

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Хмельницький інститут**

Кафедра психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ З
ХРОНІЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР**

за спеціальністю 053 Психологія

НОВІКОВОЇ ЛЮДМИЛИ ВІКТОРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри: _____
«___» _____ 2026 р.

Науковий керівник:
Топольницька Г.Ю.,
кандидат психологічних наук
доцент

Рецензент:

Хмельницький 2026

Реєстрація

номер

дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано**до захисту**підпис наукового
керівника

ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

11.06.2026 р.

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

Л. М. Мотозюк

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК

В.В. Олійник

підпис

ініціали, прізвище

О.В. Данько

підпис

ініціали, прізвище

М.І. Чорна

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

С.В. Лівшун

підпис

ініціали, прізвище

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Хмельницький інститут**

Кафедра психології

спеціальність 053 «Психологія»
курс 2 (магістратура)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Новікової Людмили Вікторівни

1. Тема роботи: **«Психологічні аспекти роботи з пацієнтами з хронічними депресивними розладами»**
2. Цільова установка: вихідні дані: матеріали переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 8 табл., 3 рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Топольницька Г.Ю.		
Розділ 2	Топольницька Г.Ю.		
Розділ 3	Топольницька Г.Ю.		

5. Зміст роботи:

Вступ.

Розділ 1. Теоретичні аспекти роботи з пацієнтами з хронічними депресивними розладами.

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей осіб з хронічними депресивними розладами.

Розділ 3. Психологічна робота з пацієнтами, що мають хронічні депресивні розлади.

Висновки.

Список використаних джерел.

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.		
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.		
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.		
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.		
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.		
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.		
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедрі, рецензування та написання відгуку науковим керівником.		
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.		
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.		

Дата видачі завдання

Науковий керівник _____ (Топольницька Г.Ю.)

Завдання прийняв до виконання

здобувач _____ (Новікова Л.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 81 сторінка, 8 таблиць, 3 рисунки, 56 джерел.

Об'єкт дослідження – депресивні розлади як феномен.

Предмет дослідження – психологічна робота з пацієнтами з хронічними депресивними розладами.

Мета дослідження: теоретично розкрити та емпірично дослідити роботу з пацієнтами з хронічними депресивними розладами.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні – спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичне тестування; шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II), шкала тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI), методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда.

**ХРОНІЧНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ, ПАЦІЄНТИ,
ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА, ДЕПРЕСІЯ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я,
КОНСУЛЬТУВАННЯ, РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**CHRONIC DEPRESSIVE DISORDERS, PATIENTS,
PSYCHOLOGICAL WORK, DEPRESSION, MENTAL HEALTH,
COUNSELING, RECOMMENDATIONS**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ З ХРОНІЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	7
1.1. Сутність поняття «депресивні розлади».....	7
1.2. Психологічна характеристика депресивних розладів.....	14
1.3. Психологічні властивості осіб з хронічними депресивними розладами.....	19
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	25
2.1. Підбір та обґрунтування методик дослідження	25
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	29
Висновки до другого розділу.....	42
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПАЦІЄНТАМИ, ЩО МАЮТЬ ХРОНІЧНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	44
3.1. Психологічне консультування як втручання в умовах первинної допомоги.....	44
3.2. Психологічна допомога пацієнтам із депресивними розладами.....	50
Висновки до третього розділу.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	68

ВСТУП

Актуальність дослідження. Хронічні депресивні розлади характеризуються тривалим перебігом, схильністю до рецидивів і суттєвими труднощами у соціальному, професійному та особистісному функціонуванні пацієнтів. Вони часто супроводжуються зниженням мотивації, почуттям безнадійності, порушеннями міжособистісних відносин та підвищеним ризиком суїцидальної поведінки, що робить проблему не лише медичною, а й соціально-психологічною.

Ефективність лікування таких пацієнтів значною мірою залежить не лише від фармакотерапії, а й від якості психологічного супроводу, особливостей взаємодії між фахівцем і пацієнтом, рівня довіри та дотримання рекомендацій щодо лікування. У процесі роботи психолог стикається з низкою специфічних труднощів, пов'язаних із тривалістю захворювання, низькою мотивацією до змін, негативними когнітивними установками та емоційним виснаженням пацієнтів. Саме тому вивчення психологічних аспектів професійної допомоги особам із хронічними депресивними розладами є важливим для розробки ефективних стратегій психокорекції та психотерапевтичного втручання.

Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах сучасних соціально-економічних викликів, воєнних подій, високого рівня стресу та невизначеності, які сприяють зростанню поширеності депресивних станів серед населення. Дослідження психологічних особливостей роботи з такими пацієнтами дозволяє вдосконалити підходи до надання психологічної допомоги, підвищити ефективність лікування, покращити психоемоційний стан пацієнтів та сприяти їхній успішній соціальній адаптації. Отже, вивчення психологічних аспектів роботи з пацієнтами з хронічними депресивними розладами є важливим напрямом сучасної психологічної науки та практики, що має значне теоретичне і практичне значення.

Серед українських науковців проблеми депресивних розладів, психологічного здоров'я та психотерапевтичної допомоги висвітлювали М. Марценковський, О. Чабан, Б. Михайлов та інші дослідники в галузі клінічної психології й психіатрії.

Об'єкт дослідження: депресивні розлади як феномен.

Мета дослідження: теоретично розкрити та емпірично дослідити роботу з пацієнтами з хронічними депресивними розладами.

Предмет дослідження: психологічна робота з пацієнтами з хронічними депресивними розладами.

Завдання дослідження:

- розкрити сутність поняття «депресивні розлади»;
- розглянути психологічні властивості осіб з хронічними депресивними розладами;
- здійснити емпіричне дослідження особливостей осіб з хронічними депресивними розладами;
- розкрити особливості психологічної допомоги пацієнтам із депресивними розладами.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що ефективність психологічної роботи з пацієнтами, які мають хронічні депресивні розлади, значною мірою залежить від урахування їхніх індивідуально-психологічних особливостей, рівня соціальної підтримки, характеру міжособистісної взаємодії та застосування комплексних психотерапевтичних підходів, спрямованих на корекцію негативних когнітивних установок і покращення емоційної регуляції.

Наукова новизна дослідження полягає у поглибленні теоретичних уявлень про психологічні особливості взаємодії з пацієнтами, які страждають на хронічні депресивні розлади, а також у визначенні чинників, що впливають на ефективність психологічного супроводу та психокорекційної роботи в умовах тривалого перебігу захворювання.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні – спостереження, бесіда, анкетування, психодіагностичне тестування; шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II) – для оцінки вираженості депресивної симптоматики. Дозволяє визначити рівень депресії та виявити основні когнітивні, емоційні й соматичні прояви депресивного розладу. Шкала тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI) – для діагностики особистісної та ситуативної тривожності. Оскільки хронічні депресивні розлади часто супроводжуються підвищеним рівнем тривоги, дана методика дає змогу комплексно оцінити емоційний стан пацієнтів. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда – спрямована на дослідження рівня адаптованості особистості, самоприйняття, прийняття інших, емоційного комфорту та внутрішнього контролю. Дозволяє оцінити особливості соціального функціонування пацієнтів із хронічними депресивними розладами. методи математичної статистики для обробки та інтерпретації отриманих результатів.

Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні та систематизації наукових знань щодо психологічних аспектів роботи з пацієнтами з хронічними депресивними розладами, поглибленні розуміння механізмів виникнення і підтримання депресивних станів та особливостей психологічної допомоги цій категорії осіб.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, медичних психологів та інших фахівців сфери психічного здоров'я. Запропоновані рекомендації можуть бути використані для вдосконалення програм психологічного супроводу, психокорекційної та психотерапевтичної роботи з пацієнтами, які мають хронічні депресивні розлади, а також у процесі професійної підготовки майбутніх психологів.

Структура кваліфікаційної роботи: складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ З ХРОНІЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1. Сутність поняття «депресивні розлади»

Поняття «депресія» є багатогранним і охоплює широкий спектр клінічних проявів, форм перебігу та ступенів вираженості. У сучасній психології та психіатрії розрізняють уніполярну депресію, для якої характерна наявність лише депресивних епізодів, та біполярний афективний розлад, за якого депресивні стани чергуються з маніакальними або гіпоманіакальними фазами. За інтенсивністю проявів депресія може варіюватися від легкої форми до станів середнього та важкого ступеня, які іноді супроводжуються психотичними симптомами або протікають без них. Така класифікація дозволяє більш точно визначати клінічну картину та підбирати відповідні підходи до лікування й психологічної підтримки [11].

Депресивні стани можуть мати різний характер перебігу: від поодинокого епізоду, який виникає у відповідь на певні життєві обставини, до рецидивуючого або хронічного розладу з періодами загострення та ремісії. У деяких випадках депресія розглядається як реактивний стан, що виникає під впливом конкретних соціальних або психотравмувальних подій, тоді як в інших — вона може розвиватися без очевидних зовнішніх причин, маючи більш ендогенний характер.

Особливістю депресивних розладів є також їхня клінічна різноманітність. У частини пацієнтів домінують виражені тривожні симптоми, що дозволяє говорити про змішані афективні стани, поєднані з високим рівнем внутрішнього напруження. В інших випадках емоційні прояви можуть бути менш помітними, однак значною мірою впливають на соматичний стан людини, зокрема на якість сну, рівень енергії, больові

відчуття та лібідо. Такі прояви іноді описують як соматизований або «маскований» варіант депресії.

Депресія може мати як гострий, так і хронічний перебіг. У хронічній формі вона проявляється як тривалий субклінічний стан зі зниженою емоційною активністю, зниженим фоном настрою та загальним погіршенням якості життя, але без яскраво виражених епізодів загострення. Натомість гострі та підгострі форми характеризуються більш виразною симптоматикою та чітко окресленими фазами перебігу.

Депресія є складним і багатокомпонентним психічним розладом, який охоплює різні рівні проявів — від легких емоційних порушень до тяжких клінічних станів, що суттєво впливають на психічне та фізичне функціонування особистості [5].

Поняття «депресивні розлади» у сучасній психології та психіатрії розглядається як широка група афективних порушень, основною характеристикою яких є стійке зниження настрою, втрата інтересу до звичних видів діяльності та загальне погіршення емоційного, когнітивного й фізичного функціонування людини. Це не лише тимчасовий стан пригніченості або смутку, а складний психопатологічний комплекс, який впливає на всі сфери життєдіяльності особистості — від мислення і поведінки до соматичного самопочуття та соціальної взаємодії.

Депресивний розлад — це більше, ніж просто почуття смутку. Це серйозна проблема психічного здоров'я, яка впливає на життя сотень мільйонів людей у всьому світі. Не кожна людина, що називає свій стан депресією, дійсно на неї страждає, але водночас хворі на депресію часто не розуміють небезпеку, яку несе ця хвороба [6].

За класифікацією Міністерства охорони здоров'я України, депресивний розлад — це захворювання, при якому людина тривалий час (не менше двох тижнів) відчувається пригнічено, втрачає інтерес до занять, які раніше приносили задоволення, а також не може робити повсякденні справи.

Проблеми психічного здоров'я можуть суттєво впливати на всі сфери життя, такі як успішність у школі чи роботі, стосунки з родиною та друзями та здатність брати участь у житті суспільства.

Депресивні розлади характеризуються багатокомпонентністю проявів. Емоційна сфера зазвичай представлена стійким відчуттям суму, внутрішньої порожнечі, безнадійності або втрати сенсу. Когнітивні порушення можуть проявлятися у вигляді негативного мислення, зниження концентрації уваги, труднощів у прийнятті рішень та песимістичної оцінки майбутнього. Поведінковий компонент часто включає зниження активності, соціальну ізоляцію, втрату мотивації до навчання, роботи чи спілкування. Водночас соматичні прояви можуть охоплювати порушення сну, апетиту, підвищену втому, зниження енергії та загальне відчуття виснаження [14].

У клінічній практиці депресивні розлади поділяють на різні форми залежно від їхньої тривалості, інтенсивності та особливостей перебігу. Вони можуть проявлятися як епізодичні стани, коли симптоми виникають протягом певного періоду та поступово зникають, або як рекурентні розлади, що характеризуються повторюваними депресивними епізодами. Окремо виділяють хронічні форми, за яких знижений настрій і функціональні порушення зберігаються тривалий час, іноді роками, з менш вираженою, але постійною симптоматикою.

У своїх дослідженнях Г. Кожина та К. Зеленська підкреслюють, що в сучасному суспільстві спостерігається істотне зростання ризику розвитку депресивних розладів протягом життя. Зокрема, ймовірність їх виникнення збільшилася більш ніж удвічі та становить приблизно 14,4–17,3%. Такі показники свідчать про актуальність проблеми депресії як однієї з найпоширеніших форм психічних порушень у сучасному світі [21].

Водночас автори звертають увагу на особливості перебігу та прогнозу депресивних станів. Лише близько 33% осіб досягають одужання або стійкої ремісії після перенесеного епізоду депресії. У 55% пацієнтів спостерігаються рецидиви захворювання, що свідчить про його схильність до повторного

виникнення та хронізації. Ще у 12% випадків депресивний стан набуває затяжного перебігу і може тривати роками або навіть десятиліттями, суттєво впливаючи на якість життя та соціальне функціонування людини [25].

Важливою особливістю депресивних розладів є їхній тісний зв'язок із соціальними, психологічними та біологічними чинниками. Вони можуть виникати як реакція на стресові події, втрати, конфлікти або хронічне емоційне перевантаження, але також можуть мати внутрішню зумовлену природу, пов'язану з особливостями нейрохімічних процесів у мозку, генетичною схильністю або порушенням регуляції емоцій. У багатьох випадках спостерігається поєднання цих факторів, що ускладнює діагностику та потребує комплексного підходу до лікування.

Окремо слід зазначити, що депресивні розлади часто супроводжуються змінами самооцінки та самоідентичності особистості. Людина починає сприймати себе у негативному світлі, відчуває власну незначущість, провину або безпорадність. Це призводить до зниження впевненості у собі, порушення соціальних контактів і поглиблення емоційної ізоляції. У важких випадках можливі суїцидальні думки або поведінка, що свідчить про високий рівень психологічного ризику [16].

Депресивні розлади є складним і багатовимірним явищем, яке виходить за межі звичайного емоційного стану і охоплює глибокі порушення психічного функціонування. Їхнє вивчення є важливим для розуміння механізмів психічного здоров'я, своєчасного виявлення симптомів та розробки ефективних методів психологічної допомоги й профілактики.

Важливим аспектом розуміння депресивних розладів є їхній вплив на соціальне функціонування особистості. Зниження емоційного тону та мотиваційної сфери поступово призводить до порушення міжособистісних контактів, ускладнення комунікації з оточенням та зменшення участі в соціальних ролях. Людина може уникати спілкування, втрачати інтерес до колективної діяльності, навчання або професійних обов'язків, що, у свою чергу, посилює відчуття самотності та відчуження. Формується своєрідне

«замкнене коло», коли ізоляція поглиблює депресивні переживання, а депресія ще більше віддаляє людину від соціуму [9].

