

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студентки/

Бордун Наталія Зенонівна

**«ОСОБЛИВОСТІ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ СЕРЕД УПРАВЛІНЦІВ
З РІЗНИМ РІВНЕМ НЕТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ»**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Аврамчук Олександр Сергійович,

кандидат психологічних наук, доцент
кафедри клінічної психології.

/підпис наукового керівника/

Львів – 2020

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості ранніх дисфункційних схем серед управлінців з різним рівнем нетолерантності невизначеності»

**Виконала: студентка 6 курсу групи ЗПК 18/М
спеціальності 053 «Психологія»**

Бордун Н.З.

Керівник: доцент кафедри клінічної психології

УКУ, кандидат психологічних наук

Аврамчук Олександр Сергійович,

Рецензент:

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь магістр

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача кафедри

Аврамчук О.С.

“ ___ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я

НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Бордун Наталії Зенонівні

1. Тема проекту (роботи)

«Особливості ранніх дисфункційних схем серед управлінців з різним рівнем нетолерантності невизначеності»

керівник проекту (роботи) Аврамчук Олександр Сергійович, доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук ,

затверджені Вченою Радою факультету від “ ___ ” _____ 20__ р.

№ протоколу _____

2. Строк подання студенткою роботи _____

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, I, II, розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити).

Провести теоретичний аналіз та емпіричне дослідження взаємозв'язку ранніх дисфункційних схем та рівнем нетолерантності невизначеності серед управлінців неприбуткових організацій. Здійснити теоретичний аналіз показника нетолерантності невизначеності в психологічній науці. З'ясувати вплив ранніх дисфункційних схем на психічне здоров'я людини та взаємозв'язок між рівнем нетолерантності невизначеності та розвитку симптомів депресії та тривожного розладу. Розробити теоретичну модель дослідження. Здійснити підбір групи досліджуваних та вибір психодіагностичних методик для емпіричного дослідження.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
Дане магістерське дослідження містить дані стану психічного здоров'я серед управлінців неприбуткових організацій за вираженістю симптомів депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7), фобії (IAPT), рівня загального показника нетолерантності невизначеності, його суб-показників; та обрахунки взаємозв'язку ранніх дисфункційних схем із вираженістю цих симптомів.

6. Консультанти розділів проекту (роботи).

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка

Студентка _____ Бордун Н.З.
Керівник роботи _____ Аврамчук О.С.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
Розділ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИКЛИКІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УПРАВЛІНЦІВ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕТОЛЕ- РАНТНОСТІ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ЯК ФАКТОРУ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧ-НЕ ЗДОРОВ'Я.	11
1.1. Актуальність проблеми психічного здоров'я лідерів та управлінців середньої ланки.	11
1.2. Ранні дисфункційні схеми як предиктори психічного здоров'я.	13
1.3. Нетолерантність невизначеності у контексті психічного здоров'я людини в цілому та управлінців зокрема.	18
1.4. Теоретична модель магістерського дослідження.	22
Висновки до розділу I.....	24
Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ СЕРЕД УПРАВЛІНЦІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ НЕТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ.	27
2.1. Методологія емпіричного дослідження та опис психодіагностичного інструментарію дослідження.	27
2.2. Загальна характеристика групи досліджуваних.	33
2.3. Показник нетолерантності невизначеності і його взаємозв'язок з іншими особистісними показниками управлінців неприбуткових організацій.....	38
2.4. Особливості дисфункційних схем серед управлінців з різним рівнем нетолерантності до невизначеності.	48
Висновки до розділу II.....	54
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	66

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розвиток технологій, інформаційна революція відкрили доступ людині до знань, полегшили пересування, замінили людину в побутових завданнях. Все це змінює зміст та порядок життя, і зміни ці відбуваються надзвичайно швидко. Наш мозок щодня обробляє обсяг інформації в 160 тисяч разів більший, ніж отримувала людина в XIX столітті. І цей об'єм збільшується щороку на 5%. До перевантаження інформацією додаються інші виклики, серед яких глобалізація та мобільність. Ми живемо у світі, де невизначеність стає новою нормою. Людина, ставши «заручником» цих змін, змушена щодня приймати невідомість та вчитись жити в ній. Час пандемії covid 19 та неспроможність світової спільноти ані перебачити, ані ефективно реагувати на породжену нею невизначеність, яскраве унаочнення попередніх тез.

Особливою групою людей, що працюють у невизначеності в Україні є управлінці неприбуткових організацій. Специфіка їхньої праці передбачає прийняття рішень щодо комплексних викликів в середовищі високої невизначеності. Попри те, що питання психічного здоров'я в організаціях активно досліджується в останні роки, досліджень психічного здоров'я саме лідерів та управлінців вкрай мало.

Зустрічаючись із невизначеністю кожна людина проявляє індивідуальну реакцію на неї. Важливою характеристикою, що формує особистісну стратегію дій в умовах невизначеності, є нетолерантність невизначеності, особистісна характеристика, що показує рівень когнітивного упередження та збільшення дистресу у невизначених ситуаціях [1]. Емпіричні дослідження показали, що люди, нетерпимі до невизначеності, сприйматимуть більшу кількість джерел небезпеки у своєму повсякденному житті та матимуть більше реакцій гіпервігільності¹, коли вони стикаються з невизначеними або неоднозначними ситуаціями [2].

¹Гіпервігільність (Hypervigilance) - це посилений стан сенсорної чутливості, що супроводжується перебільшеною інтенсивністю поведінки, метою якої є виявлення активності. Гіпервігільність може призвести до стану підвищеної тривожності, що може викликати виснаження. До інших симптомів належать: аномально підвищене збудження, висока чутливість до подразників та постійне сканування навколишнього середовища.

Схильність до високої нетолерантності невизначеності пов'язана з глибинними переконаннями людина про світ, інших, себе. Наприклад, концепція схема-терапії Джефрі Янга стверджує, що взаємозв'язок між «негативними» переконаннями про світ, інших, про себе може призвести до викривленого розуміння контролю, надмірного занепокоєння у питаннях безпеки, проблем в емоційній сфері, інше [3].

Питання взаємозв'язку між окремими дисфункційними схемами особистості та їх впливу на рівень нетолерантності невизначеності практично не дослідженні. Дана робота має на меті визначити чи існують такі кореляції в межах соціальної групи управлінців неприбуткових організацій.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки профілактичних практик, вироблення міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я. Профілактика розвитку та раннє виявлення ознак високої нетолерантності невизначеності позитивно впливатимуть на динаміку розвитку ряду психічних розладів та підвищать якість психічного здоров'я в цілому.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я управлінців.

Предмет дослідження: особливості ранніх дисфункційних схем серед управлінців неприбуткового сектору з різним рівнем нетолерантності невизначеності.

Мета дослідження: Дослідити взаємозв'язок ранніх дисфункційних схем та їх вплив на психічне здоров'я управлінців неприбуткових організацій, що мають різний рівень нетолерантності невизначеності.

Основні завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз впливу ранніх дисфункційних схем на психічне здоров'я людини, зокрема аналіз взаємозв'язку між рівнем нетолерантності невизначеності та розвитку симптомів депресії, тривожних розладів та фобій за комплексом шкал IAPT.
2. Розробити теоретичну модель дослідження на основі проведеного аналізу.

3. Розробити дизайн емпіричного дослідження, визначити психодіагностичний інструментарій дослідження та провести опитування.

4. Дослідити зв'язок між ранніми дисфункційними схемами, рівнем нетолерантності до невизначеності та симптомами депресії, тривожних розладів, фобій за шкалою IAPT серед управлінців неприбуткових організацій.

5. Вивчити вплив додаткових факторів як вік, освіта, досвід на рівень нетолерантності до невизначеності.

Гіпотези:

1. Рівень вираженості дисфункційних схем корелює з рівнем нетолерантності невизначеності.

2. Підвищений рівень нетолерантності невизначеності позитивно корелює із критеріями депресивного розладу, тривожного розладу та соціальної фобії.

3. Такі модифікуючі фактори як вік, досвід управління та знання в сфері управління невизначеністю обернено пропорційно корелюють із показником нетолерантності невизначеності.

Методи. Для досягнення мети дослідження та перевірки висунутих гіпотез були використані наступні методи:

Загальнонаукові методи: аналіз та синтез інформації на тему дослідження.

Емпіричні методи: опитування та психодіагностичне тестування.

Методи статистичної обробки даних: описова статистика середніх значень, кореляційний аналіз, кластерний аналіз, порівняльний аналіз, регресійний аналіз.

Психодіагностичний інструментарій дослідження. Для проведення психодіагностичного тестування використано стандартизовані методики:

1. *Шкала The Young Schema Questionnaire, short version (YSQ-S3)* [4]. Ця шкала самооцінки, що складається із 90 питань та дозволяє виявити у людини наявність однієї чи більше дисфункційних схем особистості, описаних Джефрі Янгом.

2. *Шкала Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12)* є біфакторною моделлю самооцінки та вимірює нетолерантність невизначеності [5].

3. *Шкала здоров'я пацієнта IAPT* – стандартизована методика виявлення психопатологічних порушень, розроблена Національною службою охорони здоров'я Англії (NICE) в рамках програми «Покращення доступу до психологічних терапій» (IAPT) [6].

Структура дипломної роботи. Дипломна робота містить вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел і додатки.

Розділ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИКЛИКІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УПРАВЛІНЦІВ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕТОЛЕРАНТНОСТІ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ЯК ФАКТОРУ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

1.1. Актуальність проблеми психічного здоров'я лідерів та управлінців середньої ланки.

Питання психічного здоров'я в організаціях все більше привертає увагу науковців, практиків та медіа. Його вплив на якість життя людей та економіку країн досліджують, напрацьовують моделі втілення програм охорони психічного здоров'я на локальних та національних рівнях. Так, нещодавнє дослідження, проведене ВООЗ, підраховує, що депресія та тривожні розлади коштують світовій економіці 1 трильйон доларів США щороку через втрату продуктивності, а Організація Економічного Співробітництва та Розвитку визначила психічне здоров'я як нову та актуальну проблему на ринку праці [7]. У відповідь на виклики, ВООЗ розробила План дій щодо психічного здоров'я (2013-2030); в Україні сьогодні, за підтримки МОЗ, реалізовується національний проект «Психічне здоров'я для України (МН4U).

Негативні тенденції впливу психічного здоров'я на продуктивність праці сьогодні активно досліджуються. Так, наприклад, опубліковане британською організацією CIPD у 2019 році дослідження визначає три нові прояви такого впливу [8]:

1) Зростає тенденція “leaveism” [8, с. 6]: (не мати змоги «відключитись» від роботи). Широке використання технологій спричиняє до того, що працівники не можуть від'єднатися від роботи, і це веде до збільшення вигорання;

2) Збільшення кількості людей, які працюють за короткостроковими контрактами (на позаштатних робочих місцях або без достатньої підтримки роботодавця), створює непевність щодо свого фінансового майбутнього і знижує рівень їхньої турботи про своє психічне здоров'я;

3) Непропорційно зростає поширеність проблем психічного здоров'я серед молоді та молодих працівників зокрема.

Можна припустити, що в період кризи COVID-19, внаслідок тиску від фізичного дистанціювання, роботи вдома, економічної невизначеності, звільнень, ці тенденції зростають.

При цьому варто зазначити, що досліджень психічного здоров'я лідерів та керівників в організаціях, як окремої групи, вкрай мало. Одне з них - науковий огляд Д. Бернарда [9], в якому він говорить про тиск керівної посади, що проявляється у таких повторюваних патологіях у керівників компаній, як надмірному оптимізмі, нарцисизмі, страху, тривозі, гніві, obsесивно-компульсивному розладі та депресії [9]. Деякі дослідження показали, також, що керівники компаній можуть зазнати депресії більш ніж удвічі частіше, ніж серед широкої громадськості [9].

У своєму недавньому дослідженні професор психології М. Фріман досліджував стан психічного здоров'я серед підприємців. З 242 опитаних підприємців 49% повідомили про проблеми психічного здоров'я. Депресія оцінювалась на першому місці, про неї повідомило 30 % опитуваних [10].

Дослідження у США і Канаді показують, що навіть субклінічного рівня депресії достатньо, щоб знизити якість трансформаційного лідерства. Навіть більше, що субклінічний рівень депресії та тривожності спричиняє до суворішого ставлення до підлеглих. Так, наприклад, дослідження вибірки з N=2085 працівників в США показало, що керівники частіше вживають алкоголь, перебувають на роботі в стані похмілля чи навіть алкогольного сп'яніння [11]. Також, нарцисизм як розлад особистості, частіше зустрічається серед керівників [11].

Дослідження міжнародної страхової компанії Вупа Global, проведене в США, Британії, Китаї та Мексиці у 2018 році серед вибірки N=1,556 керівників вищого рівня в організаціях, що мають 10 і більше працівників, виявило, що 64 % керівників організацій страждають від психічних захворювань, включаючи тривогу, стрес та депресію. 58% керівників стверджують, що їм важко говорити

про психічне здоров'я через керівну роль, а 1 з 4 людей відчуває меншу підтримку у питаннях психічного здоров'я через цю ж причину [12]. Опитані побоюються, що розмови про психічне здоров'я можуть вплинути на оцінку їхніх лідерських компетенцій та негативно відобразитись на перспективі кар'єри [12].

Підсумовуючи, можемо стверджувати, що питання психічного здоров'я на робочому місці сьогодні динамічно досліджується, чітко визначається важлива роль керівництва у побудові системи психічного здоров'я в організації та підвищення якості життя працівників. Проте, досліджень психічного здоров'я самих лідерів та керівників проміжної ланки вкрай мало, тоді як лідери та керівники є важливим прикладом, рольовою моделлю для інших.

1.2. Ранні дисфункційні схеми як предиктори психічного здоров'я.

Концепція ранніх дисфункційних схем була представлена в 1990 роком Джефрі Янгом у відповідь на присутню прогалину в лікуванні людей з розладами особистості. Джефрі Янг та Аарон Бек, працюючи над дослідженням терапії депресії, звернули увагу, що близько 40 % пацієнтів або не відповідали на КПТ терапію депресії, або ж рецидив відбувався в перші 6 місяців після лікування. Прагнучи зрозуміти особливості тих, хто потрапив у визначені відсотки, Джефрі Янг помітив закономірності, що лягли пізніше в представлену ним теорію ранніх мало адаптивних схем.

Ранні мало адаптивні схеми - це "емоційно сталі та тривалі моделі, що розвиваються в період дитинства і розробляються впродовж усього життя людини" [13, с. 9]. Вважається, що схеми формуються та розвиваються внаслідок травматичного досвіду дитинства, зокрема досвіду відносин дитини із батьками, родичами, опікунами та є автоматичними схемами спогадів, емоцій, пізнань та тілесних відчуттів, що розвиваються внаслідок незадоволених емоційних потреб та дисфункційних стосунків у дитинстві [14, с. 7]. Такий досвід може мати систематичний характер і бути токсичним [14, с. 7]. Як наслідок цього досвіду,

в дитини формуються уявлення про себе, світ, людей та стійкі неадаптивні моделі взаємодії зі світом.

Ранні дисфункційні схеми розвиваються в дитинстві як наслідок не задоволених базових емоційних потреб, до яких відносяться: 1) безпечна прив'язаність, прийняття, турбота 2) свобода вираження емоцій та потреб, 3) самостійність та компетентність, власна ідентичність 4) реалістичні межі та здоровий самоконтроль, 5) спонтанність та [15, с.41]. Незадоволені потреби, що можуть проявлятися через загрозу безпеці (фізичну, сексуальну, вербальне насильство, неконтрольований гнів, жорстокість покарань), емоційну дерегуляцію (відсутність або непослідовність батьківської емпатії та виховання), інвалідацію емоцій дитини та її потреб, накладаючись на темперамент та особистісні риси дитини, формують дисфункційні когнітивно-емоційні моделі, сталі та ригідні до зміни.

Джефрі Янг виокремив вісімнадцять ранніх дисфункційних схем, що об'єднав у п'ять сфер: втрата зв'язку та відкинення; обмежена автономія і здатність досягати успіху та реалізовувати себе; порушення меж; спрямованість на інших; надмірної пильності та інгібіції [15, с. 25].

Вважається, що ранні дисфункційні моделі лежать в основі проблем із психічним здоров'ям в майбутньому. Є серія досліджень, що показують зв'язок між ранніми дисфункційними схемами та розладами особистості [16], а схема-терапія демонструє хороші результати при лікуванні таких розладів. Існують дослідження, що показують вплив дисфункційних схем на формування залежності [17], їх роль в розумінні та лікуванні посттравматичного стресового розладу [18] та соціальної фобії [18].

Група науковців Е. Давуді, А. Вен, К.С. Добсон та інші у 2018 році досліджували схеми як фактори когнітивної вразливості при депресії та соматичних розладах та виявили, що у пацієнтів з депресією високий рівень в усіх п'яти сферах схем, і що такі схеми як емоційної депривації, недовіри та скривдження, соціальної ізоляції та відчуження, дефектності та сорому, неминучих невдач, підкорення, емоційного гальмування та недостатнього

самоконтролю вирізняють пацієнтів з депресією [20]. Інше дослідження показує вищі значення балів по схемах при рекурентній депресії в порівнянні з поодиноким випадком депресії [21].

В системному огляді «Теорія схем та схема-терапія в тривожному розладі та розладах настрою» Л. Д. Хавке та М. Д. Провенчер представляють огляд літератури та досліджень, що застосовують теорію схем Джеффри Янга до розладів настрою та тривоги. Описані в документі дослідження охоплюють клінічні та не клінічні вибірки та виявили, що в цілому люди з розладами настрою або тривожності мають тенденцію до вищих значень по ранніх дисфункційних схемах [22]. І, також, дослідження показують, що певні розлади або симптоми характеризуються різними первинними схемами [22, с. 271]. Ліза Д. Хавке та Мартін Д. Провенчер систематизували дослідження вираженості ранніх дисфункційних схем при депресії та тривожних розладах у таблиці. Переклад цієї систематизації представлено в Таблиці 1.1.

Автори підсумовують «література показує, що люди із розладами настрою та тривожними розладами показують високий рівень ранніх дисфункційних схем, деякі з яких відображають особливості окремих розладів» [22, с. 251].

Таблиця 1.1

Короткий огляд досліджень щодо ранніх дисфункційних схем у симптомах депресії та тривоги [22, с. 261, Таблиця 2].

