

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА  
ПСИХОТЕРАПІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**Чинники, що пов'язані з відчуттям професійної компетентності у  
практикуючих психологів**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-232 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія

Цінцірук А.І.

(прізвище та ініціали)

Керівники

к.психол.н.

Максимчук М.О.

д.психол.н., с.н.с.

Лисенко І.П.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2025**

## АНОТАЦІЯ

Це дослідження мало на меті проаналізувати наукові джерела та теоретичні підходи стосовно сучасного визначення і розуміння поняття професійної компетентності. Також ми ставили за мету встановити зв'язок між чинниками що впливають на відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів, щоб віднайти практичні знання про фактори, які відіграють значиму роль у формуванні професійної компетентності практикуючих психологів та можуть стати корисними для тих фахівців, хто починає свою професійну діяльність. Результати виявлені за допомогою використання трьох методик, авторської анкети та кореляційного і регресійного аналізу показали про важливість професійної компетентності для ведення успішної практики та що відчуття професійної компетентності, яке ґрунтується на етичних стандартах виконує захисну функцію для практикуючих терапевтів, це підвищує їх професійну стійкість.

**Перелік ключових слів:** професійна компетентність, практикуючий психолог, етичний кодекс, депресія, реактивна тривожність, особистісна тривожність, професійне вигорання, задоволення/втома від співпереживання, вторинний травматичний стрес, особиста терапія, супервізія.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ I.....	10
ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВІДЧУТТЯМ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ .....	10
1.1 Поняття професійної компетентності .....	10
1.2 Психоемоційний стан як чинник професійної компетентності у практикуючих психологів.....	20
Висновки до Розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2.....	32
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВІДЧУТТЯМ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТІВ .....	32
2.1 Методи та дизайн дослідження. Опис вибірки.....	32
Висновки до Розділу 2.....	50
РОЗДІЛ 3.....	52
РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	52
3.1 Результати проведеного кореляційного аналізу психоемоційних чинників відчуття професійної компетентності .....	52
3.2 Інтерпретація регресійної моделі психоемоційних, демографічних та організаційних чинників, що впливають на відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів та практичні рекомендації .....	57
Висновки до Розділу 3.....	65
ВИСНОВКИ.....	67
Список використаних джерел :.....	69
Додатки .....	77

## ВСТУП

В Україні триває війна, яка вже спричинила багато втрат, страждань, та важких емоційних переживань, тож закономірно, що послуги психологів і потреба в психоемоційній підтримці та втручанні набувають актуальності. Через зростаючу потребу суспільства у психологічній підтримці, лікуванні емоційних травм та подоланні життєвих криз. Водночас, діяльність психолога є однією з найбільш емоційно та когнітивно напружених сфер, яка вимагає високого рівня професійної компетентності, емпатії та стійкості до стресу. Професійна компетентність відіграє одну з ключових ролей у якості надання психологічної допомоги, впливаючи не лише на ефективність терапевтичного процесу, а й на загальне емоційне та професійне благополуччя як клієнтів так і самого психолога чи психотерапевта.

Однак, психологи нерідко стикаються з численними викликами, такими як тривожні та депресивні стани, емоційне вигорання, перевантаження роботою, недостатня організація практики та постійний тиск відповідальності за результати терапії. Ці чинники можуть суттєво знижувати впевненість у власних професійних навичках і створювати замкнене коло негативного впливу: від сумнівів у своїй компетенції до погіршення якості допомоги клієнтам і подальшого посилення сумнівів.

**Актуальність** нашого дослідження полягає в тому, що війна, як масштабний та потенційно травматичний процес впливає на кожного українця та українку. Цей вплив дуже різноманітний та його наслідки залежать від багатьох чинників. В нашому дослідженні ми сфокусувалися саме на практикуючих психологах та психотерапевтах, через безпосередню дотичність фахівців як до війни, так і до людей які звертаються до них за

допомогою переживаючи війну, та яким чином ця дотичність впливає на відчуття професійної компетенції цих спеціалістів. Бо те, наскільки релевантно до реальності відчуває себе фахівець - безпосередньо впливає на якість його роботи.

В задачах нашого дослідження були враховані такі чинники як психоемоційні стани практикуючих психологів, організація практики, наявність супервізійної підтримки, професійний досвід та задоволеність від роботи, демографічні чинники, та ін. Аналіз наукових джерел виявив що бракує подібних досліджень серед українських науковців, тож ми орієнтувалися на зарубіжних авторів, Matti Kuittinen (2014), Barnett, J. E., Doll, B., Younggren, J. N., & Rubin, N. J. (2007), von Treuer KM and Reynolds N (2017).

Отже актуальність нашого дослідження обумовлена браком наукового погляду та потребою в практичному розумінні впливу різних чинників на відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів та задоволенням і розвитком їх практики, їх залученістю у свій розвиток в професії та ефективністю роботи з клієнтами. Зважаючи на широкий спектр досліджуваних нами чинників, можна впевнено сказати про те, що наше дослідження має практичне значення, воно містить рекомендацій стосовно організації роботи, що можуть сприяти розвитку самих спеціалістів і стати допоміжними в організації та управлінні власною практикою.

Тому актуальність даної теми, як ми вважаємо, полягає в тому, щоб практикуючі психологи могли впливати на високий рівень своєї компетентності та знаходити баланс між професійними викликами, відповідальністю за свої дії перед окремим клієнтом та суспільством і піклуватися про свій власний психоемоційний стан. Розуміння чинників, які впливають на відчуття професійної компетенції психологів, може бути корисним як для підвищення ефективності роботи фахівця, так і для

забезпечення його професійного й емоційного благополуччя. Це дозволить не лише ідентифікувати ризики некомпетентних дій, але й розробити стратегії підтримки, які допоможуть психологам зберігати впевненість у своїй компетентності та підтримувати її навіть у складних умовах. Професійна компетентність є основою ефективної діяльності психолога. Згідно з концепцією самоефективності (Bandura, 1997), висока впевненість у власних професійних здібностях корелює з кращими результатами роботи. З іншого боку, низьке відчуття компетентності може призводити до сумнівів, невпевненості, а у крайніх випадках — до професійного вигорання.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** побудовано на роботах українських та закордонних науковців, які досліджували поняття компетентність та професійна компетентність. Серед них, зокрема, Н.В. Дерстуганова, Барінова Л., Ісаєвич С., Перегончук О., Литвиненко Ю. та Ямницький О., Пузь О. та Шевченко О., Maslach & Leiter, Сисоєва С., Mulder M., R. Epstein, E. Hundert, Горностаєв П., Л.Мороз, Левинська І., Є.В. Брюховецька, Лаврухіна Т., І. Талаш, Käthe Schneider, М. Семенов, С. Хілько, Цісарук В. Ю., Цісарук І. В., С. Лейко, Dr Nadine Kaslow, Matti Kuittinen, та ін.

**Об'єкт дослідження:**

Відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів та психотерапевтів.

**Предмет дослідження:**

Демографічні та психоемоційні, демографічні та Організаційні чинники формування відчуття професійної компетентності у психологів та психотерапевтів.

**Мета дослідження:**

Теоретично та емпірично обґрунтувати чинники, які впливають на відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів та психотерапевтів.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити рівень відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів.
2. Визначити особливості психоемоційного стану практикуючих психологів та емпірично встановити взаємозв'язок з відчуттям професійної компетентності.
3. Побудувати регресійну модель психоемоційних, демографічних та організаційних чинників, що впливають на відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів.

**Методи дослідження:**

1. Шкала депресії Бека.
2. Шкала реактивної й особистісної тривоги Спілберга – Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory (STAI).
3. Шкала професійної якості життя (ProQOL-5): задоволення/втома від співпереживання; емоційне вигорання; вторинний травматичний стрес.
4. Анкета авторська, що визначає як організаційно побудована практика та психоемоційні характеристики практикуючого психолога чи психотерапевта. (Додаток 1)

**Вибірка дослідження** охоплює 173 респонденти, це практикуючі психологи з дипломом державного зразка про вищу психологічну освіту або в процесі отримання такого диплому та сертифіковані в одному з методів психотерапії чи в процесі навчання даному методу. Досліджувані практикуючі психологи проживають як на території України так і за її межами і мають практику та

надають послуги з психологічного консультування фізичним особам, в тому числі дітям та підліткам.

## РОЗДІЛ І

# ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВІДЧУТТЯМ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ

### 1.1 Поняття професійної компетентності

За Словником іншомовних слів, слово «компетентність» походить від латинського *competens (competentis)*, що перекладається як «належний», «відповідний» та означає поінформованість, обізнаність, авторитетність (С. Морозов, 2000). Але це досить стисле пояснення дефініції “компетентність”, тому ми звернемося й до інших джерел. Згідно Закону України про вищу освіту, компетентність - здатність особи успішно соціалізуватися, навчатися, провадити професійну діяльність, яка виникає на основі динамічної комбінації знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей (Закон України “Про вищу освіту”, 2019). У Великому тлумачному словнику сучасної української мови “компетентність” - це проінформованість, обізнаність, авторитетність; а “компетентний” - 1) який має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим-небудь добре обізнаний; тямущий. Який ґрунтується на знанні; кваліфікований; 2) який має певні повноваження; повноправний, повновладний (Бусел В.Т., 2005). Тож, можна сказати, що компетентність обумовлена рівнем та якістю освіти, певним досвідом та особистісними характеристиками людини. “Звернемо увагу й на те, що компетентність як інтегрована здатність особистості, формується у процесі навчання, але її сформованість і розвиток відбувається у процесі практичної діяльності та неперервного навчання упродовж життя” (С. Сисоєва, 2015).

На даний момент поняття компетентності інституціоналізовано, наприклад, у Європейській рамці кваліфікацій (EQF) компетентність розглядається як здатність застосовувати знання та навички на певному рівні незалежності та автономії (Mulder M., 2014). Диплом також є формальним доказом рівня компетентності випускника. Професійні асоціації чи спілки також оголошують осіб компетентними, якщо вони відповідають певним стандартам (наприклад, сертифіковані чи акредитовані такою установою).

Оскільки в професійній сфері ми використовуємо дуже часто англійські джерела, тож дефініція поняття “компетентність” (competence) визначається Оксфордським словником англійської мови, як “здатність або навичка”, тоді як “компетентний” (competent) - “кваліфікований, здатний або ефективний” (Oxford English Dictionary, 1995). Та слід зауважити, що буквально тлумачення поняття не може бути повністю прийнятним для розуміння професійної підготовки фахівця, оскільки воно передбачає кінцевий стан, тоді як розвиток та навчання практикуючого психолога безперервні і тривають протягом усієї професійної кар’єри. В контексті сфери діяльності професійна компетенція визначається по різному. У статті “Тенеза змісту поняття “компетентність” в Українському та зарубіжному освітньому дискурсі” кандидат педагогічних наук Дерстуганова Н.В., 2022 робить об’ємний аналіз та огляд останніх досліджень та публікацій в науковій літературі щодо обґрунтування сутності поняття “компетентність”. Вона зазначає, що “у словникових виданнях термін «компетентність» презентовано як суму суто професійних знань та умінь, наявність яких надає особистості можливості ідентифікувати та розв’язувати певні професійні завдання” (Р. Дерстуганова, 2022). Також, наводячи трактування цього терміну з різноманітних наукових джерел, авторка зазначає, що попри активне вживання дефініції «компетентність», у сучасній словниковій літературі, відсутній єдиний підхід щодо визначення суті цього терміну.

Та в контексті прикладної психології під професійною компетенцією розуміють багатовимірну взаємодію чотирьох основних компонентів: знання, навички, судження та старанність (H. Beinart, P. Kennedy, S. Llewelyn, 2009). Знання передбачають засвоєння та розуміння, засвоєння масиву інформації, достатньої для концептуалізації та здатності зрозуміти низку професійних питань. Це важлива і необхідна, та недостатня основа компетентності. Під навичками розуміють здатність ефективно застосовувати знання на практиці. Судження чи міркування передбачають знання того, коли, які і за яких обставин застосовувати певні навички. Здатність обмірковувати містить елемент саморефлексії, що включає усвідомлення особистих цінностей, ставлень і контексту, а також розуміння того, які це може спричинити наслідки.

Американські вчені R. Epstein, E. Hundert (2002) в своїй науковій роботі “Визначення та оцінювання професійної компетентності” в галузі клінічної психології, також прийшли до того, що немає єдиного визначення компетентності, яке охоплювало б усі важливі аспекти професійної медичної практики, та у своїй роботі про медичну освіту розробили загально визнане визначення професійної компетенції. “Професійна компетентність - це звичне застосування комунікативних навичок, знань, практичного досвіду, клінічних суджень, емоцій, цінностей і рефлексії у щоденній практиці на користь окремої особи та громади, яких обслуговують” R. Epstein, E. Hundert (2002). Вчені виділяють такі основні функції, як складові професійної компетенції, це когнітивна, інтегративна, реляційна і моральна. Саме завдяки ним повинна реалізовуватися практична діяльність фахівця. Це отримання та використання знань для вирішення проблем реального життя, застосування біомедичних та психосоціальних даних в клінічних міркуваннях, ефективне спілкування з пацієнтами та колегами, готовність, терпимість, та емоційна свідомість, щоб

використовувати ці навички розсудливо і гуманно на благо окремого індивідуума та суспільства в цілому.

Тож можемо підсумувати, що професійна компетентність залежить від розумових здібностей, в тому числі від уважності, критичності, допитливості та самосвідомості. Професійна компетентність не константна здатність, її необхідно постійно розвивати і вона “залежить від контексту” R. Epstein, 2002. І в цьому більшість науковців сходиться в поглядах стосовно дефініції професійної компетентності. R. Epshtein, T. Bond, M. Lech, Дж. Равен, Л.Мороз, П.Горностай, Т. Лаврухіна, Л.Барінова та ін.

Наприклад, в Кодексі етики та поведінки Британської Психологічної Спільноти (British Psychological Society (BPS) Code of Ethics and Conduct, 2021) компетентність розглядається як основний етичний принцип, і він полягає в тому, що психологи дотримуються високих стандартів компетентності у своїй роботі та безперервного розвитку і повинні дотримуватися рамок, та оптимально функціонувати у визначених межах своїх знань, навичок, освіти, навчання та досвіду. Тобто, не повинні працювати з клієнтськими запитами, які виходять за межі їх компетентності (п.2 Кодексу).

Нідерландський вчений Мартін Малдер, який спеціалізувався на теорії компетентності та дослідженнях у сфері розвитку людських ресурсів професійно-технічної та вищої освіти в своїй науковій роботі дав наступне визначення: “Професійна компетентність розглядається як загальна, інтегрована та інтерналізована здатність забезпечувати стійку ефективну (гідну) продуктивність (включаючи вирішення проблем, реалізацію інновацій та створення трансформації) у певній професійній сфері, роботі, ролі, організаційному контексті та ситуації завдання. Компетентність складається з різних компетенцій. Компетенція є частиною загальної компетентності; це цілісний кластер знань, навичок і ставлень, які можна використовувати в реальних контекстах продуктивності” Mulder, M. (2014).

Зі всього зрозуміло, що хоча існує багато компетенцій, необхідних для розвитку практику фахівцю, (наприклад, формування стосунків, оцінка, формулювання, втручання, дослідження та оцінка, консультації та навчання, інтервізія та супервізія), ці окремі сфери складають лише частину будівельних блоків професійної компетентності. Професійна компетентність є набагато ширшим поняттям, яке охоплює різні компетенції, перераховані вище, і відображає інтеграцію знань, навичок і ставлення до професійної практики та науки психології. Професійна компетентність також передбачає метазнання: усвідомлення того, що знаєш і чого не знаєш: знання власних сильних і слабких сторін, того, як застосувати наявні навички та знання як знайти рішення до різноманітних завдань, як придбати нові чи недостаючі навички, або здатність зрозуміти, коли не слід втручатися через брак знань або компетентності.

