

## ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПРИ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ ФОРМІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ ПРОЯВАМИ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами м. Київ

У статті представлено результати диференційованої психокорекційної роботи, проведеної на вибірці державних службовців (ДС) зі станами психологічної дезадаптації та превалюванням тривожно-депресивної симптоматики. Згідно з психотерапевтичною та психокорекційною моделлю, ДС були розподілені на 2 терапевтичні групи. В обох групах було надано медико-психологічну допомогу у форматі індивідуальної та/або групової терапії.

Надаються результати психодіагностичного етапу дослідження з інтерпретацією психоемоційної сфери. Описано схему проведення етапу диференційованої психокорекції з обґрунтуванням вибору психотерапевтичних тактик (аутотренінг, когнітивно-поведінкова терапія).

За допомогою самооцінки респондентів та статистичної обробки даних оцінено ефективність проведених психокорекційних заходів для вибірки ДС. Встановлено, що проведений етап диференційованої психокорекції був ефективним при зниженні тривожної симптоматики і проявів ( $p < 0,01$ ) та зниженні проявів психологічної дезадаптації ( $p < 0,01$ ). Було визначено середній рівень ефективності при впливі на депресивні прояви ( $p < 0,05$ ), що обумовлена необхідністю більш тривалої психотерапії даною розладу.

*Ключові слова:* диференційована психокорекція, тривожно-депресивні прояви, психологічна дезадаптація, державний службовець, аутогенне тренування, когнітивно-поведінкова терапія.

**Вступ.** З наукових праць відомо, що проблема стресу, обумовленого робочим середовищем, який в подальшому призводить до дезадаптивних проявів, чи стану психологічної дезадаптації у державних службовців (ДС), є поширеною проблемою у світі [1–5]. Чимало науковців наголошує на серйозності проблеми робочого стресу у контексті подальших психосоматичних та психічних розладів [6–8]. Це робить актуальним питання проведення своєчасної та ефективної психотерапії та психокорекції ДС, які мають дезадаптивні прояви, чи перебувають у стані психологічної дезадаптації. Але попри актуальність проблеми кількість досліджень з використанням психотерапевтичних та психокорекційних заходів на вибірці ДС обмежена. Це може бути обумовлено специфікою професії, робочим середовищем, специфікою особистості ДС.

У праці А.А. Мударісова (2016) надаються рекомендації щодо проведення клієнт-орієнтованої терапії, що була застосована при роботі з вибіркою із 50 ДС, які займали керівні посади [9]. Автор надає класифікацію (типологію) ДС та пропонує алгоритми проведення терапевтичних занять.

У науковій праці М. Kawaharada (2009) описується застосування стрес-долаючого тренінгу (Stress Inoculation Training) на вибірці зі

140 ДС [10]. Програма тренінгу включала в себе 3 етапи навчання, розвиток когнітивно-поведінкових навичок, релаксацію, тренування та практику. Після цих етапів, ДС були проведені 3 одно-годинні заняття з чотиритижневими інтервалами між ними. Сеанси курувалися лікарем з гігієни праці (психологом) та медсестрою з гігієни праці. У результаті психотерапії відмічається збільшення ефективності когнітивного копіngu, що забезпечило вищу стресостійкість учасників дослідження, також відзначено зниження депресивної симптоматики.

Аналізуючи результати поодиноких наукових праць, де висвітлено результати психокорекційного впливу на ДС з проявами психологічної дезадаптації, варто зазначити, що моделі психокорекції, як такої (за винятком наукової праці М. Kawaharada), представлено та описано не було. Цей факт обумовлює актуальність розробки та проведення програми медико-психологічної корекції для ДС із станами психологічної дезадаптації.

**Мета дослідження.** Обґрунтувати і провести диференційовану психокорекцію клініко-психологічної форми дезадаптації з тривожно-депресивними проявами у державних службовців.

