ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра

на тему

« ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ»

Виконала:
Заркуа Оксана Анатоліївна
здобувачка 2 року навчання
групи ПЗ2404
другого (магістерського) рівня освіти
спеціальності 053 «Психологія»

Науковий керівник:
асистент кафедри психології,
ПВНЗ «Київський медичний університет»
Півень Любов Валентинівна

Рецензент:
доктор психологічних наук,
професор, завідувач кафедри психології
ТОВ "Зігмунд Фройд Університет Україна"
Клименко Іван Сергійович

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПОДОЛАННЯ ЇХ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ 7

1.1. Теоретичний аналіз проблеми депресивних станів, їх класифікація в психологічній науці 7

1.2. Причини та види депресивних станів у медичних працівників 15

1.3. Особливості використання когнітивно-поведінкової терапії у роботі з депресивними станами 19

Висновки до розділу 1 22

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 25

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження 25

2.2. Результати емпіричного дослідження 31

Висновки до розділу 2 37

РОЗДІЛ 3. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ ТЕХНІКИ ТА СТРАТЕГІЇ РОБОТИ В ПОДОЛАННІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 39

3.1. Теоретичні засади надання психологічної допомоги при депресивних станах 39

3.2. Структура та зміст програми психологічної допомоги у подоланні депресивних станів у медичних працівників за допомогою КПТ 41

Висновки до розділу 3 46

ВИСНОВКИ 48

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 51

ДОДАТКИ 57

ВСТУП

Станом на зараз, тема депресивних станів серед медичних працівників є надзвичайно актуальною через зростаючий рівень професійного стресу, (беручи до уваги події останніх років, починаючи з 2014 року (АТО), потім робота в умовах пандемії. Медичні працівники практично постійно перебувають у складних психологічних умовах та щоденно стикаються з високим рівнем відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів, з дефіцитом часу для відновлення, емоційно важкими клінічними випадками, також, необхідністю постійно приймати важкі рішення в умовах стресу. Через дуже високий рівень відповідальності, довготривалі робочі зміни, постійний ризик і для власного здоров'я, та емоційне навантаження призводить до професійного вигорання та депресії. Сукупність всіх цих чинників формує хронічне психоемоційне напруження, значно підвищує ризик розвитку тривожних та депресивних розладів. Всі ці події вже спричинили зростання депресивних та тривожних розладів, що значно погіршує психічне здоров'я, знижує якість надання допомоги пацієнтам, поглиблює хронічну напругу та впливає на особисте життя. Депресивні стани характеризуються стійким зниженням настрою, зменшенням життєвої активності, порушенням мотивації та когнітивних процесів, що безпосередньо впливає на якість життя людини. Розуміння природи депресивних станів є ключовим для їх діагностики, прогнозування перебігу та розробки ефективних методів психологічного втручання. Актуальність теми також зумовлена необхідністю розробки ефективних стратегій профілактики та підтримки психічного здоров'я медичних працівників, оскільки депресивні стани негативно впливають на їхню роботу, підвищують ризик помилок у лікуванні пацієнтів і навіть призводять до тривалих періодів непрацездатності. Але незважаючи на зростаючу кількість наукових досліджень, присвячених проблемі вивчення депресивних станів, а особливо депресій саме у медичних працівників, це питання залишається недостатньо систематизованим. В умовах війни та

постійного стресу медичний персонал ще більше потребує підтримки та спеціальних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я. Вчасне виявлення депресивних проявів у медичних працівників - по суті, це необхідність, яка дозволить запобігти поглибленню депресивної симптоматики. Саме вивчення причин, проявів та методів подолання депресивних станів серед медичних працівників є надзвичайно важливим, оскільки результати таких досліджень можуть сприяти покращенню умов праці, підвищенню стійкості до стресу та загального рівня психічного благополуччя медиків. Таким чином, комплексне поєднання емпіричного дослідження та застосування методів психотерапії допоможе розробити та впровадити ефективні підходи для психологічної підтримки медичного персоналу.

Об'єкт дослідження – депресивні стани медичних працівників.

Предмет дослідження – засоби когнітивно-поведінкової терапії в подоланні депресивних станів у медичних працівників.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити засоби когнітивно-поведінкової терапії в подоланні депресивних станів у медичних працівників.

Згідно мети дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння депресивних станів у психологічній науці, зокрема їх класифікацію, причини виникнення та особливості прояву у медичних працівників.
2. Визначити психологічні чинники та специфіку прояву депресивних станів у медичних працівників, а також охарактеризувати принципи та основні засоби когнітивно-поведінкової терапії, що застосовуються для їх подолання.
3. Емпірично дослідити рівень депресивності серед медичних працівників та оцінити ефективність КПТ-засобів у зниженні проявів депресії.

4. Розробити та обґрунтувати програму психологічної допомоги з використанням методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямовану на зниження депресивних симптомів у медичних працівників.

Для розв'язання поставлених завдань дослідження було застосовано: **теоретичні методи** – аналіз проблеми, порівняння та узагальнення теоретичних та емпіричних даних; **емпіричні методи**: анкетування, бесіда, тестування, постдіагностичні інтерв'ю.

Емпіричне дослідження проводилося на базі ДУ «Національний науковий центр хірургії та трансплантації імені О.О. Шалімова Національної академії медичних наук». Дослідження проводилось в жовтні 2025 року. В дослідженні взяли участь 27 медичних співробітників (чоловіки та жінки). Вік досліджуваних від 27 до 63 років. Досвід роботи в медичному закладі різний. Вибірка включала 27 учасників, сформованих за принципом доступності та добровільної згоди.

Для розв'язання поставлених завдань у дослідженні були використані теоретичні, емпіричні та статистичні методи:

а) теоретичні методи: аналіз, порівняння, класифікація, узагальнення;

б) емпіричні методи: діагностика за шкалою депресії DEPS, діагностика за шкалою депресії А. Бека, індивідуальні інтерв'ю;

в) статистичні методи

Теоретичне значення результатів дослідження:

Узагальнено наукові підходи до вивчення впливу депресивних станів на медичних працівників, способи подолання депресії з допомогою методів когнітивно - поведінкової терапії.

Практичне значення роботи: Отримані результати дуже важливі для розуміння природи виникнення та протікання депресивних станів у медичних працівників, способи подолання цих станів (включаючи синдром вигорання) методами КПТ. Розроблена програма може бути використана психологами, медичними працівниками для подолання депресивних станів з допомогою КПТ.

Основні результати дослідження були представлені на II Міжнародному конгресі молодих науковців-психологів.

Апробація: Наукова стаття опублікована у збірнику тез «Сучасні психологічні проблеми, викликані російською військовою агресією та шляхи їх подолання» 27-28 листопада 2025 року». Тема тез: Особливості депресивних станів медичних працівників.

Структура наукової роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів основної частини, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний об'єм роботи складає 66 сторінок, у тому числі сторінки основного тексту з 6 до 55 сторінку, робота містить 2 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПОДОЛАННЯ ЇХ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

1.1. Теоретичний аналіз проблеми депресивних станів, їх класифікація в психологічній науці

Депресія та депресивні стани - є одними з самих найбільш розповсюджених захворювань у світі. Актуальність цієї проблеми особливо зросла у сучасних умовах в Україні, коли соціальні та психологічні стресори суттєво впливають на психоемоційний стан населення [1]

Психологічні моделі розуміння депресивних станів

У психологічній науці депресивні стани пояснюють не лише з позицій симптомів, але й через різні теоретичні моделі, що дозволяють глибше зрозуміти механізми виникнення й підтримання цього стану. Ці моделі формують фундамент наукового аналізу депресії та стають базою для визначення потенційних точок впливу психотерапевтичних втручань. Наступний підпункт присвячено основним психологічним моделям депресивних станів, які використовуються для систематизації знань та побудови науково обґрунтованих підходів до їх вивчення.

Когнітивна модель:

Когнітивна модель розглядає депресію як результат патернів негативного мислення, що впливають на емоції й поведінку людини. Класичну когнітивну теорію розробив А. Бек, за якою у осіб із депресією утворюються стійкі негативні уявлення про себе, навколишній світ і майбутнє — так звана когнітивна тріада. Негативні автоматичні думки та перекручення у сприйнятті стресових подій підтримують низький настрій і відчуття безнадійності. Ці когнітивні патерни є ключовою мішенню для когнітивно-поведінкової терапії, яка довела свою ефективність у численних

дослідженнях та практичних застосуваннях при депресії та афективних розладах у дорослих і підлітків [2].

Психодинамічні підходи фокусуються на глибинних внутрішньо-особистісних конфліктах, несвідомих мотивах та ранніх переживаннях, які впливають на формування емоційних реакцій. Депресивні стани тут розглядаються як реакції на втрати, пригнічені бажання чи неусвідомлені конфлікти, які не були адекватно опрацьовані особистістю [3]. Така перспектива акцентує на зрозумінні внутрішнього світу пацієнта та ролі минулого в поточних труднощах, що застосовується у психодинамічній психотерапії. [4]

Екзистенційна модель

Екзистенційний підхід розглядає депресію не лише як набір симптомів, а як реакцію на втрату сенсу, цінностей або уявлень про власне життя. З цієї точки зору, депресивні стани можуть виникати через екзистенційні труднощі — наприклад, втрата життєвих орієнтирів, почуття втрати контролю над власним життям чи відчуття ізоляції [5] . Така модель надає ваги особистісним переживанням, які неможливо повністю пояснити тільки біологічними чи поведінковими механізмами, і підкреслює важливість роботи зі змістом життя та цілісністю особистості [6].

Біопсихосоціальна модель

Сучасні огляди літератури підтримують інтегративний підхід, відповідно до якого депресивні стани формуються під впливом біологічних (генетичних, нейрохімічних), психологічних (когнітивних, емоційних) та соціальних чинників [7]. Такий підхід дозволяє врахувати складність і багатофакторність депресії, її варіативність у різних людей і сприяє розробці комплексних стратегій втручання, які враховують усі рівні впливу [8].

Поведінкова модель

Поведінковий підхід акцентує увагу на відповідях людини на середовище. Згідно з цією моделлю, депресивні стани підтримуються зниженням позитивних підкріплень у житті — коли активність та соціальні

контакти зменшуються, у людини істотно падає рівень винагороди від повсякденних дій. Це призводить до замкненого кола уникнення, ізоляції та подальшого поглиблення пригніченості. Такий погляд підкреслює важливість поведінкової активації (збільшення активної поведінки) як одного з ключових елементів терапії, що використовується в КПТ [9].

Депресія – це захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження та пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. Також, при депресії характерним є відчуття смутку, пригніченості, безрадісності. Це одне із найбільш розповсюджених захворювань у світі. Перебіг депресії корелює з низьким рівнем серотоніну в мозку (серотонінова гіпотеза) [10]. Варто зазначити, що в останні роки в психологічній науці з’явилися нові підходи до класифікації депресивних станів, які враховують не лише симптоматику, але й нейробіологічні, генетичні та соціальні фактори. [11] Це дозволяє більш точно діагностувати та лікувати різні форми депресії.

У науковій психологічній та клінічній літературі депресивні стани прийнято класифікувати за різними критеріями, що дозволяє більш глибоко зрозуміти природу захворювання та обґрунтувати вибір методів діагностики, психологічної допомоги та лікування. [12]

По-перше, класифікація за етіологією включає:

- ендогенні депресії, які зумовлені внутрішніми біологічними чи генетичними факторами;
- екзогенні депресії, що виникають у відповідь на зовнішні стресові події;
- психогенні депресії, пов’язані з психоемоційними конфліктами та травмами;
- фармакогенні депресії, які спричинені прийомом певних лікарських препаратів.

