



**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПРАВА
ТА ІННОВАЦІЙНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ОСОБИСТОСТІ**

Навчальний посібник

Дніпро – 2023

УДК 1599(075.8):159.97
К 67

*Схвалено Навчально-методичною радою
Дніпропетровського державного
університету внутрішніх справ,
(протокол № 10 від 20.06.2023 р.)*

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Олександр САМОЙЛОВ, професор кафедри психології Дніпровського гуманітарного університету, доктор психологічних наук, професор;

Ірина БУРЛАКОВА, професор кафедри психології та педагогіки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, доктор психологічних наук, професор.

УКЛАДАЧІ:

Вікторія КОРНІЄНКО, завідувач кафедри психології та педагогіки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, доктор психологічних наук, доцент;

Олексій ШЕВЯКОВ, професор кафедри психології та педагогіки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, доктор психологічних наук, професор;

Олена СЕРГІЄНІ, професор кафедри психології та педагогіки Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, доктор медичних наук, професор.

К 67 Корнієнко В. В., Шевяков О. В., Сергієні О. В. Соціально-психологічна реабілітація особистості: навч. посібник. Дніпро : ДДУВС, 2023. 56 с.

У навчальному посібнику розглянуто сучасні підходи до відновлення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях фахівців правоохоронної діяльності на основі останніх наукових досягнень в галузі психології: виокремлено соціально-психологічні складові реабілітаційного потенціалу особистості та особливості їх функціонування і трансформації при зміні соціальних умов; визначено нормативні показники реабілітаційного потенціалу особистості та встановлено параметри і показники реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах за їх різновидами (психогенними, екзогенними, ендогенними); виявлено та проведено диференціацію компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту та визначено особливості емоційних і когнітивних дисфункцій у реабілітаційному потенціалі особистості при різних видах депресивних розладів, що відображають їх специфічність.

Навчальний посібник буде корисним для здобувачів вищої освіти при вивченні клінічної психології, психореабілітації, патопсихології, психіатрії тощо.

© Автори, 2023
© ДДУВС, 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ I	5
1.1. Поняття та основні критерії депресивних розладів	5
1.2. Сучасні підходи до вивчення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях	6
1.3. Психологічний аспект визначення рівнів реабілітаційного потенціалу фахівців правоохоронної діяльності з депресивними розладами	16
РОЗДІЛ II	26
2.1. Система соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості	26
2.2. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення	34
ВИСНОВКИ	38
ТЕСТИ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ	43
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	48

ПЕРЕДМОВА

Актуальність вивчення майбутніми психологами сучасних підходів до відновлення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях на основі останніх наукових досягнень в галузі психології є дуже значущою, оскільки дозволить ознайомитись з соціально-психологічними складовими реабілітаційного потенціалу особистості та особливостями їх функціонування і трансформації при зміні соціальних умов; студентам буде цікаво знати про нормативні показники реабілітаційного потенціалу особистості та встановлення параметрів і показників реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах за їх різновидами (психогенними, екзогенними, ендогенним).

У навчальному посібнику було показано механізм виявлення та проведення диференціації компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту та визначено особливості емоційних і когнітивних дисфункцій у реабілітаційному потенціалі особистості при різних видах депресивних розладів, що відображають їх специфічність.

Навчальний посібник допоможе у визначенні соціально-психологічних особливостей реабілітаційного потенціалу та специфіки психологічного реабілітаційного дефіциту у гендерному та віковому аспектах (у молоді та осіб зрілого віку).

Колективом авторів розроблено та апробовано програму соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості.

За результатами впровадження цієї програми було визначено методологічні та змістовно-процесуальні засади розвитку реабілітаційного потенціалу особистості фахівців правоохоронної діяльності на діагностичному, психокорекційному та реабілітаційному її етапах у рамках досягнення психологічного здоров'я.

РОЗДІЛ I

1.1. Поняття та основні критерії депресивних розладів

Депресивні розлади – це група розладів, головним симптомом яких є пригнічений настрій, який може проявлятися нечітко. Такі розлади включають зміни в афективній, соматичній сферах. Це порушення адаптації внаслідок важкої ситуації; інтоксикації та побічна дія ліків; інші психічні розлади, такі як шизоафективні розлади, постпсихотична депресія, депресивно-тривожний біполярний розлад, неврастенія, синдром відміни.

Алгоритм діагностичних заходів при депресивних розладах починається з оцінки ризику суїциду.

При диференціальній діагностиці враховують:

1) епізод депресії – у перебігу рецидивуючої депресії або біполярного психотичного розладу;

2) депресивна форма розладів адаптації;

3) дистимія і циклотимія;

4) органічні розлади настрою в перебігу соматичного захворювання.

Діагностичні критерії депресії включають: появу ≥ 5 симптомів, перелічених нижче, включаючи ≥ 1 симптомів, перелічених нижче, у визначений і можливий фіксований час, майже кожен день і протягом більшої частини дня, в один і той самий час для ≥ 2 тижні перші 2:

1) пригнічений настрій;

2) помітне зниження інтересу та/або задоволеності практично всіма видами діяльності;

3) підвищення або зниження апетиту, або значне зниження (не пов'язане з дієтою) або збільшення маси тіла (наприклад, 5 % за один місяць);

4) безсоння або надмірна сонливість;

5) психомоторне збудження або загальмованість;

6) відчуття втоми або відсутності енергії;

7) почуття неповноцінності або невиправданої провини;

8) зниження гостроти розуму, труднощі з концентрацією або прийняттям рішень;

9) повторювані думки про смерть (не тільки страх смерті);

10) повторювані суїцидальні думки без чіткого плану, спроби самогубства або наявність плану самогубства.

Депресивний епізод є найпоширенішою формою депресивного розладу. Спостерігається при рекурентній депресії та біполярному розладі, при якому також спостерігаються епізоди манії або гіпоманії (піднесений настрій не призводить до серйозних порушень відчуття реальності та необдуманих рішень із серйозними наслідками). Правильний діагноз важливий для тривалої терапії. Крім визначення виду депресивних розладів, проводиться обстеження в напрямку невротичних розладів, які дуже часто поєднуються з ними.

Питання для самоконтролю:

1. У чому полягає суть депресивних розладів?
2. Дайте визначення поняттю депресивний розлад.
3. Що беруть до уваги при диференційній діагностиці депресивного розладу?
4. Назвіть діагностичні критерії депресії.
5. При яких розладах можна спостерігати депресивний епізод.

1.2. Сучасні підходи до вивчення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях

У сучасному світі депресивні розлади залишаються однією з найактуальніших проблем здоров'я працездатного населення України, що зумовлено відсутністю тенденції до зниження зростання захворюваності, поширеності та інвалідності [11, 24, 31]. За останнє десятиріччя концепція лікування багатьох нозологічних форм цієї патології суттєво змінилася, але система реабілітації для попередження та зниження інвалідності ще недостатньо розроблена [8; 19; 38; 43; 56].

За даними ВООЗ, у більшості європейських країн діє принцип «реабілітації перед зверненням за пенсією по інвалідності», а також надання індивідуальної допомоги з урахуванням особливостей стану здоров'я та потреб конкретної особи з інвалідністю, оскільки реабілітація економічно вигіднішою вважається надання ренти [295; 2]. Принципово новим нормативним актом є переорієнтація медичної реабілітації зі стаціонарної на амбулаторну [10; 17; 29; 44; 56]. Перехід на реабілітацію вдома, як це робиться в Канаді, або в умовах денного відвідування медичних установ (країни колишнього СНД і Європи) передбачає підвищення ефективності та зниження витрат на реабілітацію [46; 48; 56; 67].

Процес реабілітації передбачає відновлення максимально можливого рівня фізичної, психологічної та соціальної адаптації особистості та включає всі заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих та обтяжуючих станів та спрямованих на створення умов для оптимальної соціальної інтеграції людей з обмеженими можливостями [15; 23]. Як відомо, ефективна психосоціальна реабілітація покращує якість ремісії та задоволеність людей психіатричною допомогою, підвищує рівень соціальної життєдіяльності людей та стосунків з близькими, сприяє регуляції поведінки, відновлює працездатність [21; 27].

Тим не менш, проблема соціальної інтеграції цієї групи людей у суспільство та надання ефективної допомоги у відновленні чи досягненні оптимального рівня соціального функціонування залишається актуальною та невирішеною [28; 69]. У цьому контексті надзвичайно важливою є розробка чітких і конкретних критеріїв ефективності реабілітаційної допомоги шляхом оцінки динаміки реабілітаційного потенціалу та пошуку індикаторів поведінкових і функціональних змін осіб психіатричного профілю [5; 29].

Зарубіжні дослідники спираються на біопсихосоціальний, інтегральний або холистичний підхід до реабілітації осіб із нервово-психічними захворюваннями [7; 37; 49-50]. Основними компонентами холистичного підходу є:

- терапевтичне середовище;
- тісний контакт у міждисциплінарній команді;
- поєднання медикаментозного, психосоціального та психотерапевтичного впливу;
- поєднання індивідуального та групового лікування;
- обстеження збережених і порушених функцій;
- цілеспрямовані реабілітаційні заходи для пацієнта;
- робота з родинами [1; 22; 41].

У реабілітаційному підході осіб психіатричного профілю виділяють три основні напрямки роботи: відновлювальний, компенсаторний та адаптаційний [3; 10; 28]. Оновлений напрямок реабілітації пов'язаний зі зміною індивідуального функціонування пацієнта за рахунок покращення когнітивних функцій (покращення нейропсихологічних і когнітивних функцій, стимуляція розуміння соціально-емоційного контексту ситуацій), навичок самонавчання та компетенцій. Надання позитивного досвіду навчання та можливості для внутрішньої мотивації.

Компенсаторний напрямок являє собою розробку альтернативних методів встановлення і реалізації цілей завдання повсякденного життя та полягає в роботі з середовищем пацієнта і змінює його з залежності від його бажань і життєвої мети [31; 37; 39; 47; 50].

Подальший розвиток психосоціальної реабілітації базувався на таких принципах: партнерство, універсальність зусиль (з урахуванням усіх аспектів реабілітації для кожного пацієнта), єдність психосоціальних і біологічних методів лікування (комплексність застосування лікувально-відновлювальних заходів), поступовість прикладених зусиль (ступеневе виділення відновних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого) [11; 64].

При переході гострої фази захворювання в підгостру, а потім у хронічну фазу реабілітаційна допомога повинна надаватися в три послідовних фазах:

- перший етап – загальнозміцнювальна терапія, спрямована на попередження розвитку захворювання за допомогою середотерапії та стимуляції діяльності;
- другий етап – санація;
- третій етап – реабілітація.

Психосоціальна терапія та психосоціальна реабілітація, заснована на основних положеннях реабілітаційного напрямку, за останні десятиліття зазнала багато змін, але має досить розвинену систему зі своїми етапами, принципами та методами оцінки ефективності [1; 17; 29; 41].

Провідні вітчизняні фахівці з сучасної психосоціальної реабілітації психічно хворих виділяють такі принципи реабілітації:

а) початок процесу психосоціальної реабілітації на кожному етапі надання психіатричної допомоги;

б) необхідність сформулювати цілі кожного втручання та встановити конкретні часові рамки, протягом яких зазначена мета, ймовірно, буде досягнута;

в) вибір форм втручання для конкретного пацієнта відповідно до характеристик психосоціального дефіциту;

г) здійснення послідовності психосоціальних впливів з урахуванням все більшого наближення до нормальних життєвих вимог і набуття соціальної компетентності;

д) розгляд потреби в безперервній або періодичній психосоціальній підтримці наприкінці кожної фази або всієї програми психосоціальної реабілітації [31; 42].

Виділяють три фази реабілітації: оцінка і планування цілей і методів впливу; реабілітаційні заходи; досягнення результату та його оцінка [5; 18].

Іншими словами, існуючий підхід до реабілітації психічно хворих передбачає багатоаспектний підхід до психічної патології, включаючи клініко-психопатологічні, соціально-середовищні та особистісні показники при постановці цілей і завдань реабілітації, і свідчить про розуміння важливості догляду за пацієнтами багато професійної команди [16; 27; 37; 46].

Особливістю реабілітаційного процесу за кордоном, особливо у Великій Британії, є те, що при постановці цілей реабілітаційного впливу спеціалісти використовують систему індивідуального цілепокладання та систематичної оцінки результатів проведених заходів. При цьому оцінка реабілітаційного потенціалу та формулювання проблем пацієнта, на вирішення яких спрямована стратегія реабілітації, базуються на Міжнародній класифікації функціонування (МКФ), а не на МКХ [14; 18].

В даний час враховуються наступні критерії ефективності лікувально-реабілітаційного процесу в психіатрії: зменшення психопатологічної симптоматики, частота і тривалість госпіталізації, досягнення стійкої ремісії, зміна ступеня втрати працездатності, динаміка працевлаштування, зниження сімейного тягаря, поліпшення соціального стану, функціонування та підвищення якості життя [1; 17; 29].

На сьогоднішній день соціальне функціонування є одним із критеріїв одужання хворих на депресію, а його параметри є найбільш універсальними показниками самопочуття людини, ступеня її адаптації до навколишнього середовища, а тому визначаються як головне завдання реабілітаційних робіт [28; 31; 48; 53]. Крім того, нейрокогнітивний дефіцит виділяється як самостійний фактор і визначає соціальний і терапевтичний прогноз захворювання, при цьому соціальні знання мають середнє значення (нейрокогнітивні функції, соціальне пізнання) [40; 45-47]. Медикаментозне лікування, проведене окремо від психореабілітаційних заходів, на сьогодні багатьма авторами вважається недостатньо ефективним [36; 49].

Водночас біопсихосоціальна парадигма, багатofакторність психічних розладів, високий і стабільний відсоток інвалідності внаслідок психічних захворювань зумовлюють необхідність більшої стандартизації системи реабілітаційної допомоги цій категорії пацієнтів, запровадження порядку постановки конкретних і практичних цілей у процесі реабілітації та регулярний моніторинг досягнутих результатів [1; 17; 32; 45].

