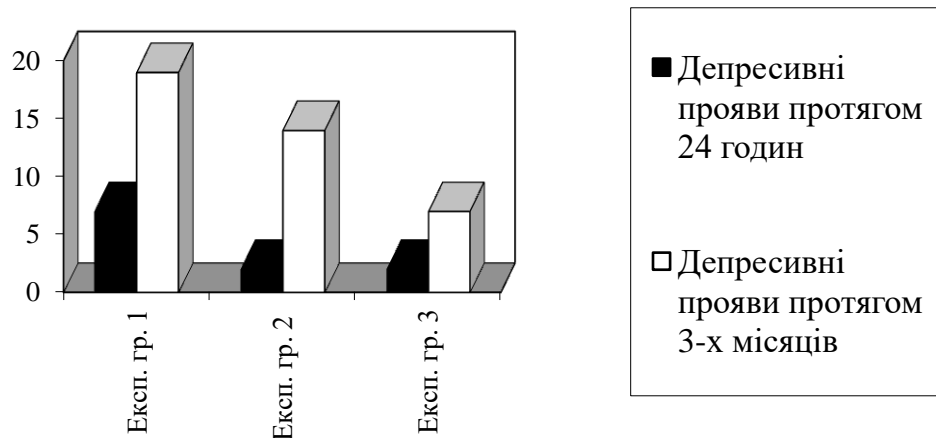


Рис. 3.3. Усереднені показники прояву депресивності працівників соціальної сфери за методикою «Депрископ»

Отримані результати дозволяють говорити про типологію депресивних переживань у працівників соціальної сфери відповідно до пунктів «Депрископу». Так, щодо переживань працівників соціальної сфери протягом останніх 24 годин, то у 60% респондентів спостерігалась втрата почуття задоволення життям, втрата апетиту, інтересу до сексу, ранішнє ранкове пробудження, втрата ваги. Такі ж прояви спостерігались у 46,7% протягом останніх трьох місяців. Тобто переважання ендогенного субтипу депресивного переживання спостерігається у працівників соціальної сфери саме в останню добу перед дослідженням.

Тривога щодо соціального неприйняття, неприязного ставлення з боку інших людей виявлялась у 82,5% працівників соціальної сфери протягом останньої доби та 53,8% – впродовж трьох місяців, які передували обстеженню. Такі особливості відповідають соціотропічному субтипу.

Автономний субтип депресивного переживання виявлено у 50% фахівців протягом останньої доби, а наявність у структурі переживань цього субтипу впродовж трьох останніх місяців спостерігалось у 46,3%. Тобто досліджувані демонстрували втрату інтересу до отримання задоволення, до людей. У них проявлялись самозвинувачення, дратівливість та очікування невдач.

У 32,5% працівників соціальної сфери виявлено наявність очікування невдачі, почуття сорому, самоненависті, самозвинувачення та відчуття фізичної непривабливості впродовж останньої доби. Такі ж депресивні прояви діагностовано у досліджуваних протягом останніх трьох місяців. Ці переживання відповідають самокритичному субтипу депресивних переживань.

Песимістичний субтип депресивних переживань притаманний 90% та 51% працівників соціальної сфери впродовж доби та трьох місяців відповідно, які передували діагностичному обстеженню. Це свідчить про наявність затримки довільного реагування, почуття суму, суїцидальних думок та недостатності життєвої енергії. Для працівників соціальної сфери у цей період характерними є також апатія, психомоторна загальмованість, порушення сну, важкість у концентрації уваги та важкі думки, викликані пригніченим станом. Отже, якщо розставити у порядку зростання наявність депресивних переживань протягом останньої доби, то ми отримаємо таку логічну послідовність субтипів:

1. Самокритичний (32,5%).
2. Автономний (50%).
3. Ендогенний (60%)
4. Соціотропічний (82,5%).
5. Песимістичний (90%).

Щодо переживань депресивного характеру протягом трьох місяців, які передували обстеженню, то послідовність субтипів в працівників соціальної сфери у порядку зростання має такий вигляд:

1. Самокритичний (38,2%).
2. Автономний (46,3%).
3. Ендогенний (46,7%).
4. Песимістичний (51%).

5. Соціотропічний (53,8%).

Тобто, у структурі депресивних переживань працівників соціальної сфери протягом трьох місяців перед обстеженням переважає соціотропічний субтип, а впродовж останньої доби він замінюється песимістичним. Власне послідовність структурних елементів субтипів депресивних переживань залишається незмінною впродовж останньої доби та трьох місяців.