Окремої уваги потребує проблема вікових особливостей депресивних розладів. У дітей та підлітків вони часто проявляються не лише у вигляді зниженого настрою, а й через дратівливість, агресивні реакції, зниження успішності в навчанні та труднощі у спілкуванні з однолітками. У дорослому віці домінують класичні симптоми пригніченості, втрати інтересу та емоційного виснаження, тоді як у людей похилого віку депресія нерідко маскується під соматичні скарги, що ускладнює її своєчасне виявлення.

У дітей і підлітків депресія може проявлятися як тривалі періоди пригніченості або дратівливості. Вона досить поширена серед дітей старшого віку та підлітків, але часто залишається нерозпізнаною.

Деякі діти можуть говорити, що почуваються «нещасними» або «сумними». Інші можуть зізнаватися, що хочуть завдати собі шкоди або навіть покінчити з життям. Діти та підлітки, які переживають депресію, з більшою ймовірністю можуть завдати собі шкоди та ушкоджень, тому до таких проявів слід завжди ставитися серйозно.

Те, що дитина сумує, не обов'язково означає, що в неї депресія. Але якщо смуток стає постійним станом або заважає нормальній соціальній діяльності, хобі, навчанню у школі чи відносинам у сім'ї, це може бути сигналом, що дитині потрібна підтримка і консультація психіатра [18].

Суттєвим є також вплив депресивних розладів на когнітивні процеси. У людини спостерігається уповільнення мислення, труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті та зниження здатності до аналітичного опрацювання інформації. Це негативно позначається на навчальній і професійній діяльності, знижує продуктивність та ускладнює прийняття рішень у повсякденному житті. У результаті формується відчуття неуспішності, що додатково підсилює депресивну симптоматику.

У сучасному підході до розуміння депресивних розладів значну роль відіграє біопсихосоціальна модель, яка розглядає їх як результат взаємодії

біологічних передумов, психологічних особливостей особистості та соціального середовища. Такий підхід дозволяє більш комплексно аналізувати причини виникнення розладу та визначати ефективні стратегії терапевтичного впливу, які включають як медикаментозну підтримку, так і психотерапевтичну та соціальну допомогу [32].

Депресивні розлади є різномірною групою психічних станів, які відрізняються за тривалістю, інтенсивністю перебігу та характером клінічних проявів. Одним із найпоширеніших є мажорна (клінічна) депресія, яка характеризується стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до раніше значущих сфер життя, відчуттям емоційного виснаження, змінами апетиту та ваги, порушеннями сну, труднощами концентрації уваги, а також почуттями провини, безнадії та загальної психологічної опустошеності.

Окремо виділяють дистимію, або хронічну депресію, яка має більш тривалий перебіг і може зберігатися протягом щонайменше двох років. Хоча симптоми при дистимії менш інтенсивні, ніж при мажорній депресії, вони є постійними та виснажливими. Людина у такому стані часто переживає стійке зниження настрою, песимістичне сприйняття майбутнього та втрату життєвого інтересу [55].

До складніших афективних розладів належить біполярний розлад, який характеризується чергуванням фаз манії та глибокої депресії. У періоди манії спостерігається підвищений настрій, надмірна активність і прискорення мислення, тоді як депресивні епізоди супроводжуються різким зниженням енергії, пригніченістю та втратою мотивації. Такі коливання настрою суттєво впливають на соціальне та професійне функціонування особистості.

Сезонна афективна депресія виникає переважно в осінньо-зимовий період, коли зменшується тривалість світлового дня. Для неї характерні підвищена сонливість, зниження енергії, емоційна пригніченість, а також зміни апетиту, зокрема потяг до більш калорійної їжі.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) також може супроводжуватися депресивною симптоматикою і виникає після пережитих

психотравмуючих подій. Його проявами є нав'язливі спогади, нічні кошмари, підвищена тривожність та емоційна напруга, що значно ускладнює повсякденне життя [46].

Атипова депресія вирізняється нетиповими для класичної депресії симптомами, такими як підвищений апетит, надмірна сонливість та психомоторна або сенсорна збудженість. Попри зовнішню «нетиповість», цей стан також суттєво впливає на якість життя та соціальне функціонування людини.

Окремо виділяють посттравматичну депресію, яка може розвиватися після органічних уражень або травм головного мозку, а також післяпологову депресію, що виникає у жінок після народження дитини. Вона проявляється емоційною нестабільністю, підвищеною чутливістю, тривожністю та труднощами адаптації до нової соціальної ролі.

Різні форми депресії відрізняються як за клінічною картиною, так і за механізмами виникнення, однак усі вони потребують своєчасного розпізнавання та професійної допомоги. Адекватне лікування та психологічна підтримка є ключовими факторами у зменшенні страждань і покращенні якості життя осіб, які переживають депресивні стани.

Депресивні розлади також класифікуються за ступенем тяжкості клінічного стану на легку, середню та тяжку форми. Такий поділ має важливе практичне значення, оскільки визначає підхід до лікування та необхідний рівень медико-психологічної допомоги. Зокрема, легкі та середньої тяжкості депресивні стани, як правило, піддаються амбулаторному лікуванню із залученням психотерапевтичної підтримки та, за потреби, медикаментозної корекції. Натомість тяжка форма депресії часто потребує стаціонарного лікування, оскільки супроводжується значним порушенням соціального функціонування та підвищеними ризиками для психічного і фізичного здоров'я людини [37].

Депресивні стани можуть супроводжуватися як соматичними, так і психотичними проявами. Соматичні симптоми зазвичай пов'язані з

вегетативною дисфункцією різних органів і систем та можуть проявлятися у вигляді порушень сну, апетиту, серцево-судинних або інших фізіологічних розладів. Психотичні симптоми є більш тяжкими і включають маревні ідеї, галюцинації та інші порушення сприйняття реальності. Наявність і ступінь вираженості таких симптомів є важливим клінічним критерієм, що дозволяє оцінити тяжкість депресивного стану та визначити відповідну тактику лікування.

Таким чином, депресивні розлади є багаторівневим психічним явищем, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні аспекти функціонування людини. Їхній вплив є глибоким і системним, тому потребує раннього виявлення, комплексної діагностики та тривалої психологічної підтримки, спрямованої на відновлення психічної рівноваги та якості життя особистості.

1.2. Психологічна характеристика депресивних розладів

Психологічна характеристика депресивних розладів охоплює комплекс емоційних, когнітивних, поведінкових і мотиваційних порушень, які суттєво впливають на внутрішній стан та життєдіяльність особистості. Центральним проявом є стійке зниження настрою, яке не обмежується короткочасним смутком, а набуває тривалого, іноді хронічного характеру. Емоційний фон при депресивних розладах зазвичай характеризується відчуттям пригніченості, внутрішньої порожнечі, безнадійності, втрати радості та нездатності переживати задоволення від діяльності, яка раніше була значущою [2].

Когнітивна сфера при депресивних розладах зазнає істотних змін. Для неї характерне формування негативного мислення, яке проявляється у песимістичній оцінці себе, навколишнього світу та майбутнього. Людина

схильна до самозвинувачення, заниження власних можливостей, перебільшення труднощів і зосередження на невдачах. Часто спостерігаються порушення концентрації уваги, зниження швидкості мислення, труднощі у прийнятті рішень та погіршення пам'яті, що ще більше ускладнює повсякденне функціонування.

Важливою складовою психологічної картини є мотиваційно-вольова сфера. При депресивних розладах спостерігається виражене зниження мотивації до будь-якої діяльності, включаючи навчання, роботу та соціальну взаємодію. Формується апатія, байдужість до подій навколо, відчуття виснаження навіть без значних фізичних навантажень. У важчих випадках може виникати явище психомоторного гальмування, коли уповільнюються рухи, мовлення та загальна активність [54].

Поведінкові прояви депресивних розладів часто включають соціальну ізоляцію, уникнення контактів з іншими людьми та зменшення участі у звичних видах діяльності. Людина поступово віддаляється від соціального середовища, що посилює відчуття самотності та емоційної відокремленості. Така ізоляція нерідко стає як наслідком, так і додатковим фактором поглиблення депресивного стану.

Окрему увагу слід приділити самооцінці та самосприйняттю при депресивних розладах. Для них характерне стійке зниження самооцінки, невпевненість у власних силах, відчуття провини або власної неповноцінності. Людина може сприймати себе як «недостатньо хорошу», «неуспішну» або «безперспективну», що формує негативну Я-концепцію та ускладнює процес психологічного відновлення.

Також важливою є наявність соматичних проявів, які тісно пов'язані з психологічним станом. До них належать порушення сну (безсоння або надмірна сонливість), зміни апетиту, зниження енергії, швидка втомлюваність, а також психосоматичні скарги, такі як головний біль або загальне відчуття дискомфорту в тілі. Ці симптоми часто підсилюють емоційне виснаження та знижують якість життя [13].

Депресивні розлади становлять складну, багатофакторну групу психічних порушень, які відзначаються різноманітністю клінічних проявів, причин виникнення та перебігу. Основною, хоча й не завжди очевидною, характеристикою цих станів є стійке зниження настрою, яке може варіювати за інтенсивністю та тривалістю. Водночас складність депресивних розладів значною мірою зумовлена широким спектром умов, у яких вони формуються, що ускладнює їх своєчасну діагностику та ефективне лікування.

Однією з груп причин є афективні розлади, до яких належать класична (уніполярна) депресія та біполярний розлад. У випадку біполярного розладу депресивні епізоди чергуються з маніакальними або гіпоманіакальними станами, що характеризуються підвищеним настроєм і надмірною активністю, створюючи виражену емоційну нестабільність [26].

Важливе місце займають також соматичні чинники, оскільки депресивні прояви можуть виникати вторинно на тлі хронічних фізичних захворювань. У таких випадках психічний стан людини значною мірою залежить від тривалого перебігу соматичної патології та пов'язаних із нею обмежень життєдіяльності.

Окрему групу становлять порушення адаптації, що виникають у відповідь на складні життєві ситуації. До них належать такі стресові події, як втрата близької людини, розлучення, серйозні соціальні або життєві зміни, які можуть стати пусковим механізмом для розвитку депресивних станів.

Також депресивна симптоматика може бути наслідком дії зовнішніх чинників, зокрема інтоксикацій або побічних ефектів лікарських засобів. Деякі медикаменти та токсичні речовини здатні впливати на центральну нервову систему, провокуючи зміни настрою та розвиток депресивних проявів.

Депресія нерідко входить до структури інших психічних розладів і може супроводжувати більш складні психопатологічні стани, зокрема шизоафективні розлади, постпсихотичну депресію, тривожно-депресивні форми біполярного розладу, неврастенію, а також абстинентні синдроми. У

таких випадках депресивні прояви є частиною ширшої клінічної картини і потребують комплексного підходу до діагностики та лікування.

Психологічна характеристика депресивних розладів відображає складну взаємодію емоційних переживань, когнітивних спотворень, поведінкових змін та порушень мотиваційної сфери. У сукупності ці прояви призводять до значного зниження адаптаційних можливостей особистості, ускладнюють її соціальне функціонування та потребують комплексного психологічного й терапевтичного втручання, спрямованого на відновлення емоційної рівноваги та якості життя [47].

Людина часто переживає теперішній момент як надмірно тяжкий і безперспективний, а майбутнє сприймається як невизначене або негативно забарвлене. Минулі події, у свою чергу, можуть переосмислюватися через призму провини або жалю, що формує стійку тенденцію до румінацій — нав'язливого «переживування» негативних думок. Це призводить до поглиблення емоційного виснаження та ускладнює вихід зі стану депресії.

Окремою психологічною особливістю є порушення емоційної регуляції. При депресивних розладах людина втрачає здатність ефективно керувати власними емоційними реакціями, через що навіть незначні труднощі можуть викликати надмірну внутрішню напругу або відчуття безсилля. Поступово знижується емоційна чутливість до позитивних стимулів, що проявляється у феномені ангедонії — втрати здатності відчувати задоволення.

Важливою складовою є також міжособистісна сфера. Депресивні розлади часто супроводжуються труднощами у встановленні та підтриманні соціальних зв'язків. Людина може відчувати нерозуміння з боку оточення, підвищену вразливість до критики, а також схильність до інтерпретації нейтральних подій як негативних. Це призводить до поступового скорочення соціальних контактів і зниження рівня соціальної підтримки, яка є важливим ресурсом психологічного відновлення [51].

У структурі депресивних розладів також спостерігаються зміни в рівні самоусвідомлення та ідентичності. Особистість починає сприймати себе як менш цінну, втрачає відчуття внутрішньої цілісності та стабільності «Я». Це може супроводжуватися відчуттям внутрішньої розгубленості, невизначеності власних бажань і життєвих орієнтирів, що ще більше посилює психологічну нестабільність.

На думку психологів, одним із факторів депресії – непослідовність підкріплення (винагород і покарання). Особистість за такої ситуації втрачає здатність розуміти закономірності підкріплення. Так, наприклад, якщо батьки і вихователі використовують схвалення і покарання випадковим чином, це бентежить дитину, у неї розвивається почуття безпорадності та безнадії. А почуття безпорадності та безнадії є характерними для синдрому депресії. П. Левінзон вважає, що депресія у людей розвивається через нестачу позитивного підкріплення поведінки, що відчувається ними. Це може відбуватися внаслідок того, що: 1) мало подій, які потенційно можуть бути позитивним підкріпленням для даної людини; 2) оточуюче середовище збідніле можливостями отримання позитивного підкріплення; 3) дана людина не має соціальних навичок, необхідних для того, щоб отримати позитивне підкріплення.

Однією з можливих причин зростання рівня депресивності в сучасному суспільстві дослідники вважають поширення культу сили та культу раціональності, які фактично сприяють формуванню соціальних заборон на вільне переживання та вираження негативних емоцій (Н. Гаранян, В. Ротштейн, А. Холмогорова та ін.). У таких умовах процес емоційного опрацювання переживань істотно ускладнюється, що призводить до їх поступового внутрішнього накопичення та психоемоційного перенапруження [10].

Постійне стримування емоцій і їх витіснення зі свідомості ускладнює природні механізми психологічної переробки стресу, внаслідок чого відбувається своєрідне «накопичення» непрожитих переживань. З часом це

може супроводжуватися посиленням соматичних проявів, коли емоційна напруга трансформується у тілесні симптоми, такі як больові відчуття або дискомфорт різної локалізації. Таким чином, психологічний компонент поступово поєднується з фізіологічним, що ускладнює загальний стан людини.

Депресивний стан у цьому контексті розглядається як психічний стан, що базується на відповідній психологічній складовій депресії. Термін «депресивні стани» належить до класу психічних станів і характеризується наявністю всіх необхідних психологічних ознак, притаманних даному феномену, включаючи емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти.

Таким чином, психологічна характеристика депресивних розладів охоплює не лише базові емоційні прояви, а й глибокі зміни у мисленні, самосприйнятті, міжособистісній взаємодії та часовій перспективі особистості. Усі ці компоненти взаємопов'язані між собою і формують цілісну картину порушення психологічного функціонування, що потребує системного та тривалого підходу до корекції і підтримки.