У «Заяві про психосоціальну реабілітацію», яку ВООЗ розробила спільно з Всесвітньою асоціацією психосоціальної реабілітації, перераховані такі завдання реабілітації:

- Зменшення вираженості психопатологічної симптоматики за допомогою тріади – медикаментозні, психотерапевтичні методи лікування та психосоціальні інтервенції;

- Підвищення соціальних навичок психічно хворих через розвиток комунікативних навичок, здатності долати стрес і працювати;

- Скорочення дискримінації та стигми;

- Підтримка сім'ї, в яких хтось страждає на психічні хвороби;

- Створення та збереження на більш тривалий строк соціальної підтримки, задоволення хоча б базових духовних потреб хворих людей: програмне забезпечення житлом, працевлаштуванням, організація дозвілля, творчість, соціальні мережі (коло спілкування);

- Збільшити автономію (незалежність) психічно хворих пацієнтів, покращення їх автономію та самозахист [4; 19; 33].

Психологічний аспект реабілітації тісно пов'язаний з медичним аспектом і спрямований на корекцію психічного стану пацієнта та подолання негативних психологічних реакцій, які виникають у зв'язку з хворобою чи інвалідністю [16; 25; 32].

До завдань психологічного аспекту відносяться формування адекватного ставлення хворого до хвороби, розвиток мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі та реалізації реабілітаційних заходів, подолання психологічної складової психосоматичної патології та створення умов для щодо особливого стану хворих; адаптація до нової життєвої ситуації внаслідок захворювання [2; 10; 12; 14-15; 18; 25; 40].

До основних принципів реабілітації відносяться:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів.
2. Доступність. Реабілітація має бути доступною кожному, хто її потребує.
3. Широке використання всіх доступних і необхідних реабілітаційних заходів.
4. Індивідуалізація програми реабілітації.
5. Поетапна реабілітація.
6. Безперервність і наступність на всіх етапах реабілітації.
7. Соціальна спрямованість реабілітаційних заходів.
8. Використання методів моніторингу адекватності фізичних вправ та ефективності реабілітації [6].

Сучасна біопсихосоціальна парадигма психічних розладів і переміщення основної частини реабілітаційної роботи людини в позалікарняні умови призвели до так званих поліпрофесійних бригадних форм охорони психічного здоров'я [1; 14; 20; 27; 32; 40; 48; 58]. На Заході традиційна патерналістська медична модель лікування з домінуючою фігурою психіатра вже давно замінена моделлю команди професійних партнерів [26; 28; 32; 38; 43; 47]. Модель міждисциплінарної команди базується на вільній взаємодії та обміні знаннями та досвідом між фахівцями, які належать до різних, хоча й споріднених, дисциплін і підпорядковані спільній, визначеній пацієнтом меті [24; 37; 47; 54]. Міждисциплінарна команда пропонує більш інтегрований підхід до догляду за пацієнтами, оскільки він базується на спілкуванні та взаємодії, і кожен член команди може внести ефективний внесок у більшість сфер послуг, що надаються. Сучасний командний метод роботи з психічно хворими передбачає постійний контакт між різними фахівцями та розуміння важливості того, що робить інший учасник мультипрофесійної команди [24; 51; 54; 58]. Такий підхід дозволяє провести комплексну діагностику стану пацієнта, що оптимізує вибір програми реабілітації шляхом ефективної міждисциплінарної взаємодії членів мультипрофесійної команди з урахуванням відповідної сфери професійної діяльності. Водночас ефективну міждисциплінарну взаємодію можна здійснити лише на основі системного підходу, що дає змогу розробити системно-орієнтовану модель психосоціальної реабілітації, яка максимально враховує її сучасні стратегії, інтереси всіх сил, задіяних у процесі реабілітації, а також набір релевантних цьому фактору моделей та їх ієрархію [29; 38].

В останні роки, в сучасну епоху психологія призначається особлива увага психосоціальній корекції, лікуванню та реабілітації [28; 37; 46; 51]. З 2005 року в Україні цей процес впроваджується на основі Закону «Про реабілітацію людей з обмеженими можливостями», в якому вперше на законодавчому рівні визначається концепція реабілітаційно-психологічних послуг.

В нашій роботі психологічна реабілітація осіб пропонує прийоми і методи саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження впливу негативних умов життєдіяльності, навчає позитивної мотивації, активізує соціальне ставлення до життя [8; 15; 19; 25; 31 40; 43; 52].

Сучасний стан використання методів психотерапевтичного лікування в психіатрії характеризується тенденцією до створення інтегративних підходів, що задовольняють потреби конкретних груп пацієнтів із психічними розладами. Інтегративні програми базуються або на принципах теоретичної інтеграції або технічної еkleктики, або на загальних неспецифічних факторах психотерапії [21; 27; 40].

У зарубіжній практиці в більшості стандартних програм лікування хворих на депресивні розлади наголошується на поєднанні освітніх і поведінкових технік з проблемно-поведінковим тренінгом. На думку авторів,

ефективність програм підтверджується зниженням частоти рецидивів захворювання [1; 3; 36; 38]. Основними методами психічної реабілітації є: різноманітні психотерапевтичні впливи (аутогенне тренування, гіпноз тощо), психогігієна та психопрофілактика, фізична культура, ерготерапія (трудотерапія), естетотерапія, ландшафтотерапія; музикотерапія, співотерапія, арт-терапія (малювання, ліплення), біографічне консультування (лікування спогадами), бібліотерапія (використання книг у лікуванні хворих), медикаментозна терапія [41; 49; 51].

Нині науковці активно впроваджують різноманітні форми та методи реабілітаційної роботи, впроваджуючи у свою діяльність різноманітні вітчизняні та зарубіжні теоретичні концепції та методичні розробки [38; 45; 50]. Реабілітаційні програми, що проводяться, безсумнівно підвищують якість життя пацієнтів і дозволяють їм підвищити свій соціальний рівень. Ці програми включають низку заходів: психоосвітні програми, тренінги соціальних навичок і навичок подолання, різні тренінги для розвитку когнітивних, соціальних і комунікативних навичок, широкий спектр мистецтва та трудотерапії [12; 21; 28].

Респонденти з депресивним синдромом повинні зосередитися на розкритті характеристики своїх психологічних ресурсів, працювати на підключення до загального лікувального комплексу на відповідному етапі психотерапії [6; 16; 29].

Пропозиції послідовності вирішення наступних завдань:

- перетин ексклюзивної вдумливості психопатологічних симптомів (в помірних кількостях зменшити її інтенсивність) із взаємозв'язком життєво важливих ситуацій, поточними проблемами та афективними реакціями;
- перетин розмови перед активацією (від питання «Як ти почуваєшся?» до питання «Щоб ви хотіли зробити?»);
- формування мотивації участі пацієнта в активному виявленні його власної когнітивної поведінки;
- контроль психотерапевтом впровадження знань, які одержав пацієнт в лікарні, в його реальне життя [50; 68; 71].

Програма реабілітації, повинна тривати не менше 3 місяців, послідовно, за етапами [45; 67]. Зазвичай найбільш ефективною програма психологічної реабілітації буде в тому разі, якщо складатиметься з 4 фаз (пререабілітаційна, реабілітаційна, ресоціалізаційна та амбулаторна) [29; 56; 66].

Так, до реабілітації етапність полягає в інформаційному періоді (протягом перших 1-2 тижнів персонал центру встановлює контакт з пацієнтом і його сім'єю, яка має бути інформованою про діяльність реабілітаційного центру та його програмою; застосовуються заходи щодо формування мотивації пацієнта, який сам повинен вирішити стосовно занять в реабілітаційному центрі) та мотиваційному періоді (протягом 2-4 тижнів учасник реабілітаційної програми знайомиться з правилами, розпорядком і основними принципами реабілітації).

Сам реабілітаційний етап складається з адаптивного періоду (на зміцнення передбачено 1,5 місяці прийняття рішення за допомогою персоналу та реабілітації групи, навчання нової необхідної поведінки і навичок спілкування), період інтеграції (2-3 місяці – поступово пацієнт засвоює нові правила, інструкції реабілітації, взаємодіє з персоналом – на рівні «дорослий»).

Етап реабілітації ділиться на 2 етапи, кожен з яких триває 3 місяці. На першому етапі відбувається професійне самовизначення пацієнта, його план та формулювання умов самозайнятості.

На другому етапі хворий активно готується до виписки з центру, старається усвідомити свої плани на життя і роботу. Для успішної реалізації своїх власних планів, пацієнт може відвідувати групи взаємодопомоги, амбулаторні групи постреабілітації.

Рівень після реабілітації, це є амбулаторний рівень, міри якого закладені індивідуально, для кожної особистості окремо та залежить від реабілітаційного потенціалу респондента та рівня мотивуючої готовності, можливості і т. д. На цьому етапі формуються поведінкові компетентності, відбувається реінтеграція в суспільство, а також профілактика рецидивів.

Так психосоціальна реабілітація в психології в останні роки набула великого значення щодо реабілітації психічно хворих пацієнтів та інтеграції їх у суспільство.

Тому, на нашу думку, виправданим є індивідуальний підбір певних «цілеспрямованих» лікувально-відновлювальних заходів, спрямованих на відновлення окремих функціональних зон і подолання існуючих обмежень і дефіцитів пацієнта, а також регулярне вимірювання отриманих результатів та їх відповідність поставлених цілей, є надзвичайно актуальним. Цілі та оцінка ефективності індивідуально підбраної та реалізованої програми реабілітації, на нашу думку, потребує вирішення проблеми вимірювання ефективності реабілітаційних заходів, через відсутність інструментарію експертної оцінки динаміки стану та повсякденної життєдіяльності респондентів.

Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація, яка спирається на основні положення реабілітаційного напрямку, зазнала ряд змін за останні десятиліття, але має струнку розроблену систему, що має свої етапи, принципи, способи оцінки ефективності [1; 17; 29; 41].

Провідні вітчизняні фахівці сучасної психосоціальної реабілітації психічно хворих виділяють наступні принципи реабілітації:

а) початок процесу психосоціальної реабілітації на будь-якому етапі надання психіатричної допомоги;

б) необхідність формулювання цілей кожного втручання і визначення конкретного часового періоду, протягом якого зазначену мету передбачається досягти;

в) здійснення вибору форм втручання для конкретного хворого відповідно до особливостей психосоціального дефіциту;

г) здійснення послідовності психосоціальних впливів з урахуванням все більшого наближення до звичайних життєвих вимог і досягненню соціальної компетентності;

д) облік необхідності підтримуючих безперервних або періодичних психосоціальних впливів при завершенні кожного етапу або всієї програми психосоціальної реабілітації [31; 42].

Виділено три етапи реабілітації: оцінка і планування цілей і способів впливу; реабілітаційні втручання; досягнення результату і його оцінка [5; 18].

Інакше кажучи, існуючий підхід до реабілітації психічно хворих має на увазі багатоаспектний розгляд психічної патології з включенням клініко-психопатологічних, соціально-середовищних і особистісних показників при постановці цілей і завдань реабілітації, демонструє розуміння важливості ведення хворих з участю поліпрофесійної бригади [6; 16; 27; 30; 46].

Особливістю реабілітаційного процесу за кордоном, зокрема в Британії, є те, що фахівці при постановці цілей реабілітаційних впливів використовують систему індивідуалізованої постановки цілей і систематичну оцінку результатів проведених заходів [8; 20]. При цьому, оцінка реабілітаційного потенціалу та формулювання проблем пацієнта, на вирішення яких і буде направлена реабілітаційна стратегія, здійснюються на основі Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), а не на МКБ [14; 18].

На даний момент в якості критеріїв ефективності лікувально-реабілітаційного процесу в психіатрії розглядаються: редукція психопатологічної симптоматики, частота і тривалість госпіталізацій, досягнення стійкої ремісії, зміна рівня інвалідизації, динаміка трудової зайнятості, зниження навантаження на сім'ю, поліпшення соціального функціонування та підвищення якості життя [1; 17; 29].

Соціальне функціонування є на сьогоднішній день одним із критеріїв одужання для хворих на депресію, а його параметри – найбільш універсальними показниками благополуччя індивідуума, рівня його адаптації в навколишньому середовищі, в зв'язку з чим, воно визначено як основне завдання проведеної реабілітаційної роботи [28; 31; 47-48; 53]. Крім того, нейрокогнітивний дефіцит виділяється в самостійний фактор і визначає соціальний і терапевтичний прогноз захворювання, проміжне значення між якими займають саме соціальні когніції (нейрокогнітивні функції, соціальне пізнання) [40; 45-47]. Медикаментозне лікування, яке проводиться окремо, на даний момент багатьма авторами визнається як недостатньо ефективне [36; 49].

Разом з тим, біопсихосоціальна парадигма, багатофакторність психічних розладів, високий і стійкий відсоток інвалідизації внаслідок психічних захворювань визначають необхідність більшої стандартизації системи реабілітаційної допомоги для даної категорії хворих, впровадження в реабілітаційний процес процедури постановки конкретних і практичних цілей, регулярного моніторингу досягнутих результатів [1; 17; 32; 45].

У «Заяві про психосоціальну реабілітацію», розробленому ВООЗ спільно з Всесвітньою асоціацією психосоціальної реабілітації, перераховані наступні завдання реабілітації:

- зменшення вираженості психопатологічних симптомів за допомогою триади – лікарських препаратів, психотерапевтичних методів лікування і психосоціальних втручань;
- підвищення соціальної компетентності психічно хворих людей шляхом розвитку навичок спілкування, вміння долати стреси, а також трудової діяльності;
- зменшення дискримінації та стигми;
- підтримка сімей, в яких будь-хто страждає на психічне захворювання;
- створення і збереження довгострокової соціальної підтримки, задоволення, щонайменше, базових потреб психічно хворих людей, до яких відносяться забезпечення житлом, працевлаштування, організація дозвілля, створення соціальної мережі (кола спілкування);
- підвищення автономії (незалежності) психічно хворих, поліпшення їх самодостатності та самозахисту [3-4; 9].

Психологічний аспект реабілітації тісно примикає до медичного, і спрямований на корекцію психічного стану пацієнта, а також на подолання негативних реакцій з боку психіки, що виникають у зв'язку з хворобою або інвалідністю [16; 25; 32].

До завдань психологічного аспекту входять формування у хворого раціонального ставлення до хвороби, вироблення мотивації активної участі в реабілітаційному процесі та виконання реабілітаційних заходів, подолання психологічного компонента психосоматичної патології та створення умов для психологічної адаптації хворого до нової внаслідок хвороби життєвої ситуації [2; 10; 12; 14-15; 18; 25; 40].

До основних принципів реабілітації відносяться:

1. Ранній початок проведення реабілітаційних заходів.
2. Доступність. Реабілітація повинна бути доступною для всіх, хто її потребує.
3. Комплексність використання всіх доступних і необхідних реабілітаційних заходів.
4. Індивідуалізація програми реабілітації.
5. Етапність реабілітації.
6. Безперервність і спадкоємність протягом усіх етапів реабілітації.
7. Соціальна спрямованість реабілітаційних заходів.
8. Використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності реабілітації [6].

