

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**КОРНІЄНКО В.В.**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ  
ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО  
ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ**

---

**Монографія**

Сєвєродонєцьк

2021

УДК 159:364.2:[9364-787.2]  
ББК 88.5  
К 74

Рекомендовано Вченою радою  
Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля,  
протокол № 8 від 26 лютого 2021 р.

*Рецензенти:*

**Онуфрієва Л.В.** – доктор психологічних наук, професор;

**Кононенко А.О.** – доктор психологічних наук, професор;

**Комар Т.В.** – доктор психологічних наук, доцент.

К 74 Корнієнко В.В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості : [монографія] / В.В. Корнієнко. – К. : ПВТП «LAT&K», 2021. – 320 с. ISBN 978-617-7824-47-2

У монографії визначено концептуальні соціально-психологічні основи вивчення реабілітаційного потенціалу особистості на засадах системно-інтегрованого підходу. 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 (невротичним, органічним, ендогенним). 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.

Визначено соціально-психологічні параметри, показники, тригерні та пролонговані механізми порушення процесу адаптації у осіб з депресивним кластером розладів у їх реабілітаційному потенціалі. З'ясовано соціально-психологічні особливості реабілітаційного потенціалу та специфіку психологічного реабілітаційного дефіциту у гендерному та віковому вимірах (у молоді та осіб зрілого віку).

Розроблено та апробовано соціально-психологічну систему забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості з визначенням методологічних і змістовно-процесуальних засад впровадження диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу на діагностичному, психокорекційному та реконструкційному її етапах у напрямку адаптивного інжинірингу та моніторингу психологічного здоров'я.

Для фахівців з соціальної психології, організаційної, педагогічної психології, здобувачів вищої освіти.

УДК 159:364.2:[9364-787.2]  
ББК 88.5

ISBN 978-617-7824-47-2

© Корнієнко В.В., 2021  
© СНУ ім. В. Даля, 2021

## ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ	10
1.1. Поняття про ресурси особистості	10
1.2. Психологічне здоров'я особистості та його критерії	37
1.3. Процес адаптації особистості в умовах здоров'я і хвороби	44
1.4. Критерії ефективності адаптаційного процесу особистості	48
1.5. Проблеми детермінації процесів адаптивності і відновлення особистості при депресивних розладах	54
1.6. Психологічний реабілітаційний потенціал: сучасні погляди на проблему	64
1.7. Біопсихосоціальна парадигма у концепції реабілітації особистості	83
1.8. Сучасні підходи до відновлення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях	91
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	102
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНА БАЗА ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ ТА ПРОЦЕСУ ЙОГО РОЗВИТКУ	108
2.1. Дизайн та програма дослідження реабілітаційного потенціалу особистості	108
2.2. Методи дослідження реабілітаційного потенціалу особистості	111
2.3. Загальна характеристика осіб з депресивними розладами	175
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	186
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ФУНКЦІОНУВАННЯ	190

3.1. Адаптаційні можливості та психологічні ресурси осіб з депресивними розладами	190
3.2. Індивідуально-типологічні складові реабілітаційного потенціалу особистості при депресивних розладах	213
3.3. Ціннісно-мотиваційні складові реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами	226
3.4. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій як складові реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями	234
3.5. Соціально-психологічні складові реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами	259
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	276
РОЗДІЛ 4. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ, ПОКАЗНИКИ ТА МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В СТРУКТУРІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ	283
4.1. Пускові та підтримуючі механізми порушення процесу адаптації та компенсації особистості при невротичних депресіях	283
4.2. Пускові та підтримуючі механізми порушення процесу адаптації та компенсації особистості при органічних депресіях	316
4.3. Пускові та підтримуючі механізми порушення процесу адаптації та компенсації особистості при ендогенних депресіях	345
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4	375
РОЗДІЛ 5. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ У ГЕНДЕРНОМУ ТА ВІКОВОМУ ВИМІРАХ	381
5.1. Гендерні особливості реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами різної генези	381
5.2. Вікові особливості реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами різної генези	398

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5	423
РОЗДІЛ 6. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ	433
6.1. Визначення рівнів реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами	433
6.2. Система соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості	440
6.3. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення	454
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 6	461
ВИСНОВКИ	467
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	473
ДОДАТКИ	532

## ВСТУП

Глобальні суспільні перетворення, що відбуваються в Україні, вимагають від сучасної людини активності, наполегливості та самостійності – якостей, які характеризують відповідальне ставлення до власного особистісного розвитку та професійної діяльності. У самосвідомості особистості віддзеркалюються соціокультурні протиріччя, тенденції глобалізації, суперечливі кроскультурні аспекти. Крім того, масштабні соціально-політичні та економічні зміни призвели до розповсюдження віртуальних соціальних груп (О. Блискун, С. Максименко, У. Михайлишин та ін.). Разом із цим відбувається зміна усталених уявлень про благополуччя, за допомогою яких особистість визначає своє місце у соціумі, що може спричинити кризу її становлення та розвитку (А. Борисюк, Н. Завацька, Л. Карамушка, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.). За таких умов суттєвого значення набуває сформованість реабілітаційного потенціалу особистості.

Констатовано, що питання реабілітації особистості є предметом досліджень багатьох науковців. Встановлено, що у контексті означеної проблеми найбільшу цінність представляють дослідження вчених, які вивчали проблеми життєдіяльності людини у сучасних соціальних умовах (О. Блинова, С. Гарькавець, М. Журба, М. Тоба та ін.) та особливості її становлення і розвитку (І. Аршава, І. Ващенко, А. Коваленко, С. Максименко, Е. Носенко, І. Попович, Т. Титаренко та ін.), проблеми самовизначення як складової життєвого розвитку (Б. Ананьєв, А. Борисюк, В. Бочелюк, Л. Виготський, Е. Еріксон та ін.), вплив професійної діяльності на розвиток особистості (Н. Євдокимова, І. Жигаренко, В. Завацький, О. Лосієвська, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.), стратегії формування здорового способу життя та підтримки психологічного благополуччя (Ю. Бохонкова, І. Бурлакова, Ю. Завацький, А. Лоуен, Н. Мілорадова, Л. Спицька, Н. Твердохлебова та ін.).

Водночас, існуючі підходи до дослідження реабілітаційного потенціалу особистості не дозволяють здійснити аналіз його структури як складного соціально-психологічного утворення; побудувати концептуальну модель розвитку реабілітаційного потенціалу особистості в умовах глобальних трансформацій сучасного суспільства.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що визначено концептуальні соціально-психологічні основи вивчення реабілітаційного потенціалу особистості на засадах системно-інтегрованого підходу; виокремлено соціально-психологічні складові (соціальне функціонування; психологічне благополуччя; життєстійкість; особистісний адаптаційний потенціал; копінг-стратегії; міжособистісні і сімейні комунікації; індивідуально-типологічні особливості; специфіка ціннісно-мотиваційної і емоційно-вольової сфер) 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 (невротичним, органічним, ендогенним); 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; визначено соціально-психологічні параметри, показники, тригерні та пролонговані механізми порушення процесу адаптації у осіб з депресивним кластером розладів у їх реабілітаційному потенціалі; з'ясовано соціально-психологічні особливості реабілітаційного потенціалу та специфіку психологічного реабілітаційного дефіциту у гендерному та віковому вимірах (у молоді та осіб зрілого віку); розроблено та апробовано соціально-психологічну систему забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості з визначенням методологічних і змістовно-процесуальних засад впровадження диференційованої соціально-психологічної програми

розвитку реабілітаційного потенціалу на діагностичному, психокорекційному та реконструкційному її етапах у напрямку адаптивного інжинірингу та моніторингу психологічного здоров'я; поглиблено: систему концептуальних положень соціальної психології щодо розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, його змістовних соціально-психологічних параметрів, з урахуванням сприйняття соціальної ситуації розвитку, специфіки адаптаційних можливостей, характеру соціального функціонування та міжособистісних комунікацій, емоційних та когнітивних дисфункцій; набули подальшого розвитку: теоретико-методологічні засади вивчення реабілітаційного потенціалу особистості; соціально-психологічні підходи до засобів і технологій розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, зокрема у осіб з депресивним кластером афективних розладів різної генези.