Дослідження	N	Вибірка	РДС в депресії	РДС в тривожних розладах
Велбурн та ін. (2002)	203	Змішана, клінічна	Покинення Недостатнього самоконтролю	Покинення Вразливість до кривд та хвороби Неминучих невдач Самопожертви Емоційної інгібіції

Продовження Таблиця 1.1.

Гарріс & Куртін (2002)	211	Не клінічна	Дефективності/Сорому Недостатнього самоконтролю Некомпетентності/ Неминучих невдач Вразливість до кривд та хвороби	
Стопа та ін. (2001)	69	Змішана	Покинення Дефективності/Сорому Підкорення Самопожертви	Дефективності/Сорому
Ґлазер та ін. (2002)	141	Змішана , клінічна	Покинення Соціальної ізоляції	Покинення Вразливість до кривд та хвороби
МкДжін та ін. (2005)	55	60% депресія 40% тривож- ність	Кореляція з усіма сферами	Надмірної пильності Спрямованість на інших Обмежена автономія і здатність досягати успіху
Шмідт та ін. (1995)	181	Не клінічна	Залежності/Безпорадно сті Дефективності/Сорому	Вразливість до кривд та хвороби Некомпетентності/ Неминучих невдач Емоційної інгібіції
Калвете та ін. (2005)	407	Не клінічна	Дефективності/Сорому Самопожертви Неминучих невдач	Покинення Неминучих невдач Підкорення
Тріп (2006)	160	Не клінічна		Надвисоких стандартів/Гіпер критичності Покарання

Вважається, що кожна людина може мати одну чи більше дисфункційних схем, що мають стійкий характер. Схеми можуть перебувати у сплячому стані, активуватись під впливом зовнішніх подразників, викликаючи негативні емоції в людини. Вважається, що в кожній людині є наявні певні схеми. Патологічними вони стають тоді, коли активують негативні емоційні та когнітивні процеси, що суттєво сильніші за подразник та істотно впливають на суспільне функціонування людини.

З такими когнітивно-емоційними процесами пов'язана концепція часток. Часткою називають «поточний емоційний стан, пов'язаний з конкретною схемою» [15, с. 47]. Розрізняють дисфункційні дитячі та батьківські частки, дисфункційні копінг-частки та здорові частки. В людей з високим рівнем функціональності частки контролюються свідомо, тоді як в людей з нижчим рівнем суспільного функціонування частки домінують і поведінка людини неадаптивна та важко корегується.

Поняття схеми є основою схема-терапії. Схема-терапія вважається третьою хвилею когнітивно-поведінкової терапії та є комплексною терапією, що інтегрує в себе когнітивні, поведінкові, психоаналітичні, експериментальні підходи, теорію прив'язаності та гештальт-терапію [14, с. 6–7]. В схема-терапії ми маємо зсув фокусу від негативних думок та їх поведінкових проявів до глибоко вкорінених схем мислення та мало адаптивних моделей поведінки впродовж життя. Важливою особливістю схема-терапії, що вирізняє її від попередніх хвиль когнітивно-поведінкової терапії, є терапевтичний стосунок між клієнтом та терапевтом, що називається «обмеженим батьківством» [15, стор.22]. Цьому стосунку виділяється особлива терапевтична роль, він покликаний показати новий досвід стосунку в житті клієнта та заповнити ті пробіли, які мала людина в стосунку з батьками в травматичному дитинстві [15, стор.22].

Схема-терапія добре показала себе для лікування людей з розладами особистості, проте дає гарні результати й з людьми без розладів особистості, що переживають певні труднощі в житті. Схема-терапія показує результати і

допомагає людям змінювати схеми, з якими вони жили впродовж тривалого часу, навіть коли інші методи та зусилля не мали успіху.

Схеми та їх інтенсивність вимірюються за допомогою опитувальника Янга YSQ, що в повній версії містить 332 запитань [23] та 90 запитань в короткій версії [24]. У людей з вищим рівнем соціального функціонування, опитувальник матиме високі показники по одній чи двох схемах, тоді як в людей з розладами особистості високі бали будуть по декількох або й усіх схемах.

1.3. Нетолерантність невизначеності у контексті психічного здоров'я людини

Непередбачені події, відсутність повної інформації для формування власного рішення, несподіваність та неможливість планувати у різних людей викликає різну реакцію. Одним із психодіагностичних показників, які визначають таку реакцію, є рівень нетолерантності до невизначеності.

Нетолерантність невизначеності (НН) – це особистісна характеристика, що показує рівень когнітивного упередження та збільшення дистресу у невизначених ситуаціях [1]. По суті нетолерантність невизначеності - це страх перед невідомим, страх глибоко вкорінений, притаманний кожному як норма, та може проявлятися на патологічному рівні. Відомий Говард Лавкрафт писав, що якщо страх є найдавнішою та найсильнішою емоцією людства, то найсильніший страх – це страх перед невідомим [25].

Емпіричні дослідження показали, що люди, нетерпимі до невизначеності, сприйматимуть більшу кількість джерел небезпеки у своєму повсякденному житті та матимуть більше реакцій гіпервігільності², коли вони стикаються з невизначеними або неоднозначними ситуаціями [26].

² Гіпервігільність (Hypervigilance) - це посилений стан сенсорної чутливості, що супроводжується перебільшеною інтенсивністю поведінки, метою якої є виявлення активності. Гіпервігільність може призвести до стану підвищеної тривожності, що може викликати виснаження. До інших симптомів належать: аномально підвищене збудження, висока чутливість до подразників та постійне сканування навколишнього середовища.

М. В. Хаеген у своїй статті «Когнітивні процеси при розладах тривожності пов'язані із нетолерантністю невизначеності: клінічний огляд» визначає нетолерантність невизначеності як сукупність негативних когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій на ситуаційну невизначеність. М. Робіхауд виокремлює чотири виміри нетолерантності до невизначеності [42]:

- Особистість сприймає невизначеність як щось що засмучує і стресує;
- Особистість вважає, що невизначеність є неприйнятною, її слід уникати;
- Особистість переконана, що невизначеність є несправедливою;
- Особистість вважає, що невизначеність призводить до неможливості діяти.

Існує немало досліджень, які показують чому нетолерантність невизначеності може спричинити проблеми з психічним здоров'ям. Так, наприклад, когнітивні теоретики Л. Галліон та А. Русіо припускають, що упередження до невизначеності та дисфункції з цим пов'язані часто повідомляють про тривожні розлади [28]. Науковці Р. Гарлетон, Д. Шарп та Д. Есмундсон вважають, що страх перед невідомим може бути "найпоширенішим компонентом патологічної тривоги" та "фундаментальним компонентом усіх тривожних розладів" [29].

Науковці Н. Хавая і Д. Махон з Queensland University of Technology, у своєму дослідженні показують, що нетолерантність невизначеності та метазанепокоєння є симптомами, і раннє їх розпізнання може допомогти в діагностиці та лікуванні генералізованого тривожного розладу [30]. Дослідження показують, також, кореляцію нетолерантності до невизначеності з такими розладами як панічні атаки [31], депресія та розлад соціальної тривоги [34], obsесивно-компульсивний розлад [39].

Для тестування нетолерантності до невизначеності найчастіше використовують Шкалу нетолерантності невизначеності (IUS). IUS – це опитувальник для самооцінки, що вимірює неприязнь до та реакції на невизначеність і був розроблений у 1994 році [32]. Анкета IUS складається з 27 пунктів, в яких оцінюються емоційні, когнітивні та поведінкові реакції на неоднозначні ситуації, наслідки невизначеності та спроби контролювати

майбутнє. У 2007 році Р. Гарлетон, П. Нортон та Д. Асмундсон запропонували коротшу версію Шкали IUS-12 - біфакторну модель для тестування нетолерантності до невизначеності IUS-12, дослідивши її на вибірці студентів (N= 1072) [5]. Ці ж дослідники вводять дві групи факторів нетолерантності невизначеності: фактори Інгібіторної НН (inhibitory IU) та фактори Перспективної НН (prospective IU) [5]. Перспективна НН відноситься до прагнення передбачуваності та активного пошуку визначеності. Інгібіторна стосується паралічу пізнання та дій в умовах невизначеності. Вважається, що перспективна НН зображає когнітивні аспекти НН та більш тісно пов'язана із ГТР та обсесивно-компульсивним розладом, тоді як інгібіторна НН показує поведінкові аспекти НН та більше тісно пов'язаний із соціальним тривожним розладом, панічним розладом та депресією [33].

Кевін Саульнер та Ніколас Алан у 2019 році дослідили [1], що загалом фактори нетолерантності невизначеності стосуються як когнітивних, так і афективних/соматичних рівнів. Тоді як Інгібіторна НН пов'язана з когнітивними факторами, але не пов'язана з афективними/соматичними факторами, перспективна НН не була пов'язана з когнітивними або афективними/соматичними факторами [1]. Ці дані мають важливі теоретичні наслідки. Зокрема, Інгібіторна НН може бути новою ціллю для психотерапевтичного втручання у осіб, що мають депресивні симптоми [1].

Наталі Розен з університету Нової Шотландії (Канада) у системному огляді «Диференціація нетолерантності невизначеності та трьох пов'язаних, проте відмінних конструктів» розрізняє нетолерантність невизначеності та інші три споріднені конструкти: нетолерантність неоднозначності, орієнтацію на невизначеність та потребу когнітивного закриття [35]. У своєму дослідженні вона описує визначення кожного конструкту, загальних підходів до їх оцінки, робить огляд наявних емпіричних співвідношень та пропонує перелік теоретичних подібностей та відмінностей [35]. Дослідження Наомі Корнер «Що в імені? Нетерпимість невизначеності, інші конструкції, що стосуються невизначеності, та їх диференціальний зв'язок із тривогою та генералізованим

тривожним розладом» показує, що, поряд з НН, нерішучість, самоорієнтовний перфекціонізм та необхідність передбачуваності мали унікальну кореляцію до тривоги та ГТР [36]. Дане дослідження перегукується із дослідженням Н. Корнер та дозволяє припускати, що схема надвисоких стандартів, зокрема, може мати кореляцію із симптоматикою підвищеної тривоги.

Інший цікавий взаємозв'язок досліджувала Меліса Патрік у 2016 році. У своїй статті «Нетолерантність невизначеності, тривога, і розв'язання проблем: наслідки для ГТР» вона описала взаємозв'язок між НН, тривогою, спроможністю приймати рішення та тривожними розладами [37]. Для опитування в дослідженні використовували шкали IUS (шкала нетолерантності невизначеності, 27 питань) та PSI (шкала вирішення проблем, 35 питань) [37]. Дослідження виявило обернену кореляцію між впевненістю при прийнятті рішень і нетолерантністю невизначеності, $r(80) = -0.290$, $p < 0.004$, і пряму між самоконтролем та НН, $r(80) = 0.459$, $p < 0.000$. Не виявлено кореляції між уникненням в прийнятті рішень та НН, $r(80) = 0.141$, $p < 0.103$ [37].

Цікавими, також, є нейробиологічні дослідження групи науковців, в якому виявили, що люди, які мають справу з невизначеністю, або стоять перед неоднозначністю майбутнього мають збільшений стріатум - область мозку, пов'язану із загальним тривожним розладом та депресією [43]. В ході дослідження шістдесяти одному студенту було зроблено МРТ до і після опитування, призначеного виміряти їх спроможність діяти у невизначеності та їхню здатність зустріти майбутні негативні події. "Люди, яким складно було прийняти майбутню невизначеність, мали порівняно збільшений стріатум. Нас здивувало, що це був лише стріатум, а не інші частини мозку, які ми досліджували" [43]. Тобто, нетолерантність невизначеності у своїй суті - це «страх перед невідомим, давно визнаний, глибоко покладений страх, виявлений у нормативних та патологічних зразках. Справді, про внутрішню природу нетолерантності невизначеності можна стверджувати як еволюційно підкріплену, як поняття, підкреслене первинними біофізіологічними доказами досліджень, пов'язаних з невизначеністю» [27].

Пов'язаність нетолерантності невизначеності та впливу COVID-19 досліджували турецькі науковці Бегум Сатісі та Мехмет Саріталі у 2020 році [38]. Вибірка дослідження включала людей віку 18-73 роки, N=1772. Дослідження показали, що психічний добробут негативно асоціювався з нетолерантністю невизначеності; страх перед COVID-19 позитивно асоціювався з нетолерантністю невизначеності [38].

1.4. Теоретична модель магістерського дослідження.

Теоретичний аналіз зв'язків ранніх дисфункційних схем, показника нетолерантності невизначеності та їх впливу на психічний добробут людини показує, що обидва показники є вагомими факторами психічного здоров'я, та корелюють із ознаками депресивного та тривожного розладу.

Досліджено, що незадоволення базових емоційних потреб в ранньому віці формує мало адаптивні стратегії поведінки, які притаманні кожній людині та можуть бути дисфункційними. Різні люди матимуть різну яскравість вираження таких поведінкових стратегій, що визначається, зокрема, зовнішніми факторами, впливом середовища. Висока вираженість дисфункційних схем, більш ймовірно, супроводжуватиметься ознаками тривожного розладу. Також, окремі дослідження показують, що люди, перебуваючи в лідерській ролі, схильні до розвитку в них симптоматики депресії та ознак інших розладів психічного здоров'я.

Досліджувані управлінці неприбуткових організацій є такими лідерами, і, отже, фактори впливу на їхнє психічне здоров'я потребують більшої уваги. Маючи різну схильність до активації ранніх дисфункційних схем, їхня реакція на впливові зовнішні фактори може бути різною.

В силу своєї специфіки, неприбутковий сектор є лабораторією соціальних інновацій, організації та їхні команди часто реалізують свою місію в умовах невизначеності. Для управлінців ця невизначеність поглиблюється відповідальністю за фандрейзингову діяльність, домінуючими практиками

волонтерства на противагу оплачуваних працівників, лише частково врегульованим правовим полем. Тобто, працювати в умовах помірної невизначеності є частиною реальності управлінців неприбуткових організацій. Пандемія та, зумовлений нею, карантин стали факторами, що змусили управлінців шукати нові моделі розвитку організації, нові рішення щодо надання послуг та реалізації програм. Ці зовнішні фактори мають спроможність впливати на активацію ранніх дисфункційних схем управлінців та, тим самим, впливати на психічне здоров'я досліджуваного сегмента.

Щоб зрозуміти тенденції поведінкового реагування в природній невизначеності, збільшення когнітивного упередження та дистресу в середовищі з вищим рівнем невизначеності ми використовуємо біфакторну модель для вимірювання показника нетолерантності невизначеності. Поведінкові практики, що визначають рівень показника нетолерантності невизначеності перегукуються із копінговими стратегіями ранніх дисфункційних схем і, тому, можуть взаємно впливати один на одного. Дослідити існування та описати природу такого взаємозв'язку є завданням емпіричної частини даного дослідження.

Як показують дослідження, описані в теоретичній частині даної роботи, найпоширенішими ознаками впливу підвищеної нетолерантності невизначеності та виражених ранніх дисфункційних схем є прояви симптоматики депресії, тривожних розладів та соціальної фобії. Дане дослідження припускає, що згадані впливи поширюються і на вибірку управлінців неприбуткових організацій та має на меті перевірити це.

В професійній майстерності, зокрема у вдосконаленні управлінських компетенцій, вік, досвід та профільні знання відіграють вагому роль. Ми припускаємо, що вік, досвід та знання мають потенціал модифікуючих факторів та корегуватимуть взаємозв'язок таких досліджуваних змінних, як нетолерантність невизначеності показники ранніх дисфункційних схем та ознаки спектру симптомів депресивного і тривожного розладів. Відповідальність управлінця визначається поширенням впливу його діяльності, критерієм якої,

зокрема, є кількість підлеглих. Саме тому ця змінна, як потенційно модифікуючий фактор, включена у дане дослідження.

Підсумовуючи описане вище, в даній роботі ми досліджуємо вибірку управлінців неприбуткових організацій, що працюють в середовищі із підвищеним рівнем невизначеності. Ми припускаємо, що їхня когнітивна оцінка середовища базується на таких взаємопов'язаних факторах, як особистий показник нетолерантності невизначеності та переконання про світ, про себе та інших (вимірюється яскравістю вираження ранніх дисфункційних схем) та впливає на рівень психічного здоров'я досліджуваних.

Графічне зображення теоретичної моделі магістерського дослідження зображене на Рисунку 1.1.

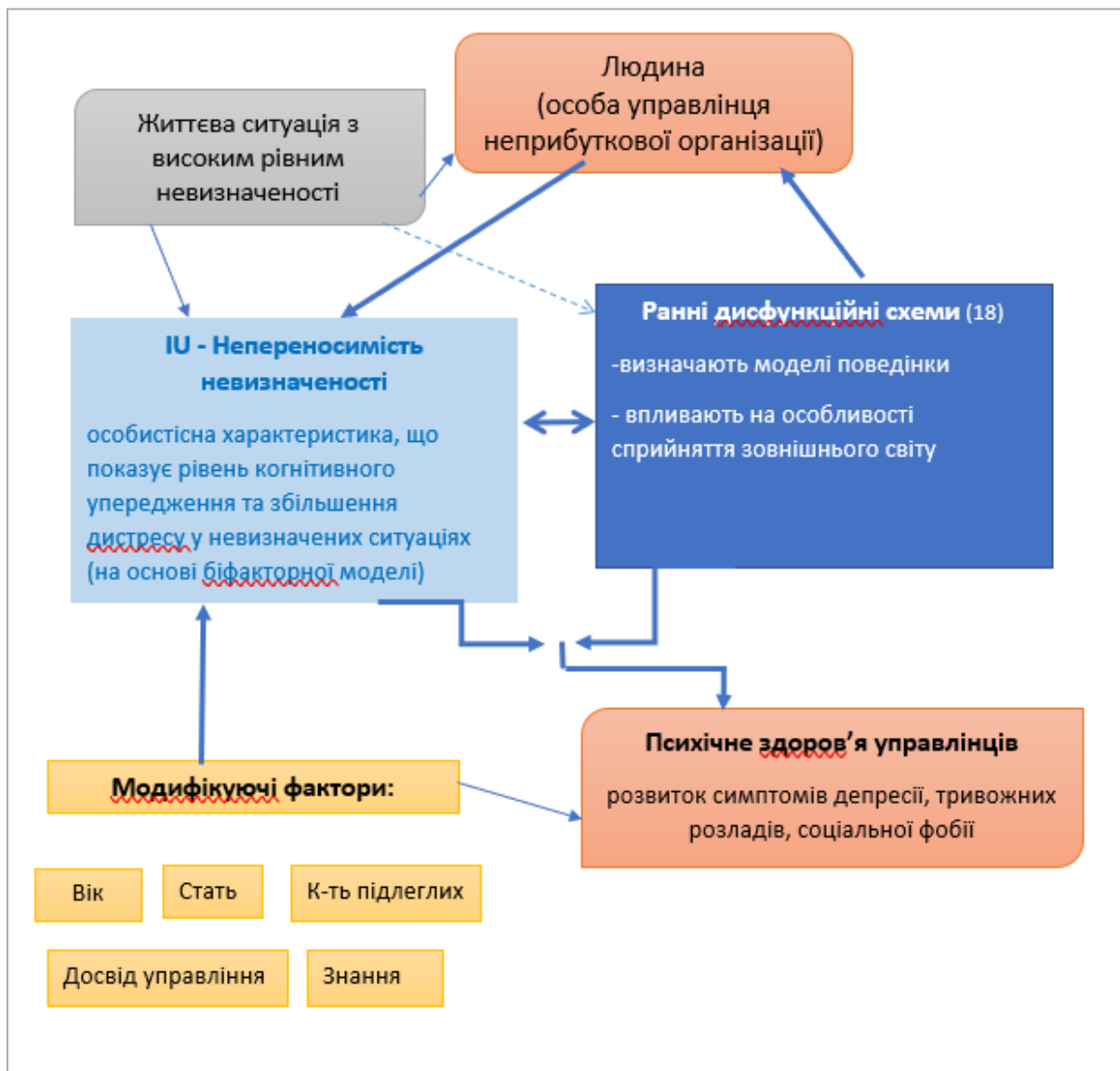
Висновки до розділу I.