Деякі автори намагалися розробити модель розвитку професійної компетентності, один з них Roe (2002) (Рис.1.1). Він підкреслює, що компетентність слід розуміти з точки зору контексту, наявних умов та ситуації. Він також розрізняє термін “здатність”, який наголошує на особистих знаннях і навчанні впродовж життя.

Як видно з Рис.1.1 компетентність зображено як будівлю, яка має в якості базових рівнів здібності та особисті якості, які підтримуються опорами це набуті академічні знання, навички та ставлення.

Дах моделі складається з компетенцій, важливих для практики, таких як здатність оцінити, які, як вважається, засвоюються в основному шляхом інтеграції практичного навчання через проходження контрольованої практики та інтеграція отриманих знань у клінічну практику, навичок та практичних інструментів (H.Beinart, 2009).



Рисунок 1.1 Модель Структури компетентності Roe 2002

Родольфа та ін. (2005) розробили кубічну модель компетентності, яка описує набуття і розвиток компетенцій протягом професійної кар'єри фахівця. Вони виділяють шість фундаментальних компетенцій (перший вимір) такі як наукові знання та методи, рефлексія практики, колегіальні стосунки етичні та правові стандарти, індивідуальне та культурне розмаїття, міждисциплінарні знання. Та шість функціональних компетенцій (другий вимір) такі як навички та професійні цінності, необхідні для практичної роботи психолога, вони включають діагностику, оцінку, формулювання, втручання, консультацію, дослідження, супервізію, та адміністративні навички. А третій вимір стосується етапу професійного розвитку відображає удосконалення фундаментальних та функціональних компетенцій на протязі всієї професійної кар'єри психологів. Тобто, маємо на увазі безперервний професійний розвиток, який полягає в здобутті та підвищенні компетенцій протягом своєї кар'єри (H.Beinart, P. Kennedy, S. Clewelyn, 2009). Тож, хоча кубічна модель пропонує структурне

представлення областей компетентності в психології, її критикували за те, що вона не відображає плинність або наявність різноманітних шляхів розвитку компетенцій (Nash and Larkin, 2012). В результаті, самі розробники кубічної моделі Родольфа та ін. (2014) виявили низку недоліків у своїй часто цитованій кубічній моделі, включаючи її загальну складність.

Професор Катрін фон Трейер FAPS (Австралія) отримала Нагороду «За видатний внесок у психологічну освіту» (APS Awards 2018), вона була керівником міжнародної дослідницької групи в галузі освіти, яка вивчала компетенцій професійної практики та розробила компетентісну модель психологічної практики для психологів. Метою їх дослідження було визначити ключові компетенції, необхідні для роботи практикуючих психологів, та представити ці компетенції в моделі, яка демонструє, як їх об'єднання найкраще відображає справжню, реальну практику. Компетенції часто є комбінаціями знань, навичок та здібностей, необхідних для виконання певної ролі (Campion et al., 2011). На практиці ж різні компетенції часто перетинаються і їх не можливо здобути легко та лінійно. Отже представлена ними модель (Рис. 1.2) враховує в процесі взаємодію наукового та практичного досвіду, відображає практику компетенціями (більшість існуючої літератури надавала переліки, а не рамки, компетенцій, і тому мала обмежену пояснювальну силу) та врахує той факт, що компетенції можуть перетинатися (von Treuer KM and Reynolds N., 2017).

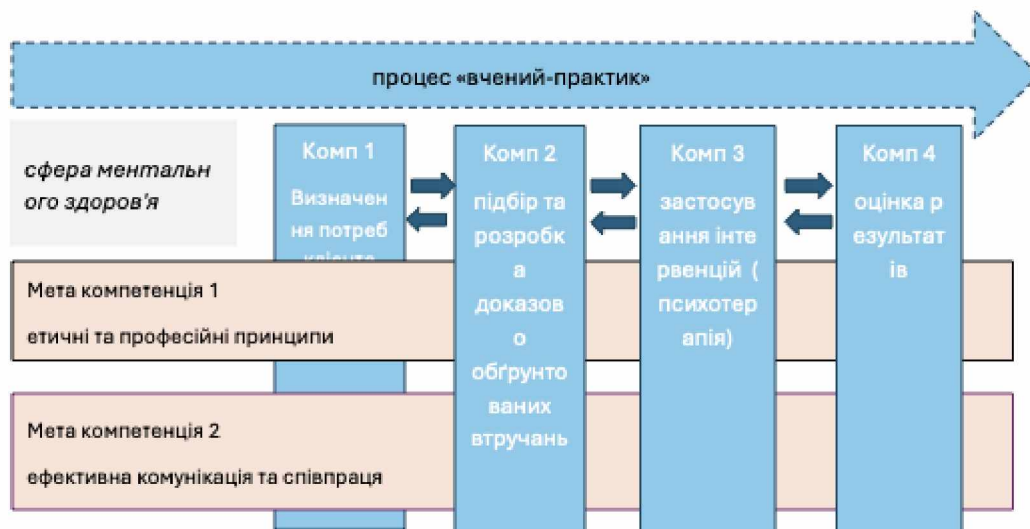


Рис. 1.2 Компетентісна Модель “вченого-практика”.

Модель має матричну структуру; таким чином, вона містить як горизонтальні, так і вертикальні ознаки (горизонтальні стовпчики представляють метакомпетенції, необхідні для практики). Процес взаємодії науковця та практика також був включений (практичний процес роботи психолога передбачає поєднання наукових та практичних компетенцій і в англійській мові має назву:) та інтегрований у модель (von Treuer KM and Reynolds N., 2017). Сама модель “вчений-практик” була розроблена ще в 40х роках в США і має назву Boulder Model для навчання в магістратурі і дозволяє клінічним психологам проводити емпіричні дослідження та використовувати їх в клінічній практиці. Її основним заданням було стимулювати розвиток психології як науки, оскільки під час прикладної практики вона дозволяє формулювати дослідницькі питання. Та в 1967 році її через велику критику трансформували під запит сучасності, врахувавши її слабкі сторони та критичні зауваження з попереднього досвіду і в 1973 році була розроблена та прийнята нова модель, орієнтована на практику для клінічних програм аспірантури, що не заважає попередній моделі (Boulder

Model) досі існувати також в багатьох аспірантських програмах з психології.

Модель, яку представила дослідницька група von Treuer KM and Reynolds N., 2017 враховує контекст практики психолога, чим визнає, що існують різних спеціалізацій психологи, які працюють в різних сферах та умовах в залежності від існуючих потреб різних клієнтів (наприклад, сім'ї, організації, громади, цивільні, воєнні і т.д.). Пунктирна лінія стрілки “вчений-практик” відображає приховану, невидиму якість цього процесу. Стрілки між вертикальними стовпцями вказують на здатність до гнучкості, щоб переглянути та переформулювати визначення кейсу, відображають необхідність постійного аналізу та оцінки і вдосконалення практики. Дана модель застосовується в деяких міжнародних освітніх програмах, наприклад, в Австралії та Новій Зеландії.

Згідно Етичного кодексу EFPA (2023), компетентність визначається окремим стандартом, “психологи прагнуть досягти та підтримувати високі стандарти компетентності у своїй роботі. Вони визнають межі своїх окремих компетенцій та обмеження свого досвіду. Вони надають лише ті послуги, та використовують лише ті методи, з яких мають кваліфікацію згідно освіти, підготовки чи досвіду” EFPA (2023). В параграфі про компетентність існує таке поняття як “етична свідомість”, що передбачає “зобов'язання добре знати Етичний кодекс та інтегрувати етичні питання у професійну практику”, тобто психологи повинні усвідомлювати обмеження своєї компетентності стосовно отриманих освіти, методу, в якому сертифіковані та отриманого практичного досвіду (Meta-Code of Ethics Granada, July 2005). В Етичному кодексі APA (2017) компетентність не визначається як окремий принцип та відображена в наборі стандартів, в яких наголошується, що психологи повинні усвідомлювати межі власної компетентності та залишатися в межах, що встановлені їхньою професійною підготовкою та досвідом. Також там говориться про те, що

робота психолога базується на встановлених наукових і професійних знаннях дисципліни. Деякі українські професійні спільноти в свої етичних кодексах також виділяють компетентність як окрему вимогу чи стандарт. Наприклад, в таких спільнотах як НАГТУ (національна асоціація гештальт-терапевтів України) чи ін., які є членами EAGT (Європейської асоціації гештальт-терапевтів).

Водночас, професійна діяльність практикуючого психолога передбачає, окрім вище описаних знань та навичок таких вмінь як здатність до емпатії, критичне мислення та вміння піклуватися про власне психічне здоров'я. Практикуючі психологи, що ведуть практику під час війни перебувають в особливо небезпечних умовах для власного емоційного стану. Тож потреба в психологічній допомозі цивільному населенню та воєнним дуже висока, що вимагає стійкості та впевненості у своїй професійній компетентності. Тож консультативна чи інша психологічна допомога вимагає ґрунтовного розуміння основних принципів консультування, вміння вибудовувати безпечний простір і довірливі стосунки з клієнтами, усвідомлення важливості етичних стандартів, здатності критично оцінювати ситуацію і розуміння наслідків своїх дій, вміння вибудовувати колегіальні відносини, мати підтримку та професійний зворотній зв'язок, наявність супервізії та інтервізії. Для цього важливим є не лише засвоєння теоретичних знань, але й розвиток особистісних якостей, таких як емпатія, емоційна стійкість, здатність до саморефлексії і саморегуляції. Тож можемо підсумувати, що формування професійної компетентності вимагає системного підходу, що охоплює теоретичне навчання, практичну підготовку і постійний розвиток. Це дозволяє створити стійку основу для адаптації до змінюваних умов і забезпечення високої якості роботи. Компетентність як поняття постійно еволюціонує разом із вимогами суспільства, науки та технологій. Важливим аспектом компетентності є її контекстуальність.

Відчуття професійної компетентності є суб'єктивною складовою процесу професійного розвитку психолога та психотерапевта, яка впливає на якість роботи, задоволення професією та психологічне благополуччя спеціаліста. Практикуючі психологи часто стикаються з професійним стресом, емоційним виснаженням та вигорянням через постійне емоційне залучення у роботі з клієнтами. Дослідження (Maslach & Leiter, 2016) підтверджують, що високе навантаження, відсутність підтримки та низька оцінка власної компетентності підвищують ризик професійного вигорання. У зв'язку з цим вивчення чинників, які впливають на відчуття компетентності, є важливим для попередження вигорання та підтримки професійної ефективності. Суб'єктивне відчуття компетентності безпосередньо впливає на якість психологічних послуг. Згідно з концепцією самоефективності (Bandura, 1997), висока впевненість у власних професійних здібностях корелює з кращими результатами роботи. З іншого боку, низьке відчуття професійної компетентності може призводити до сумнівів, невпевненості, а у крайніх випадках — до професійного вигорання.

## **1.2 Психоемоційний стан як чинник професійної компетентності у практикуючих психологів**

Професія психолога вимоглива до самого фахівця, вона передбачає постійну взаємодію з людьми, які перебувають у важких психоемоційних станах, клієнти потребують піклування, співчуття та турботи, тож перебування фахівця в такому емоційному полі саме по собі передбачає наявність певних знань як обходитися з переживаннями, що виникають як відповідь на страждання інших людей, як витримувати власні відчуття безсилля, суму та співчуття поруч з ними і навиків самопіклування, щоб мати достатньо ресурсу, не втрачати бачення об'єктивної реальності та межі своїх можливостей і не бути в ілюзії стосовно надочікувань щодо результатів психологічної роботи. Беручи до уваги, що Україна перебуває вже

четвертий рік у воєнному стані, самі психологи щодня стикаються з різними ситуаціями, що вимагають певної лояльності до невизначеності, викликають тривогу та переживання стосовно свого життя та близьких, деколи несуть особисті втрати, і це все не може не впливати на психоемоційний стан самих фахівців психологічної сфери. Тож розглянемо психоемоційні стани, які впливають на когнітивні функції та спричиняють зміни в нашому світогляді і сприйнятті себе як фахівців, що виконують допомагаючу функцію для різних категорій населення та загалом, впливають на ставлення до майбутнього.

### **Депресія.**

Згідно МОЗ України (2017) депресія – це поширене психічне захворювання, для якого характерні стійка зневіра і втрата інтересу до того, що зазвичай приносить людям задоволення. Якщо такий психоемоційний стан супроводжується нездатністю виконувати повсякденні справи протягом 14 або більше днів, можемо говорити про наявність депресивного розладу. Згідно МКХ-11 депресія має наступну феноменологію “депресивні розлади характеризуються депресивним настроєм (наприклад, смутком, дратівливістю, почуттям пустоти) та втратою відчуття задоволення, що супроводжується іншими когнітивними, поведінковими чи нейровегетативними симптомами, які значною мірою порушують можливість функціонувати”. Це не просто поганий настрій, а захворювання, яке може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров’я.

Депресія проявляється різними симптомами, які можна поділити на емоційні, когнітивні та фізіологічні:

1. Емоційні симптоми: постійне відчуття смутку, тривоги або порожнечі; втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість; почуття безнадійності та безпорадності; виникнення почуття провини або самозвинувачення.

2. Когнітивні симптоми: проблеми з концентрацією уваги та прийняттям рішень; негативне мислення про себе, майбутнє та оточуючих; нав'язливі думки про смерть або самогубство.

3. Фізіологічні симптоми: зміни апетиту (як переїдання, так і втрата апетиту); порушення сну (безсоння або надмірна сонливість); втома, зниження рівня енергії; фізичний дискомфорт (головний біль, біль у м'язах, проблеми з травленням).

Депресія може викликати різні психологічні стани, що змінюють емоційний фон людини:

- апатія – відсутність мотивації та бажання що-небудь робити
- тривожність – надмірне хвилювання без видимої причини
- ірраціональний страх – страх перед майбутнім, змінами або навіть звичайними повсякденними справами
- соціальна ізоляція – небажання спілкуватися з людьми, уникнення контактів
- емоційне вигорання – почуття емоційного виснаження, особливо у людей, які відчують сильний стрес на роботі чи в особистому житті.

З кінця XIX століття поняття “депресія” використовували для опису зниженого настрою. Раніше цей феномен діагностували як “меланхолія” (Джанні Франчесетті, 2013).

На початку XX століття Зигмунд Фройд запропонував психоаналітичну теорію депресії, розглядаючи її як результат несвідомого конфлікту, пов'язаного з втратою або внутрішнім почуттям провини. Зигмунд Фройд (1917) у роботі “Жалоба і меланхолія” припустив вважав, що депресія є наслідком несвідомого почуття провини та гніву, спрямованого на самого себе. Він описав депресію як «внутрішню втрату» і порівнював її з процесом жалоби.

Еміль Крепелін (1856–1926) став одним із перших, хто класифікував депресію як окремий розлад у своїй концепції “маніакально-депресивного психозу”. Він вважав, що депресія є біологічним захворюванням, що має певні стадії розвитку. У цей період з’явилося розуміння, що депресія може бути як ендогенною (генетично обумовленою), так і реактивною (викликаною зовнішніми факторами).