**Контингент і методи дослідження.** На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС було обстежено 159 державних службовців (ДС), серед них 118 жінок (74,22%) та 41 чоловік (25,78%). Середній вік респондентів становив  $42,7 \pm 9,19$  років. Середній стаж роботи у державній службі становив  $16,37 \pm 8,25$  років.

Критеріями включення в дослідження були: 1) інформована згода на участь в дослідженні; 2) вік респондента від 25 до 65 років; 3) стаж роботи у державній службі від 1 року; 4) відсутність епізодів психічних розладів у анамнезі; 5) повністю заповнений психодіагностичний інструментарій.

При дослідженні вказаного контингенту було використано клініко-психологічний, психодіагностичний, психокорекційний (когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування) та статистичний методи.

До психодіагностичного інструментарію було включено: 1) госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), автори: A.S. Zigmond, R.P. Snaithe; 2) опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» (автор Родіна О.Н., адаптація Дмитрієвої М.А.); 3) методика «Діагностика копіng-механізмів» (Е. Heim); 4) опитувальник «Внутрішня мотивація» (Е. Deci, R. Ryan, у адаптації В.О. Климчука, О.Л. Музики); 5) Гіссенський особистісний опитувальник (розроблений колективом німецьких вчених на базі Психосоматичної клініки Гіссенського університету, 1968 р.) [11].

У якості психотерапевтичної тактики при проведенні етапу диференційованої психокорекції, було обрано елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та аутогенного тренування (АТ). При проведенні етапу загальної психокорекції було використано елементи АТ, КПТ, логотерапії, проблемно-фокусованої терапії [12].

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами психодіагностичного дослідження загальну вибірку ДС ( $n=159$ ; 100%) було розподілено на дві групи: основну групу (ОГ) ( $n=78$ ; 49,05%), до якої увійшли ДС з проявами психологічної дезадаптації, та групу порівняння (ГП) ( $n=81$ ; 50,95%), до якої увійшли ДС без проявів психологічної дезадаптації.

У свою чергу, ОГ ( $n=78$ ; 100%) була розподілена на дві підгрупи: ОГ1 ( $n=35$ ; 44,87%), для учасників якої проводилася психокорекція та КГ1 ( $n=43$ ; 55,13%), учасникам якої медико-психологічна допомога не надавалася. Відповідно до даних дослідження стосовно вираженості і клінічного змісту проявів психологічної дезадаптації, психокорекційну групу ОГ1 ( $n=35$ ; 44,87%)

було розподілено на дві: ОГ1а ( $n=15$ ; 19,23%) та ОГ1б ( $n=20$ ; 25,64%), з якими проводилися диференційовані психокорекційні заходи, таргетно спрямовані на різні патогномонічні їх прояви, а в подальшому – об'єднані в одну групу загальної психокорекції ОГ1 ( $n=35$ ; 44,87%).

До початку проведення психокорекційних заходів було проведено психодіагностичне обстеження ДС з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії A.S. Zigmond, R.P. Snaithe (HADS), опитувальника «оцінка професійної дезадаптації» О.Н. Родіної, методики «діагностика копіng-механізмів» Е. Heim, опитувальника «внутрішня мотивація» Е. Deci, R. Ryan, Гіссенського особистісного опитувальника. Після проведення повної програми психокорекційних заходів, було проведено повторне психодіагностичне обстеження пацієнтів усіх трьох груп з використанням зазначених методик. Повторне обстеження було проведено через 6 місяців після початку проведення психокорекційних заходів.

Порівняння показників у ОГ1 (група корекції) та КГ1, а також у ГП до початку психокорекції не виявило статистично значущих розбіжностей за жодним з показників ( $p > 0,05$ ).