Підсумовуючи вище описане, можемо стверджувати, що питання психічного здоров'я на робочому місці сьогодні динамічно досліджується, чітко визначається важлива роль управлінців різних рівнів у побудові системи психічного здоров'я в організації та підвищення якості життя працівників. Проте, досліджень психічного здоров'я самих керівників, найвищої та проміжної ланки, вкрай мало.

Оскільки лідери та керівники є важливим прикладом, рольовою моделлю для інших, то їх особисте психічне здоров'я стає впливовим фактором у формування культури піклування про психічне здоров'я в організаціях, які вони очолюють. Дослідження показують наявність симптоматики цілого ряду розладів у керівників організацій, серед них депресія є найпоширенішою.

Важливим фактором психічного здоров'я людини є рівень задоволення її базових емоційних потреб. Незадоволення, частково чи більшою мірою, емоційних потреб людини в ранньому віці призводить до формування мало адаптивних ригідних емоційно-когнітивних схем.

Рис.1.1. Теоретична модель дослідження.



Схеми притаманні кожній людині, вони проявляються у відповідь на зовнішні подразники й набувають патологічного характеру лише тоді, коли істотно впливають на суспільне функціонування людини. Існує ряд досліджень, що демонструють вищий рівень дисфункційних схем при тривожних розладах, соціальній фобії, депресії, розладах настрою. Дослідження показують, що різні схеми притаманні різним симптомам або розладам.

Ранні дисфункційні схеми, як негативні життєві переконання, можуть призвести до низької самооцінки, проблема в стосунках з іншими, труднощів у вираженні почуттів та емоцій, надмірної тривоги та занепокоєння щодо безпеки.

Такі переконання можуть впливати на якість особистого життя та професійного розвитку як управлінців.

Досліджувана група управлінців неприбуткових організацій, через особливості їх діяльності, змушена приймати рішення в умовах високої невизначеності. Діагностичним фактором когнітивної та емоційної вразливості у невизначеності є показник нетолерантності невизначеності. Когнітивні моделі поведінки дозволяють припустити, що особи з підвищеним рівнем нетолерантності невизначеності дотримуються негативних переконань щодо невизначеності, упереджено обробляють інформацію в контексті неоднозначності та роблять загрозові інтерпретації наслідків невизначеності [40]. Дослідження показують, що високий показник нетолерантності невизначеності сприяє розвитку та підтримці таких розладів, як тривожні розлади, депресія, соціальна фобія, obsесивно-компульсивний розлад.

Прослідковується взаємозв'язок між рівнем нетолерантності невизначеності, спроможністю приймати рішення в неоднозначних ситуаціях, сомоорієнтовним перфекціонізмом, потребою контролювати. Також, нетолерантність невизначеності може проявлятися як через уникання дій (інгібіторна), так і прагнення шукати рішення та передбачувати (перспективна).

Модель даного дослідження має за мету дослідити взаємозв'язок між рівнем нетолерантності невизначеності та ранніми дисфункційними схемами особистості, і, також зрозуміти чи такий зв'язок впливає на ранні симптоми депресії, соціальної тривоги та генералізованого тривожного розладу серед управлінців.

Дане дослідження націлене на глибше розуміння проблеми психічного здоров'я серед управлінців, і сприятиме їх кращому усвідомленню про власне психічне здоров'я. Напрацьовані висновки та рекомендації сприятимуть зміні поведінки та більшої турботи про психологічний добробут управлінців. Що, своєю чергою, матиме позитивний вплив і на психічне здоров'я людей в організаціях, які вони очолюють.

Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ СЕРЕД УПРАВЛІНЦІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ НЕТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ.

2.1. Методологія емпіричного дослідження та опис психодіагностичного інструментарію дослідження.

Дане емпіричне дослідження має на меті дослідити взаємозв'язок ранніх дисфункційних схем управлінців неприбуткових організацій, що мають різний рівень нетолерантності невизначеності та їх вплив на психічне здоров'я управлінців.

Основними змінними дослідження є вісімнадцять ранніх дисфункційних схем та показник нетолерантності невизначеності. Додатковими змінними є наявність симптомів депресії, генералізованого тривожного розладу та соціальної фобії.

Етапи проведення дослідження були наступними:

- 1) аналіз актуальності проблеми та теоретичний аналіз дослідження в пошуковій темі;
- 2) розробка теоретичної моделі дослідження;
- 3) вибір та обґрунтування використовуваних шкал;
- 4) розробка анкети та перенесення її у гугл-форму;
- 5) безпосереднє опитування та збір даних;
- 6) опрацювання отриманих результатів;
- 7) аналіз даних, інтерпретація отриманих кореляцій;
- 8) напрацювання рекомендацій за результатами дослідження.

На перших двох етапах, для проведення теоретичного аналізу викликів психічного здоров'я управлінців, огляду досліджень в напрямках схема-терапії та особистісної характеристики нетолерантності невизначеності як фактору впливу на психічне здоров'я людини, були використані загальнонаукові методи аналізу та синтезу інформації. Наступні етапи відбувались в рамках проведення

емпіричного дослідження шляхом опитування та психодіагностичного тестування. Для обробки та аналізу отриманих даних було використано комп'ютерну програму для статистичної обробки даних Statistica10 та такі математичні методи обробки статистичного аналізу як кореляційний аналіз, кластерний аналіз, порівняльний та регресійний аналізи.

Для проведення емпіричного дослідження було використано наступні стандартизовані методики:

1) Шкала YSQ-S3 (The Young Schema Questionnaire, short version).

Це шкала самооцінки, що складається із 90 запитань. Шкала дозволяє виміряти наявність та силу прояву однієї чи більше із вісімнадцяти ранніх дисфункційних схем, описаних Джефрі Янгом [4]. Шкала YSQ-S3 є коротшою версією YSQ-L3, що містить 332 запитання [23]. Шкала YSQ-S3 була валідизована на клінічній та неклінічній вибірці різних національностей.

У даному дослідженні використано україномовну версію Шкала YSQ-S3, що була перекладена та адаптована Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у 2013 році (Додаток В). Важливо зазначити, що даний переклад не був апробований, що накладає обмеження на дослідження.

Шкала YSQ-S3 пропонує реципієнту оцінити наскільки кожне, із перелічених дев'яноста, твердження відповідає людині в період попереднього року. У разі сумнівів щодо вибору відповіді, пропонується обирати ту, що емоційно ближча в момент заповнення анкети. Усі 90 запитань мають шкалу від 1 (абсолютно не відповідає мені) через 3 (більше вірно ніж не вірно) до 6 (досконало описує мене). Кожній, із вісімнадцяти ранніх дисфункційних схем відповідає унікальна група із 5 запитань опитувальника. Кількість балів по кожній схемі обраховується як сума відповідей на відповідні цій схемі 5 запитань і може знаходитись в проміжку 0-30 балів.

Істотною перевагою коротшої версії шкали YSQ-S3 над повною версією YSQ-L3 є те, що в повній версії враховуються лише значення від чотирьох і вище, тоді як у YSQ-S3 сумуються усі значення. Оскільки в даному дослідженні

ми працюємо із неклінічною групою, то для аналізу нас цікавить увесь спектр значень.

2) Шкала IUS-12 (*Intolerance of Uncertainty Scale, short version*).

Для тестування нетолерантності до невизначеності найчастіше використовують Шкалу нетолерантності невизначеності (*Intolerance of Uncertainty Scale - IUS*). Шкала IUS – це опитувальник для самооцінки, що вимірює неприязнь до та реакції на невизначеність і використовується у повній IUS-27 та скороченій IUS-12 формах.

IUS -27 був розроблений у 1994 році [32]. Шкала IUS складається з 27 пунктів, в яких оцінюються емоційні, когнітивні та поведінкові реакції на неоднозначні ситуації, наслідки невизначеності та спроби контролювати майбутнє. Кожне запитання оцінюється за шкалою Лайкерта від 1 (зовсім не характерного для мене) до 5 (цілком характерного для мене), даючи сумарно можливу оцінку від 27 до 135. Шкала IUS-27 найчастіше обраховується як загальна сума балів по усіх запитаннях.

У 2007 році Н. Гарлетон, П. Нортон та Дж. Асмундсон запропонували коротшу версію Шкали IUS-12 [5]. Зменшена Шкала IUS-12 зберігала внутрішню узгодженість запитань та показала високу кореляцію до Шкали IUS-27.

IUS-12 представляє біфакторну модель для тестування нетолерантності до невизначеності. Шкала містить дванадцять запитань, що представляють дві групи факторів Інгібіторної НН (*inhibitory IU*) та Перспективної НН (*prospective IU*) нетолерантності невизначеності: фактори та фактори [5]. Інгібіторній НН відповідають запитання 3,6,7,10,12, а Перспективній НН: 1,2,4,5,8,9,11. Вважається, що Перспективна НН належить до прагнення передбачуваності та активного пошуку визначеності, а Інгібіторна стосується паралічу пізнання та дії в умовах невизначеності.

В даному опитуванні використовується Шкала IUS-12 (Додаток Б), що перекладена та синхронізована із адаптованим перекладом IUS-27, зробленим

Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії. Важливо зазначити, що даний переклад не був валідизований, що накладає обмеження на дослідження.

3) Шкала базової психологічної оцінки IAPT.

Шкала базової психологічної оцінки IAPT [24] включає три основні її модулі: PHQ-9 (шкала депресії), GAD-7 (шкала генералізованої тривоги), шкалу фобій і є стандартизованою методикою виявлення психопатологічних порушень, розроблена Національною службою охорони здоров'я Англії (NICE) в рамках програми «Покращення доступу до психологічних терапій» (IAPT) [6]. Опитувальник «Шкала базової психологічної оцінки IAPT» був перекладений та адаптований Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у 2012 році (Додаток Г).

Скринінгова методика PHQ-9 використовується для самооцінки ступеня вираження діагностичних критеріїв депресії згідно із DSM-V. Шкала містить дев'ять запитань на які можна вибрати одну із чотирьох відповідей: ніколи, кілька днів, більше половини часу, майже щодня. Кожній відповіді присвоюється бали (від 0 до 3), значення по шкалі рахується як загальна сума балів. Респондент може набрати 0-27 балів. За кількістю балів можна стверджувати про наявність та ступінь важкості депресії. В залежності від суми балів по відповідях, респондент може мати: мінімальну депресію (1-4); легкий ступінь депресії (5-9); модеровану депресію (10-14); модеровану важку депресію (15-19); вкрай важку депресію (20-27).

Скринінгова методика GAD-7 є, також, модулем вищезгаданої Шкали IAPT та розроблялася для діагностування генералізованого тривожного розладу (ГТР). Не зважаючи на те, що первинно GAD-7 призначалась для виявлення симптомів ГТР, шкала показала свою чутливість і для діагностики тривожних розладів, панічного розладу, соціальної фобії та посттравматичного стресового розладу [41]. Опитувальник пропонується для самооцінки та був адаптований в українському перекладі. Опитувальник складається зі семи запитань, що мають

чотири варіанти відповідей: ніколи, кілька днів, більше половини часу, майже щодня. Загальна сума балів по чотирьох запитаннях вважається показником шкали GAD -7 і може коливатись в проміжку 0-21 бал. Рівень тривожності визначається за наступною класифікацією: 0-4 – мінімальний; 5-9 – помірний; 10-14 – середній; 15-21 – високий.

Шкала фобій IAPT містить три запитання та вимірює силу уникання в певних життєвих ситуаціях, таким чином виявляючи симптоматику соціальної фобії, панічних атак, інших специфічних фобій. Відповідь може біти в діапазоні від 0 (не уникатиму) до 8 (завжди уникатиму). Значення 4 і більше вважається достатньо високим для трактування. Вибране респондентом значення показуватиме наскільки сильно особа може уникати: соціальних ситуацій через страх бути засоромленою або висміяною; певні ситуації через страх панічних атак або інших тривожних симптомів; певні ситуації через страх окремих об'єктів або видів діяльності.

Для проведення емпіричного дослідження було розроблено анкету опитування, що містила наступні блоки:

- 1) бланк інформованої згоди,
- 2) загальні запитання (Додаток А),
- 3) блок про невизначеність (Шкала IUS-12),
- 4) блок про особистість (Шкала YSQ-S3),
- 5) блок про почуття (Шкала IAPT).

Бланк інформованої згоди інформував про добровільність участі, конфіденційність збору інформації, тривалість дослідження, обмеження до участі, та надавав контакти для запитань і уточнень. 100% респондентів підтвердили свою добровільну згоду на участь в даному дослідженні. Блок із загальних запитань зібрав інформацію про вік респондентів, їх стать, про досвід управління та знання щодо прийняття рішень в невизначеності. А, також, про управлінський досвід та кількість людей в підпорядкуванні. В блоці загальних питань були використані політомічні та дихотомічні шкали.

Наступні три блоки були інтервальні шкали, відповідно Шкала IUS-12, Шкала YSQ-S3, та Шкала базової психологічної оцінки IAPT.

Опитування проводилось онлайн, реципієнти відповідали на питання анкети у Google формі. В середньому, заповнення анкети потребувало 20-25 хвилин часу.

Участь в опитуванні взяло 150 управлінців неприбуткових організацій з різних областей України. Для збору інформації було залучено особиста мережа контактів дослідника, інституційне партнерство з Інститутом лідерства та управління УКУ та ГО «ІСАР Єднання».

Для відбору учасників дослідження були використані наступні критерії:

Критерії включення – дорослі, що на момент опитування працюють на управлінських посадах в неприбуткових організаціях України.

Критерії виключення - особи в яких на момент дослідження діагностовано будь який психічний розлад.

Віковий діапазон: від вісімнадцяти років.

Збір інформації відбувався в період 21 січня до 16 лютого 2021 року. Запрошення до опитування були розіслані індивідуально за наперед сформованим списком. Список формувался за принципом диверсифікації щодо місця проживання, сфери діяльності організації респондента. Із 150 розісланих особистих запрошень 130 респондентів взяли участь у дослідженні, що дає нам можливість говорити про середню репрезентативність вибірки.

Дані, зібрані у електронному форматі через Google форму, зберігаються та є захищені паролем; доступ до даних має автор даного дослідження. Дані будуть видалені на наступний день після захисту цього дослідження.

В рамках даного дослідження не передбачено, що кожен учасник отримає результати дослідження. Натомість планується публікація результатів дослідження в соціальних мережах, профільних медіа, тематичних групах. Дане дослідження буде цікавим фахівцям із психічного здоров'я в організаціях, управлінцям неприбуткового сектору, експертам в сфері лідерства та

організаційного розвитку, представникам донорських організацій та фахівцям із розробки політик.

Підсумовуючи, в рамках даного магістерського дослідження опитано 150 респондентів, осіб старших 16 років, що на момент опитування працюють на управлінських посадах в неприбуткових організаціях України. Для опитування було використано такі шкали: Шкала YSQ-S3 (The Young Schema Questionnaire, short version), Шкала IUS-12 (Intolerance of Uncertainty Scale, short version), Шкала базової психологічної оцінки ІАРТ. Критерії виключення участі: особи в яких на момент дослідження діагностовано будь який психічний розлад

Отримані в ході дослідження дані були опрацьовані за допомогою програми математичної обробки статистичних даних Statistica10. Було використано такі методи як: частотний розподіл даних; описова статистика середніх значень; кореляційний аналіз, а саме лінійна кореляція Пірсона; кластерний аналіз; порівняльний аналіз за t-критерієм Ст'юдента та регресійний аналіз.

2.2. Загальна характеристика групи досліджуваних.

В опитуванні взяло участь 150 респондентів, 100 % яких дало згоду на обробку їхніх даних. Серед респондентів 89 осіб (59,3 %) віком 26-40 років, двоє респондентів (1,3 %) були старші 60 років, 21 відповідь (14 %) надійшла від управлінців до 25 років, і 38 (25,6 %) відповідей від людей віком 40-60 років. Розподіл за статтю репрезентативно показує представлення жінок та чоловіків на управлінських посадах неприбуткових організацій і становить чоловіки 28,7 %, жінки 71,3 %. 46,7 % респондентів мають управлінський досвід 3-10 років, 28,7 % до трьох років та 24,7 % понад 10 років. У опитуванні взяли участь управлінці середніх організацій, 67,3% мають у своєму підпорядкуванні 1-5 осіб, 15,3 % керують 15-50 особами, і 3,3 % мають в підпорядкуванні понад 50 осіб.