У 1960-х роках Аарон Бек висунув теорію когнітивних викривлень, згідно з якою депресія розвивається через негативне мислення. Він запропонував когнітивну тріаду депресії, що включає:

- Негативні думки про себе.
- Негативне сприйняття світу.
- Негативне очікування майбутнього.

Ця концепція стала основою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

У сучасній психіатрії депресія класифікується згідно з DSM-5 (2013) та МКХ-11 (2019). Основні діагностичні критерії включають:

- Тривалий пригнічений настрій (від двох тижнів).
- Втрата інтересу до діяльності.
- Зниження енергії.
- Когнітивні порушення (погіршення уваги, пам’яті).
- Суїцидальні думки або поведінка.

Окрім цього, сучасні дослідження розглядають роль генетики, запальних процесів, мікробіому та соціокультурних факторів у розвитку депресії. Депресію класифікують за тяжкістю, виділяючи легку, помірну та важку форми. При легкій та помірній формі розлади людина зберігає працездатність, але якість її життя суттєво знижується. А при тяжкій формі людина вже не може виконувати звичні справи (вмиватися, готувати їжу, ходити на роботу тощо).

Депресія значно змінює поведінку людини. Основні зміни включають:

1. Зниження активності – людина може відмовлятися від роботи, навчання або соціальних заходів.
2. Замкнутість у собі – зменшення спілкування навіть із найближчими людьми.
3. Зловживання алкоголем або наркотиками – намагання знайти тимчасове полегшення через шкідливі звички.
4. Ризикована поведінка – безрозсудні вчинки, що можуть становити загрозу здоров'ю чи життю.
5. Суїцидальні думки або спроби – у важких випадках депресія може призвести до суїцидальних намірів.

Депресія – це серйозний психічний розлад, який вимагає уваги та лікування. Вона впливає на емоційний стан, поведінку та фізичне здоров'я людини. Депресія є серйозним психічним розладом, який впливає не лише на емоційний стан людини, але й на її когнітивні функції. За даними досліджень, до 50% випадків депресії супроводжуються когнітивними порушеннями. Найбільше страждають короткострокова пам'ять, увага та виконавчі функції. Пацієнти часто скаржаться на труднощі з концентрацією, забудькуватість та зниження здатності приймати рішення.

Депресія впливає на когнітивні функції через кілька механізмів:

1. Нейрохімічні зміни: порушення в рівнях нейромедіаторів, таких як серотонін, норадреналін та дофамін - які відповідають за регуляцію настрою, мотивацію та задоволення, можуть впливати на роботу мозку та когнітивні процеси. Нестача цих нейромедіаторів в свою чергу призводить до депресивних симптомів, незалежно від причин.
2. Структурні зміни в мозку: хронічна депресія може призводити до зменшення об'єму гіпокампу — області мозку, відповідальної за пам'ять та навчання. Також страждають префронтальна кора та мигдалеподібне тіло, які відповідають за прийняття рішень та реакцію на стрес.

3. Підвищений рівень кортизолу: хронічний стрес та депресія підвищують рівень кортизолу, що негативно впливає на нейронні зв'язки та когнітивні функції. В довгостроковій перспективі високий рівень кортизолу пошкоджує нейрони, що впливає на регуляцію настрою та пам'яті.

Терапевтам важливо це знати, щоб, по-перше, враховувати можливості клієнта чи свої можливості до тих чи інших дій (здатність виконувати лікувальні процедури та рекомендації), а по-друге, щоб краще орієнтуватися в динаміці змін.

Також, можна стверджувати, що симптоми депресії, такі як зниження енергії, концентрації уваги, пам'яті, перманентна тривожність, незадоволеність собою, відчуття провини, відсутність та мотивації, можуть призводити до зниження ефективності виконання професійних обов'язків. Також важливим в роботі практикуючих психологів є розуміння, що робота з депресивними клієнтами впливає на психоемоційний стан самих психотерапевтів. Коли справляєшся з величезною кількістю переживань, пов'язаних з клієнтами - тих, хто схильний до суїциду, переживав жорстоке поводження, має залежність від гострих відчуттів, чи страждає від смертельної хвороби, наприклад - не багато спокою випаде на твою долю (Н. Мак-Вільямс, 2004). В роботі з депресивним клієнтом певний час може здаватися, що терапія взагалі не допомагає, клієнту не стає краще. Це певною мірою фруструє фахівця, особливо початківця. "І тоді наше тіло начебто стає просякнутим фрустраціями. До того ж ми ніби самі впадаємо в депресію і нічого не можемо з цим вдіяти. Подібні переживання поступово можуть нас поглинати, відчуття безпорадності домінуватиме над нами. Потім починаємо сумніватися, чи взагалі ми підходимо для цієї професії (у випадку з терапевтами-початківцями), або стаємо циніками, розчарованими власною неефективністю. Тож робота з депресивними клієнтами не лише може підірвати нашу професійну впевненість, а й загрожує нам особисто (Ян Рубал, 2024). Недолік того, щоб узалежнити свою самоповагу від

можливості досягти змін - та напевно, так влаштоване Super Ego більшості терапевтів - полягає в тому, що нездатність досягти позитивних результатів (в терапії з клієнтом) провокує виникнення депресії у терапевта (Н. Мак-Вільямс, 2004).

Інколи тривожність та депресія мають ізольований перебіг, але часто утворюється хибне коло: тривала наявність тривожності зумовлює розвиток депресії, а остання, своєю чергою, посилює першу (Бабляк С. та ін., 2024).

### **Тривожність**

Дані сучасних досліджень свідчать, що в багатьох людей реакції на соціальний стрес виходять за межі норми із формуванням дезадаптивних реакцій за типом невротизації (невротичні реакції), соматизації (психосоматичні розлади) та поведінкових відхилень (психопатоподібна та/чи адиктивна поведінка) із домінуванням у психічному стані людини перманентного дистресу, тривоги й депресії (Хаустова О., 2019). Тривала війна в Україні значно виснажила ресурси психосоматичної адаптації населення, що вже призвело до значного зростання порушень фізичного та психічного здоров'я українців (Хаустова О., 2023).

Згідно Сучасного психологічного тлумачного словника (Шагар В., 2007) тривога — емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки та проявляється в очікуванні неблагополучного розвитку подій. На відміну від страху як реакції на конкретну загрозу, являє собою генералізований, дифузійний або безпредметний страх. Як правило, пов'язана з очікуванням невдач у соціальній взаємодії і часто обумовлена неусвідомленістю джерела небезпеки.

У роботах класиків (К. Хорні, А.Адлер, З.Фрейд) психології тривога розглядалася як прояв неблагополуччя, причиною якого можуть бути несприятливі умови розвитку особистості або психотравми у дитячому віці (Іванова Т., 2020). Сучасні автори у більшості випадків термін “тривога” використовують, спираючись на визначення Спілбергера Ч. (1970), який

вживав його для опису емоційного стану, що характеризується суб'єктивним відчуттям занепокоєння, похмурих передчуттів. Стан тривоги може варіюватися за інтенсивністю і змінюватися у часі. За твердженням Ч.Д. Спілбергера, L. Westberry, K. Grier, G. Greenfield і ряду інших авторів, стан тривоги виникає, коли індивід сприймає визначений подразник або ситуацію як такі, що несуть у собі, актуально або потенційно, елементи небезпеки, загрози, шкоди (О.Євсюков та ін., 2007). Тривога вважається природньою адаптивною реакцією, коли існує реальна небезпека, загроза, або , коли немає ясності через нестачу інформації, брак знань, це призводить до мобілізації ресурсів людини і пошуку рішення. Втім, якщо інтенсивність тривоги надмірна стосовно ситуації, що її викликала, або вона взагалі не зумовлена зовнішніми факторами, її розглядають як патологічну (О.Чабан, 2022).

Ч.Спілбергер вважає, що термін “стан тривоги” необхідно використовувати для відображення емоційного стану або певної сукупності реакцій, що виникають у індивіда, який сприймає ситуацію як особистісно-загрозливу, небезпечну, безвідносно до того, чи присутня або відсутня у даній ситуації об'єктивна небезпека (О.Євсюков та ін., 2007). Когнітивна оцінка небезпеки, таким чином, актуалізує стан тривоги або зростання рівня інтенсивності цього стану. Процес тривоги супроводжується переоцінкою стресових умов та вибором відповідних поведінкових та когнітивних механізмів, що зменшують переживання стресу, а також активацією деяких способів уникнення ситуації, що викликає тривогу (Т.Іванова, 2022). Якщо у людини не вистачає ресурсів на подолання стресових умов, то спрацюють механізми психологічного захисту, які мають зменшити переживання або відчуття тривоги. Одна з адаптивних функцій тривоги - попередити про небезпеку, спонукаючи до пошуку джерела загрози. Та відчуття тривога часто стосується минулого чи майбутнього і разом з цим фантазій про потенційну небезпеку, що викликає хвилювання, підвищує тривогу і

унеможлиблює адекватно і реалістично оцінити ситуацію, чим унеможлиблює адаптацію. Стан тривоги є складним динамічним феноменом, у якому можна виділити низку фундаментальних компонентів, зокрема: стресові чинники, суб'єктивне відчуття загрози, стан тривоги, когнітивна оцінка ситуації та власних можливостей, механізми психологічного захисту, формування поведінкових реакцій (Т.Іванова, 2022). Тривога, як і депресія, може бути як окремим симптомом, так і проявом цілої низки психічних розладів (Хаустова Е.А., Безшейко В.Г., 2012).

**Емоційне вигорання у практикуючих психологів та психотерапевтів.  
Опосередковане (вторинне, вікарне травмування).**

Попри те, що психологи в рамках професійної діяльності займаються психоедукацією під час роботи з клієнтами, та проводять практики самопіклування, стверджується, що вони рідко дотримуються цих дій і практик самі (Figley, 2002; Myers et al., 2012). Емоційне вигорання є поширеним явищем серед практикуючих психологів. Цей стан характеризується виснаженням, зниженням ефективності роботи та емоційним дистанціюванням від клієнтів. Враховуючи постійний контакт із проблемами інших людей, тож зрозуміло, що психологи особливо вразливі до розвитку емоційного вигорання. Першим визначив і описав синдром вигорання Герберт Фрейденбергер в 1974 році. Серед відомих дослідників емоційного та професійного вигорання є Дж.У.Канінгем, К. Маслач, С. Джексон, Е.Наговські, С.Фінглі та ін., серед яких такі українські науковці Л.М. Карамушка, М. Олійник, М.С. Корольчук, В.М. Корольчук, Л.І. Березовська, та ін. Також варто зазначити, що фахівці, які працюють з жертвами вікарної травми, що під час війни практично неможливо уникнути у своїй практичній діяльності, можуть бути сильніше від інших відчуті руйнівний вплив цих обставин (Н.Мак-Вільямс, 2004), тож не дивно, що в українській професійній спільноті зараз з'являється все більше інтересу та потреби в професійній літературі, проводиться чимало досліджень на цю тему та запрошують іноземні профільні фахівці з практичним досвідом стосовно впливу та превентивних заходів щодо вторинної чи опосередкованої травматизації.

Дослідниці Мссанн і Pearlman (1990) виявили передачу симптомів від клієнта до психотерапевта при роботі з наявним ПТСР у першого. Вони з'ясували, що у психотерапевтів, які не пережили подібного травмивного досвіду у власному житті, після роботи з травмованими клієнтами розвинулися довгострокові зміни когнітивних схем, переконань, очікувань і “оживлених спогадів”. Тобто симптоми, характерні для посттравматичного стресового розладу. На основі цих висновків авторки сформулювали концепцію “опосередкованої травматизації”, яка виникає не як слідство пережитої травматичної події, а на основі опосередкування цього досвіду клієнта. Психотерапевти відчували симптоми як ПТСР, так і синдрому вигорання: втому, втрату співчуття, порушення сну, нав'язливі думки та образи, сильні емоційні реакції, а також депресію (Мссанн і Pearlman ,1990). С. Джексон і К. Маслач розглядають вигорання як специфічний стан розумового, емоційного і психічного виснаження, який пов'язаний із професійною діяльністю (М.Олійник, 2021). Згідно з МКХ-11 “Вигорання — це синдром, який концептуалізується як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися”. Для нього характерні три виміри:

- почуття відсутності енергії або виснаження;
- збільшення психоемоційної дистанції від роботи, або наявність почуття негативізму чи цинізму, пов'язаного з роботою;
- зниження професійної ефективності.

## **Висновки до Розділу 1**

Таким чином, розвиток професійної компетентності є складним і багатогранним процесом, який включає теоретичну підготовку, практичний досвід і постійне самовдосконалення. Це не лише забезпечує ефективність

роботи психолога, а й сприяє його гармонійному особистісному зростанню. Також очевидний висновок в тому, що емоційні стани впливають на поведінку людини та його когнітивні функції, ставлення до себе та оточуючого світу, бажання та здатність працювати, в комплексі може впливати на задоволення або незадоволення від професії та себе в ній, та відчуття власної професійної компетентності.

Психологи, які страждають від депресії або тривожних розладів, часто відчують емоційне виснаження, нестачу ресурсів, що може призводити до зниження їхньої професійної активності та ефективності. Наявність депресії та тривожних розладів підвищує ризик розвитку емоційного вигорання, який окрім емоційного виснаження призводить до деперсоналізації та зниження почуття особистих досягнень. Це згодом проявиться у втраті інтересу до роботи, відсутності ініціативи, що може призвести до зниження якості послуг, які надає психолог чи психотерапевт, та унеможливить встановлення емпатичних стосунків з клієнтами.

Погіршення таких когнітивних функцій як концентрація уваги, пам'ять та здатність до прийняття рішень, у свою чергу, може ускладнювати процес діагностики, підбору методів та інтервенцій, дотримання сетінгу, вплине на якість психотерапії, та відобразиться на рівні професійної компетентності, якщо не відбудеться вчасна і постійна супервізія чи при відсутності власної психотерапії, як превентивних та необхідних заходів для виконання етичних та професійних норм практикуючого психолога або психотерапевта.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВИДЧУТТЯМ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТІВ

#### 2.1 Методи та дизайн дослідження. Опис вибірки.

Емпіричне дослідження чинників, що впливають на почуття професійної компетентності у практикуючих психологів та психотерапевтів складається з таких етапів:

1. Опрацювання теоретичного матеріалу слідством чого стало обрання тестових методик, за допомогою яких можна отримати необхідні для аналізу дані.
2. Розробка авторської анкети (Додаток 1), яка включає розділи для збору інформації про організацію практики та навчання, особистісні особливості та відношення до певних аспектів професійної діяльності. Також анкета містить шкалу відчуття професійної компетентності, яка містить п'ять рівнів, де найнижчий бал за відповідь «не компетентний» це 0 балів і найвищий бал 4 за відповідь «високо компетентний».
3. Для проведення дослідження було застосовані наступні методики: Шкала депресії Бека, Шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI), Шкала професійної якості життя (ProQOL-5): задоволення від співпереживання; емоційне вигорання; вторинний травматичний стрес.
4. Вибірка складається із практикуючих психологів та психотерапевтів, які працюють лише з фізичними особами, в тому числі дітьми та сім'ями.

5. Статистична обробка даних була здійснена за допомогою програмного забезпечення Jamovi.