Теоретичне значення дослідження полягає у концептуальному обґрунтуванні соціально-психологічних основ реабілітаційного потенціалу особистості на засадах системно-інтегрованого підходу; виокремленні соціально-психологічних особливостей реабілітаційного потенціалу осіб з депресивним кластером у спектрі афективних розладів за його різновидами (невротичним, органічним, ендогенним); виявленні та систематизації соціально-психологічних показників, параметрів та механізмів порушення процесу адаптації у осіб з депресивними розладами у їх реабілітаційному потенціалі; розширенні уявлень про специфіку психологічного реабілітаційного дефіциту та соціально-психологічні підходи до розвитку реабілітаційного потенціалу особистості на принципах, що відповідають сучасним уявленням про організаційно-інтеракційні особливості психокорекційної роботи та активного соціально-психологічного навчання.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні основних методологічних засад та принципів побудови соціально-психологічної системи забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; розкритті основних завдань, етапів та змісту зазначеної системи; проведенні аналізу результатів апробації диференційованої соціально-



психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу з урахуванням соціально-психологічних чинників виникнення та розвитку депресивних розладів особистості. Теоретично та емпірично обґрунтовані положення дисертації можуть бути використані для визначення змістовного наповнення програм з соціально-психологічної допомоги при афективних розладах, зокрема депресивного спектру; як методичне підґрунття у психологічному консультуванні, психодіагностичній, психопрофілактичній, психокорекційній та психотерапевтичній роботі фахівців, які працюють з афективними розладами особистості. Запропонована програма може бути рекомендована для впровадження у кризових центрах, центрах соціальної адаптації, соціально-психологічної допомоги, медико-соціальної реабілітації, відновлювального лікування та ін. Теоретичні та емпіричні результати дослідження з психології розвитку реабілітаційного потенціалу особистості включено до змісту лекційних і практичних занять блоку фахових дисциплін «Соціальна психологія», «Психологія соціальної роботи», «Психологічне консультування», «Психологічна корекція», «Основи психотерапії», «Експериментальна психологія» та ін.

Самостійну практичну цінність мають авторські соціально-психологічні програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості та майстер-класи у напрямку соціальної підтримки життєдіяльності особистості, зокрема при депресивних розладах.

Монографія складається зі вступу, 6 розділів, загальних висновків, списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ

### 1.1. Поняття про ресурси особистості

1.1.1. Особистісні ресурси як предмет дослідження. Протягом тривалого розвитку психологічної науки вітчизняні та зарубіжні вчені прагнули зрозуміти, що лежить в основі життєздатності людини, подолання нею різних труднощів, досягнення успіху в різних сферах життєдіяльності. Як джерело внутрішньої сили людини, що дозволяє їй впоратися з незвичайними, нестандартними ситуаціями, а також досягти значних життєвих успіхів в повсякденному бутті, розглядалися психічні ресурси [95; 108; 119; 139; 191; 259; 271; 277; 295; 315; 321; 345; 360; 369; 388].

В результаті зусиль ряду поколінь вітчизняних і зарубіжних психологів проблема психічного ресурсу людини поступово оформилася в самостійний науковий напрям, який має своїх видатних персоналій, досить потужний категоріально-понятійний апарат, систему конструктів (або патернів), сформовані уявлення про детермінанти і можливості їх використання. Інтерпретація психічних ресурсів задавалася вихідними методологічними позиціями авторів, які звертались до розгляду особистості і пов'язаної з нею проблематики. Формування наукових підходів до розуміння особистісного ресурсу відображає етапи пошуку відповідей на питання про психологічну сутність феномену особистості, які намагались відобразити в своїх наукових конструктах представники зарубіжних та вітчизняних наукових шкіл та напрямків [18; 31; 161; 162; 331; 358; 404; 406; 431; 444; 462; 468].

Поняття «психічний ресурс» характеризується значною змістовною варіативністю, що відбиває несформованість його інтерпретаційної бази. У загальному сенсі слова «ресурс» може розглядатися як джерело сили людини, як деяка сукупність цінностей, запасів, можливостей, що дозволяють виконувати повсякденну діяльність, справлятися з важкими життєвими ситуаціями, вирішувати завдання «життєздатності» особистості [334; 385].

У психологічних дослідженнях останніх років проблематика ресурсного підходу представлена різноманітними дослідженнями [237; 255; 271; 315; 324; 335; 389; 409; 443]. У поняття «ресурси», як зазначає В. Бодров, вкладається різний зміст. Воно використовується в психофізіології, коли визначається об'єктивно реєстроване явище, наприклад, активуюча функція ретикулярної формації; в загальній психології – при позначенні ідеальної властивості системи перетворення інформації і характеризує ступінь обмеженості і розподілу засобів її функціонування [35].

У визначенні У. Михайлишин ресурси індивіда – це життєві цінності, які утворюють реальний потенціал для подолання несприятливих життєвих подій. Відзначається, що навіть проста їх наявність забезпечує адаптивну функцію: надає впевненість людині, підтримує її самоідентичність, підкріплює самоповагу [187]. Ресурси – це все те, що людина використовує, щоб задовольнити вимоги середовища [187; 271]. У. Михайлишин виділяє два великих класи ресурсів: особистісні (психологічні) і середовищні (соціальні). Особистісні ресурси – це навички та здібності індивіда. Середовищні ресурси відображають доступність для особистості допомоги в соціальному середовищі (інструментальної, моральної, емоційної). Більш детальна класифікація дозволяє не тільки ідентифікувати конкретні ресурси (наприклад, культурні, політичні, інституційні ресурси), але й визначити їх джерело [187].

Цю точку зору поділяє і В. Бодров, який вважає, що в подоланні стресу ресурси відіграють різну роль, що дає підставу говорити про різні їх види, які об'єднуються в дві групи: особисті (психологічні, особистісні, про-

фесійні, фізичні) і соціальні (різні форми підтримки з боку членів сім'ї, друзів, колег по роботі і матеріальне забезпечення життєдіяльності людей, які знаходяться в стресогенних умовах) [36; 37].

Ставлення до поняття «ресурси в психологічній науці» також неоднозначно. У науковій літературі ресурси тлумачаться як елемент процесів подолання, який представлений як сукупність механізмів активації та оперування ресурсами [264; 326; 340; 491; 496]. Ресурси визначаються як чинники успішності поведінки людини в процесі подолання труднощів [364; 373; 394; 400]. Наприклад, дослідження, присвячені значущості інтернальності (впливу її на ефективність подолання), оптимізму, відчуття зв'язку зі світом, самоефективності і самоповаги [51; 77; 78; 187; 208; 245; 328; 361].