1.3. Психологічні властивості осіб з хронічними депресивними розладами

Психологічні властивості осіб із хронічними депресивними розладами характеризуються стійкими змінами емоційної, когнітивної та поведінкової сфер, які формуються поступово та мають тривалий, іноді малопомітний, але глибокий вплив на особистість. На відміну від гострих депресивних станів, хронічна депресія часто проявляється у вигляді постійно зниженого емоційного фону, який людина може сприймати як «звичний стан», не завжди усвідомлюючи його патологічний характер. Такий стан нерідко

супроводжується загальною втомою, емоційною виснаженістю та відчуттям внутрішньої пригніченості, що зберігається протягом тривалого часу.

Однією з ключових психологічних особливостей є стійке зниження життєвої активності та мотивації. Особи з хронічними депресивними розладами часто демонструють пасивність у прийнятті рішень, зниження ініціативності та відсутність інтересу до нових видів діяльності. Навіть звичні завдання можуть сприйматися як надмірно складні або виснажливі, що формує тенденцію до уникнення активності та поступового звуження життєвого простору.

Когнітивна сфера таких осіб характеризується переважанням негативного мислення та стійких когнітивних викривлень. Людина схильна до песимістичної інтерпретації подій, зосередження на власних недоліках та невдачах, а також заниження власних можливостей. Часто формується так зване «тунельне мислення», коли увага фіксується переважно на негативних аспектах досвіду, тоді як позитивні події ігноруються або знецінюються. Це сприяє закріпленню негативної Я-концепції та зниженню самооцінки [4].

Емоційна сфера осіб із хронічною депресією характеризується емоційною «приглушеністю», зниженням інтенсивності переживань та обмеженим спектром емоційних реакцій. Нерідко спостерігається ангедонія — втрата здатності відчувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість. Водночас може зберігатися підвищена чутливість до негативних стимулів, критики або стресових ситуацій, що додатково ускладнює емоційну стабільність.

Важливою характеристикою є також особливості самооцінки та самосприйняття. Особи з хронічними депресивними розладами часто мають занижену самооцінку, схильність до самозвинувачення та відчуття власної неефективності. Вони можуть сприймати себе як «недостатньо успішних», «слабких» або «таких, що не відповідають вимогам життя», що формує стійке почуття внутрішньої неповноцінності та перешкоджає особистісному розвитку [22].

Соціальна поведінка таких осіб зазвичай характеризується поступовим зменшенням соціальної активності та схильністю до ізоляції. Знижується потреба у спілкуванні, обмежуються контакти з оточенням, ускладнюється підтримання міжособистісних відносин. Часто формується відчуття емоційної віддаленості від інших людей, що може супроводжуватися переживанням самотності навіть у присутності соціального оточення.

Окремо слід відзначити порушення у сфері часової перспективи. Люди з хронічною депресією часто мають труднощі у формуванні позитивного образу майбутнього, яке сприймається як невизначене або безнадійне. Минулі події можуть переосмислюватися через призму негативного досвіду, що підсилює загальне відчуття життєвої незадоволеності.

Психологічні властивості осіб із хронічними депресивними розладами є комплексними та охоплюють стійкі зміни емоційної регуляції, мислення, самооцінки та соціальної взаємодії. Ці особливості формують своєрідний психологічний профіль, який суттєво знижує якість життя, обмежує адаптаційні можливості особистості та потребує тривалої психологічної підтримки і комплексного підходу до корекції [26].

Додатково слід звернути увагу на те, що у осіб із хронічними депресивними розладами часто формуються специфічні захисні психологічні механізми, які підтримують стабільність їхнього стану, але водночас перешкоджають виходу з нього. Серед них можна виділити уникнення, раціоналізацію та емоційне відсторонення. Людина може свідомо або несвідомо уникати ситуацій, які потребують активності чи відповідальності, пояснюючи це браком сил, відсутністю сенсу або зовнішніми обставинами. Такі стратегії короткочасно зменшують внутрішню напругу, однак у довгостроковій перспективі закріплюють пасивну життєву позицію.

Характерною рисою є також зниження рівня психологічної резилієнтності — здатності адаптуватися до стресових ситуацій і відновлюватися після труднощів. Навіть незначні життєві виклики можуть сприйматися як надмірно складні, що призводить до швидкого емоційного

виснаження та відчуття безпорадності. У таких умовах формується переконання у власній неспроможності впливати на події життя, що посилює залежність від зовнішніх обставин [31].

Варто також відзначити особливості емоційної пам'яті у цих осіб. Негативні події мають тенденцію закріплюватися у свідомості значно сильніше, ніж позитивні, що формує своєрідну «негативну селекцію» досвіду. Людина частіше пригадує невдачі, втрати та критичні зауваження, тоді як позитивні переживання швидко знецінюються або витісняються. Це сприяє підтриманню стабільно негативного емоційного фону.

Окремим аспектом є зміни у мотиваційній структурі особистості. У хронічній депресії поступово знижується значущість довгострокових цілей, а поведінка починає визначатися переважно короткостроковими потребами або необхідністю мінімального функціонування. Втрачається відчуття перспективи розвитку, що ускладнює постановку життєвих цілей і знижує загальний рівень самореалізації.

Найбільш тривожним поведінковим проявом депресії є суїцидальність. Самогубство є жахливим постійним розв'язанням тимчасової проблеми, яка піддається лікуванню. Люди з великою депресією мають високий рівень самогубств, при цьому ризик протягом життя становить приблизно 8%; чоловіки з депресією в 5-7 разів частіше вчиняють самогубство, ніж жінки, хоча жінки роблять більше спроб. Люди, які не лікуються, мають до 5 разів вищий ризик самогубства, ніж ті, хто отримує допомогу. Безнадія також підвищує ризик самогубства [35].

Депресія та депресивні розлади за відсутності своєчасної діагностики та належного лікування можуть набувати ускладненого перебігу, трансформуючись у більш складні психічні стани або поєднуючись з іншими психічними порушеннями. У таких випадках депресивна симптоматика нерідко інтегрується з розладами поведінки, які частіше спостерігаються у молодшому підлітковому віці та проявляються у вигляді порушень соціальних норм, імпульсивності та труднощів самоконтролю.

Крім того, депресивні стани можуть супроводжуватися синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), який характеризується підвищеною руховою активністю, імпульсивністю та схильністю до дій без урахування можливих наслідків. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization, 2021), цей розлад зустрічається приблизно у 3,1% підлітків віком 10–14 років та у 2,4% осіб віком 15–19 років. Таким чином, поєднання депресивних проявів з іншими психічними розладами суттєво ускладнює клінічну картину та потребує комплексного підходу до діагностики й терапії [52].

Таким чином, психологічний профіль осіб із хронічними депресивними розладами є багатовимірним і включає не лише стійкі емоційні порушення, а й глибокі зміни у способах мислення, реагування та взаємодії зі світом. Сукупність цих характеристик формує замкнуту систему психологічного функціонування, яка підтримує хронічний характер розладу та потребує цілеспрямованої, тривалої та комплексної психокорекційної роботи.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено теоретичне узагальнення основ роботи з пацієнтами, які мають хронічні депресивні розлади, що дозволило комплексно розкрити сутність досліджуваної проблематики та визначити її ключові психологічні аспекти. Зокрема, проаналізовано поняття «депресивні розлади», яке розглядається як складна група афективних порушень, що охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви, мають різні форми перебігу та ступені вираженості і суттєво впливають на загальне функціонування особистості.

У межах психологічної характеристики депресивних розладів було встановлено, що вони проявляються стійким зниженням настрою, втратою

інтересу до діяльності, порушенням мотиваційної сфери, негативними когнітивними установками та змінами у поведінці. Особливу увагу приділено взаємозв'язку емоційних і когнітивних порушень, які формують замкнуте коло негативного сприйняття себе, світу та майбутнього, що значно ускладнює адаптацію особистості та її соціальне функціонування.

Окремо розглянуто психологічні властивості осіб із хронічними депресивними розладами, для яких характерними є стійке зниження емоційного фону, пасивність, зниження мотивації, негативна Я-концепція, тенденція до соціальної ізоляції та обмеження життєвої активності. Виявлено, що у таких осіб формуються специфічні когнітивні викривлення, зниження рівня психологічної стійкості та порушення здатності до позитивного прогнозування майбутнього, що підтримує хронічний характер розладу.

Таким чином, теоретичний аналіз засвідчив, що хронічні депресивні розлади є багатовимірним психологічним явищем, яке охоплює глибокі порушення емоційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості. Отримані узагальнення підкреслюють необхідність комплексного підходу до розуміння та подальшої психологічної роботи з такими пацієнтами, що включає врахування індивідуальних особливостей, тривалості перебігу розладу та соціального контексту їхнього життя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Підбір та обґрунтування методик дослідження

Під час емпіричного дослідження використовувались такі методики: шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II) – для оцінки вираженості депресивної симптоматики. Шкала тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI) – для діагностики особистісної та ситуативної тривожності. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда [9].

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II) є одним із найвідоміших та найширше використовуваних психодіагностичних інструментів для оцінки рівня вираженості депресивних симптомів у підлітків і дорослих. Вона була розроблена Аароном Беком і ґрунтується на когнітивній моделі депресії, згідно з якою ключову роль у формуванні депресивних станів відіграють негативні автоматичні думки, спотворене сприйняття себе, світу та майбутнього, а також відповідні емоційні та поведінкові реакції. Оновлена версія методики — BDI-II — відповідає сучасним діагностичним критеріям і дозволяє більш точно оцінювати ступінь депресивних проявів.

Методика складається з 21 групи тверджень, кожна з яких відображає окремий симптом або аспект депресивного стану, зокрема: смуток, песимізм, відчуття невдачі, втрата задоволення, почуття провини, зниження самооцінки, суїцидальні думки, втома, порушення сну та апетиту тощо. У кожній групі респондент обирає одне з чотирьох тверджень, яке найточніше описує його стан за останні два тижні. Такий формат дозволяє кількісно оцінити інтенсивність кожного симптому та отримати загальний показник депресії.

Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів за всіма пунктами, що дозволяє визначити рівень депресивної симптоматики: мінімальний, легкий, помірний або тяжкий. Це дає змогу не лише виявити наявність депресивних проявів, але й оцінити їхню глибину та динаміку, що є важливим для подальшого психологічного або клінічного втручання.

Особливістю шкали Бека є її висока чутливість до змін емоційного стану, що робить її ефективною як для первинної діагностики, так і для моніторингу ефективності терапії. Крім того, методика широко застосовується у наукових дослідженнях для вивчення депресії у різних вікових та соціальних групах, оскільки дозволяє отримати стандартизовані та порівнювані результати [4].

У практичному контексті BDI-II є цінним інструментом для психологів, психотерапевтів і дослідників, оскільки допомагає швидко виявити осіб із підвищеним ризиком депресивних розладів та визначити необхідність подальшої поглибленої діагностики. Водночас важливо враховувати, що шкала є скринінговим інструментом і не замінює клінічного діагнозу, а лише слугує основою для подальшого аналізу психологічного стану особистості.

Таким чином, шкала депресії Бека (BDI-II) є надійним, валідним і широко апробованим інструментом, який дозволяє комплексно оцінити рівень депресивних проявів, виявити їхню структуру та інтенсивність, а також забезпечити ефективну підтримку процесу психологічної діагностики та супроводу.

Шкала тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI) є однією з найбільш поширених та науково обґрунтованих методик для оцінки рівня тривожності особистості. Вона була розроблена Чарльзом Спілбергером і адаптована Юрієм Ханіним, що дозволило ефективно використовувати її у вітчизняній психологічній практиці. Основна ідея методики полягає у розмежуванні тривожності як ситуативного стану та як відносно стійкої особистісної характеристики, що дає змогу більш глибоко аналізувати природу тривожних переживань.

Методика складається з двох основних шкал: шкали ситуативної тривожності (State Anxiety) та шкали особистісної тривожності (Trait Anxiety). Перша шкала відображає емоційний стан людини «тут і зараз», тобто рівень напруження, занепокоєння або страху, який виникає у відповідь на конкретну ситуацію. Друга шкала визначає загальну схильність особистості до переживання тривоги у різних життєвих обставинах, незалежно від зовнішніх факторів.

Опитувальник містить серію тверджень, які респондент оцінює відповідно до інтенсивності своїх переживань. Підрахунок результатів здійснюється окремо для кожної шкали, що дозволяє отримати два незалежні показники тривожності. Рівень тривожності інтерпретується як низький, помірний або високий, що дає змогу оцінити як поточний емоційний стан, так і загальні особистісні особливості людини.

Перевагою методики STAI є її універсальність, висока валідність і надійність, а також простота у використанні. Вона широко застосовується у клінічній, педагогічній, спортивній та науковій психології для вивчення емоційного стану різних вікових груп. Особливо цінною є можливість відстеження динаміки тривожності, що дозволяє оцінювати ефективність психологічної допомоги або впливу зовнішніх факторів.

У дослідницькій практиці шкала Спілбергера – Ханіна використовується для виявлення рівня емоційного напруження, аналізу впливу стресових ситуацій, навчального навантаження або соціальних умов на психічний стан особистості. Вона також дає змогу встановити взаємозв'язок між тривожністю та іншими психологічними характеристиками, такими як самооцінка, мотивація або рівень адаптації.

Таким чином, шкала тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI) є ефективним діагностичним інструментом, який дозволяє комплексно оцінити як ситуативну, так і особистісну тривожність, забезпечуючи глибоке розуміння емоційного стану особистості та сприяючи розробці подальших психологічних інтервенцій.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда є класичним психодіагностичним інструментом, спрямованим на вивчення рівня адаптованості особистості до соціального середовища, особливостей її взаємодії з іншими людьми та внутрішнього психологічного благополуччя. Вона ґрунтується на гуманістичному підході до розуміння особистості, відповідно до якого адаптація розглядається як процес гармонійного поєднання внутрішніх потреб індивіда та вимог соціального середовища [9].

Методика дозволяє оцінити широкий спектр психологічних характеристик, які відображають рівень соціально-психологічної адаптації. Серед них особливе місце займають такі показники, як самоприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, інтернальність (відчуття контролю над власним життям), прагнення до домінування або підпорядкування, а також рівень соціальної адаптованості в цілому. Такий комплексний підхід дає змогу отримати цілісне уявлення про особистість у контексті її взаємодії з соціальним оточенням.

Опитувальник складається з низки тверджень, які респондент оцінює відповідно до того, наскільки вони відповідають його звичним думкам, почуттям і поведінці. Обробка результатів передбачає кількісне визначення рівня кожного з показників, що дозволяє виявити як загальний рівень адаптації, так і її окремі структурні компоненти. Високі показники свідчать про гармонійну взаємодію особистості з соціальним середовищем, тоді як низькі можуть вказувати на труднощі в адаптації, емоційний дискомфорт або внутрішні конфлікти.

Важливою особливістю методики є її спрямованість не лише на виявлення труднощів, а й на аналіз ресурсних можливостей особистості. Вона дозволяє оцінити рівень психологічної зрілості, здатність до саморегуляції, прийняття себе та інших, а також ефективність соціальної взаємодії. Завдяки цьому методика широко використовується у психологічній

практиці, зокрема в освітніх закладах, консультуванні та дослідницьких проєктах.