### Характеристика вибірки

Респондентами стали 173 практикуючі психологи та психотерапевти, які мають вищу психологічну освіту та сертифіковані в одному з напрямків психотерапії або знаходяться в процесі навчання. Характеристика вибірки наступна:

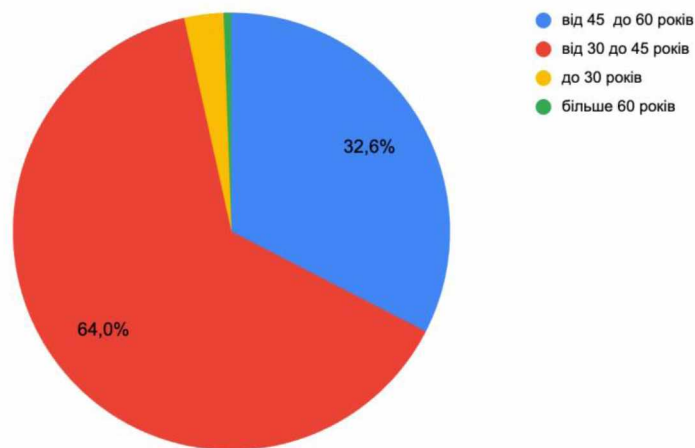


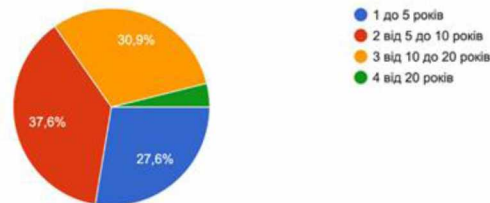
Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком

Як видно з Рис. 2.1 у дослідженні приймало участь 173 респондентів, найбільші групи в таких вікових категоріях: 64,6% це люди віком від 30 до 45 років та 32%- старші 45 років і до 60 років. 69,9 % з яких останній рік постійно проживає в Україні, 30,9% - за межами України, а 2,2% живуть на дві країни. Опис демографічного чинника говорить про кількість практикуючих психологів, що виїхали з України під час війни з росією і продовжують працювати з українськими громадянами в тому числі.

Професійний досвід респондентів (Рис. 2.2) становив від найменшого показника: до 5 років до найбільшого: від 20 років. Розподіл можна бачити на рис.2 37,6% респондентів мають від 5 до 10 років практичного досвіду,

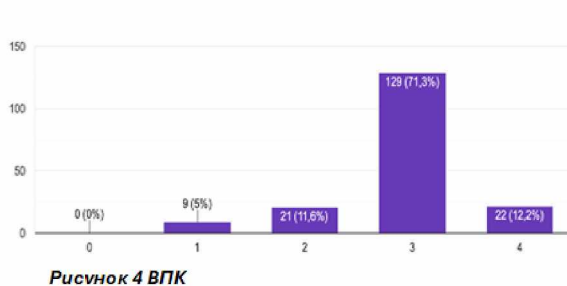
30,9% - від 10 до 20 років, 27,6% - до 5 років і лише 3,9% з досвідом від 20 років.

**Рисунок 2** Професійний досвід



*Рис. 2.2* Професійний досвід

Шкала відчуття професійної компетенції (Рис. 2.3) побудована за принципом психометричної шкали Лайкерта, в якій особа оцінює ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням. В даному дослідженні респондентам було запропоновано 5 тверджень, за якими респондент може обрати саме те твердження, яке на найкраще відповідає його відчуттю професійної компетенції (Додаток 1).



*Рис. 2.3* Шкала відчуття професійної компетентності

З Рис. 2.3 бачимо, що респонденти оцінили відчуття власної професійної компетенції з таким розподілом, що більше 70% респондентів обрали відповідь «достатньо компетентний», лише 5% - відчувають себе «не

достатньо компетентними», 11,6% відповіли «не могу визначитись» і 12,2% визначають себе «високо компетентними».

## Описові статистики

Табл. 2.1

Узагальнюючі, гендерні та демографічні фактори			
гендер	N	%	Накопичений %
Жіночий	161	93.1%	93.1%
Чоловічий	10	5.8%	98.8%
Інший	2	1.2%	100.0%
Вік	N	%	Накопичений %
до 30	5	2.9%	2.9%
від 30 до 45	111	64.2%	67.1%
від 45 до 60	56	32.4%	99.4%
більше 60	1	0.6%	100.0%
Проживання	N	%	Накопичений %
в Україні	115	66.5%	66.5%
За межами	54	31.2%	97.7%
Інше	4	2.3%	100.0%
Вища ПО	N	%	Накопичений %
Диплом	143	82.7%	82.7%
В процесі навчання	21	12.1%	94.8%
Відсутня	9	5.2%	100.0%
Напрямок ПТ	N	%	Накопичений %
КПТ	2	1.2%	1.2%
Гештальт	160	92.5%	93.6%
Психоаналіз	5	2.9%	96.5%
Інший	6	3.5%	100.0%
Досвід (років)	N	%	Накопичений %
20 р і більше	6	3.5%	3.5%

10-20 р	56	32.4%	35.8%
5 - 10 р	63	36.4%	72.3%
до 5 р	48	27.7%	100.0%

З цієї таблиці (Табл. 2.1) ми бачимо, що переважна більшість респондентів цього дослідження — жінки (93.1%), чоловіки становлять 5.8%, а інші гендерні ідентичності — 1.2%.

Основна частина респондентів віком 30 - 45 років (64.2%), що збігається із періодом найбільш активної професійної діяльності. Далі йде старша група (45-60 років, 32.4%), молодша група (до 30 років, 2.9%) і одна людина старша за 60 років.

66.5% проживають в Україні, а 31.2% — за її межами. Менша частка (2.3%) віднесена до категорії “Інше”, що може включати тих людей, які не мають стабільного місця проживання, кочівники.

Переважна більшість має вищу освіту (82.7%), і лише 5.2% — без неї. 12.1% перебувають у процесі отримання освіти.

Переважний метод психотерапії в якому працюють респонденти - гештальт-підхід (92.5%), відсоток респондентів, які практикують психоаналіз, становить 2.9%, респондентів, які практикують КПТ (когнітивно-поведінкову терапію), становить 1.2%, Інші напрями психотерапії складають 3.5% від загальної кількості респондентів.

Основна група респондентів має від 5 до 10 років досвіду роботи (36.4%), за нею — 10-20 років (32.4%), до 5 років досвіду - 27,7%, 20 років і більше - 3,5%.

Дані свідчать про те, що психотерапевтична професія в основному представлена жінками середнього віку (30-45 років), які мають вищу освіту та працюють переважно в гештальт-підході. Більшість респондентів мають від 5 до 10 років досвіду, що вказує на значну частку фахівців із середнім стажем у професії. Територіально переважають спеціалісти, які проживають

в Україні, але значна частина працює за її межами. Невелика частка респондентів без завершеної освіти чи з досвідом роботи понад 20 років свідчить про обмежену кількість як новачків, так і терапевтів з великим досвідом у цій вибірці.

Табл. 2.2

<b>Організаційні фактори</b>			
роб год/тиждень	N	%	Накопичений %
більше 20	44	25.4%	25.4%
10 - 20	74	42.8%	68.2%
до 10	55	31.8%	100.0%
<b>Наявність особистої терапії</b>	N	%	Накопичений %
щотижня	137	79.2%	79.2%
за запитом	23	13.3%	92.5%
наразі не маю	13	7.5%	100.0%
<b>Як часто ви берете супервізію</b>	N	%	Накопичений %
більше двох разів на місяць	28	16.2%	16.2%
беру два рази на місяць	104	60.1%	76.3%
беру за запитом	39	22.5%	98.8%
наразі не маю	2	1.2%	100.0%
<b>Групова супервізія</b>	N	%	Накопичений %
раз/міс	70	40.5%	40.5%
два рази/міс	56	32.4%	72.8%
не відвідую	35	20.2%	93.1%
інше	12	6.9%	100.0%
<b>Участь у проф заходах</b>	N	%	Накопичений %
так	133	76.9%	76.9%
ні	19	11.0%	87.9%
один раз на рік	21	12.1%	100.0%
<b>ПТерапія єдина діяльність</b>	N	%	Накопичений %
так	123	71.1%	71.1%
ні	49	28.3%	99.4%

ще не визначився	1	0.6%	100.0%

В Табл. 2.2, яка описує організаційні фактори ми бачимо, що найпоширеніше робоче навантаження респондентів — 10-20 годин на тиждень (42.8%). Це може бути оптимальним рівнем для поєднання з іншими видами діяльності (освіта, волонтерство тощо). До 10 годин працює 31.8% респондентів, 25.4% працюють більше 20 годин.

Також ми бачимо, що особисту терапію щотижня отримують 79.2% респондентів. Це дуже високий показник і може свідчити про рівень усвідомленості в професії. 13,3% респондентів звертаються до особистого терапевта за потребою, та не мають особистої терапії 7,5 % респондентів.

Переважає більшість респондентів отримують індивідуальну супервізію два рази на місяць - 60,1%. За запитом беруть супервізію 22,5%. Більше двох разів на тиждень - 16,2%. Та не мають індивідуальної супервізії 1,2%.

Стосовно групової супервізії: раз на місяць відвідують 40,5% респондентів, два рази на місяць - 32.4%. Не відвідують групову супервізію 20,2% респондентів, також, варіант відповіді “інше” становить 6,9% що може свідчити про нестандартні форми супервізії (наприклад, квартальні зустрічі або за потребою, або інтервізійні групи).

Також, значний відсоток респондентів 76,9% приймають участь у професійних заходах спільнот, таких як конференції, інтенсиви та семінари. 12,1% респондентів приймають мінімальну участь в таких заходах - 1 раз на рік, та 11% - взагалі не приймають участь в професійних заходах.

Для більшості респондентів дослідження психотерапія є єдиною професійною діяльністю - 71,1%. Для 28,3% психотерапія є сумісною діяльністю з якоюсь іншою професійною сферою. І лише одна людина (0,6%) ще не може визначитись з відповіддю на це питання.

Ці дані свідчать про високий рівень професійної активності та усвідомленості серед респондентів, більшість із яких дотримуються ключових стандартів психотерапевтичної практики: регулярної особистої терапії, супервізії та участі в професійних заходах.

Значна частина респондентів інтегрована в професійне середовище, хоча існує меншість, яка демонструє меншу активність у супервізії чи професійних подіях, що може бути зумовлено особистими обставинами або обмеженими ресурсами. Психотерапія для більшості є основною професією, що підкреслює серйозність їхнього підходу до роботи.

Табл. 2. 3

<b>Чинники впливу на організацію практики</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
<b>безоплатні консультації</b>			
так	25	14.5%	14.5%
ні	111	64.2%	78.6%
один-два р/м	37	21.4%	100.0%
<b>інша волонтерська д-ть</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
так	49	28.3%	28.3%
ні	88	50.9%	79.2%
іноді	36	20.8%	100.0%
<b>Чи понесли ви особисті втрати під час війни</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
так	93	53.8%	53.8%
ні	34	19.7%	73.4%
складно відповісти	46	26.6%	100.0%
<b>Чи були у вас діагностовані депресія чи тривожні розлади</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
так	57	32.9%	32.9%
ні	116	67.1%	100.0%
<b>ресурсна діяльність є</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
так	145	83.8%	83.8%
ні	8	4.6%	88.4%

іноді	20	11.6%	100.0%
<b>Підтримка є</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
так	136	78.6%	78.6%
ні	6	3.5%	82.1%
іноді	31	17.9%	100.0%

З таблиці про чинники, що потенційно впливають на організацію практики психолога (Табл. 2.3) бачимо наступне: більшість респондентів не проводять безкоштовних консультацій - 64,2%, частка респондентів надає обмежену кількість безкоштовних консультацій - 21,4% і лише незначна частка респондентів регулярно надає безоплатні консультації - 14,5%.

Що до волонтерської діяльності, яка не пов'язана безпосередньо з безоплатними консультаціями то маємо такі дані: більшість респондентів не залучені до волонтерської діяльності поза психотерапією - 50,9%, значна частка респондентів бере участь у волонтерській діяльності поза межами основної професії - 28,3% та 20,8% респондентів залучаються до волонтерської діяльності час від часу - іноді.

Пункт наявності особистих втрат під час війни дуже цікавий не тим, що більшість респондентів зазначили наявність особистих втрат під час війни (53,8%), а тим, що значна частка не змогли чітко визначити свій статус - 26,6%. Ця група потребує додаткового дослідження, щоб визначити їхній рівень вразливості та що саме впливає на цю невизначеність (можливо складність визнання втрат, чи невпевненість в їхньому значенні і масштабі, чи непрямий вплив через тривогу або ризики життя і т.д.). Також 19,7% респондентів позначають себе як ті, які не зазнали втрат.

За даними пункту “Чи є у Вас діагностовані під час війни депресія чи тривожні розлади?” більшість респондентів відповіли “Ні” - 67,1% але третина респондентів зазначила, що має депресію або тривожні розлади діагностовані під час війни - 32,9%.

Переважає більшість респондентів має ресурсну діяльність (наявність практик, активностей або заходів, які допомагають підтримувати психоемоційну стійкість та відновлювати ресурси) - 83,8%, частина респондентів практикує ресурсну діяльність нерегулярно - 11,6% та 4,6% взагалі не мають такого виду діяльності.

Переважає більшість респондентів зазначила, що вони мають підтримуюче оточення - 78,6%, частина респондентів зазначає що підтримка присутня, але не є постійною (17,9%) - іноді. Невелика частка респондентів немає поруч підтримуючого оточення - 3,5%.

Загалом дані свідчать про високу вразливість респондентів через вплив війни і потребують подальшого дослідження.

Табл. 2.4

Узагальнені характеристики організації практики		
<b>Чи вдається вам організувати практику</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
на всі сто	18	10.4%
майже так	88	50.9%
іноді	27	15.6%
не зовсім	30	17.3%
не вдається	10	5.8%
<b>Чи важливі для ВПК відгуки колег</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
не важливі	2	1.2%
час від часу	56	32.4%
важливі	97	56.1%
дуже важливі	18	10.4%
<b>Чи приходиться прикладати більші зусилля для підтримки проф д-ті</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
так	99	57.2%
ні	38	22.0%
важко відповісти	36	20.8%
<b>практика під час війни</b>	<b>N</b>	<b>%</b>

зменшилася	34	19.7%
виросла	69	39.9%
без змін	31	17.9%
розвалилася	1	0.6%
не стабільна	38	22.0%
<b>Що ви хотіли б змінити в практиці</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
менше працювати	34	19.7%
більше навчатися	10	5.8%
менше навчатися	1	0.6%
мене все влаштовує	46	26.6%
більше працювати	57	32.9%
хочу щось змінити	25	14.5%

Узагальнені характеристики практики (Табл. 2.4) можна розглядати як такі, що стосуються формування і організації практики та змін які в ній відбулися. Спершу ми бачимо, що половина респондентів зазначає, що вони задоволені організацією своєї практики, але з певними недоліками - майже так (50,9%), близько п'ятої частини респондентів постійно мають труднощі з організацією практики - не зовсім 17,3%. Періодичні труднощі з організацією практики мають 15,6% - іноді. Лише 10,4% повністю задоволені результатами організації власної практики і повністю не справляються з організацією практики 5,8%. В цілому ми бачимо, що більшість респондентів загалом справляються з організацією своєї практики, хоча значна частка відчуває труднощі.

Наступний пункт відображає рівень самостійних дій респондентів, спрямованих на підтримання професійної діяльності та чи потребують вони більших зусиль: більшість респондентів, з початку повномасштабного вторгнення, вимушені докладати більше зусиль для підтримки професійної діяльності - 57,2%, майже чверть респондентів не докладають значних зусиль для підтримання професійної діяльності - 22%, також значна частина

респондентів зазначила, що їм важко оцінити чи потребує організація професійної діяльності більше зусиль ніж до повномасштабного вторгнення - важко відповісти 20,8%. Остання група потребує подальшого дослідження, бо невизначеність в відповіді може свідчити як про нестабільний стан респондентів так і про етап переосмислення власної практики.