Для подальшого розмежування досліджуваних нами понять представляє інтерес класифікація С. Хобфолла. З його точки зору ресурси включають: 1) матеріальні об'єкти (дохід, будинок, одяг, матеріальні фетиші) і нематеріальні (бажання, цілі); 2) зовнішні (соціальна підтримка, сім'я, друзі, робота, соціальний статус) і внутрішні змінні (самоповага, професійні вміння, навички, здібності, інтереси, захоплення, риси характеру, оптимізм, самоконтроль, життєві цінності, система вірувань та ін.); 3) психічний та фізичний стан; 4) вольові, емоційні та енергетичні характеристики, які необхідні (прямо чи опосередковано) для подолання важких життєвих ситуацій або служать засобами досягнення особисто значущих цілей [378; 379].

Як бачимо, поняття «ресурси» мають кілька смислових відтінків. З одного боку, слід розрізняти ресурси в широкому сенсі слова, ресурси середовища або зовнішні ресурси і особистісні ресурси зокрема. Ресурси в широкому сенсі, безумовно, будуть включати поняття «особистісні ресурси», «ресурси середовища», що в свою чергу відбивається на потенціалі особистості (біологічному, психофізіологічному, особистісному). Але в той же час потенціал особистості включає особистісні ресурси і багато в чому залежить від ресурсів середовища. У будь-якому випадку ресурси

створюють єдину систему, яка забезпечує або повинна забезпечити всі запити і потреби людини. Ресурси відрізняються не тільки джерелом їх виникнення (зовнішні і внутрішні), а й змістом. Для кожного виду ресурсів характерна певна здатність до збереження та накопичення, здатність до адаптації до умов, що змінюються, здатності ресурсів до взаємного впливу один на одного і на особистісний потенціал [4; 15; 20].

Доведено, що зовнішні психічні ресурси людина набуває завдяки соціальному способу свого існування. Соціальна підтримка та сприяння, симпатія, взаємодопомога та інші соціальні феномени виступають значимим фактором досягнення людиною необхідного життєвого благополуччя [22; 88, 343; 344; 472; 473].

Внутрішні ресурси пов'язані з якимись закладеними в людині задатками, що дають можливість долати різні стрес-фактори і труднощі. В якості таких внутрішніх факторів виступають пізнавальні можливості людини, його інтелект, емоційні ресурси, духовний потенціал, ряд особистісних можливостей та ін. [193; 386; 423; 449].

Ресурсний підхід в психології робить акцент на те, що існує процес розподілу ресурсів, який пояснює той факт, що деяким людям вдається зберегти здоров'я і успішно адаптуватися, незважаючи на різні життєві обставини [6; 26; 29; 38; 47; 56; 64; 85]. Ресурсні теорії припускають, що існує деякий комплекс ключових ресурсів, які керують і направляють загальний фонд ресурсів. Ключовий ресурс – головний засіб, який контролює і організує розподіл інших ресурсів [76; 84]. Ресурсна проблематика сучасної психології бере свої витoki в розгляді адаптаційних можливостей людини, затребуваних в напружених, важких, стресових і екстремальних типах ситуацій. Представляючи собою процес пристосування до певних життєвих обставин, адаптація може протікати успішно із залученням людиною певних життєвих ресурсів [354; 359; 368; 383; 408; 411; 458; 502].

Оснoву наступного кроку наукового вивчення ресурсної проблематики склало сформоване в психології розуміння того, що сили людини можна

розглядати не тільки з точки зору взаємодії людини із середовищем, а й з точки зору механізмів функціонування. У психології детальне вивчення отримав психологічний захист, який може розглядатися в якості психологічного інструментарію, що має свої переваги і обмеження, збереження і поповнення внутрішніх ресурсів особистості [118; 139; 218; 280; 340; 387; 483; 486; 491]. У ряді робіт було встановлено, що великими можливостями усвідомленого, вольового, цільового управління внутрішніми ресурсами особистості мають копінг-ресурси [109; 136; 141; 149; 160; 181]. Копінг-поведінка, як інструмент регулювання ресурсів, має певну спеціалізацією, що дозволяє з урахуванням особливостей ситуації актуалізувати конкретні внутрішні ресурси особистості. В даному випадку позначається можливість переходу від ситуативного до особистісного і від функціонального до змістовного розгляду психічних ресурсів людини [97; 118].

Особливе місце серед психічних ресурсів людини займають, так звані, особистісні ресурси [150]. Особистісні ресурси – це складне утворення, що об'єднує в собі значну частину системи психічного забезпечення і самозабезпечення людини. На організаційному рівні особистісні ресурси інтегрують в собі різні за рівнем складності структурні компоненти особистості, які обумовлюють її успішність у навчальній, професійній діяльності і в особистій сфері [51; 68; 95; 114-116; 128; 130; 137]. Уявлення щодо особистісного ресурсу можна розглядати в якості деякої сформованої у людини системи понять, відносин і переживань до даного психологічного утворення. Домінуюче використання людиною певної структури особистісних ресурсів відбивається на її успішності [159; 234; 294; 360]. Так, пізнавально-інтелектуальні ресурси зумовлюють такі характеристики людини: розумний, розвинений, досвідчений, начитаний, компетентний, уважний, розважливий, підготовлений, ерудований, авторитетний, всебічний, талановитий [319]. Наявність ресурсів емоційно-вольової саморегуляції дозволяє людині бути наполегливим, сміливим, сильним, впевненим, працездатним, терплячим, спокійним, цілеспрямованим, рішучим, витриманим, зібраним, по-

сидючим та ін. [421; 423]. Використання ціннісно-сміслових ресурсів особистості відбивається в наступних характеристиках людини: одухотворений, чистий, суворий, мотивований, глибокий, відповідальний, відданий, постійний, гордий, оптимістичний [483]. Ресурси соціальної взаємодії дозволяють людині бути відкритим, прямим, приємним, мобільним, активним, доброзичливим, товариським, невимушеним та ін. [281; 366; 434].

Багато авторів визначають ресурси особистості як її життєво важливі якості та компенсаторні можливості [28; 51; 65; 89; 116]. З. Ковальчук, розглядаючи змістовну сторону поведінки людини при подоланні важких життєвих ситуацій, визначає особистісні ресурси як внутрішні і зовнішні можливості, які сприймаються і використовуються як засоби досягнення позитивних результатів. Особистісні ресурси, на її думку, повинні відповідати наступним критеріям: усвідомленість наявних можливостей їх досягнення, готовність використовувати ці можливості, оптимальність, компенсування, конвертованість, тобто цінність ресурсів в соціальному оточенні [128].

Д. Азаматов вводить поняття «сукупного життєвого ресурсу особистості», під яким розуміє енергію, стан здоров'я, час-вік, резерв життєвого часу, природні переваги (стать, здатності), соціальні переваги (освіта, соціальне походження, кваліфікація, професія), самооцінку, рівень домагань особистості [10]. Наявність перерахованих ресурсів у конкретної особистості означає реальну можливість компенсації особистісних або життєвих проблем. Їх відсутність або слабкий прояв означають дефіцит внутрішніх ресурсів і низький рівень здатності боротися з труднощами життя, а значить, і слабку життєстійкість [10; 12].