По-друге, класифікація за тяжкістю передбачає виділення:

- легкої депресії, яка проявляється помірними симптомами та мінімальним порушенням соціальної та професійної діяльності;
- помірної депресії, що характеризується більш вираженими емоційними та когнітивними порушеннями;
- тяжкої депресії, яка супроводжується значними порушеннями поведінки, працездатності, а інколи і ризиком суїцидальних намірів.

Такий поділ дозволяє системно оцінити стан пацієнта, обрати адекватну психодіагностичну методику та визначити оптимальний план психологічної підтримки або лікування.

Однією з найбільш досліджених форм є ендогенні депресії, які розглядаються як депресивні розлади, зумовлені переважно внутрішніми, біологічними та спадковими факторами. Для цієї групи характерна відсутність чітко окреслених зовнішніх причин виникнення депресивного стану. Їх розвиток пов’язують із генетичною схильністю, порушеннями нейромедіаторного балансу та функціонування центральної нервової системи. Ендогенні депресії часто мають затяжний або рецидивуючий перебіг і, як правило, потребують комплексного медичного втручання, особливо у фазі загострення клінічної симптоматики [12].

Екзогенні, або реактивні депресії, формуються під впливом зовнішніх стресових чинників і розглядаються як відповідь психіки на значущі життєві події. Йдеться про ситуації втрати, тривалого психоемоційного напруження, професійного вигорання чи соціальної нестабільності. У таких випадках депресивний стан виконує адаптаційну функцію, виступаючи своєрідною захисною реакцією нервової системи на надмірне навантаження. Найчастіше ці депресії мають відносно нетривалий характер та супроводжуються зниженням настрою, підвищеною втомлюваністю, апатією й зменшенням життєвої активності.

Окрему групу становлять психогенні депресії, які виникають у відповідь на психотравмуючі події або хронічні травматичні переживання [13]. Їх розвиток значною мірою залежить від індивідуальних психологічних

особливостей особистості, рівня стресостійкості, наявності внутрішніх ресурсів та сформованих копінг-стратегій. У межах цього підходу депресивні прояви розглядаються як наслідок порушення адаптаційних механізмів у відповідь на суб’єктивно значущі життєві обставини. [15]

Також, окремо виділяють фармакогенні депресії, які виникають як побічний ефект застосування певних лікарських засобів. Депресивні прояви можуть розвиватися на тлі тривалого прийому медикаментів, що впливають на нейрохімічні процеси або гормональний баланс організму. У таких випадках важливим є своєчасне виявлення причинно-наслідкового зв’язку між медикаментозною терапією та змінами психоемоційного стану.

У клінічній та діагностичній практиці, депресивні розлади також диференціюють за ступенем тяжкості перебігу [14] , що має суттєве значення для оцінки функціонального стану особистості та вибору відповідної стратегії психологічної допомоги. Легка форма депресії характеризується наявністю симптомів, які, хоча й знижують загальний рівень психоемоційного благополуччя, однак не призводять до істотного порушення повсякденної діяльності та соціального функціонування. Помірна депресія супроводжується більш вираженою симптоматикою, що істотно ускладнює виконання професійних, соціальних і побутових обов’язків та знижує рівень життєвої активності. [16] Тяжка форма депресивного розладу характеризується глибокими порушеннями емоційної, когнітивної й поведінкової сфер, значним обмеженням здатності до повсякденного функціонування та, в окремих випадках, може супроводжуватися психотичними проявами [17].

Згідно з діагностичними критеріями DSM, депресивний розлад визначається наявністю комплексу симптомів, які зберігаються не менше двох тижнів і спостерігаються одночасно. Для встановлення діагнозу необхідною є наявність щонайменше п’яти симптомів, серед яких обов’язково має бути один із ключових — стійко пригнічений настрій або

ангедонія. Пригнічений настрій проявляється переважно у відчуттях смутку, внутрішньої порожнечі та емоційної спустошеності, які зберігаються більшу частину дня. Ангедонія характеризується втратою інтересу та нездатністю відчувати задоволення від діяльності й занять, що раніше мали позитивне емоційне значення.

До клінічної картини депресивного розладу також належать порушення апетиту та значущі коливання маси тіла, що можуть проявлятися як її зниженням, так і збільшенням. Часто спостерігаються розлади сну у формі безсоння або, навпаки, надмірної сонливості. Характерними є психомоторні зміни, які можуть проявлятися у вигляді загальмованості або підвищеного збудження, при цьому оцінка цих проявів ґрунтується переважно на спостереженнях з боку оточення. Важливими симптомами є хронічна втомлюваність, зниження рівня енергії, а також когнітивні порушення, зокрема труднощі концентрації уваги та сповільнення мислення. Емоційна сфера характеризується виникненням необґрунтованого почуття провини, знеціненням власної особистості та негативною самооцінкою. У особливо тяжких випадках можуть з’являтися періодичні або стійкі суїцидальні думки, що потребує особливої клінічної уваги та негайного втручання фахівців. В науковій та клінічній практиці важливо чітко розрізняти окремі категорії депресивних проявів. Депресивні стани зазвичай характеризуються тимчасовими змінами настрою та емоційної сфери, які не досягають клінічного рівня і часто виникають як адаптивна реакція на стресові фактори. Депресивний епізод – це комплекс симптомів депресії певної інтенсивності, що зберігаються протягом визначеного часу (зазвичай не менше двох тижнів) і значно впливають на повсякденне функціонування. [18]

Депресивний розлад визначається як стійкий клінічний стан із комплексом емоційних, когнітивних, поведінкових та соматичних симптомів, що потребує спеціалізованого втручання.

Субклінічні прояви включають легкі або початкові симптоми, які часто залишаються непомітними без спеціальної психодіагностики, але можуть передувати розвитку повноцінного депресивного епізоду [19].

Основним методом діагностики все ж таки залишається клінічне інтерв'ю, доповнене психодіагностичними тестами. Також, діагностувати можна інструментальними та лабораторними методами, які допомагають уточнити діагноз і виключити інші причини депресивного стану, одним з таких методів є магнітно-резонансна томографія (МРТ), хоча на практиці її використовують переважно в наукових дослідженнях або для виключення інших патологій (наприклад, пухлин або неврологічних захворювань). МРТ може виявити структурні та функціональні зміни у головному мозку, які характерні для депресивного стану. В першу чергу, це області головного мозку, які регулюють емоції, пам'ять та реакції на стрес. Депресія розглядається як багатовимірний психологічний феномен, що проявляється через зміни емоційного фону, мотивації, когнітивних процесів та поведінкових реакцій. Вона супроводжується зниженням здатності отримувати задоволення від звичних видів діяльності, втратою інтересу до життя, підвищеною втомлюваністю, труднощами концентрації та схильністю до повторюваних негативних думок. Часто спостерігається відчуття безпорадності та зниження самооцінки, що безпосередньо впливає на повсякденне функціонування та соціальну активність особистості.

З огляду на психологічну природу депресії, її оцінка у дослідженнях здійснюється через стандартизовані психодіагностичні методики, які дозволяють вивчати вираженість емоційних, когнітивних і мотиваційних проявів, а також їхній взаємозв'язок із суб'єктивним досвідом людини [20]. Такий підхід забезпечує інтеграцію теоретичного аналізу депресивних станів із практичними завданнями емпіричного дослідження, дозволяючи не лише описати характерні прояви депресії, а й оцінити їхню взаємодію та вплив на психічне функціонування.

В межах магістерської роботи, депресія розглядається як психологічний стан, що потребує комплексного оцінювання, і психодіагностичні інструменти виступають основним засобом емпіричного вивчення. Це дає змогу об’єктивно аналізувати емоційні, мотиваційні та когнітивні аспекти депресивних проявів, а також визначати індивідуальні особливості реагування особистості на стресові ситуації, що становить основу практичної та дослідницької цінності роботи.

Депресивні стани розглядаються не лише через психологічні прояви, а й у контексті взаємодії організму та психіки. Зокрема, сучасні дослідження підкреслюють, що порушення різноманіття кишкового мікробіому може впливати на емоційний стан людини, а окремі фактори, пов’язані з метаболізмом гормонів, можуть частково пояснювати вищу поширеність депресії. [20]. Такі відкриття підкреслюють складність і багатовимірність депресії, демонструючи, що її прояви формуються під впливом як психологічних, так і біологічних чинників.

У психологічному дослідженні депресивних станів основну роль відіграють психодіагностичні методи, які дозволяють оцінити інтенсивність емоційних проявів, мотиваційні особливості та когнітивні труднощі. До таких підходів належить клінічне інтерв’ю, яке проводять психологи та психіатри для оцінки симптомів, їх тривалості та впливу на життя людини, а також стандартизовані опитувальники та тести, зокрема Шкала депресії Бека (BDI-II), Шкала депресії DEPS, Шкала Гамільтона (HDRS/HAM-D), Шкала Монтгомері-Асберга (MADRS) та PHQ-9. Ці інструменти дозволяють об’єктивно оцінити вираженість депресивних проявів, порівнювати результати між досліджуваними та відслідковувати динаміку змін у процесі емпіричного дослідження. Додатково для комплексного вивчення стану пацієнта застосовуються лабораторні та поведінкові методи, які допомагають виключити фактори, що можуть впливати на психічний стан, але не є безпосередньо психічними порушеннями. Це включає оцінку фізичної

активності та режиму сну, а також дослідження рівня основних показників здоров’я, таких як гормони, вітаміни та загальний стан організму. Такий підхід дозволяє врахувати взаємодію фізіологічних та психологічних процесів, що важливо для розуміння індивідуальних проявів депресії.

Таким чином, у межах даного дослідження депресія розглядається як психологічний стан з багатоплановою природою, що проявляється у зміні емоційного фону, мотивації, когнітивних процесів та поведінкових реакцій. Комплексне використання психодіагностичних методик дозволяє оцінити індивідуальні особливості проявів депресії та створює наукову основу для емпіричного дослідження, в якому аналізується взаємозв’язок між психологічними характеристиками та рівнем депресивних проявів у учасників.

Отже, теоретичний аналіз депресивних станів підтверджує їх багатофакторну природу та підкреслює необхідність врахування специфіки професійної діяльності. Особливу увагу слід приділяти дослідженню депресивних проявів у професійних групах із високим психоемоційним навантаженням, таких як медичні працівники. Таким чином, проведений огляд теоретичних аспектів обґрунтовує вибір методології та психодіагностичних інструментів для подальшого емпіричного вивчення проблеми, що і зумовлює зміст наступного підрозділу.

1.2. Причини та види депресивних станів у медичних працівників

Депресія серед медичних працівників є важливою проблемою сучасної медицини та психології, оскільки може негативно впливати на якість надання медичної допомоги та здоров’я самих лікарів. У формуванні депресивних станів у медичних працівників значну роль відіграють біопсихосоціальні фактори. [21] До них належать генетична схильність та біологічні особливості організму, індивідуальні психологічні характеристики, а також професійне та соціальне середовище з високим рівнем стресу,

відповідальністю за життя пацієнтів і постійними вимогами до результативності роботи. [22] Серед медичних працівників можуть спостерігатися як ендогенні депресії, що зумовлені внутрішніми біологічними механізмами, так і екзогенні депресії, які виникають під впливом зовнішніх стресових факторів та складних умов професійної діяльності [23] . Медичні працівники – одна з найбільш вразливих категорій людей, які схильні до вигоряння, до тривожних та депресивних станів [24].