Наступний пункт відображає зміни в професійному навантаженні респондентів в умовах війни: 39,9% респондентів відзначила зростання практики, значна частка респондентів вказала на нестабільність своєї практики - 22%, майже п'ята частина респондентів відзначила скорочення своєї практики - 19,7%, у 17,9% респондентів практика не зазнала змін і лише у однієї людини (0,6%) практика розвалилася повністю.

Останній пункт відображає побажання респондентів щодо змін у своїй професійній діяльності, включаючи робоче навантаження та навчання. 32,9% респондентів хочуть збільшити своє робоче навантаження. Понад чверть респондентів задоволені своєю поточною практикою - 26,6%. Близько п'ятої частини респондентів хочуть скоротити робоче навантаження - 19,7%. Респонденти, які не знайшли в переліку варіантів ту відповідь, яка їм підходить - інше 14,5%. Лише невелика частка респондентів прагне підвищити свій професійний рівень і більше навчатися - 5,8% та одна особа (0,6%) прагне скоротити кількість навчальних активностей.

Дані свідчать про те, що респонденти загалом справляються з організацією своєї професійної діяльності, проте значна частина стикається з труднощами. Зміни в робочому навантаженні в умовах війни виявляються нерівномірними: у когось практика зросла, у когось скоротилася чи стала нестабільною. Повномасштабне вторгнення суттєво вплинуло на їхню практику, змусивши багатьох докладати більше зусиль для її підтримання.



*Рис. 2.4* Чинники, що впливають

Оскільки метою даного дослідження є виявлення чинників які впливають на відчуття професійної компетенції психологів, в анкеті респондентам було запропоновано дати відповідь на декілька запитань суб'єктивного характеру.

За діаграмою «Що на Ваш погляд є важливим для відчуття професійної компетенції?» (Рис. 2.4) ми бачимо, що 92,3% респондентів вважають що стабільна практика є найважливішим фактором, який підтримує відчуття професійної компетенції. Мати визнання серед колег є також суттєвим фактором для більшості респондентів - 74,2%. Третє, за значущістю, місце посідає рівень заробітку від психотерапевтичної практики - 70,9%. Цікавим, в цій діаграмі, є фактор “можливість кар'єрного росту” який обрали лише 21,4% респондентів. Цей фактор потребує більш розгорнутого дослідження, бо може свідчити про декілька аспектів: сфокусованості респондентів на стабільності; обмеження пов'язані зі структурою професії; задоволення поточним рівнем розвитку; відсутність бачення можливостей для зростання і т.д.

Середні показники здобули фактори затребуваності в професії (69,2%), можливість співпраці з колегами (68,7%) та важливість роботи для суспільства (63,7%).

Що на Ваш погляд зменшує відчуття професійної компетентності? (Рис. 2.5)



Рис. 2.5 Чинники, що впливають

За цією діаграмою ми бачимо, що високий рівень власної критики у респондентів стоїть на першому місці як фактор який впливає на відчуття професійної компетентності - 65,4%. Друге місце, майже в однаковому процентному співвідношенні посідають ізолюваність від спільноти - 63,7% та важкий, власний, психо-емоційний стан - 63,2%. Клієнтські запити з якими складно працювати посіли найнижчу сходинку серед факторів які впливають на відчуття власної професійної компетенції - 26,4% за виключенням фактору “інше” (12,1%) який залишається для нас загадкою через відсутність варіантів відповідей.

Ця діаграма підказує, що більш глибокого дослідження потребує перший фактор - високий рівень власної критики, бо може складатися з багатьох аспектів. Це соціальні аспекти, порівняння себе з іншими, перфекціонізм,

наявність минулих невдач, відсутність зовнішньої підтримки, тривожність чи депресія, культура самовдосконалення та ін.

Складні та нетипові випадки в роботі які викликають розгубленість у респондентів (Рис. 2.6).

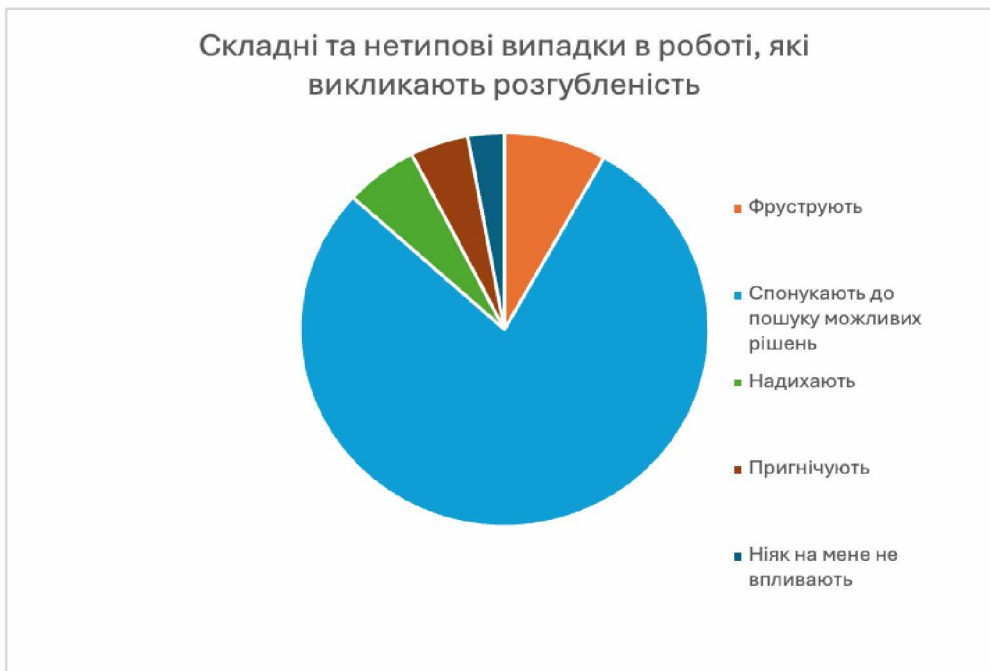


Рис. 2.6

Ця діаграма (Рис. 2.6) показує, що більшість респондентів дослідження такі випадки спонукають до пошуку можливих рішень - 79,7% і це дуже високий показник, він може свідчити про високий рівень професійної адаптивності, зацікавленості у вирішенні проблем та налаштованості на розвиток у таких ситуаціях. Лише 7,7% респондентів відчувають фрустрацію стикаючись з такими випадками. Лише 5,5% респондентів надихають складні та нетипові випадки. Пригнічують 4,4%. Та ніяк не впливають на 2,7%.

Чи важливі Вам відгуки від колег для відчуття своєї професійної компетенції? (Рис. 2.7)

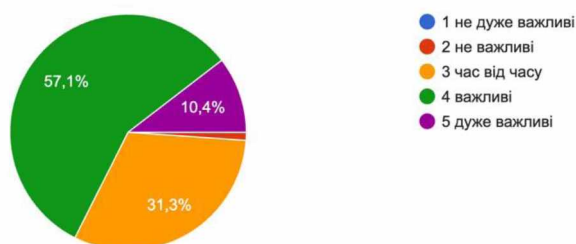


Рис. 2.7 Відгуки колег як чинник

На цій діаграмі (Рис. 2.7) ми бачимо, що для 57,1% респондентів важливі відгуки від колег. Для 31,3% відгуки від колег важливі час від часу. Дуже важливі для 10,4% респондентів і взагалі не важливі для двох людей (1,1%). Також варто зазначити, що пункт “не дуже важливі” взагалі не був обраний жодним з респондентів. Ці дані вказують на те, що для більшості респондентів цей фактор є важливим постійно або періодично, а для окремих спеціалістів — критично важливим. Не значуща кількість відповідей, які б знецінювали значення колегіального зворотного зв’язку, свідчить про його визнану цінність у професійній діяльності респондентів.

## Методики:

### Шкала депресії Бека

Створена Аароном Беком в 1961 році. Шкала була розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволило виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Шкала містить 21 питання і 4 варіанти відповіді, відповіді описують когнітивно-афективні і соматичні прояви депресії. Когнітивно-афективні симптоми такі як настрій, песимізм, почуття провини, незадоволення, відроза до самого себе, суїцидальні думки, драгівливість і тд. Соматичні: порушення образу тіла, втрата працездатності, порушення сну та ін.

Потрібно вибрати відповідно до свого стану варіант. Кожній відповіді надається певна кількість балів. Чим вищий сумарний бал, вищий рівень депресії. Максимальний бал 63. Інтерпретація описує стани за градацією балів за найменшу кількість балів – відсутність депресивних симптомів до важкої депресії за кількість балів від 30 до 63.

### **Шкала реактивної й особистісної тривоги Спілбергера – Ханіна (STAI)**

За шкалою Спілбергера – Ханіна вимірюється рівень тривоги, оітувальний розділений на дві частини, одна з яких вимірює реактивну тривогу. Під реактивною тривожністю розуміється стан, який виражає суб'єктивну ступінь занепокоєння, емоційної напруги, турботи в конкретній стресовій ситуації. Емоційні реакції на конкретну стресову ситуацію викликають стан різної емоційної насиченості і він досить мінливий в часі. В той час як особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка особистісна якість респондента. Опитувальник складається з 40 питань-суджень, з яких 1-20 призначені для визначення реактивної тривожності, а 21-40 для визначення особистісної тривожності. На кожне запитання по визначенню реактивної тривожності можливі чотири варіанти відповіді за ступенем інтенсивності, а для шкали особистісної тривожності – за частотою. Опитувальник містить прямі та зворотні запитання. Від суми балів за прямими запитаннями віднімається сума балів за зворотніми запитаннями. Показник за кожною шкалою може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів, чим більше балів, тим вищий рівень тривожності.

### **Шкала (ProQOL 5) Pro quality of life Якість професійного життя.**

Дані методики, розроблені вченими в галузі психогігієни і психопрофілактики, психотерапевтичної/лікарської практики (Лазос Г, 2023). Методика була перекладена на більше 28 мов та використана у більше ніж 200 наукових публікаціях. Показник Альфа Кронбаха для суми шкал в нашій роботі становить 0, 780, що розглядається як задовільний. Шкала

ProQOL 5 вимірює задоволення чи втому від співпереживання складається з 30 питань, що оцінюються за шкалою від 1 до 5, відповіді на питання підраховуються за цими балами, а самі питання стосуються трьох показників, що вимірює методика. Це:

### 1. Задоволення від співчуття (співпереживання)

Задоволення від співчуття - це задоволення, яке людина допоміжної професії отримує від відчуття того, що ефективно виконуєте свою роботу як медичний працівник. Наприклад, задоволення від того, що допомагає іншим через свою роботу. Може позитивно ставитися до своїх колег або до своєї здатності зробити внесок у робочу атмосферу чи на благо суспільства. Вищі бали свідчать про більше задоволення від професії.

### 2. Професійне вигорання

Вигорання – це почуття безнадійності та виснаженості, які заважають ефективно працювати. Ці почуття зазвичай розвиваються повільно і з часом погіршуються. Люди, які борються з вигоранням часто мають дуже високі навантаження, мало можливостей для відпочинку або працюють у несприятливому середовищі. Вони часто відчувають, що їх не цінують або що їх зусилля не мають ніякого значення. Чим вищі бали, тим сильніший ступінь вигорання.

### 3. Вторинний травматичний стрес

Це пов'язаний з роботою вторинний вплив травматично стресових подій, таких як свідчення страждань, насильства, або смерті. Вторинний травматичний стрес часто починається раптово після особливо важких переживань. Люди, які страждають на вторинний травматичний стрес часто борються з тривожними і неконтрольованими спогадами, постійно думають про негативний досвід, уникають діяльності, яка нагадує їм про негативний досвід, відчувають страх і мають розлади сну. Високі показники свідчать про високий рівень вторинного травматичного стресу. Підраховані бали

діляться на три рівні за ступенем прояву. При інтерпретації результатів є пряма кореляція зі шкалами, чим вищий бал, тим вищий показник задоволеності, вигорання, вторинного травматичного стресу:

22 чи менше – низький рівень;

від 23 до 41 – середній рівень;

42 і більше – високий рівень.

Нижче представлені розрахунки Альфа Кронбаха для кожної шкали, можна стверджувати, що вибрані нами тести мають внутрішню узгодженість.

### **Шкала депресії Бека**

<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
Шкала	0.813

### **Шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI)**

<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
шкала	0.845

### **Шкала (ProQOL 5)**

<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>	
шкала	0.780

## **Висновки до Розділу 2**

В нашому дослідженні прийняло участь 173 респонденти, вони всі практикуючи психологи з дипломом про вищу психологічну освіту або, які знаходяться в процесі навчання. Більшість респондентів протягом останнього року проживають в Україні - 67,2% та 30,6% - за її межами, за різною віковою категорією та різним практичним досвідом.

Для проведення дослідження ми скористалися трьома адаптованими для України та методиками, шкалою депресії Бека, шкалою реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (Чабан С.О., Хаустова О.О.), ProQOL 5 (Лазос Г.П.). Перевірка використаних методик показала достатній рівень узгодженості та надійності.

Цікавий феномен ми вбачаємо в тому, що при наявних чинниках, які потенційно мали б негативно впливати на відчуття професійної компетентності, за результатами дослідження більше 70% респондентів обрали відповідь «достатньо компетентний», 5% - відчують себе «недостатньо компетентними», 11,6% відповіли «не можу визначитись» і 12,2% визначають себе «високо компетентними».

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

#### 3.1 Результати проведеного кореляційного аналізу психоемоційних чинників відчуття професійної компетентності

Для того, щоб виявити зв'язок між відчуттям професійної компетентності та психоемоційними станами, ми виміряли обраними методиками показники депресії, реактивної тривожності, особистісної тривожності та задоволення/втоми від співпереживання, емоційного вигорання та вторинного травматичного стресу (Таб. 3.1), а потім побудували кореляційну матрицю (Додаток Б).

Як видно з Табл. 3.1, за результатами шкали Бека ми бачимо, що 32,9% респондентів дослідження мають субдепресію (легка депресія). Відсутня депресія у 31,8% респондентів. Помірну депресію мають 19,1% респондентів.

Дисперсію середньої тяжкості мають 14,5% респондентів і важку депресію мають три особи - 1,7%.

Якщо спиратися на результати в Табл. 3.1, в якій було зазначено, що у 32,9% респондентів були діагностовані тривожні та депресивні розлади з початку повномасштабного вторгнення, ми можемо зробити припущення, що у частини наших респондентів депресивний розлад був діагностований до повномасштабного вторгнення, у частини депресивний розлад не діагностований психіатром і у частини респондентів можливо буде діагностований депресивний розлад найближчим часом.

Стосовно діагностики тривоги :

За даними цієї методики ми бачимо, що 63,6% респондентів мають високий рівень *реактивної* тривоги. У 35,8% реактивна тривога виражена помірно. Та лише у однієї людини (0,6%) реактивна тривога низька. За шкалою *особистісної* тривоги ми бачимо: високий рівень особистісної тривоги мають 49,1% респондентів, помірний 49% та низький рівень особистісної тривоги у 5-ти осіб - 2,9%.

Третя методика якості професійного життя (ProQOL 5).

Шкала *задоволення від співпереживання*. За цією шкалою середній рівень задоволення від співпереживання мають більшість респондентів - 78,6%, високий рівень задоволення відчувають 20,2% і низький мають дві особи - 1,2%.