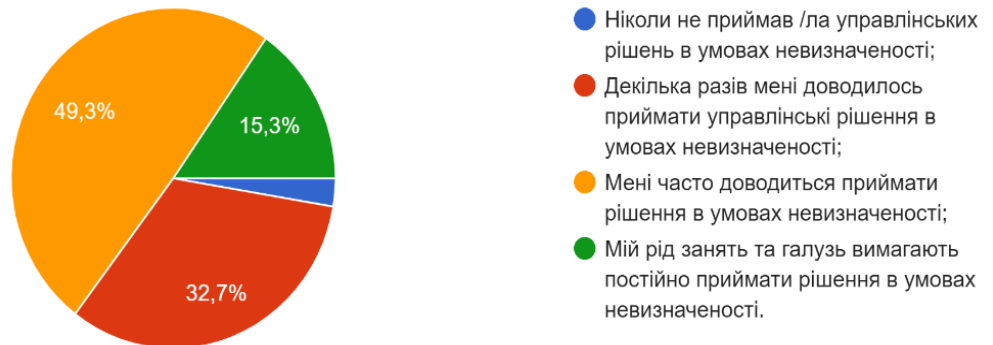
Частотний розподіл даних показує, що майже половина учасників дослідження (49,3 %) вказали, що «мені часто доводиться приймати рішення в

умовах невизначеності» і 15,3 % «постійно приймають рішення в умовах невизначеності» (Рис. 2.2.1).

Рис.2.2.1. Розподіл за досвідом.

5. Яким є Ваш попередній досвід прийняття рішень в умовах невизначеності? (виберіть відповідь, що найбільше відповідає вашому досвіду).

150 відповідей

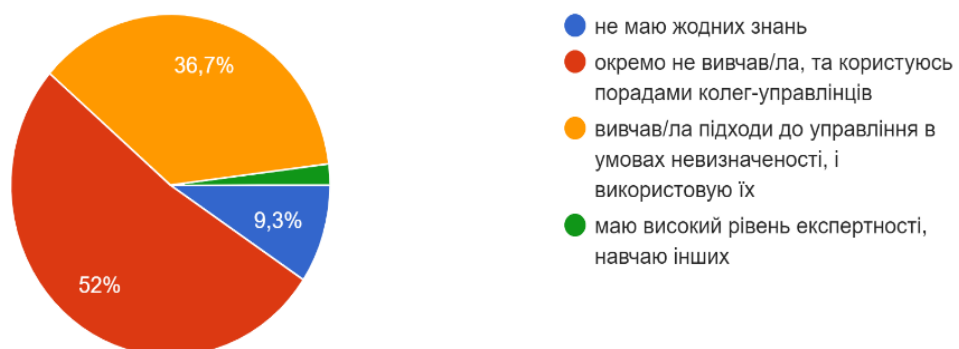


Щодо рівня знань, лише 2 % зазначають, що мають високий рівень знань щодо управління невизначеністю і навчають цьому інших, і ще 36,7 % вивчали підходи до управління невизначеністю. Можемо побачити, що більш ніж половина часто зустрічається із потребою приймати рішення в умовах невизначеності, і лише менш ніж 40 % мають відповідні знання в цій сфері (Рис.2.2.2).

Рис.2.2.2 Розподіл за рівнем знань.

6. Який у Вас рівень знань щодо інструментів прийняття рішень в умовах невизначеності? (виберіть відповідь, що найбільше відповідає вашому досвіду)

150 відповідей



Описова статистика середніх значень показує (Таб. 2.2.1), що середнє значення показника нетолерантності невизначеності коливається в межах 12,14 – 26 (із 60 максимально можливих); загальна вираженість ранніх дисфункційних схем в межах 173-297 (з 540 максимально можливих). Оскільки досліджувана вибірка не є клінічною, і управлінці неприбуткових організацій, в силу своїх обов'язків, є людьми з високим рівнем функціонування, значення показників нетолерантності невизначеності та вираження ранніх дисфункційних схем, що знаходять на середині спектру оцінки за шкалами, є цікавими та достатньо показовими для дослідження.

Дані описової статистики, також, показують, що такі ранні дисфункційні схеми як дефективності, безпорадності/залежності виражені низько; а схеми надвисоких стандартів, пошуку визнання, самопожертви та негативізму/песимізму виражені яскравіше (Таб. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1. Описова статистика середніх значень.

Змінна	Середнє значення	Мінім. значення	Максим. значення	Стандартне відхилення
Загальна НН	19,07	0,00	37,00	6,94
Перспективна НН	12,62	0,00	24,00	4,28
Інгібіторна НН	6,45	0,00	16,00	3,21
Загальна сума по схемах	233,78	116,00	451,00	60,27
С_Емоційної депривації	10,22	5,00	29,00	5,21
С_Покинення	12,70	5,00	30,00	5,43
С_Недовіри та скривдження	11,95	5,00	29,00	5,50
С_Соціальної ізоляції/Відчуження	11,16	5,00	25,00	4,72
С_Дефективності	8,17	5,00	27,00	4,31
С_Некомпетентності/Очікуванн я невдач	11,43	5,00	30,00	5,47
С_Безпорадності/ Залежності	8,93	5,00	28,00	4,27
С_Очікування на катастрофу	11,55	5,00	28,00	5,63

Продовження Таблиця 2.2.1.

С_Злиття_невідокремленої ідентичності	10,41	5,00	27,00	4,44
С_Підкорення	11,45	5,00	27,00	4,50
С_Самопожертви	17,77	6,00	30,00	5,09
С_Емоційної_інгібіції	12,68	5,00	29,00	5,47
С_Надвисоких стандартів	19,27	8,00	30,00	4,90
С_Особливого статусу та прав	14,47	6,00	24,00	4,11
С_Недостатнього самоконтролю	13,81	5,00	27,00	4,35
С_Пошуку визнання	18,66	5,00	30,00	5,67
С_Негативізму та песимізму	15,25	6,00	30,00	5,46
С_Покарання	13,90	5,00	28,00	4,74
PHQ 9	8,67	0,00	27,00	5,31
GAD-7	6,24	0,00	21,00	4,96

Активація найбільш виражених чотирьох схем може бути спричинена вищим рівнем невизначеності через пандемію та необхідністю адаптувати діяльність під карантинні вимоги; особистими та соціальними факторами. Вища проявленість схеми надвисоких стандартів говорить про те, що серед досліджуваних поширений перфекціонізм, намір постійного вдосконалення та пошуку найкращого, ідеального рішення. Умови невизначеності не дають достатньо інформації для об'єктивної оцінки рішення щодо його ідеальності, тому дана дисфункційна схема може стати причиною перманентного незадоволення отриманим результатом.

Активована схема самопожертви фокусує час та енергію людини на зовнішньому світі, на задоволенні потреб інших; зменшуючи, тим самим, увагу до власного емоційного добробуду. Схема пошуку визнання показує потребу людини і пошук схвалення та підтримки своїх дій; постійне покращення власних результатів з метою сподобатись іншим; зменшення уваги до власних потреб. У людей з активованою схемою негативізму/песимізму, включені когнітивні фільтри на сприйняття позитивної інформації; вони радше бачитимуть негативні

аспекти в кожному завданні, з вищою ймовірністю очікуватимуть песимістичних сценаріїв розвитку подій. Описана вище когнітивна оцінка реальності може стати причиною розвитку ознак розладів психічного здоров'я загалом, депресії, соціальної фобії, панічних атак та тривожних розладів зокрема.

Аналіз даних по Шкалі PHQ 9 показує (Таб. 2.2.2), що 78,6 % респондентів мають ознаки, що відповідають критеріям депресивного розладу, з них 14 % важкої депресії. Це перегукується із результатами дослідження Майкла Фрімана [10] і показує, що досліджувані знаходяться в групі вразливості щодо депресії. Це може бути наслідком дистресу, спричиненого нетолерантністю невизначеності, підвищеною емоційною чутливістю до негативних зовнішніх обставин та обмеженням когнітивного сприйняття реальності.

Таблиця 2.2.2. Розподіл даних за шкалою депресії.

PHQ-9 (max 27)			
Сума балів	Значення	Кількість респондентів	Частотний розподіл
5-9	Легка депресія	71	47,3%
10-14	Модерована депресія	26	17,3%
15-19	Модерована важка депресія	13	8,7%
20-27	Важка депресія	8	5,3%

Аналіз даних по Шкалі GAD 7 показує (Таб. 2.2.3), що 18 % респондентів мають помірний рівень тривожності, 0,5 % - середній, та 0,02% - високий рівень тривожності. Бачимо, що серед досліджуваних ознаки, що відповідають критеріям тривожного розладу, проявлені менше.

Таблиця 2.2.3. Розподіл даних за шкалою депресії.

GAD-7 (max 21)			
Сума балів	Рівень тривожності	Кількість респондентів	Частотний розподіл
10-14	Помірний	27	18%
15-19	Середній	7	0,5%
20-21	Високий	3	0,02%

Аналіз даних по шкалах фобій IAPT показує помірну вираженість фобій (6-8 балів) серед групи досліджуваних. Зокрема, ознаки, що відповідають критеріям соціальної фобії мають 24,7 % опитуваних, панічних атак - 22,7 % опитуваних, специфічних фобій - 11,3 % респондентів. Це становить 37, 34 та 17 осіб відповідно.

2.3. Показник нетолерантності невизначеності та його взаємозв'язок з іншими особистісними показниками управлінців неприбуткових організацій.

Для дослідження взаємозв'язків показника нетолерантності невизначеності (НН) в управлінців неприбуткового сектору з такими показниками як рівень ранніх дисфункційних схем, критеріями депресії, тривожного розладу, фобіями за IAPT шкалою та виявлення загальних тенденцій було проведено кореляційний аналіз за критерієм Пірсона при $p \leq 0,05$. Ми розглянули три кореляційні плеяди: 1) показник Загальна НН, 2) показник Інгібіторна НН, 3) показник Перспективна НН (Таб. 2.3.1).

Пригадаємо, що загальний показник НН говорить нам про збільшення дистресу у ситуацій з вищим рівнем невизначеності; а її субшкали конкретизують тип реагування та домінуючі поведінкові моделі у ситуаціях з вищим рівнем невизначеності. Інгібіторна НН стосується паралічу пізнання та дій, тоді як перспективна НН пов'язана з активним пошуком визначеності та передбачуванням майбутнього.

Розглянемо кореляційну плеяду для показника Загальна нетолерантність невизначеності. Загальна НН показує середню пряму кореляцію зі схемою негативізму/песимізму ($r = 0,31$ при $p < 0,05$) (Рис. 2.3.1); та низьку кореляцію зі схемами очікування на катастрофу ($r = 0,28$ при $p < 0,05$), соціальної ізоляції та відчуження ($r = 0,25$ при $p < 0,05$), недостатнього самоконтролю ($r = 0,22$ при $p < 0,05$), дефективності ($r = 0,22$ при $p < 0,05$), пошуку визнання ($r = 0,22$ при $p < 0,05$), покарання ($r = 0,22$ при $p < 0,05$), емоційної інгібіції ($r = 0,21$ при $p < 0,05$) та надвисоких стандартів ($r = 0,21$ при $p < 0,05$).

Таблиця 2.3.1. Кореляційний аналіз показників нетолерантності невизначеності.³

Схема	Перспек- тивна НН	Інгібі- торна НН	Загаль- на НН	PHQ 9	GAD-7
Загальна сума по схемах	0,233726	0,315154	0,290036	0,568543	0,538871
С_Емоційної депривації	0,110430	0,163460	0,143763	0,348129	0,280080
С_Покинення	0,105260	0,186376	0,151161	0,423547	0,372494
С_Недовіри та скривдження	0,159292	0,130505	0,158716	0,476643	0,373934
С_Соціальної ізоляції/Відчуження	0,173359	0,308926	0,249868	0,428885	0,367211
С_Дефективності	0,160125	0,256413	0,217422	0,386167	0,382073
С_Некомпетентності/Очікува ння невдач	0,119032	0,248605	0,188429	0,454633	0,386394
С_Безпорадності/ Залежності	0,099108	0,218422	0,162172	0,254542	0,234922
С_Очікування на катастрофу	0,239485	0,275733	0,275375	0,513564	0,589139
С_Злиття_невідокремленої ідентичності	0,005485	0,179450	0,086325	0,298047	0,233591
С_Підкорення	0,134311	0,256439	0,201489	0,474064	0,476776
С_Самопожертви	0,057865	0,117776	0,090178	0,289415	0,302764
С_Емоційної_інгібіції	0,195089	0,195732	0,210975	0,232114	0,219395
С_Надвисоких стандартів	0,254671	0,122212	0,213802	0,438267	0,468741
С_Особливого статусу та прав	0,166343	0,176349	0,184259	0,194017	0,241582
С_Недостатнього самоконтролю	0,111652	0,332109	0,222464	0,344508	0,248224
С_Пошуку визнання	0,229984	0,173562	0,222285	0,296882	0,323859
С_Негативізму та песимізму	0,267336	0,304858	0,306040	0,566684	0,535228
С_Покарання	0,202678	0,203535	0,219270	0,412484	0,437247
PHQ 9	0,187477	0,190165	0,203701		
GAD 7	0,304031	0,320249	0,335822		
Страх висміювання	0,145038	0,153838	0,160695		

³ У Таблиці 2.3.1 червоним виділено статистично значимі показники при $p < 0,05$.

Продовження Таблиця 2.3.1.

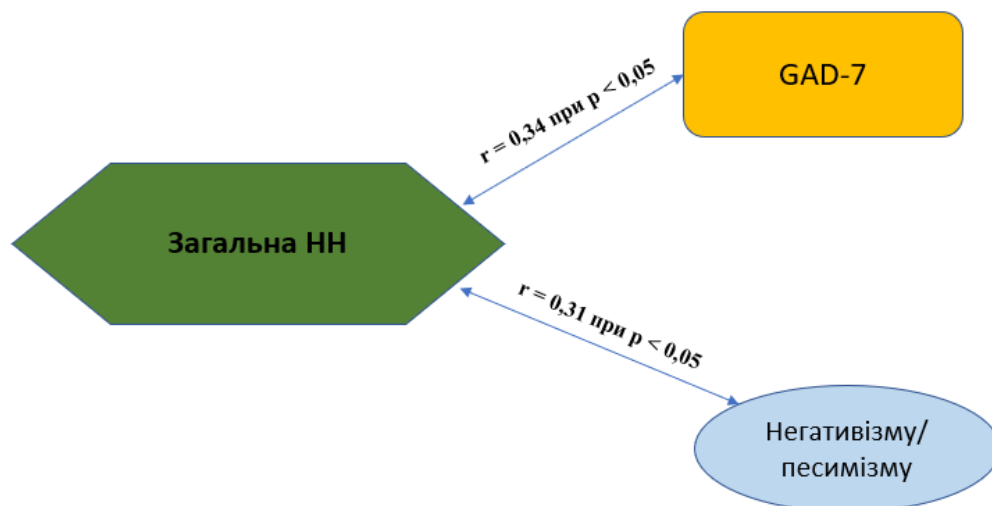
Страх панічних атак	0,103250	0,107037	0,113251		
Страх об'єктів діяльності	0,113742	0,076591	0,105661		

Варто відзначити, що не виявлено кореляційного зв'язку між Загальним НН та схемою самопожертви, що в даній вибірці є третьою за яскравістю вираження.

Своєю чергою, загальна НН має прямо пропорційний зв'язок із показником тривожного розладу ($r = 0,34$ при $p < 0,05$) (Рис. 2.3.1), та низьку пряму кореляцію із показником депресії ($r = 0,2$ при $p < 0,05$) та страху висміювання ($r = 0,16$ при $p < 0,05$).

Щодо загальних характеристик вибірки респондентів, то Загальна НН має низький обернено пропорційний зв'язок лише із рівнем знань щодо прийняття рішень в умовах невизначеності ($r = -0,19$ при $p < 0,05$).

Рис.2.3.1. Плеяда взаємозв'язку Загальної НН та інших змінних.



Другою кореляційною плеядою аналізу є показник Інгібіторної нетолерантності невизначеності. Інгібіторна НН показує середню пряму кореляцію зі загальним вираженням ранніх дисфункційних схем ($r = 0,32$ при $p < 0,05$), схемами недостатнього самоконтролю ($r = 0,33$ при $p < 0,05$), соціальної

ізоляції та відчуження ($r = 0,31$ при $p < 0,05$), негативізму/песимізму ($r = 0,3$ при $p < 0,05$) (Рис. 2.3.2). Пряма кореляція низького рівня до Інгібіторної НН є у наступних схем: очікування на катастрофу ($r = 0,28$ при $p < 0,05$), дефективності ($r = 0,26$ при $p < 0,05$), підкорення ($r = 0,26$ при $p < 0,05$), некомпетентності та невдач ($r = 0,25$ при $p < 0,05$), безпорадності/залежності ($r = 0,22$ при $p < 0,05$).

Взаємозв'язок показника Інгібіторна НН із ще двома, з чотирьох яскраво виражених для даної вибірки схем, наступна: низька пряма кореляція із схемою пошуку визнання ($r = 0,17$ при $p < 0,05$); не має кореляції із схемами самопожертви та надвисоких стандартів.

Інгібіторна НН, також, має прямо пропорційний зв'язок із показником тривожного розладу ($r = 0,32$ при $p < 0,05$), та низьку пряму кореляцію із показником депресії ($r = 0,19$ при $p < 0,05$) (Рис.2.3.2).

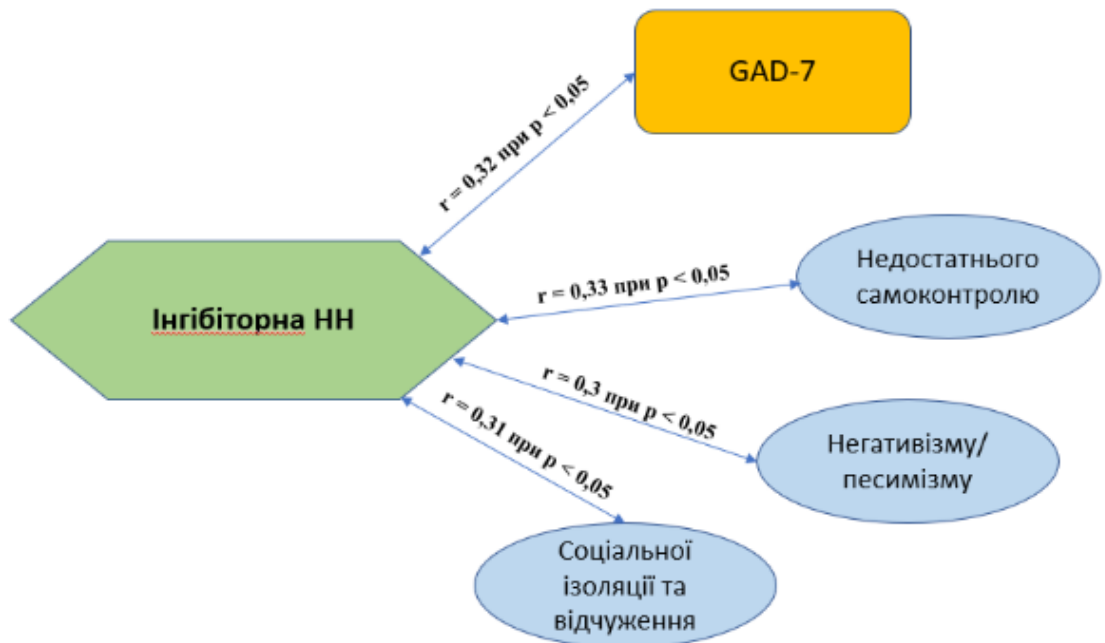
Щодо загальних характеристик вибірки респондентів, то Інгібіторна НН має низький обернено пропорційний зв'язок лише із рівнем знань щодо прийняття рішень в умовах невизначеності ($r = - 0,18$ при $p < 0,05$).