Відповідно до результатів втручання депресивності в душевне життя працівників соціальної сфери протягом останніх трьох місяців, а також вплив депресивних особливостей на їх переживання протягом останніх 24 годин обернено пропорційне рівню вираження депресивності. Так, чим нижчий рівень депресивності, тим менше депресивних переживань та проявів спостерігається у працівників соціальної сфери, а зростання ступеня втручання депресивних станів призводить до підвищення рівня депресивності.

За результатами обстеження, отриманими після проведення тренінгової програми, можемо говорити про її ефективність, яка підтверджується змінами у рівні депресивності працівників соціальної сфери (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Динаміка депресивності в контрольній та експериментальній
групах з різним рівнем її вираження
(за опитувальником депресивності А. Бека)**

	Досліджувані (бали)	
	Експериментальна група	Контрольна група
До тренінгу	23,3	24,7
Після тренінгу	9,3	24,5

Як бачимо, спостерігається позитивна динаміка у подоланні депресивності працівниками соціальної сфери, з якими проводилась тренінгова програма. Причому у працівників соціальної сфери, у яких до застосування психо-корекційних технологій рівень депресивності був критичний та явний констатовано зниження до помірного (з 29,2 до 17,4 балів), а у працівників

соціальної сфери, вираження депресивності у яких було помірним, ознаки цього психічного неблагополуччя взагалі нівелювались (з 11,6 до 7 балів).

Отримані за допомогою «Методики диференційної діагностики депресивності В. Жмурова» результати свідчать про зміни в психоемоційному стані працівників соціальної сфери, з якими проводилась психокорекційна та розвивальна робота (рис. 3.4).

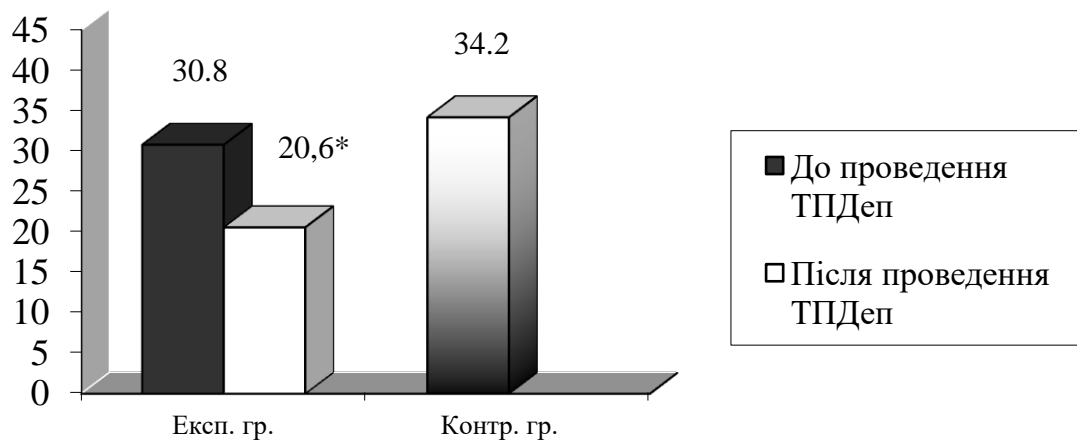


Рис. 3.4. Зміни у рівнях депресивності працівників соціальної сфери після проведення тренінгу (за методикою диференційної діагностики депресивності В. Жмурова)

З рисунку 3.4 видно, що у працівників соціальної сфери експериментальної групи відбулись зміни у прояві депресивності. Тобто, якщо до проведення тренінгу усереднений показник депресивності експериментальної групи становив 30,8 балів, то після застосування психокорекційних технологій зафіксовано зниження показника депресивності до 20,6 балів. Причому рівень депресивності працівників соціальної сфери з явним та критичним рівнем до тренінгу визначався як легкий, перехідний у помірний (40,7 балів), а після проведення тренінгу діагностовано легку депресивність, перехідну у мінімальну (25,5 балів). У працівників соціальної сфери з помірною депресивністю усереднений рівень депресивності до (20,9 балів) та після (15,7 бали) проведення тренінгу залишився незмінним - мінімальним, проте виявлено тенденцію до зниження (до відсутності) депресивності у числовому еквіваленті. Усереднений рівень депресивності

працівників соціальної сфери контрольної групи (34,2 бали) дозволив говорити про наявність рівня легкої депресивності.

Щодо динаміки прояву депресивності у часовій ретроспективі, то графічне вираження результатів отриманих за допомогою методики «Депрископ» дозволяють отримати розгорнуту психологічну картину (рис. 3.5).