В. Бодров розглядає ресурс в рамках розвитку теорії психологічного стресу. При цьому дослідник визначає ресурси наступним чином: «вони є тими фізичними та духовними можливостями людини, мобілізація яких забезпечує виконання його програми і способи (стратегії) поведінки для запобігання або купірування стресу» [35, с. 242]. Автор визначає ресурс

особистості як запас, потенціал різних структурно функціональних характеристик людини, які забезпечують загальні види життєдіяльності та специфічні форми поведінки, реагування, адаптації та ін. [36]. І зазначає, що поняття людських ресурсів, незважаючи на досить широке вживання, ще недостатньо розроблено, хоча в загальних рисах воно відображає можливості енергетичних та інформаційних процесів, ступінь розвитку професійно орієнтованих функцій, їх адаптивність, стійкість і компенсування, наявність освоєних програм і способів регуляції різних форм активності і багато іншого [35; 37].

Т. Комар зроблена спроба на дослідній основі виділити психологічні феномени, що утворюють життєві ресурси людини, вивчити структурну організацію психологічних феноменів, що входять до складу життєвих ресурсів особистості, здійснити диференціацію життєвих ресурсів особистості по групах інваріантних і змінюваних складових, а також провести психологічний аналіз основних типів особистості, що володіють різними домінантами життєвих ресурсів [130]. Авторка довела, що життєві ресурси особистості пов'язані з наступними психологічними показниками: самоприйняття, прийняття інших, емоційна комфортність, компетентність у часі, ціннісні орієнтації, гнучкість поведінки, сенситивність до себе, спонтанність, самоповага, уявлення про природу людини, розвиток пізнавальних потреб, креативності, загальна інтернальність, стресостійкість, інтелектуальний розвиток, напруженість психологічних захистів, наявність цілей в житті, інтерес та емоційна насиченість життя, задоволеність самореалізацією, локус контролю – Я, локус контролю – життя, рівень емпатії [130]. Життєві ресурси особистості за їх індивідуальним проявом структуруються в три групи: поєднання пізнавально-інтелектуальних і емоційних компонентів, ціннісно-смысловий компонент та соціально-психологічний компонент життєвого ресурсу. Серед життєвих ресурсів автор виділила інваріантні і змінювані компоненти: до інваріантних складових життєвих ресурсів Т. Комар віднесла пізнавально-інтелектуальні, вольові, мотивацій-



но-ціннісні складові психіки людини та допомогу оточуючих; до змінних складових – матеріальні ресурси, здоров'я, емоції. локус контролю – Я, локус контролю – життя, рівень емпатії [130].

Очевидним є те, що різні ресурси відіграють різну роль в адаптації людини і подоланні важких життєвих подій. Так, С. Соловйова до найбільш вивчених особистісних ресурсів відносить: активну мотивацію подолання, ставлення до стресів як до можливості придбання особистого досвіду і можливості особистісного зростання; силу Я-концепції, самоповагу, самооцінку, відчуття власної значущості, «самодостатність»; активну життєву установку; позитивність і раціональність мислення; емоційно-вольові якості; фізичні ресурси – стан здоров'я і ставлення до нього як до цінності; матеріальні ресурси – високий рівень матеріального доходу і матеріальних умов, безпеку життя, стабільність оплати праці, гігієнічні фактори життєдіяльності; інформаційні та інструментальні ресурси (здатність контролювати ситуацію; використання методів або способів досягнення бажаної мети; здатність до адаптації, готовність до самозміни, інтерактивні техніки зміни себе і навколишньої ситуації; здатність до когнітивної структуризації і осмислення ситуації [255].

Велика частина перерахованих якостей характеризує психологічно здорову особистість. І, щоб зробити портрет психологічно здорової особистості повнішим, до вже названих І. Дубровіна додає наступні якості: самодостатність, інтерес людини до життя, свободу думки і ініціативу, захопленість якою-небудь областю наукової та практичної діяльності, активність і самостійність, відповідальність і здатність до ризику, віру в себе і повагу іншого, розбірливість у засобах досягнення мети, здатність до сильних почуттів і переживань, усвідомлення своєї індивідуальності і радісне здивування з приводу своєрідності всіх оточуючих людей, творчість в самих різних сферах життя і діяльності [91].

Якщо коротко охарактеризувати склад особистих ресурсів, то слід зазначити, що *психологічні* ресурси включають когнітивні, психомоторні,

емоційні, вольові та інші загальнопсихологічні властивості людини. *Особистісні* включають різноманітні властивості, риси, установки особистості, що впливають на регуляцію поведінки в напружених ситуаціях життєдіяльності і відображені в якостях самоконтролю, самооцінки, в почутті власної гідності, мотивації та ін. *Професійні* ресурси – це рівень знань, досвіду, індивідуальний стиль діяльності, що дозволяють регулювати професійну поведінку особистості. *Фізичні* ресурси визначаються рівнем фізичного і психічного здоров'я і функціональних резервів людини. До цього слід додати значну, часом надзвичайно значиму роль матеріальних ресурсів, які відкривають доступ до інформаційних, юридичних, медичних та інших форм професійної допомоги [11; 43; 48; 70; 191; 277].

Феномен невикористання навіть достатніх особистісних ресурсів аналізує G. Wopanno [316]. Він вважає, що перешкодою для застосування наявних у суб'єкта ресурсів можуть стати культурні цінності, громадська думка, деякі особистісні якості (наприклад, сором'язливість, гордість). У той же час успішній актуалізації особистих ресурсів сприяють оптимізм, почуття зв'язку зі світом, прийняття і оцінка своїх здібностей і можливостей успішно діяти в складних умовах – особистісна риса, яка визначається як самоефективність, самоповага. Автор стверджує, що психологічні ресурси слід представляти як засоби до існування, можливості людей і суспільства; як все те, що людина використовує, щоб задовольнити вимоги середовища; як життєві цінності, які утворюють реальний потенціал для подолання з несприятливими життєвими подіями [314-316].

У дослідженнях О. Бочарової показано, що в видах діяльності, де на суб'єкта тисне високий ступінь відповідальності, важливу ресурсну роль відіграє здатність діяти в умовах ризику, індивідуальна *схильність і готовність до ризику* [43]. Цей ресурс відображає, очевидно, «граничний модус буття особистості», позначений в роботах С. Сороко, як один з модусів буття в професійній сфері, пов'язаний з екстремальними навантаженнями [256].

У дослідженнях М. Ілюшиної надане таке визначення поняттю «психологічний ресурс»: це внутрішні і зовнішні змінні, що сприяють психологічній стійкості в стресогенних ситуаціях; це емоційні, мотиваційно-вольові, когнітивні і поведінкові конструкти, які людина актуалізує для адаптації до стресогенних/стресових трудових і життєвих ситуацій, це інструменти, які він використовував для трансформації взаємодії зі стресогенною ситуацією [108].

Однією з підстав ресурсного підходу є принцип «консервації» ресурсів, який передбачає можливість людини отримувати, зберігати, відновлювати, примножувати і перерозподіляти ресурси відповідно до власних цінностей. За допомогою такого розподілу ресурсів людина має можливість адаптуватися до варіативного ряду умов життєвого середовища [96; 130; 131]. До цього слід додати і те, що в концепції С. Хобфолл втрата ресурсів розглядається як первинний механізм, що запускає стресові реакції. У тому випадку, коли відбувається втрата ресурсів, інші ресурси починають виконувати функцію обмеження інструментального, психологічного та соціального впливу ситуації на психіку. Втрата внутрішніх і зовнішніх ресурсів тягне за собою втрату суб'єктивного благополуччя, переживається як стан психологічного стресу, негативно позначається на стані здоров'я особистості [378; 379].