До початку проведення диференційованої психокорекції для ОГ1а та ОГ1б, були детально проаналізовані результати дослідження HADS серед респондентів ОГ1а, оскільки саме серед учасників цієї групи було встановлено переважання клініко-психологічної форми дезадаптації з тривожно-депресивними проявами. Інтерпретація даних дозволила встановити наступне:

- 10,25% ДС відзначили почуття напруженості та психологічного дискомфорту;
- 11,53% ДС відзначили часте почуття страху;
- 10,25% відзначили часте переживання тривожних думок;
- 8,97% зазначили часте відчуття втоми;
- 11,53% зазначили, що не можуть розслабитися та перебувають у напрузі;
- 11,53% вказали, що не надають значимості зовнішньому вигляду;
- 11,53% вказали, що часто перебувають у збудженому тривожному стані;
- 11,53% вказали, що не відчують задоволення від занять, що раніше приносили задоволення;
- 11,53% відзначили, що часто переживають напади паніки.

Детальний аналіз тривожно-депресивних проявів серед респондентів допоміг краще зрозуміти причину психоемоційного напруження та

загостреності та підібрати оптимальні психотерапевтичні тактики.

Враховуючи, що досліджуваний контингент це люди, чия професія вирізняється особливими вимогами до роботи, наш вибір психотерапевтичного впливу зупинився на когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), оскільки цей вид психотерапії є доказовим, орієнтованим на швидке вирішення психологічної проблеми пацієнта, ефективним по відношенню «затрачений час – вирішення проблеми» [13, 14]. У сучасній КПТ виділяються наступні чотири підходи: 1) прикладний аналіз поведінки; 2) небіхевіоральна медіаторна модель «стимул-реакція»; 3) теорія соціального навчання; 4) когнітивна модифікація поведінки [15].

Варто зазначити, що завдяки застосуванню КПТ можна: забезпечити підвищення рівню стресостійкості («щеплення від стресу»), допомогти пацієнту справлятися з проблемами (тренінг для подолання проблем), покращити психоемоційний стан пацієнта (тренінг впевненості у собі), якщо розлад має психогенний характер, полегшити стан при психосоматичних захворюваннях (робота з хворобливою поведінкою), підвищити рівень самооцінки пацієнта (тренінг впевненості у собі). Також за допомогою КПТ здійснюються психоосвітні заходи, що забезпечують дотримання здорового образу життя пацієнтом (відмова від хвороботворного типу поведінки, як паління, вживання алкоголю, зловживання медикаментами, нездоровий режим харчування тощо) [16].

Першим етапом нашої психокорекційної програми було проведення диференційованої психокорекції для ДС з тривожно-депресивними проявами. Етап розроблений для стабілізації психоемоційного стану учасників групи, зняття гострого стану, обумовленого тривожно-депресивними проявами, забезпечення учасникам адекватної самооцінки та сприйняття себе, оточуючих та оточення, що в подальшому забезпечило вищу ефективність проведення стадій та етапів психокорекційної програми.

При психокорекційній роботі з ДС, які мали тривожні прояви, ми пам'ятали про особливості, властиві цим розладам: 1) непереносимість невизначеності; 2) позитивні переконання щодо тривоги; 3) негативна орієнтація на проблеми; 4) когнітивне уникнення.

Тривожні особистості не можуть справитися з невизначеністю у будь-якому прояві. Такі особистості намагаються прорахувати всі можливі варіанти наперед, а саме всі можливі негативні наслідки. Всі тривожні особистості впевнені, що тривога їм «обов'язково потрібна», що у тривоги є

яка-небудь позитивна функція, при цьому переважна більшість осіб не усвідомлює своїх переконань і на пряме запитання «Чим ваша тривога може бути вам корисною?», майже ніхто не надасть відповіді. Для більшості тривожних особистостей характерне своєрідне ставлення до проблем, що проявляється у гіпертрофованому сприйнятті проблеми і наданні їм катастрофічного характеру з високою долею вірогідності. Зазначимо, що таким особам характерно тривожитися з приводу гіпотетичних проблем, а не реальних, тобто їх швидше хвилюють ті проблеми, що можуть статися, а не ті, що можливо вже сталися. Під когнітивним уникненням мається на увазі застосування тривожними людьми різних технік/прийомів, спрямованих на швидке позбавлення від тривоги. Ці техніки можна описати наступним чином:

- пригнічення тривожних думок;
  - заміна тривожних думок на нейтральні, чи позитивні;
  - переключення з образів на слова (оскільки слова вселяють менше почуття страху, ніж образи);
  - використання відволікання для переривання тривоги;
  - уникнення ситуацій, що можуть спричинити тривожні думки.