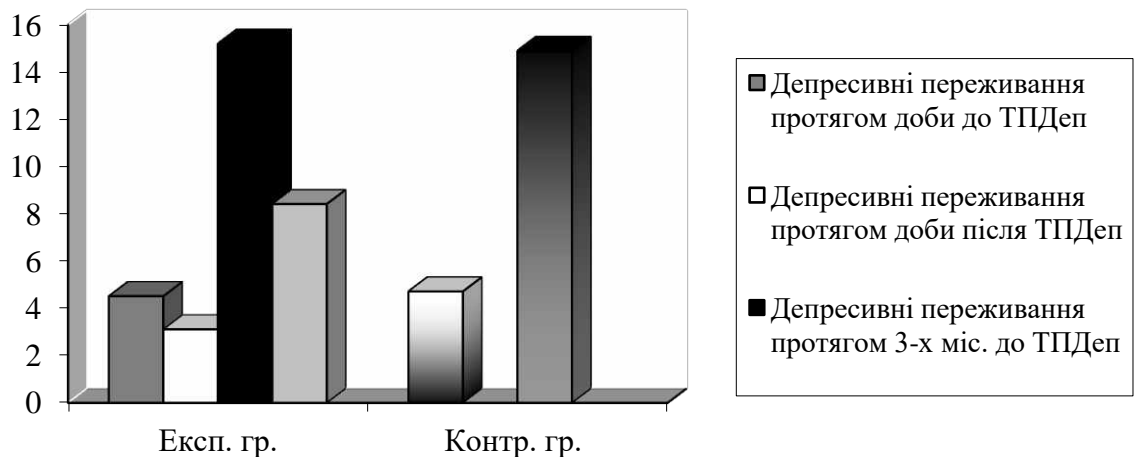


Рис 3.5. Динаміка змін у показниках депресивності працівників соціальної сфери за методикою «Депрископ»

З рисунку видно візуальне розходження між рівнями показників до та після проведення тренінгу у групах. Так, якщо профіль показників депресивних переживань протягом останньої доби та трьох місяців при первинній діагностиці експериментальної групи характеризувався вираженими депресивними тенденціями, то після проведення тренінгу, у графічній конфігурації показників депресивності відбулась позитивна динаміка. Це свідчить про вирівнювання депресивних тенденцій та переважання у структурі особистості працівників соціальної сфери експериментальної групи ознак психологічного здоров'я.

Отже, спостерігається позитивна динаміка депресивних особливостей, які проявлялись у респондентів експериментальної групи протягом останніх 24 год. (показник DNOW) з 4,5 до 3,1 проявів та показник ступеня втручання депресивності у сферу переживання протягом останніх трьох місяців (показник DINTRUS) з 15,2 до 8,4 проявів. Причому у працівників соціальної сфери з явною та критичною депресивністю протягом останніх 24 години показник

DNOW знизився з 5,3 до 3,2 проявів та показник ступеня втручання депресивності у сферу переживання працівника соціальної сфери протягом останніх трьох місяців (показник DINTRUS) знизився з 19,9 до 9,1 проявів. Показники працівників соціальної сфери з помірною депресивністю до ТПДеп також зазнали змін: числове вираження чинника DNOW з 3,7 одиниць – проявів знизилась до 3,1 одиниць, а показник DINTRUS змістив свої числові позиції з 13,1 до 7,8 проявів. Числові значення депресивності за методикою «Депрископ» у контрольній групі становлять 4,7 (показник DNOW) та 14,9 одиниць-проявів (показник DINTRUS).

Отже, результатом проведення тренінгу є явна позитивна динаміка у подоланні депресивності у працівників соціальної сфери, відновлення рівномірного особистісного розвитку й становлення, стабілізація самооцінки, стимуляція процесів саморозвитку, самовдосконалення, самореалізації і саморегуляції. Тобто, якщо функція подолання як процесу була обумовлена потребою відновлення психологічної рівноваги, призначенням якого була реституція психологічного здоров'я, то за допомогою програми подолання депресивності у працівників соціальної сфери цей процес досяг своєї мети.

Висновки до розділу 3

Важливим є комплексне застосування розвивальних та корекційних психотехнологій для активізації психологічних детермінант подолання депресивності працівників соціальної сфери, що сприятиме не лише реституції психологічного здоров'я, відновленню внутрішнього балансу, але й запобіганню закріплення депресивності у працівників соціальної сфери. Обробка отриманих після проведення тренінгу даних дозволяє говорити про негативну динаміку показників депресивності. Тобто, цілеспрямована психокорекційна та розвивальна робота із проявами депресивності у працівників соціальної сфери активізує психологічні детермінанти подолання депресивності.