Наразі вчені активно реалізують широкий спектр різних форм і методів реабілітаційної роботи, залучають у своїй діяльності різноманітні зарубіжні та вітчизняні теоретичні концепції та методичні розробки [38; 45; 50]. Проведені реабілітаційні програми, безсумнівно, підвищують якість життя

хворих, дозволяють поліпшувати їх соціальний рівень. Дані програми включають в себе комплекс заходів: психоосвітні програми, тренінг соціальних навичок і копінг-поведінки, різноманітні тренінги, спрямовані на розвиток когнітивних, соціальних і комунікативних навичок, широкий спектр напрямків арт- та трудотерапії [12; 21; 28].

План терапії респондентів з депресивним синдромом повинен орієнтуватися на розкриття особливостей їх психологічного функціонування для підключення до загального лікувального комплексу на відповідних етапах психотерапії [6; 16; 29].

Це передбачає послідовне вирішення таких завдань:

- перехід від виключного розгляду психопатологічних симптомів (у міру зниження їх інтенсивності) до питання взаємозв'язку життєвої ситуації, актуальної проблематики і афективних реакцій;

- перехід від опікаючого стилю лікарської бесіди до активації, структурування діяльності хворого (від питання «як себе почуваете?» до питання «чим ви хотіли б зайнятися?»);

- формування мотивації до участі хворого в активному виявленні свого когнітивно-поведінкового дефіциту і його усунення;

- контрольовані лікарем перенесення соціального тренування пацієнта з лікарняної обстановки в середу його реального життя [50; 81].

Етап ресоціалізації ділиться на 2 стадії, кожна з яких триває 3 місяці. На першій стадії відбувається професійне самовизначення пацієнта, формується план його подальшої трудової діяльності, а також формуються можливості і умови для самостійного життя на самостійно зароблені кошти, будуються контакти і відносини з людьми з середовища. На другій стадії пацієнт активно готується до виписки з центру, намагається реалізувати свої плани на життя і працевлаштування. Наскільки успішно проходить здійснення його власних планів, пацієнт може проаналізувати, відвідуючи групи взаємодопомоги, групи амбулаторного постреабілітаційного супроводу. У групі пацієнт може опрацьовувати конкретні помічені їм проблеми, обмеження, бар'єри.

Завершує реабілітаційний процес амбулаторний постреабілітаційний етап, заходи якого в кожному окремому випадку визначаються суто індивідуально і залежать від рівня реабілітаційного потенціалу респондента, його особистісних особливостей і рівня мотиваційної готовності, можливостей тощо. Даний етап включає в себе закріплення під час реінтеграції в суспільство отриманих в процесі реабілітації навичок, поведінкових реакцій і настанов, а також профілактику рецидивів.

Отже, психосоціальна реабілітація в психології придбала в останні роки значення як всеосяжний процес послідовного відновлення психічно хворих і інтеграції їх в суспільство. Разом з тим, вона все ще зберігає деяку «понятійну недостатність», так як при очевидній необхідності більш раннього свого початку, реабілітація часто не входить в арсенал завдань

фахівців, які надають допомогу на ініціальному і наступних етапах, адресуючи лише до віддалених і відстрочених етапах медичного супроводу пацієнта, що істотно відбивається на психіатричній практиці.

Так, в існуючих рекомендаціях терапії психічних розладів питання соціальної реабілітації часто стоять на одному з останніх, завершальних місцях в ряду заходів з надання спеціалізованої допомоги, що безумовно нівелює важливість заходів, що відносяться до реабілітаційної роботи, перетворюючи реабілітацію з системоутворюючого, навіть надсистемного, підходу в майже випадковий набір окремих методик.

Останнім часом інтерес вчених, практичних працівників, самих осіб і членів їх сімей до психосоціальної реабілітації зріс. В даний час існує велика кількість моделей психосоціальної реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак все вчені і практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) психічно хворих у суспільство. При цьому самі особи повинні відчувати себе не менш повноправними громадянами, ніж інші групи населення. З урахуванням сказаного, мету реабілітації можна визначити і так: це поліпшення якості життя і соціального функціонування людей з психічними розладами за допомогою подолання їх соціальної відчуженості, а також підвищення їх активної життєвої позиції.

Таким чином, вкрай актуальним, на наш погляд, є обґрунтованість індивідуального підбору тих чи інших, «цільових» лікувально-відновлювальних заходів, спрямованих на відновлення конкретних областей функціонування і подолання існуючих обмежень і дефіцитів пацієнта, а також регулярне вимірювання досягнутих результатів, їх відповідності поставленим цілям і оцінка ефективності індивідуально підібраної і проведеної реабілітаційної програми. На наш погляд, проблема вимірювання ефективності реабілітаційних заходів, відсутність інструментів для експертної оцінки динаміки стану і щоденного функціонування респондентів вимагає свого вирішення.

Питання для самоконтролю:

1. Що передбачається реабілітаційним процесом.
2. На чому акцентовані зарубіжні практики в більшості стандартних програм щодо реабілітації.
3. На скільки стадій поділяється етап ресоціалізації.
4. В чому полягає мета реабілітації.

1.3. Психологічний аспект визначення рівнів реабілітаційного потенціалу фахівців правоохоронної діяльності з депресивними розладами

Психологічний аспект програми реабілітації фахівців правоохоронних органів з депресивними розладами включає комплекс заходів, спрямованих на вивчення особливостей психоемоційних, заворотних та інших розладів, що розвиваються в рамках депресивних розладів, та їх корекцію. Основним завданням психологічного аспекту реабілітаційної програми є підвищення

реабілітаційного потенціалу особистості пацієнта, а саме створення належних умов для прийняття пацієнтом оптимальних рішень і дій, які дозволять досягти мети, поставленої реабілітаційними заходами. .

Оптимальна психологічна взаємодія виникає внаслідок правильного підбору фахівця з реабілітації, який супроводжує пацієнта у прийнятті важливих рішень у контексті реалізації реабілітаційних заходів. Таким спеціалістом може бути, наприклад, психолог, який, наприклад, коригуючи внутрішню картину хвороби, намагатиметься виробити у хворого відповідне ставлення до хвороби та її життєдіяльності.

Аналіз наукової літератури з питань психологічної реабілітації співробітників ПО з депресивними розладами виявив відсутність комплексних диференційованих програм їх корекції. Водночас поширеність депресивних розладів серед працівників правоохоронних органів, їх стійкість, схильність до хронізації свідчать про недостатню ефективність існуючих психотерапевтичних та реабілітаційних програм, оскільки не враховують психологічний реабілітаційний потенціал пацієнтів.

З метою визначення рівня психологічного реабілітаційного потенціалу та визначення його складових було обстежено 250 спеціалістів правоохоронних органів з депресивними розладами : 85 пацієнтів з депресивними розладами невротичного генезу, 70 осіб з депресивними розладами органічного генезу та 95 пацієнтів з депресивними розладами ендogenousного генезу (рис. 1). Відповідно до поставленої задачі визначення рівня психологічного реабілітаційного потенціалу було проведено класифікацію фахівців правоохоронних заходів при депресивних розладах за допомогою багатовимірного статистичного методу – дискримінантного аналізу, що дозволило виявити відмінності між трьома передбачуваними підгрупами (при рівень ПРП) і класифікувати об'єкти за принципом їх максимальної схожості. За допомогою дискримінантного аналізу вдалося якісно класифікувати спеціалістів діяльності правоохоронних органів при депресивних розладах за рівнем ПРП (табл. 1).



Рис. 1. Групи обстежених фахівців правоохоронної діяльності з депресивними порушеннями щодо визначення рівнів їх реабілітаційного потенціалу

Отже до першої підгрупи (спеціалісти). Правоохоронні заходи з депресивними розладами з високим рівнем ПРП) призначено 45 особам, II підгрупі (особи з депресивними розладами із задовільним рівнем ПРП) 115 осіб, III підгрупі (особи з депресивними розладами з низьким рівнем ПРП) - 90 спеціалістів дії правоохоронних органів.

Таблиця 1

Класифікаційна матриця (за результатами дискримінантного аналізу)

Показник ПРП	Групи осіб						Всього
	Невротичні депресії		Органічні депресії		Ендогенні депресії		
	Абс. кіл-ть	%	Абс. кіл-ть	%	Абс. кіл-ть	%	
Низький рівень	20	19,09	35	33,64	52	47,27	90
Задовільний рівень	44	36,45	42	32,15	37	31,35	115
Високий рівень	26	64,28	13	26,19	4	9,52	45

Аналіз отриманого результату занести в таблицю 2 де видно, що більшість спеціалістів – це пацієнти з депресивними розладами невротичного генезу (64,26 %), а більшість пацієнтів з низьким рівнем – особи з депресивними розладами ендогенного походження (47,29 %). Середній рівень PRR становив 36,45 % у пацієнтів з невротичною депресією та 32,15 % у спеціалістів. правоохоронних органів з органічною депресією та 31,35 % пацієнтів з ендогенною депресією.

Це відзначено і серед фахівців правоохоронних органів: 23,07 % пацієнтів з невротичною депресією мали низький, 47,27 % середній і 29,67 % високий ПРП (табл. 2) . спеціалісти _ правоохоронних органів з органічними депресивними розладами 43,02 % мали низький рівень ПРП, 44,18 % мали середній рівень ПРП і 12,79 % мали високий рівень ПРП. Серед фахівців правоохоронних органів з ендогенною депресією переважав низький рівень ПРП (55,91±4,04) %, 39,78 % – фахівців правоохоронних органів характеризувався середнім рівнем ПРП і лише 4,30 % пацієнтів був низьким. Статистичний аналіз, проведений за класичною методикою Карла Фішера, дозволив визначити, що фахівці правоохоронних органів з невротичними розладами характеризуються меншою кількістю із низьким рівнем ПРП ($p < 0,0023$, $DC = 2,71$, $MI = 0,27$ і $p < 0,0001$, $DC = 3,84$, $MI = 0,63$) і більше спеціалістів Правоохоронна діяльність із високим значенням ПРП ($p < 0,003$, $DC = 3,65$, $MI = 0,31$ та $p < 0,0001$, $DC = 8,39$, $MI = 1,06$ відповідно) порівняно з пацієнтами з органічною та ендогенною депресією.

Таблиця 2

Представленість рівнів реабілітаційного потенціалу серед фахівців правоохоронної діяльності з депресивними порушеннями

Рівні ПРП	Невротичні депресії (N=91)	Органічні депресії (N=86)	Ендогенні депресії (N=93)
	% ± m %		
Низький рівень	23,08 ± 2,25*	43,02 ± 3,82***	55,91 ± 4,04**
Задовільний рівень	47,25 ± 3,81	44,19 ± 3,88	39,78 ± 3,36
Високий рівень	29,67 ± 2,76*	12,79 ± 1,41***	4,30 ± 0,46**

Примітка:
 * – відмінності вірогідні на рівні $p < 0,05$ між особами з невротичними депресіями та органічними депресіями;
 ** – відмінності вірогідні на рівні $p < 0,05$ між особами з невротичними депресіями та ендогенними депресіями;
 *** – відмінності вірогідні на рівні $p < 0,05$ між особами з ендогенними депресіями та органічними депресіями.

Водночас слід зазначити, що кількість фахівців правоохоронних органів з органічною депресією зростає ($p < 0,027$, $DC = 4,73$, $MI = 0,20$), тоді як у пацієнтів з ендогенною депресією переважали ті, у яких ПРП був низьким ($p < 0,027$, $DC = 1,14$, $MI = 0,07$).

На наступному етапі дослідження було визначено вплив психологічних факторів на рівень РП. Для цього всі спеціалісти правоохоронних органів з депресивними розладами були ранжовані за показниками ПРП, а фактори, пов'язані з високими, помірними та низькими показниками ПРП, були оцінені за допомогою факторного аналізу. За результатами факторизації ознак виділено п'ять факторів, що характеризують високий, середній та низький рівні ПРП (табл. 3). Слід зазначити, що сумарна інформативність факторів, що характеризують високий рівень ПРП, дорівнювала сумі власних значень, поділених на кількість змінних, і становила 0,729; на середньому рівні – 0,621, а на низькому рівні сумарна інформативність виявлених факторів становила 0,797. Іншими словами: вибрані фактори пояснюють 72,9 %; 68,1 % і 79,7 % від загальної дисперсії, що вважається прийнятним результатом.