Третя кореляційна плеяда показує взаємозв'язок показника Перспективна нетолерантність невизначеності з іншими змінними. Перспективна НН показує низьку пряму кореляцію зі загальним вираженням ранніх дисфункційних схем ($r = 0,23$ при $p < 0,05$), та має низький рівень кореляції з такими ранніми дисфункційними схемами: негативізму/песимізму ($r = 0,27$ при $p < 0,05$), надвисоких стандартів ($r = 0,25$ при $p < 0,05$), очікування на катастрофу ($r = 0,24$ при $p < 0,05$), пошуку визнання ($r = 0,23$ при $p < 0,05$), покарання ($r = 0,2$ при $p < 0,05$).

Не виявлено кореляційного взаємозв'язку показника Перспективна НН та схеми самопожертви, третьою за яскравістю вираження у вибірці.

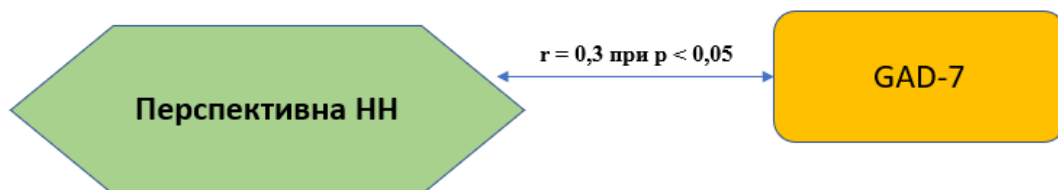
Перспективна НН має прямо пропорційний зв'язок із показником тривожного розладу ($r = 0,3$ при $p < 0,05$) (Рис.2.3.3), та низьку пряму кореляцію із показником депресії ($r = 0,19$ при $p < 0,05$).

Рис.2.3.2. Плеяда взаємозв'язку Інгібіторна НН та інших змінних.



Щодо загальних характеристик вибірки респондентів, то Перспективна НН має низьку обернено пропорційну кореляцію із віком респондентів ($r = -0,19$ при $p < 0,05$) та рівнем знань щодо прийняття рішень в умовах невизначеності ($r = -0,18$ при $p < 0,05$).

Рис.2.3.3. Плеяда взаємозв'язку Перспективної НН та інших змінних.



Описані дані кореляційного аналізу показують, що вищий рівень когнітивного упередження щодо невизначеності пов'язаний з певними переконаннями про світ, людей та себе, що, зокрема, описуються схемами негативізму/песимізму, недостатнього самоконтролю, соціальної ізоляції та відчуження. Людям з активованою схемою негативізму/песимізму притаманне тунельне мислення, вони скоріше бачать негативні аспекти кожної ситуації та

зосереджуються на них, прогнозуючи майбутнє вони радше уявлятимуть несприятливі сценарії та бачитимуть загрози. Для управлінців, професійна роль яких включає відповідальність за майбутнє, така негативна перспектива підсилюється відповідальністю за організацію та команду підлеглих. У середовищі із вищим рівнем невизначеності такі люди, як показує кореляційний аналіз, схильні проявляти стратегію уникнення. Цьому сприяє страх перед негативними можливими сценаріями та професійний обов'язок брати лідерство в їх реалізації.

Стратегія уникнення в невизначених ситуаціях, також, супроводжує людей, що мають схему недостатнього самоконтролю, тобто труднощі із завершенням справ, самодисципліною для виконання рутинних чи нецікавих завдань. Невизначеність підсилює сумніви такої людини та зупиняє її перед діями, що породжуватиме негативні наслідки у професійній сфері тих управлінців, які відповідають за операційний менеджмент в організації. Інгібіторна нетолерантність невизначеності корелює, також, із відчуттям не інтегрованості, неприналежності до середовища, що характерно людям із вираженою схемою соціальної ізоляції та відкинення. Можна припустити, що висока невизначеність підсилуватиме їхні переконання про відірваність, неможливість проживати повноцінне життя, уникання ними ситуацій соціальної взаємодії. Все це корелює з ознаками, що відповідають критеріям тривожного розладу, і може спричиняти ескалацію його розвитку. Вище описане, для вибірки управлінці може спровокувати домінування в період невизначеності стилю лідерства за принципом *laissez-faire*, тобто невтручання в діяльність організації, уникнення відповідальності та зведення до мінімуму лідерської ініціативи.

Проведений кореляційний аналіз виявив, також, слабкі кореляційні зв'язки між деякими ранніми дисфункційними схемами та показником нетолерантності невизначеності, які говорять нам про цікаві тенденції серед досліджуваної групи. Так, бачимо, що показник Інгібіторної НН має зв'язок із вісьмома ранніми дисфункційними схемами, тоді як показник Перспективної НН з чотирма. Це дозволяє нам припустити, що глибинні переконання управлінців з

досліджуваної групи в ситуації невизначеності скоріше схилитимуть їх до стратегії уникнення та завмирання, аніж до стратегії надмірного передбачення та планування.

Дві мало адаптивні схеми мають зв'язок одночасно з обома показниками НН (Інгібіторна та Перспективна): очікування на катастрофу та негативізму/песимізму. При цьому для схеми очікування на катастрофу Інгібіторна НН ($r = 0,28$ при $p < 0,05$) вища ніж Перспективна НН ($r = 0,24$ при $p < 0,05$). Це дозволяє припустити, що управлінцям, які схильні до катастрофізації подій і мають підвищену тривогу за здоров'я, в середовищі невизначеності властива поведінка завмирання, паралічу дій.

Натомість для схеми негативізму/песимізму Перспективна НН ($r = 0,27$ при $p < 0,05$) вища за Інгібіторну НН ($r = 0,30$ при $p < 0,05$), тобто люди з активованою цією схемою в середовищі невизначеності схильні до гіперактивності, будуватимуть варіанти планів та активно шукатимуть способи зменшити рівень невизначеності через надмірне передбачення чи пошук визначеності.

Дві ранні дисфункційні схеми показали тенденційний зв'язок лише із Перспективною НН: схема надвисоких стандартів ($r = 0,25$ при $p < 0,05$) та пошуку визнання ($r = 0,23$ при $p < 0,05$). Люди, з активованими цими схемами, будуть надмірно вимогливими та критичними до себе, формуватимуть нереалістичні вимоги до результатів своєї діяльності та мають потребу у позитивній оцінці зовнішнього середовища, і це має прямий зв'язок з надмірним страхом перед невідомим. Можемо припустити, що в ситуації невизначеності, коли важко спрогнозувати критерії для оцінки дій, а, отже, диференціювати стандарти, будуть радше спрощувати реальність, для більшої визначеності.

Із чотирьох, найбільш виражених серед досліджуваної групи, схем, лише схема самопожертви не показала кореляції із показником Загальна НН та її субшкалами. Це дозволяє нам припустити, що поведінка, спрямована на виявлення та задоволення потреб інших, навіть шляхом незадоволення власних потреб, не пов'язана із перебільшеним страхом перед невідомим. Оскільки

досліджувана група управлінців неприбуткового сектору радше схильна до таких переконань про світ і про себе, і управлінські рішення в більшості приймаються в умовах невизначеності, не пов'язаність цих показників є позитивним фактором для їх психічного здоров'я.

Кореляційний аналіз шкал PHQ-9 та GAD-7 показує, що нетолерантність невизначеності корелює із показниками ознак тривожного розладу та не має кореляції із депресією та шкалами фобій IAPT (Таб.2.3.1.). Це можна пояснити тим, що в умовах невизначеності значно менше фактів для когнітивного аналізу та передбачень, експліцидна система опрацювання інформації включена менше. Імпліцидна система більше працює на асоціативних зв'язках і, особливо в людей з певним рівнем вираження ранніх дисфункційних схем, здатна генерувати негативні передбачення. Страх перед невизначеністю фокусує людину на думанні про майбутнє, і підвищує тривогу за нього. Недостатність фактів для перевірки негативних прогнозів формує неадаптивне переконання про корисність переживань і підсилює, вже активовану, тривогу. Циклічність такого процесу може стати причиною розвитку генералізованого тривожного розладу.

Серед ранніх дисфункційних схем є середній (13 схем) і слабкий (5 схем) прямо пропорційний зв'язок з GAD-7. Найвищі кореляційні зв'язки виявлено з такими схемами: очікування на катастрофу ($r = 0,59$ при $p < 0,05$), негативізму /песимізму ($r = 0,54$ при $p < 0,05$), підкорення ($r = 0,48$ при $p < 0,05$), надвисоких стандартів ($r = 0,47$ при $p < 0,05$), покарання ($r = 0,44$ при $p < 0,05$). Кореляція GAD-7 із двома іншими, найчастіше проявленими серед респондентів, схемами самопожертви ($r = 0,3$ при $p < 0,05$), пошуку визнання ($r = 0,32$ при $p < 0,05$).

Зв'язок PHQ-9 виявлено із дванадцятьма схемами (середня пряма кореляція) та п'ятьма схемами (слабка пряма кореляція). Серед ранніх дисфункційних схем найвищий прямо пропорційний зв'язок PHQ-9 із такими схемами: негативізму /песимізму ($r = 0,57$ при $p < 0,05$), очікування на катастрофу ($r = 0,54$ при $p < 0,05$), недовіри/скривдження ($r = 0,48$ при $p < 0,05$), підкорення ($r = 0,47$ при $p < 0,05$), некомпетентності та невдач ($r = 0,45$ при $p < 0,05$), надвисоких стандартів ($r = 0,44$ при $p < 0,05$).

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що такі переконання про світ та себе, як фокусування на майбутніх загрозах; сприйняття світу через когнітивні фільтри негативізму, катастрофізації, невдач; переконання про небезпеку довіряти; підпорядкування очікуванням інших та надвисокі вимоги до себе, у ситуації невизначеності впливають на психічне здоров'я людини через прояв ознак близьких до показників депресії та тривожного розладу.

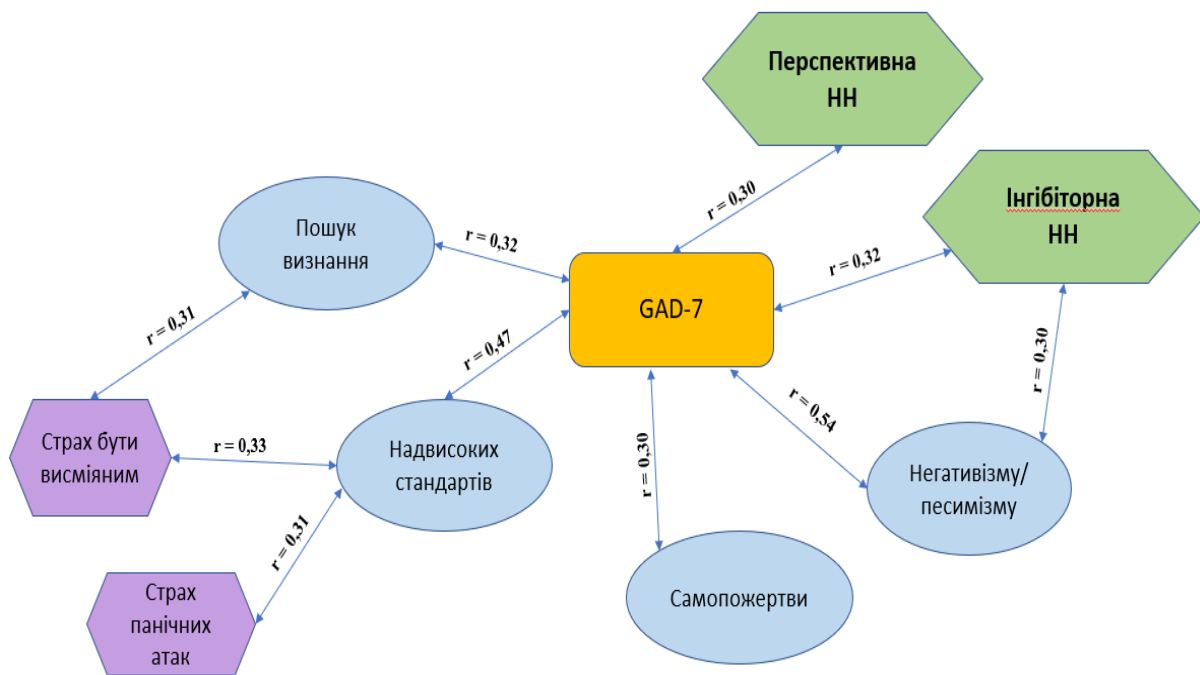
Аналіз взаємозв'язків між такими загальними характеристиками як вік, стать, кількість людей у підпорядкуванні, досвід прийняття рішень в умовах невизначеності та рівнем показника нетолерантності невизначеності показав, що кореляцій або не виявлені, або дуже слабкі. Цей висновок справджується і для взаємозв'язку даних загальних характеристик та ранніх дисфункційних схем. Важливо відзначити, що така загальна характеристика, як рівень знань щодо прийняття рішень в умовах невизначеності показала обернену тенденцію відразу у трьох плеядах показника нетолерантності невизначеності (Загальна НН: $r = -0,19$ при $p < 0,05$; Інгібіторна НН: $r = -0,18$ при $p < 0,05$; Перспективна НН: $r = -0,18$ при $p < 0,05$). Додатково до цього, рівень знань щодо прийняття рішень в умовах невизначеності показує слабку обернену кореляцію зі сімома схемами: пошуку визнання ($r = -0,23$ при $p < 0,05$), підкорення ($r = -0,21$ при $p < 0,05$), емоційної депривації ($r = -0,2$ при $p < 0,05$), недостатнього самоконтролю ($r = 0,2$ при $p < 0,05$), надвисоких стандартів ($r = -0,19$ при $p < 0,05$).

Аналізуючи цей зв'язок, виникає припущення, що підвищення рівня знань щодо управління невизначеністю серед управлінців неприбуткових організацій позитивно впливатиме на їхнє психічне здоров'я. Проте, оскільки кореляційний аналіз дає нам інформацію про зв'язок між змінними та не дозволяє будувати твердження про причинно-наслідковий вплив, це припущення потребує додаткового дослідження або перевірки експериментом.

Серед управлінців неприбуткових організацій, що взяли участь в цьому дослідженні найвище активовані такі схеми: схема надвисоких стандартів, пошуку визнання, самопожертви та негативізму/песимізму. Оскільки досліджувана вибірка сформована за принципом максимального різноманіття

для управлінців неприбуткових організацій, аналіз активованих схем є цікавим та інформативним для генеральної сукупності досліджуваних. Кореляційний аналіз показує, що усі чотири схеми прямо пропорційно корелюють із показником GAD -7 (Рис.2.3.4), середня кореляція з нетолерантністю невизначеності проявлена у схеми нагативізму/песимізму. Кореляцію зі шкалою фобій IAPT показують схеми надвисоких стандартів та пошуку визнання. Схема самопожертви прямо корелює лише із показником GAD-7.

Рис.2.3.4. Кореляції виражених схем з іншими змінними (при $p < 0,05$).



Проявлені дисфункційні схеми (схем пошуку визнання, надвисоких стандартів, самопожертви), не маючи прямої кореляції із показником нетолерантності невизначеності, можуть взаємно впливати через показник GAD-7 (Рис. 2.3.4). Можна припустити, що зовнішні фактори активують мало адаптивні моделі взаємодії зі світом, які, в свою чергу, впливають на розвиток ознак ознаки тривожного розладу, де нетолерантність невизначеності є одним із факторів ескалації тривоги. Рівно можливим є сценарій, коли страх перед

невизначеністю підвищує рівень тривоги про майбутнє, що розвивається у тривожний розлад та є тригерним фактором для активації дисфункційних схем.

Аналіз кореляцій дозволяє стверджувати, що показник нетолерантності невизначеності частково корелює з ранніми дисфункційними схемами та є важливим фактором психологічного добробуту управлінців неприбуткових організацій.

2.4. Особливості дисфункційних схем серед управлінців з різним рівнем нетолерантності до невизначеності.

З метою глибшого аналізу особливостей ранніх дисфункційних схем в залежності від рівня нетолерантності невизначеності ми застосували кластерний аналіз за методом К-середніх. Для цього спочатку ми стандартизували отримані дані за показником нетолерантності невизначеності.

Наступним кроком, до стандартизованих даних ми застосували функцію кластеризації за методом К-середніх (Додаток Г) на три кластери. При аналізі варіації показник розрізнення всередині підгрупи $p < 0,000000$, що говорить про високу відмінність між кластерами.

Кластерний аналіз розділяє групу досліджуваних на три групи:

Група 1 (Високий НН) – високий рівень нетолерантності невизначеності, Група 2 (Низький НН) – низький рівень нетолерантності невизначеності, Група 3 (Середній НН) – середній рівень нетолерантності невизначеності.

Для аналізу даних ми беремо для порівняння значення найнижчого (Група 2) та найвищого кластера (Група 1), як полярні. Варто зазначити, що при цьому корегується кількість досліджуваних, оскільки Група 2 об'єднує 48 випадків, і Група 1 – 28 випадки.

Для проведення подальшого аналізу та психологічної інтерпретації даних до цих кластерів ми застосували порівняльний аналіз за t-критерієм Ст'юдента (Додаток Е). Доречність застосування критерію для попарного порівняння, пояснюється тим, що виокремлені кластери не мають якісної диференціації значень і лише лінійно відрізняються між собою: низький, середній, високий.