Після застосування тренінгу у працівників соціальної сфери зафіксовано зниження рівня депресивності та підвищення суб'єктивних проявів самопочуття, активності та настрою. У групах респондентів, рівень депресивності яких був явним, критичним та помірним, після проведення психокорекційної тренінгової програми зросла впевненість в собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях, активність і товариськість. А у випробовуваних з попередньо діагностованим явним та критичним рівнем депресивності підвищилась також самоповага та самоприйняття.

ВИСНОВКИ

У випускній кваліфікаційній роботі презентовані узагальнення та нові шляхи вирішення проблеми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери.

1. Депресивність – це особистісна властивість, яка може виникати у результаті гострого або хронічного переживання депресій, яке є часто повторюваним та неконструктивним. Психологічною природою депресивності є особистісна уразливість до хворобливого переживання депресивних станів.

Виокремлюються когнітивний (у т.ч. теорії когнітивної мотивації та вивченої безпорадності), біологічний (у т.ч. умовно–рефлекторний підхід), соціальний (у т.ч. соціально–когнітивний та соціальної компетентності), психодинамічний, поведінковий та системний підходи у трактуванні означеного феномену. Подолання депресивності як суб'єктивний компонент функціональної поведінки має цілеспрямований характер і розглядається в рамках біхевіористичної, аналітичної, інтерперсональної терапії, а також їх модифікацій.

Депресивність інтегрує вплив середовищних та внутрішніх детермінант. Системний підхід до визначення детермінант виникнення депресивності у працівників соціальної сфери дозволив виділити основні джерела її походження. Основними детермінантами виникнення депресивності є біологічна, у першу чергу генетична, психосоціальні (кризові життєві ситуації, деформація сімейного мікроклімату, дезадаптивні прояви, соціальні стереотипи, порушення інтер-персональних стосунків), психологічні детермінанти (довготривале болісне переживання негативних емоцій, порушення психічного та особистісного розвитку, базові когнітивні паттерни, тривожність як контекст психічного розвитку, внутрішні конфлікти, хронічний стрес або стресогенність середовища, низький рівень саморегуляції, неспроможність або неадекватність копінг–стратегій, низький рівень самооцінки) та екологічний стрес (сукупний вплив екологічних, психосоціальних та соціально–екологічних детермінант).

2. Депресивність працівників соціальної сфери характеризується явним, критичним та помірним рівнями. Для депресивних працівників властивими є слабо розвинена система саморегуляції; посередній функціональний стан; низький рівень особистісного диференціалу; дисбаланс в емоційно–вольовій сфері; низький адаптивний потенціал; у структурі самоствавлення переважають низькі рівні самоповаги, аутосимпатії, очікування позитивного ставлення від інших, самовпевненості, самоприйняття. Із зростанням рівня депресивності ці прояви у працівників соціальної сфери посилюються.

Основними детермінантами подолання депресивності у працівників соціальної сфери є: ресурси адаптивного потенціалу (нервово–психічна стійкість, адекватна самооцінка, відчуття соціальної підтримки, особливості побудови контакту з оточуючими, позитивний досвід спілкування, орієнтація на існуючі норми і правила поведінки); особистісні особливості (толерантність до фрустрацій, впевненість, нонконформізм, адекватна самооцінка); позитивне або адекватне самоствавлення; оптимальні рівні психофізіологічного стану, а також розвинені механізми і процеси саморегуляції особистості, зокрема, самостійність або автономність організації активності та моделюванню життєвих цілей, ситуацій, систем роботи й можливої їх модифікації у разі потреби.

3. Метою формувального експерименту стало створення та апробація програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери, перш за все, через активізацію процесів самопізнання, саморозкриття, самоусвідомлення, самоаналізу, особистісного саморозвитку та саморегуляції. Виходячи з мети формувального експерименту, нами були поставлені такі завдання: розробити та застосувати програму психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери; здійснити порівняльний аналіз експериментальних даних першого та другого зрізів, тобто результатів до і після застосування програми психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери. Програма психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери передбачає комплексне поєднання спеціальних форм психологічного впливу: тренінг, індивідуальна психокорекція.

4. Для профілактики депресивності у працівників соціальної сфери ефективною є програма, яка включає блоки превентивної роботи (збереження, підтримка і розвиток психологічного здоров'я; формування та стабілізація адекватного самоствавлення; активізація особистісних ресурсів; стимуляція активного функціонування адаптивних механізмів; розвиток саморегуляції) та стратегічні напрямки роботи (психотерапевтична та консультативна роботи;

соціально–психологічна робота; самодопомога). Ефективність психологічного супроводу, зокрема, психокорекційної та розвивальної роботи з подолання депресивності досягається через систему методів, прийомів, засобів та психотехнологій у межах розвивального та корекційного впливів. Комплексна програма психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників дозволяє активізувати психологічний потенціал і детермінанти подолання депресивності, що сприяє зниженню рівня депресивності.