Шкала *емоційного вигорання*, в цій методиці, показує нам низький рівень емоційного вигорання у більшості респондентів - 74,6% та середній рівень у 25,4% респондентів. З високим рівнем емоційного вигорання за підрахунками балів респондентів нема. Шкала *вторинного травматичного стресу* показує низьку його наявність у 75,7% респондентів і його середній рівень у 24,3% опитуваних. З високим - відсутні.

Табл. 3.1

**Проказники шкал за використаними методиками**

<b>Шкала Депресії Бека</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
Відсутність деперсивних симптомів	55	31.8%	65.3%
Легка депресія (суб)	57	32.9%	98.3%
Помірна депресія	33	19.1%	33.5%
Виражена (середньої тяжкості) депресія	25	14.5%	14.5%
Важка депресія	3	1.7%	100.0%
<b>Шкала Реактивної Тривожності</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
висока	110	63.6%	63.6%
помірна	62	35.8%	99.4%
низька	1	0.6%	100.0%
<b>Шкала Особистісної Тривожності</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
висока	85	49.1%	49.1%
помірна	83	48.0%	97.1%
низька	5	2.9%	100.0%
<b>Шкала задоволення /співчуття від співпереживання</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
середній	136	78.6%	78.6%
високий	35	20.2%	98.8%
низька	2	1.2%	100.0%
<b>Шкала емоційного вигорання</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
середній	44	25.4%	25.4%
низький	129	74.6%	100.0%
<b>Шкала вторинного травматичного стресу</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Накопичений %</b>
середній	42	24.3%	24.3%
низький	131	75.7%	100.0%

Для того, щоб визначити наявність взаємовпливу між предикторами психоемоційного стану та відчуттям професійної компетенції ми скористалися кореляційною матрицею (Додаток Б).

Як показав кореляційний аналіз зв'язки між основними змінними дослідження, включаючи Відчуття професійної компетенції (ВПК),

показники депресії, тривоги, задоволення співпереживанням, вигорання та вторинного травматичного стресу такі:

#### Відчуття професійної компетентності (ВПК)

1. Шкала депресії Бека:

коефіцієнт кореляції  $r = -0.179$ ,  $p = 0.018$  значущий. Негативний зв'язок: з підвищенням рівня ВПК рівень депресії має тенденцію знижуватись. Незважаючи на те, що  $-0.179$  говорить про дуже слабку кореляцію,  $p < 0.05$  свідчить про статистичну значущість, тобто зв'язок не випадковий і має практичну цінність.

2. Шкала реактивної тривоги:  $r = -0.156$ ,  $p = 0.040$  (незначущий). Негативний зв'язок говорить про те, що підвищення реактивної тривоги знижує відчуття професійної компетентності.

3. Шкала особистісної тривоги:  $r = -0.239$ , кореляція наближається до середньої величини,  $p = 0.002$  (значущий). *Негативний зв'язок: що свідчить, що про зниження особистісної тривоги при вищому рівні відчуття професійної компетентності.*

4. Шкала задоволення від співпереживання:  $r = 0.115$ ,  $p = 0.133$  не має статистично значущого впливу, хоча є слабкий позитивний зв'язок між факторами.

5. Шкала вигорання:  $r = -0.230$ ,  $p = 0.002$  (значущий). Чим вищий рівень професійної компетентності, тим нижчий рівень вигорання. Зв'язок слабкий, але значущий. Цей результат узгоджується з тим, що відчуття власної професійної компетентності може захищати від емоційного вигорання. Коли людина впевнена у своїй компетентності, вона менш схильна до емоційного виснаження. Це може бути пов'язано з вищим рівнем самоефективності, з кращими навичками регуляції емоцій чи вмінням справлятися зі стресом.

6. Шкала вторинного травматичного стресу:  $r = -0.108$ ,  $p = 0.156$  немає статистично значущого впливу.

### Шкала депресії Бека

Має значний позитивний зв'язок із *реактивною тривогою* ( $r = 0.520$ , висока кореляція  $p < 0.001$ ) та та *особистісною тривожністю* ( $r = 0.686$ ,  $p < 0.001$ ), що логічно, оскільки ці показники часто супроводжують депресивний стан.

Шкала вигорання:  $r = 0.335$ ,  $p < 0.001$  (значущий). Підвищення рівня депресії супроводжується вигоранням. Та помірний позитивний зв'язок зі

Шкалою вторинного травматичного стресу:  $r = 0.321$ ,  $p < 0.001$ .

### Шкала вигорання

Реактивної тривога:  $r = 0.329$ , середня кореляція  $p < 0.001$  (значущий).

Вигорання позитивно корелює з реактивною тривогою.

2. Шкала особистісної тривоги:  $r = 0.399$ , трохи вище середнього  $p < 0.001$  (значущий). Вигорання тісно пов'язане з особистісною тривогою.

3. Шкала вторинного травматичного стресу:  $r = 0.567$ ,  $p < 0.001$  (значущий).

Сильний зв'язок між вигоранням і вторинним травматичним стресом.

Отже, можемо говорити про те, що на *відчуття професійної компетенції* найсильніший негативний вплив має особистісна тривога ( $r = -0.239$ ).

Депресія тісно пов'язана з тривогою, вигоранням і вторинним стресом, що вказує на її ключову роль у формуванні емоційного стану. Вигорання та вторинний травматичний стрес: ці змінні мають сильний позитивний зв'язок ( $r = 0.567$ ), що вказує на їхню взаємозалежність.

Отже, як бачимо є кореляція між емоційними станами та відчуттям професійної компетенції. Також, відчуття професійної компетентності може знижувати депресію та тривожність. Депресія, тривожність і вигорання тісно пов'язані між собою. Вторинний травматичний стрес і вигорання мають сильний взаємозв'язок. А задоволення від співпереживання може захищати від негативних психологічних станів.

### **3.2 Інтерпретація регресійної моделі психоемоційних, демографічних та організаційних чинників, що впливають на відчуття професійної компетентності у практикуючих психологів та практичні рекомендації**

Для виявлення впливу факторів на відчуття професійної компетентності ми скористалися багатофакторним регресійним аналізом. Який показав наявні тенденції та деякі статистично значущі зв'язки між предикторами і залежною змінною, в нашому випадку, це суб'єктивне відчуття професійної компетентності (ВПК). Тож, ми бачимо наступне (Додаток С):

Дана модель демонструє нам сильний зв'язок між предикторами та залежною змінною, що підтверджується високим коефіцієнтом кореляції ( $R = 0.702$ ) та коефіцієнтом детермінації ( $R^2 = 0.493$ ). Це означає, що майже половина варіації (а точніше 49%) у відчутті професійної компетенції може бути пояснена врахованими предикторами. Висока пояснювальна здатність моделі свідчить про релевантність відібраних змінних. Коефіцієнт  $p < 0.01$ , що говорить про статистичну значущість і він не є випадковим.

#### **Психоемоційні стани як фактори впливу на почуття професійної компетентності.**

Стосовно гіпотези про те, що психоемоційний стан впливає на відчуття професійної компетенції, можемо зробити висновки лише про наявність взаємозв'язку між даними факторами. Як видно в таблиці (Додаток В), статистичної значущості між Шкалою депресії Бека та значенням Відчуття професійної компетентності (ВПК) не спостерігаємо, оскільки маємо понад стандартний поріг  $p > 0.05$ , значення  $t$  становить 1.4904 про не дуже сильний ефект. Таку ж закономірність можна спостерігати та прокоментувати і про Шкали Реактивної Тривожності, Задоволення/втоми від співпереживання та Шкала вторинного стресу. Важлива відмінність в значеннях від попередніх Шкали Особистісної Тривожності. В даному випадку ми бачимо наявність

оберненої кореляції ( $\beta = -0,02495$ ), та статистичну значущість ефекту, наше значення  $p$  становить 0.006 (що трохи більше від порогового 0,05), а  $t$  (-2.7860). Можна проінтерпретувати, що з підвищенням значення по Шкалі Особистісної тривожності за кожен одиницю спостерігатимемо зменшення залежної змінної: показника Відчуття професійної компетентності на 0,0295. Тож, рівень особистісної тривожності впливатиме на рівень відчуття професійної компетентності, інші змінні, ймовірно, не впливатимуть суттєво на залежну змінну у нашій моделі. Тут можемо говорити про наявність закономірності, що при зростанні Задоволення від співпереживання зростатиме наша залежна змінна відчуття професійної компетентності. Однак, занадто велике значення  $p$  (**0.245**) вказує на статистичну незначущість, тож ми не можемо з впевненістю стверджувати, що задоволення від співпереживання має значущий вплив на відчуття професійної компетентності. Шкала вторинного стресу та шкала емоційного вигорання показали занадто високе значення  $p$  (**0.411 та 0.735**), що говорить про статистичну незначущість та ймовірність випадкового ефекту в даному дослідженні. Це може бути також пов'язано з самою вибіркою, та специфікою роботи її психологів, адже у вибірці переважно психологи, що ведуть приватну практику, яка передбачає власне управління тим скільки і з якими клієнтами та запитамі працювати та який робочий режим собі організувати, вони мають більше свободи у часах перерви, кількості вихідних днів, робочого навантаження. Як узагальнюючий висновок стосовно часткового підтвердження гіпотези про те, що психоемоційний стан впливатиме на відчуття професійної компетентності, можемо припустити, що короточасні емоційні стани не є ключовими для оцінки власного відчуття професійної впевненості, вони можуть мати плінний характер і не торкатися в значній мірі знання про себе як фахівця психологічної галузі. А особистісна тривожність - має відносно стійкий характер і вважається якістю особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння (Спілбергер Ч., 1970).

Тож цілком допустимо, що наявність особистісної тривоги впливає на сприйняття людиною себе та своїх здібностей, знань, навичок і відчуття професійної компетентності, як професійної якості.

### **Демографічні фактори, гендер, вік, освіта та їх взаємозв'язок та вплив з почуттям професійної компетентності.**

Лінійний регресивний аналіз не показав статистичної значущості між гендером на зміну у відчутті професійної компетентності, показник  $p$  у всіх випадках вище 0.06. Спостерігається тенденція до зменшення відчуття професійної компетентності у старших за віковою категорією фахівців (більше 60 років) в порівнянні з кагортою віком 30-45 років. Але, за старшою віковою категорією набагато менша вибірка (всього 0.6%) тож ми не можемо вважати, що такі результати притаманні даній категорії, це можна перевірити лише у майбутніх дослідженнях.

Стосовно вищої психологічної освіти та наявності Диплому, ми бачимо такі результати: ті, хто не мають диплому про вищу психологічну освіту показали на 0.377 вищий рівень, ніж ті, хто має диплом, у залежній змінній - відчуття професійної компетентності,  $p = 0.060$ , що близько до 0.05, тож цей проявлений феномен має певну важливість і статистично значимий, і теоретично може бути пояснений Ефектом Даннінга-Крюгера (1999) про те, що “ це когнітивне упередження, при якому люди з низькою кваліфікацією чи знаннями переоцінюють свої здібності та компетентність в певній сфері, не усвідомлюючи своєї некомпетентності (James Olson, 2011)”. А ті, хто знаходиться в процесі навчання на 0,27 менший рівень відчуття професійної компетентності, ніж ті, що вже мають диплом про вищу психологічну освіту ( $p=0.07$ ), тобто можемо говорити, що тенденція така є, а статистична значимість сумнівна. Що можна гіпотетично пояснити тим, що майбутні фахівці через процес навчання та освоєння теоретичного матеріалу усвідомлюють власний брак знань у цій професії.

Демографічні фактори не виявили значущого статистичного значення та як показав аналіз мають тенденцію до меншого показника відчуття професійної компетентності ті фахівці, які проживають на території України, ніж ті, хто перебуває за кордоном. Можливо це пов'язати з тим, що перебування в фоні війни спричиняє вплив на відчуття впевненості у власній компетентності, оскільки самі фахівці мають справлятися з невизначеністю та вирішувати щоденно питання власної безпеки, що може вплинути на переосмислення власних знань та навиків. А також, можливо, що фахівці, які виїхала за межі України стикнулися з необхідністю адаптації та влаштування свого життя, що передбачає прикладати зусилля для забезпечення своєї фінансової стабільності і не дає змоги для сумнівів. Тож констатувати можна лише те, що перебування за межами країни має статистично значущий позитивний вплив, і це можна аналізувати в майбутніх дослідженнях. А от такі фактори як гендер, вік, сертифікація не є статистично значущими, і даним дослідженням не можемо підтвердити їх вплив на відчуття професійної компетентності. Деякі категорії освіти (в процесі навчання та відсутність диплому мають наближене до 0.05 р-значення, тому, можливо, вони мають сенс бути досліджуваними глибше.

### **Організаційні фактори.**

Стосовно деяких організаційних факторів, ми виявили наступне:

Фахівці, які не займаються виключно психотерапією, як основним видом діяльності, а мають і іншу діяльність, продемонстрували значно нижчий рівень (на 0.381) нашої залежної змінної - відчуття професійної компетентності у порівнянні з тими, хто займаються виключно психотерапією. Можна припустити, що занурення в одну сферу діяльності впливає на сильнішу ідентичність себе як фахівця. Результат дуже значущий  $p < 0.001$ , такі результати говорять про те, що виключна спеціалізація в професійній сфері може позитивно впливати на відчуття професійної

компетентності. Різниця ж між когортами, які ще не визначилися з діяльністю, та тими, хто працює виключно практикуючий психолог, не є статистично значущою, хоча є тенденція до зменшення залежної змінної на 0.6688 в порівнянні з опорним рівнем (з тими, в кого це єдиний вид діяльності).

Також виявлено вплив наявності в практиці такого чинника як “випадки, що викликають розгубленість” у практикуючих психологів, які відчувають фрустрацію в цьому випадку відчуття професійної компетентності менше від тих, кого ці випадки надихають на 0,37148, estimate зі знаком мінус, і статистично значуще значення  $p = 0.031$ , що говорить про не випадковість.

Наступний організаційний чинник це практичний досвід роботи в роках. Тож тут маємо такі висновки: за опорний рівень в регресійному аналізі ми взяли когорту з досвідом 5 до 10 років практичної діяльності, і аналіз показав, що фахівці з досвідом від 10 до 20 років практики продемонстрували на 0.314 вищий показник відчуття професійної компетентності від опорної групи, більший досвід тут має позитивний вплив, а  $p = 0.005$ , тож маємо статистично значуще значення, що підтверджує реальність ефекту. Фахівці з маленьким досвідом до 5 років не показали значимого відхилення від опорного рівня і estimate хоч і відємний, що говорить про тенденцію до зменшення, та близький до нуля -0.021, а значення  $p = 0.861$ , що говорить про дуже слабкий ефект і не підтверджений статистично, не значущий. Та теоретично схильність завищувати уявлення про рівень власної компетентності можна пояснити недостатністю практичного досвіду для реальної оцінки своїх знань та можливостей.

Оскільки в етичному кодексі багатьох профільних фахових спільнот наявність власної психотерапії є умовою компетентності, наприклад, в НАГТУ (національній асоціації психологів та психотерапевтів України) в етичному кодексі прописано: “Гештальт-терапевт признає необхідність проходження особистої терапії – в кризові періоди свого життя та практики

і як частину професійної культури. НАГТУ, 2025), то ж ми власну психотерапію фахівця віднесли до організаційного чинника. Регресійний аналіз продемонстрував, що психологи, які не мають власної психотерапії, показали вищі значення відчуття професійної компетентності, ніж ті, хто відвідує терапію регулярно (estimate 0.5347, a  $p = 0.002$ ), що говорить про статистичну значущість. Можемо прокоментувати, що гіпотетично, фахівці, які не відвідують регулярну особисту психотерапію не формують запити про свою професійну ідентичність і не досліджують складності, з якими стикаються в професійній діяльності, тож уявлення про неї може не відповідати в повній мірі дійсності, та для перевірки даного судження потрібно більше даних. Також це може свідчити про те, що без наявної власної терапії фахівець втрачає критичний погляд щодо оцінки власного стану, та здатність до саморефлексії. На терапії ми досліджуємо себе, помічаємо резонанси, що є в роботі з клієнтами та пропрацьовуємо теми, які резонують щоб терапевтичний процес ставав якіснішим для клієнта без превнесення терапевтом власних фігур.