У наукових дослідженнях соціально-психологічної адаптації методика Роджерса – Даймонда є цінним інструментом для вивчення впливу різних чинників — сімейних, освітніх, соціальних або культурних — на процес адаптації особистості. Вона також дозволяє аналізувати взаємозв'язок між рівнем адаптованості та такими психологічними характеристиками, як самооцінка, тривожність, емоційна стабільність і соціальна активність.

Таким чином, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда є ефективним і багатовимірним інструментом, який забезпечує глибоке розуміння особливостей взаємодії особистості із соціальним середовищем та дозволяє визначити як проблемні, так і ресурсні аспекти її психологічного функціонування.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Результати дослідження за шкалою депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II) у вибірці з 35 осіб дозволили отримати узагальнену картину рівня вираженості депресивної симптоматики серед респондентів. Аналіз даних здійснювався за стандартними рівнями інтерпретації: мінімальний, легкий, помірний та тяжкий рівень депресії.

У ході обробки результатів встановлено, що мінімальний рівень депресивних проявів виявлено у 31,4% респондентів (11 осіб), що свідчить про відсутність або незначну вираженість депресивної симптоматики та загалом стабільний емоційний стан цієї частини вибірки. Легкий рівень депресії зафіксовано у 28,6% опитаних (10 осіб), що може вказувати на наявність окремих емоційних труднощів, зниження настрою або ситуативних

проявів психологічного дискомфорту, які не досягають клінічно значущого рівня.

Помірний рівень депресивної симптоматики виявлено у 25,7% респондентів (9 осіб), що свідчить про наявність стійкіших негативних емоційних станів, зниження мотивації, енергетичного тону та часткове порушення соціально-психологічної адаптації. Така група потребує підвищеної уваги з боку психологів, оскільки існує ризик поглиблення депресивних проявів без відповідної підтримки.

Тяжкий рівень депресії виявлено у 14,3% опитаних (5 осіб), що є найбільш тривожним показником у структурі вибірки. Для цієї групи характерні виражені емоційні порушення, стійке зниження настрою, значне зниження самооцінки, втрата інтересу до діяльності та високий рівень психологічного дистресу, що може суттєво впливати на повсякденне функціонування.

Таким чином, отримані результати за шкалою Бека свідчать про наявність різного ступеня вираженості депресивної симптоматики у досліджуваній вибірці, при цьому переважають легкі та помірні прояви. Це вказує на необхідність подальшої психологічної підтримки та профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня депресивних станів і зміцнення емоційного благополуччя респондентів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Результати за шкалою депресії Бека (BDI-II) (n = 35)

Рівень депресії	Кількість осіб	Відсоток
Мінімальний	11	31,4%
Легкий	10	28,6%
Помірний	9	25,7%
Тяжкий	5	14,3%
Усього	35	100%

Отримані дані за шкалою депресії Бека (BDI-II) у вибірці з 35 осіб свідчать про неоднорідний розподіл рівня депресивної симптоматики.

Найбільшу частку становлять респонденти з мінімальним рівнем депресії — 31,4%, що вказує на переважно задовільний емоційний стан значної частини вибірки та відсутність виражених клінічних проявів депресії.

Дещо менший відсоток становлять особи з легким рівнем депресії — 28,6%, у яких спостерігаються ситуативні або початкові прояви зниженого настрою, емоційної втоми та зниження мотивації. Ця група може розглядатися як «зона ризику», оскільки за несприятливих умов можливе посилення симптоматики.

Помірний рівень депресії виявлено у 25,7% респондентів, що є досить значущим показником. У цих осіб спостерігаються стійкі емоційні труднощі, зниження життєвої активності та порушення загального психологічного благополуччя, що потребує психологічної підтримки та корекційної роботи.

Найменшу, але клінічно найбільш вразливу групу становлять респонденти з тяжким рівнем депресії — 14,3%. Їхній стан характеризується вираженими депресивними переживаннями, значним зниженням самооцінки, мотивації та соціальної активності, що може суттєво впливати на повсякденне функціонування.

У цілому результати демонструють, що хоча у більшості респондентів депресивна симптоматика не є критичною, майже 40% вибірки (помірний і тяжкий рівні) мають виражені прояви емоційних порушень, що підкреслює необхідність системної психологічної підтримки та профілактичних заходів.

Аналіз розподілу показників за методикою визначення рівня депресії дозволив виявити такі тенденції:

Переважна більшість респондентів перебуває у зоні умовного психологічного благополуччя або початкових проявів депресивного стану. Сумарно мінімальний (31,4%, $n = 11$) та легкий (28,6%, $n = 10$) рівні депресії охоплюють 60% від загальної кількості досліджуваних. Це свідчить про те, що більша частина вибірки зберігає достатній рівень адаптаційних можливостей та психоемоційної стабільності.

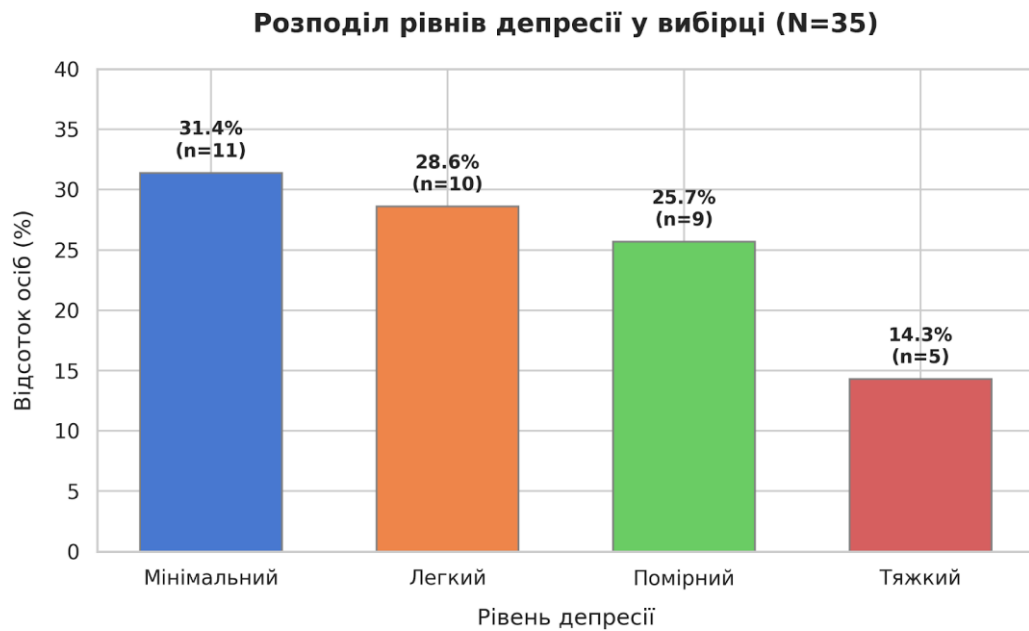


Рис. 2.1. Розподіл рівнів депресії у вибірці досліджуваних

Помірний рівень депресії зафіксовано у 25,7% осіб ($n = 9$). Ця група опиняється в зоні ризику, оскільки такі показники часто супроводжуються зниженням загального тону, ситуативною апатією, проблемами з концентрацією та деструктивними емоційними коливаннями, що вже потребує превентивної психологічної підтримки.

Тяжкий рівень депресії виявлено у найменшій, проте клінічно значущій частині вибірки — 14,3% ($n = 5$). Даний результат вказує на наявність вираженого психоемоційного виснаження та дезадаптації у цих осіб. Вони потребують підвищеної уваги, індивідуального супроводу та, ймовірно, консультації суміжних спеціалістів (психотерапевта чи клінічного психолога).

Рисунок демонструє поступове спадання відсоткової частки досліджуваних по мірі посилення депресивної симптоматики. Проте загальний відсоток осіб із вираженими ознаками депресії (помірний + тяжкий рівні разом складають 40%) свідчить про актуальність проведення цілеспрямованої психокорекційної або психопрофілактичної роботи в даній групі.

Результати дослідження за шкалою тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI) у вибірці з 35 осіб дозволили визначити рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності та охарактеризувати загальний емоційний стан респондентів.

За шкалою ситуативної тривожності (реактивної) встановлено, що низький рівень тривожності мають 28,6% опитаних (10 осіб), що свідчить про їхню емоційну стабільність у поточних ситуаціях та здатність адекватно реагувати на стресові чинники. Середній рівень ситуативної тривожності виявлено у 42,9% респондентів (15 осіб), що вказує на помірне емоційне напруження, яке виникає залежно від конкретних обставин та ситуаційного контексту. Високий рівень ситуативної тривожності зафіксовано у 28,5% досліджуваних (10 осіб), що може свідчити про підвищену чутливість до стресових подій, емоційну напруженість і схильність до переживання стану тривоги в актуальних ситуаціях.

За шкалою особистісної тривожності отримано такі результати: низький рівень виявлено у 22,9% респондентів (8 осіб), що характеризує їх як емоційно стійких осіб із низькою схильністю до тривожних переживань у повсякденному житті. Середній рівень особистісної тривожності мають 45,7% опитаних (16 осіб), що свідчить про помірну схильність до тривожності як стабільної особистісної характеристики. Високий рівень особистісної тривожності зафіксовано у 31,4% респондентів (11 осіб), що вказує на стійку тенденцію до переживання тривоги незалежно від ситуаційних факторів, підвищену емоційну вразливість та напруженість.

Таким чином, результати за шкалою STAI демонструють переважання середнього рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності у вибірці. Водночас значна частка респондентів із високими показниками свідчить про наявність групи підвищеного психологічного ризику, яка потребує уваги щодо профілактики емоційного напруження та розвитку навичок стресостійкості (табл. 2.2).

Ситуативна тривожність

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток
Низький	10	28,6%
Середній	15	42,9%
Високий	10	28,5%
Усього	35	100%

Таблиця 2.3

Особистісна тривожність

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток
Низький	8	22,9%
Середній	16	45,7%
Високий	11	31,4%
Усього	35	100%

Отримані дані за шкалою Спілбергера – Ханіна (STAI) свідчать про переважання середнього рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності у вибірці з 35 осіб. Це вказує на загалом помірний рівень емоційного напруження, який може проявлятися залежно від життєвих обставин та індивідуальних психологічних особливостей респондентів.

Щодо ситуативної тривожності, найбільшу групу становлять особи із середнім рівнем (42,9%), що свідчить про помірну реактивність до стресових ситуацій. Водночас майже рівні частки респондентів мають низький (28,6%) і високий (28,5%) рівні, що демонструє неоднорідність емоційного реагування на зовнішні подразники у вибірці.

Аналіз особистісної тривожності показав подібну тенденцію: переважає середній рівень (45,7%), що відображає помірну схильність до тривожних переживань як стабільної риси особистості. Високий рівень виявлено у 31,4% респондентів, що є доволі значним показником і може свідчити про підвищену емоційну вразливість, схильність до внутрішнього напруження та тривожного типу реагування. Низький рівень (22,9%) характерний для меншої частини вибірки, яка демонструє емоційну стійкість та більш адаптивні способи реагування на стрес.

У цілому результати дослідження свідчать про наявність у частини респондентів підвищеного рівня тривожності, що може потребувати психологічної підтримки та розвитку навичок емоційної саморегуляції.

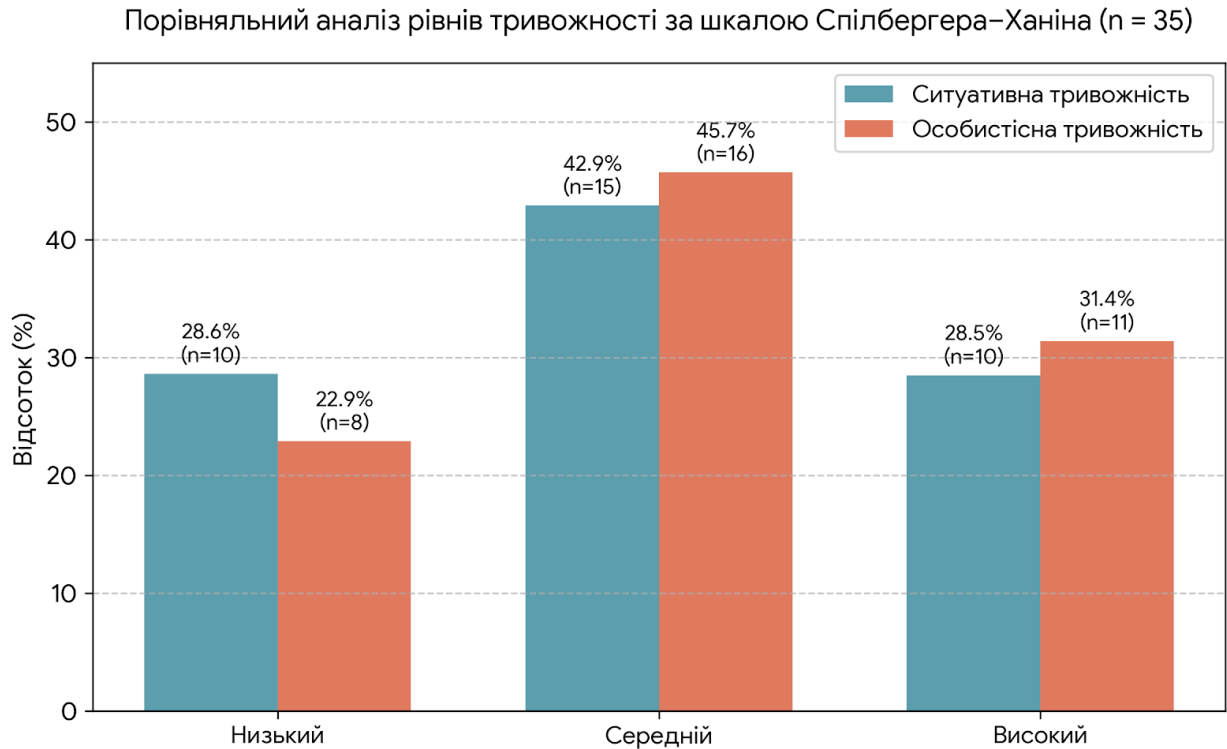


Рис. 2.2. Порівняльний аналіз рівнів тривожності

Аналіз отриманих даних дозволяє оцінити як тимчасовий стан респондентів у момент дослідження (ситуативна тривожність), так і їхню стійку індивідуальну характеристику (особистісна тривожність).

1. Ситуативна тривожність (СТ). Цей показник відображає напругу, спокій, нервозність та занепокоєння, які досліджувані відчують безпосередньо зараз, під впливом зовнішніх обставин.

Переважаючим є середній рівень — він виявлений у 42,9% осіб (n = 15). Це є показником адекватної реакції на життєві події чи робочі завдання, коли людина мобілізує внутрішні сили, але не перевантажує психіку.

Низький та високий рівні розділилися порівну — по 28,6% та 28,5% відповідно (по 10 осіб).

Низький рівень може свідчити про стан підвищеного спокою, емоційного комфорту або, в окремих випадках, про приховану байдужість та захисну демонстрацію «неуразливості».