Обробка отриманих після проведення тренінгу даних дозволяє говорити про негативну динаміку показників депресивності. Цілеспрямована робота із проявами депресивності у працівників соціальної сфери активізує психологічні детермінанти подолання депресивності. Після застосування тренінгу у працівників соціальної сфери зафіксовано зниження рівня депресивності. У респондентів, рівень депресивності яких був явним, критичним та помірним, після проведення психокорекційної тренінгової програми зросла впевненість в собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях, активність і товариськість. У випробовуваних з явним та критичним рівнем депресивності підвищилась також самоповага та самоприйняття.

Дослідження психологічної профілактики депресивних тенденцій і станів у працівників соціальної сфери та виявлення теоретичних засад джерел виникнення цього психологічного неблагополуччя не вичерпує поставленої проблеми. Подальшого вивчення вимагають прояви та рівень депресивності у фахівців інших спеціальностей системи «людина - людина».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аверин В.А., Дандарова Ж.К., Деркач А.А. Психология человека от рождения до смерти. Младенчество. Детство. Юность. Взрослость.

- Старость: полный курс психологии развития: учебное пособие. СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2003. 411 с.
2. Андриющенко А.В. Анализ синдромальной коморбидности депрессивных и обсессивно–фобических расстройств. *Соц. клин. Психиатрия*. 1994. №4. С. 94–99.
 3. Бек А. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003 – 304 с.
 4. Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии. Киев; М.: Ника–Центр, 1999. 317 с.
 5. Бурлачук Л.Ф. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие. М.: Российское педагогическое агентство, 1998. 263 с.
 6. Вертоградова О.П. Тревожно–фобические расстройства и депрессия. *Тревога и обсессии*. М., 1998. С. 113–131.
 7. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса: практикум. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
 8. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл, 2005. 1135 с.
 9. Гавенко В.Л. Резерви адаптації та передхворобливі психічні розлади. *Український вісник психоневрології*. 1996. Т. 4, вип. 5. С. 207 –209.
 10. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения. М.: Академия; Смысл, 2006. 336 с.
 11. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики. М., 1987. 285 с.
 12. Дубницкая Э.Б. Терапия депрессивных расстройств в общемедицинской практике. *Современная психиатрия*. 1998. №2. С. 10–14.
 13. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2007. 512 с.
 14. Зейгарник Б.В. Саморегуляция в норме и патологии. *Психологический журнал*. 1989. Т.2. С.12–14.
 15. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий. СПб: Питер, 2004. 701 с.
 16. Иовчук Н.М. Депрессия у детей и подростков. М. : Мир, 1999. 79 с.
 17. Карвассарский В.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 537 с.
 18. Квинн В. Прикладная психология: учебник. СПб: Питер, 2000. 560 с.

19. Колосов В.П. Невротическая депрессия как маска скрытой агрессии. *История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии Харьковской городской клинической психиатрической больницы №15 (Сабуровой дачи) / под ред. И.И.Кутько, П.Т.Петрюка. Харьков, 1996. Т. 3. С.226 – 228.*
20. Комер Р. Патопсихология поведения : нарушения и патология психики. СПб.: Прайм – Еврознак, 2002. 608 с.
21. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия. Руководство для врачей. М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2001. 453 с.
22. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития. *Вопросы психологии.* 2004 №2. С.128–135.
23. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно–функциональный аспект). *Вопросы психологии.* 1995. №1 С. 5–12.
24. Копина О.С. Экспресс–диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников. *Вопросы психологии.* 1995. №3. С.119–132.
25. Корнилов А.П. Саморегуляция человека в условиях социального перелома. *Вопросы психологии.* 1995. №5. С.69–78.
26. Костюк Г.С. Навчально–виховний процес і психічний розвиток особистості. К.: Радянська школа, 1989. 608 с.
27. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования и групповой психотерапии. М.: Академический Проект; ОППЛ, 2013. 464 с.
28. Крайг Г. Психология развития. СПб. : Питер, 2003. 988 с.
29. Кулагина И.Ю. Возрастная психология. Полный жизненный цикл развития человека. М.: Сфера, 2004. 464 с.
30. Куликов Л.В. Проблема описания психических состояний. *Психические состояния: хрестоматия.* СПб.: Питер, 2001. С. 189-254.
31. Кутько И.И. Депрессивные расстройства. Киев: Здоров'я, 1992. 130 с.
32. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность: учеб. пособ. М.: Смысл; Академия, 2014. 346 с.