Таблиця 3

Фактори, пов'язані з високим рівнем реабілітаційного потенціалу у фахівців правоохоронної діяльності з депресивними розладами (за результатами факторного аналізу)

Найменування показників/факторів		Факторне навантаження/інформативність
<i>Високий рівень реабілітаційного потенціалу</i>		
Фактор «Адаптаційні чинники»		18,16 %
Адаптаційний потенціал	– Комуникативні здібності;	0,423
	– Відсутність соматичних скарг;	0,467
	– Емоційна лабільність;	0,512
	– Послідовність у досягненні цілей;	0,409
	– Узгодженість між цілями та досягненнями.	0,398
Життестійкість	– Середній рівень життестійкості;	0,556
	– Середній рівень залученості до життя;	0,512
	– Середній рівень готовності діяти.	0,476
Копінг-стратегії	– Компенсація;	0,522
	– Звернення;	0,426
	– Пасивна кооперація;	0,377
	– Емоційна розрядка;	0,384
	– Відносність.	0,401
Фактор «Мотиваційний компонент»		11,67 %
Ієрархія цінностей	– Важливість потреби в досягненні;	0,335
	– Важливість потреби в самостійності.	0,412
Показники екзистенціальної наповненості	– Середній рівень свободи;	0,467
	– Середній рівень самодистанціювання;	0,508
	– Низький рівень самотрансценденції.	0,511
Фактор «Особистісні особливості»		12,69 %
Внутрішня картина хвороби	– Ергопатичний тип ставлення до хвороби;	0,472
	– Анозогнозичний тип ставлення до хвороби.	0,411
Особистісні риси	– Низький/помірний рівень психічної ригідності.	0,378/0,412
	– Комунікабельність.	0,466
Фактор «Психопатологічні особливості»		14,58 %
Емоційні дисфункції	– Легкий рівень депресії;	0,612
	– Фобічна та ажитована депресія;	0,623 та 0,408

Найменування показників/факторів		Факторне навантаження/інформативність
	– Знижений фон настрою; – Тривожність; – Напруженість; – Критичне ставлення до хвороби.	0,688 0,711 0,398 0,406
Когнітивні дисфункції	– Зниження концентрації уваги.	0,389
Фактор «Міжособистісні компоненти»		15,36 %
Особливості міжособистісної комунікації	– Поступливість; – Турботливість; – Експресивність.	0,313 0,465 0,433
Особливості сімейних стосунків	– Згуртованість та організованість сімейної системи; – Орієнтація сім'ї на досягнення; – Незадоволеність стосунками з подружжям.	0,524 та 0,457 0,487 0,598
<i>Середній рівень ПРП</i>		
Фактор «Адаптаційні чинники»		17,76 %
Адаптаційний потенціал	– Зниження інтересу до життя; – Зниження нервово-психічної стійкості; – Астенічні реакції; – Емоційна лабільність; – Відсутність наполегливості; – Низька узгодженість між цілями та досягненнями.	0,381 0,476 0,448 0,511 0,621 0,609
Життєстійкість	– Середній/низький рівень життєстійкості; – Середній рівень прийняття ризику; – Низький і середній рівень контролю.	0,398/0,533 0,477 0,754
Захисні механізми	– Ігнорування; – Пригнічення емоцій; – Розгубленість; – Релігійність; – Активне уникнення.	0,623 0,387 0,833 0,502 0,599
Фактор «Мотиваційні чинники»		13,50 %
Ієрархія цінностей	– Важливість потреби в конформності; – Важливість потреби в безпеці; – Почуття обов'язку; – Зниження спонукальних мотивів.	0,376 0,455 0,711 0,532

Найменування показників/факторів		Факторне навантаження/інформативність
Показники екзистенціальної наповненості	– Знижений рівень свободи;	0,465
	– Низький рівень персональності;	0,498
	– Низький рівень самотрансценденції;	0,501
	– Зниження екзистенціальної наповненості	0,432
Фактор «Особистісні характеристики»		13,05 %
Внутрішня картина хвороби	– Неврастенічний, сенситивний, тривожний та егоцентричний тип ставлення до хвороби.	0,677/0,534/ 0,576 та 0,502
Особистісні риси	– Невпевненість;	0,453
	– Агресивність;	0,387
	– Самокритичність;	0,355
	– Зниження самоповаги;	0,612
	– Зниження самооцінки;	0,709
	– Пасивність у досягненні цілей;	0,345
	– Високий рівень актуальної, сенситивної та настановної ригідності.	0,498/0,387/ 0,466 та 0,508
Фактор «Психопатологічні показники»		11,12 %
Емоційні дисфункції	– Легкий та помірний рівень депресії;	0,327/0,511
	– Соматизована депресія;	0,576
	– Знижений фон настрою;	0,722
	– Тривожність;	0,487
	– Напруженість;	0,722
	– Зниження працездатності;	0,611
	– Раннє пробудження.	0,376
Когнітивні дисфункції	– Зниження концентрації уваги;	0,511
	– Зниження здібності до абстрагування;	0,403
	– Зниження швидкості мовлення.	0,509
Фактор «Міжособистісні складові»		12,67 %
Особливості міжособистісної комунікації	– Холодність;	0,411
	– Авторитарність;	0,576
	– Знижена експресивність.	0,733
Особливості сімейних стосунків	– Знижена згуртованість сімейної системи;	0,782
	– Підвищений контроль;	0,677
	– Незадоволеність стосунками з подружжям, родичами.	0,576/0,489

Найменування показників/факторів		Факторне навантаження/інформативність
<i>Низький рівень ПРП</i>		
Фактор «Адаптаційні чинники»		18,43 %
Адаптаційний потенціал	– Низький інтерес до життя;	0,678
	– Пасивна життєва позиція;	0,734
	– Нервово-психічна нестійкість;	0,822
	– Песимістичне сприйняття;	0,562
	– Низький комунікаційний потенціал;	0,644
	– Астенічні/психотичні реакції;	0,413/0,398
	– Відсутність наполегливості;	0,512
	– Низька узгодженість між цілями та досягненнями;	0,492
	– Негативна оцінка себе та власних вчинків;	0,588
– Низька послідовність у досягненні цілей.	0,482	
Життєстійкість	– Низький рівень життєстійкості: залученості, відповідальності та контролю.	0,698
Копінг-стратегії	– Смирення;	0,644
	– Пригнічення емоцій;	0,523
	– Самозвинувачення;	0,611
	– Покірність.	0,411
Фактор «Мотиваційні фактори»		15,83 %
Ієрархія цінностей	– Зниження спонукальних мотивів;	0,783
	– Спустошення цілісно-мотиваційної сфери.	0,798
Показники екзистенціальної наповненості	– Низький рівень екзистенціальної наповненості: свободи, відповідальності, персональності.	0,667
Фактор «Особистісні характеристики»		15,46 %
Внутрішня картина хвороби	– Апатичний, меланхолійний, параноїдний типи ставлення до хвороби.	0,578/0,672/ 0,702
Особистісні риси	– Підпорядкованість;	0,371
	– Байдужість;	0,487
	– Інтровертованість;	0,398
	– Відособленість;	0,518
	– Негативна оцінка себе та власних вчинків;	0,733
	– Підозрілість;	0,498
	– Пасивність;	0,663
– Високий рівень психічної ригідності.	0,684	

Найменування показників/факторів		Факторне навантаження/інформативність
Фактор «Психопатологічні показники»		15,11 %
Емоційні дисфункції	– Тяжкий і помірний рівень депресії;	0,671
	– Адинамічна депресія;	0,609
	– Знижений фон настрою;	0,521
	– Загальмованість;	0,772
	– Іпохондрія;	0,427
	– Напруженість;	0,533
	– Апатія;	0,712
	– Добові коливання;	0,398
	– Втрата ваги;	0,365
	– Почуття провини;	0,377
– Суїцидальні наміри.	0,403	
Когнітивні дисфункції	– Зниження концентрації уваги;	0,412
	– Зниження здібності до абстрагування;	0,547
	– Зниження запам'ятовування;	0,433
	– Зниження швидкості мовлення;	0,677
	– Порушення виконавчих функцій.	0,541
Фактор «Міжособистісні складові»		14,87 %
Особливості міжособистісної комунікації	– Холодність;	0,443
	– Проблеми з довірою;	0,465
	– Труднощі в розумінні інших;	0,621
	– Соціальне уникнення;	0,798
	– Знижена експресивність.	0,683
Особливості сімейних стосунків	– Відсутність близькості у сімейних стосунках;	0,734/0,456/0,623/ 0,318 та 0,411
	– Знижена орієнтація родини на незалежність, досягнення, інтелектуальне-культурне життя та активний відпочинок;	0,776
	– Ригідність сімейної системи;	0,723/0,472/
	– Незадоволеність стосунками з подружжям, родичами, в професійній та соціальній сферах.	0,376/0,458

Як видно з табл. 1. 4 Виявлено п'ять основних факторів, що впливають на рівень ПРП: адаптованість пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність емоційних та когнітивних розладів, особливості міжособистісного спілкування. Отримані дані були враховані при складанні КДППР.

Основні фактори, що визначають процеси адаптації та відновлення особистості фахівців правоохоронної діяльності при депресивних розладах, включаючи: рівень нервово-психічної стійкості, вираженість когнітивної та емоційної дисфункції, комунікативний потенціал особистості, рівень активності та наполегливості, рівень самооцінки, рівень залучення до життя, відповідальності та ригідності, наповненість ціннісно-сміслової сфери, адекватність типу ставлення до хвороби, ступінь послідовності в досягненні цілей, ефективність захисних психологічних механізмів (копінг-стратегій).

РОЗДІЛ II

2.1. Система соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості

Психологічний супровід спеціалістів правоохоронних органів на депресивні розлади було спрямоване на підвищення їх ПРП та особистісного адаптаційного потенціалу, у тому числі шляхом зменшення когнітивної та емоційної дисфункції, посилення мотиваційного компонента особистості, посилення свідомого регуляторного потенціалу, розвитку особистісних та міжособистісних адаптаційних ресурсів та переведення їх із латентного стану. Активний стан, покращував якість життя та суб'єктивне самопочуття людей з хронічними захворюваннями. Все це може бути ефективно реалізовано не тільки при наявності конкретних і диференційованих уявлень про особливості клінічної картини і психічного стану, але і при обов'язковому врахуванні фахівцями специфіки структури адаптаційного потенціалу особистості. Інформація, отримана в попередніх розділах, характеризує особливості структури адаптаційного потенціалу особистості фахівців дії правоохоронних органів.

Отримані результати, проведених досліджень фахівців правоохоронних органів з депресивними розладами, специфіки їх ПРП та ПРД, поточного психологічного стану, лягли в основу розробки комплексного диференційованого підходу до надання психологічної допомоги хворим на депресивні розлади.

Основою диференційованого підходу до надання психологічної допомоги фахівцям правоохоронних органів є цілі психологічної корекції та психотерапії (цілі психологічного впливу), застосування яких має прямий або опосередкований вплив на особистість пацієнта. Об'єктами психологічного впливу були п'ять основних факторів, що визначали рівень ПРП: адаптивність пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність емоційно-когнітивних розладів, особливості міжособистісного спілкування, які наведені в табл. 3.

Аналіз отриманих результатів дав змогу сформулювати керівні завдання і принципи та конкретизувати методи психологічної реабілітації фахівців.

В основі КДППР лежить важлива мета, яка полягає в пошуку та активації ресурсних можливостей (зовнішніх і внутрішніх) у фахівців правоохоронних органів з депресивними розладами як факторів, що сприяють подоланню депресивних розладів.

Для лікування депресивних розладів була запропонована диференційована соціально-психологічна програма розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу, основними завданнями якої були:

- посилення інтеграції в життєвий простір;
- оновлення адаптивних копінг-стратегій;
- відновлення комунікативного потенціалу особистості;
- заохочення емоційного вираження;

- підвищення нервово-психічної стійкості;
- корекція дезадаптивного ставлення до хвороби;
- підвищення самооцінки;
- корекція когнітивних та емоційних дисфункцій;
- підвищення осмисленості життя;
- корекція міжособистісних стосунків;
- відновлення ціннісно-мотиваційної сфери.

При виборі стратегії і тактики психотерапевтичного втручання ми керувалися загальними тенденціями сучасної психотерапії, які полягали в пошуку концептуальних моделей психотерапевтичної інтеграції. Така інтеграція має базуватися на єдиному клініко-психологічному підході, спрямованому на підвищення ефективності медико-психологічної допомоги та вторинної та третинної психопрофілактики.

Реалізація обраних завдань здійснювалася поетапно за рахунок комплексного підходу та використання інтеграції психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренінгу стійкості, когнітивних і соціальних навичок). Таким чином, кожен із методів психокорекції виконував свою роль у процесі психотерапевтичної терапії, доповнюючи інші.

У ході реалізації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості |наступні| етапи:

- I – діагностичний етап;
- II – психокорекційна фаза;
- III – реконструктивний етап.

Пропонована програма передбачала поєднання індивідуальної та групової форм роботи. Зміст кожної з визначених фаз був таким.

Діагностичний етап мав на меті визначити ступінь та вираженість ПРП в осіб з депресивними розладами, що відображає порушення їх особистісних ресурсів та адаптаційних можливостей, що слугувало визначенням цілей психотерапевтичних втручань.

Психокорекційний етап був спрямований на стабілізацію психоемоційного стану особистості, формування мотивації до лікування, психологічну перебудову ставлення до хвороби, до себе, зміну дисфункціональних переконань респондента на більш адаптивні, а також корекцію сфери мотивація та самооцінка людей з депресивними розладами. Ця фаза була реалізована шляхом інтеграції когнітивно-поведінкової, екзистенціальної аналітичної психотерапії та арт-терапії.

Мотиваційна робота базувалася на принципах і методах мотиваційної терапії (В. Ялтонський). Основним завданням мотиваційної терапії є пробудження внутрішньої готовності впоратися з проблемою шляхом усвідомлення наявності симптомів депресії, розпізнавання причини рецидиву депресивного розладу та пояснення респонденту необхідності лікування. Респондент повинен усвідомлювати і розуміти своє захворювання і

необхідність його лікування, а також оцінювати прогноз терапевтичних заходів. У центрі уваги пропонованої мотиваційної роботи – особа фахівця правоохоронної діяльності, емпатія, рефлексивність, підтримка особистості пацієнта. Психолог та психотерапевт звертають особливу увагу на роль самого респондента в процесі терапії, наголошують на необхідності його «внутрішньої» роботи, зміни стереотипів поведінки та міжособистісних стосунків. Окрім підвищення обізнаності, важливим методом у мотиваційній роботі є побудова підтримуючих стосунків із спеціалістом правоохоронної сфери діяльності. Підтримуючі стосунки мають пропонувати турботу, підтримку, розуміння та прийняття та базуватися на «відкритих питаннях» і рефлексивне слухання. Заняття склалися з 4-5 щоденних приватних уроків по 40 хвилин.

Метою арт-терапії було усунення наявних поведінкових та емоційних розладів у психологів та лікарів. Визначено, що формування позитивної самооцінки, розвиток комунікативних навичок, здатність приймати самостійні рішення та проявляти ініціативу, навичок психічної саморегуляції та здатності конструктивно виражати емоції, сприяє їх більш успішній адаптації, самовираженню, внутрішній інтеграції особистості. Техніки арт-терапії (живопис, скульптура тощо) забезпечували безболісний доступ до глибинного психологічного матеріалу, стимулювали переробку несвідомих переживань, забезпечували додатковий захист і знижували опір змінам. Доцільність використання арт-терапії в лікуванні депресивних розладів зумовлена кількома причинами:

- по-перше, арт-терапевтичні матеріали дозволяють виражати почуття; це також викликає різноманітні емоційні реакції, що сприяють психологічним змінам;
- по-друге, образи впливають на минулий і поточний досвід спеціалістів правоохоронної діяльності, а також дозволяють висловлювати ідеї про майбутнє; нові ситуації та моделі поведінки можна змодельовати та відтворити в образотворчій формі, перш ніж вони будуть виражені та зрозумілі в реальній поведінці;
- по-третє, за допомогою картинок можна висловити думки та почуття, які важко передати словами тощо.