Отже, всі описані вище визначення показують очевидність того, що різні ресурси можуть виконувати ту чи іншу роль в адаптації людини до складних ситуацій, в періоди подолання важких життєвих подій та ін. Але важливо мати цілісне уявлення про ці ресурси, щоб мати можливість їх активації. Незважаючи на різноманіття існуючих в психологічній науці підходів до розуміння ресурсів, результати досліджень з питань психологічних ресурсів, саме поняття як психологічна категорія представляється недостатньо розробленим.

Змістовні характеристики психологічних ресурсів необхідно розглядати як систему. Системний підхід відкриває можливості дослідження

психічної реальності в системі взаємодії «людина – життєве середовище» з урахуванням комплексу детермінант, джерелом яких є дійсність конкретної людини, представлена в змісті реальної діяльності, в самій особистості, в пережитій тут і зараз реальності. Взаємодія людини і життєвого середовища відбувається в конкретних життєвих ситуаціях і є своєрідним пусковим механізмом для актуалізації певних особистісних ресурсів.

Узагальнюючи все вищесказане, можна зробити висновок про те, що психологічні ресурси можуть бути представлені як система здібностей людини до усунення протиріч особистості з життєвим середовищем, подолання несприятливих життєвих обставин за допомогою трансформації ціннісно-сміслового виміру особистості, що задає її спрямованість і створює основу для самореалізації. Інакше кажучи, психологічні ресурси виступають як системна, інтегральна характеристика особистості, яка забезпечує особистості можливість долати важкі життєві ситуації. Зазначена характеристика актуалізується і проявляється в процесах самодетермінації особистості. Тому досить актуальним напрямком в дослідженні психологічних ресурсів є вивчення їх структури, механізмів функціонування, динамічних характеристик, особливо у осіб, які втратили деякі ресурси в результаті хвороби.

1.1.2. Специфічні особистісні ресурси як ознаки психологічного реабілітаційного потенціалу та предиктори психологічного здоров'я. У сучасних умовах все більш актуальною стає проблема підвищення ресурсності кожної окремої людини. Результати емпіричних досліджень показують, що для різних видів діяльності важливим є різний набір особистісних якостей, які опосередковують успішність освоєння і виконання діяльності і є регуляторами психічної напруженості і рівня психофізіологічної активації [437; 462; 471; 477; 483; 500]. Внесок різних особистісних ресурсів в підтримку психологічного благополуччя і успішне подолання стресу також різниться в залежності від особливостей вибірки, середовищних та ситуаційних чинників [427; 450; 467]. Проте, огляд літератури дозволяє виділити ключові

властивості особистості, які є основними предикторами психологічного благополуччя, якості життя, успішного подолання стресів і ефективної діяльності. Далі будуть розглянуті найбільш широко представлені в психологічній літературі властивості особистості (ресурси), предиктивна значущість яких для психологічного благополуччя показана в численних дослідженнях.

*Життєстійкість.* В контексті подолання стресів і подолання важких життєвих ситуацій S. Kobasa розроблено конструкт життєстійкості як загальну життєву диспозицію, що представляє собою систему переконань про себе, про світ, про відносини зі світом [401]. Життєстійкість включає три базових переконання, що відображають залученість в процес життя (залученість), що характеризується наявністю зв'язків зі світом і низьким рівнем відчуження, внутрішній локус контролю (контроль) і прийняття «викликів» життя (прийняття ризику), що дозволяє позитивно оцінювати ті ситуації, з якими стикається людина (наприклад, знаходити вигоду в скрутних життєвих ситуаціях і можливості для подолання труднощів). Як показують численні дослідження, життєстійкість є основним предиктором зниження ймовірності розвитку соматичних і психічних симптомів у стресогенній ситуації, підтримання якості життя і суб'єктивного благополуччя при обмежених можливостях здоров'я, успішності і продуктивності співробітників, і може бути визначена в якості ядерного особистісного конструкту [3; 12; 83; 99; 171; 233; 249; 348].

Зазначені компоненти знаходяться між собою в системному, синергічному характері взаємодії, при якому сумарний ефект перевищує суму ефектів кожного компонента окремо. Згідно S. Kobasa, вплив життєстійкості на психічне здоров'я опосередкований індивідуально-когнітивною оцінкою стресових ситуацій і індивідуальним репертуаром стратегій подолання [401]. Вказується, що життєстійкість поєднує два компоненти оцінки. Вона, з одного боку, впливає на сприйняття ситуації, знижуючи оцінку загрози, і ситуація, в силу особистісних особливостей, сприймається як

менш травматична [3; 99; 348]. З іншого боку, життєстійкість сприяє активному подоланню труднощів, збільшуючи очікування індивідуума в тому, що його зусилля з подолання будуть успішними. Вона пов'язана з «трансформаційним» подоланням, що має на увазі готовність діяти, активність в стресовій ситуації [83; 233; 249]. Буферний вплив життєстійкості пов'язаний також з посиленням відповідальності і пошуком активної соціальної підтримки [12; 99; 171].

Вивчаючи категорію «життєстійкість», Л. Александрова пропонує розглядати її не окремо, а в контексті проблеми подолання життєвих труднощів [14]. Проблема подолання, копінг-поведінки не раз ставала об'єктом пильної уваги психологів [13]. І деякі дослідники вважають, що в основі копінг-поведінки знаходиться життєстійкість як здатність особистості до трансформації несприятливих обставин для свого розвитку [13].

При цьому в якості одного з компонентів життєстійкості Л. Александрова визначає особистісні ресурси, які на рівні реалізації забезпечені розвиненими стратегіями подолання. Як інший компонент позначається сенс, що зумовлює вектор життєстійкості і життя людини в цілому [13; 14].

Теоретичний аналіз різних досліджень дозволив зробити висновки, що життєстійкість в нових особистісно-значущих соціальних умовах виникає і розвивається під впливом факторів: актуалізації соціально-психологічних властивостей (забезпечення позитивної динаміки процесу), актуалізації продуктивного накопичення особистісного досвіду (усвідомлення взаємодії безлічі чинників), актуалізації соціально-психологічних властивостей, адекватної соціальної ситуації (властивості створюють імпульс до змін).

*Життєздатність (resilience).* Термін «життєздатність», закріпившись в англійському варіанті «resilience» (гнучкість, пружність, стійкість), завдяки міжнародному проекту, на якому запропонували трактувати життєздатність як здатність людини управляти ресурсами власного здоров'я і со-

ціально прийнятним способом використовувати для цього сім'ю, суспільство, культуру [360; 377; 477].

Нами пропоновано під життєздатністю розуміти індивідуальну здатність людини до соціальної адаптації і саморегуляції, що є механізмом управління власними ресурсами: здоров'ям, емоційної, мотиваційно-вольовий, когнітивний сферами в контексті соціальних, культурних норм і умов середовища [154].