- 33.Лишин О.В. Психологические условия становления личности подростка и юноши в условиях социальных изменений. *Мир психологии и психология в мире*. 1994. № 10. С. 47–56.
- 34.Лоуэн А. Депрессия и тело. М.: ЭКСМО – Пресс, 2012. 384 с.
- 35.Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений. М.: Международная педагогическая академия, 1994. 368 с.
- 36.Мак–Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. СПб.: Речь, 2003. 368 с.
- 37.Максимова М.Ю. Личностные особенности больных депрессиями юношеского возраста (диагностическое и прогностическое значение). *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. 2002. Т.102. №6. С. 9–14.
- 38.Малкина–Пых И.Г. Возрастные кризисы: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 896 с.
- 39.Марищук В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Издательский дом «Сентябрь», 2011. 260 с.
- 40.Марута Н.А. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). Харьков: Арсис, 2002. 144 с.
- 41.Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999. 479 с.
- 42.Мастерство психологического консультирования / под ред. А.А. Бадхена. СПб.: Питер, 2006. 240 с.
- 43.Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. М.: Смысл, 2005. 182 с.
- 44.Миславский Ю.А. Саморегуляция и творческая активность личности. *Вопросы психологии*. 2019. №2. С. 71–86.
- 45.Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике. *Международный медицинский журнал*. 2003. Т. 9, № 3. С.22–27.
- 46.Моросанова В.И. Акцентуация характера и стиль саморегуляции у студентов. *Вопросы психологии*. 1997. №6. С. 30–38.
- 47.Мосолов С.Н. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно–фобических расстройств. *Тревога и обсессии* / под ред. А.Б. Смулевича. М., 1998. С. 217–228.

- 48.Моховиков А.Н. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах. М.: Когито – центр, 2011. 569 с.
- 49.Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Педагогика, 1994. 189 с.
- 50.Наприенко А.К. Депрессивные расстройства в общесоматической практике. *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2012. № 1(9). С. 46 – 49.
- 51.Наталевич Э.С. Психогенные депрессии в подростково–юношеском возрасте. *Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно–психиатрической практике*. М.: Просвещение, 1982. С. 57–67.
- 52.Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: Речь, 2012. 256 с.
- 53.Осадько О. Технології психологічного консультування. Київ: Ред. загальнопед. газ., 2015. 128 с.
- 54.Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: практическое руководство. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. 352 с.
- 55.Первова И.Л. Диагностика и лечение детской и подростковой депрессии. *Вопросы психологии*. 1999. №3. С.107–116.
- 56.Перлз Ф. Практикум по гештальт–терапии. М.: Ин–т психотерапии, 2007. 240 с.
- 57.Петрюк П.Т. Международный симпозиум «Эсциталопрам: депрессия и тревога – одна терапия подходит для всего?» (Франция, Париж, апрель 2003 г.). *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 12, вип. 1. С. 163–164.
- 58.Підкоритов В.С. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та працівників соціальної сфери: клінічний посібник. Харків: Фоліо, 2001. 271 с.
- 59.Пилягина Г.Я. Депрессивные нарушения. *Журнал практичного лікаря*. 2013. № 1. С. 40–49.

- 60.Писаренко В.М. Инструментальная обратная связь и повышение качества управления эмоциональным состоянием. *Психологический журнал*. 1986. № 5. С. 119–125.
- 61.Пов'якель Н.І. Індивідуальний стиль саморегуляції як чинник продуктивності професійного мислення психолога–практика. *Психологія: збірник наукових праць*. К.: НПУ ім. М. Драгоманова, 2002. Вип. 17. С. 229–235.
- 62.Поддубная А.В. Структура и механизмы становления профессионального самосознания. *Психология и жизнь: сб. науч. тр.* Вып. 1. М.: МОСУ, РПО, 2000. С. 53–57.
- 63.Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. Харьков: Торнадо, 2003. 352 с.
- 64.Поливанова К.Н. Психологический анализ кризисов возрастного развития. *Вопросы психологии*. 1994. №1 С. 61–69.
- 65.Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья. *Обзор психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева*. 1996. №1-2. С. 136–149.
- 66.Практикум по психологии / под ред. А.С. Кармина, Ю.А. Сандулова, В.И. Еленского. СПб.: Лань, 2012. 128 с.
- 67.Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого–социальный институт, 2000. 304 с.
- 68.Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа / под ред. Л.Г. Дикой. М.: РАН. Ин–т психологии, 2009. 356 с.
- 69.Прагг Х. М. ван. Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза. *Медикография*. 1994. Т. 16. С. 9–15.
- 70.Психология. Тематический словарь / под ред. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. СПб.: Прайм–Евроник, Харвест, 2006. 448 с.