Наслідками надмірної тривожності можуть бути: знесилення, втрата інтересу до життя, втрата задоволення від життя, що нами і було встановлено за допомогою психодіагностичного дослідження.

При проведенні психокорекційних заходів для ДС, що мали прояви депресивних симптомів, ми застосовували КПТ (А. Бек), що базується на уявленні про те, що складовими депресії є когнітивна тріада: негативна самооцінка, негативне сприйняття навколишнього світу та майбутнього.

Такий негативний тип когнітивної діяльності позначається терміном «схема», пацієнт, хворий на депресію, робить систематичні помилки мислення, що живлять негативні «схеми». Для лікування депресії пропонуються наступні підходи: 1) виявлення негативного мислення; 2) розвиток альтернативних, більш гнучких «схем»; 3) розвиток нових моделей когнітивних та поведінкових реакцій; 4) застосування поведінкової психотерапії (Вольпе, Фестер).

Припускається, що розвиток депресії відбувається у зв'язку з втратою здатності до відновлення психічної рівноваги після різного ступеню важкості стресових подій (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи, зміна оточення тощо). Метою терапії є зниження зафіксованих негативних реакцій, що виникли внаслідок стресової події під впливом відповідних життєвих обставин, за

допомогою експериментального терапевтичного моделювання ситуацій.

- У якості стратегій використовувалися:
  - реєстрація настрою та активності пацієнта;
  - зменшення впливу несприятливих та травматичних впливів та подій;
  - підвищення рівню загальної активності пацієнта;
  - розвиток стресостійкості, нових технік відновлення психічної рівноваги, використовуючи особисті ресурси;
  - посилення соціальних обов'язків;
  - розвиток вміння до релаксації, регламентування діяльності за часом.

Говорячи про аутогенне тренування (АТ), варто зазначити, що це психотерапевтична методика, спрямована на відновлення динамічної рівноваги гомеостатичних механізмів людського організму, порушених внаслідок дії стресу. Методика АТ заснована на використанні м'язової релаксації, самонавіюванні та аутодидактиці (самовихованні). Лікувальний ефект АТ супроводжується підвищенням тонуусу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, що забезпечує нейтралізацію негативної стресової реакції організму. Згідно класифікації Іоганна Шульца, АТ розподіляється на два ступені: «нижчий» – включає вправи релаксації та самонавіювання, «вищий» – включає введення пацієнта у трансів стани різної глибини та інтенсивності. У нашій програмі психокорекції ми використовували «нижчий ступінь» АТ, що включає наступні елементи:

- вправа «тяжкість» – для розслаблення м'язового тонуусу;
- вправа «спокій» – для приємного розслаблення та спокою;
- вправа «тепло» – для розширення судин шкірного покриву;
- вправа «пульс» – для нормалізації серцебиття;
- вправа «дихання» – для вироблення спонтанного та рівномірного дихання;
- вправа «прохолодний лоб» – для ослаблення та/або припинення головного болю.

З вищеперерахованих елементів, ми використовували «тяжкість», «спокій», «тепло», «дихання».

При застосуванні АТ використовують 3 основні пози: лежачи, сидячи у зручному кріслі, сидячи у позі кучера.

Для активації після аутогенного занурення пацієнт подумки повертається у кімнату, де він проходить вправу, відчуває себе, частини свого тіла, відкриває очі, відчуває себе відпочившим.