Життєздатність розглянуто як загальносистемну, інтегративну властивість, релевантну людині як системі, що само розвивається, і характеризує потенційну можливість зберігати свою цілісність, утримуючи життя в постійному сполученні з вимогами соціального буття і людського призначення. Системність життєздатності має на увазі її входження в число властивостей, що забезпечують саму можливість існування людини як соціальної системи, тобто життєздатність визначається автором як інтегральна можливість становлення людини в соціумі, яка реалізується в формі універсальної сенсоутворюючої комунікабельності. Важливим науковим досягненням психологічних досліджень є виділення основних компонентів життєздатності як феномена: здатність до адаптації, здатність до саморегуляції, здатність до саморозвитку, осмисленість життя і комунікабельність у вигляді інтегрального фактору, в формі якого і реалізуються інші названі складові [239].

У створеній соціально-психологічній концепції визначено життєздатність особистості як системну якість особистості, яка характеризує єдність індивідуальних і соціально-психологічних здібностей людини до реалізації ресурсного потенціалу, використання конструктивних стратегій поведінки в важких життєвих ситуаціях, яка забезпечує повернення особистості на докризовий рівень функціонування або визначає посткризове особистісне зростання [194].

Життєздатність розглядається як стійка диспозиція особистості, яка включає в себе наступні компоненти: 1) здатність до активності і ініціати-

ви; 2) здатність до самомотивації і досягнень; 3) емоційний контроль і саморегуляція; 4) позитивні когнітивні установки і гнучкість мислення; 5) самоповага; 6) соціальна компетентність; 7) адаптивні захисні копінг-стратегії поведінки; 8) здатність організовувати свій час і планувати майбутнє [194].

Незважаючи на схожість визначення конструктів життестійкості та життєздатності, необхідно відзначити їх принципову відмінність: на відміну від життестійкості, життєздатність є не особистісною диспозицією (рисом), а станом, що характеризується здатністю до правильного розподілу і використання ресурсів у важких ситуаціях, що сприяє підтримці психологічного благополуччя. У контексті успішного подолання стресів життєстійкість розглядається як ресурс, що допомагає зберігати існуючий рівень функціонування, а *resilience* пов'язується зі здібністю піднятися вище колишнього рівня функціонування, з посттравматичним зростанням [339; 360; 384; 477]. Інша принципова відмінність конструктів стосується особливостей їх розвитку: якщо поняття життестійкості спочатку запропоновано для позначення конкретної групи переконань, які сприяють подоланню стресу, то поняття життєздатності використовувалося для позначення будь-яких особливостей, що сприяють подоланню стресу, що призвело до менш чіткої структури, але більшої широти конструкту життєздатності [154; 194; 328; 340; 377].

*Почуття узгодженості (sense of coherence)* – це здатність людини узгоджено, когнітивно і емоційно, сприймати те, що відбувається, як контрольоване ним. Конструкт включає три компоненти: збагненність – ступінь сприйняття людиною інформації, яка надходить до неї, як впорядкованої, ясної і структурованої або, навпаки, тривожної, хаотичної, непередбачуваної, що сприяє сприйняттю стресової події не як випадкової, а як ланки в ланцюжку життєвих подій; керованість – характеризує міру сприйняття індивідумом власних ресурсів як достатніх, щоб гідно відповісти на вимоги, що пред'являються йому навколишнім середовищем;



осмисленість – визначається тим, який сенс надається ситуації, що склалася, наскільки індивід оцінює проблеми і вимоги, пред'явлені йому, які заслуговують енергетичних витрат [208; 342].

Як показують дослідження, високе почуття узгодженості є предиктором як фізичного здоров'я (в короткостроковій і довгостроковій перспективі), так і психологічного благополуччя, в тому числі і на робочому місці [59;115]. Згідно з науковими дослідженнями, існує три можливих шляхи впливу почуття узгодженості на здоров'я. По-перше, почуття узгодженості може призводити до фізіологічних змін в організмі – нормалізації роботи ендокринної та імунної системи (тобто його вплив зворотній фізіологічному впливу стресу). По-друге, люди з високим почуттям узгодженості схильні уникати поведінки ризику і практикувати поведінку, спрямовану на підтримку і зміцнення здоров'я. По-третє, почуття узгодженості впливає на когнітивну оцінку подій: вони сприймаються як менш загрозливі і більш керовані [2; 20; 24; 54; 96; 104].

*Оптимізм.* Традиційно оптимізм розуміється як позитивна особистісна риса, пов'язана з успіхом, радістю, благополуччям і задоволеністю [17; 24; 77; 168]. В даний час в літературі найбільш широко представлені дві основні концепції оптимізму, в яких оптимізм має різне значення і різну функцію. У концепції диспозиціонального оптимізму розглянуто оптимізм як позитивну настанову по відношенню до майбутнього [325]. Подібна настанова сприяє активності та ефективної діяльності суб'єкта, а також, згідно з результатами досліджень, є однією з найважливіших предикторів подолання стресів, викликаних хронічними хворобами. Однак в разі, якщо оптимізм занадто високий, позитивна переоцінка майбутнього може мати також і негативні наслідки: ілюзорні очікування можуть не виправдатися, а людина при цьому може піддавати себе невиправданому ризику [77; 325].

Альтернативний підхід до розуміння природи оптимізму пропонують вчені, які розглядають оптимізм як атрибутивний стиль [242; 468]. Оптимістичний атрибутивний стиль пов'язаний з поясненням позитивних подій

через посилення на причини, які мають стійкий в часі характер, які стосуються усіх сфер життя і пов'язані з самим суб'єктом, а негативних подій, навпаки, через посилення на тимчасові, приватні та зовнішні причини. Дослідження інших авторів, показують, що успішність в різних видах діяльності частіше пов'язана з оптимістичним атрибутивним стилем, який виступає ресурсом для підтримки мотивації, і лише в окремих видах діяльності (наприклад, юриспруденція) продуктивним є песимістичний атрибутивний стиль [242; 361].

*Самооцінка (self-esteem)* як характеристика самоствавлення, що виражає відношення людини до самої себе (позитивне чи негативне), також є важливим ресурсом [191; 198; 222; 423]. На відміну від розуміння самооцінки у вітчизняній психології, зарубіжні дослідження використовують вужчий конструкт «self-esteem», що відображає особливий тип самоствавлення – почуття цінності своєї особистості і потреби інших людям [261; 294; 297; 368]. Поняттю Self-esteem швидше відповідає російськомовний термін «самоцінність», на відміну від більш широкого поняття self-evaluation (оцінка себе). Однак, не всі автори погоджуються із загальним позитивним забарвленням цього конструкту. Наприклад, виявлений зв'язок високої самоцінності і нарцисизму [454]. Тому, як і в разі оптимізму, ресурсна роль самооцінки визначається її рівнем [328; 474].