Для спеціалістів правоохоронних органів з депресивними розладами, ми розробили та впровадили курс арт-терапевтичних заходів, особливістю якого стала регламентація сеансів арт-терапії та специфіка завдань для цієї групи людей. Сеанси арт-терапії проводилися тричі на тиждень по 60 хвилин. Тривалість курсу 3-6 місяців. Структура кожного сеансу арт-терапії складалася з двох основних частин:

1. *невербальна, творча, неструктурована*. Найважливішим засобом самовираження є художня діяльність (малювання, ліплення). Використовувалися різноманітні механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (80 % заняття).

2. *вербальний, який був більш апперцептивним і формально структурованим.* Мова йшла як про словесну дискусію, так і про інтерпретацію намальованих предметів та асоціацій, які виникали. Використовувалися механізми вербального самовираження та візуальної комунікації (20 % заняття).

Когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) складалася з 10-12 індивідуальних сеансів тривалістю 50 хвилин. Мета полягала в тому, щоб встановити та актуалізувати хворобливі ідеї та переконання пацієнта та трансформувати їх у більш адаптивні та продуктивні. Метою терапії є зміна емоційного стану і настрою пацієнта завдяки раціональному і логічному переробленню пацієнтом суб'єктивного образу себе і світу, що підкріплюється раціональними переконаннями психологом пацієнта в необґрунтованості негативних і низької самооцінки, як своїх досягнень у минулому, так і в теперішньому та майбутньому. КПТ уможливила інтеграцію когнітивних, поведінкових та емоційних стратегій для зміни особистості, а також виявлення та представлення впливу когнітивних функцій та поведінки на емоційні області та функціонування всього організму пацієнта.

Так, фахівці правоохоронної сфери визначили, проаналізували та виправили помилкові концептуальні та дисфункціональні переконання. Вони навчилися вирішувати проблеми та знаходити виходи із ситуацій, які раніше здавалися їм нездоланими, переосмислюючи їх і коригуючи своє мислення. СВТ допомагає спеціалістам правоохоронної сфери думати та діяти більш реалістично та адаптивно, усуваючи симптоми, які їх турбують. Ключ до когнітивного підходу полягає в наданні об'єктивної інформації про причинно-наслідкові зв'язки розвитку депресивних розладів, позитивізації уявлень індивіда про себе та свої можливості, формуванні оптимістичного ставлення до майбутнього.

Використання терапії екзистенціальним аналізом було спрямоване на допомогу професіоналам правоохоронної діяльності повноцінно реалізувати себе як особистість, побачити нові перспективи життя, зрозуміти сенс теперішнього і майбутнього життя, допомогти впоратися з життєвими проблемами, навчити жити життям таким, яке воно є, усіма його гранями, щоб зрозуміти і прийняти труднощі і парадокси, розвивати свої здібності, краще знайти свій шлях у реальному житті, навчити його користуватися свободою вибору і брати відповідальність за цей вибір і його наслідки. Екзистенціальна аналітична психотерапія проводилась у формі групової роботи. Групові заняття проходили щодня по 1,5 години (20-25 занять).

Екзистенціальна групова терапія базується на тих же принципах екзистенціальної філософії та психології, що й індивідуальна терапія. Загальновідомо, що екзистенціальна терапія спрямована не на людину як ізольовану духовну цілісність, а на людину як буття-у-світі, тобто на її життя. В екзистенціально-аналітичній психотерапії життя людини сприймається як сукупність її відносин зі світом (це визначення служить базовою

передумовою як індивідуальної, так і групової екзистенціальної терапії). У контексті екзистенціальної терапії існує чотири основні виміри буття у світі: фізичний, соціальний, психологічний і духовний. Людина стикається зі світом одночасно в кожному із згаданих вимірів і на цій основі формує свої керівні установки, значення та цінності.

Іншою фундаментальною рисою екзистенціальної терапії (крім розуміння людини як буття-у-світі) є прагнення зрозуміти людське життя крізь призму універсальних екзистенціальних факторів. Крім конкретних, індивідуальних екзистенціальних факторів, що визначають унікальність кожного з нас, універсальні фактори утворюють своєрідну межу розуміння життя конкретної людини.

Терапевтична група – це структурована життєва ситуація, в якій кожен учасник має можливість для багатовимірного самовираження – особисті події, взаємодія між учасниками та з терапевтом формують життя групи. Учасники говорять не з точки зору пережитих проблем чи типів характерів, а також клінічних категорій, за якими їх можна класифікувати, а як люди, які формують своє життя по-різному та мають специфічні стосунки зі світом. Тому групу екзистенціальних переживань (ЕД) можна назвати мікрокосмосом, в якому відображається макрокосмос життя. Екзистенціальна група – це живий і терапевтичний досвід для всіх учасників. Будь-який людський досвід – свідомий і несвідомий, раціональний і ірраціональний, емоційний і когнітивний, особистий і міжособистісний, інтрапсихічний і трансперсональний – пов'язаний з явищами реальності. Він не оцінює досвід як хороший чи поганий, значущий чи безглуздий. Будь-який життєвий досвід має сенс, і ще важливіше те, що сама людина робить з цього досвіду. Відомий письменник О. Хакслі стверджував, що досвід - це не те, що відбувається в житті людини, а те, що людина робить з тим, що відбувається в її житті. ГЕД надає спеціалістів Правоохоронні органи з депресивними розладами мають унікальну можливість для самоперевірки – в очах інших і з їх допомогою – з метою терапевтичних змін. Основна мета ЕГТ – допомогти учасникам зрозуміти можливості, які надаються їм у житті, та обмеження, пов'язані з ними через вплив індивідуальних і універсальних чинників існування. У групі вся увага приділяється розумінню процесу життєдіяльності як самої групи, так і окремих її учасників, розкриттю їх протиріч і парадоксів. Все спрямовано на те, щоб учасники групи могли краще побачити реалії життя, позбутися ілюзій і самообману, точніше визначити свої прагнення, бажання, цілі і основні установки, знайти життєвий напрямок, який задовольняє їх.

Основні цілі ЕГТ можна визначити наступним чином:

- Розширення меж свідомості та саморозуміння;
- Підвищення активної життєвої позиції особистості;
- Розвиток здатності сприймати дійсність (коли людина бачить дійсність недеформованою, вона позбавляється ілюзій і самообману, ясніше бачить своє покликання і цілі в житті, знаходить сенс у повсякденних турботах, набирається мужності для свободи і несе відповідальність);

- Прийняття та підвищення особистої відповідальності за події у власному житті;
- Розвиток вміння створювати та підтримувати тісні стосунки;
- Формування вміння бажати і отримувати без почуття провини;
- Розвиток здатності вільно обирати та ризикувати, а також приймати неминучість страху та провини;
- Формування здатності розпізнавати ресурси, механізми та способи вирішення конфліктів з минулого досвіду та знаходити нові адаптивні стратегії поведінки для їх вирішення.

Предметом групової психотерапії, як і психотерапевтичних впливів у цілому, були психологічні фактори розвитку хвороби (внутрішньопсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, «внутрішня картина хвороби», у тому числі патологічна реакція особистості на хворобу). Хвороба, система значущих людських стосунків, включаючи соціальні зв'язки, порушені внаслідок хвороби).

При проведенні ЕГТ були використані специфічні підходи до ключових особистісних та екзистенційних проблем, а саме:

- Акцент на розвиток самосвідомості (самосвідомості, що включає усвідомлення «Я»);
- Усвідомлення своїх мотивів, вибору (вигоди), системи цінностей, цілей, смислів (у контексті екзистенціальної парадигми фокус зосереджений на ціннісному досвіді свого «Я», розкритті сенсу та цінності свого життєвого світу. Дозволити клієнту усвідомлювати та переживати власні межі, можливу свободу від минулого, цінність свого «Я» та цінність життя в сьогоденні;
- Культивування свободи та відповідальності (Мета психотерапевта – допомогти клієнту знайти способи уникнути відповідальності та свободи та заохотити його йти на ризик у зв'язку з цими цінностями. Роз'яснення того факту, що у клієнта завжди є вибір, заохочення відкрито визнання власної відмови від відповідальності, заохочення до захисту власної незалежності (автономії) та підкреслення особистих бажань і переживань пацієнта, особистого вибору в тій чи іншій життєвій ситуації – ось основні вимоги до виконання цього посібника;
- Допомога у розкритті чи створенні сенсу (при реалізації даного посібника корисною є методика «фіксації на змісті», запропонована Ю. Гендліним. Її зміст полягає в концентрації уваги на тілесних відчуттях у процесі будь-яких дій. Клієнт – просять мовчати і намагатися відчутти і зрозуміти його реальні переживання та їх значення для нього. Важливим моментом при використанні техніки є відкриття «екзистенційного вакууму» (В. Франкл) і конфронтація з ним. Щоб полегшити клієнту або можливі переживання клієнта Психотерапевт не надає клієнту сенс життя клієнта, а лише створює умови для того, щоб клієнт відкрив або створив свої власні сенси;

– Унікальність та самобутність. Ключ до реалізації цього «механізму» психотерапії полягає в тому, щоб спонукати клієнта відкрито виражати свої почуття та усвідомлювати різницю між реактивними, ситуативними та глибокими, особистими почуттями та переживаннями. Основним напрямком реалізації цієї психотерапевтичної передумови є відкриття свого «автентичного» «Я» і – «Я», яке не є реальним, якщо пацієнт не робить, не говорить і не відчуває того, що йому властиво або чого він хоче. Але те, що пов'язано з імітацією життя, з іграми, не є справжніми стосунками близькості чи відчуження з іншим. Власна ідентичність (де «Я», «моє», де «не Я», «не моє») і переживання власної ідентичності, «Я» як унікального, неповторного життєвого середовища – головна орієнтація тут (є психотерапевтичною передумовою);

– Зв'язки з часом. Незважаючи на те, що акцент робиться на реальних переживаннях, ставлення до часу (до майбутнього, до минулого) є важливим моментом і методом психотерапевтичної роботи. Просте запитання: «Як ти уявляєш нашу зустріч через 10 років?» – може викликати цілий спектр переживань, пов'язаних не лише з розумінням власного життя, а й з дослідженням його можливих смислів. Крім того, проєктивне вивчення можливих шляхів самореалізації іноді підвищує рівень реалізації особистості в сьогоденні.

Реконструктивний етап був спрямований на корекцію міжособистісних стосунків, розвиток навичок соціальної взаємодії та спілкування, підвищення стійкості до подолання складних життєвих ситуацій у людей з депресивними розладами. Ця фаза була реалізована за допомогою тренінгу когнітивних і соціальних навичок і тренування життєвої сили. Проведено тренінги з людьми, які пройшли курси когнітивно-поведінкової психотерапії та НЕРД та були мотивовані на наступний етап реабілітації.

Тренінг когнітивних і соціальних навичок спрямований на:

– корекцію пам'яті шляхом її перебудови та інтеграції з іншими когнітивними функціями (сприйняття, мислення) за допомогою різних мнемотехнічних прийомів;

– активізацію процесів мимовільної та довільної уваги;

– розвиток і тренування навичок логічного мислення, що формує цілеспрямованість, послідовність і гнучкість висновків;

– розвиток образного мислення, що є необхідним ресурсом асоціативної пам'яті;

– удосконалення вербальних навичок шляхом збільшення активного словникового запасу;

– залучення людей до творчої діяльності, що стимулює пошук творчих когнітивних і поведінкових стратегій;

– навчання людей здатності перемикає увагу від страшних і тривожних спогадів та ідей до корисної діяльності;

- створення позитивної емоційної атмосфери, почуття задоволення від виконаної роботи з подолання інтелектуальної та соціальної ангедонії у пацієнтів;

- тренування регуляторних функцій шляхом дотримання режиму розумової діяльності, що чергується з відпочинком та іншими видами активної діяльності;

- подолання соціальної ізоляції, формування навичок соціально адекватної поведінки в умовах групової роботи;

- розширення загальної перспективи, що визначає можливості залучення до нових форм бізнесу та дозвілля;

- формування мотиваційного ставлення до самостійної роботи;

- посилення комунікативної спрямованості та когнітивної диференціації мислення (робота з поняттями, орієнтованими на іншу людину, спільна діяльність у парах та групах для досягнення спільної мети);

- розвиток когнітивної точності та диференціації соціальної перцепції (навчання розпізнаванню невербальної комунікації – міміки, пози, жестів, аналізу та кваліфікації міжособистісних ситуацій, точності відтворення мовної поведінки партнера);

- розвиток регуляції своїх емоційних станів, мислення та поведінки шляхом розвитку навичок самоаналізу та самоосвіти;

- відпрацювання навичок соціальної поведінки (навчання спілкуванню на різні теми в групі, моделювання та розігрування реальних ситуацій);

- навчання ефективним стратегіям вирішення міжособистісних проблем (розбивка проблеми на більш дрібні, вибір етапів вирішення і конкретних завдань, методів вирішення цих завдань).

Участь у когнітивному тренінгу дозволяє пацієнтам повернутися до повноцінного активного життя, яке потребує сторонньої допомоги, виконання професійних обов'язків та реалізації кар'єрних прагнень, використовуючи власні когнітивні ресурси. При формуванні груп враховували тяжкість когнітивних розладів, але свідомо передбачали, що в тренінгу одночасно братимуть участь пацієнти з різним ступенем когнітивного зниження. При цьому очікуваний досвід неуспішності та неспроможності деяких людей запобіг індивідуальний підхід до кожного при виборі запропонованих завдань. Склад учасників з різними когнітивними можливостями створював природну конкуренцію в групі та стимулював активну роботу (важливо було не перевищити допустимий поріг емоційної напруги).

Навчання стійкості базується на припущенні, що стійкість не є вродженою характеристикою, а розвивається протягом життя (С. Мадді). Це система переконань, яку можна розвинути. Можна виділити дві основні цілі, які переслідують цей тренінг:

1. Глибше розуміння стресових обставин, шляхів їх подолання та пошук способів активного вирішення проблем.

2. Постійне використання зворотного зв'язку, що поглиблює саморозуміння включення, контролю та прийняття ризику.

Навчання включало три основні техніки:

1. Реконструкція ситуації. При використанні цієї техніки акцент робиться на фантазію і вирішення проблеми. Визначаються ситуації, які сприймаються як стресові; стресові ситуації розглядаються з ширшої точки зору. Завдяки реконструкції ситуацій пацієнт дізнається, які приховані припущення він зробив, які визначають, наскільки стресовими є обставини та які заходи можуть розрядити ситуацію. У рамках реконструкції ситуацій використовувалося подання кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування. Застосовується, коли пряма трансформація стресових обставин неможлива. Техніка, розроблена Ю. Гендліном, являє собою пошук неусвідомлених емоційних реакцій (що перешкоджають прийняттю рішення) шляхом звернення до «внутрішнього змісту». Мета – емоційне розуміння, яке допомагає трансформувати стресові ситуації в можливості.