Високий рівень сигналізує про те, що майже третина групи наразі перебуває у стані психоемоційного стресу, спричиненого актуальними суб'єктивно складними обставинами.

2. Особистісна тривожність (ОТ). Цей параметр описує стабільну схильність людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозові та реагувати на них станом тривоги.

Майже половина вибірки (45,7%, $n = 16$) має середній рівень ОТ. Це свідчить про загальну емоційну збалансованість та конструктивний рівень чутливості до життєвих стресорів.

Високий рівень особистісної тривожності зафіксовано у 31,4% осіб ($n = 11$). Це помітний відсоток. Такі люди мають природну схильність стгуцати фарби, сприймати навіть нейтральні ситуації як потенційно небезпечні та гостріше реагувати на критику чи невдачі.

Низький рівень ОТ мають лише 22,9% респондентів ($n = 8$), що вказує на їхню високу стресостійкість та флегматичність у сприйнятті життєвих труднощів.

Тенденція до помірності. В обох випадках домінує середній рівень тривожності (близько 43–46%), що є нормою для здорової соціальної адаптації.

Особистісний фактор вищий за ситуативний. Показник високої особистісної тривожності (31,4%) дещо перевищує показник високої ситуативної тривожності (28,5%). Це говорить про те, що схильність переживати й хвилюватися у деяких членів групи є внутрішньою рисою характеру, навіть коли поточні зовнішні обставини відносно спокійні.

Рекомендація. Оскільки близько третини групи (31,4%) мають високу особистісну тривожність, для них будуть корисними тренінги зі стресостійкості, опанування технік саморегуляції (дихальні вправи, медитація) та раціональної психотерапії для зниження внутрішньої напруги.

Результати дослідження за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда у вибірці з 35 осіб дозволили визначити рівень адаптованості респондентів до соціального середовища та особливості їхнього психологічного функціонування.

За шкалою загального рівня соціально-психологічної адаптації встановлено, що високий рівень мають 34,3% респондентів (12 осіб), що свідчить про їхню емоційну стабільність, ефективну взаємодію з оточенням та достатньо сформовані механізми саморегуляції. Середній рівень адаптації виявлено у 42,9% опитаних (15 осіб), що характеризується загалом задовільним функціонуванням у соціальному середовищі, але з наявністю окремих труднощів у стресових або нових ситуаціях. Низький рівень адаптації зафіксовано у 22,8% респондентів (8 осіб), що може свідчити про труднощі у взаємодії з соціальним оточенням, знижену емоційну стійкість та потребу в додатковій психологічній підтримці.

За шкалою самоприйняття високі показники мають 37,1% респондентів (13 осіб), середні — 40,0% (14 осіб), низькі — 22,9% (8 осіб). Це свідчить про переважно позитивне, але неоднорідне ставлення до себе у вибірці, де частина осіб має занижену самооцінку та внутрішню критику.

За шкалою прийняття інших осіб високий рівень зафіксовано у 31,4% (11 осіб), середній — у 45,7% (16 осіб), низький — у 22,9% (8 осіб), що вказує на загалом помірну толерантність і відкритість до соціальних контактів із наявністю групи респондентів, які мають труднощі у міжособистісній взаємодії.

За шкалою емоційного комфорту високий рівень мають 28,6% (10 осіб), середній — 42,9% (15 осіб), низький — 28,5% (10 осіб), що свідчить про

переважання помірного емоційного благополуччя з наявністю значної частки осіб із підвищеним емоційним дискомфортом.

За шкалою інтернальності високі показники виявлено у 40,0% респондентів (14 осіб), середні — у 37,1% (13 осіб), низькі — у 22,9% (8 осіб), що свідчить про загалом достатній рівень усвідомлення контролю над власним життям і відповідальності за події, хоча у частини вибірки спостерігається схильність до зовнішнього локусу контролю.

Таким чином, результати методики К. Роджерса та Р. Даймонда демонструють переважання середнього та високого рівнів соціально-психологічної адаптації у вибірці, однак наявність групи з низькими показниками вказує на потребу у подальшій психологічній підтримці та розвитку адаптаційних ресурсів особистості (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Загальний рівень соціально-психологічної адаптації

Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Високий	12	34,3%
Середній	15	42,9%
Низький	8	22,8%
Усього	35	100%

Таблиця 2.4

Самоприйняття

Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Високий	13	37,1%
Середній	14	40,0%
Низький	8	22,9%
Усього	35	100%

Таблиця 2.5

Прийняття інших

Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Високий	11	31,4%
Середній	16	45,7%

Низький	8	22,9%
Усього	35	100%

Таблиця 2.6

Емоційний комфорт

Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Високий	10	28,6%
Середній	15	42,9%
Низький	10	28,5%
Усього	35	100%

Таблиця 2.7

Інтернальність

Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Високий	14	40,0%
Середній	13	37,1%
Низький	8	22,9%
Усього	35	100%

Отримані результати за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда свідчать про загалом середній і високий рівень соціально-психологічної адаптації у більшості респондентів. Найбільш представлена група має середній рівень загальної адаптації (42,9%), що вказує на відносно стабільне функціонування у соціальному середовищі, хоча з окремими труднощами у стресових ситуаціях.

Водночас значна частка осіб із високим рівнем адаптації (34,3%) демонструє добре сформовані механізми саморегуляції, позитивне ставлення до себе та оточення, а також здатність ефективно взаємодіяти із соціальним середовищем. Низький рівень адаптації (22,8%) у частини вибірки свідчить про наявність труднощів у міжособистісній взаємодії, знижену емоційну стійкість та потребу в психологічній підтримці.

Аналіз окремих шкал показує, що найвищі показники зафіксовано за інтернальністю (40,0% високий рівень), що свідчить про достатньо

сформоване відчуття відповідальності за власне життя. Водночас за шкалою емоційного комфорту спостерігається більш рівномірний розподіл, включно з 28,5% осіб із низьким рівнем, що може вказувати на наявність емоційного напруження у значної частини вибірки.

У цілому результати дослідження демонструють переважання адаптивних тенденцій, проте наявність групи з низькими показниками за окремими шкалами підкреслює необхідність подальшої психологічної роботи, спрямованої на підвищення рівня емоційного благополуччя та соціальної адаптації.

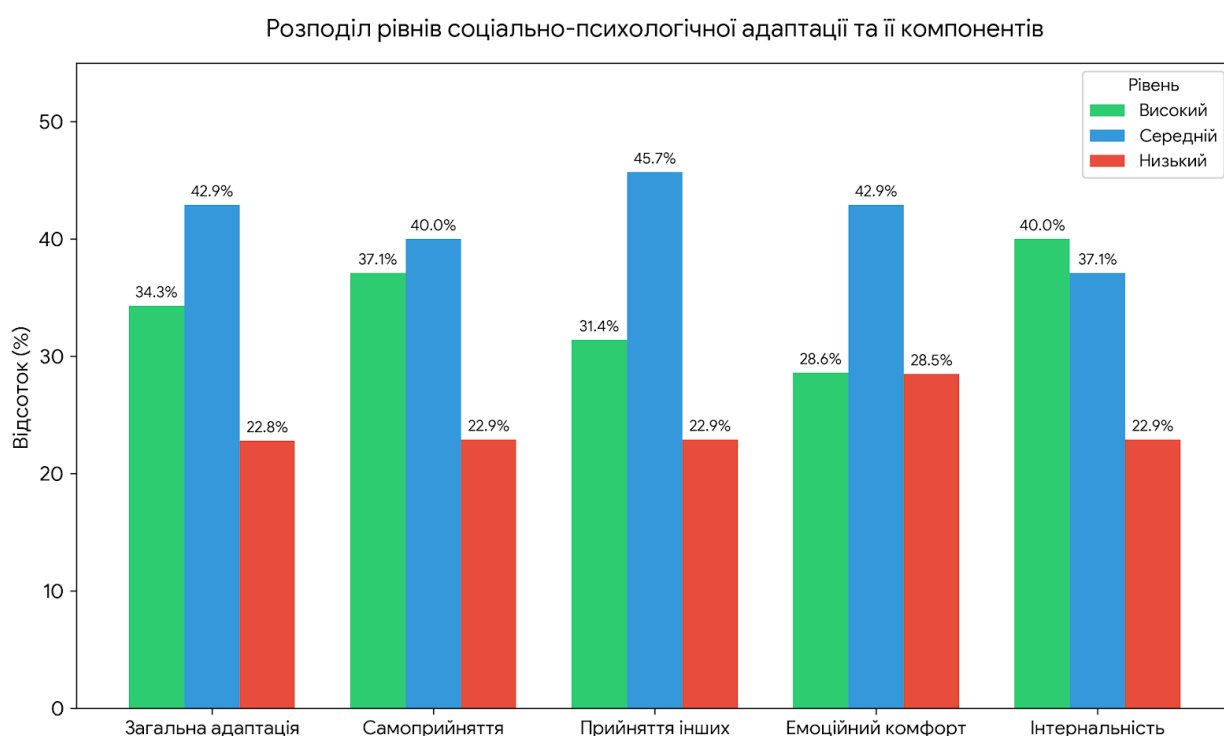


Рис. 2.3. Розподіл рівнів соціально-психологічної адаптації та її компонентів

Аналіз розподілу показників свідчить про загалом сприятливу та стабільну тенденцію в групі досліджуваних. Більшість респондентів за всіма шкалами демонструють середній та високий рівні, що є ознакою нормативного психологічного функціонування.

1. Загальний рівень соціально-психологічної адаптації. Середній рівень (42,9%) є домінантним. Це свідчить про те, що майже половина досліджуваних загалом успішно пристосовуються до вимог соціуму, хоча періодично можуть стикатися з ситуативними труднощами.

Високий рівень (34,3%) підтверджує наявність сильних адаптаційних резервів у третини групи.

Низький рівень (22,8%) охоплює меншу частину вибірки. Ці особи потребують підвищеної уваги та, можливо, психологічного супроводу для зниження дезадаптивних проявів.

2. Структурні компоненти адаптації. Самоприйняття та прийняття інших. Показники за цими двома шкалами досить близькі. Високий та середній рівні самоприйняття сумарно становлять 77,1%, а прийняття інших — 77,1%. Це вказує на гармонійний розвиток особистості: досліджувані здатні приймати себе зі своїми перевагами й недоліками, що автоматично транслюється у повагу та толерантність до оточуючих. Прийняття інших має найвищий показник середнього рівня (45,7%), що підкреслює виваженість у побудові соціальних контактів.

Емоційний комфорт. Цей показник виявився найбільш вразливим у структурі дослідження. Тут зафіксовано найнижчий відсоток осіб із високим рівнем (28,6%) та найвищий відсоток із низьким рівнем (28,5%). Така полярність свідчить про наявність психоемоційного напруження, тривожності або невпевненості у третини респондентів, навіть попри загальну зовнішню адаптованість.

Інтернальність (Рівень суб'єктивного контролю). Ця шкала демонструє найкращі результати серед усіх компонентів. Аж 40,0% досліджуваних мають високий рівень інтернальності. Це свідчить про те, що значна частина групи схильна брати відповідальність за події у своєму житті на себе, не перекладаючи провину на обставини чи інших людей. Вони усвідомлюють себе авторами власного життя, що є міцним фундаментом для успішної життєдіяльності.

Ядро групи (понад 70%) перебуває в зоні психологічного благополуччя (високий + середній рівні адаптованості).

Сильною стороною досліджуваних є інтернальність та самоприйняття, що дозволяє їм спиратися на внутрішні ресурси та впевнено приймати рішення.

Головною ціллю для психопрофілактичної або корекційної роботи є емоційний комфорт, оскільки майже третина групи відчуває періодичний або стійкий емоційний дискомфорт, що в майбутньому може призвести до загальної дезадаптації.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було здійснено емпіричне дослідження особливостей осіб із хронічними депресивними розладами, що дозволило отримати комплексне уявлення про їхній емоційний стан, рівень тривожності та соціально-психологічну адаптацію. На першому етапі було обґрунтовано та підібрано психодіагностичний інструментарій, який забезпечив багатовимірний аналіз досліджуваних характеристик. Використання валідних і надійних методик дало змогу всебічно оцінити прояви депресивної симптоматики, рівень тривожності та особливості соціального функціонування респондентів.

У процесі аналізу отриманих результатів встановлено, що у вибірці спостерігається неоднорідність показників емоційного стану. Значна частина респондентів демонструє наявність депресивних проявів різного ступеня вираженості, серед яких переважають легкі та помірні рівні, однак також виявлено групу з високими показниками депресії, що свідчить про наявність виражених емоційних труднощів. Подібні тенденції простежуються і за показниками тривожності, де значна частка осіб має середній та високий

рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності, що вказує на підвищену емоційну напруженість і схильність до стресових реакцій.

Аналіз соціально-психологічної адаптації показав переважання середнього та високого рівнів, що свідчить про загалом задовільне функціонування більшості респондентів у соціальному середовищі. Водночас наявність групи з низькими показниками за окремими шкалами вказує на труднощі в емоційній регуляції, самоприйнятті та міжособистісній взаємодії, що може ускладнювати процес адаптації та підтримувати депресивні прояви.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують наявність взаємозв'язку між рівнем депресивної симптоматики, тривожністю та соціально-психологічною адаптацією. Отримані дані свідчать про необхідність комплексного підходу до психологічної допомоги особам із хронічними депресивними розладами, що передбачає не лише зниження рівня емоційних порушень, але й розвиток адаптаційних ресурсів особистості, підвищення стресостійкості та покращення якості соціального функціонування.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПАЦІЄНТАМИ, ЩО МАЮТЬ ХРОНІЧНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

3.1. Психологічне консультування як втручання в умовах первинної допомоги

Психоконсультування допомагає у вирішенні локальних проблем, емоційній підтримці, інформаційній підтримці, структуруванні, пошуку конструктивних виходів із ситуацій, знаходженні шляхів досягнення цілей та усуненні небажаних явищ, тоді як психотерапія заглиблюється в підсвідомість, в причини самих проблем, сприйняття себе і навколишнього світу, вона пов'язана зі змінами у вашому підході до зміни до життя загалом.

Іншими словами, консультування – це про те, як краще зрозуміти проблему і знайти вихід з конкретної ситуації, а психотерапія - про те, як не допустити потрапляння в таку ситуацію, як змінити своє ставлення і тим самим змінити своє життя. Терапія також може починатися з конкретного запиту, але не обмежується ним. Це пов'язано з тим, що поглиблене вивчення особистості враховує, що запити змінюються з часом.

Психологічне консультування як форма втручання в умовах первинної допомоги є важливим компонентом сучасної системи охорони психічного здоров'я, спрямованим на раннє виявлення психологічних труднощів, стабілізацію емоційного стану та запобігання розвитку більш глибоких психічних розладів. Воно розглядається як первинний рівень психологічної підтримки, що забезпечує доступність допомоги для широкого кола осіб у ситуаціях емоційного напруження, стресу, кризових переживань або адаптаційних труднощів [15].

Сутність психологічного консультування полягає у професійній взаємодії між психологом і клієнтом, спрямованій на усвідомлення

проблемної ситуації, пошук внутрішніх і зовнішніх ресурсів для її подолання та формування більш адаптивних способів реагування. На відміну від глибокої психотерапії, консультування в умовах первинної допомоги має більш короткотривалий, ситуаційно орієнтований характер і спрямоване насамперед на підтримку, стабілізацію та профілактику ускладнень.