Також в нашій лінійній регресивній моделі прослідковується зв'язок з частотою і наявністю групової супервізії, чим частіше - тим вищий показник відчуття професійної компетентності, тим не менше значення  **$p$  високий більше 0.05** і не має статистичної значущості, тож ці феномени потребують глибшого дослідження. Однак, “через відчуття сумнівів та складнощі проходять всі терапевти без виключення, і саме супервізійна група через відгуки та досвід колег допомагає становленню терапевта, та посилює інтеграцію власного клієнтського досвіду” (Шараєва О., 2014). Тож існує логічне пояснення, чому у тих, хто частіше відвідує супервізійні групи відчуття професійної компетентності вище.

Наступний організаційний чинник це участь у професійних заходах (семінари, конференції, інтенсиви тощо). Цей чинник впливає на підтримку професійної стійкості та на проходження професійної кризи, коли вона

відбувається з психологом, спираючись на досвід колег та їх підтримку (Шараєва О., Парінова Є., 2014). Тож це пояснює, що у фахівців, які регулярно відвідують професійні заходи відчуття професійної компетентності вище. Ті, хто не відвідує продемонстрували на 0.26 менший рівень нашої залежної змінної, це свідчить про негативний зв'язок, а значення  $p=0.075$  підтверджує ймовірність того, що профілактичні заходи мають певний захисний механізм, але дані ще недостатньо переконливі для остаточних висновків.

Стосовно надання безоплатних консультацій на постійній ми бачимо, що у тих фахівців, хто їх не практикує на 0.4795 вище відчуття професійної компетентності і  $p < 0.001$ , тобто статистично значуще, як і тенденція в тих, хто їх надає лише один чи два рази в місяць (estimate = 0.487  $p=0.002$ ). Ми можемо припустити, що фахівці які готові на постійній основі безкоштовно надавати послуги не мають впевності у власній професійній компетентності і готові не брати оплату задля того, щоб отримати професійний досвід.

**З огляду на результати проведеного дослідження ми сформулювали такі практичні рекомендації:**

1. **Обов'язкова наявність регулярної особистісної терапії у практикуючих психологів та психотерапевтів.** Необхідна для профілактики та опрацювання особистісної тривоги. Виявлення можливих резонансів з темами і запитами клієнтів, які можуть виникати під час роботи спеціаліста і які можуть викликати у терапевта розгубленість та фрустрацію, які в свою чергу впливають на відчуття компетентності. Тобто, чим більше практикуючий спеціаліст володіє знаннями про свій стан, особливість власних психічних процесів, усвідомлює вплив власного кризового або травматичного досвіду на взаємодію та резонанси в стосунках з

- іншими людьми, тим впевненіше він буде відчувати себе в своїй професійній діяльності.
2. Обрання практичної психології та психотерапії як єдиної професійної діяльності. Наявність будь якої іншої професійної діяльності вимагає від людини певної концентрації та зусиль на інших цілях і задачах, не пов'язаних з психологією і психотерапією, це впливає на кількість ресурсу - можливість навчатися, отримувати практичний досвід, аналізувати власну роботу. Обмеження ресурсу через додаткову професійну діяльність не сприяє відчуттю професійної компетентності.
  3. Присутність в професійному колі колег - супервізійні групи, семінари, конференції, інтенсиви і т.д. Колегіальний простір має велике значення для формування терапевтичної ідентичності та відчуття компетентності. Саме через зворотній зв'язок колег, або через розбір складних випадків, та колегіальну підтримку, спеціаліст має змогу звірити свої переживання, знання, досвід, гіпотези і т.д. Таким чином впевнитись у них, або сформуванню новий погляд, що суттєво відображається на професійному зростанні та укріпленні ідентичності.
  4. Уникати безоплатних консультацій, якщо це не волонтерська діяльність. Враховуючи складність та довготривалість навчання, а також ретельну підготовку психолога та психотерапевта до роботи, можна припустити, що безоплатні консультації є фруструючими і знеціючими для спеціаліста, бо не враховують компенсації за зусилля. Також, варто врахувати, що безоплатними консультаціями користуються певні категорії людей, що може ускладнювати для спеціаліста отримання зворотного зв'язку про свою роботу і підсилювати розгубленість а за цим і невпевненість в своїх діях.
  5. Завершити професійне навчання. Пройти повний цикл підготовки в обраній сфері, отримати диплом та сертифікат в напрямку

психотерапії та обраній спеціалізації. Повністю завершене навчання сприяє більш об'ємному погляду на обрану професію та професійну діяльність, допомагає уникнути помилок, зменшує романтизацію цієї роботи та допомагає усвідомити відповідальність перед майбутніми клієнтами. Тобто, спеціаліст, який не завершив навчання, має завищений рівень відчуття професійної компетентності через невідповідність власних уявлень про обрану діяльність з реальністю.

### **Висновки до Розділу 3**

Отже, за результатами проведеного нами аналізу даних можна підвести такі підсумки, що серед практикуючих психотерапевтів у 31,8% депресії не виявлено, а у решти 68,2% наявна депресія різних ступенів тяжкості. Стосовно реактивної тривожності, то вона відсутня лише у 1 людини, а у решти 172 показник реактивної тривожності високий (63,6%) і помірно (35,8%) виражений. Що хоч і не дивує, беручи до уваги контекст в якому зараз живуть і працюють українські психологи і психотерапевти, та все ж вражає. Особистісна тривога на високому рівні практично у половини респондентів 49,1%, а помірна у 49%. Лише у 2,9% виявлено низький рівень особистісної тривожності. Ці показники говорять про те, що практикуючі психологи і психотерапевти організовують свою діяльність під впливом дістресу, також це створює поле для подальших досліджень стосовно самопіклування, рефлексії та усвідомлення власних обмежень як важливих складових професійної компетентності.

Задоволення від співпереживання на середньому рівні за Шкалою у 78,6% а на високому - у 20,2%, і лише 1,2% відчувають низький рівень задоволення, тобто втому від співпереживання. У більшості респондентів відсутнє емоційне вигорання 74,6% та середній (24,5%) і низький (75,5%) рівні вторинного травматичного стресу.

Завдяки кореляційній матриці виявлено зв'язки між психоемоційними станами та відчуттям професійної компетентності практикуючих психологів. Регресійний лінійний аналіз показав основні чинники впливу на формування відчуття професійної компетентності практикуючих психологів.

## ВИСНОВКИ

1. Професійна компетентність є широким поняттям, яке охоплює різні компетенції, і відображає інтеграцію знань, навичок і ставлення до професійної практики та науки психології. Професійна компетентність також передбачає метазнання: усвідомлення того, що знаєш і чого не знаєш: знання власних сильних і слабких сторін, того, як застосувати наявні навички та знання, як знайти рішення до різноманітних завдань, як розвинути нові навички.

Формування професійної компетентності вимагає системного підходу, що охоплює теоретичне навчання, практичну підготовку і постійний розвиток. Компетентність як поняття постійно еволюціонує разом із вимогами суспільства, науки та технологій. Важливим аспектом компетентності є її контекстуальність.

2. За результатами проведеного дослідження ми визначили, що у переважній більшості практикуючих психологів показник відчуття професійної компетентності визначено на рівні “достатньо компетентний”, що свідчить виключно про рівень сприйняття себе як фахівця. Та особливість контексту, в якому перебувають українські психологи та психотерапевти передбачає наявність тривожних та депресивних станів, що й було підтверджено аналізом даних. Багато хто з психологів знаходиться у вимушеній еміграції чи в статусі біженця (31,2%), та у 68,2% досліджуваних виявлено депресію різних ступенів тяжкості, більше 60% - з високим рівнем тривожності.

В той же час середній рівень задоволення від співпереживання мають більшість респондентів - 78,6%, високий рівень задоволення відчують 20,2% і низький мають дві особи - 1,2% такі показники можуть позитивно впливати на відчуття професійної компетентності, що може нівелювати вплив високого рівня тривоги та депресії. Та наразі це припущення, яке потребує подальшого дослідження.

3. Регресійна модель психоемоційних, демографічних та організаційних чинників відчуття професійної компетентності виявила залежність відчуття професійної компетентності від рівня особистісної тривожності. Також було виявлено, що такі фактори як наявність диплому про вищу психологічну освіту, наявність особистої терапії та супервізії, професійний досвід, що вимірюється роками та безоплатні консультації мають вплив на рівень професійної компетентності. Внаслідок проведеного дослідження ми підсумували чинники, що можуть впливати на професійну компетентність та надали практичні рекомендації щодо організації практики.

### Список використаних джерел :

1. **Стаття в журналі:** Kim, H. J., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). Compassion satisfaction and fatigue, emotional dissonance, and burnout in therapists in rehabilitation hospitals. *Psychology*, 11(1), 14–27. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.111002>
2. **Опитувальник:** Stamm, B. H. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion*
3. Barber, J.P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19, pp. 1–12.
4. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Harper & Row.
5. World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)
6. Callan, S., Schwartz, J., & Arputhan, A. (2021). Training future psychologists to be competent in self-care: A systematic review. *Training and Education in Professional Psychology*, 15(2), 117–125. <https://doi.org/10.1037/tep0000345>
7. Bebeau, M. J. (2007). Competency assessment models. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 463–473. [https://www.academia.edu/32869960/Competency\\_assessment\\_models](https://www.academia.edu/32869960/Competency_assessment_models)
8. Danieli, Y. (1981). On the achievement of integration in aging survivors of the Nazi Holocaust. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 191–210.
9. Klieme, E., Hartig, J., & Rauch, D. P. (2008). The concept of competence in educational contexts. In E. Klieme, D. P. Rauch, & J. Hartig (Eds.), *Assessment of competencies in educational contexts: State of the art and future prospects* (pp. 3–22). Hogrefe & Huber Publishers.

- [https://www.researchgate.net/publication/232495759\\_The\\_concept\\_of\\_competence\\_in\\_educational\\_contexts](https://www.researchgate.net/publication/232495759_The_concept_of_competence_in_educational_contexts)
10. Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 243-258). Hogarth Press.
  11. Freudenberger, H. J., & Robbins, A. (1979). The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanalytic Review*, 66(2), 275–300.
  12. Gonsalvez, C. J., & Crowe, T. (2014). Evaluation of Psychology Practitioner Competence in Clinical Supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 177-193.
  13. Brownell, P. (Ed.). (2019). *Handbook for theory, research, and practice in Gestalt therapy*. Cambridge Scholars Publishing.
  14. Schneider, K. (2019). What does competence mean? *Psychology*, 10(12), 1938–1958. <https://doi.org/10.4236/psych.2019.1012132>
  15. Leigh, I. R., Bebeau, M. J., Rubin, N. J., Smith, I. L., Lichtenberg, J. W., Portnoy, S., et al. (2007). Competency assessment models. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 38, 463–473. doi:10.1037/0735-7028.38.5.463
  16. McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
  17. Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. G., & Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *International Journal of Clinical Practice*, 61(12), 2030-2040.
  18. Maranzan, K. A., Kowatch, K. R., Mascioli, B. A., McGeown, L., Popowich, A. D., & Spiroiu, F. (2018). Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 59(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/cap0000153>

19. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: The cost of caring*. Malor Books.
20. Kuittinen, M. (2014). Professional competences of young psychologists: The dimensions of self-rated competence domains and their variation in the early years of the psychologist's career. *European Journal of Psychology of Education, 29*(3), 439–457. <https://doi.org/10.1007/s10212-013-0187-0>
21. McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131–149. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00975140>
22. Meichenbaum, D. (n.d.). *Self-care for trauma psychotherapists and caregivers: Individuals? Social and organizational interventions*. The Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment. [https://melissainstitute.org/documents/Meichenbaum\\_SelfCare.pdf](https://melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare.pdf)
23. Mitsenko, M. (2015) Osoblyvosti doslidzhennia syndromu emotsiinoho vyhorannia za dopomohoiu metodyky Diahnostyka rivnia emotsiinoho vyhorannia V. Boiko. *Molodyi vchenyi. №4*(19), s. 103.105. [in Ukrainian]
24. Mulder, M. (2014). Conceptions of Professional Competence. In: S. Billett, C. Harteis, H. Gruber (Eds). *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*. Dordrecht: Springer. pp. 107-137.
25. Perls, F., Hefferline, R. and Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Highland, New York: The Gestalt Journal Press.
26. Ponomarenko, T. (2021). PROFESSIONAL BURNOUT OF PRACTICAL PSYCHOLOGISTS WORKING ONLINE THE STATE OF THE PROBLEM, CAUSES AND PSYCHOLOGICAL PROPHYLAXIS. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL, 7* (3), 58-66. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.3.6> [in Ukrainian]

27. Rodolfa, E. R., Bent, R. J., Eisman, E., Nelson, P. D., L, R., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347-354.
28. Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
29. Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x>
30. Stamm, BH (2009). Професійна якість життя: співчуття, задоволення та втома, версія 5 (ProQOL). <http://www.proqol.org>
31. Callan, S. A. (2018). *Training future psychologists to be competent in self-care: A systematic review* (Master's thesis). Drexel University. <https://researchdiscovery.drexel.edu/esploro/outputs/graduate/Training-Future-Psychologists-to-be-Competent/991014632522204721>
32. Tara Y. Bane (2006) Job Satisfaction Among Professional Middle School Counselors in Virginia, 2006
33. Lund, T. (2020). *What is psychologist impairment? A comparison of provincial regulatory guidelines in Canada*. Psychologists' Association of Alberta. <https://psychologistsassociation.ab.ca/wp-content/uploads/2022/04/Psychologist-Impairment-Manuscript.pdf>
34. Kruger, J., & Dunning, D. (2011). The Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one's own ignorance. In J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 44, pp. 247–296). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-385522-0.00005-6>
35. von Treuer KM and Reynolds N (2017) A Competency Model of Psychology Practice: Articulating Complex Skills and Practices. *Front.*

- Educ. 2:54. doi: 10.3389/feduc.2017.00054  
<https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/feduc.2017.00054/full>
36. Бек, А. Т., Раш, А. Дж., Шо, Б. Ф., Емері, Г. (1987). Когнітивна терапія депресії. Нью-Йорк: Guilford Press.
37. Брюховецька, Є. В. (2013). Сутність і структура професійної компетентності. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*, 3(56).
38. Бурчинський, С. Г., & Бачинська, Н. Ю. (2021). Депресії та когнітивні порушення: можливості комбінованої терапії. *НейроNews*.
39. Бусел, В. Т. (Ред.). (2005). *Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 слів*. Перун.
40. Голуб, О. І. (2020). Депресивні розлади: вплив на різні групи населення та наслідки для життя людини. Київ: НаУКМА.
41. Грицук, О. В. (2012). Основні підходи у дослідженні структури й динаміки синдрому емоційного вигорання у вітчизняній та зарубіжній психології. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*, 42(1), 51–57.  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu\\_psykhol\\_2012\\_42%281%29\\_\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2012_42%281%29__8)
42. Дерстуганова, Н. В. (2022). Генеза змісту поняття “компетентність” в Українському та зарубіжному освітньому дискурсі. *Педагогічний дискурс*, 82. – DOI: <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2022.82.30>.
43. Національна асоціація гештальт-терапевтів України. (без дати). *Кодекс професійної етики НАГТУ*. <https://gestalt.org.ua/kodeks-professionalnoj-etyky-vopp-gp/>
44. Кресан, О. Д. (2023). Психологічні аспекти емоційного вигорання викладачів ВНЗ в умовах війни. У *Березневий науковий дискурс 2023 на тему: «Детермінанти посилення ролі освіти у повоєнному відновленні України»*: Збірник матеріалів Міжнародної науково-

*практичної конференції для освітян (м. Чернігів, 22 березня 2023 року) (с. 269–271). ГО «Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій».*

[https://reicst.com.ua/asp/issue/view/conf\\_ped\\_03\\_2023/conf\\_ped\\_03\\_2023](https://reicst.com.ua/asp/issue/view/conf_ped_03_2023/conf_ped_03_2023)

45. Лаврухіна, Т. (2023). Формування психотерапевтичної компетентності у майбутніх практичних психологів в умовах сучасної вищої освіти. УДК 3787.21.
46. Лазарус, Р. С., Фолкман, С. (1984). Стрес, оцінка і копінг. Нью-Йорк: Springer Publishing Company.
47. Лазос, Г. (2023). Застосування психотехнології розвитку резильєнтності для профілактики і подолання проявів ПТСР у фахівців допоміжних професій. У Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник (с. 152-184).
48. Лазос, Г. П. (2021). Особиста терапія як важливий аспект професійної підготовки психолога і психотерапевта. Організаційна психологія. Економічна психологія, (2-3(23)), 77-90.
49. Лазос, Г. П. (2017). Діагностика негативних емоційних станів психологів, що працюють з травмованими військовослужбовцями. У Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія (с. 312-334). Х.: ФОП Мезіна В. В.
50. Левинська, І. Б. (2021). Структура моделі формування професійної компетентності майбутніх психологів засобами портфоліо. ЕНПУІР. – Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/>.
51. Лейко, С. В. (2013). Поняття “компетенція” та “компетентність”: теоретичний аналіз. Педагогічний процес: теорія і практика, (4), 128-135. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp\\_2013\\_4\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2013_4_15).