*Самоефективність.* Конструкт самоефективності представляє в більшій мірі когнітивну оцінку власної здатності до ефективної діяльності і подолання важких ситуацій, на відміну від життестійкості як особистісної диспозиції, резильєнтності як стану і оптимізму як настанови [78]. Згідно з дослідженнями, впевненість у власній ефективності передбачає не тільки успішність діяльності, а й психологічне благополуччя і фізичне здоров'я [187; 245; 368]. Низкою авторів отримані емпіричні дані, що свідчать про те, що самоефективність є скоріше вторинною змінною, що є похідною оптимізму. Наприклад, дослідження посттравматичних симптомів у постраждалих в результаті землетрусу в Туреччині підтвердило захисну буферну

функцію як оптимізму, так і самоефективності в разі усвідомлюваних посттравматичних симптомів, таких як тривога і депресія [464]. Однак за допомогою регресійного аналізу показано, що тільки оптимізм був предиктором відсутності також і несвідомих посттравматичних симптомів, таких як нічні кошмари. Саме тому, предиктивна роль самоефективності більш значима в ситуаціях гострого стресу, тоді як в ситуації хронічних стресів основними предикторами є оптимізм і самооцінка [77; 261; 277; 361; 463]. Вчені також приходять до висновку, що самоефективність, як віра в свою здатність до ефективної діяльності, вирішення проблем і подолання стресів, є наслідком високої самооцінки і оптимізму [378]. Аналогічно, деякі автори, розділяючи ресурси на підставі ролі, яку вони відіграють у процесі саморегуляції та самодетермінації, відносить самоефективність до ресурсів стійкості, а оптимізм і життєстійкість – до ресурсів саморегуляції, підкреслюючи тим самим різну природу конструктів [161].

*Толерантність до невизначеності* – нейтральне або позитивне ставлення суб'єкта до невизначених ситуацій (незнайомим, складним, мінливим, неоднозначним). У ранніх дослідженнях толерантність до невизначеності розглядалася як особистісна характеристика, пов'язана з раннім виходом з вирішення задач, опором до зміни нестійких стимулів, «чорнобілим» поглядом на світ [86; 111; 134]. Сучасні автори толерантність до невизначеності розглядають її як стійку особистісну диспозицію, яку пов'язують з психологічним благополуччям і задоволеністю роботою [86; 119; 147]. Індивіди з низьким рівнем толерантності до невизначеності більш схильні до впливу стресу, уникають ризику і більш чутливі до негативного зворотного зв'язку від колег [86; 222; 229].

*Самоконтроль*. Здатність контролювати свою поведінку вважається особистісною характеристикою, що пророкує успішність діяльності і благополуччя, в тому числі в довгостроковій перспективі [239; 261; 362]. В результаті експерименту показано, що діти, які мають більш високий рівень самоконтролю і здатні відкласти задоволення заради відстроченої винаго-

роди, більш благополучні в майбутньому, мають більш високий достаток і домагаються успіхів у кар'єрі [410; 415]. Ряд авторів відводять самоконтролю ключову роль процесі саморегуляції [368; 406].

*Копінг-компетентність* розглядається в якості одного з важливих чинників адаптації особистості, успішності подолання стресу та як результат взаємодії різних компонентів (психофізіологічних, емоційних, інтелектуальних, вольових) в контексті загальної системи адаптації [30; 37; 51, 274]. У копінг-компетентності можна виділити наступні компоненти: адекватність в інтерпретації і оцінюванні різних параметрів ситуації, як на рівні загальної тенденції, так і по відношенню до специфічних стресорів; адекватність сприйняття зовнішніх і внутрішніх ресурсів для подолання стресу; багатий репертуар копінг-стратегій і сформованість навичок вибору найбільш ефективних стратегій поведінки відповідно до параметрів ситуації; адекватність результатів копінгу, наслідків здійснених дій, їх ефективності, можливості і необхідності корекції [92; 109; 136].

В рамках низки ресурсних концепцій передбачається існування інтегральної системної особистісної характеристики, яка контролює і організовує «ресурсоворот», як фактор вищого порядку, який опосередковує регулятивні процеси, виступаючи потенціалом саморегуляції і самодетермінації [111; 141]. У наукових дослідженнях визначається наявність особистісного «стрижня», «мотора», «ядра», який робить людей стійкими у важких життєвих ситуаціях, а також є детермінантою задоволеності життям, суб'єктивного благополуччя і якості життя людини [137; 157; 168]. Робляться спроби створення діагностичних інструментів, за допомогою яких можливий вимір системної організації особистісних ресурсів і виявлення інтегрального показника [178; 301].

*Базове самооцінювання (Core self-evaluation)*. Однією з перших спроб виділення інтегрального показника є концепція базового самооцінювання, яка розглядається в якості фундаментальної оцінки власної особистості, своїх здібностей, своєї цінності [187; 189; 471]. Базова самооцінка включає

в себе чотири базові особистісні характеристики: локус контролю, емоційну стабільність, самоефективність і самооцінку. Остання розглядається як ключовий з чотирьох конструктів, так як саме сприйняття себе як цінного, потрібного іншим є основоположним чинником для наявності високої базової самооцінки [215; 254; 261; 297; 328; 363].

*Здатність до саморегуляції (Self-regulation competence).* В рамках клінічних досліджень стійкості до стресу, викликаного важкими хронічними захворюваннями, був визначений конструкт «здатність до саморегуляції», який включає три фактори: віру в себе, волю і емоційну стабільність [255; 299; 319]. Як показують дослідження, високі показники цих ресурсів пророкують успішне подолання стресу, викликаного проблемами зі здоров'ям і збереження психологічного благополуччя навіть в скрутних життєвих обставинах, викликаних хворобою. Виявлені прямі і непрямі пролонговані ефекти особистісних ресурсів [223; 245; 253; 261]. Наприклад, не тільки власні особистісні ресурси індивідуума є предикторами успішного одужання і підтримки якості життя при хронічній хворобі, а також і особистісні ресурси партнера відіграють значну роль у подоланні труднощів, особливо в довгостроковій перспективі, де вони набувають навіть більшої значущості, ніж власні ресурси хворого. Також важлива унікальна комбінація особистісних ресурсів партнерів, що дозволяє їм створювати спільні саморегуляційні патерни [281; 317; 333].

*Психологічний капітал.* Концепція психологічного капіталу (PsyCap) заснована на виділенні єдиного чинника, який складають чотири властивості особистості: оптимізм, життєздатність, надія, яка операціоналізується на підставі наявності цілей, і самоефективність, як віра в свою здатність до продуктивної діяльності і ефективного подолання стресових обставин [302; 303; 418].

*Особистісний потенціал.* На відміну від психологічного капіталу, який, з точки зору його творців, хоча і може бути збільшений шляхом розвитку складових його позитивних рис, але, тим не менш, відображає лише

поточний психологічний стан, особистісний потенціал розглядається як особистісна основа саморегуляції, яка потенційно може вносити вклад в різні види діяльності і не зводиться тільки до наявних особистісних ресурсів.

Вчені визначають особистісний потенціал як «інтегральну системну характеристику індивідуально-психологічних особливостей особистості, що лежить в основі здатності особистості виходити з стійких внутрішніх критеріїв у своїй життєдіяльності і зберігати стабільність смислових орієнтацій і ефективність діяльності на тлі тиску і зовнішніх умов, що змінюються» [170]. Рядом авторів термін «особистісний потенціал» використовується для позначення характеристик, що лежать в основі можливості успішної адаптації до широкого діапазону факторів зовнішнього середовища, проте, розуміння особистісного потенціалу тільки в якості адаптаційного механізму істотно звужує підхід до проблеми [13; 47]. Поняття особистісного потенціалу виходить за рамки адаптації і змістовно розкриває ідею «змінювана особистість в змінюваному світі» [20; 170]. Воно йде на зміну поняттю адаптації, маючи на увазі складні механізми подолання змінливою дійсністю – не тільки пристосування до заданих умов, але і готовність до їх зміни, і здатність до самостійного створення необхідних умов. Саме особистісний потенціал визначає, наскільки психологічне благополуччя і якість життя особистості залежить від неї самої, а не від сприятливого збігу обставин. Мова йде не стільки про базові особистісні риси або настанови, скільки про особливості системної організації особистості в цілому, про її архітектонічність, що складається прижиттєво та заснована на складній схемі саморегуляції і опосередкування [317].