3. Збалансоване компенсаторне самовдосконалення. Якщо трансформація ситуації неможлива, то фокус зміщується на іншу проблему, так чи інакше пов'язану з цією проблемою. Ваше рішення спонукає людину звернути увагу на те, що можна змінити (адже контролювати все неможливо).

Оптимальна чисельність навчальних груп – 12-15 осіб. Групи є змішаними за гендерною ознакою. Тривалість уроку 75-90 хвилин. 2 рази на тиждень. У тренінгах реалізовано принцип «відкритого функціонування», що передбачає автономність і завершеність кожного заняття, що дає можливість учасникам бути залученими до роботи групи на кожному етапі.

Загалом основним результатом запропонованої диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості є усвідомлення психологічних механізмів розвитку депресивних розладів, підвищення адаптаційних ресурсів особистості, особистісної відповідальності за події, що відбуваються у власному житті, підвищення рівня адаптаційних можливостей особистості, психоемоційний стан, власні рішення та стосунки, що є суттєвим мотиваційним фактором у подоланні хвороб. Визначення ресурсних можливостей пацієнта в рамках терапії пропонує пацієнту додаткову підтримку та допомогу в подоланні симптомів депресії.

2.2. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення

З метою оцінки ефективності розробленого експертами КДППР проведено тестування правоохоронної діяльності при депресивних розладах у порівнянні з традиційними методами лікування. В тестуванні розробленої системи взяли участь 98 осіб з депресивними розладами. До 1 групи увійшли 52 респонденти, які проходили диференційовану програму розвитку соціально-психологічного реабілітаційного потенціалу. II групу склали 46 осіб, які отримували традиційні реабілітаційні заходи. Піддослідні в групу відбиралися на добровільній основі.

Критеріями оцінки ефективності диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості були обрані: вираженість характеристик реабілітаційного потенціалу (за результатами

дослідження «Реабілітаційний потенціал особистості»). індивідуальна» методика І. Кулагіної, Л. Сенкевич), індекс задоволеності життям (за результатами шкали «Індекс задоволеності життям» Н. Паніної) та результати оцінки ступеня покращення стану за заг. клінічне враження за такими критеріями: одужання, значне поліпшення, поліпшення, відсутність ефекту та погіршення стану . Оцінку за цими шкалами проводили двічі: до і після лікування.

Результати оцінювання індексу задоволеності життям наведено на рис. 2, з якого видно, що спеціалісти правоохоронної діяльності при депресивних розладах мала низькі показники інтересу до життя (20,34 бала для I групи та 21,08 бала для II групи), позитивної самооцінки (20,09 та 21,45 бала відповідно) та загального фону настрою (21,76 та 21,45). балів відповідно) до 22,45 балів), узгодженість між цілями та досягненнями (23,56 та 23,04 балів відповідно) та загальний індекс задоволеності життям (22,66 та 23,62 балів відповідно).

Після реабілітації позитивна динаміка спостерігалась в обох групах, однак у I групі динаміка вірогідно достовірна за показниками «інтерес до життя» ($t = 2,345$, $p < 0,01$), «загальний фон настрою» ($t = 2,176$, $p < 0,025$), «позитивна самооцінка» ($t = 3,512$, $p < 0,0001$) та «загальний індекс задоволеності життям» ($t = 2,112$, $p < 0,05$). Тобто, можна сказати, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу вплинула на покращення суб'єктивного самопочуття, що виражається у підвищенні інтересу до життя як позитивної оцінки власних якостей і вчинків, і загальний фон настрою.

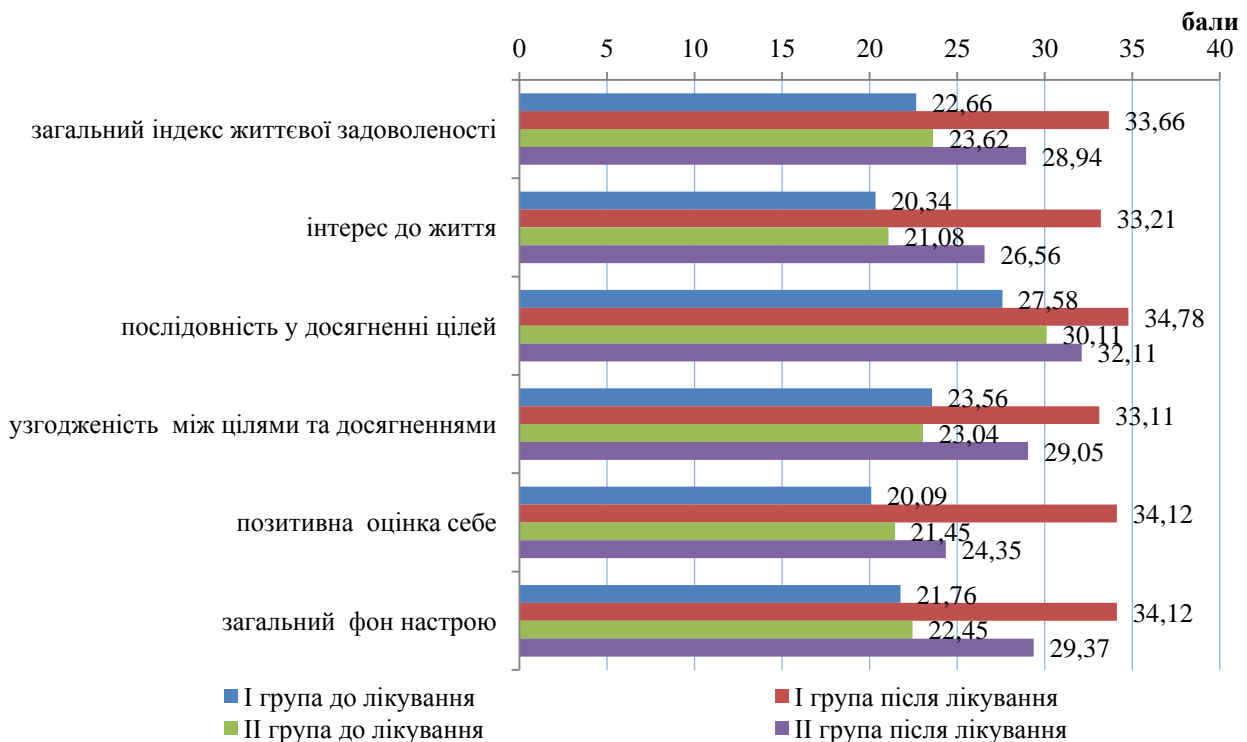


Рис. 2. Динаміка психологічного благополуччя у фахівців правоохоронної діяльності з депресивними розладами

Динаміка реабілітаційного потенціалу фахівців правоохоронних органів щодо депресивних розладів оцінювалася за шкалою «Реабілітаційний потенціал особистості», яка оцінювала мотиваційний, емоційний, комунікативний, самооцінний компоненти реабілітаційного потенціалу та власну клінічну картину. Вихідні показники РП були низькими та практично однаковими в обох групах осіб з депресивними розладами (рис. 2).

Після реабілітації позитивна динаміка спостерігалася в обох групах. При цьому підвищився мотиваційний компонент РП, який відображає широту інтересів і рівень активності респондента, спрямованого на вирішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я: у I групі на 21,9 р. % ($p < 0,0001$), у II групі – на 9,01 %; загальний емоційний фон у життєдіяльності особистості підвищився: у I групі на 29,93 % ($p < 0,0001$), у II групі на 10,04 % ($p < 0,05$); покращилось сприйняття власних якостей і ставлення до себе як до хворої: у I групі на 24,56 % ($\delta < 0,0001$), у II групі – на 11,75 % ($\delta < 0,025$); підвищилася готовність людей до соціальних стосунків і спілкування: у 1-й групі на 31,46 % ($p < 0,0001$), у 2-й групі – на 9,95 %.

Змінилося і ставлення до хвороби, зменшилась фіксація на негативних сторонах хвороби: у I групі – на 17,98 % ($p < 0,0001$), у II групі – на 7,77 %. Визначено вірогідні відхилення, які полягають у перевазі позитивної динаміки загального показника РП у I групі, який покращився на 25,16 % ($p < 0,0001$), тоді як у II групі вірогідні значення позитивної динаміки відсутні і дорівнює 9,7 %.

Оцінку ступеня покращення стану за загальним клінічним враженням проводили через 6 місяців після лікування (табл. 4). Встановлено, що в групі хворих на депресивні розлади, які проходили диференційовану соціально-психологічну програму, спрямовану на розвиток реабілітаційного потенціалу особистості, порівняно з особами контрольної групи достовірно частіше (34,62 %) спостерігалось повне одужання (17,39 %), з $p < 0,029$. Водночас спеціалісти у правоохоронній діяльності контрольна група частіше спостерігала лише покращення стану (47,83%) у порівнянні з респондентами, залученими до програми (26,92 %), з $p < 0,017$. Відсутність ефекту терапії зареєстровано у 6,52 % осіб групи порівняння.

Таким чином, результати апробації розробленої програми психологічної реабілітації людей з депресивними розладами свідчать про її високу ефективність та ефективність порівняно з традиційними програмами лікування депресивних розладів.

З метою створення диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості проведено аналіз рівня PRP у осіб з депресивними розладами. Встановлено, що для осіб із невротичними розладами характерна менша кількість пацієнтів із низьким рівнем PRP ($p < 0,0023$, DC = 2,71, MI = 0,27 та $p < 0,0001$, DC = 3,84, MI = 0,63). Більше людей із високим рівнем PRP ($p < 0,003$, DC = 3,65, MI = 0,31 та $p < 0,0001$, DC = 8,39, MI = 1,06 відповідно) порівняно з пацієнтами з органічною та ендogenous депресією.

Отже, в результаті аналізу було виділено п'ять основних факторів, що впливають на рівень PRP: адаптивність пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність емоційно-когнітивних розладів, особливості міжособистісного спілкування та його компоненти були визначені. Отримані дані були враховані при визначенні цілей психотерапевтичного впливу та використані при створенні диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості.

Враховуючи складові ППР та ППД у осіб з депресивними розладами, розроблена програма визначила завдання психологічного впливу: підвищення залученості до життя; оновлення адаптивних копінг-стратегій; Відновлення комунікативного потенціалу особистості; заохочення емоційного вираження; підвищення нервово-психічної стійкості; корекція дезадаптивного ставлення до хвороби; підвищення самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; корекція міжособистісних стосунків; Відновлення ціннісно-мотиваційної сфери.

Запропонована реабілітаційна програма є комплексним підходом до лікування з використанням інтегрованих психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та навчання стійкості, когнітивних і соціальних навичок).

У ході реалізації програми були виділені етапи:

I – діагностичний етап (діагностика ПРП та ПРД в осіб з депресивними розладами);

II – психокорекційна фаза (фаза психологічної перебудови сфери мотивації та впевненості в собі);

III – фаза реконструкції (фаза формування навичок, що сприяють покращенню адаптаційних можливостей пацієнта та відбудові міжособистісних стосунків). Пропонована програма передбачала поєднання індивідуальної та групової форм роботи.

У затвердженні розробленої програми взяли участь 98 осіб з депресивними розладами. До першої групи увійшли 52 особи, які проходили психологічну реабілітацію за розробленою системою, до другої групи – 46 пацієнтів, які отримували традиційне лікування. Доведено, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу особистості суттєво впливає на підвищення інтересу до життя ($t = 2,345$, $p < 0,01$) та загального фону настрою ($t = 2,176$, $p < 0,025$), позитивна самооцінка ($t = 3,512$, $p < 0,0001$), підвищення загального індексу задоволеності життям ($t = 2,112$, $p < 0,05$) та реабілітаційного потенціалу ($p < 0,0001$) осіб з депресивними розладами.

Катамнетичні дослідження, проведені протягом 6 місяців після завершення диференційованої соціально-психологічної програми, спрямованої на розвиток реабілітаційного потенціалу особистості, підтвердили стійкість терапевтичного ефекту в 1 групі. За результатами апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами підтверджено її високу ефективність порівняно з традиційними реабілітаційними програмами.

ВИСНОВКИ

Запропоновано систему соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; наведено результати апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; проаналізовано та узагальнено результати початкового етапу дослідження.

У формувальній фазі дослідження взяли участь 98 осіб з депресивними розладами.

До 1 групи увійшли 52 респонденти, які брали участь у диференційованій програмі розвитку соціально-психологічного реабілітаційного потенціалу. II групу склали 46 осіб, які отримували традиційні реабілітаційні заходи. Піддослідні в групу відбиралися на добровільній основі.

Диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу передбачала наступні етапи:

I – діагностична (діагностика складових реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами);

II – психокорекція (психологічна перебудова сфери мотивації та впевненості в собі);

III – фаза реконструкції (формування навичок, що сприяють підвищенню можливостей адаптації та реконструкції міжособистісних стосунків у структурі реабілітаційного потенціалу).

Аналіз складових реабілітаційного потенціалу досліджуваної 1-ї групи, який проводився на діагностичному етапі впровадження програми формувального впливу, показав, що обстежені фахівці є такими Втручання правоохоронних органів з невротичними розладами призвело до меншої кількості осіб з низьким реабілітаційним потенціалом ($p < 0,0023$, $DC = 2,71$, $MI = 0,27$ та $p < 0,0001$, $DC = 3,84$, $MI = 0,63$) та більшої кількості людей порівнювали людей з високим реабілітаційним потенціалом ($p < 0,003$, $DC = 3,65$, $MI = 0,31$ та $p < 0,0001$, $DC = 8,39$, $MI = 1,06$) з обстеженими особами з органічними та ендогенними депресіями.

Визначено основні чинники, що впливають на рівень розвитку реабілітаційного потенціалу: адаптивність, характеристики ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність/відсутність емоційно-когнітивних дисфункцій, особливості міжособистісного спілкування. Отримані дані були враховані на другому етапі диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу при визначенні цілей психокорекційних і психотерапевтичних втручань.

З урахуванням складових реабілітаційного потенціалу та складових психологічного реабілітаційного дефіциту осіб з депресивними розладами визначено завдання соціально-психологічної роботи в системі забезпечення ефективності процесу розвитку їхнього реабілітаційного потенціалу:

- підвищення рівня залученості до особи з депресивним розладом у житті;
- оновлення адаптивних копінг-стратегій;
- відновлення комунікативного потенціалу;
- заохочення емоційного вираження;
- підвищення нервово-психічної стійкості;
- корекція дезадаптивного ставлення до хвороби;
- підвищення самооцінки;
- корекція когнітивних та емоційних дисфункцій;
- підвищення осмисленості життя;
- корекція міжособистісних стосунків.