Специфіка професійної діяльності медиків передбачає постійний контакт із хворобами, смертю та критичною відповідальністю за життя пацієнтів. Медичні працівники – одна з найбільш вразливих категорій людей, які схильні до вигоряння, до тривожних та депресивних станів. У них дуже відповідальна робота і тому потрібне розуміння та знання, як самостійно підтримувати себе та свій стан стабільним, щоб це не відображалося, по-перше, на пацієнтах, бо лікарі відповідають за життя іншої людини. [25]

“Медичні працівники посідають чи не перше місце серед спеціальностей з високим ризиком вигорання. [33]. За різними джерелами, від 20% до 75% медпрацівників перебувають у цьому стані. Дослідження організації Mental Health America (червень — вересень 2020 року) [27], виявило, що емоційне і фізичне виснаження було найпоширенішою відповіддю стосовно змін у самопочутті медичних працівників (82%), за ним ішли проблеми зі сном (70%), фізичне виснаження (68%) і пов’язані з роботою страх та непевність (63%). Більше половини медпрацівників зауважили зміни в апетиті (57%), фізичні симптоми, як-от головний біль чи біль у животі (56%), та сумніви щодо майбутньої кар’єри (55%). Значно зросла втома від співчування іншим (52%). Те саме дослідженнях показало, що лікарі не отримують достатньої емоційної підтримки (39%), а ще рідше — медичні сестри (45%).” [26]. Дуже часто, у умовах стресових ситуацій потрібно швидко прийняти рішення, які можуть критично вплинути на здоров’я або життя пацієнта. Саме сукупність

цих чинників призводить до хронічного психоемоційного напруження, до розвитку тривожних та депресивних станів [34]. Емпіричне дослідження, проведене в Одесі у грудні 2023 року, виявило, що серед 56 опитаних лікарів 26 мали легкий депресивний розлад, а 12 не мали депресії. Крім того, 20 лікарів мали мінімальні прояви тривожного розладу, 22 — помірні, а 14 — більш значні прояви тривоги. Аналогічні результати демонструють дослідження, проведені серед військових лікарів, де психоемоційне навантаження ще підсилено умовами воєнного часу, критичним дефіцитом ресурсів та постійною загрозою життю як пацієнта, так і лікаря. Ці фактори дозволяють казати про професію медиків як про професію підвищеного психологічного ризику. І саме це підкреслює важливість розвитку навичок самодопомоги у боротьбі зі стресом для профілактики тривожно-депресивних розладів та емоційного вигорання серед медичних працівників. Інше дослідження, опубліковане в Українському Медичному Часописі [28] , показало, що серед військових лікарів 20,6% мали тривожні розлади, а 10,8% — депресивні. Ці результати свідчать про високий рівень психоемоційного навантаження серед медичних працівників, особливо в умовах військових дій. Варто зазначити, що жінки-лікарі частіше стикаються з тривожними та депресивними розладами, що вимагає особливої уваги до їх психічного здоров’я. Це може бути пов’язано з поєднанням професійного навантаження, емоційної залученості з соціальними та сімейними ролями. Загалом, професійна діяльність медичних працівників пов’язана з високим рівнем стресу, що може призводити до розвитку психічних розладів [35]. Тому важливо впроваджувати програми підтримки та профілактики для збереження психічного здоров’я медичного персоналу. Медичні працівники, через специфіку своєї професійної діяльності, схильні до розвитку різних депресивних станів. Крім класичних форм депресій та загальних класифікацій депресивних станів, наприклад, таких як великий депресивний розлад, дистимія та інші, у медичному середовищі часто зустрічається синдром емоційного вигорання. “Williams E.S. et al. (2007) встановлено, що

лікарі, які мають синдром професійного вигорання, роблять велику кількість медичних помилок і надають пацієнтам неякісну медичну допомогу. У сучасних наукових джерелах, синдром емоційного вигорання розглядають як стан хронічного стресу, який не був успішно прожитий та інтегрований і який тісно пов'язаний з розвитком депресивної симптоматики [29]. Синдром професійного вигорання в лікарів негативно впливає на відчуття задоволеності від роботи, професійне довголіття та якість надання медичної допомоги" [30].

Синдром емоційного вигорання включає три основні компоненти:

1. Емоційне виснаження: воно проявляється психічною втомою, емоційним спустошенням та симптомами депресії. Спочатку спостерігається емоційне перенасичення, що супроводжується емоційними зривами та агресивними реакціями. З часом розвивається емоційне виснаження, втрачається інтерес до навколишньої реальності.
2. Деперсоналізація: характеризується знеціненням міжособистісних стосунків, негативізмом, цинічним ставленням до почуттів та переживань інших людей. Виникають негативні установки, зростає формальність контактів, спалахи роздратування та конфліктні ситуації.
3. Редукція особистісних досягнень: проявляється зниженням професійної ефективності, негативним ставленням до службових можливостей, обмеженням обов'язків, зниженням відчуття значущості виконуваної діяльності. Виникає почуття власної неспроможності та некомпетентності. [31]

Ці компоненти можуть призводити до професійної деформації особистості, зниження якості життя та втрати сенсу існування. Фактори, що провокують професійне вигорання, включають хронічно напружену емоційну діяльність, дестабілізуючу організацію роботи, підвищену відповідальність, неблагополучну психологічну атмосферу в колективі та роботу з психологічно складними пацієнтами [32] "Опрацювання результатів

констатувального дослідження засвідчило, що серед вибірки медичних сестер професійне вигорання виражено яскравіше, ніж у лікарів. Також медичні сестри менш адаптивно використовують копінг-стратегії прийняття відповідальності та позитивної переоцінки.” Тобто, особливо вразливою групою є середній медичний персонал, зокрема, медичні сестри, які мають вищий рівень емоційного виснаження.

1.3. Особливості використання когнітивно-поведінкової терапії у роботі з депресивними станами

Когнітивно – поведінкова терапія (КПТ) – це одна з найпоширеніших і найкраще вивчених, доказових форм психотерапії. Цей метод є поєднанням двох терапевтичних підходів, відомих як когнітивна терапія та поведінкова терапія. [36] Особливістю КПТ є її структурованість, чітка постановка терапевтичної цілі, орієнтація на ситуацію “тут і зараз”. Цей метод передбачає активну участь клієнта у терапії, що особливо важливо в роботі з депресивними станами. [37] Особисто для мене, когнітивно поведінкова терапія є одна з найбільш структурованим, відносно не довготривалим, практичним методом психотерапії. Цей метод абсолютно зрозумілий як для клієнта/пацієнта так і для психолога. Це дуже велика перевага методу. КПТ базується на ідеї, що наші думки, поведінка, почуття - дуже тісно пов’язані. Коли ми вчимося змінювати спосіб свого мислення, то, відповідно, змінюється наш емоційний стан, і навіть поведінка. Цей метод допомагає людям навчитися визначати і змінювати деструктивні або хвилюючі стереотипи мислення, які негативно впливають на поведінку та емоції. [38] Негативні думки, когнітивні викривлення, деструктивні моделі поведінки, травми, вигорання, виснаження, довготривалий стрес, відповідальність за процес одужання, за життя пацієнта, тощо – все це умови для розвитку депресивного стану. КПТ допомагає виявити негативні, автоматичні думки, спочатку їх усвідомивши, оцінивши їх, навчитися їх відслідковувати та потім

формувати вже на більш позитивні. Тому вкрай необхідно проведення профілактичної роботи для того, щоб навчити, як саме можна з допомогою технік КПТ або інших методів самостійно регулювати свій психологічний стан та підтримувати ментальне здоров'я. [39]

Але в кожному методі є як плюси, так і мінуси. Якщо дивитися плюси, то це структура та чіткість, бо є чіткі поставлені цілі терапії, конкретні завдання, техніки. Також, ми можемо сказати про відносно короткочасну роботу, якщо порівнювати, наприклад, з психоаналізом. Людина вчиться навичкам, які залишаються з нею на протязі всього життя. Це, як приклад, відстежувати та розпізнавати свої автоматичні негативні думки, вміння самостійно врегулювати свій психологічний стан, використовуючи техніки самодопомоги, які використовувалися при терапії. Ще один з вагомих плюсів - це велика доказова база. Саме в цьому методі є багато досліджень та неймовірна кількість зафіксованих позитивних результатів. [40] Але, навіть, у самих найефективних методах, як КПТ, або інші, є і мінуси. Метод когнітивно - поведінкової терапії не підходить для клієнтів, які глибше хочуть розібратися в собі, побачити якісь травмуючі ситуації з дитинства, тому що в КПТ акцент роботи ставиться на теперішньому часі та вирішує конкретну проблему, яка заважає людині почуватися добре. [41] Ще один з мінусів, які можна побачити при роботі, це те, що деякі клієнти/пацієнти складно виконують домашні завдання, які є систематичними, або зовсім їх не виконують. Тому ефективність терапії або зменшується або стає не результативною зовсім. Також, існує думка про те, що КПТ здається занадто раціональним та логічним методом, і, як наслідок, клієнт, який має дуже глибоку травму, не вистачає більш емоційного занурення або більшого рівня емпатії. Якщо ми розглядаємо використання методів та технік КПТ при роботі з депресивними станами, то цей метод, все ж таки, є одним з самих найефективніших. Клієнт часто ніби "застрягає" у негативних, автоматичних думках, на кшталт: "Я нікому не потрібний", "Моє життя не буде вже добрим, радісним", "Мій стан вже ніколи не покращиться" та інші думки. І саме такі

переконання впливають на стан клієнта та роблять депресію більш стійкою і поглиблюють її. І саме тут КПТ надає конкретні інструменти для того, щоб навчитися помічати ці думки, ставити їх під сумнів, фіксувати та змінювати на більш реалістичні. [43] При постійній роботі, клієнт починає, як наслідок, змінювати свій внутрішній психологічний стан. Часто при депресіях реальність сприймається через когнітивні викривлення, тому потрібно їх теж навчитися відслідковувати і змінювати на адаптивні. Депресивний стан зачасту це і роботу з глибинними переконаннями, які в процесі терапії потрібно переглядати. Також, при депресіях, окрім роботи з думками, когнітивно-поведінкова терапія робить акцент і на поведінці клієнта. Часто буває так, що людині, яка знаходиться в депресивному стані, важко навіть вставати з ліжка, важко робити елементарні справи по дому або по догляду за собою, приготувати їжу, тощо. У таких ситуаціях, психолог починає роботу з маленьких кроків, які можуть допомогти відновити активність та повернути відчуття життя в подальшому. З самого початку це можуть бути проста прогулянка на свіжому повітрі, розмова з близькою людиною, виконання одного простого завдання. Але ці маленькі кроки поступово стають сходинками до виходу з депресивного стану. Депресія призводить до соціальної ізоляції, зниження активності, втрати інтересу до хобі або здатності насолоджуватися тим, що раніше приносило задоволення. У таких випадках, КПТ використовує метод поведінкової активації, тобто людина поступово повертає у своє життя приємні заняття (прогулянки, хобі, зустрічі з друзями), що підвищує рівень позитивних емоцій. [42] Є в арсеналі когнітивно – поведінкової терапії і робота з униканням і прокрастинацією. Люди з депресивним розладом часто уникають вирішення проблем або відкладають важливі справи через брак мотивації. Тому КПТ застосовує методи поступового впровадження дій (наприклад, метод «5 хвилин» для початку складної задачі). Мінус когнітивно-поведінкової терапії при роботі з депресіями теж є. Коли людина звертається, то і одразу дуже важко включитися в процес терапії, бо є систематичні завдання, які потрібно

виконувати. І на початковому етапі від психолога потрібна дуже велика підтримка та терпіння, щоб не акцентуватися на швидких результатах. У таких випадках дуже важлива інтеграція з медикаментозним лікуванням та більш комплексний підхід.