Схематично описуючи психокорекційне заняття з ДС, можна виділити наступне:

1. На початку заняття, задля налаштування пацієнта на психоемоційну стабілізацію та ефективну співпрацю з лікарем-психологом, пацієнту було запропоновано проходження вправи, що належить до АТ – «аутогенне реагування».

Зміст вправи: для нейтралізації негативних переживань, можна використовувати прийом «повторення» травматичних ситуацій, що стали причиною цих переживань, що часто є причиною тривожного стану, стають слабшими по мірі їх багаторазового відтворення, коли особистість бачить себе «зі сторони». Для кращого ефекту важливо якомога детальніше відтворити травматичні ситуації: деталі оточення, дійових осіб, час дії. Вправа «аутогенне реагування» виконується за наступною схемою:

- Займається одна з трьох поз для АТ;
- Вхідження в аутогенне занурення, послідовно викликаючи відчуття тяжкості, тепла, розслабленості в основних групах м'язів. Тіло мляве, статичне.
- Подумки уявити травматичну ситуацію (з минулого, чи ту, що може виникнути у майбутньому) ніби зі сторони. Спробувати при цьому добре відчуті відповідні почуття, переживання, образи, що супроводжують цю ситуацію (вони будуть дещо приглушеними). Травматична ситуація викликається не більше 2–5 хв, після чого на 2–3 хв наступає розслаблений відпочинок. Подумки залишається посмішка на обличчі.
- Заняття закінчується формулами активації, або переходить у сон, якщо виконується вдома, перед засинанням.

Вказана вправа проводилася на початку індивідуального терапевтичного заняття та надавалася для виконання вдома, у якості домашнього завдання. Загальна тривалість виконання вправи займала 10–15 хв.

2. Після налаштування пацієнта на розслаблений стан та ефективну співпрацю, було запропоновано виконання вправи, що належить до КПТ – метод «АВС». Зміст методу: довести до пацієнта важливість образу мислення. Щоб прояснити ситуацію для пацієнта, варто розпочати з двох найпростіших формул:

Стара формула має вигляд (необхідно намалювати формулу та пояснити її суть пацієнту) (рис. 1):



Рис. 1. Формула вправи «АС»

Примітка: «А» означає активаційну подію, ситуацію, у якій ви опинилися, поштовх із зовнішнього світу, стимул – все, що обумовлює процес реагування в цілому. «С» означає або ваші емоції, або поведінку. «С» – наслідки «А», це можуть бути почуття або дії.

Стара теорія стверджує, що «А» викликає «С», що зовнішня ситуація викликає почуття і змушує вас діяти певним чином.

Правильна ж формула має наступний вигляд (рис. 2):

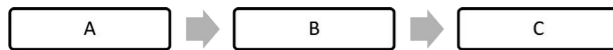


Рис. 2. Формула вправи «ABC»

Примітка. «В» означає когніції, установки, переконання. «В» означає наші уявлення про ситуацію, думки, образи, сприйняття, уяву, інтерпретацію та висновки, які ми робимо стосовно «А».

По завершенню першого терапевтичного заняття, пацієнту давалося домашнє завдання, що мало наступний вигляд:

Завдання 1. «У наступних прикладах описані ситуації «ABC», але у всіх відсутнє «В». Вам потрібно зрозуміти, які думки «В» потрібно вставити, щоб пов'язати ситуацію «А» та емоції «С». Визначте у кожному випадку «А» і «С» та впишіть «В». Приклади ситуацій:

- Керівник Анатолія відчитав його за запізнення. Після цього Анатолій почував себе подавленим.
- Олена пройшла два сеанси психотерапії і покинула її, вирішивши, що вона на неї не подіє.
- У Катерини заболів живіт. Їй стало страшно.

- Антона оштрафували за порушення швидкості, він сильно розлютився.
- Ірина зніяковіла, коли її друзі помітили, що вона плаче на романтичних сценах фільму.
- Сергій був у люті, коли службовець попросив його документи у той час, як він заповнював анкету.