Беручи для аналізу два рівні значень: низький та високий ми отримуємо попарне порівняння і застосування порівняльного аналізу за t-критерієм Ст'юдента є коректним.

Порівняння досліджуваних груп «Низький НН» та «Високий НН» показало існування істотних відмінностей між ними щодо рівня дванадцяти ранніх дисфункційних схем, показників PHQ-9 та GAD-7 та страху щодо різних об'єктів діяльності. В групі «Низький НН» ці показники нижчі за досліджуваних в групі «Високий НН» (Таб. 2.4.1).

В групі «Високий НН» вищими є показники таких ранніх дисфункційних схем: соціальної ізоляції/відчуження ($M_1=14$; $M_2=10,6$ при $p < 0,005$), дефективності ($M_1=10,6$; $M_2=7,6$ при $p < 0,01$), некомпетентності/невдач ($M_1=14,5$; $M_2=10,4$ при $p < 0,005$), безпорадності/залежності ($M_1=10,8$; $M_2=8,4$ при $p < 0,05$), очікування на катастрофу ($M_1=14,6$; $M_2=9,6$ при $p=0,00$), підкорення ($M_1=13,5$; $M_2=10,5$ при $p < 0,05$), надвисоких стандартів ($M_1=21,4$; $M_2=18,5$ при $p < 0,05$), особливого статусу та прав ($M_1=16,1$; $M_2=14$ при $p < 0,05$), недостатнього самоконтролю ($M_1=15,8$; $M_2=12,4$ при $p < 0,005$), пошуку визнання ($M_1=21,1$; $M_2=17,9$ при $p < 0,05$), негативізму/песимізму ($M_1=19$; $M_2=13,5$ при $p = 0,00$), покарання ($M_1=16,5$; $M_2=13$ при $p < 0,01$).

Група «Високий НН» також має вищий показник депресії ($M_1=10,9$; $M_2=7,3$ при $p < 0,005$) та тривожного розладу ($M_1=9,9$; $M_2=4,8$ при $p = 0,00$). Аналіз даних по шкалах фобій IAPT показує, що у групі «Високий НН» страх об'єктів діяльності вищий ($M_1=2,6$; $M_2=1,5$ при $p < 0,05$).

Порівнюючи управлінців неприбуткових організацій із різним рівнем нетолерантності невизначеності ми можемо стверджувати, що група досліджуваних із вищим рівнем нетолерантності невизначеності матиме вищий рівень активації ранніх дисфункційних схем. Рання дисфункційна схема самопожертви, що є серед трьох найбільш проявлених у групі досліджуваних, рівномірно представлена у групах з високим та низьким рівнем нетолерантності невизначеності, що дає нам підстави припускати, що її активація не залежить від рівня НН. Кореляційний аналіз підтверджує це припущення.

Для ширшого розуміння груп «Високий НН» та «Низький НН» ми використали кореляційний аналіз загальних характеристик вибірки респондентів всередині груп.

Таб. 2.4.1. Кластерний аналіз за рівнем показника нетолерантності невизначеності ⁴.

Ранні дисфункційні схеми	Mean 2 "Низький НН"	Mean 1 "Високий НН"	p
С_ Соціальної ізоляції_ Відчуження	10,562	14,000	0,004
С_ Дефективності	7,563	10,571	0,010
С_ Некомпетентності_ Невдач	10,438	14,500	0,005
С_ Безпорадності_ Залежності	8,396	10,750	0,048
С_ Очікування на катастрофу	9,583	14,607	0,000
С_ Підкорення	10,520	13,464	0,014
С_ Надвисоких_ стандартів	18,479	21,429	0,011
С_ Особливого статусу та прав	13,958	16,179	0,019
С_ Недостатнього самоконтролю	12,417	15,786	0,001
С_ Пошуку визнання	17,917	21,179	0,024
С_ Негативізму_ песимізму	13,479	19,071	0,000
С_ Покарання	13,06250	16,46429	0,005152
RHQ 9	7,31250	10,89286	0,003934
GAD-7	4,79167	9,85714	0,000015
Страх_ об'єктів діяльності	1,54167	2,64286	0,012544

Виявлено, що в кластерах «Високий НН» та «Низький НН» пропорційний розподіл чоловіків та жінок співпадає із розподілом загальної вибірки. Тому, ми не можемо висувати припущень про те, що стать визначає рівень нетолерантності невизначеності. (Таб. 2.4.2),

Таблиця 2.4.2. Розподіл за статтю по кластерах.

	Стать жіноча	Стать чоловіча
Кластер "Середній НН"	66,22%	33,78%
Кластер "Низький НН"	77,08%	22,92%
Кластер "Високий НН"	75,00%	25,00%

⁴ У Таблиці 2.4.1 червоним виділено статистично значимі показники при $p < 0,05$.

Аналіз представлення різного віку респондентів у кластерах показує, що відносно рівномірно розподілені досліджувані по віку між кластерами «Середній НН» та «Низький НН» (Таб. 2.4.3.). Та, що в кластері «Високий НН» респондентів віку 16-25 років є двічі більше ніж в кластері «Низький НН» і в 1,6 раза більше ніж в кластері «Середній НН». Це дає нам підстави припустити, що серед досліджуваних віком 16-25 років вищий показник нетолерантності до невизначеності.

Таблиця 2.4.3. Розподіл за віком по кластерах.

	Вік: 41-60	Вік: 26-40	Вік: 16-25	Вік: > 60
Кластер "Середній НН"	25,68%	59,46%	13,51%	1,35%
Кластер "Низький НН"	27,08%	60,42%	10,42%	2,08%
Кластер "Високий НН"	21,43%	57,14%	21,43%	0,00%

Разом із даними про те, що вік досліджуваних обернено корелює із показником Перспективна НН ($r = -0,2$ при $p < 0,05$) і не показує взаємозв'язку з Інгібіторною НН, можемо припускати, що управлінці неприбуткових організацій віком 16-25 років будуть мати вищий рівень нетолерантності невизначеності. І, що збільшення нетолерантності невизначеності ця вікова група проявлятиме у меншому передбаченні, зниженні планування та пошуку альтернативних рішень при підвищенні невизначеності.

Аналізуючи дані щодо досвіду управління невизначеністю бачимо, що 83,33 % досліджуваних кластерів "Низький НН" часто або постійно приймають рішення в умовах невизначеності, тоді як в кластері "Високий НН" таких досліджуваних 75% (Таб. 2.4.4). Тобто, досвід прийняття рішень в умовах невизначеності не впливає на показник її толерантності. Це підтверджує відсутність взаємозв'язків між даними змінними у кореляційному аналізі.

Таблиця 2.4.4. Розподіл за досвідом по кластерах.

Досвід примати рішення в умовах невизначеності	Декілька раз	Часто	Постійно	Ніколи не
Кластер "Середній НН"	48,65%	40,54%	8,11%	2,70%
Кластер "Низький НН"	14,58%	58,33%	25,00%	2,08%
Кластер "Високий НН"	21,43%	57,14%	17,86%	3,57%

Аналізуючи показники щодо рівня знань про прийняття рішень в умовах невизначеності, бачимо у кластері «Низький НН» 93,75 % респондентів отримали такі знання, 52,08 % через навчання (Таб. 2.4.5). Тоді як у кластері «Високий НН» лише 25 % навчалися як приймати рішення в умовах невизначеності, і ще 67,86 % користуються порадами колег, проте не проходили навчання в цій сфері. Базуючись на цих даних бачимо, що професійні профільні знання є сприятливим фактором до низького показника нетолерантності до невизначеності. А, отже, навчальні програми в цій сфері сприятимуть збільшенню управлінців із нижчим рівнем НН, що своєю чергою впливатиме на зниження депресивних та тривожних симптомів.

Таблиця 2.4.5. Розподіл за знаннями по кластерах.

Рівень знань щодо прийняття рішень в умовах невизначеності	не маю жодних знань	окремо не вивчав/ла, користуюсь порадами колег-управлінців	вивчав/ла підходи і використовую їх	маю високий рівень експертності, навчаю інших
Кластер "Середній НН"	12,16%	52,70%	32,43%	2,70%
Кластер "Низький НН"	6,25%	41,67%	50,00%	2,08%
Кластер "Високий НН"	7,14%	67,86%	25,00%	0,00%

Для глибшого аналізу взаємозв'язку показників нетолерантності невизначеності, ранніх дисфункційних схем та інших змінних було проведено регресійний аналіз для залежних змінних Загальна НН, Інгібіторна НН, Перспективна НН (Додаток Д). За його результатами, ми можемо ідентифікувати тенденції до причинно-наслідкових зв'язків між такими змінними, як ранні

дисфункційні схеми та нетолерантність невизначеності. Результати аналізу показують три схеми, активація яких впливає прямо на підвищення інгібаторної нетолерантності невизначеності. Такими схемами є схема соціальної ізоляції/відчуження ($B=0,18$, при $p < 0,041$), недостатнього самоконтролю ($B=0,23$ при $p < 0,007$) та негативізму/песимізму ($B=0,20$ при $p < 0,033$). Можемо припускати, що саме ці переконання управлінця визначатимуть рівень його упередженості до невизначеності та підвищення страху перед нею, та провокуватимуть реакцію уникнення в середовищі із високим рівнем невизначеності. Перспективна нетолерантність невизначеності не показала залежності від активованих схем. Це може свідчити про те, що пов'язані з нею (за результатами кореляційного аналізу) ранні дисфункційні схеми активуються як наслідок підвищеної тривоги перед невизначеністю та надлишковими спробами передбачити та спланувати свою діяльність у невизначеності.

Ознаки тривожного розладу сприятимуть підвищенню рівня нетолерантності невизначеності загалом ($B=0,54$ при $p < 0,012$), та уникаючої поведінкової стратегії зокрема ($B=0,30$ при $p < 0,002$). Цікавими є дані регресійного аналізу, що показують обернено пропорційний вплив депресії на значення інгібаторної нетолерантності невизначеності ($B=0,23$ при $p < 0,011$). Це дозволяє припустити, що, чим вищий рівень ознак депресивного розладу в людини, тим меншим буде її страх перед невизначеністю та вона рідше застосовуватиме копінгові стратегії уникання ситуацій невизначеності. Це можна пояснити тим, що в стані депресії людини переважають негативні когніції про себе, про світ та інших в теперішньому моменті часу. Це спричиняє пригнічений настрій, низьку самооцінку та самоорганізацію до розв'язання проблем; людина песимістично оцінює зовнішні можливості, та, вже уникає соціальної взаємодії. Зменшення активностей, загальна життєва пасивність сприяють униканню думок про майбутнє, а отже, не провокують тривоги та страху перед цим невідомим завтра. Хоча поведінково це проявляється подібною як при інгібаторній нетолерантності невизначеності - уникаючою копінг стратегією, та вона радше спричинена депресивними думками, ніж страхом

перед невідомим. Поєднуючи ці дані з висновками кореляційного аналізу, та враховуючи, що серед досліджуваної групи 78,6 % респондентів мають ознаки, що відповідають критеріям депресивного розладу, можемо припустити що прийняття рішень в умовах невизначеності скоріше активує ранні дисфункційні схеми, які вже спричиняють розвиток депресивної симптоматики. Тоді як така особистісна характеристика як нетолерантність невизначеності радше не сприятиме розвитку ознак, що відповідають критеріям депресивного розладу.

Висновки до розділу II

Дані, зібрані в результаті опитування ста п'ятдесяти управлінців неприбуткових організацій України, були опрацьовані за допомогою програми математичної обробки статистичних даних Statistica10. Було використано такі методи як: частотний розподіл даних; описова статистика середніх значень; лінійна кореляція Пірсона; кластерний аналіз; порівняльний аналіз за t-критерієм Ст'юдента та регресійний аналіз.

Проведений аналіз даних дозволяє стверджувати, що загальний показник нетолерантності невизначеності корелює з ранніми дисфункційними схемами та є важливим фактором психологічного добробуту управлінців неприбуткових організацій.

Такі чотири ранні дисфункційні схеми, як надвисоких стандартів, самопожертви, негативізму/песимізму та пошуку визнання найчастіше проявляються в респондентів, та мають різні взаємозв'язки із показниками нетолерантності невизначеності. Схема негативізму та песимізму корелює з обома субшкалами нетолерантності невизначеності, проте стратегія передбачення майбутнього та надмірної активності з метою зменшення невизначеності домінуватиме. Схеми надвисоких стандартів та пошуку визнання єдині із вісімнадцяти ранніх дисфункційних схем, які показують взаємозв'язок лише з Перспективною НН. До того ж схема надвисоких стандартів показує кореляцію із шкалою фобій IAPT. Це дозволяє припускати, що люди з такими

рисами як перефекціонізм, постійне прагнення до досконалості, потреба у зовнішньому схваленні результатів діяльності, перед страхом невизначеності схильні до стратегії гіперкомпенсації. Вона може проявлятися у надмірному плануванні, надмірному не конструктивному аналізі зовнішніх загроз та можливостей, звуження сфери та вхідних даних для прийняття рішень. Як наслідок, прийняті рішення не відповідатимуть зовнішньому контексту, матимуть деструктивний вплив на розвиток організації, збільшуватимуть управлінську невизначеність, що може спричинити до вигорання управлінця та мати вплив на психічне здоров'я його та його команди.

Аналіз даних показує, що ранні дисфункційні схеми більше корелюють з Інгібіторною НН (вісім схем), а регресійний аналіз дозволяє припускати, що лише три схеми (негативізму/песимізму, соціальної ізоляції/ відчуження, недостатнього самоконтролю) спричиняють її розвиток.

Ми дослідили, що існує прямий кореляційний зв'язок із ранніми дисфункційними схемами та ознаками, що відповідають депресивному розладу та генералізованому тривожному розладу. Тоді як показники нетолерантності невизначеності суттєво корелюють лише із показниками GAD-7. При цьому, у групі з вищим рівнем нетолерантності невизначеності показники депресії та тривожності вищі.

Дослідження виявило тенденцію до збільшення пошуку альтернативних стратегій, діяльності спрямованої на зменшення невизначеності та формулювання передбачень майбутнього при зниженні віку досліджуваних. При цьому не виявлено кореляції між управлінським досвідом та рівнем нетолерантності невизначеності.

Рівень знань у сфері управління невизначеністю показує обернений зв'язок із нетолерантністю невизначеності, схемами надвисоких стандартів та пошуку визнання, страхом бути висміяним та з ознаками депресивного та тривожного розладу. Зокрема, у кластері «Низький НН» 93,75 % респондентів отримали такі знання, 52,08 % через навчання. Тоді як у кластері «Високий НН» лише 25 % навчалися як приймати рішення в умовах невизначеності. Такі дані

дозволяють нам припустити, що професійні профільні знання є сприятливим фактором до низького показника нетолерантності до невизначеності. А, отже, навчальні програми в цій сфері сприятимуть збільшенню управлінців із нижчим рівнем НН, що своєю чергою впливатиме на зниження депресивних та тривожних симптомів.

Цікавим результатом дослідження є те, що, високо проявлена серед досліджуваної вибірки рання дисфункційна схема самопожертви, не показала кореляції із показником нетолерантності невизначеності. При цьому, вона прямо корелює із ознаками, що відповідають тривожним розладам. Можемо припустити, що яскраво виражена поведінкова стратегія служіння іншим при не задоволених власних базових емоційних потребах впливає на психічне здоров'я управлінців, і, через підвищення загальної тривоги за майбутнє, може спричиняти тривогу за неможливість його передбачати.

Підсумовуючи даний аналіз, можемо стверджувати, що взаємозв'язок між рівнем активації раних дисфункційних схем та рівнем нетолерантності невизначеності існує. Він по різному проявляється для різних схем та має вплив на психічне здоров'я управлінців.

ВИСНОВКИ

Метою даної роботи було дослідити вплив на психічне здоров'я управлінців неприбуткових організацій особистісної характеристики нетолерантності невизначеності та її взаємозв'язок з ранніми дисфункційними схемами людини. Досліджувана група, лідери та керівники, є рольовою моделлю для інших, тому їх особисте психічне здоров'я стає впливовим фактором для людей в організаціях у формування їхньої культури піклування про себе. Висновки даного дослідження можуть бути використані для розробки профілактичних практик, вироблення міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я управлінців, просвітницьких та освітніх проектів.

Теоретична частина даної роботи показала, що питання психічного здоров'я на робочому місці сьогодні динамічно досліджується, проте досліджень психічного здоров'я самих керівників вкрай мало. Розглянуті, в рамках даної роботи, дослідження показують наявність симптоматики депресії, тривоги, алкогольної залежності та розладів особистості у керівників організацій, серед них депресія є найпоширенішою. Емпіричне дослідження вибірки управлінців неприбуткових організацій в Україні підтверджує цю тенденцію, адже 78,6 % респондентів мають ознаки, що відповідають критеріям депресивного розладу, з них 14 % важкої депресії. Також, 18,52 % респондентів мають ознаки, що відповідають критеріям тривожного розладу.

Одним із факторів, що впливають на розвиток дисфункцій в психічному здоров'ї людини є її негативні переконання про себе, про інших, про світ. Теорія ранніх дисфункційних схем, представлена Джефрі Янгом, класифікує такі переконання у вісімнадцять мало адаптивних схем. Існують дослідження, що показують вплив дисфункційних схем на формування uzалежнення, розладів особистості, депресії, тривожних розладів та соціальної фобії.

Вважається, що кожна людина може мати одну чи більше дисфункційних схем, які мають стійкий характер. Схеми можуть перебувати у сплячому стані та активуватись під впливом зовнішніх подразників, викликаючи негативні емоції

в людини. Зокрема, модифікуючим фактором, що активує дисфункційні схеми, може стати висока невизначеність, що впливає на життя людини загалом та, на прийняття нею управлінських рішень, зокрема. Невизначеність природно супроводжується непевністю в майбутньому, і, може, активувати тривогу за це майбутнє. Не корисні уявлення про себе, про світ та інших, надані, природно проявленій тривозі, значення визначають поведінку в ситуації невизначеності.

Емпірична частина дослідження показує, що негативні прогнози майбутнього, очікування невдачі та песимістичне ставлення до світу найвище корелюють зі страхом перед невідомим, який вимірюється особистісним показником нетолерантності невизначеності.

Дослідження виявило, також, що такі когнітивні моделі, як зосередження на негативній стороні кожної ситуації, відсутність почуття приналежності до групи/спільноти, неспроможність доводити справи до завершення, переконання про власну дефективність та некомпетентність в ситуації високої невизначеності супроводжуватимуться поведінкою уникнення. Це, зокрема, підсилюватиме сумніви управлінця, зупинятиме його у прийнятті рішень, і, може, породжувати негативні наслідки для діяльності організації в цілому.