Ще працює в цьому методі і розвиток навичок емоційної регуляції та усвідомленості. Активно використовуються техніки майндфулнес (усвідомленості) для навчання приймати думки та емоції без самозвинувачень. Практики самоспівчуття допомагають зменшити самокритику. Дослідження показують, що КПТ ефективна так само, як і медикаментозне лікування (антидепресанти), особливо при легких і середніх формах депресії. Когнітивно - поведінкова терапія допомагає зменшити ризик рецидивів, тому що навчає людину навичкам самодопомоги. [44] Якщо ми беремо медичних працівників, то метод КПТ - це один з найдоказовіших методів, що саме для них важливо. Прогулянки парком у обідню перерву або простий відпочинок в ординаторський, дає можливість продовжувати робочий день або чергування відновивши сили. Техніки майндфулнес відновлюють ресурс швидко, не затрачаючи іноді багато часу. Також, деякі медики знаходять свої ресурси в сім'ї, друзях, хобі (активні способи: футбол, бокс, або більш пасивні, такі як, наприклад, риболовля, тощо). Повноцінний сон, збалансоване харчування та спорт додають сил, впевненості, допомагають концентруватися на хворому, на проведенні оперативного втручання, яке може проводитися протягом іноді від 3 годин до 18 годин поспіль.

Висновки до першого розділу:

Депресивні стани, особливо враховуючи наше сьогодення, є одними з найпоширеніших психічних станів. Вони суттєво впливають на повсякденне життя, роботу та на когнітивні процеси людини. Особливо вразливою категорію людей є медичні працівники, для яких високий рівень відповідальності та постійне емоційне та фізичне навантаження створюють ризик розвитку вигорання, депресії та сприяють підвищенню рівня тривоги.

Такі фактори як війна, суттєво збільшені навантаження на роботі, ненормовані виснажливі чергування, прийом поранених бійців, відрядження у «гарячі точки» нашої країни, навчання інтернів та лікарів з інших закладів, іноді дуже важкі умови для проведення оперативних втручань та адаптація медиків до екстремальних ситуацій, можуть впливати та впливають на морально-психологічний і фізичний стан медичних працівників. Розуміння та вчасне виявлення депресивних станів є ключовими для підтримки психічного здоров'я медичних працівників та забезпечення якісної медичної допомоги. Аналіз показує, що депресивні стани можуть мати різне походження та прояви, від ендогенних до фармакогенних форм, мають різні ступені тяжкості та симптоми, які впливають на роботу, мотивацію, емоційний стан, фізичне самопочуття. Також, аналіз свідчить про високий рівень тривожності та депресивних станів серед лікарів та медичних сестер, і саме жінки більш схильні до таких станів. Особливе місце у структурі депресивних станів медичних працівників посідає синдром емоційного вигорання, який не лише негативно впливає на психічне здоров'я фахівців, але й знижує якість надання медичної допомоги. Маю зазначити, що окрім різних форм в першому розділі були висвітлені різні аспекти депресивних станів та психологічного здоров'я медичних працівників. Для діагностики депресивних станів застосовують комплексні підходи. Наприклад, такі як: клінічне інтерв'ю, психодіагностичні шкали, інструментальні методи, лабораторні дослідження. Сучасні дані про нейробіологічні механізми, вплив кишкового мікробіому дозволяють точніше розуміти особливості депресивних станів та підійти більш індивідуально до плану лікування. Зокрема, важливими є самоконтроль, здатність діяти в екстремальних умовах, витримувати навантаження, приймати рішення, які несуть за собою відповідальність не тільки за пацієнта але й за всю команду колег.

Крім того, не можна обійтись без акценту на техніки самоконтролю та підтримання балансу між відпочинком та роботою, для того, щоб не допустити вигорання. Це вкрай важливо для підтримання психологічного

стану. Психологічна допомога повинна надаватися співробітникам, бо вона є критично важливою для того, щоб медики в собі могли формувати або швидко відновлювати внутрішні ресурси, які допомагають адаптуватися як в роботі, так і в повсякденному житті. Для забезпечення психологічного здоров'я та адаптації медичних працівників важливо впроваджувати системні підходи до профілактики, своєчасного лікування та психоедукації, що базуються на сучасних наукових знаннях і практиках. Хочу зазначити, що одним з самих дієвих методів, які найбільш підходять для роботи з депресивними станами є когнітивно-поведінкова терапія. Цей метод зарекомендував себе як найпоширенішим та структурований. КПТ дозволяє не лише зменшити вираженість депресивної симптоматики, але й запобігти рецидивам, формуючи у клієнтів навички психологічної саморегуляції. Це обґрунтовує доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії як основного психотерапевтичного методу в роботі з депресивними станами медичних працівників. Він допомагає клієнту змінювати деструктивні, автоматичні думки, які негативно впливають на емоційний стан, відновлювати активність, розвивати емоційну регуляцію та напрацювати навички самодопомоги. Для медичних працівників, які працюють у стресових умовах, КПТ є особливо корисним, тому що має в арсеналі чіткі інструменти, дозволяє відновлювати психологічний ресурс та відновлювати та підтримувати психологічний ресурс, інтегруючи практики самодопомоги. Але є у методі систематичні домашні завдання і іноді виконання завдань потребує допомоги терапевта та мотивації самого клієнта. Але, незважаючи на це, дослідження підтверджують, що КПТ допомагає знизити симптоми депресій, повертає відчуття контролю над своїм життям та зменшує ризик рецидивів. Це обґрунтовує необхідність ранньої діагностики, психологічної профілактики та впровадження ефективних психотерапевтичних підходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я медичного персоналу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

Основним методом для вивчення або діагностики депресивних станів залишається клініко - психопатологічний метод. Найбільш відомі методики для обстеження - це тест Люшера, шкала Гамільтона, шкала для оцінки депресії Монтгомері - Асберг (MADRS), та інші. Але для проведення емпіричного дослідження депресивного стану я обрала дві шкали, які, а мою думку, найефективніші у сьогоднішніх обставинах, та які не займають багато часу. А саме: діагностика за шкалою депресії А. Бека та діагностика за шкалою депресії DEPS.

Госпітальна шкала депресії Аарона Бека. (Розділ 2. П.2.1. Додаток А)

Аарон Бек (Beck Depression Inventory) запровадив цю шкалу у 1961 році. Потім, його шкала неодноразово була редагована. І станом на зараз, психологи використовують шкалу, яку затверджено у 1996 році. Госпітальна шкала містить в собі 21 категорію питань (симптомів та скарг). Кожна з цих категорій складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам та або симптомам депресії. Самі ж твердження прописані по мірі зростання прояву симптому в ступінь тяжкості депресії. Також, потрібно зазначити, що існує і більш спрощена форма цієї шкали, кількість балів - 39. Вона використовується для більш швидкого розуміння та постановки

діагнозу. Саме повна госпітальна шкала А. Бека містить твердження, що описують такі симптоми як:

- пригніченість;
- поганий настрій;
- песимізм;
- почуття незадоволеності і власної неспроможності;
- почуття провини;
- проблеми відсутності працездатності;
- порушення в соціальній сфері;
- відсутність сну, апетиту, сексуальних потягів;
- висока втомлюваність;
- дратівливість і сльозливість;
- думки про суїцид.

Перед проведенням процедури заповнення опитувальника клієнту надається інструкція про те, що потрібно зосередитися, щоб визначити, які саме твердження, які наведені у шкалі, найбільш чітко описують стан клієнта останнього тижня.

Шкала умовно поділена на 2 частини:

1 частина - (з 1 по 13 питання) - визначається здатність клієнта змінювати свою поведінку в залежності від ситуації передбачуваним способом (когнітивно-афективна шкала);

2 частина - (з 14 по 21 питання) – більш спрямована на визначення соматичних та психосоматичних проявів.

У відповідності зі ступенем вираженості симптому, для кожного пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній або виражений мінімально) до 3, при максимальній вираженості симптому. Процедура проведення діагностики спрощена, опитувальник видається на руки клієнту і сам клієнт самостійно заповнює всі пункти. Йому потрібно обрати та відмітити твердження, які відповідають психічному стану клієнта.

Бали по кожній категорії розраховуються наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 1 до 3, відповідно з наростанням важкості симптому. Тест на депресію має поширені та згруповані ознаки депресивного стану. Після заповнення опитувальника, психолог підраховує кількість проставлених балів. Максимальний бал по госпітальній шкалі - 63 бали і це свідчить про наявність тяжкої форми, клінічної депресії. Детальна інтерпретація результатів:

від 0 до 9 балів - депресії немає;

від 10 до 15 балів - легкий рівень депресивного стану (субдепресія);

від 16 до 19 балів - депресія помірного рівня;

від 20 до 29 балів - депресія середньої тяжкості (виражена);

від 30 до 63 балів - важка форма депресії.

Оцінка результатів:

Від віку досліджуваних залежать і різні дії щодо підсумків. Якщо тест проходить доросла людина, то субдепресія, або легкий рівень депресивного стану це не розлад, а лише підстава для того, щоб звернути увагу на свій стан. Однак, якщо обстеження проходить підліток, то 19 балів, набраних по цій шкалі, вже є критичним станом, який вимагає звернення до відповідних фахівців. Госпітальна шкала - це інструмент для діагностики, а от лікування повинен призначати лікар. Важка депресія вимагає негайного втручання фахівці та призначення лікування. Зазвичай, це вже медикаментозний супровід та психотерапія. Також, слід зауважити, що потрібен регулярні обстеження для корекції лікування. Повним одужанням можна вважати, коли результати по шкалі не будуть перевищувати 10 балів. Розшифровка одержаних результатів.

До кожного з перерахованих вище питань додається по чотири основних варіанти тверджень, розташованих в строго визначеному порядку. Кожному з них відповідає свій кількість балів і якщо за перший варіант виставляється нуль, а за другий — одиниця, третьому і четвертому, відповідно, присуджується два і три бали. Після відповіді на всі питання

підсумовується загальна кількість набраних балів, за якою оцінюється результат.

Від 0 до 9 балів. Результат, що потрапляє в цей інтервал вважається абсолютною нормою та свідчить про те, що людина, в даний момент часу, не схильна депресивного синдрому.

Від 10 до 15 балів. Цей інтервал вказує на наявність так званої субдепрессии, для якої властива сама легка симптоматика такого стану.

Від 16 до 19 балів. Середній показник, який свідчить про наявність помірної депресії, яка може бути обумовлена сезонними проявами або якимись ситуативними моментами.

Від 20 до 29 балів. Показник, що потрапляє в цей діапазон, вважається вірною ознакою депресії середнього ступеня тяжкості, яка часто носить виражений характер.

Від 30 до 63 балів. Незважаючи на великий крок, будь-який результат вище 30 балів говорить про те, що досліджуваний страждає від важкої депресії, яка вимагає роботи з фахівцем.

Інтерпретація відповідей:

Від нуля до дев’яти балів: Автор даного діагностичного тесту використовував власний метод інтерпретації відповідей. Якщо в результаті тестування, випробуваний набирає від нуля до дев’яти балів – це свідчить про відсутність ознак депресії. В даному випадку допускається наявність помірних ознак депресивного розладу, які мають малу значимість і не потребують психотерапевтичного впливу. Найчастіше подібні симптоми зникають самостійно через короткий проміжок часу.

Від десяти до п’ятнадцяти балів: Показник, рівний від десяти до п’ятнадцяти балам, що свідчить про наявності ознак депресивного розладу на початковому етапі розвитку. Це стан називається в медицині терміном «субдепресія». У рідкісних випадках ця форма захворювання супроводжується порушеннями в соціальній сфері і впливає на світогляд

хворого. У цьому випадку, хворий потребує медичному контролі з боку психолога, який буде спостерігати розвиток симптомів.