Завдання 2. Наведіть 5 прикладів із особистого життя, у яких ваші думки «В» викликали болісні емоції «С». Опишіть їх термінами «ABC».

3. При проведенні індивідуального психокорекційного заняття, сфокусованого на проявах депресії (схильність до депресивного настрою, похмурі думки), ми опиралися на вищевказану тріаду негативних установок, переживань та хибних негативних оціночних суджень, запропонованих А. Беком. Тому проводячи психокорекційні заходи для ДС, що мали депресивні прояви та схильності, ми так чи інакше прослідковували складові тріади: негативне самосприйняття та занижена самооцінка, узагальнене негативне ставлення до оточення та світу, підкреслено песимістичне ставлення до майбутнього через призму безнадії. Тому, згідно основному принципу КПТ, ми намагалися допомогти зрозуміти та побачити таким пацієнтам власні негативні когнітивні викривлення, що призвели до депресивних проявів, намагаючись сформулювати нове, більш збалансоване бачення та оцінку себе, своїх можливостей, оточуючого світу, майбутнього. Наступним кроком було опрацювання питання збільшення рівню активності, особливо тієї, що приносить пацієнтові задоволення (також це було домашньою вправою). На останньому психотерапевтичному занятті ми радили пацієнтові через збільшення особистої активності підвищувати рівень «включеності» у робочу діяльність та вирішення завдань/проблем.

Схематичне зображення етапу диференційованої психокорекції подано у рис. 3.

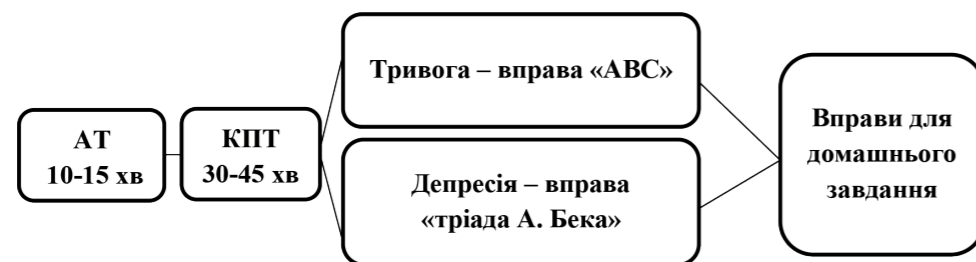


Рис. 3. Схематичне зображення етапу диференційованої психокорекції

Закінчивши етап диференційованої індивідуальної психокорекції, ми запропонували ДС проведення групової психокорекції. Групова психокорекція диференційованого типу проводилася

за алгоритмом індивідуальної, тривалість заняття була збільшена до 1 год 20 хв. Всього було проведено 2 групові психокорекційні заняття.

По завершенню диференційованого індивідуального та групового психокорекційного етапу, ДС було запропоновано повторне проходження госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), для оцінки ефективності наданої медико-психологічної допомоги. За результатами шкали

HADS, рівень тривожних проявів знизився: у ОГ1а з 14,10% випадків до 2,56%, у ОГ1б з 17,94% випадків до 6,41%, рівень депресивних схильностей та проявів знизився: у ОГ1а з 5,12% випадків до 1,28%, у ОГ1б з 7,69% випадків до 2,56% (табл. 1).

Таблиця 1

## Оцінка ефективності психокорекції при тривожно-депресивних проявах у ДС ОГ1а та ОГ1б

Група	ОГ1а		ОГ1б	
	До психокорекції	Після психокорекції	До психокорекції	Після психокорекції
Прояви тривоги	14,10%	2,56%	17,94%	6,41%
Прояви депресії	5,12%	1,28%	7,69%	2,56%

Як бачимо з результатів повторного психодіагностичного обстеження – застосована нами програма диференційованої психокорекції для ДС з проявами тривоги та/або депресії виявилася ефективною та забезпечила суттєве зменшення тривожно-депресивної симптоматики і стабілізацію психоемоційного стану учасників дослідження. Отримані результати ефективності

диференційованої психокорекції на основі самооцінки ДС були проаналізовані та оброблені у статистичній програмі «MedStat». Для цього ми застосували «Т-критерій» Вілкоксона, оскільки даний метод дозволяє зіставити показники, отримані в двох різних умовах на одній і тій же вибірці досліджуваних. Результати статистичної обробки представлені у табл. 2.