Запропонована диференційована соціально-психологічна програма, яка входить до системи забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу обстежуваних, побудована на основі комплексного підходу до психокорекції, що передбачає інтеграцію психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапія, когнітивно-поведінкова, екзистенціальна психотерапія; тренінг життєвої сили, підвищення мотивації, розвиток когнітивних і соціальних навичок) та поєднання індивідуальної та групової форм роботи.

Доведено, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу суттєво вплинула на підвищення інтересу до життя у досліджуваних 1 групи ($t = 2,345$, $p < 0,01$), загалом позитивний фон настрою. ($t = 2,176$, $p < 0,025$), позитивна самооцінка ($t = 3,512$, $p < 0,0001$); сприяло підвищенню загального індексу задоволеності життям ($t = 2,112$, $p < 0,05$) та реабілітаційного потенціалу ($p < 0,0001$) загалом.

При діагностиці депресивних розладів різного походження визначаються діагностичні маркери:

- а) при невротичних депресіях:
 - виражене пасивне ставлення до важких ситуацій;
 - поширеність дезадаптивних стратегій подолання («ігнорування», «збентеження», «емоційне придушення» та «активне уникнення»);
 - виражена нервово-психічна нестійкість;
 - зниження моральної нормативності;
 - відсутність наполегливості, відповідальності та самовладання;
 - високий рівень фактичної, чутливої та загальної жорсткості та помірний рівень рекомендованої жорсткості;
 - вираження тривожного, неврастенічного, чутливого та егоцентричного ставлення до хвороби;
 - наявність потреби в безпеці;
 - позиція невтручання та вичікування (ухилення від відповідальності);
 - незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах;

– наявність психологічних травмуючих факторів у: подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних зв'язків, неузгодженість у розподілі обов'язків, фінансів і бажання мати дітей); відносинах з родичами (невдоволення сімейно-побутовою обстановкою, ставлення до батьків дружини та родичів, які проживають на цьому ж місці), професійній сфері (напружені стосунки з керівництвом і колегами, невизнання, розбіжність між роботою та професійними інтересами), соціальній сфері (відмінності світоглядних позицій);

– наявність міжособистісних проблем: труднощі в розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відкиданні та захисті своїх кордонів, напруженість і скутість у прояві почуттів;

– характеристики психічного благополуччя: низький індекс задоволеності життям, поганий фон настрою, низький інтерес до життя, невідповідність між цілями та досягненнями, низька впевненість у собі та пасивна життєва позиція;

– особливості сімейних стосунків: недостатня згуртованість сімейного ладу, труднощі вираження почуттів, особливо негативних, заохочення членів сім'ї при відсутності орієнтації на самостійність, низька орієнтація на інтелектуальне та культурне життя, низький ступінь структуризації сімейного ладу з високим ступенем контролю;

– патопсихологічні особливості: наявність легкої депресії, переважання фобічної та ажитованої форм депресивних розладів, вираженість obsесивно-компульсивної, вегетативної та серцево-судинної симптоматики, психічного занепокоєння, почуття тривоги, розладів травлення та іпохондрії.

б) при органічній депресії:

– відчуття безсилля перед складними ситуаціями;

– поширеність дезадаптивних стратегій подолання: «приниження», «емоційне придушення», «підпорядкування», «активне уникнення» та «відсторонення»;

– виражені астеничні реакції/стани та нервово-психічна нестійкість;

– падіння процентних ставок;

– висока регульована жорсткість;

– вираженість неврастенічного і сензитивного ставлення до хвороби;

– сильне почуття обов'язку;

– незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах;

– наявність факторів психологічної травматизації у: подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння), професійній сфері (невідповідність роботи, професії та кваліфікації, перевантаження та монотонність праці), соціальній сфері (відсутність соціальної активності);

– характеристики психічного благополуччя: знижений настрій, пасивність у досягненні мети;

- характеристика сімейних стосунків: висока працездатність членів сім'ї, низька орієнтація на інтелектуальне та культурне життя, низька орієнтація на активний відпочинок;

- патопсихологічні особливості: переважання легкої та помірної депресії, переважання соматизованої форми депресивного розладу, вираженість соматичної та серцево-судинної симптоматики, соматичної тривоги, раннього пробудження та психічних розладів.

в) при ендогенній депресії:

- відчуття відчуженості від життя;

- відчуття безсилля впоратися зі складними ситуаціями;

- переважання когнітивних копінг-стратегій «скромність» і «розгубленість»;

- переважання емоційного копінгу «придушення емоцій», «покірності»

та «самозвинувачення»;

- переважання поведінкових копінг-стратегій «активне уникнення» та «відсторонення»;

- виражена нервово-психічна нестійкість і напруженість;

- зниження комунікативного потенціалу;

- виражені дезадаптивні розлади у вигляді астенічних і психотичних реакцій;

- переважання субординації, ізоляції, байдужості, відмови від співпраці, інтроверсії та ізоляції;

- високий рівень актуальної, чутливої, інструктивної та загальної жорсткості;

- вираженість тривожного і параноїдального ставлення до хвороби;

- зниження потреби в гедонізмі та владі;

- відірваність свого «Я» від себе та інших;

- незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах;

- наявність психологічних травмуючих факторів у: подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння та емоційної близькості), відносинах з родичами (непорозуміння з батьками та родичами дружини), професійній сфері (монотонність праці), соціальній сфері (невідповідність моральних настанов оточення власним);

- наявність міжособистісних проблем: уникнення соціальних контактів, труднощі розуміння інших, проблеми з довірою, труднощі у відкиданні та захисті своїх кордонів, напруженість і скутість у прояві почуттів;

- характеристики психічного благополуччя: низький індекс задоволеності життям, низька самооцінка, пригнічений настрій, низький інтерес до життя, низька впевненість у собі.

За результатами оцінки диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу підтверджено її високу ефективність порівняно з традиційними реабілітаційними заходами.

Діагностичні зрізи, проведені через 6 місяців після завершення програми, підтвердили стійкість психокорекційного ефекту в першій групі респондентів.

Загалом про ефективність запропонованої системи соціально-психологічного супроводу процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості свідчать підвищення життєвих показників; духовне благополуччя; оновлення адаптивних копінг-стратегій; відновлення комунікативного потенціалу; зростання нервово-психічної стійкості; самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; покращення міжособистісних стосунків і соціального функціонування загалом.

ТЕСТИ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ

1. Організм людини – це:

- А) сукупність психічних процесів, властивостей і відносин, а також тілесних систем;
- Б) сукупність тілесних (соматичних) і фізіологічних систем;
- В) сукупність нервової, серцево-судинної та опорно-рухової системи;
- Г) сукупність мозку, кровообігу, травлення, дихання.

2. Вкажіть правильне визначення терміну «здоров'я»:

- А) відсутність хвороб і фізичних вад та стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя людини;
- Б) здоров'я – відсутність захворювань;
- В) здоров'я – відсутність хронічних захворювань;
- Г) правильна нормальна діяльність організму людини.

3. Психічний стан людини, що не відноситься до стеничних:

- А) бадьорість;
- Б) наснага;
- В) апатія;
- Г) піднесений настрій.

4. Яка із зазначених умов життєдіяльності НЕ відноситься до екстремальних:

- А) тривожні;
- Б) безвихідні ситуації;
- В) напружені;
- Г) емоційно особливі.

5. Людина, яка легко встановлює соціальні контакти з оточуючими людьми – це:

- А) інтроверт;
- Б) екстраверт;
- В) гетероверт;
- Г) гіповерт.

6. Фізіологічний процес, протилежний нервовому збудженню, що веде до уповільнення або затримки проведення імпульсів у нервових центрах:

- А) інертність;
- Б) гальмування;
- В) динамічність;
- Г) лабільність.

7. Пригнічений емоційний стан, що виявляється у загальмованості рухів та зниженні інтересу до навколишнього світу:

- А) стрес;
- Б) апатія;
- В) депресія;
- Г) ревності.

8. Поява негативних емоцій пов'язано з:

- А) особливостями індивідуальної поведінки людини та тварин;
- Б) дефіцитом наявної інформації про засоби та засоби задоволення актуальної потреби;
- В) надмірністю інформації про можливість задоволення потреби;
- Г) характеристиками заданої ситуації.

9. Часткова або повна втрата пам'яті:

- А) гіпермнезія;
- Б) деменція;
- В) делірій;
- Г) амнезія.

10. Здатність людини ефективно взаємодіяти з оточуючими – це:

- А) соціально-психологічна компетентність;
- Б) соціальний статус;
- В) ціннісно-орієнтаційна єдність;
- Г) психологічна сумісність.

11. Які з наведених нижче способів позбавлення від гніву розроблені

Д. Скотт:

- А) візуалізація, «заземлення», проекція, очищення аури;
- Б) візуалізація, сублимація, проекція, «заземлення»;
- В) візуалізація, «заземлення», проекція, витримка;
- Г) сублимація, раціоналізація, регресія, візуалізація.

12. Стресор – це:

- А) патологічний подразник, що викликає стресову реакцію;
- Б) реакція різних мозкових структур на роздратування;
- В) захисні механізми організму;
- Г) співвідношення відділів вегетативної нервової системи.

13. Каузальна атрибуція – це:

- А) приписування причин дій іншої людини;
- Б) опис ситуації;
- В) механізм самовиправдання;
- Г) прогнозування розвитку ситуації.

14. Рефлексія, ідентифікація, емпатія – це:

- А) механізми соціальної перцепції;
- Б) пізнавальні психічні процеси;
- В) рівні емоційного ототожнення з іншою людиною;
- Г) механізми психологічного захисту.

15. Відповідає за мобілізацію ресурсів організму в стресовій ситуації:

- А) парасимпатична нервова система;
- Б) спинний мозок;
- В) підкіркові структури головного мозку;
- Г) симпатична нервова система.

16. До вольових якостей особи належить:

- А) комунікабельність;
- Б) рішучість;
- В) відкритість новому;
- Г) самоповага.

17. Мобілізація сил організму, що забезпечує оптимальний рівень діяльності центральної нервової системи, розкривається у функції емоцій:

- А) оцінюючої;
- Б) спонукальної;
- В) регуляторною;
- Г) активуючою.

18. За стан зниженої психічної активності відповідає така негативна емоція як:

- А) гнів;
- Б) радість;
- В) сум;
- Г) страх.

19. Фасцинація – це:

А) спеціально організований вербальний вплив при передаванні інформації, спрямований на підвищення якості сприймання інформації шляхом впливу на емоційний стан і поведінку реципієнта;

Б) виокремлення і ототожнення себе з особистістю чи групою, перенесення, запозичення, «вбирання» в себе певних рис об'єкта;

- В) приписування іншому своїх думок і почуттів;
- Г) механізм психологічного захисту.

20. Як називають стан, якому характерно тип поведінки: наркоманія, алкоголізм, проституція і так далі?

- А) конфліктний стан;
- Б) неадекватний стан;
- В) девіантний стан;
- Г) делінквентний стан.

21. Як називають стан, коли відбуваються якісь яскраві, що запам'ятовуються вчинки, у яких помітно бажання повернути увагу будь-якими способами, незважаючи на думку оточуючих?

- А) афективний стан;
- Б) демонстративний стан;
- В) девіантний стан;
- Г) конфліктний стан.

22. Як називається реакція, коли свідомий контроль за поведінковими реакціями слабшає та у крайніх випадках спостерігаються несвідомі поведінкові акти типу паніки?

- А) реакція тривоги;
- Б) реакція стресу;
- В) реакція неадекватності;
- Г) реакція страху.

23. Як називається стан, коли здійснюються вчинки, які можуть завдати якоїсь шкоди як суспільству, так і окремому індивіду?

- А) конфліктний стан;
- Б) стан стресу;
- В) делінквентний стан;
- Г) стан тривоги.

24. Яка форма реакції має адекватну форму відповіді, цілеспрямований характер, пов'язаний із формуванням плану дій, спрямованих на усунення чи мінімізацію впливів екстремальних умов?

- А) неадекватна форма реакції;
- Б) адекватна форма реакції;
- В) конфліктна форма реакції;
- Г) невротична форма реакції.

25. Фахівець якого профілю може ставити медичні діагнози?

- А) психолог;
- Б) медсестра;
- В) психіатр;
- Г) клінічний лаборант.

26. Які чинники впливають на емоційний стан людини?

- А) внутрішньоособистісні чинники;
- Б) стресові ситуації;
- В) усі відповіді вірні;
- Г) соціальні фактори.

27. Поновлення, включення в нормальний процес соціалізації хворих, осіб, що пережили стрес під час аварій, катастроф, стихійних лих – це:

- А) соціальна адаптація;
- Б) соціальна страта;
- В) соціальна компенсація;
- Г) соціально-психологічна реабілітація.

28. Процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятних думок, мотивів чи почуттів – це:

- А) проекція;
- Б) інтродекція;
- В) витіснення;
- Г) раціоналізація.

29. Комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів – це:

- А) психореабілітація;
- Б) психотерапія;
- В) психологічне консультування;
- Г) психодіагностика.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Авер'янова Г. М. Особливості соціалізації молоді в умовах трансформації суспільства. К. : «ППП», 2005. 307 с.
2. Адамова О. С. Подолання кризи в особистісних відносинах: окремі практичні аспекти. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2020. № 2(52). С. 65-75.
3. Андрияш М. О. Особливості волі та вольових якостей в юнацькому віці. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2020. № 2(52). С. 95-105.
4. Андрусів Л. С. Обумовленість певного стандарту поведінки особистості соціокультурними умовами життєдіяльності. Зб. наук. праць Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. Серія: Філософія. Соціологія. Психологія. 2019. № 9(2). С. 11-19.
5. Антоненко Т. Л. Основні принципи становлення ціннісно-сислової сфери особистості. Духовність особистості: методологія, теорія і практика. 2018. № 5. С. 6-19.
6. Арнаутова В. В. Забезпечення соціально-психологічного супроводу вихованців закладів соціальної реабілітації. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2015. № 2(37). С. 13-25.
7. Арнаутова В. В. Інтегративний підхід до проблеми соціалізації особистості неповнолітніх в умовах деривації. Наука і вища освіта: матер. XXIII Міжнар. наук. конф. студ. і молодих учених (м. Запоріжжя, 23 квітня 2015 р.). Запоріжжя : КПУ, 2015. С. 459-460.
8. Арнаутова В. В. Психологічні аспекти соціалізації десоціалізованої особистості в освітньому просторі. Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність: матер. X Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Мелітополь, 11-13 вересня 2015 р.). Мелітополь : ТОВ «Колор Принт», 2015. С. 4-6.
9. Арнаутова В. В. Психологічні засади соціалізації особистості в умовах освітньої взаємодії. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія (2-е вид. перероб. і доп.). Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 18-40.
10. Арнаутова В. В. Системний підхід до проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасного соціуму. Психогенеза особистості: норма і девіація: зб. наук. статей. Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. С. 78-85.
11. Афанасенко Л. А. Психологічні основи програми оптимізації самоідентифікації. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2018. № 2(46). С. 22-30.
12. Ахтирська Ю. І. Соціокультурні та психологічні виміри розвитку саморегуляції молоді в освітньому просторі. Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті: матер. V Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 20 жовтня 2017 р.). Чернівці : ІППОЧО, 2017. С. 11-13.