Також, дослідження показало, що такі когнітивні моделі, як пошук надвисоких стандартів та визнання мають тенденцію підвищувати нетолерантність невизначеності й проявляться в невизначеності поведінковою стратегією «бийся». Такі дисфункційні схеми формують в людини надмірно вимогливе та критичне ставлення до себе, нереалістичні вимоги до результатів своєї діяльності, активізують потребу у позитивній оцінці від зовнішнього середовища, і, супроводжуються надмірною тривогою перед невідомим. В ситуації невизначеності, коли важко спрогнозувати критерії для оцінки дій, диференціювати стандарти, такі управлінці будуть радше спрощувати реальність для більшої визначеності.

Цікаво відзначити, що рання дисфункційна схема самопожертви, яка входить до чотирьох найбільш проявлених у групі досліджуваних схем, рівномірно представлена у групах з високим та низьким рівнем нетолерантності

невизначеності. Це дає нам підстави припускати, що її активація не залежить від рівня НН. Кореляційний аналіз підтверджує це припущення.

Загалом, порівнюючи управлінців неприбуткових організацій із різним рівнем нетолерантності невизначеності ми можемо стверджувати, що група досліджуваних із вищим рівнем нетолерантності невизначеності матиме вищий рівень активації ранніх дисфункційних схем.

Нетолерантність високої невизначеності, що супроводжується активацією ранніх дисфункційних схем, впливає на психічне благополуччя управлінців. Кореляційний аналіз досліджуваних даних показує проявлений взаємозв'язок більшості ранніх дисфункційних схем із показниками депресії та генералізованого тривожного розладу. Тоді як нетолерантність невизначеності корелює із симптоматикою високої тривоги. Це дає нам підстави стверджувати, що психічне здоров'я управлінців пов'язане із їхніми переконаннями про невизначеність та стратегіями реагування на неї. Проте, оскільки кореляційний аналіз дає нам інформацію про зв'язок між змінними та не дозволяє будувати твердження про причинно-наслідковий вплив, це припущення потребує додаткового дослідження або перевірки експериментом.

Цікаво відмітити, що рівень знань у сфері управління невизначеністю показує обернений зв'язок із нетолерантністю невизначеності, схемами надвисоких стандартів та пошуку визнання, страхом бути висміяним та з ознаками депресивного та тривожного розладу. Зокрема, у кластері «Низький НН» 93,75 % респондентів отримали такі знання, 52,08 % через навчання. Тоді як у кластері «Високий НН» лише 25% навчались як приймати рішення в умовах невизначеності. Такі дані дозволяють нам припустити, що професійні профільні знання є сприятливим фактором зниження показника нетолерантності до невизначеності, і, отже, навчальні програми в цій сфері сприятимуть зниженню депресивних та тривожних симптомів. Хочемо звернути увагу, що важливо, аби серед навчальних пропозицій було місце для психоедукації щодо дисфункційних глибинних переконань, про причини професійного вигорання та фактори його превенції; навчання метакогнітивних технік для планування діяльності,

постановки цілей, вирішення проблем; навчання інструментів управління невизначеністю.

Підсумовуючи вище сказане, можемо стверджувати, що Гіпотеза 1, яка припускала, що рівень вираженості дисфункційних схем корелює з рівнем нетолерантності невизначеності, підтвердилась емпіричним дослідженням. Щодо Гіпотези 2, то вона підтверджується частково. Підвищений рівень нетолерантності невизначеності позитивно корелює із критеріями тривожного розладу. Кореляції показника нетолерантності невизначеності із критеріями депресивного розладу та соціальної фобії не виявлено. Гіпотеза 3 припускала, що такі модифікуючі фактори як вік, досвід управління та знання в сфері управління невизначеністю обернено пропорційно корелюють із показником нетолерантності невизначеності. Емпіричне дослідження не підтверджує гіпотези в цілому, проте показує тенденцію до оберненого взаємозв'язку між Перспективною НН та віком, і між Загальною НН та рівнем знань щодо управління в невизначеності.

Підсумовуючи дане дослідження, можемо стверджувати, що взаємозв'язок між рівнем активації ранніх дисфункційних схем та рівнем нетолерантності невизначеності існує. Він по різному проявляється для різних схем та має вплив на психічне здоров'я управлінців неприбуткових організацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Kevin G Saulnier, Nicholas P Allan, Amanda M Raines, Norman B Schmidt. Depression and Intolerance of Uncertainty: Relations Between Uncertainty Subfactors and Depression Dimensions. *Psychiatry*, 2019;
2. Brady D Nelson, Stewart A Shankman. Does Intolerance of Uncertainty Predict Anticipatory Startle Responses to Uncertain Threat?, May 2011. *International journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology* 81(2):107-15 – Режим доступу до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21619900/>;
3. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; New York: 2003;
4. Young, J. E., & Brown, G. (2005). Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3 (YSQ-S3, YSQ) [Database record]. APA PsycTests.
5. Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105–117. 2007;
6. Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327.
7. Mark Wooden, *Mental Health and Productivity at Work: Does What You Do Matter?*. *Labour Economics* · May 2017;
8. CIPD, *Health and Wellbeing at work Annual Survey, April 2019* – Режим доступу до ресурсу: https://www.cipd.co.uk/Images/health-and-well-being-at-work-2019.v1_tcm18-55881.pdf;
9. Jayne W. Barnard, *Narcissism, Over-Optimism, Fear, Anger, and Depression: The Interior Lives of Corporate Leaders*. 2008;
10. Michael A. Freeman, M.D., Sheri L. Johnson, Ph.D., Paige J. Staudenmaier, Mackenzie R. Zisser, *Are Entrepreneurs “Touched with Fire”?*, 2015;

11. Режим доступу до ресурсу: <https://www.canadianbusiness.com/blogs-and-comment/managers-mental-health-matters/>
12. Режим доступу до ресурсу: <https://www.bupa.com/newsroom/news/business-leaders-mental-health-study>
13. Young, J. E. (1995). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange., p.9;
14. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; New York: 2003;
15. А.Арнц, Г.Якоб. Схема-терапія: модель роботи з частками. Галицька видавнича спілка. Львів. 2020;
16. Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of Personality Disorders. 2004;18:467–478;
17. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. Journal of Personality Disorders. 2001;15:72–83;
18. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2010;17:165–182;
19. E Ghadampour, NA Hosseini Ramaghani, SKh Moradiani Gizeh Rod, Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students. Armaghane Danesh__ 2018, 23(5): 591-607;
20. Elham Davoodi , Alainna Wen , Keith S. Dobson , Ahmad Ali Noorbala , Abolfazl Mohammadi , Zahra Farahmand. Early Maladaptive Schemas in Depression and Somatization Disorder. Journal of Affective Disorders. 2018;
21. Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., et al. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. Journal of Abnormal Psychology, 112(1), 72–80;

22. Lisa D. Hawke, Martin D. Provencher, Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 25(4), 2011;
23. Young, J. E., & Brown, G. (1990). Young schema questionnaire – long version. New York, NY: New York Cognitive Therapy Centre of New York;
24. Базова психологічна оцінка ІАРТ [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://i-cbt.org.ua/biblioteka/>.
25. S.T. Joshi, D.E. Schultz, H. P. Lovecraft encyclopedia. Greenwood Press, Westport, CT (2001);
26. Nelson, B. D., & Shankman, S. A. (2011). Does intolerance of uncertainty predict anticipatory startle responses to uncertain threat? *International Journal of Psychophysiology*, 81(2), 107–115;
27. [Marie Vander Haegen](#), [Anne-Marie Etienne](#). Cognitive processes across anxiety disorders related to intolerance of uncertainty: Clinical review. *Cogent Psychology* 3, 2016;
28. Hallion, L. S., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137(6), 940–958;
29. R.N. Carleton, D. Sharpe, G.J.G. Asmundson Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? *Behavior Research and Therapy*, 45, 2007;
30. N.G. Khawaja, J. McMahon. The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety and depression. *Behaviour Change*, 28, 2011;
31. Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). “But it might be a heart attack”: Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 463–470.
32. Mark H. Freeston, Josee Rheume, Heelignlee Tarte, Michel J. Dugas And Robert Ladouceur, [Why Do People Worry?](#); 1994.

33. Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468–479.
34. Carleton, R. N., Peluso, D. L., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2011). Social anxiety and posttraumatic stress symptoms: The impact of distressing social events. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 49–57;
35. Natalie O. Rosen. Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. [Anxiety, Stress & Coping](#) An International Journal Volume 27, 2014;
36. Naomi Koerner, Andrea Kusec, Teresa Mejia. What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 46(2):1-21, 2016;
37. Melissa Patrick. Intolerance of Uncertainty, Worry, and Problem-Solving: Implications for Generalized Anxiety Disorder. *Psychology*, 2016;
38. Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020;
39. Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233–242.
40. Jacoby, R. J. (2020). Intolerance of uncertainty. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (p. 45–63). American Psychological Association;
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007;146:317-325;

42. Robichaud, M. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*, 251–263;
43. Nelson, B. D., Shankman, S. A., & Proudfit, G. H. (2014). Intolerance of uncertainty mediates reduced reward anticipation in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 158*, 108–113;

ДОДАТКИ

Додаток А.

Загальна анкета.

1. Скільки Вам років? (виберіть відповідь)

- 16-25 років
- 26-40 років
- 40-60 років
- більше 60 років

2. Яка Ваша стать? (виберіть відповідь)

- жіноча
- чоловіча

3. Який Ваш управлінський досвід? (виберіть відповідь)

- до 3 років
- 3-10 років
- більше 10 років

4. Скільки людей у вашому підпорядкуванні? (виберіть відповідь)

не маю підлеглих

- 1-15 осіб
- 15 – 50 осіб
- понад 50 осіб

5. Яким є Ваш попередній досвід прийняття рішень в умовах невизначеності? (виберіть відповідь, що найбільше відповідає вашому досвіду)

- Ніколи не приймав /ла управлінських рішень в умовах невизначеності;
- Декілька разів мені доводилось приймати управлінські рішення в умовах невизначеності;
- Мені часто доводиться приймати рішення в умовах невизначеності;
- Мій рід занять та галузь вимагають постійно приймати рішення в умовах невизначеності.

6. Який у Вас рівень знань щодо інструментів прийняття рішень в умовах невизначеності? (виберіть відповідь, що найбільше відповідає вашому досвіду)

- не маю жодних знань
- окремо не вивчав/ла, та користуюсь порадами колег-управлінців
- вивчав/ла підходи до управління в умовах невизначеності, і використовую їх
- маю високий рівень експертності, навчаю інших.

Додаток Б.

Шкала Нетолерантності Неизначеності, коротка версія, IUS-12.

В цьому блоці 12 запитань на кожне з яких є 5 варіантів відповідей. Виберіть ту, з якою найбільше погоджуєтесь в даний момент часу.

	Зовсім не характерно для мене	Мало характерно для мене	В певній мірі характерно для мене	В переважній мірі характерно для мене	Повністю характерно для мене
1. Непередбачувані події мене сильно засмучують.	1	2	3	4	5
2. Коли я не маю усієї інформації, якої потребую, то почуваюсь фрустрованим/ою.	1	2	3	4	5
3. Невизначеність заважає мені жити повноцінним життям.	1	2	3	4	5
4. Слід завжди прогнозувати наперед, щоб уникати сюрпризів.	1	2	3	4	5
5. Невелика непередбачена подія може зіпсувати все, навіть при найкращому плануванні.	1	2	3	4	5
6. Невизначеність паралізує мене в моменти, коли потрібно діяти.	1	2	3	4	5
7. Коли я непевний /на, я не можу добре функціонувати.	1	2	3	4	5
8. Я завжди хочу знати, що готує мені майбутнє.	1	2	3	4	5
9. Я терпіти не можу бути захопленим/ою зненацька.	1	2	3	4	5
10. Найменший сумнів може зупинити мене перед дією.	1	2	3	4	5
11. Для мене необхідно мати можливість організувати все заздалегідь.	1	2	3	4	5
12. Я мушу уникати усіх невизначених ситуацій.	1	2	3	4	5

Додаток В.

Опитувальних по схемах Дж. Янга, коротка версія, YSQ-S3.

Нижче наводяться твердження, які ви могли би використати для опису себе. Будь ласка, прочитайте кожне твердження і оцініть його на основі того, наскільки точно воно відповідає Вам протягом минулого року. Якщо Ви невпевнені щодо найкращого варіанту відповіді, то нехай Ваша відповідь буде ближча до того, що Ви емоційно, аніж раціонально, відчуваєте є більш правдивим.

Кілька пунктів стосуються Ваших відносин з батьками або Ваших романтичних стосунків. Якщо будь-хто з цих людей помер, будь ласка, оцініть ці пункти на основі того, якими були Ваші стосунки, коли ці люди були живі. Якщо в даний момент у Вас немає партнера (романтичних стосунків), але в минулому вони у Вас були, будь ласка, оцініть відповідні пункти на основі Ваших нещодавніх, найбільш важливих для Вас стосунків.

З поданої нижче шкали виберіть найбільш відповідну оцінку по шкалі від 1 до 6, яка найкраще Вас описує.

1. У мене не було нікого, хто б турбувався про мене, з ким я б міг розділити свій внутрішній світ, хто б щиро цікавився тим, що зі мною відбувається.
2. Я часто «прилипаю» до близьких мені людей тому, що боюся, що вони покинуть мене.
3. Я очікую, що люди використають мене задля власних інтересів.
4. Я ніде «не вписуюся», усюди чуюся чужий, зайвий.
5. Жоден (-на) чоловік/жінка, з якою я хочу бути, не зможе розвивати подальші стосунки і хотіти бути зі мною, якщо дізнається про мої недоліки і вади.
6. Майже нічого з того, що я роблю на роботі (чи в навчанні), я не роблю настільки добре, як інші люди.

7. Я не відчуваю, що здатний (-а) самостійно давати собі раду у повсякденному житті.
8. Я не можу позбутися відчуття, що має трапитись щось погане.
9. Я не був (-ла) в змозі відокремитись від батьків і стати незалежним від них так, як це зробили у свій час інші мої ровесники.
10. Я вважаю, що якщо я роблю те, що хочу, то цим самим просто напрошуюсь на неприємності.
11. Вкінці-кінців, зазвичай, на мене лягає турбота про близьких людей.
12. Я занадто сором'язливий (-а), щоб показувати свої позитивні почуття до інших (напр., прихильність, турботу).
13. Я повинен (-на) бути найкращим (-ою) в тому, що роблю; «друге місце» неприйнятне для мене.
14. Я не можу сприйняти, якщо мені хтось відмовляє у моїх проханнях.
15. Мені важко організувати себе, щоб завершити рутинне або нудне завдання.
16. Наявність грошей та знайомств з важливими людьми надають мені почуття власної важливості.
17. Навіть якщо все йде добре, я думаю, що це тимчасово.
18. Якщо я зроблю помилку або щось приkre станеться через мене, то я тоді повинен бути покараним.
19. У моєму житті немає нікого, хто б дарував мені тепло, підтримку і любов.
20. Я настільки потребую інших людей, що переживаю, що можу їх втратити.
21. Я відчуваю, що не можу втрачати пильність поряд з іншими людьми, інакше вони навмисно зроблять мені боляче.
22. Я абсолютно відрізняюсь від інших людей, я зовсім інший.

23. Жодна людина, яка мені дуже подобається, не залишилася б поруч зі мною, якби пізнала мене справжнього (-ю).
24. Якщо оцінювати мою здатність досягати чогось у житті – то я справді некомпетентний (-а).
25. Я вважаю себе особою, залежною від інших, якщо мова йде про щоденне функціонування.
26. Я відчуваю, що катастрофа (природня, кримінальна, фінансова або медична) може трапитись зі мною чи з кимось з близьких мені людей в будь-який момент.
27. Як мої батьки, так і я, ми маємо тенденцію до того, щоб надмірно перейматися життям та проблемами одні одних.
28. Я думаю, що в мене немає вибору і я змушений (-а) задовольняти бажання інших, інакше вони розізляться на мене або відкинуть мене.
29. Те, що я турбуюсь про інших більше ніж, про себе, говорить, що я справді є добра людина.
30. Мені соромно висловлювати свої почуття до інших.
31. Я намагаюсь робити все якнайкраще; мені замало, щоб було просто “достатньо добре”.
32. Я особливий (-а), і тому на мене не поширюється частина обмежень і заборон, які накладаються на інших людей.
33. Якщо я не можу швидко досягнути мети, то розчаровуюсь і відмовляюсь від неї.
34. Досягнення є більш цінними для мене, якщо їх хтось помічає.
35. Якщо стається щось добре, я хвилююсь, що після цього може статись щось погане.
36. Якщо я не стараюсь з усіх сил, мені слід очікувати невдачі

37. Я не відчував (-ла) у своєму житті, що був (-ла) особливим (-ою) для когось.
38. Я переживаю, що близькі мені люди покинуть мене або відмовляться від мене.
39. Мене обов'язково хтось зрадить, це лиш питання часу.
40. Я не належу до жодної групи; я самотник.
41. Я невартий (-на) любові, поваги та уваги від інших.
42. Інші люди є більш здібними від мене у сфері роботи і досягнень.
43. Мені не вистачає практичних знань та вмінь необхідних для щоденного життя.
44. Я переживаю, що на мене хтось нападе.
45. Мені та моїм батькам дуже важко приховувати інтимні подробиці одні від одних, не почувачись при цьому винними або зрадженими.
46. У стосунках я дозволяю іншій особі право приймати остаточне рішення.
47. Я настільки зайнятий (-а) турботою про інших, що майже не маю часу для себе.
48. Мені важко бути вільним (-ою) і спонтанним (-ою) поряд з іншими людьми.
49. Для мене дуже важливо належно виконувати всі свої обов'язки.
50. Я ненавиджу, коли мене обмежують або не дають робити те, що я хочу.
51. Мені важко пожертвувати миттєвим задоволенням задля досягнення довготривалої мети.
52. Я почувачюсь менш важливим (-ою), якщо не отримую багато уваги від інших.
53. Неможливо бути надмірно ретельним; майже завжди щось піде не так.