Дуже важливо своєчасно попередити розвиток тяжкої форми синдрому та взяти під повний контроль зміни в поведінкової моделі.

Від шістнадцяти до дев'ятнадцяти балів: Показник, що варіюється від шістнадцяти до дев'ятнадцяти балів, що говорить про наявність у випробуваного депресивного розладу, має помірну форму вираженості

Важливо звернути увагу, що більшість ознак цієї форми захворювання володіють певною схожістю з легким депресивним розладом. Головна відмінність між формами хвороби полягає в частотою їх прояву. Помірна форма вираженості депресивного синдрому характеризується схильністю до меланхолії, втратою життєвого інтересу і постійним почуттям смутку.

Цей стан супроводжується стрімким зниженням самооцінки і появою почуття провини, яке не дає спокою.

Помірна форма вираженості депресивного синдрому характеризується схильністю до меланхолії, втратою життєвого інтересу і постійним відчуттям смутку. Цей стан супроводжується стрімким зниженням самооцінки і появою почуття провини, яке не дає спокою.

Від двадцяти до двадцяти дев'яти балів: Подібні результати є чітким свідченням наявності у випробуваного депресивного розладу, який має чітку вираженість. За словами фахівців, цей стан є хворобою середнього ступеня тяжкості, що характеризується як різка втрата апетиту і стрімко розвивається апатія. Під впливом психічного розладу спостерігаються зміни в емоційному сприйнятті та фізіологічному стані хворого. Всі здійснювані дії виконуються на «автопілоті», оскільки хворий втрачає життєвий інтерес. Досить цікавий факт, що у людей в такому стані спостерігається зниження синтезу гормону щастя. У подібному стані, людині необхідна негайна психотерапевтична допомога. На думку фахівців, відсутність уваги до цієї проблеми, у вісімдесяти відсотках випадків, стає причиною спроби самогубства. Крім

цього, прагнучі вгамувати нудьгу і смуток, більшість людей починають вживати у підвищеній кількості наркотичні засоби та спиртні напої.

Від тридцяти до шістдесяти трьох балів: Даний показник є ознакою наявності у досліджуваного важкого депресивного розладу. Психічні порушення виражаються гнітючим станом і почуттям смутку, які змушують відмовитися хворого від звичного способу життя. Більшість людей, які страждають від тяжкої форми депресії, відчувають власну малозначущість і страждають від заниженої самооцінки. Важкий депресивний розлад супроводжується зниженням працездатності, втратою апетиту і життєво важливих стимулів. Вплив хвороби впливає і на емоційну сферу, що виражається в різких перепадах настрою. Серед соматичних симптомів захворювання слід виділити проблеми зі сном, порушення в імунній системі і різку втрату ваги. Песимістичний погляд на власне майбутнє може стати причиною істеричного і агресивної поведінки.

Безпричинна агресія виливається у фізичне насильство над своїми близькими і спроби вчинити самогубство. Для того щоб не допустити розвитку подібної ситуації, необхідно в екстреному порядку провести лікування.

Тлумачення результатів

Інтерпретація шкали депресії Бека здійснюється самостійно або психологом. Для цього підсумовуються бали по всій симптоматиці і, виходячи з отриманого, визначається градація оцінки важкості патологічного стану: Коли балів менше дев’яти, то психологи констатують відсутність депресії у клієнта. Від десяти до п’ятнадцяти – відхилення від нормального психологічного стану є, але в легкій формі. Від шістнадцяти до дев’ятнадцяти відповідає помірної депресії за шкалою Бека. Від двадцяти до двадцяти дев’яти буде свідчити про наявність вже вираженою нудьги. Результат вище тридцяти балів вказує на важку стадію патології.

Легка форма коригується без використання медикаментів, в такій ситуації кращим рішенням стануть книги, спілкування і відповідна музика.

Інша шкала, яку я використала в дослідженні, це **шкала депресії DEPS. (Розділ 2. П.2.1. Додаток В)**

“Depression Scale” - це опитувальник з надвисокою чутливістю - (не нижче 74%, а за деякими даними 89,5%) співвідношення правильно діагностованих депресій. Також, шкала показала і високий рівень специфічності - не нижче 85% правильно визначених випадків відсутності депресій. Шкала використовується для швидкої діагностики депресивних станів. Це одна з самих валідних експрес-діагностик депресій, бо продемонструвала достовірність ознак депресії. Ця шкала була розроблена Bfrretj та іншими у 1987 році. У 1997 році шкала депресії DEPS перетерпіла зміни.

Психологами було виключено питання з найменшою діагностичною значимістю. Остаточна форма має 10 запитань. Опитувальник надається клієнту для самостійного заповнення. Шкала зручна у використанні, коротка, самі ж питання зрозумілі та ясні. При підрахунку результатів, бали сумуються. Показник більше 9 балів свідчить про наявність депресивної симптоматики.

2.2. Результати емпіричного дослідження

У ході емпіричного дослідження було проаналізовано рівень депресивної симптоматики серед медичних працівників із використанням психодіагностичних методик. Для цього застосовувалися дві шкали: госпітальна шкала депресії А. Бека та шкала DEPS, обрані через їхню ефективність, валідність та зручність для експрес-діагностики у сучасних умовах медичного закладу. Обидві методики дозволяють оцінити як когнітивні, так і емоційні прояви депресії, а також надають можливість порівняльного аналізу результатів.

Дослідження проводилося поетапно. Першим етапом стало визначення цілі та підготовка індивідуальних зустрічей із медичними працівниками, які погодилися взяти участь у дослідженні. Другий етап передбачав надання респондентам інструкцій та опитувальників для самостійного заповнення.

Третій етап включав збір заповнених бланків та обробку даних. Останній етап полягав у підсумковому аналізі результатів. З метою охоплення різних напрямів медичної діяльності до дослідження були залучені медичні працівники, які обіймають різні професійні посади. Усі учасники надали добровільну згоду на участь у дослідженні та проходження діагностики за психодіагностичними шкалами.

Перед початком обстеження респондентам було надано детальні інструкції щодо заповнення опитувальників. Збір емпіричних даних тривав протягом двох днів, після чого було отримано заповнені бланки. Подальший етап роботи передбачав обробку отриманих результатів. Підрахунок показників за кожною шкалою здійснювався відповідно до методичних рекомендацій та ключів, що дозволило отримати узагальнені кількісні дані для подальшого аналізу. У дослідженні більшість медичних працівників показали легкі або субдепресивні прояви, наприклад, зниження настрою, втому, труднощі з концентрацією.

Це підтверджує теорію Бека, яка каже, що депресія пов’язана з негативними автоматичними думками і когнітивними викривленнями.

Тобто, ці дані демонструють на практиці, як негативні думки та переконання впливають на стан медичних працівників. - так зв’язуємо з теоретичною частиною.

Шкала DEPS показала, що деякі респонденти мають емоційне виснаження, зниження мотивації та порушення сну, навіть без клінічно вираженої депресії. Це можна пов’язати з теоретичною частиною про вплив професійного перенапруження та соціально-психологічних факторів на депресивні стани.

Дані підтверджують, що депресія не лише когнітивна проблема, але і комплексна реакція організму на професійний та соціальний стрес.

У дослідженні взяли участь 27 медичних працівників, які представляли різні професійні категорії закладу охорони здоров’я, що дозволяє охопити широкий спектр посад та рівнів відповідальності. Серед учасників були

завідувачі клінічних відділень (11%), лікарі-хірурги (11%), старші медичні сестри клінічних відділень (26%), медичні сестри стаціонару (19%), медичні сестри приймального відділення (15%), анестезіологи (7%) та рентген-лаборанти (11%). Завідувачі та лікарі-хірурги були чоловіки, старші медичні сестри та медичні сестри стаціонару і приймального відділення – жінки, серед рентген-лаборантів також переважали жінки, а серед анестезіологів були як чоловіки, так і жінки. Респонденти мали різний професійний стаж, від молодих спеціалістів до працівників із багаторічним досвідом роботи, що дозволяє оцінювати вплив професійного навантаження та стажу на психоемоційний стан. Такий склад вибірки забезпечує репрезентативність дослідження і дає можливість комплексно вивчати депресивні прояви та емоційне вигорання серед медичних працівників різних спеціальностей, враховуючи як професійну відповідальність, так і гендерні та досвідові особливості. Більшість досліджуваних проявили готовність проходити подібні обстеження на регулярній основі, незважаючи на високий рівень професійного навантаження та роботу в умовах електронної системи документообігу (Хелс-24), яка збільшує адміністративне навантаження.



Рис. 1. *Розподіл медичних працівників, які надали згоду для проведення дослідження, у % співвідношенні. Діаграма складена автором дослідження.*

Аналіз результатів за госпітальною шкалою Бека виявив, що більшість респондентів демонструють легкий ступінь депресивної симптоматики. Найчастіше спостерігалися зниження настрою, підвищена втомлюваність, втрата інтересу до діяльності та труднощі концентрації уваги.

Розподіл показників за шкалою Бека по категоріях професійних посад виглядав наступним чином: найвищі показники були у старших медичних сестер та лікарів-хірургів, що можна пояснити високим рівнем комунікаційного навантаження, відповідальністю та понаднормовим графіком. Інші категорії медичних працівників демонстрували легкі або субклінічні прояви депресії, що свідчить про відносну стійкість до стресових факторів та здатність ефективно виконувати професійні обов'язки.



Рис. 2. *Результати дослідження медичних працівників по Госпітальній шкалі А. Бека, у % співвідношенні. Діаграма складена автором дослідження.*

Результати за шкалою DEPS засвідчили наявність емоційного виснаження та зниження суб'єктивного відчуття психологічного благополуччя, що підтверджувалося також індивідуальними інтерв'ю: респонденти зазначали складнощі у відновленні після робочого дня, порушення сну та зниження мотивації до професійної діяльності. При цьому лише двоє з досліджуваних продемонстрували ознаки вираженої депресії.