Таблиця 2

## Оцінка ефективності диференційованої психокорекційної програми за допомогою «Т-критерію» Вілкоксона

Мішень психокорекційного впливу	T emp < T кр, Зона значимості
1. Прояви соціально-психологічної дезадаптації	p < 0.01, зона значимості
2. Тривожна симптоматика	p < 0.01, зона значимості
3. Депресивна симптоматика	p < 0.05, зона невизначеності

За результатами статистичної обробки було встановлено, що програма психокорекційних заходів для ДС зі станами психологічної дезадаптації (ОГ1) є ефективною при корекційному впливі на: тривожні прояви та симптоматику (p < 0.01), прояви та стани психологічної дезадаптації (p < 0.01), середньої ефективності психокорекційний вплив був на депресивні прояви та симптоми (p < 0.05).

**Висновки.** Науково обґрунтовано, розроблено та оцінено ефективність програми диференційованої медико-психологічної корекції психологічної дезадаптації з тривожно-депресивними проявами у ДС, що спрямована на зниження субклінічних та клінічних форм проявів тривожно-депресивної симптоматики, корекцію психоемоційного стану.

Статистично було встановлено, що психокорекція є ефективною при корекційному впливі на тривожні прояви та стани психологічної

дезадаптації (p < 0.01), та мала середній рівень ефективності при впливі на депресивні прояви (p < 0.05), що обумовлено необхідністю у більш тривалій психотерапії даного розладу.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Potocka, A., Merecz-Kot, D. (2010). What do we know about psychosocial risks at work? Part II. The analysis of employee's knowledge of sources and consequences of stress at work. *Medycyna pracy*, Vol. 61, issue 4, 393–411.
2. Natali, E., Petyx, C., Deitinger, P., Ronchetti, M., Iavicoli, S. (2007). The perception of stress in the European stakeholders. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, Vol. 29, issue 3, 708–709.
3. Bordia, P., Restubog, S., Lloyd, D., Tang R.L. (2008). When employees strike back: investigating mediating mechanisms between psychological

contract breach and workplace deviance. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 93, issue 5, 1104.

4. Bal, P. Matthijs, De Cooman R., Mol ST. (2013). Dynamics of psychological contracts with work engagement and turnover intention: The influence of organizational tenure. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol. 22, issue 1, 107–122.

5. Jones, S.K., Griep, Y. (2018). «I Can Only Work So Hard Before I Burn Out». A Time Sensitive Conceptual Integration of Ideological Psychological Contract Breach, Work Effort, and Burnout. *Frontiers in psychology*, Vol. 9, 131.

6. Voltmer, J.-B., Voltmer, E., Deller, J. (2018). Differences of Four Work-Related Behavior and Experience Patterns in Work Ability and Other Work-Related Perceptions in a Finance Company. // *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15, issue 7, 1521.

7. Knieps, F., Pfaff, H. (2017). Digitale Arbeit—Digitale Gesundheit. Digitale Arbeit-Digitale Gesundheit. BKK Gesundheitsreport. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

8. Nöllenheidt, C., Brenscheidt, S. (2013). Arbeitswelt im Wandel: Zahlen-Daten-Fakten Ausgabe. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

9. Мударисов, А.А. (2016). Психологическая помощь госслужащим, испытывающим эмоциональные затруднения, связанные с карьерой. *Общество: социология, психология, педагогика*, Том №3, 59–64.