54. Якщо я не виконую роботу добре, то повинен (-на) нести відповідальність за наслідки.
55. У мене не було нікого, хто б справді слухав мене, розумів мене або був зацікавлений моїми потребами чи почуттями.
56. Коли хтось, кого я люблю, здавалося би віддаляється від мене, я впадаю у відчай.
57. Я часто маю підозри щодо мотивів інших людей.
58. Я почуваюся відчуженим (-ою), «відрізаним» (-ою) від інших людей.
59. Я відчуваю, що я невартий любові (-а).
60. Я не настільки талановитий (-а) в роботі, як інші люди.
61. Я не можу покладатися на власні судження в щоденних ситуаціях.
62. Я переживаю, що можу втратити всі свої гроші і стати дуже бідним або опинитися на вулиці.
63. Я часто відчуваю, що мої батьки визначають моє життя.
64. Я завжди дозволяв (-ла) іншим приймати рішення за мене, тож я і не знаю, чого хочу для себе.
65. Я завжди вислуховую проблеми інших.
66. Я настільки контролюю себе, що люди думають, що я неемоційний (-а) чи нечутливий (-а).
67. Я відчуваю постійний тиск, що маю чогось досягнути і виконувати добре свою роботу.
68. Я вважаю, що не повинен (-на) дотримуватись правил чи норм так, як це роблять інші люди.
69. Я не можу змушувати себе робити речі, які не приносять мені задоволення, навіть якщо я знаю, що це заради мого добра.

70. Якщо я виступаю на засіданні або якщо мене представлено у соціальній ситуації, то для мене важливо отримати схвалення і визнання.
71. Незважаючи на те, як багато я працюю, я боюсь фінансового краху.
72. Не має значення, чому я зробив (-ла) помилку; коли я роблю щось не так, то маю за це заплатити.
73. У моєму житті поряд зі мною переважно не було сильної чи мудрої людини, яка б могла дати мені добру пораду чи підказку, коли я не був (-ла) впевнений (-а), що робити.
74. Інколи я настільки переживаю, що люди покинуть мене, що сам (-а) відкидаю їх першим.
75. Зазвичай я шукаю приховані мотиви у діях людей щодо мене.
76. Я завжди почуваюся поза групою.
77. Я настільки почуваю себе неприйнятним (-ою), що не можу відкритися перед іншими людьми чи дозволити їм краще себе пізнати.
78. Я не настільки розумний (-а), як більшість людей, якщо мова йде про роботу (чи навчання).
79. Я не маю впевненості у своїй здатності вирішувати проблеми щоденного життя.
80. Я переживаю, що у мене розвивається серйозна хвороба, навіть попри те, що лікарі нічого не виявили при обстеженні.
81. Я часто відчуваю, що не маю відокремленої ідентичності від моїх батьків чи від мого партнера.
82. Для мене є великою трудностю вимагати, щоб мої права поважали, а також, щоб зважали на мої почуття.

83. Інші люди вважають, що я занадто багато роблю для інших, і недостатньо для себе.
84. Люди вважають мене емоційно скутим (-ою).
85. Я не можу так легко звільнити себе від відповідальності або вибачити собі свої помилки.
86. Я вважаю, що те, що можу запропонувати я, є ціннішим від того, що можуть запропонувати інші.
87. Мені рідко вдавалося притримуватись мого рішення.
88. Похвала і компліменти дають мені відчуття власної цінності.
89. Я хвилююсь, що неправильне рішення може призвести до катастрофи.
90. Я погана людина, яка заслуговує на покарання.

Додаток Г.

Базова психологічна оцінка ІАРТ.

PHQ-9

Протягом останніх двох тижнів (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?

У кожному питанні виберіть лише один варіант.

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

2. Поганий настрій, пригнічення чи безнадія:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

4. Відчуття втоми або зниження енергії:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

5. Поганий апетит або переїдання:

- 0 ніколи

- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

6. Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

GAD-7

Протягом останніх двох тижнів (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?

1. Роздратованість, хвилювання або відчуття, що ви «на межі»:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

2. Постійне хвилювання, «переживання», яке ви не в змозі зупинити або контролювати:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

3. Надмірні переживання за різні справи:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

4. Важко розслабитись:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

5. Ви настільки неспокійні, що навіть важко сидіти на одному місці:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

6. Підвищена дратівливість:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

7. Страх, ніби має статись щось жахливе:

- 0 ніколи
- 1 кілька днів
- 2 більше половини часу
- 3 майже щодня

IAPT шкала фобії

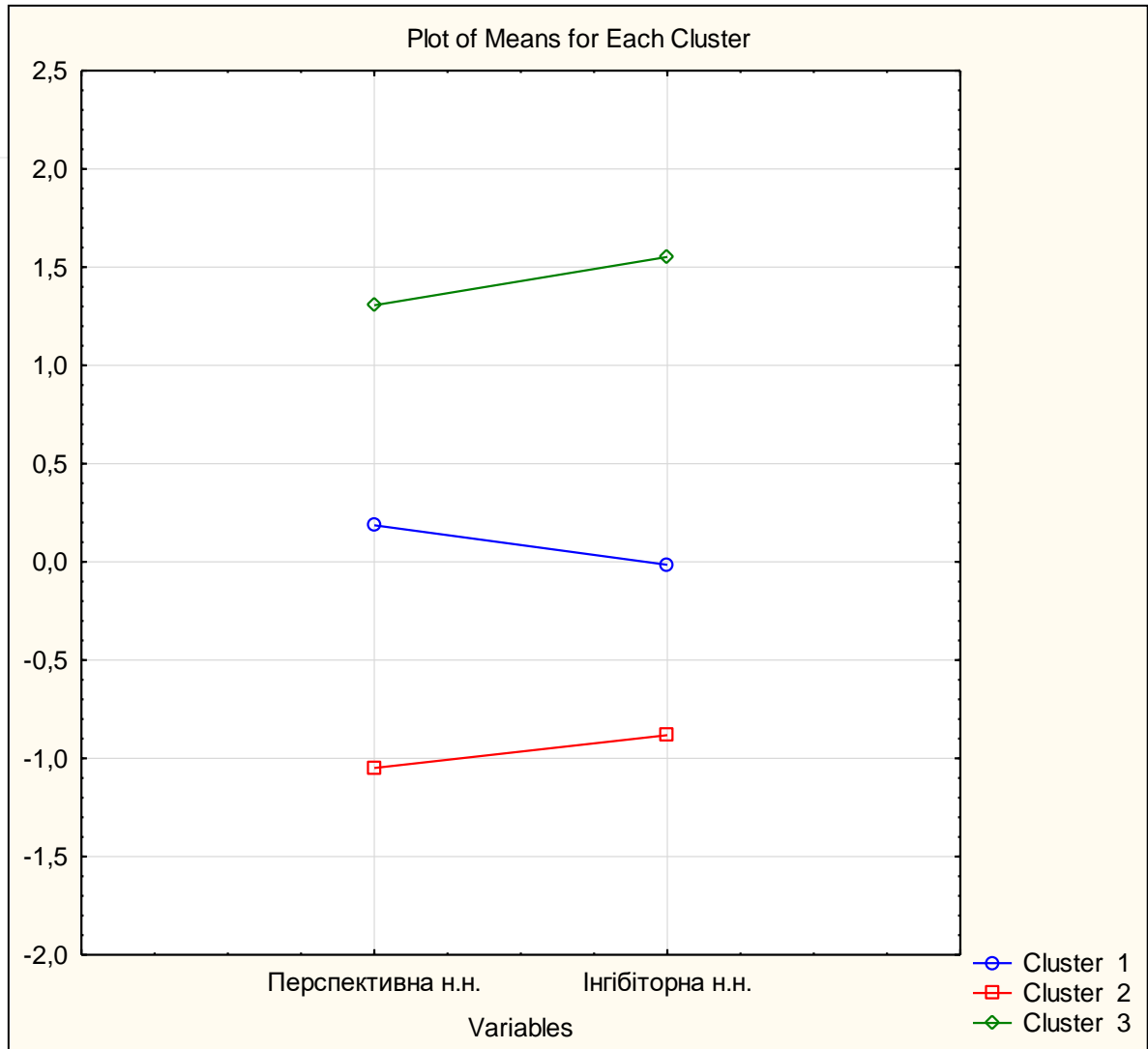
Виберіть цифру зі шкали, поданої нижче, яка відображає наскільки сильно ви б уникали кожної з ситуацій або об'єктів, перерахованих нижче.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 (0 Не уникатиму, 1, 2 Дещо уникатиму, 3, 4 Безумовно уникатиму, 5, 6 Помітно уникатиму, 7, 8 Завжди уникатиму)

1. Соціальні ситуації через страх бути засоромленим або висміяним.
2. Певні ситуації через страх панічних атак або інших тривожних симптомів (таких, як втрата контролю над сечовим міхуром, блювання або запаморочення)
3. Певні ситуації через страх окремих об'єктів або видів діяльності (наприклад, тварин, висоти, побачити кров, перебування в замкнутому просторі, водіння або переліт і т.п.).

Додаток Г.

**Кластерний аналіз шкал нетолерантності невизначеності
за методом К-середніх.**



Analysis of Variance

	Between - SS	df	Within - SS	df	F	signif. - p
Перспективна Н.Н.	103,1356	2	45,86439	147	165,2800	0,000000
Інгібіторна Н.Н.	104,8262	2	44,17384	147	174,4183	0,000000

Додаток Д.

Регресійний аналіз.

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість
	B	Стандартна помилка	Бета		
1 (Константа)	10,966	3,177		3,452	,001
VAR00001	,006	,156	,004	,038	,970
VAR00002	-,060	,155	-,047	-,390	,697
VAR00003	-,056	,154	-,044	-,362	,718
VAR00004	,262	,192	,178	1,361	,176
VAR00005	-,027	,247	-,017	-,111	,912
VAR00006	-,113	,182	-,089	-,621	,536
VAR00007	-,065	,222	-,040	-,295	,768
VAR00008	,002	,191	,002	,010	,992
VAR00009	-,167	,178	-,107	-,934	,352
VAR00010	-,032	,229	-,021	-,139	,890
VAR00011	-,102	,149	-,075	-,686	,494
VAR00012	,147	,150	,116	,976	,331
VAR00013	-,012	,177	-,009	-,069	,945
VAR00014	-,002	,192	-,001	-,009	,993
VAR00015	,250	,189	,157	1,322	,189
VAR00016	,060	,145	,049	,410	,682
VAR00017	,326	,204	,257	1,602	,112
VAR00018	,029	,168	,020	,170	,865
PHQ9	-,380	,204	-,291	-1,862	,065
GAD7	,537	,211	,384	2,539	,012
IAPT1	,079	,284	,029	,279	,781
IAPT2	,146	,261	,061	,559	,577
IAPT3	,180	,331	,054	,543	,588
ASRS	-,002	,467	-,001	-,005	,996

а. Залежна змінна: Загальна НН

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість
	B	Стандартна помилка	Бета		
1 (Константа)	8,270	1,987		4,162	,000
VAR00001	,017	,097	,020	,170	,865
VAR00002	-,063	,097	-,079	-,647	,519
VAR00003	-,018	,097	-,022	-,181	,856
VAR00004	,085	,120	,093	,704	,483
VAR00005	,023	,154	,023	,149	,882
VAR00006	-,083	,114	-,105	-,727	,469
VAR00007	-,041	,139	-,041	-,293	,770
VAR00008	,065	,120	,085	,542	,589
VAR00009	-,155	,112	-,161	-1,391	,167
VAR00010	-,053	,143	-,056	-,371	,712
VAR00011	-,119	,093	-,141	-1,274	,205
VAR00012	,132	,094	,168	1,402	,163
VAR00013	,050	,111	,057	,452	,652
VAR00014	,039	,120	,037	,322	,748
VAR00015	,018	,118	,018	,150	,881
VAR00016	,112	,091	,148	1,228	,222
VAR00017	,130	,127	,165	1,018	,311
VAR00018	,020	,105	,022	,187	,852
PHQ9	-,146	,128	-,181	-1,142	,256
GAD7	,241	,132	,279	1,826	,070
IAPT1	,007	,178	,004	,038	,970
IAPT2	,026	,163	,018	,161	,872
IAPT3	,171	,207	,083	,825	,411
ASRS	,155	,292	,056	,532	,595

а. Залежна змінна: Перспективна НН

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість
	B	Стандартна помилка	Бета		
1 (Константа)	2,696	1,419		1,900	,060
VAR00001	-,011	,070	-,017	-,153	,879
VAR00002	,002	,069	,004	,032	,974
VAR00003	-,038	,069	-,066	-,557	,578
VAR00004	,177	,086	,260	2,060	,041
VAR00005	-,050	,110	-,068	-,458	,648
VAR00006	-,030	,081	-,052	-,372	,710
VAR00007	-,025	,099	-,033	-,250	,803
VAR00008	-,063	,085	-,110	-,735	,463
VAR00009	-,011	,080	-,016	-,143	,886
VAR00010	,021	,102	,030	,207	,836
VAR00011	,016	,066	,026	,248	,805
VAR00012	,015	,067	,026	,223	,824
VAR00013	-,062	,079	-,095	-,788	,432
VAR00014	-,040	,086	-,052	-,471	,639
VAR00015	,232	,085	,316	2,749	,007
VAR00016	-,052	,065	-,092	-,801	,425
VAR00017	,197	,091	,335	2,162	,033
VAR00018	,009	,075	,013	,119	,906
PHQ9	-,234	,091	-,388	-2,570	,011
GAD7	,295	,094	,457	3,128	,002
IAPT1	,073	,127	,058	,572	,568
IAPT2	,119	,116	,108	1,025	,307
IAPT3	,009	,148	,006	,059	,953
ASRS	-,158	,208	-,076	-,757	,450

а. Залежна змінна: Інгібіторна НН

Додаток Е.

Порівняльний аналіз двох кластерів за за t-критерієм Ст'юдента.

	Mean	Mean	t-value	df	p	ValidN	ValidN	Std.Dev.	Std.Dev.	F-ratio	p
1. ВІК	2,20833	2,00000	1,3340	74	0,186292	48	28	0,650968	0,666667	1,048815	0,865190
2. Стать	0,22917	0,25000	-0,2034	74	0,839383	48	28	0,424744	0,440959	1,077805	0,802992
3. Управлінський досвід	0,91667	1,00000	-0,4912	74	0,624746	48	28	0,709610	0,720082	1,029734	0,907491
4. К-ть людей у підпорядкуванні	1,00000	0,96429	0,2250	74	0,822581	48	28	0,652328	0,692935	1,128373	0,701050
5. Досвід прийнят. рішень в умов.невиз.	2,06250	1,89286	1,0023	74	0,319484	48	28	0,696687	0,737327	1,120070	0,717191
6. Рівень знань про прийн.рiш. в невиз.	1,47917	1,17857	2,0518	74	0,043724	48	28	0,651988	0,547964	1,415714	0,335936
Нетолер.до невизн.	11,75000	29,64286	-20,7889	74	0,000000	48	28	3,503797	3,812400	1,183911	0,599394
Перспективна н.н.	8,12500	18,21429	-15,8843	74	0,000000	48	28	2,670764	2,671622	1,000643	0,973864
Інгiбиторна н.н.	3,62500	11,42857	-17,0507	74	0,000000	48	28	1,632450	2,348026	2,068836	0,028338
С_Емоційної_Депривації	9,62500	11,42857	-1,3885	74	0,169164	48	28	5,361903	5,633423	1,103842	0,749424
С_Покиннення	11,97917	14,14286	-1,5844	74	0,117361	48	28	5,788799	5,661529	1,045465	0,921828
С_Недовіри_Скривдження	10,87500	13,46429	-1,8404	74	0,069713	48	28	5,737614	6,215167	1,173392	0,617797
С_Соціальної_ізоляції_Відчуження	10,56250	14,00000	-2,9676	74	0,004040	48	28	4,528427	5,416026	1,430430	0,277424
С_Дефективності	7,56250	10,57143	-2,6535	74	0,009744	48	28	3,791964	6,106636	2,593437	0,004082
С_Некомпетентності_Невдач	10,43750	14,50000	-2,9155	74	0,004696	48	28	4,889878	7,244410	2,194876	0,017766
С_Безпорадності_Залежності	8,39583	10,75000	-2,0125	74	0,047809	48	28	4,077648	6,113888	2,248099	0,014586
С_Очікування на катастрофу	9,58333	14,60714	-3,6609	74	0,000469	48	28	5,326902	6,471243	1,475795	0,238299
С_Злиття/ невідок. ідентичності	10,27083	11,50000	-1,0281	74	0,307243	48	28	4,657365	5,614136	1,453066	0,257241
С_Підкорення	10,52083	13,46429	-2,5133	74	0,014138	48	28	4,026453	6,185300	2,359806	0,009645
С_Самопожертви	17,37500	19,00000	-1,2923	74	0,200282	48	28	5,884075	4,046031	2,114939	0,039766
С_Емоційної_інгібіції	12,00000	14,75000	-1,9891	74	0,050384	48	28	5,656854	6,077432	1,154225	0,652357
С_Надвисоких_стандартів	18,47917	21,42857	-2,6212	74	0,010629	48	28	4,486337	5,131086	1,308082	0,412088
С_Особливого статусу та прав	13,95833	16,17857	-2,3999	74	0,018916	48	28	4,084003	3,528231	1,339856	0,419398
С_Недостатнього самоконтролю	12,41667	15,78571	-3,3019	74	0,001480	48	28	3,642733	5,230659	2,061855	0,029079
С_Пошуку визнання	17,91667	21,17857	-2,3045	74	0,024000	48	28	6,476909	4,906938	1,742266	0,124621
С_Негативізму_песимізму	13,47917	19,07143	-4,3290	74	0,000046	48	28	5,347457	5,577259	1,087795	0,782175
С_Покарання	13,06250	16,46429	-2,8832	74	0,005152	48	28	4,199322	6,064359	2,085506	0,026642
RHQ 9	7,31250	10,89286	-2,9769	74	0,003934	48	28	4,223321	6,249974	2,190021	0,018089
GAD-7	4,79167	9,85714	-4,6286	74	0,000015	48	28	4,533367	4,719654	1,083873	0,790308
Страх_висміювання	2,79167	3,64286	-1,3126	74	0,193389	48	28	2,697188	2,778413	1,061136	0,838438
Страх_панічних_атак	1,79167	2,78571	-1,6335	74	0,106619	48	28	2,551248	2,572751	1,016928	0,936444
Страх_об'єктів_діяльності	1,54167	2,64286	-2,5589	74	0,012544	48	28	1,662584	2,040593	1,506419	0,214760