Результати по шкалі наведені нижче:



Рис. 3. *Результати дослідження медичних працівників по шкалі депресії DEPS, у % співвідношенні. Діаграма складена автором дослідження.*

Ця шкала підтвердила результат щодо високих балів у старших медичних сестер та у медичних сестер стаціонару. Але дала інші результати по набраним балам інших працівників. Не дивлячись на високі показники шкал, бо це більш для розуміння того, які саме медичні професії мають вразливість та схильність до депресивних станів, діагностика по кожному окремо має іншу картину. В цілому, можна сказати, що медичні працівники закладу або мають легкий ступінь депресії або не мають зовсім. Зі всієї

кількості працівників, з ким була проведена діагностика, тільки двоє мають виражені ознаки депресивного стану. Порівняльний аналіз результатів двох методик дозволив зробити припущення про тісний взаємозв'язок між депресивною симптоматикою та професійним вигоранням. Зокрема, у респондентів із підвищеними показниками за шкалою DEPS частіше фіксувалися когнітивні та емоційні симптоми депресії. Це дає підстави вважати, що депресивні стани у медичних працівників нерідко мають накопичувальний характер та формуються на тлі тривалого професійного перенапруження. Особливої уваги заслуговує той факт, що навіть за відсутності клінічно вираженої депресії у частини досліджуваних спостерігалися ознаки емоційного виснаження та зниження задоволеності професійною діяльністю. Це дозволяє припустити, що депресивна симптоматика у медичних працівників може тривалий час залишатися неусвідомленою та не діагностованою, поступово переходячи у більш важкі форми. Отримані результати також дають підстави для припущення, що індивідуальні копінг-стратегії та рівень психологічної підтримки відіграють важливу роль у формуванні депресивних станів. Медичні працівники, які мають обмежені ресурси психологічного відновлення, демонструють вищі показники депресивної симптоматики та емоційного виснаження. Порівняльний аналіз результатів двох методик вказав на тісний зв'язок між проявами депресії та емоційним виснаженням. У респондентів із підвищеними показниками за шкалою DEPS частіше фіксувалися когнітивні та емоційні ознаки депресії. Це дозволяє припустити, що депресивні стани у медичних працівників можуть мати накопичувальний характер та формуватися на фоні тривалого професійного перенапруження, навіть за відсутності клінічно вираженої депресії. Дослідження також засвідчило високу стійкість більшості медичних працівників. Багато з них змогли зберігати ефективність роботи та справлятися зі стресом, що може бути пов'язано з особливостями їхніх особистісних характеристик, такими як відповідальність, організованість та внутрішня мотивація. Водночас

результати підкреслюють важливість впровадження профілактичних заходів, психологічної підтримки та регулярного моніторингу психічного стану працівників для запобігання прогресуванню депресивних симптомів. Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило початкову гіпотезу щодо наявності депресивної симптоматики серед медичних працівників, переважно в легкій формі. Отримані дані вказують на необхідність системної психологічної підтримки та профілактичних програм, які можуть допомогти знизити ризик подальшого розвитку депресії та покращити загальний психологічний стан персоналу. Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують актуальність проблеми депресивних станів серед медичних працівників та необхідність впровадження психологічних програм підтримки, спрямованих на профілактику професійного вигорання та зниження рівня депресії.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було представлено організацію та методи емпіричного дослідження депресивних станів у медичних працівників, а також здійснено аналіз отриманих результатів. Для комплексної оцінки рівня депресивної симптоматики у вибірці було застосовано дві психодіагностичні методики: Госпітальну шкалу депресії Аарона Бека та шкалу DEPS. Такий підхід дозволив не лише виявити наявність депресивних проявів, а й оцінити їх ступінь вираженості з урахуванням професійних обов’язків респондентів.
Результати дослідження свідчать про поширеність депресивних проявів легкого та помірного ступеня серед медичних працівників. Найвищі показники за обома шкалами спостерігалися у старших медичних сестер та лікарів-хірургів, що пояснюється високим професійним навантаженням, надмірним спілкуванням із пацієнтами, колегами та керівництвом, понаднормовою роботою та добовими чергуваннями. Водночас, лише у двох респондентів були зафіксовані виражені ознаки депресивного стану, що підкреслює загальну психологічну стійкість більшості учасників

дослідження. Клінічні інтерв'ю підтвердили наявність ознак емоційного виснаження у частини респондентів, що проявлялося у зниженні мотивації, порушеннях сну та труднощах відновлення після робочого дня. У цих же інтерв'ю також виявлялися особистісні ресурси респондентів, які сприяють ефективній роботі та здатності долати стресові ситуації. Такий баланс між наявністю легких депресивних проявів та стійкістю до професійного стресу дозволяє зробити висновок про накопичувальний характер депресивних станів: без систематичного моніторингу та профілактичної роботи вони можуть поступово загострюватися. Отримані результати підтвердили гіпотезу про тісний взаємозв'язок між проявами депресії та хронічним професійним стресом. Виявлено, що навіть за відсутності клінічно вираженої депресії, легкі симптоми емоційного виснаження здатні впливати на якість професійної діяльності та психічне самопочуття медичних працівників.

З урахуванням отриманих даних можна стверджувати про необхідність регулярного психодіагностичного моніторингу та впровадження профілактичних програм психологічної підтримки. Доцільно використовувати психоедукаційні заходи та психотерапевтичні інтервенції, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, спрямовані на зниження ризику розвитку депресивних симптомів, підтримку психологічного благополуччя та розвиток ефективних стратегій подолання стресу.

Згідно з проведеним дослідженням, результати розділу 2 підтверджують актуальність проблеми депресії серед медичних працівників, підкреслюють роль хронічного професійного стресу у формуванні депресивних проявів і демонструють високий потенціал стійкості респондентів. Водночас отримані дані свідчать про доцільність подальшого вивчення індивідуальних особливостей особистості та ресурсів медичних працівників для розробки ефективних профілактичних та підтримуючих програм.

РОЗДІЛ 3. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ ТЕХНІКИ ТА СТРАТЕГІЇ РОБОТИ В ПОДОЛАННІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Теоретичні засади надання психологічної допомоги при депресивних станах

Депресивні стани серед медичних працівників є гострою проблемою сучасної медицини та психології, що зумовлено високим рівнем професійного стресу, емоційного навантаження, відповідальності за життя пацієнтів і постійним перебуванням у ситуаціях невизначеності та ризику. Своєчасна психологічна допомога та корекція депресивних проявів дозволяють запобігти розвитку тяжких форм депресії, зменшити ризик професійного вигорання та зберегти ефективність професійної діяльності медичного персоналу.

Аналіз наукових джерел свідчить, що одним із найбільш ефективних та доказових підходів у роботі з депресивними станами є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка широко застосовується у роботі з медичними працівниками в умовах підвищеного психоемоційного навантаження. КПТ ґрунтується на положенні про те, що емоційні розлади, зокрема депресія, підтримуються системою негативних автоматичних думок і дисфункційних переконань, які формуються під впливом професійного та соціального досвіду.

Для медичних працівників характерними є специфічні автоматичні думки, пов’язані з професійною ідентичністю та відповідальністю. До них належать переконання типу: «Я не маю права на помилку», «Якщо пацієнт незадоволений, це означає, що я поганий фахівець», «Я повинен бути ідеальним і завжди допомагати», «Моя втома — це слабкість», «Я не маю права просити про допомогу». Такі когнітивні установки сприяють формуванню хронічного почуття провини, знецінення власних досягнень та емоційного виснаження, що поступово підсилює депресивну симптоматику . У межах КПТ робота з депресивними станами медичних працівників включає ідентифікацію негативних автоматичних думок, їх перевірку на реалістичність, когнітивну реструктуризацію та формування більш адаптивних переконань. Окрім когнітивної складової, важливе місце посідає поведінкова активація, яка спрямована на поступове відновлення активності, зниження уникання та підвищення відчуття контролю над власним життям і професійною діяльністю (Lewinsohn, 1974, Lewinsohn, P. M. (1974). Дослідження показують, що застосування КПТ у медичних працівників сприяє зменшенню рівня депресії, тривоги та симптомів емоційного вигорання, а також підвищує стресостійкість і професійну задоволеність Особливо ефективною є робота з когнітивними викривленнями, такими як катастрофізація, надмірна відповідальність, дихотомічне мислення та персоналізація, які часто проявляються саме у представників медичних професій.

Окрім когнітивно-поведінкового підходу, у психологічній допомозі при депресивних станах застосовуються й інші теоретичні моделі.

Поведінковий підхід акцентує увагу на відновленні соціальної та професійної активності шляхом планування досяжних дій і формування позитивного підкріплення, що сприяє зниженню депресивних проявів (Lewinsohn, 1974).

Психодинамічний підхід розглядає депресію як наслідок внутрішніх конфліктів, невирішених втрат або травматичного досвіду, що є особливо

актуальним для медичних працівників, які регулярно стикаються зі смертю та стражданням пацієнтів.

Екзистенційний підхід зосереджується на пошуку сенсу життя та професійної діяльності, допомагаючи медичним працівникам усвідомити цінність власної ролі та зменшити почуття екзистенційної порожнечі, що може виникати в умовах тривалого стресу. Важливу роль у перебігу депресивних станів відіграють також особистісні та сімейні фактори, зокрема перфекціонізм, високий рівень самокритики, дефіцит соціальної підтримки, поєднання професійних і сімейних ролей, що особливо характерно для жінок-медиків.

Таким чином, психологічна допомога медичним працівникам із депресивними станами має ґрунтуватися на інтегративному підході, який поєднує когнітивно-поведінкові, поведінкові, психодинамічні та екзистенційні методи з урахуванням професійної специфіки, індивідуальних особливостей та соціального контексту. Такий підхід дозволяє не лише зменшити вираженість депресивної симптоматики, а й сприяє профілактиці емоційного вигорання та підвищенню якості життя медичних працівників.

3.2. Структура та зміст програми психологічної допомоги у подоланні депресивних станів у медичних працівників за допомогою КПТ.

На основі результатів емпіричного дослідження депресивних станів у медичних працівників було встановлено, що клінічно вираженої депресії серед респондентів не зафіксовано, однак спостерігаються прояви емоційного вигорання та субклінічні ознаки депресивної симптоматики. Це дозволяє зробити висновок про необхідність впровадження профілактичних психотерапевтичних заходів, спрямованих на підтримку психологічного здоров’я та запобігання розвитку депресивних станів у майбутньому.

Розроблена програма психологічної допомоги базується на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка є одним із найбільш ефективних методів психотерапевтичної роботи з депресивними станами, тривогою та

емоційним вигоранням. Програма має теоретичне та практичне значення. Теоретична частина спрямована на ознайомлення медичних працівників із механізмами формування депресивних станів та вигорання, наслідками хронічного стресу для психічного та фізичного здоров'я, а також на розвиток розуміння взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Практична частина включає серію вправ та інструментів самоспостереження, когнітивної реструктуризації, поведінкової активації та релаксаційних технік, що дозволяє відпрацювати навички саморегуляції та психологічної стійкості.

Програма структурована у чотири основні етапи, кожен із яких складається із серії зустрічей тривалістю 60–90 хвилин, із логікою поступового переходу від усвідомлення власного стану до освоєння навичок саморегуляції та застосування їх у повсякденній професійній діяльності. Загальна тривалість програми становить 8–12 зустрічей, з можливістю продовження за потребою. Структура програми передбачає послідовне ускладнення завдань та поступове підвищення інтенсивності занять: на початковому етапі учасники опрацьовують базові вправи, спрямовані на ознайомлення з методами когнітивної реструктуризації та формування первинних навичок саморегуляції, тоді як на наступних етапах застосовуються більш складні вправи, що потребують активного використання когнітивно-поведінкових стратегій, саморефлексії та розвитку навичок психологічної стійкості.

Етап	**Назва етапу**	**Мета, Зміст**	**Вправа**
1	Діагностика та психоосвіта (2-3 зустрічі по 60 хвилин)	**Мета:** Визначення індивідуального психологічного стану медичних працівників, ознайомлення з поняттями депресивних станів, стресу, вигорання. **Зміст:** - проведення діагностики за допомогою Госпітальної шкали депресії А. Бека та шкали	- Самоспостереження (ведення щоденника настрою протягом одного тижня з оцінкою емоцій за 0–10 шкалою.) - Ідентифікація стресових ситуацій і автоматичних негативних думок під

		DEPS для оцінки рівня депресивної симптоматики; - інформування про психоемоційні наслідки стресу та депресивних станів, включаючи соціальні та професійні аспекти (тривалість концентрації, продуктивність, комунікації з пацієнтами). - ознайомлення з принципами КПТ: взаємозв'язок думок, емоцій і поведінки, важливість усвідомлення автоматичних негативних думок.	час робочого процесу.
2	Когнітивна реструктуризація (2-3 зустрічі по 60-75 хвилин)	**Мета**: напрацювання навичок медичними працівниками розпізнавати і змінювати деструктивні або негативні моделі мислення, що формують емоційний дискомфорт. **Зміст:** -робота з автоматичними думками ("Я не справляюся з роботою", "Пацієнти завжди незадоволені"). -використання методів критичного аналізу думок: визначення думки аналіз доказів "за" і "проти" формування більш реалістичної альтернативної думки	- Таблиця автоматичних думок": запис негативних думок, оцінка її правдивості, створення альтернативних думок. - Розбір складної ситуації на робочому місці та при можливості, спільне формування позитивного сценарію реакції.
3	Поведінкова активація (2-3 зустрічі по 60 хвилин)	**Мета:** Підвищення активності працівників, зменшення апатії та соціальної ізоляції, якщо вона є, підтримка відчуття контролю та задоволення від роботи. **Зміст:** -поступове планування приємних і корисних дій: короткі перерви, прогулянки, спілкування з колегами. -використання методу "малих	-Планування 3–5 маленьких приємних дій на день і їх відмітка у щоденнику настрою. -Вправа "Позитивні взаємодії": щодня відзначати одну позитивну взаємодію з колегою або пацієнтом.