13. Ахтирська Ю. І. До проблеми соціально-психологічних особливостей цілісності особистості та її антиципації. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2018. № 3 (47). С. 82-90.
14. Ахтирська Ю. І. Соціально-вікові періоди онтогенезу у становленні особистості. Соціально-психологічні складові розвитку обдарованої особистості: монографія. К. : ПВТП «LAT&K», 2019. С. 37-42.
15. Андросович К. А. Аналіз результативності програми соціальної адаптації. Наука і освіта. 2014. № 5(72). С. 112-118.
16. Андросович К. А. Аналіз емпіричного вивчення соціальної адаптації учнів професійно-технічних навчальних закладів. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2015. № 5 (36). С. 42-45.
17. Балл Г. О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах). Житомир : Волинь, 2008. 232 с.
18. Бабатенко О. В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем діяльності. Фундаментальні та прикладні психологічні дослідження в практиках провідних наукових шкіл: реалії та перспективи: міжнар. кол. монографія. London : MIEH-Institution Is Certified by International Education Society, Nord-Press, 2012. С. 208-228.
19. Білецький П. С. Соціально-психологічні проблеми професійного здоров'язбереження в сучасному соціумі. Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір: монографія. К. : ПВТП «LAT&K», 2019. С. 25-35.
20. Білецький П. С. Управління освітніми медико-соціальними технологіями в умовах модернізації сучасного соціуму. Актуальні проблеми психології. 2019. № 9(12). С. 352-360.
21. Блинова О. Є. Криза ідентичності особистості у нестабільні періоди розвитку суспільства. Вісник Одеського національного університету. 2013. № 18(22). С. 30-38.
22. Блискун О. О. Соціально-психологічні чинники агресивної поведінки молоді у мережах Internet: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.05. Луганськ, 2013. 20 с.
23. Блискун О. О. Соціально-психологічні засади реінтеграції молоді в умовах трансформаційного соціуму: монографія. Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. 320 с.
24. Блискун О. О. До проблеми психологічних принципів поведінки людини (генетико-моделюючий підхід С. Максименка). Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2014. № 2 (34). С. 34-42.
25. Блискун О. О. Психологічні особливості комплексної реабілітації молоді «групи ризику». Perspectives of world science and education. Series: Psychology, Sociology, Political Science 2019. № 2. Pp. 87-96.
26. Блискун О. О. Психологічна безпека молоді у просторі смисложиттєвих орієнтирів. Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті: матер. V Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 20 жовтня 2017 р.). Чернівці : ІППОЧО, 2017. С. 6-8.

27. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2015. № 3(38). С. 454-462.
28. Борисюк А. С. Професійна ідентичність медичного психолога: соціально-психологічний аналіз. Чернівці : Книги – ХХІ, 2010. 440 с.
29. Бондаренко Н. Б. Психологічні особливості соціальної підтримки осіб з проблемами психічного здоров'я у групах самодопомоги: дис. ... к. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2017. 279 с.
30. Бохонкова Ю. О. Психологія випереджальної стратегії поведінки особистості в ситуації життєвих змін: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05. Київ, 2013. 40 с.
31. Бохонкова Ю. О. Системність на синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2015. № 2(37). С. 104-157.
32. Бондаренко О. Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги. Педагогіка і психологія. 2002. № 4. С. 4-12.
33. Бочелюк В. Й. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія (2-е вид. перероб. і доп.). Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. 280 с.
34. Васківська С. В. Основи психологічного консультування. К. : Ніка-центр, 2011. 424 с.
35. Васютинський В. О. Інтеракційні виміри особистісного і соціального буття. Соціальна психологія. 2005. № 3 (11). С. 8-19.
36. Ващенко І. В. Психологічні технології професійного самозбереження особистості та її соціальної підтримки в епоху суспільних трансформацій. Розвиток особистості в різних умовах соціалізації: монографія. К. : Видавничий Дім «Слово», 2016. С. 405-421.
37. Ващенко І. В. Конфлікти великих соціальних груп. Харків : Бурун Книга, 2006. 208 с.
38. Вірна Ж. Концепція реабілітології. Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації. Актуальні проблеми психологічної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Київ, 2011. 376 с.
39. Вірна Ж. П. Формування особистісного простору: оцінка, тенденції і закономірності. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2015. № 1(36). С. 75-94.
40. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015. № 1(82). С. 5-11.
41. Віденєєв І. О. Стресостійкість в контексті психологічних ресурсів особистості. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми, 18-19 лютого 2016 р.). Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2016. С. 24-27.
42. Вольнова Л. М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю. К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.

43. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2012. № 2 (1). С. 49-58.
44. Галецька І. І. Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів : Львівський національний університет імені Івана Франка, 2006. 338 с.
45. Гейко Є. В. Психологія цілісності особистості: монографія. Кропивницький : Центрально-Українське вид-во, 2016. 384 с.
46. Гейко Є. В. Соціально-психологічні особливості корекції полісистемної цілісності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2016. № 3 (41). С. 6-15.
47. Гейко Є. В. Функціональна структура полісистемної цілісності особистості зрілого віку. Актуальні проблеми психології. 2015. № 9(7). С. 85-92.
48. Гейко Є. В. Цілісність особистості з афективними розладами у вимірі системного підходу. Актуальні проблеми психології. 2018. № 9(11). С. 56-68.
49. Гарькавець С. О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі. Луганськ : Ноулідж, 2010. 343 с.
50. Гарькавець С. О. Мотиваційна сфера особистості та правовий конформізм як прояв впливу соціальних утворень. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2005. № 1 (9). С. 71-79.
51. Груб'як О. М. Психологічне благополуччя особистості у період ранньої дорослості: дис. ...к. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2016. 219 с.
52. Гулько Г. А. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. ...к. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2017. 249 с.
53. Глухова О. Г. Ідеальне як «соціо-культурна» теорія психіки в концепції. Психологічні науки: проблеми і здобутки. Серія «Психологічні науки». 2012. № 3(1). С. 145-152.
54. Глухова О. Г. Проблема ідеального образу в сучасній методології наукового пізнання. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка». 2012. № 19. С. 71-76.
55. Глухова О. Г. Ідеальне як соціокультурна модель свідомості. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка». 2012. № 20. С. 85-94.
56. Горностай П. Групові захисні механізми як форма реагування на колективні травми. Проблеми політичної психології. 2020. № 22(1). С. 89-114.
57. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. Психологічні перспективи. Спец. вип. «Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп». 2012. № 2. С. 89-96.
58. Дворніченко Л. Л. Справедливість як фундаментальна вимога адаптації особистості до критичних ситуацій життя. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матер. І Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми, 19-20 лютого 2015 р.). Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. С. 27-30.

59. Добровольська Н. А. Соціально-психологічні особливості самообмеження особистості: інтернальний та екстернальний виміри. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2018. № 1(45). С. 327-334.
60. Добровольська Н. А. Становлення обдарованості особистості в сучасному соціумі. Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 4(1). С. 114-117.
61. Дріга Т. Г. Соціально-психологічний аспект адаптаційного процесу особистості. Актуальні проблеми психології. 2013. № 7(33). С. 143-152.
62. Дріга Т. Г. Асертивність як чинник оптимізації соціально-психологічної адаптації студентської молоді. Актуальні проблеми психології. 2013. № 8(34). С. 131-138.
63. Михайлов Б. В. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці сімейної медицини. Харків : ХМАПО, 2014. 285 с.
64. Журба А. М. Визначення відмінностей соціально-психологічних проявів кризи залежно від гендерних особливостей. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2015. № 2 (37). С. 369-377.
65. Журба А. М. Криза та її вплив на виникнення особистісних деструкцій. Психологічні засади подолання особистісних деструкцій в умовах тимчасової втрати працездатності: монографія. Тернопіль : ТНЕУ, 2016. С. 27-37.
66. Журба М. А. Лабіринти віртуального: Тесей у пошуках Аріадни: монографія. Харків : Точка, 2016. 332 с.
67. Завацька Н. Є. Психологічні основи розвитку особистості: монографія. Запоріжжя : Просвіта, 2019. Т. 6. 416 с.
68. Завацька Н. Є. Дослідження адаптаційного потенціалу особистості. Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2003. № 599. С. 98-101.
69. Завацька Н. Є. Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: дис. ...д. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2010. 455 с.
70. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості як вагомий чинник демографічної ситуації. Демографічна ситуація в Карпатському регіоні: реальність, проблеми, прогнози на ХХІ століття: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 1996). К., Чернівці : Чернівецький держ. ун-т ім. Ю. Федьковича, 1996. С. 370-372.
71. Коваленко А. Б. Психологічне благополуччя особистості: сутність, чинники та структура. Гуманітарний корпус. 2018. № 16. С. 80-83.
72. Ковальчук З. Я. Генетично-психологічні засади оптимізації педагогічної взаємодії в освітніх закладах різного типу: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05. Київ, 2014. 300 с.
73. Корнієнко В. В. Про особливості соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату. Педагогіка здоров'я як основа розвитку потенціалу особистості: монографія. Дніпро : Ліра, 2020 С. 106-117.

74. Корнієнко В. В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості: монографія. К. : ПВТП «LAT&K», 2021. 320 с.

75. Корнієнко В. В. Особливості соціально-психологічної адаптації осіб з депресивними розладами. Психологічні ресурси адаптаційного потенціалу особистості: монографія. Дніпро : ДНУ ім. Олесея Гончара, 2021. С. 156-170.

76. Корнієнко В. В. Проблема формування особистості з фізичними вадами. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2011. № 12(2). С. 244-252.

77. Корнієнко В. В. Про ефективність засобів соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату з орієнтацією на гармонізацію «образу-Я». Проблеми сучасної психології. 2011. № 14. С. 381-392.

78. Корнієнко В. В. Про психологічні механізми дезадаптації осіб з фізичними вадами. Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Педагогіка і психологія. 2011. № 19(17). С. 99-105.

79. Корнієнко В. В. Патопсихологічна характеристика осіб з депресивними розладами різного генезу. Проблеми сучасної психології. 2019. № 1(15). С. 59-66.

80. Корнієнко В. В. Концептуалізація вивчення проблеми соціально-психологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3 (56). С. 36-45.

81. Корнієнко В. В. Система соціально-психологічного супроводу процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3(56). С. 15-24.

82. Корнієнко В. В. Про необхідність визначення механізму психологічної складової адаптаційного потенціалу особистості з депресивними розладами. Areas of Scientific Thought – 2017: Materials of XIII International research and practice conference (Sheffield, 30 December 2017 – 7 January 2018). Sheffield : Science and Education Ltd, 2018. Vol. 9. Psychology and sociology. Pp. 87-90.

83. Максименко С. Д. Структура та особистісні детермінанти професійної самореалізації суб'єкта. Проблеми сучасної психології. 2010. № 8. С. 3-19.

84. Марута Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція). Український вісник психоневрології. 2016. № 1(86). С. 5-11.

85. Михайлишин У. Б. Вплив ціннісних орієнтацій на формування особистості та розвиток її реабілітаційного потенціалу. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3(56). С. 112-121.

86. Пілецька Л. С. Асертивна поведінка як чинник реабілітаційного потенціалу особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3 (56). С. 184-194.

87. Чепелева Н. В. Характеристика процесів розуміння та інтерпретації у контексті психотерапії. *Наук. записки Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України*. 2001. № 21. С. 25-31.
88. Шевяков О. В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем. Дніпропетровськ : Січ, 2010. 450 с.
89. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції. К. : Вища школа, 2006. 382 с.
90. Adler A. (2018). Understanding the influence of resilience on psychological outcomes – Comparing results from acute care nurses in Canada and Singapore. *Appl Nurs Res.*, 43, 105-113.
91. Appleton A. A. (2013). A prospective study of positive early-life psychosocial factors and favorable cardiovascular risk in adulthood. *Circulation*, 8(127), 905-912.
92. Bath B. (2015). Biopsychosocial predictors of short-term success among people with low back pain referred to a physiotherapy spinal triage service. *J. of Pain Research*, 8, 189-202.
93. Wild J. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychol Med.*, 46(12), 2571-2582.
94. Wright M. O'D. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. *Handbook of resilience in children*. New-York : Springer, 15-37.
95. Yatsenko T. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *Int J. Geriatr Psychiatry*, 23(11), 1141-1147.
96. Yoshimura R. (2011). The brain-derived neurotrophic factor (BDNF) polymorphism Val66Met is associated with neither serum BDNF level nor response to selective serotonin reuptake inhibitors in depressed Japanese patients. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 35(4), 1022-1025.
97. Yu H. (2011). The role of BDNF in depression on the basis of its location in the neural circuitry. *Acta Pharmacol*, 1(32), 3-11.

Для нотаток

Навчальне видання

**Корнієнко Вікторія Володимирівна
Шевяков Олексій Володимирович
Сергієні Олена Віталіївна**

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ

Навчальний посібник

Редактор, оригінал-макет, дизайн – *Є. В. Коваленко-Марченкова,
А. В. Самотуга*

Формат 60x84/16. Друк – цифровий.

Гарнітура – Times New Roman. Ум.-друк. арк. 3,27. Обл.-вид. арк. 3,5.

Надруковано у Дніпропетровському державному університеті внутрішніх справ
49005, м. Дніпро, просп. Гагаріна, 26, т. (056) 370-96-59

Свідоцтво про внесення до державного реєстру КВ № 6054 від 28.02.2018 р.