У межах первинної допомоги психологічне консультування виконує кілька ключових функцій. Перш за все, це діагностично-оцінювальна функція, яка дозволяє визначити рівень психологічного дистресу, виявити основні джерела проблеми та оцінити ризики для психічного здоров'я. Не менш важливою є підтримувальна функція, що полягає у створенні безпечного простору для емоційного вираження переживань, зниження внутрішньої напруги та формування відчуття прийняття і розуміння.

Особливе значення має також корекційно-розвивальна функція консультування, яка передбачає формування у клієнта навичок саморегуляції, підвищення стресостійкості, розвиток конструктивних стратегій подолання труднощів та зміцнення психологічних ресурсів. У багатьох випадках консультування допомагає змінити не стільки саму ситуацію, скільки ставлення до неї, що суттєво впливає на рівень емоційного благополуччя [25].

У контексті первинної допомоги важливу роль відіграє принцип доступності та оперативності психологічного втручання. Консультування часто здійснюється у школах, медичних закладах, соціальних службах або кризових центрах, де людина може отримати швидку психологічну підтримку без тривалих процедур підготовки. Це особливо актуально у випадках гострого стресу, втрати, конфліктних ситуацій або адаптаційних криз.

Принцип конфіденційності та етичності, який забезпечує довіру між консультантом і клієнтом. Відчуття безпеки та прийняття створює умови для відкритого обговорення проблем, що є необхідною передумовою ефективності психологічної допомоги. Також значну роль відіграє

індивідуалізація підходу, оскільки кожна ситуація є унікальною і потребує врахування особистісних особливостей клієнта, його життєвого досвіду та соціального контексту.

Психологічне консультування в умовах первинної допомоги є важливим інструментом профілактики психічних розладів, підтримки психічного здоров'я та підвищення якості життя. Воно сприяє ранньому реагуванню на психологічні труднощі, розвитку адаптаційних можливостей особистості та формуванню більш стійкого емоційного стану, що є ключовим у сучасному суспільстві з високим рівнем стресових навантажень.

У психологічній науці консультування традиційно розглядається як форма психологічної допомоги, що переважно спрямована на підтримку психічно здорових осіб, які тимчасово опинилися у складних життєвих або кризових ситуаціях. Водночас у сучасних наукових підходах спостерігається тенденція до розширеного трактування цього поняття: деякі дослідники використовують термін «психологічне консультування» як узагальнене позначення, що включає також елементи психотерапії (у немедичному розумінні) та психологічної корекції. Такий підхід ґрунтується на тому, що зазначені форми роботи мають низку спільних характеристик, зокрема роботу з груповою динамікою, встановлення довірливого та підтримувального контакту між фахівцем і клієнтом, а також застосування спеціальних психологічних технік і методів впливу. Спільною метою цих підходів є створення умов, які сприяють особистісному розвитку, покращенню міжособистісної взаємодії та підвищенню загальної якості життя людини [34].

Разом із тим існує й інша наукова позиція, відповідно до якої, попри зовнішню подібність консультування і психотерапії, між ними простежуються суттєві відмінності. Насамперед вони пов'язані зі ступенем глибини психологічного втручання та рівнем відповідальності спеціаліста за стан клієнта. У цьому контексті психологічне консультування переважно орієнтоване на допомогу у вирішенні міжособистісних труднощів,

покращення комунікації та адаптації до життєвих обставин. Натомість психотерапія спрямована на більш глибоку роботу з особистістю, зокрема на опрацювання внутрішніх конфліктів і базових психологічних проблем, які можуть лежати в основі різноманітних життєвих труднощів та емоційних розладів.

Окремо варто підкреслити значення психологічного консультування як елемента системи раннього втручання, коли ще немає сформованого клінічного розладу, але вже спостерігаються перші ознаки емоційного виснаження, тривожності, апатії або труднощів адаптації. У таких випадках своєчасна консультативна підтримка дозволяє не лише зменшити інтенсивність негативних переживань, а й запобігти їх закріпленню у вигляді стійких дезадаптивних моделей поведінки. Саме тому консультування розглядається як профілактичний ресурс, що знижує ризик переходу психологічних труднощів у хронічні стани [37].

Важливою складовою є також розвиток у клієнта навичок усвідомленості власних емоційних реакцій та їх регуляції. У процесі консультування людина поступово вчиться розпізнавати тригери стресу, аналізувати власні думки та поведінкові реакції, а також знаходити альтернативні способи реагування на складні життєві ситуації. Це сприяє формуванню більш зрілої позиції щодо власного життя та підвищує рівень психологічної автономії.

Значущим є й освітній аспект психологічного консультування, оскільки воно часто включає психоедукацію — надання клієнту знань про природу його стану, механізми виникнення стресу, тривоги або депресивних проявів. Така інформація допомагає зменшити рівень невизначеності та страху, а також формує більш реалістичне уявлення про власний психічний стан, що є важливим кроком до його стабілізації [44].

У практичному вимірі психологічне консультування також виконує роль «містка» між первинною допомогою та більш глибокими формами психологічної або психотерапевтичної роботи. У випадках, коли виявлені

труднощі виходять за межі консультативного рівня, фахівець може рекомендувати подальше спеціалізоване втручання, забезпечуючи безперервність допомоги та її ефективність.

Психологічне консультування охоплює широкий спектр напрямів допомоги, що спрямовані на підтримку особистості на різних етапах її розвитку та життєдіяльності. Зокрема, консультування у сфері психічного та духовного розвитку дитини передбачає допомогу у подоланні внутрішніх вікових конфліктів, зокрема едіпового комплексу, сприяння формуванню особистісної ідентичності через процеси культурного, етнічного та етичного самовизначення. Важливе місце займає підтримка дитини у випадках емоційних травм, пов'язаних із усвідомленням смерті або втратою близьких людей, а також формування базових ціннісних і моральних орієнтирів, особливо в періоди вікових криз.

Окремим напрямом є вирішення екзистенційних та особистісних проблем підліткового віку, яке спрямоване на подолання кризи відокремлення від батьків і формування нових моделей ідентифікації з іншими значущими особами. У підлітковий період особливо актуальними є питання переживання власної неповноцінності, усвідомлення обмеженості можливостей батьків, становлення сексуальної ідентичності, боротьби за особистий і соціальний статус, а також трансформації релігійних уявлень і ціннісних орієнтацій [26].

Важливим напрямом є також консультування у сфері сімейних та шлюбних відносин, яке охоплює вирішення подружніх і батьківсько-дитячих конфліктів, супровід сімей у кризових періодах, психологічну підтримку до та після розлучення, а також допомогу розлученим і самотнім людям у процесі адаптації та побудови нових стосунків і шлюбних союзів.

Консультування з питань психічного та особистісного здоров'я забезпечує як превентивну, так і поточну психологічну допомогу у випадках психічних і соматичних розладів, депресивних станів, стресових переживань, залежностей (зокрема алкоголізму та наркоманії), міжособистісних

конфліктів і прикордонних психічних станів, сприяючи стабілізації психоемоційного стану та покращенню якості життя.

Окрему групу становлять проблеми осіб похилого віку, які потребують спеціалізованої психологічної підтримки. До них належать формування адекватного сприйняття власного віку та життєвого шляху, задоволення емоційних потреб, допомога у вирішенні духовно-релігійних питань, а також регулярний психологічний супровід і консультування щодо організації повсякденного життя.

Важливим є також напрям кризового консультування, яке передбачає надання термінової психологічної допомоги у випадках раптової смерті близької людини, суїцидальних спроб, насильства, зради, втрати роботи чи житла та інших гострих кризових ситуацій ненормативного характеру. Його основною метою є стабілізація емоційного стану та запобігання розвитку тяжких психологічних наслідків [46].

Шкільне консультування спрямоване на вирішення проблем у системі «учитель – учень», взаємин між однолітками, взаємодії з батьками, а також на підтримку навчальної успішності, розвиток здібностей і корекцію поведінкових відхилень. Воно сприяє створенню сприятливого освітнього середовища та гармонійному розвитку дитини.

Професійне консультування, у свою чергу, допомагає особистості у процесі професійного самовизначення, вибору майбутньої діяльності, підготовки резюме та проходження співбесід, а також у питаннях перекваліфікації, пошуку роботи та адаптації до нових професійних умов. Таким чином, воно сприяє ефективній соціально-професійній реалізації людини.

Таким чином, психологічне консультування в умовах первинної допомоги виступає не лише як засіб короткочасної підтримки, а як важливий етап формування психологічного благополуччя, розвитку адаптивних стратегій поведінки та підвищення загальної якості життя особистості.

3.2. Психологічна допомога пацієнтам із депресивними розладами

Психологічна допомога пацієнтам із депресивними розладами є складним, багаторівневим і тривалим процесом, спрямованим на відновлення емоційної рівноваги, зниження інтенсивності депресивної симптоматики та повернення людини до повноцінного функціонування в особистісній і соціальній сферах. Вона ґрунтується на розумінні депресії як комплексного психічного стану, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти, і тому потребує інтегрованого підходу, який поєднує різні методи психологічного впливу.

Основною метою психологічної допомоги є зменшення почуття безнадійності, емоційного виснаження та негативного самосприйняття, а також формування більш адаптивних способів мислення і поведінки. Важливим етапом є встановлення довірливого терапевтичного контакту між психологом і пацієнтом, оскільки саме відчуття безпеки, прийняття та підтримки створює основу для подальшої роботи. Люди з депресивними розладами часто відчувають недовіру до оточення, знижений рівень мотивації та труднощі у вираженні власних емоцій, тому емпатійна позиція фахівця є ключовим чинником ефективності допомоги [50].

У процесі психологічної роботи значна увага приділяється когнітивним спотворенням, які підтримують депресивний стан. Пацієнт поступово навчається розпізнавати негативні автоматичні думки, аналізувати їхню реалістичність та формувати альтернативні, більш збалансовані інтерпретації подій. Такий підхід дозволяє зменшити рівень самозвинувачення, песимізму та глобального негативного мислення, що є характерним для депресії.

Важливою складовою є робота з емоційною сферою, яка передбачає відновлення здатності людини до переживання позитивних емоцій, поступове розширення емоційного досвіду та зниження внутрішньої напруги. У цьому контексті застосовуються техніки емоційної регуляції, релаксаційні практики, дихальні вправи та методи усвідомленості, які допомагають

пацієнту краще контролювати свій внутрішній стан і зменшувати рівень тривоги.

Поведінкова активація, яка спрямована на поступове відновлення активності та залучення людини до приємних і значущих видів діяльності. Оскільки депресія часто супроводжується пасивністю та втратою інтересу, важливо створювати умови для маленьких, але регулярних кроків у бік підвищення активності, що сприяє поступовому покращенню настрою та відчуттю контролю над власним життям.

Також важливим є соціальний аспект психологічної допомоги, який передбачає відновлення міжособистісних контактів, розвиток навичок спілкування та зміцнення соціальної підтримки. Пацієнти з депресивними розладами часто ізолюються від оточення, тому робота над поверненням до соціальної взаємодії є важливою умовою одужання.

Психологічна допомога пацієнтам із депресивними розладами є комплексним процесом, що поєднує когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні інтервенції. Її ефективність залежить від системності підходу, індивідуалізації роботи та тривалості підтримки, що дозволяє не лише зменшити симптоми депресії, а й сприяти глибокому відновленню психологічного благополуччя особистості [52].

При депресивних розладах саме ця сфера часто зазнає глибоких порушень: майбутнє сприймається як безнадійне або невизначене, що суттєво знижує мотивацію до будь-яких змін. Поступове відновлення цілей — спочатку короткострокових, а згодом і довгострокових — дозволяє людині повернути відчуття сенсу та внутрішньої опори.

Окрему увагу приділяють розвитку навичок самодопомоги, які пацієнт може використовувати поза межами терапевтичних сесій. Це включає навчання технікам подолання стресу, ведення емоційного щоденника, використання методів самоспостереження та формування навичок конструктивного вирішення проблем. Такі інструменти сприяють

підвищенню рівня самостійності та зменшують залежність від зовнішньої підтримки.

У процесі психологічної роботи також важливо враховувати соматичний компонент депресії, оскільки фізичне виснаження, порушення сну та зниження енергії значно впливають на загальний стан пацієнта. У цьому контексті рекомендується нормалізація режиму дня, поступове відновлення фізичної активності, а також формування здорових звичок, які підтримують стабільність психофізіологічного стану [43].

Залучення сімейного оточення до процесу психологічної допомоги. Підтримка близьких людей, їхнє розуміння природи депресивного стану та правильна поведінка у взаємодії з пацієнтом можуть суттєво підвищити ефективність терапії. Водночас важливо запобігати надмірному тиску або знецінюванню переживань людини, оскільки це може поглибити симптоматику.

Одним із сучасних і перспективних напрямів психологічної роботи з хронічним болем є проактивна психологічна допомога, яка ґрунтується на випереджувальному підході до втручання. Її сутність полягає в тому, що психологічна підтримка надається вже на ранніх етапах розвитку проблеми — ще до формування повноцінних клінічних проявів тривожних або депресивних розладів. Така стратегія дозволяє запобігти ускладненню психоемоційного стану та зменшити ризик переходу гострих реакцій у хронічні порушення, які значно погіршують якість життя пацієнта.

Основною метою проактивного підходу є профілактика закріплення негативних емоційних і поведінкових реакцій, що можуть посилювати відчуття болю та ускладнювати процес відновлення. Наприклад, у перші тижні після травматичних подій або оперативних втручань своєчасне виявлення підвищеної тривожності та навчання базовим методам саморегуляції може суттєво знизити ймовірність розвитку стійких тривожних розладів. У цьому контексті проактивна психологічна допомога безпосередньо узгоджується зі стратегією раннього втручання (early

intervention), яка широко використовується в сфері психічного здоров'я та довела свою ефективність при афективних і тривожних розладах.

У межах роботи з хронічним болем проактивність передбачає не очікування погіршення стану, а своєчасне запобігання формуванню замкненого кола «біль – емоційне виснаження – соціальна ізоляція – зниження якості життя – медикаментозні ускладнення». Натомість застосовуються короткострокові психологічні інтервенції вже на етапі ранньої реабілітації, спрямовані на стабілізацію емоційного стану та формування адаптивних способів реагування [31].

Наукові дані свідчать, що навіть відносно нетривалі психологічні втручання можуть забезпечувати суттєвий позитивний ефект, особливо тоді, коли метою є не повне усунення больового синдрому, що не завжди є можливим, а зміна ставлення до болю та розвиток ефективних копінг-стратегій. Такий підхід сприяє підвищенню психологічної стійкості та покращенню загальної адаптації людини до хронічного стану.

Таким чином, проактивна психологічна допомога інтегрує елементи профілактики та терапії, концентруючись на факторах, які піддаються психологічній корекції. До них належать рівень тривожності, схильність до катастрофізації, унікальна поведінка, а також недостатній розвиток навичок саморегуляції. Саме робота з цими компонентами дозволяє ефективно зменшувати негативний вплив хронічного болю на психоемоційний стан особистості та підвищувати якість її життя [23].