10. Kawaharada, M., Yoshioka, E., Saijo, Y., Fukui, T., Ueno, T., Kishi R. (2009). The effects of a stress inoculation training program for civil servants in Japan: a pilot study of a non-randomized controlled trial. *Industrial Health*, Vol. 47, issue 2, 173–182.

11. Сидоренко, О.О. (2019). Клініко-психологічні прояви та механізми формування психологічної дезадаптації у державних службовців. *Архів психіатрії*, Том 25, №1 (96), 40–46.

12. Сидоренко, О.О. (2019). Медико-психологічна корекція станів соціально-психологічної дезадаптації у держслужбовців. *Медицина психологія*, Том 14, №2, 35–40.

13. Otte C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, Vol. 13, issue 4, 413.

14. Kaczurkin, A.N., Foa, E.B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, Vol. 17 issue 3, 337.

15. Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, Vol. 40, issue 4, 597–609.

16. Castelnovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G.M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, Vol. 10, 165–173.

## DIFFERENTIATED PSYCHOCORRECTION IN CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FORM OF DEADAPTATION WITH ANXIOUS-DEPRESSIVE MANIFESTATIONS IN CIVIL SERVANTS

**O.O. Sydorenko**

The article presents the results of differentiated psychocorrectional work performed on a sample of civil servants (CS) with states of psychological disadaptation and prevalence of anxiety-depressive symptoms. According to the psychotherapeutic and psychocorrectional model, CS were divided into 2 therapeutic groups. Both groups provided medical and psychological assistance in the form of individual and/or group therapy.

The results of the psychodiagnostic stage of the study with the interpretation of the psycho-emotional sphere are presented. The scheme of conducting the stage of differentiated psychocorrection with the substantiation of the choice of psychotherapeutic tactics (autogenous training, cognitive-behavioral therapy) is described.

Respondents' self-assessment and statistical processing of data evaluated the effectiveness of psychocorrectional measures taken to select CS. It was found that the conducted stage of differentiated psychocorrection was effective at reducing anxiety symptoms and manifestations ( $p < 0.01$ ) and reducing manifestations of psychological disadaptation ( $p < 0.01$ ). The average level of efficacy was determined when acting on depressive symptoms ( $p < 0.05$ ), due to the need for longer psychotherapy for this disorder.

**Key words:** differentiated psychocorrection, anxiety-depressive manifestations, psychological maladaptation, civil servant, autogenous training, cognitive-behavioral therapy.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

**О.О. Сидоренко**

В статье представлены результаты дифференцированной психокоррекционной работы, проведенной на выборке государственных служащих (ГС) с состояниями психологической дезадаптации и превалированием тревожно-депрессивной симптоматики. В соответствии с психотерапевтической и психокоррекционной моделью, ГС были распределены на 2 терапевтические группы. В обеих группах было предоставлено медико-психологическую помощь в формате индивидуальной и/или групповой терапии.

Предоставляются результаты психодиагностического этапа исследования с интерпретацией психоэмоциональной сферы. Описана схема проведения этапа дифференцированной психокоррекции с обоснованием выбора психотерапевтических тактик (аутогенный тренинг, когнитивно-поведенческая терапия).

С помощью самооценки респондентов и статистической обработки данных оценена эффективность проведенных психокоррекционных мероприятий для выборки ДС. Установлено, что проведенный этап дифференцированной психокоррекции был эффективным при снижении тревожной симптоматики и проявлений ( $p < 0,01$ ) и снижении проявлений психологической дезадаптации ( $p < 0,01$ ). Было определено средний уровень эффективности при воздействии на депрессивные проявления ( $p < 0,05$ ), что обусловлено необходимостью в более длительной психотерапии данного расстройства.

**Ключевые слова:** дифференцированная психокоррекция, тревожно-депрессивные проявления, психологическая дезадаптация, государственный служащий, аутогенная тренировка, когнитивно-поведенческая терапия.

Принято до друку 29.11.2019 р.