		кроків”: виконання однієї простої дії щодня для відновлення відчуття контролю. -соціальна взаємодія: організація коротких командних зустрічей або дискусійних груп для обміну досвідом і підтримки.	
4	Навчання навичкам релаксації та самоспівчуття (1-2 зустрічі по 60 хвилин)	**Мета:** Зниження рівня фізіологічного та емоційного напруження, підвищення здатності до саморегуляції. **Зміст:** -техніки релаксації: дихальні вправи, прогресивна м’язова релаксація. -практики усвідомленості (майндфулнес) для спостереження думок і емоцій без самозвинувачення. -вправи на самоспівчуття: розвиток внутрішньої підтримки та позитивного ставлення до себе.	5-хвилинна дихальна пауза після напруженої зміни. - Практика “Справжнє прийняття”: усвідомлення негативних думок без критики.

1. Діагностичний та ознайомчий етап – вивчення особистісних, сімейних та професійних факторів, що підсилюють депресивні прояви; ознайомлення з базовими поняттями КПТ; формування первинного усвідомлення взаємозв’язку думок, емоцій та поведінки.

2. Когнітивний етап – робота з типовими автоматичними думками медичних працівників, такими як: «Я не маю права на помилку», «Я повинен бути ідеальним», «Якщо пацієнт незадоволений, це моя провина», «Я не можу дозволити собі помилятися». На цьому етапі учасники вчаться усвідомлювати ці думки, аналізувати їх правдивість та трансформувати у більш реалістичні та ресурсні переконання.

3. Поведінковий етап – застосування технік поведінкової активації, планування конкретних досяжних завдань, включення релаксаційних і

майндфулнес вправ для зменшення напруження. Приклади вправ: «Діаграма настрою» для щоденного відстеження емоцій, «Розклад маленьких перемог» для поступового збільшення активності, «Техніка глибокого дихання» для зниження фізіологічного напруження.

4. Закріплювальний та профілактичний етап – застосування навичок у реальних робочих ситуаціях, формування стратегій подолання стресових ситуацій, оцінка результатів, обговорення труднощів та складання індивідуального плану підтримки.

Програма передбачає як групові, так і індивідуальні заняття, що дозволяє її використання у різних умовах: підвищення кваліфікації, корпоративні тренінги, самостійна робота над психологічним станом, профілактика вигорання. Теоретична частина корисна для розуміння механізмів психоемоційного стресу та депресії, практична – для розвитку конкретних навичок саморегуляції, когнітивного аналізу та поведінкових стратегій, що забезпечує високу ефективність програми.

Критерії оцінки ефективності програми включають: зниження проявів емоційного вигорання, підвищення рівня саморегуляції, поліпшення настрою та мотивації до роботи, зменшення частоти негативних автоматичних думок, а також задоволеність учасників процесом та результатами програми. Моніторинг ефективності здійснюється за допомогою повторної діагностики за шкалами Бека та DEPS через 2–3 місяці після завершення програми, а також обговорення зворотного зв’язку з учасниками для адаптації вправ та методик до індивідуальних потреб.

Переваги розробленої програми полягають у комплексному підході, що поєднує діагностику, психоосвіту та практичні вправи, можливості адаптації під індивідуальні потреби працівників, профілактичній спрямованості, розвитку стійкості до стресу та навичок саморегуляції. Доцільність впровадження програми підтверджується її здатністю підвищувати психологічну стійкість медичних працівників, покращувати продуктивність та якість професійної діяльності, знижувати рівень емоційного вигорання та

субклінічної депресії, а також забезпечувати розвиток внутрішніх ресурсів підтримки.

Також, проаналізувавши програму з критичної точки зору, виявлено можливі обмеження, які залежать від конкретних факторів, а саме, потребує регулярного моніторингу та повторної діагностики для оцінки ефективності, успішність залежить від мотивації та готовності працівників до участі, в умовах високого професійного навантаження може виникати нестача часу для повного проходження програми.

Надалі, важливо відмітити важливість моніторингу та оцінки ефективності. Для цього потрібно провести повторну діагностику за шкалами Бека та DEPS через 2–3 місяці. Порівняти результати для оцінки ефективності програми та скорегувати програму на основі зворотного зв’язку, враховуючи індивідуальні потреби досліджуваних.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі дослідження було розглянуто теоретичні засади надання психологічної допомоги при депресивних станах у медичних працівників, а також розроблено та обґрунтовано програму психологічної підтримки на основі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Аналіз літературних джерел та практичних рекомендацій підтвердив ефективність інтеграції когнітивного, поведінкового, психодинамічного та екзистенційного підходів для своєчасної діагностики та профілактики депресивних станів і емоційного вигорання, що безпосередньо впливає на якість професійної діяльності та безпеку пацієнтів.

Емпіричне дослідження показало, що серед медичних працівників переважають прояви субклінічної депресивної симптоматики та емоційного вигорання, що підкреслює актуальність профілактичних психотерапевтичних заходів. Розроблена програма психологічної допомоги має комплексне значення: теоретична частина забезпечує розуміння механізмів формування депресивних станів, наслідків професійного стресу та взаємозв’язку думок, емоцій і поведінки; практична частина включає конкретні вправи на

самоспостереження, когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, розвиток навичок релаксації та самоспівчуття, що дозволяє працівникам ефективно регулювати власний психологічний стан.

Програма структурована у чотири етапи, які відрізняються за інтенсивністю та складністю завдань, що забезпечує поступовий перехід від ознайомлення та діагностики до активного розвитку навичок саморегуляції та поведінкової активації. Логіка переходів між етапами передбачає спочатку оцінку індивідуального стану, формування базових навичок самоспостереження, подальше опрацювання автоматичних негативних думок, навчання методам поведінкової активації, і завершальним етапом є інтеграція отриманих знань у професійну діяльність. Приклади конкретних вправ включають ведення щоденника емоцій і думок, аналіз негативних автоматичних думок («Я не маю права на помилку», «Пацієнт буде незадоволений», «Я повинен бути ідеальним»), планування активностей із поступовим збільшенням складності, вправи на релаксацію та техніки самоспівчуття для зниження рівня стресу та підвищення психологічної стійкості.

Критеріями оцінки ефективності програми визначено зниження рівня субклінічних депресивних проявів та емоційного вигорання, підвищення психологічної стійкості та розвитку навичок саморегуляції, а також позитивні зміни у поведінкових стратегій, що відображаються у професійній діяльності. Регулярний моніторинг та повторна діагностика за шкалами Бека та DEPS дозволяють оцінити прогрес та адаптувати програму відповідно до індивідуальних потреб медичних працівників.

Впровадження запропонованої програми забезпечує комплексну профілактику депресивних станів і емоційного вигорання, сприяє розвитку когнітивного контролю, адаптивного реагування на стрес, підвищує ефективність професійної діяльності та якість надання медичної допомоги. Враховуючи структуровану логіку програми, конкретні методики та

інтегрований підхід, вона є доцільним та науково обґрунтованим інструментом підтримки психічного здоров’я медичних працівників.

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

У ході виконання магістерської роботи, було комплексно досліджено депресивні стани у медичних працівників та розроблено науково обґрунтовану програму психологічної допомоги на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Аналіз літературних джерел та сучасних досліджень показав, що депресивні прояви є одними з найбільш поширених психічних станів, які суттєво впливають на емоційне, когнітивне та фізичне здоров’я медичного персоналу. Особливо вразливими до виникнення депресії та емоційного вигорання є лікарі та медичні сестри, що працюють у стресових умовах із високим рівнем відповідальності, інтенсивним робочим навантаженням та надмірною взаємодією з пацієнтами та колегами. Висновки першого розділу підтвердили, що депресивні стани можуть мати різне походження та ступінь вираженості, і своєчасне виявлення цих станів є критично важливим для підтримки психічного здоров’я медичних працівників та забезпечення високої якості надання медичної допомоги.

Емпіричне дослідження, проведене у другому розділі, виявило поширеність легких і помірних проявів депресивної симптоматики серед

медичних працівників. Найбільш вразливими групами виявилися старші медичні сестри та лікарі-хірурги, що зумовлено високим професійним навантаженням, надлишковою роботою та емоційним виснаженням. Отримані дані підтвердили тісний взаємозв'язок між проявами депресії та хронічним професійним стресом, вказуючи на накопичувальний характер депресивних станів: без систематичного моніторингу та профілактичної роботи симптоматика може поступово загострюватися. При цьому, навіть легкі прояви емоційного вигорання здатні негативно впливати на психічне самопочуття та якість професійної діяльності, що підкреслює необхідність впровадження системних психотерапевтичних заходів і регулярного психодіагностичного моніторингу.

Третій розділ роботи підтвердив практичну значущість розробленої програми психологічної допомоги медичним працівникам на основі КПТ. Програма має комплексний характер, поєднує теоретичну частину, спрямовану на ознайомлення з механізмами формування депресивних станів, наслідками професійного стресу та вигорання, і практичну частину, що включає вправи на когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, релаксаційні техніки та розвиток самоспівчуття. Програма структурована у чотири етапи, що логічно послідовно переходять від діагностики та психоосвіти до розвитку навичок саморегуляції та адаптивного реагування на стрес, при цьому інтенсивність та складність вправ зростає поступово, що забезпечує оптимальне засвоєння матеріалу та ефективність тренінгу. Серед прикладів практичних вправ пропонуються: ведення щоденника автоматичних думок для аналізу негативних когніцій; вправи на поведінкову активацію для підвищення рівня активності та мотивації; техніки релаксації і дихальні вправи для зниження рівня стресу; вправи на самоспівчуття для підвищення емоційної стійкості. Ключовими критеріями оцінки ефективності програми є: зниження рівня депресивних симптомів за шкалами Бека та DEPS; підвищення рівня психологічної стійкості; поліпшення саморегуляції та

здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. Програма може застосовуватися як у груповому, так і в індивідуальному форматі, а її адаптивність дозволяє враховувати індивідуальні особливості учасників, специфіку професійної діяльності та наявні ресурси.