71. Психология адаптации личности : анализ, теория, практика / под ред. Реана А.А., Кудашева А.Р., Баранова А.А. СПб.: Прайм–Еврознак, 2008. 480 с.
72. Психология личности: словарь–справочник / под ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. К.: Рута, 2011. 320 с.
73. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2005. 944 с.
74. Репнова Т.П. Феномен емоційної зрілості і кризи розвитку. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. – №4. – С. 42 – 52.
75. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы. М.: Апрель Пресс, 1999. 464 с.
76. Ротштейн В.Г. Эпидемиология депрессий. *Депрессии и коморбидные расстройства*. М.: РАМН НЦПЗ, 1997. С. 138–164.
77. Семиченко В.А. Психічні стани. К.: Магістр – S, 1998. 208 с.
78. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния (нейрофизиологическая характеристика, клиника, лечение и профилактика). Киев: Наукова думка, 1986. 272 с.
79. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.: Медицина, 2001. 252 с.
80. Таланов В.Л. Справочник практического психолога. СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2013. 982 с.
81. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
82. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики. *Депрессия и коморбидные расстройства*. М.: РАМН, 2007. С. 12–26.
83. Хорни К. Наши внутренние конфликты. М.: Академический прект, 1996. 224 с.
84. Шостром Э. Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапии. СПб: Сова; М.: Эксмо, 2002. 624 с.
85. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. 344 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСИВНОСТІ БЕКА

Інструкція. Прочитайте кожне твердження, розташоване навпроти порядкових цифр, і виберіть таке, яке найточніше визначає ваше самопочуття зараз. У рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що істинно по відношенню до вас.

Текст опитувальника

1. а) я відчуваю себе добре;
б) мені погано;
в) мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити;
г) мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) майбутнє не лякає мене;
б) я боюся майбутнього;
в) мене ніщо не радує;
г) моє майбутнє безпросвітно.
3. а) у житті мені переважно щастило;
б) невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого–небудь іншого;
в) я нічого не досяг у житті;
г) я зазнав повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) не можу сказати, що я незадоволений;
б) як правило, я нудькую;
в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина;
г) мене не задовольняє абсолютно все;
5. а) у мене немає відчуття, ніби я когось образив;
б) може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо;

в) у мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя;

г) я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) я задоволений собою;

б) іноді я відчуваю себе нестерпним;

в) деколи я відчуваю комплекс неповноцінності;

г) я абсолютно нікчемна людина.

7. а) у мене не складається враження, ніби я зробив щось таке, що заслуговує покарання;

б) я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, чому став провиною;

в) я знаю, що заслуговую покарання;

г) я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) я ніколи не розчаровувався в собі;

б) я багато раз відчував розчарування в самому собі;

в) я не люблю себе;

г) я себе ненавиджу.

9. а) я нічим не гірше за інших;

б) деколи я припускаюся помилок;

в) просто жахливо, як мені не щастить;

г) я сію навколо себе одні нещастя.

10. а) я люблю себе і не кривджу себе;

б) іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся;

в) краще було б зовсім не жити;

г) я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11. а) у мене немає причин плакати;

б) буває, що я і поплачу;

в) я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися;

г) раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12. а) я спокійний;

б) я легко гарячуся;

в) я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий казан;

г) мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, нині ніби то мене не торкається.

13. а) прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем;

б) іноді я відкладаю рішення на потім;

в) приймати рішення для мене проблематично;

г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14. а) мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше;

б) мене хвилює, що я неважливо виглядаю;

в) справи йдуть дедалі гірше, я виглядаю погано;

г) я потворний, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15. а) зробити вчинок – для мене не проблема;

б) мені доводиться примушувати себе, щоб зробити який–небудь важливий в житті крок;

в) щоб зважитися на що–небудь я повинен дуже багато попрацювати над собою;

г) я взагалі не здатний що–небудь реалізувати.

16. а) я сплю спокійно і добре висипаюся;

б) вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув;

в) я прокидаюся рано і відчуваю, що не виспався;

г) іноді я страждаю безсонням, іноді прокидаюся по кілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.

17. а) у мене збереглася колишня працездатність;

б) я швидко втомлююся;

в) я відчуваю себе утомленим, навіть якщо майже нічого не роблю;

г) я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18. а) апетит у мене такий же, яким він був завжди;

б) у мене пропав апетит;

в) апетит у мене набагато гірший, ніж раніше;

г) у мене взагалі немає апетиту.

19. а) бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше;

б) мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми;

в) у мене немає ніякого бажання бувати в товаристві;

г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20. а) мої сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні;

б) секс вже не цікавить мене так, як раніше;

в) зараз я міг би спокійно обходитися без сексу;

г) секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього ваблення.