Оцінюючи психічний стан пацієнта, важливо враховувати широкий спектр чинників ризику розвитку великого депресивного розладу (ВДР), оскільки його формування є багатофакторним і зумовленим взаємодією біологічних, психологічних та соціальних детермінант. До немодифікованих факторів ризику, які не піддаються зміні, належать жіноча стать, наявність афективних розладів у сімейному анамнезі, пережиті в дитинстві несприятливі події або досвід жорстокого поводження, а також втрата

подружнього партнера. Ці обставини формують підвищену вразливість до розвитку депресивних станів у подальшому житті.

Водночас значну роль відіграють динамічні, потенційно модифіковані чинники ризику, які можуть виникати та змінюватися протягом життєвого шляху. До них належать хронічні соматичні та несихічні захворювання, зокрема хронічний больовий синдром, серцево-судинні патології, онкологічні захворювання, запальні хвороби кишечника, цукровий діабет, порушення сну, ожиріння та дерматологічні розлади. Більшість із цих станів має двосторонній зв'язок із депресією, коли соматичне захворювання підвищує ризик розвитку депресивної симптоматики, а депресія, у свою чергу, погіршує перебіг основної хвороби [28].

До важливих додаткових факторів належать також супутні психічні розлади, особливо тривожні стани, а також розлади, пов'язані із вживанням алкоголю та психоактивних речовин. Підвищений ризик розвитку ВДР також асоціюється з хронічним безсонням, роботою в нічні зміни та періодами гормональних змін, такими як статеве дозрівання, вагітність, післяпологовий період і перименопауза.

Окрему групу становлять психосоціальні чинники, серед яких стресові життєві події, несприятливий мікроклімат на роботі, соціальна нерівність, втрата близьких людей, досвід віктимізації або булінгу, зокрема в цифровому середовищі, гендерна дисфорія та малорухливий спосіб життя. Навіть за умови часткової корекції вже наявних симптомів та супутніх станів ці фактори можуть істотно підвищувати ризик розвитку великого депресивного розладу, що підкреслює необхідність комплексного підходу до оцінки стану пацієнта та профілактики психічних порушень.

Загальні цілі терапії великого депресивного розладу (ВДР) полягають у досягненні симптоматичної ремісії, відновленні повноцінного психосоціального функціонування, покращенні якості життя пацієнта, а також у запобіганні рецидивам захворювання. Важливо, щоб лікування при цьому залишалося безпечним, ефективним і максимально прийнятним для

самої людини. У сучасній клінічній практиці терапевтичні цілі визначаються індивідуально з урахуванням особливостей пацієнта та базуються на пацієнт-орієнтованому підході.

Лікувальний процес зазвичай поділяється на дві основні фази: невідкладну (гостру), яка триває приблизно від 8 до 16 тижнів, та підтримувальну, тривалість якої може становити від 6 до 24 місяців. Основним завданням гострої фази терапії є забезпечення безпеки пацієнта, підбір оптимальної терапії відповідно до клінічних рекомендацій, зменшення інтенсивності депресивної симптоматики та поступове відновлення порушених функцій [17].

Однією з ключових цілей цього етапу є досягнення ремісії, яка визначається як повне або майже повне зникнення симптомів депресії. Саме ремісія розглядається як основний критерій ефективності лікування у фазі активного втручання. Важливе місце в комплексній терапії займають психоосвіта та розвиток навичок самоконтролю. Психоосвіта передбачає надання пацієнту знань про природу депресії, її симптоми, можливі механізми подолання та сучасні підходи до лікування. У свою чергу, самоконтроль спрямований на формування у пацієнта активної позиції щодо власного стану та включає опанування стратегій розв'язання проблем, корекцію способу життя, а також поведінкову активацію, що сприяє поступовому покращенню емоційного стану та якості життя загалом.

Терапія депресивних станів у дітей та підлітків ґрунтується на комплексному та індивідуалізованому підході, який враховує як клінічні особливості перебігу розладу, так і специфіку мікросоціального середовища, в якому розвивається дитина. Важливим є розуміння того, що ефективність лікування значною мірою залежить від взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, які впливають на формування та підтримку депресивної симптоматики [13].

Психологічна робота з дітьми та підлітками, які перебувають у депресивному стані, потребує особливої чутливості, терпіння, емоційної

залученості та коректності з боку фахівця. Встановлення довірливого контакту є ключовою умовою терапевтичного процесу, оскільки дозволяє дитині поступово відкриватися та виражати власні переживання.

У випадках, коли джерелом проблем є дисфункціональні сімейні взаємини, важливу роль відіграє сімейна терапія, спрямована на корекцію комунікації між членами родини та зміну неефективних моделей взаємодії. Паралельно застосовується індивідуальна терапія, метою якої є розвиток особистісних ресурсів дитини, формування здатності усвідомлювати та виражати емоції, опрацьовувати травматичні переживання та підвищувати навички подолання життєвих труднощів [5].

Суттєве місце в системі допомоги займає когнітивно-поведінкова терапія, яка спрямована на формування більш адаптивних способів мислення та поведінки. Вона допомагає дитині поступово змінювати негативні автоматичні думки, розвивати конструктивні стратегії подолання труднощів та підвищувати рівень соціальної адаптації через поетапне виконання завдань і тренування нових навичок.

У деяких випадках додатково можуть застосовуватися допоміжні методи, зокрема світлотерапія (ультрафіолетове опромінення), яка сприяє нормалізації функціонування центральної та вегетативної нервової системи. Загалом лікування депресії у дітей та підлітків базується на трьох основних компонентах: психотерапії, психофармакотерапії та психоедукації, яка передбачає інформування дитини та її родини про природу захворювання, його перебіг і способи подолання.

Особливої уваги потребують випадки, що супроводжуються суїцидальними проявами. До тривожних ознак належать нав'язливі думки про смерть, різка соціальна ізоляція та припинення контактів із друзями. У таких ситуаціях необхідним є негайне втручання та, за потреби, стаціонарне лікування в спеціалізованих закладах.

Серед основних напрямів психотерапевтичної допомоги дітям і підліткам при депресії виділяють когнітивну терапію, яка навчає

розпізнавати та змінювати неадекватні автоматичні думки; поведінкову терапію, спрямовану на заміну деструктивних моделей поведінки конструктивними через активну взаємодію та виконання «домашніх завдань»; міжособистісну терапію, що фокусується на покращенні стосунків з оточенням; терапію вирішення проблем, яка формує навички подолання життєвих труднощів; сімейну терапію, спрямовану на зміцнення внутрішньосімейної стабільності та підтримки дитини; а також ігрову терапію, яка особливо ефективна у роботі з молодшими дітьми як діагностичний і корекційний інструмент [24].

Важливою складовою є також психоедукація, що передбачає систематичне інформування дитини та членів її сім'ї про особливості депресії, механізми її виникнення та шляхи подолання. У сукупності всі ці підходи забезпечують комплексний характер допомоги та сприяють більш ефективному відновленню психічного здоров'я дитини.

Таким чином, психологічна допомога при депресивних розладах набуває максимально комплексного характеру, охоплюючи не лише роботу з внутрішніми переживаннями, а й відновлення життєвої активності, соціальних зв'язків та фізичного благополуччя. Такий інтегрований підхід дозволяє досягти більш стійких результатів і забезпечити довготривале покращення якості життя пацієнта.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі розглянуто особливості психологічної роботи з пацієнтами, які мають хронічні депресивні розлади, з акцентом на різні рівні психологічного втручання та їхню ефективність у процесі підтримки психічного здоров'я. Зокрема, проаналізовано роль психологічного консультування як форми первинної допомоги, що виступає важливим

етапом раннього виявлення емоційних труднощів, стабілізації психічного стану та запобігання поглибленню депресивної симптоматики. Підкреслено, що консультування має короткотривалий, підтримувальний характер і спрямоване на формування ресурсних стратегій подолання стресу, підвищення рівня усвідомленості власного стану та розвиток адаптивних форм реагування на життєві труднощі.

Окрему увагу приділено психологічній допомозі пацієнтам із депресивними розладами, яка розглядається як більш глибокий і комплексний процес, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні інтервенції. Встановлено, що ефективна психологічна робота передбачає формування довірливого терапевтичного контакту, корекцію негативних когнітивних установок, відновлення емоційної регуляції, поступову активізацію поведінкових ресурсів та зміцнення соціальних зв'язків. Важливим є також розвиток у пацієнтів навичок самодопомоги та підвищення їхньої психологічної стійкості.

Таким чином, результати аналізу засвідчують, що психологічна робота з пацієнтами, які мають хронічні депресивні розлади, повинна мати системний і поетапний характер, поєднуючи первинні консультативні втручання з більш глибокими формами психологічної допомоги. Такий підхід забезпечує не лише зменшення вираженості депресивної симптоматики, а й сприяє відновленню адаптаційних можливостей особистості, підвищенню якості життя та формуванню стійких ресурсів психологічного благополуччя.

ВИСНОВКИ

У ході виконання дослідження було комплексно розкрито основні теоретичні та практичні аспекти проблеми депресивних розладів, а також особливості психологічної роботи з особами, які мають хронічний перебіг цього стану. Зокрема, було визначено сутність поняття «депресивні розлади» як складної групи афективних порушень, що характеризуються стійким зниженням настрою, втратою інтересу до діяльності, когнітивними спотвореннями, зниженням мотивації та порушеннями соціального функціонування. Підкреслено, що депресивні розлади мають багатофакторну природу та можуть проявлятися у різних формах і ступенях вираженості, що зумовлює необхідність індивідуалізованого підходу до їх розуміння та подальшого супроводу.

Розглянуто психологічні властивості осіб із хронічними депресивними розладами, для яких характерними є стійке зниження емоційного фону, негативна Я-концепція, схильність до самоізоляції, зниження активності та мотиваційної сфери, а також підвищена вразливість до стресових ситуацій. Встановлено, що такі особливості супроводжуються порушенням адаптаційних механізмів, що ускладнює ефективну взаємодію з соціальним середовищем і підтримує хронічний характер розладу.

У межах емпіричної частини дослідження проаналізовано особливості емоційного стану, рівня тривожності та соціально-психологічної адаптації осіб із депресивними проявами. Отримані результати засвідчили наявність у частини вибірки підвищеного рівня депресивної симптоматики та тривожності, а також різного ступеня адаптаційних труднощів. Водночас у більшості респондентів виявлено середні або помірні показники, що свідчить про варіативність психологічного стану та необхідність диференційованого підходу до оцінки їхнього функціонування.

Приділено увагу психологічній допомозі пацієнтам із депресивними розладами, яка розглядається як комплексний процес, що включає

консультування, психокорекційні заходи, розвиток навичок саморегуляції, роботу з когнітивними викривленнями та відновлення соціальної активності. Наголошено, що ефективність психологічної допомоги значною мірою залежить від своєчасності втручання, індивідуального підходу та поєднання різних методів психологічної підтримки.

Таким чином, результати дослідження підтвердили взаємозв'язок між депресивними розладами, психологічними особливостями особистості та рівнем її соціально-психологічної адаптації, а також довели необхідність комплексного підходу до діагностики, корекції та психологічного супроводу осіб із хронічними депресивними станами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова А. І. Схильність до депресії як чинник суїцидальної поведінки серед студентської молоді. 2017. С. 18–28.
2. Атаманчук Н. М. Підвищення стресостійкості молоді: психологічний ресурс арт-технік. *Гуманітарний простір науки: досвід та перспективи*: зб. матеріалів XXVII Міжнар. наук. практ. інтернет-конф. (4 травня 2020 р., Переяслав), 2020. Вип. 27. С. 159–160.
3. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 3 (96). С. 22–24.
4. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 3. С. 22–24.
5. Бедлінський В. О. Порівняльна характеристика депресії у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та у пацієнтів з ендогенними афективними розладами настрою. *Архів психіатрії*. 2017. № 23. С. 33–36.
6. Бігун Н. І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами : монографія. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори, 2006, 2011. 160 с.
7. Білан О. М., Литвиненко О., Бандура Ю. Депресивні та тривожні прояви у старшокласників залежно від соціодемографічних факторів. *Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. 2019. С. 70–75.
8. Білоус Р. М., Біленко Д. С. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників. URL: <http://www.http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7949/1/12.pdf>.
9. Борисенко Л., Корват Л. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2022. С. 65-67.

10. Бортнікова О. Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*. 2021. С. 163–172.
11. Валюшко М. О., Куліш О. В. Депресивні стани підлітка та їх причини. *Актуальні проблеми природничих та гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених «Родзинка–2018» XX Всеукр. наук. конф. молодих учених*. 2018. С. 308–310.
12. Воробйова А. В. Особливості депресивних станів дівчат старшого підліткового віку. *Current issues of science, prospects and challenges: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference*. 2021. С. 33.
13. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/>
14. Гірняк А. Психоекологічний потенціал розвивального підручника. *Психологія і суспільство*. №4. 2003. С. 128–136.
15. Гірняк Г. С., Городова Ю. Ю. Особливості виникнення емоційної напруженості у студентів ВНЗ. *Актуальні задачі сучасних технологій: зб. тез доп. V Міжнар. наук.-техн. конф. молодих учених та студентів (17–18 листопада 2016 р., м. Тернопіль)*. Тернопіль: ТНТУ ім. Івана Пулюя, 2016. Т. 2. С. 320–321.
16. Дика Б. М. Діагностичні особливості депресивного розладу у молодих людей. *Магістр медсестринства*. 2022. № 1 (27) С. 25–29.
17. Жигайло Н., Харко Н. Онлайн-освіта: вимушена самоізоляція чи система отримання знань студентами закладів вищої освіти. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 8. С. 36–49.
18. Жигайло Н., Шолубка Т. Формування психологічної стійкості студентів ЗВО під час війни. *Вісник Львівського університету*. 2022. Вип. 14. С. 3–14.
19. Заїка В. М. Психологічні особливості виявлення та подолання депресивних розладів. *Психолого-педагогічні аспекти розвитку особистості в сучасному світі : Зб. наук. пр.* Полтава: Освіта, 2007. С. 8–14.

20. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко та ін. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
21. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: методичний посібник / О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська та ін. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
22. Зелений В. Н. Лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів похилого віку. *Український вісник психоневрології*. 2008. Т. 16. Вип. 1. С. 51–54.
23. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. *Психологічні науки*. 2016. № 1 (16). С. 77–81.
24. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. Серія : Психологічні науки. 2016. № 1. С. 77–81.
25. Карвацька Н. С. Рівні тривоги та депресії у студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції внаслідок пандемії COVID-19. Science, innovations and education: problems and prospects: the 14th International scientific and practical conference (August 25–27, 2022, Tokyo, Japan). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2022. С. 286–291.
26. Клевець Л. Соціально-психологічна детермінація імагінальної дисфункції у студентської молоді з психосоматичними розладами. *Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи*. 2019. С. 99–106.
27. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. 2016. Вип. 5. С. 46–52.
28. Кожина Г. М., Зеленська К. О. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21. Вип. 4. С. 90–93.

29. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Герасименко М. В., Ткаченко В. В. Збірник методик діагностики лідерських якостей курсантського, сержантського та офіцерського складу: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2012. 433 с.
30. Корнієнко О. В. Передумови скринінг-діагностики донозологічних маркерів безпеки в підтриманні психосоматичного здоров'я учнівської та студентської молоді. URL: <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/294/8199/17108-1?inline=1>
31. Кошак Б. О. Оцінка депресивних розладів у хворих з анкілозивним спондилоартритом. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. № 1. С. 33–36. 30.
32. Крижановська З. Надійний тип прив'язаності як основа розвитку психічного здоров'я дитини. Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика: збірник тез доповідей II Міжнар. міждисциплінарної конф. Харків, 2021. С. 52–54.
33. Крижановська З. Ю., Радчук Н. Емоційні розлади як кореляти порушення якості психічного здоров'я в студентському віці. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія. 2023. №3. С. 72–75.
34. Логвінова Д. В., Петрікеєва Є. Гендерні особливості вияву депресивних станів в підлітковому віці. *Актуальні питання сучасної науки та освіти*. Редакційна колегія: 2020. С. 141.
35. Лотоцька Л., Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Психічне здоров'я молоді в умовах військових конфліктів. *Viae Educationis: Studies of Education and Didactics*. 2022. Vol. 1, № 3. С. 54–61.
36. Луценко Д.В. Профілактика депресивних станів майбутніх психологів. Дипломна робота на здобуття ступеня магістра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ, 2021. 90 с.

37. Мельник А. П. Психологічні особливості депресивних станів у пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом. *Психологічні перспективи*. Вип. 18. 2011. С. 168–175.
38. Мітлош А. В. Особливості опанувальної поведінки осіб з різним рівнем невротизації. Когнітивно-поведінкові стратегії розвитку здобувачів вищої освіти у процесі професійної підготовки: зб. тез всеукр. наук.-практ. семінару. Дніпро: Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ. 2021. С. 115–117.
39. Огороднійчук А.С. Здатність до саморегуляції у студентів з різним рівнем прояву депресивних станів. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ, 2022. 49 с.
40. Опанасенко Л. А. Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація. *Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського*. Миколаїв: Іліон, 2018. 153 с.
41. Орос М. М., Сіткар А. Порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових та хворих людей. *Здоров'я України*. 2016. № 3 (38). С. 50–52.
42. Панько Т. В. Депресивні розлади: клініка, діагностика і диференційний підхід до терапії. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20. Вип. 4. С. 98–105.
43. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. Лютий 2017. С. 27–31.
44. Пилипенко К. В. Емоційна стійкість як професійно важлива якість майбутнього психолога-практика. Практична психологія в системі вищої освіти; теорія, результати досліджень, технології : колективна монографія / ред. проф, Н. І. Пов'якель. К. ; НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. С. 137–147.

45. Психологічні аспекти медичної праці: навч. Посібник. Уклад. І. В. Федік. К.: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 126 с.
46. Психологія стресостійкості студентської молоді / За заг. ред. В. Шмаргуна. К.: Видавничий центр НУБіП України, 2018. 198 с.
47. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. 2017. С. 163–172.
48. Радчук Н., Крижановська З. Значення важливості психічного здоров'я для студентської молоді. *Особистість і суспільство*: зб. матер. Х Міжнар. наук.-практ. конф. Луцьк: ФОП Мажула Ю.М., 2023. С. 85–87.
49. Рисинець Т. П., Лойко Л. С., Мазур О. В., Савенко А. А. Негативні емоційні стани студентської молоді. *Sciences of Europe*. 2021. №75. С. 49–51.
50. Садова М. А. Гендерні та вікові відмінності депресивних станів особистості. *Міжнародний науковий журнал «Науковий огляд»*. 2020. С. 75–89.
51. Сибірна Р. І. Сучасні підходи до проблеми зміцнення психічного здоров'я молоді. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві*: зб. тез VI Всеукр. наук.-практ. конф. (22 жовтня 2021 р., м. Львів). Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. С. 278–280.
52. Слабкий Г. О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: метод. реком. / за ред. Г. О. Слабкого. К., 2011. 32 с.
53. Старусева В. В., Тереник С. А. Психогігієна, як розділ науки націлений на попередження виникнення депресії, іпохондрії та астенії. *Plateformescientifiqueeuropéenne*, 2020. 5 с.
54. Степанова О. А. Превенція депресивних станів дівчат-підлітків у межах діяльності шкільної психологічної служби. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2017. С. 111–118.

55. Степарук С., Сікора Ю. Психологічна профілактика депресивних станів. *Наукові заходи Юридичного факультету Західноукраїнського національного університету*. 2020. С. 471–474.

56. Столярчук О. А. Проблема розвитку тривожно-депресивних станів у молоді в умовах карантинних обмежень. Problems of practical application of innovations, methodology and experience: the XXI International Science Conference (April 15 – 16, 2021, Lisbon, Portugal). 2021, Lisbon, Portugal. С. 179–182.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II)

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, уважно прочитайте всі варіанти відповідей до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день.

Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

1. Мені не сумно.

1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.

2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.

3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

2. Я спокійно думаю про майбутнє.

1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.

2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.

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

3. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.

2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

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

4. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.

1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.

2. Я ні від чого не отримую задоволення.

3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу

5. Я не відчуваю відчуття провини.

1. Я доволі часто відчуваю провину.

2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.

3. Мене мучить постійне відчуття провини.

6. Я не вважаю, що заслуговую покарання.

1. Я допускаю, що заслуговую покарання.

2. Я вважаю, що маю бути покараний.

3. Я відчуваю, що доля карає мене.

7. Я в основному задоволений тим, ким я є.

1. Я незадоволений собою.

2. Я гидкий собі.

3. Я ненавиджу себе.

8. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.

1. Я критикую себе за слабкості та помилки.

2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.

3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.

9. У мене не виникає думок про самогубство.

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

2. Я хочу вмерти і планую самогубство.

3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.

10. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.

1. Я плачу частіше, ніж звичайно.

2. Я увесь час плачу.

3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.

11. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.

1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.
2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.

3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.

12. Я не втратив цікавості до людей.

1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.
2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.
3. Люди мені глибоко байдужі.

13. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.

1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.
2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.
3. Я не в стані приймати жодних рішень.

14. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.

1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.

2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.

3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.

15. Мені працюється так, як і раніше.

1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.
2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці.
3. Я не в стані працювати.

16. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.

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

3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.

17. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.

1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.

18. У мене нормальний апетит.

1. У мене погіршився апетит.

2. У мене майже відсутній апетит.

3. У мене зовсім нема апетиту.

19. Моя вага залишається незмінною.

1. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.

2. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.

3. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.

4. Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні

20. Моє тілесне здоров'я є добре.

1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).

2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.

3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.

21. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.

1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.

2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.

3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

Методика реактивної та особистісної тривожності

Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність – це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1–20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала «Як ви себе почуваєте в даний момент?») та 21–40 – для визначення особистісної тривожності (шкала «Як Ви себе почуваєте звичайно?»). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) – для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) – для шкали особистісної тривожності.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності – № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) – низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 – в шкалі особистісної тривожності.

Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 – для шкали особистісної тривожності.

Коло Айзенка



Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30

балів - низький рівень тривожності, від 31–45 балів – середній, більше 45 балів – високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе почуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
	1	2	3	4

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Шкала самооцінки особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених питань і закресліть ту цифру справа в залежності від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над запитаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
	1	2	3	4

21. Я відчуваю задоволення.
22. Я швидко втомлююсь.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
26. Я почуваю себе бадьорим.
27. Я спокійний, холонокровний і зібраний.
28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.
30. Я буваю повністю щасливий.
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не дістає впевненості у собі.
33. Я почуваю себе в безпеці.
34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.
35. У мене буває хандра.
36. Я задоволений.
37. Які дрібниці відволікають та хвилюють мене.
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Методика соціально-психологічної адаптації**К. Роджерс – Р. Даймонда**

Інструкція. «У опитувальнику містяться вислови про людину, про її спосіб життя: переживання, думки, звички, стиль поведінки. Їх завжди можна співвіднести з нашим власним способом життя.

Прочитавши або прослухавши черговий вислів опитувальника, порівняйте його до своїх звичок, свого способу життя і оцініть: якою мірою цей вислів може бути віднесений до Вас. Для того, щоб позначити вашу відповідь в бланку, виберіть відповідний, на вашу думку, один з семи варіантів оцінок, пронумерованих цифрами від «0» до «6»:

- «0» – це до мене абсолютно не відноситься;
- «1» - це до мене не відноситься;
- «2» – сумніваюся, що це можна віднести до мене;
- «3» - не наважуюся віднести це до себе;
- «4» – це схоже на мене, але немає упевненості;
- «5» – це на мене схоже;
- «6» – це точно про мене.

Вибраний вами варіант відповіді відзначте в бланку для відповідей в осередку, відповідному порядковому номеру вислову».

Стимульний матеріал.

1. Випробовує незручність, коли вступає з ким-небудь в розмову.
2. Немає бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому любить змагання, змагання, боротьбу.
4. Пред'являє до себе високі вимоги.
5. Часто лає себе за зроблене.
6. Часто відчуває себе приниженим.

7. Сумнівається, що може подобатися кому-небудь з осіб протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди
9. Теплі, добрі відносини з тими, що оточують.
10. Людина стримана, замкнута; тримається від всіх трохи осторонь.
11. У своїх невдачах винить себе.
12. Людина відповідальна; на нього можна вважатися.
13. Відчуває, що не в силах хоч що-небудь змінити, всі зусилля марні.
14. На багато що дивиться очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила і вимоги, яким належить слідувати.
16. Власних переконань і правил не вистачає.
17. Любить мріяти.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: «застряє» на переживаннях образ, в думках перебираючи способи помсти.
19. Уміє управляти собою і власними вчинками, примушувати себе, дозволяти собі; самоконтроль для нього - не проблема.
20. Часто псується настрій: накочує смуток, нудьга.
21. Все, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі; зайнятий собою.
22. Люди, як правило, йому подобаються.
23. Не соромиться своїх відчуттів, відкрито їх виражає.
24. Серед великого збігу народу буває трішки самотньо.
25. Зараз дуже ніяково. Хочеться все кинути, абикуди сховатися.
26. З тими, що оточують зазвичай ладнає.
27. Всього важче боротися з самим собою.
28. Насторожує незаслужене доброзичливе відношення тих, що оточують.
29. У душі – оптиміст, вірить в краще.
30. Людина неподатлива, уперта; таких називають важкими.

31. До людей критичний і судить їх, якщо вважає, що Вони цього заслуговують.
32. Зазвичай відчуває себе не ведучим, а веденим: йому не завжди вдається мислити і діяти самостійно.
33. Більшість з тих, хто його знає, добре до нього відноситься, любить його.
34. Іноді бувають такі думки, якими не хотілося б ні з ким ділитися.
35. Людина з привабливою зовнішністю.
36. Відчуває себе безпорадним, потребує когось, хто був би поряд.
37. Ухваливши рішення, слід йому.
38. Ухвалює, здавалося б, самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.
39. Переживає почуття провини, навіть коли винити себе |неначе не в чому.
40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.
41. Всім задоволений.
42. Вибитий з колії: не може зібратися, узяти себе в руки, організувати себе.
43. Відчуває млявість; все, що раніше хвилювало, стало раптом байдужим.
44. Урівноважений, спокійний.
45. Розсердившись, нерідко виходить з себе.
46. Часто відчуває себе скривдженим.
47. Людина поривчаста, нетерпляча, гаряча: не вистачає стриманості.
48. Буває, що розпускає плітки.
49. Не дуже довіряє своїм відчуттям: вони іноді підводять його.
50. Досить важко бути самим собою.
51. На першому місці розум, а не відчуття: перш ніж що-небудь зробити, подумає.

52. Що відбувається з ним тлумачить на свій лад, здатний придумати зайвого.
53. Людина терпима до людей і приймає кожного таким, який він є.
54. Прагне не думати про свої проблеми.
55. Вважає себе цікавою людиною — привабливим як особа, помітним.
56. Людина сором'язлива.
57. Обов'язково потрібно нагадувати, підштовхувати, щоб довів справу до кінця.
58. У душі відчуває перевагу над іншими.
59. Немає нічого, в чому б виразив себе, проявив свою індивідуальність, своє Я.
60. Боїться того, що подумают про нього інші.
61. Честолюбний, небайдужий до успіху, похвали: у тому, що для нього істотно, прагне бути серед кращих.
62. Людина, у якої зараз багато що гідне презирства.
63. Людина діяльна, енергійна, повний ініціатив.
64. Пасує перед труднощами і ситуаціями, які загрожують ускладненнями.
65. Себе просто недостатньо цінує.
66. За вдачею ватажок і уміє впливати на інших.
67. Відноситься до себе в цілому добре.
68. Людина наполеглива, напориста; йому завжди важливо наполягти на своєму.
69. Не любить, коли з ким-небудь псуються відносини, особливо — якщо розбіжності загрожують стати явними.
70. Довго не може ухвалити рішення, а потім сумнівається в його правильності.
71. Перебуває в розгубленості, все сплуталося, все змішалося у нього.
72. Задоволений собою.
73. Невдачливий.

74. Людина приємна, така, що розташовує до себе.
75. Обличчям, може, і не дуже пригожий, але може подобатися як людина, як особа.
76. Зневажає осіб протилежної підлоги, не зв'язується з ними.
77. Коли потрібне щось зробити, охоплює страх: а раптом – не справлюся, а раптом – не вийде.
78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно б турбувало.
79. Уміє наполегливо працювати.
80. Відчуває, що росте, дорослішає: міняється сам і відношення до навколишнього світу.
81. Трапляється, що говорить про те, в чому зовсім не розбирається.
82. Завжди говорить тільки правду.
83. Стривожений, стурбований, напружений.
84. Щоб змусити хоч щось зробити, потрібно як слід наполягти, і тоді він поступиться.
85. Відчуває невпевненість в собі.
86. Обставини часто вимушують захищати себе, виправдовуватися і обґрунтовувати свої вчинки.
87. Людина поступлива, податлива, м'яка у відносинах з іншими.
88. Людина тямуща, любить роздумувати.
89. Інший раз любить хвастнути.
90. Ухвалює рішення і тут же їх міняє; зневажає себе за безвілля, а зробити з собою нічого не може.
91. Прагне покладатися на свої сили, не розраховує на чийсь допомогу.
92. Ніколи не спізнюється.
93. Переживає відчуття скутості, внутрішньої несвободи.
94. Виділяється серед інших.
95. Не дуже надійний товариш, не у всьому можна вважатися.
96. У собі все ясно, себе добре розуміє.
97. Товариська, відкрита людина; легко сходиться з людьми.

98. Сили і здібності цілком відповідають тим завданням, які доводиться вирішувати; зовсім може справитися.

99. Себе не цінує: ніхто його серйозно не сприймає; в кращому разі до нього поблажливі, просто терплять.

100. Турбується, що осіб протилежної підлоги дуже займають думки.

101. Всі свої звички вважає хорошими.