Узагальнюючи, результати теоретичного та емпіричного досліджень свідчать про високу актуальність проблеми депресивних станів у медичних працівників та демонструють ефективність систематизованого психотерапевтичного підходу. Впровадження розробленої програми психологічної допомоги дозволяє:

- знизити прояви депресивної симптоматики та емоційного вигорання;
- підвищити психологічну стійкість та адаптивність медичних працівників;
- покращити якість професійної діяльності та безпеку пацієнтів;
- сформувати навички когнітивної саморегуляції, поведінкової активності та самопідтримки. Таким чином, магістерська робота підтверджує доцільність інтеграції когнітивно-поведінкових підходів у системну профілактику депресивних станів серед медичних працівників та надає науково обґрунтовану базу для впровадження практичних заходів з підтримки психічного здоров’я та професійного благополуччя персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Любов Півень, Євгенія Рибитва, Єгор Кучеренко. Проблема депресивних станів в понятійному апараті клінічної психології. Дата публікації 30.09.2025. Вчені записки Університету «КРОК» №3 (79), 2025. URL: https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/1103/1108

2. Aaron T Beck 1, Emily A P Haigh. «Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model»
URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387236/

3. Ângela Ribeiro, João P Ribeiro, Orlando von Doellinger Depression and psychodynamic psychotherapy. Braz J Psychiatry. 2017 Jun 12;40(1):105–109. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2107, URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6899418/?utm_source=chatgpt.com

4. Н.І. Долішня, Р. Кечур, О.І. Мироненко, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького «Психодинамічне розуміння депресивних розладів», журнал «Нейроnews» психоневрологія та

нейропсихіатрія», 3-1’2008, URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2008/3-1/article-110/psihodinamichne-rozuminnya-depresivnih-rozladiv?utm_source=chatgpt.com#gsc.tab=0

5. Sebastian Salicru PTS Psychology, Canberra, Australia. A Practical and Contemporary Model of Depression for Our Times—A Timeless Existential Clinician’s Perspective. Scientific Research An Academic Publisher, Open Journal of Depression, Vol. 10 No.2, May 2021, URL: https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=109129&utm_source=chatgpt.com

6. Sebastian Salicru PTS, A Practical and Contemporary Model of Depression for Our Times—A Timeless Existential Clinician’s Perspective Psychology, January 2021Open Journal of Depression 10(02):54-89, URL: https://www.researchgate.net/publication/351630216_A_Practical_and_Contemporary_Model_of_Depression_for_Our_TimesA_Timeless_Existential_Clinician%27s_Perspective

7. Katja Cattapan-Ludewig, Erich Seifritz. [Aetiology of depressive disorders--the biopsychosocial model] National Library of Medicine, 2010 Nov;67(11):566-7 URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21043016/

8. Olivia Remes, João Francisco Mendes, Peter Templeton. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. Brain Sci. 2021 Dec 10;11(12):1633. doi: 10.3390/brainsci11121633. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8699555/?utm_source=chatgpt.com

9. Ширяєва, Л. М. Когнітивно-поведінкова модель та терапія депресії / Л. М. Ширяєва, Г. І. Ревуцька // Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету : збірник наукових праць звітно-наукової конференції викладачів, докторантів та аспірантів Факультету психології за 2021 рік (17-24 травня 2022 року) / укл. Вольнова Л. М., Когнітивно-поведінкова модель та терапія депресії. URL: http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/38693

10. О.С. Чабан, О.О. Хаустова. Навчальний посібник «Практична психосоматика: Депресія.». Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2020, с. 216.

11. О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов, (2012) Виявлення депресивних розладів у пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями. Архів психіатрії 3 (74) ‘ 2013.

12. Н. Купко, «Клінічні настанови щодо лікування депресії із супутніми психічними захворюваннями», журнал «Нейропews» психоневрологія та нейропсихіатрія», 8 (119)’2020, с. 46-51.

13. Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021, 208 с.

14. С. Д. Максименко, К. С. Максименко, Н. М. Панасенко, В.В. Клименко, за загальною редакцією академіка С.Д. Максименка, Диференційна психологія: підручник, К.: Видавницький Дім «Слово», 2013. – 496 с.

15. Депресія: обличчя та маски. За редакцією Н. Долишньої. Львів. Видавництво Мс, 2006. - 116 с.

16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 184-193.

17. National Institute of Mental Health, Mental Health Information, Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. URL: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression

18. Депресія: Хвороба сучасності / Д-р Самюель Пфайфер; пер. О. Кушніков. – Львів: Свічадо, 2017. – 88 с.

19. Можаровська Т.В., Бусько В.М., РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ. URL: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://habitus.od.ua/journals/2025/74-2025/46.pdf

20. Баті В.В., Бугина Л.М., Коваль Г.М. Український медичний часопис. «Вплив мікробіому кишечнику на психологічний стан людини», 31.08.2022 URL:https://umj.com.ua/uk/publikatsia-232948-vpliv-mikrobiomu-kishechniku-na-psihologichnij-stan-lyudini

21. Н.Є. Поліщук, Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр, медико-соціальний центр «Діалог», м. Львів, Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування, журнал «Нейропews» психоневрологія та нейропсихіатрія», 6-2’2013, URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/6-2/article-1241/biopsihosocialna-model-dopomogi-osnovni-principi-diagnostiki-ta-likuvannya#gsc.tab=0

22. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця: Консоль, 2005.

23. І. А. Коваль. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (28). URL: https://doi.org/10.32626/2227-6246.2015-28

24. Т. А. Вежновець, В.Д. Парій СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ. Статті учасників конференції. Uzn_2016_1-2_11.pdf

25. О.Г. Лисенко. Актуальні проблеми психології. Випуск 45. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. //http://appsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/12.pdf

26. О. М. Дацок, О. Л. Літовченко, Д. Р. Чигрин, А. О. Кіряк. Вісник Національного технічного університету" ХПІ", 2024, № 1–2(11–12). АПАРАТНО-ПРОГРАМНИЙ КОМПЛЕКС ВИЗНАЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ ІНФОРМАТИВНИХ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ПРИ ПРОФЕСІЙНОМУ ВИГОРАННІ. 2024. с 178

27. The Mental Health of Healthcare Workers in COVID-19 [Електронний ресурс]. available at: https://mhanational.org/mental-health-healthcare-workers-covid-19 (accessed: 07.05.2024)

28. Г.З. Мороз, І.В. Седченко, І.М. Ткачук, С.В. Мосур. Український Медичний Часопис, 2017, 23 травня [Електронна публікація]. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів. Українська військово-медична академія Міністерства оборони України, Київ, Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр Дніпровського району м. Києва». URL: https://surl.li/ujfcst

29. В. Свір, А. Сич. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, (2 (67), 102-107. URL: https://journals.maup.com.ua/index.php/psychology/article/view/5023

30. Бегеза Л. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ. Психологічні перспективи, 2020. (36), 37–48. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-37-48.

31. Маслач Х. «Burnout: The Cost of Caring» Енглвуд-Кліфс, Нью-Джерсі: Прентіс-Холл. 1982.

32. Шевчук В.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ КАТЕГОРІЇ «ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ» MODERN APPROACHES TO THE DEFINITION OF THE CATEGORY OF “EMOTIONAL BURNING”. ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ. Випуск 17. 2020.

33. Професійне вигорання медичних працівників | Центр громадського здоров’я]. Професійне вигорання медичних працівників. 20.03.2024 URL: https://surl.li/xmyret

34. Мартинюк В., Овчаренко І. “Дослідження психоемоційного стану медичних працівників у зоні бойових дій”. Психологічні часописи / Збірник наукових праць. 2022.

35. Rusanov V. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529

36. Бек Дж. Когнітивно-поведінкова терапія: від основ до напрямків/ Джудіт Бек ; пер. з англ. — 3-тє вид. — К. : Науковий світ, 2021. — 420 с.

37. Кнаус В. Посібник із когнітивно-поведінкової терапії депресії: покрокова програма / Вільям Кнаус ; пер. з англ. — К. : Видавництво Фройда, 2022. — 320 с.

38. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії : методичний посібник / Олег Романчук. — Львів : Український інститут когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ), 2017. — 64 с. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cbt-depression.pdf

39. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. — 2008. — № 6 (11).

40. Чабан О. С. Сучасні підходи до лікування депресивних розладів: роль комбінованої терапії / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // НейроNEWS. — 2019. — № 4. — С. 15–22.

41. Муха Г. В. Особливості когнітивної сфери осіб із депресивними розладами та методи їх корекції / Г. В. Муха // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. — 2021. — Вип. 14. — С. 88–97.

42. Gautam M. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Depression/ M. Gautam, A. Tripathi, D. Deshmukh et al. / Indian Journal of Psychiatry. — 2020.

43. Когнітивно-поведінкова терапія при депресії. Електронний ресурс Mozok.ua/ URL: https://mozok.ua/depressiya/article/3258-kogntivnopovednkova-terapya-pri-depres

44. Gautam M. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Depression /M. Gautam, A. Tripathi, D. Deshmukh et al. // Indian Journal of Psychiatry. — 2020. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7001356/

ДОДАТКИ

Додаток А

Розділ 2.

2.1. Шкали для діагностування депресивних станів.

Госпітальна шкала депресії А. Бека

№	Бали	Твердження
1	0	Мені не сумно
	1	Мені сумно, я почуваюся пригніченим
	2	Я весь час почуваюся сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану
	3	Я відчуваю нестерпний сум та тугу
2	0	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 немає нічого доброго і я не можу нічого змінити
3	0	Я не відчуваю себе невдахою
	1	Я відчуваю, що в мене більш невдач, ніж у інших людей
	2	Моє життя - це суцільна низка невдач та помилок
	3	Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті та ін.)
4	0	Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
	1	Я не отримую такого задоволення, як раніше, від улюблених занять та речей
	2	Я ні від чого не отримую задоволення
	3	Будь яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу
5	0	Я не відчуваю відчуття провини
	1	Я доволі часто відчуваю провину
	2	Я дуже часто почуваюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини
	3	Мене мучить постійне відчуття провини
(6)	1	Я не вважаю, що заслуговую покарання
	2	Я допускаю, що заслуговую покарання
	3	Я вважаю, що маю бути покараний
	4	Я відчуваю, що доля карає мене
7	0	Я, в основному, задоволений тим, ким я є
	1	Я незадоволений собою
	2	Я гидкий собі
	3	Я ненавиджу себе
(8)	0	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	0	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)	0	Я не плачу більш, ніж зазвичай
	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)	0	Я не дратуюся 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	0	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	0	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
	0	Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно
	1	Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше, ніж звичайно і

14		старшим, ніж на свій вік
	2	Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше
	3	Я переконаний, що виглядаю жахливо
15	0	Мені працюється так, як і раніше
	1	Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці
	2	Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці
	3	Я не в стані працювати
(16)	0	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	0	Я не втомлююся більше, ніж звичайно
	1	Я втомлююся значно легше, ніж раніше
	2	Я втомлююся від будь якого заняття
	3	Я почуваюся настільки втомленим, що не в стані будь чим займатися
18	0	У мене нормальний апетит
	1	У мене погіршився апетит
	2	У мене майже відсутній апетит
	3	У мене зовсім нема апетиту
(19)	1	Моя вага залишається незмінною
	2	За останній час я схуд більш ніж на 3 кг
	3	За останній час я схуд більш ніж на 5 кг
	4	За останній час я схуд більш ніж на 7 кг
	5	Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так/ні

(20)	0	Моє тілесне здоров’я 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)	0	Мі інтерес до статевого життя за останні 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

Додаток В

Розділ 2.

2.1. Шкали для діагностування депресивних станів.

Шкал депресії DEPS

Відповідь	Твердження
1. Протягом останнього місяця ви страждали від безсоння?	
Зовсім ні	0

Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
2. Протягом останнього місяця ви відчували смуток?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
3. Протягом останнього місяця ви відчували, що все робите через силу?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
4. Протягом останнього місяця ви відчували зниження енергії?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
5. Протягом останнього місяця ви відчували самотність?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
6. Протягом останнього місяця ви вважали майбутнє безнадійним?	
Зовсім ні	0

Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
7. Протягом останнього місяця ви не отримували задоволення від життя?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
8. Протягом останнього місяця ви відчували безглуздість існування?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
9. Протягом останнього місяця ви відчували, що все радісне зникло з життя?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3
10. Протягом останнього місяця ви відчували себе пригніченим, навіть перебуваючи в родині та з друзями?	
Зовсім ні	0
Трохи	1
Досить сильно	2
Дуже сильно	3