21. а) я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше;

б) у мене постійно щось болить;

в) із здоров'ям справа йде серйозно, я весь час про це думаю;

г) моє фізичне самопочуття жахливо, болячки просто переводять мене.

Оцінка. За відповіді «а» нараховується 0 балів, «б» – 1 бал, «в» – 3 бали, «г» – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (у тому випадку, якщо в окремих позиціях ви вибрали не одне, а декілька тверджень, рахуйте їх теж).

Ступінь депресивності:

0–3 бали – відсутня;

4–19 бали – помірна;

20–27 бали – критична;

28 і більш балів – явна.

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНОСТІ
«ДЕПРИСКОП» П. ХЕЙМАНСА

Інструкція: Люди завжди хочуть відчувати себе щасливими, але не завжди це вдається. Ми хочемо дізнатися, чи бувають у Вас неприємні відчуття і думки, погане самопочуття. Візьмемо за одиницю вимірювання один день з останніх 99–ти. Якщо якийсь з перерахованих відчуттів виникло у Вас щодня, поставте напроти нього число 99, якщо жодного разу – число 0. Якщо ж це відчуття те з’являлося, то зникало, виберіть для його оцінки якийсь з чисел в проміжку від 0 до 99 і поставте його напроти відповідного твердження. Важко вибрати число абсолютно точно, тому не замислюйтеся і відповідайте швидко. Якщо Ви відчували це відчуття вчора або сьогодні, обведіть відповідний номер твердження.

№ п/п	Твердження	Число днів
1	2	3
1	Я відчував страх	
2	Я був дратівливим	
3	Я не вірив в майбутнє	
4	Я відчував себе пригніченим	
5	Я хвилювався через дурниці	
6	Я був розчарований життям	
7	Я відчував себе самотнім	
8	Я не міг заспокоїтися	
9	Мені було важко заснути	
10	Мені доводилося приймати снодійне	
11	Прокинувшись, я відчував себе втомленим	
12	Звичайно я відчував себе втомленим і вичавленим	

1	2	3
13	Я боявся йти до школи	
14	Я легко втомлювався	
15	Я втратив інтерес до того, що було для мене важливим	
16	У мене пропав апетит	
17	Я розчарувався в коханні	
18	Я відчував себе нікчемним	
19	Я не міг пробачити собі своїх помилок	
20	Я намагався уникати спілкування з іншими людьми	
21	Мені не хотілося жити	
22	Мені було важко зосередитися на чомусь одному	
23	Я все робив повільнішим, ніж звичайно	
24	Я відчував занепад сил	
25	Я міг би спати день і ніч	
26	Я відчував себе винуватим	
27	Я був дуже нещасним	
28	Я зовсім собі не подобався	
29	Я був образливим	
30	Мені хотілося плакати	
31	Я відчував себе нелюбимим	

Обробка даних

По даній методиці обраховують 2 основних показника:

✓ DNOW – відображає кількість проявів, за якими випробуваний мав переживання впродовж останніх 24 годин; цей показник свідчить про актуальність кожного з проявів; теоретично він може варіювати від 0 до 31. DNOW є сумою дихотомічно (0/1) оброблених відповідей респондентів, де «0» означає, що пункт не відмічений респондентом як відповідний переживанням за останніх 24 години; «1» – пункт відмічений як відповідний переживанням впродовж останніх 24 годин.

✓ DINTRUS – показник міри втручання депресивності в сферу переживань. Цей показник відображає міру відчутого втручання депресивних переживань в своє душевне життя впродовж останніх 3–х місяців. «Втручання» в даному випадку означає, що дану ознаку працівник соціальної сфери переживав *значною мірою*, тобто впродовж більшої кількості днів, чим це має місце в 50% досліджуваних. Критичні числа для вибірки працівників соціальної сфери вказані нижче в таблиці.

✓

Мінімальна кількість днів, необхідна для того, щоб вважати депресивне втручання ознаки «значним»

№ пункту «Депрископа»	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Критичне число	9	10	1	5	6	1	3	2	4	1	4
№ пункту «Депрископа»	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Критичне число	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	5
№ пункту «Депрископа»	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Критичне число	3	3	1	5	3	2	10	5	3		

Два додаткові способи презентації результатів «Депрископа»:

✓ NDEP DAYS – показник суми днів, які респондент позначив за всіма пунктами;

✓ NBURDENDAYS – показник суми лише тих днів, коли даний прояв мав ефект втручання (тобто враховуються лише ті дні, які дорівнюють або перевищують критичне для даного прояву число).