52. Мірошніченко О.А. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах: Навчально-методичний посібник. / Олена Анатоліївна Мірошніченко. Житомир : Видавництво ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 156 с. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/18802>
53. Мак-Вільямс, Н. (2016). Психоаналітична психотерапія. Керівництво практика.
54. Олійник, М. (2021). *Дослідження синдрому вигорання: КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні*. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії.
55. Пономаренко, Т. І. (2021). Комуникативна компетентність практичного психолога у медійному просторі як сучасний феномен. У Л. М. Вольнова, Т. Р. Чевельча (Ред.), *Мова: психологічні, соціальні та ентокультурні аспекти: Збірник наукових праць учасників круглого столу (9 листопада 2021 року, м. Київ)* (с. 39–41). НПУ ім. М. П. Драгоманова. [Електронне видання]
56. Рабчук, С. І. (2024). Психологічні особливості емоційного вигорання працівників сфери інформаційних технологій. Магістерська робота, Волинський національний університет імені Лесі Українки.
57. Рубал, Я. (2024). Путівник для терапевта в депресивному полі. Не перешкоджати надії.
58. Сельє, Г. (1979). Стрес без дистресу. М.: Прогрес.
59. Семенов, М., & Єсіпова, О. (2024). Поняття професійна компетентність майбутнього офіцера у контексті педагогічної теорії. *Молодь і ринок*, 5(225), 150–155. <https://doi.org/10.24919/2308-4634.2024.301712>
60. Талаш, І. (2018). Науково-психологічний аналіз компетентності як наукової категорії. *Проблеми сучасної психології*, 42, 191–210. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-42.191-210>

61. Хілько, С. (2016). Сутність і типи ситуацій невизначеності у професійній діяльності психологів. *Актуальні проблеми психології. Т. I: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*, 45, 144–150.
62. Хаустова, О. (2023). Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. *Український медичний часопис*. – Режим доступу: [www.umj.com.ua/uk/publikatsia-248382-stres-ta-trivoga-psihosomatichnij-pidhid-do-terapiyi](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-248382-stres-ta-trivoga-psihosomatichnij-pidhid-do-terapiyi).
63. Хаустова, О. (2019). Психосоматичні маски тривоги. *Український медичний часопис*. – Режим доступу: [www.umj.com.ua/uk/publikatsia-160744-psihosomatichni-maski-trivogi](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-160744-psihosomatichni-maski-trivogi).
64. Шараєва, О., & Парінова, Л. (2014). Криза розвитку: Формування ідентичності психотерапевта. *Гештальт-обзор*, (4), 70–77.
65. Шараєва, О. (2014). Супервізія. *Гештальт-обзор*, (4), 63-70.

## Додатки

### Додаток А

#### Анкета для онлайн опитування «відчуття професійної компетенції»

Дослідження чинників, що впливають на відчуття професійної діяльності  
практикуючих психологів та психотерапевтів

#### Частина 1

Загальна, щоб краще розуміти вибірку, тобто загальні характеристики респондентів, такі як вік , стать, демографічні фактори і тд.

Ваш гендер

- Жіночий
- Чоловічий
- Інший

Ваш вік

- 1 до 30 років
- 2 від 30 до 45 років
- 3 від 45 до 60 років
- 4 більше 60 років

Наявність вищої психологічної освіти

- 1 Завершена (маю диплом)
- 2 В процесі навчання
- 3 Відсутня

Наявність сертифікату в одному з напрямків психотерапії

- 1 Так
- 2 В процесі навчання
- 3 Відсутній

Сертифікований/на/ні в напрямку \_\_\_\_\_

Основний напрямок в психотерапії, в якому Ви працюєте

- 1 КПТ

- 2 Гештальт-терапія
- 3 Психоаналіз
- 4 Інший

Останній рік Ви проживаєте

- 1 в Україні
- 2 за межами України
- 3 Інше

Ваш професійний досвід

- 1 до 5 років
- 2 від 5 до 10 років
- 3 від 10 до 20 років
- 4 від 20 років

Кількість Ваших робочих годин на тиждень (консультації чи психотерапія):

- 1 до 10 годин
- 2 від 10 до 20 годин
- 3 більше 20 годин

Наявність Вашої особистої терапії

- 1 щотижня
- 2 за запитом
- 3 наразі не маю

Як часто Ви берете супервізію

- 1 більше двох разів на місяць
- 2 беру два рази на місяць
- 3 беру за запитом
- 4 наразі не маю

Наявність групової супервізії

- 1 відвідую раз на місяць
- 2 відвідую два рази на місяць

- 3 не відвідую
- 4 інше

Чи приймаєте Ви участь (з початком повномасштабного вторгнення) у таких професійних заходах як конференції, інтенсиви, семінари, майстер-класи і т.д.

- 1 так
- 2 ні
- 3 іноді (1 раз на рік)

Чи являється психотерапія єдиною Вашою професійною діяльністю

- 1 так
- 2 ні
- 3 ще не визначився/лась/лись

З якою категорією клієнтів Ви працюєте?

- Військовослужбовці
- Люди, що пережили полон і тортури
- Родини військовослужбовців
- ВПО
- Біженці
- Люди, що живуть або жили під окупацією російськими військами
- Діти та/чи підлітки
- Інші люди, що проживають за межами України
- Інші люди, що проживають на території України

Чи надаєте Ви безоплатні послуги як психолог, психотерапевт?

- 1 так
- 2 ні
- 3 Іноді ( 1 -2 рази на місяць)

Чи займаєтесь Ви іншою волонтерською діяльністю (не як психолог)?

- 1 так

- 2 ні
- 3 іноді

Чи понесли Ви внаслідок війни втрати (особистісні, майнові, фінансові)

- 1 так
- 2 ні
- 3 Складно відповісти

Чи є у Вас діагностовані під час війни депресія чи тривожні розлади?

- 1 так
- 2 ні

Чи займаєтесь Ви будь-якою діяльністю, яка підтримує чи надає ресурс?

- 1 так
- 2 ні
- 3 іноді

Чи є навколо Вас підтримуюче оточення?

- 1 так
- 2 ні
- 3 іноді

## **Розділ 2**

Відчуття професійної компетентності

Чи вдається Вам організувати свою професійну діяльність так, як Ви бажаєте?

- 1 на всі 100%
- 2 майже так
- 3 іноді
- 4 не зовсім
- 5 не вдається

Оцініть свою власну професійну компетентність за шкалою від 0 до 4, опираючись тільки на власні відчуття

Де 0 - некомпетентний; 1 - не достатньо компетентний; 2 - не можу визначитись; 3 - достатньо компетентний; 4 - висококомпетентний

0 1 2 3 4

Чи важливі Вам відгуки від колег для відчуття своєї професійної компетентності?

- 1 не дуже важливі
- 2 не важливі
- 3 час від часу
- 4 важливі
- 5 дуже важливі

Що на Ваш погляд є важливим для відчуття професійної компетентності:

- 1 Стабільна практика
- 2 Можливість приймати самостійні рішення
- 3 Можливість займатися навчальною, просвітницькою діяльністю
- 4 Можливість кар'єрного росту
- 5 Рівень заробітку від психотерапевтичної діяльності
- 6 Бути затребуваним спеціалістом
- 7 Мати визнання серед колег
- 8 Співпраця з колегами
- 9 Важливість Вашої роботи для суспільства

Що на Ваш погляд зменшує відчуття професійної компетентності:

- 1 Клієнтські запити, з якими Вам складно працювати
- 2 Власний важкий психо-емоційний стан
- 3 Ізольованість від спільноти
- 4 Відсутність балансу між робочим навантаженням і відпочинком
- 5 Високий рівень власної критики

- 6 Інше

Складні та нетипові випадки в роботі, які викликають розгубленість?

- 1 Фруструють
- 2 Спонукають до пошуку можливих рішень
- 3 Надихають
- 4 Пригнічують
- 5 Ніяк на мене не впливають

З початком повномасштабного вторгнення витрачаю більше зусиль для підтримки професійної діяльності

- 1 так
- 2 ні
- 3 важко відповісти

З початком повномасштабного вторгнення моя практика

- 1 зменшилась
- 2 збільшилась
- 3 не зазнала змін
- 4 розвалилась
- 5 в постійній динаміці (стала нестійка, то збільшується, то зменшується)

Чи хотіли б Ви щось змінити у власній психотерапевтичній практиці?

- 1 Менше працювати
- 2 Більше працювати
- 3 Менше навчатися
- 4 Більше навчатися
- 5 Мене все влаштовує
- 6 Інше

## Додаток Б

Таблиця 4 Кореляційна матриця

		ВПК	Шкала депресії Бека	Шкала Реактивної Тривоги	Шкала Особистісної Тривоги	Шкала Задоволення від співпереживання	Шкала вигорання	Шкала вторинного травматичного стресу
Відчуття Професійної Компетентності	г Пірсона	—						
	р-значення	—						
Шкала депресії Бек	г Пірсона	-0.179	—					
	р-значення	0.018	—					
Шкала Реактивної Тривоги	г Пірсона	-0.156	0.520	—				
	р-значення	0.040	<.001	—				
Шкала Особистісної Тривоги	г Пірсона	-0.239	0.686	0.562	—			
	р-значення	0.002	<.001	<.001	—			
Шкала Задоволення від співпереживання	г Пірсона	0.115	-0.151	-0.133	-0.254	—		
	р-значення	0.133	0.047	0.081	<.001	—		
Шкала вигорання	г Пірсона	-0.230	0.335	0.329	0.399	-0.107	—	
	р-значення	0.002	<.001	<.001	<.001	0.162	—	
Шкала вторинного травматичного стресу	г Пірсона	-0.108	0.321	0.233	0.331	-0.064	0.567	—
	р-значення	0.156	<.001	0.002	<.001	0.400	<.001	—



## Додаток В

Лінійний регресійний аналіз		
Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.702	0.493

Коефіцієнти моделі - ВПК				
Предиктор	Оцінка	SE	t	p
Перехват <sup>a</sup>	2.85015	0.47837	5.9580	<.001
Бека Sum Score	0.01795	0.01204	1.4904	0.138
P_TSum Score	0.00933	0.00913	1.0218	0.309
O_TSum Score	-0.02495	0.00896	-2.7860	0.006
Ш Задоволення співп-ня	0.12412	0.10632	1.1675	0.245
Ш вигорання	-0.10624	0.12891	-0.8242	0.411
Ш втор стрес	-0.04363	0.12867	-0.3391	0.735
гендер:				
Чоловіча – Жіноча	0.14433	0.20751	0.6955	0.488
Інша – Жіноча	0.23172	0.41623	0.5567	0.579
Вік:				
до 30 – від 30 до 45	0.39632	0.27234	1.4552	0.148
від 45 до 60 – від 30 до 45	0.10225	0.09816	1.0417	0.299
більше 60 – від 30 до 45	-0.26710	0.56492	-0.4728	0.637
Вища ПО:				
В процесі навчання – є Диплом	-0.27125	0.15241	-1.7797	0.077
Відсутній – є Диплом	0.37723	0.19918	1.8939	0.060
Сертифікований				
в процесі навчання – так	-0.07999	0.16261	-0.4919	0.624

відсутній – так	-0.02969	0.30811	-0.0964	0.923
Проживання:				
За межами – в Україні	0.18882	0.09514	1.9845	0.049
Інше – в Україні	-0.45297	0.30117	-1.5040	0.135
ПТерапія єдина діяльність:				
ні – так	-0.38157	0.10981	-3.4749	<.001
ще не визначився – так	-0.66883	0.58848	-1.1365	0.258
особисті втрати під час війни:				
так – ні	-0.00613	0.11867	-0.0517	0.959
складно відповісти – ні	-0.06998	0.13571	-0.5157	0.607
ресурсна діяльність є:				
ні – так	-0.31219	0.21146	-1.4764	0.142
іноді – так	0.04066	0.14532	0.2798	0.780
випадки, які викликають розгубленість:				
фруструють – спонукають до пошуку рішень	0.37148	0.16998	2.1854	0.031
надихають – спонукають до пошуку рішень	0.04314	0.20000	0.2157	0.830
пригнічують – спонукають до пошуку рішень	-0.01841	0.23660	-0.0778	0.938
ніяк не впливають – спонукають до пошуку рішень	0.51926	0.28238	1.8389	0.068
Досвід (років):				

20 р і більше – - 10 р	0.45725	0.26299	1.7387	0.084
10-20 р – 5 - 10 р	0.31437	0.11022	2.8522	0.005
до 5 р – 5 - 10 р	-0.02189	0.12517	-0.1749	0.861
особиста терапія				
за запитом – щотижня	0.31963	0.13163	2.4283	0.017
наразі не маю щотижня	0.53475	0.17173	3.1139	0.002
Групова супервізія:				
раз/міс – два рази/міс	-0.14759	0.10597	-1.3928	0.166
не відвідую – два рази/міс	0.02735	0.13219	0.2069	0.836
інше – два рази/міс	-0.06621	0.18249	-0.3628	0.717
участь у проф заходах:				
ні – так	-0.26118	0.14545	-1.7957	0.075
один раз на рік – так	-0.24678	0.13584	-1.8167	0.072
безоплатні консультації:				
ні – так	0.47951	0.13345	3.5931	<.001
один-два р/м – так	0.48713	0.15266	3.1910	0.002
депресія чи тривожні розлад				
так – ні	-0.03430	0.09390	-0.3652	0.716
а Представляти опорний рівень				