Високий показник особистісного потенціалу говорить про здатність особистості формувати ефективні гнучкі патерни саморегуляційних процесів для досягнення цілей. Як зазначають вчені, особистісний потенціал по-різному проявляє себе в ситуаціях:

- невизначеності, коли первинним завданням є самовизначення;
- досягнення уже визначених цілей;

- загрози і тиску з боку навколишнього середовища, коли стоять завдання подолання труднощів і збереження ресурсів [162].

В рамках концепції особистісного потенціалу, особистісні ресурси розуміються як відносно стабільні властивості особистості (риса, когнітивні і поведінкові стратегії, атрибутивні схеми), що сприяють вирішенню актуальних для особистості завдань, в тому числі в складних умовах діяльності. Виділено чотири види ресурсів: психологічні ресурси стійкості, психологічні ресурси саморегуляції, мотиваційні ресурси та інструментальні ресурси, які по-різному працюють на різних етапах саморегуляції. Результати досліджень на різних вибірках показують, що ключові властивості особистості пов'язані між собою, будучи компонентами єдиного чинника, високий показник якого виступає важливим предиктором психологічного благополуччя і якості життя [161].

Іншою особливістю концепції особистісного потенціалу є «відкритий» підхід до виділення його компонентів: його структура не «передзана» теоретичною концепцією, а заснована на серії емпіричних досліджень, що демонструють важливість і унікальний внесок тих чи інших компонентів в процеси саморегуляції та самодетермінації в різних ситуаціях. Підкреслюється динамічна складова особистісного потенціалу: що входять до його складу компоненти формуються і змінюються під впливом життєвих завдань і контекстів діяльності, в які включається індивід. По суті, особистісний потенціал задає потенційні можливості реагування, які можуть актуалізуватися в конкретній ситуації [34; 80].

З медико-біологічних позицій адаптаційний потенціал – це кількісне визначення рівня функціонального стану організму і його систем, що характеризує його здатність адекватно і надійно реагувати на комплекс несприятливих факторів при економній витраті функціональних резервів, що дозволяє запобігти розвитку преморбідного стану. І тоді здоров'я – це здатність організму зберігати необхідні компенсаторні і захисні властивості,

певний рівень функціональних резервів, оптимальна здатність адаптуватися до умов зовнішнього і внутрішнього середовища [4; 9; 15].

У психології витоки поняття адаптаційного потенціалу особистості (особистісного потенціалу) сходять до робіт низки вчених [161; 175; 222].

Вони вважають, що оцінити адаптаційні можливості особистості можна через оцінку рівня розвитку психологічних характеристик, найбільш значимих для регуляції психічної діяльності і процесу адаптації. Чим вище рівень розвитку цих характеристик, тим вище ймовірність успішної адаптації, тим значніше діапазон факторів зовнішнього середовища, до яких індивід може пристосуватися [175]. Дані психологічні особливості особистості взаємопов'язані і складають одну з інтегральних характеристик психічного розвитку особистості – особистісний адаптаційний потенціал, показники якого містять інформацію про відповідність або невідповідність психологічних характеристик особистості загальноприйнятим нормам. На думку дослідників, психологічні характеристики людини, найбільш значущі для регуляції психічної діяльності і самого процесу адаптації, складають його особистісний адаптаційний потенціал, який включає: нервово-психічну стійкість, рівень розвитку якої забезпечує толерантність до стресу; самооцінку особистості, що є основою саморегуляції і впливає на ступінь адекватності сприйняття умов діяльності і своїх можливостей; відчуття соціальної підтримки, що визначає почуття власної значущості; рівень конфліктності особистості; досвід соціального спілкування [23; 34; 143].

У свою чергу, введено спеціальне поняття «особистісного адаптаційного синдрому», який характеризує загальні прояви адаптаційного потенціалу для різних способів взаємодії з мінливими соціальними, предметно-технологічними і природно-кліматичними умовами середовища, та пов'язані з активізацією особистісної регуляції. Особистісна регуляція забезпечує створення внутрішніх умов для перетворення сформованих взаємин із середовищем і отримання необхідної незалежності від середовищних впливів. Активність особистісної регуляції визначається поєднанням об'єк-



тивних ознак середовища, їх особистісним змістом і переважаючим способом взаємодії зі змінною реальністю [222]. Психологічний зміст особистості, що адаптується, визначається: усвідомленням навколишнього середовища, що змінюється; рефлексією себе в новій картині середовища; саморегуляцією адаптаційного потенціалу, необхідного для перетворення взаємодії з навколишнім середовищем і собою; трансформацією способів взаємодії з навколишнім середовищем; вираженою его-орієнтацією як можливим наслідком посилення потреби в саморозкритті; зміною способу «Я» як елемента Я-концепції [151; 161; 170; 198].

Д. Леонт'єв визначає особистісний потенціал як стрижень особистості, її базову індивідуальну характеристику, яка якісно характеризує рівень особистісної зрілості, а головним феноменом особистісної зрілості і формою прояву особистісного потенціалу є феномен самодетермінації особистості [161]. Особистісний потенціал відображає міру подолання особистістю заданих обставин і подолання особистістю самої себе, а також міру прикладених їй зусиль по роботі над собою і над обставинами свого життя [202; 222; 272].

Визначено адаптаційний потенціал як здатність особистості до структурних і рівневих змін (під впливом адаптогенних факторів) якостей і властивостей, що підвищує її організованість і стійкість [34]. Адаптаційний потенціал є інтегральним поняттям, що включає специфічні ресурси, представлені на різних рівнях організації особистості (індивідуальному, особистісному, суб'єктно-діяльнісному). Важливими складовими адаптаційного потенціалу є механізми, способи використання і перетворення адаптаційних ресурсів, їх кількісних і якісних складових (розгортання, акумуляція, заповнення та ін.). Ці процеси служать сполучними ланками між можливостями і здібностями особистості, реальної їх реалізацією в цілеспрямованому адаптаційному процесі [274; 276].

У визначенні деяких авторів, особистісний адаптаційний потенціал розуміється як інтегральна змінна, що характеризується сукупністю інди-

відуальних ознак, які обумовлюють ефективність психічної адаптації людини, зокрема, в екстремальних ситуаціях [143].

З наукових позицій адаптаційний потенціал являє собою ступінь відкритих творчих і особистісних можливостей індивіда включатися в нові мінливі умови соціального середовища (в тому числі і кризові) [20]. На цій підставі описано п'ять складових адаптаційного потенціалу особистості. Перший компонент – біопластичний – відображає еволюційно закріплені доцільні форми життєдіяльності людського організму і вроджені енергетичні ресурси. Другий компонент – біографічний – це індивідуальна історія життя людини. Вона акумулює мікросоціум і ту мікрокультуру, де народжується і куди занурюється людина на ранніх етапах свого життєвого шляху. Третій – психічний компонент адаптаційного потенціалу, який забезпечується прихованими і реальними можливостями людини, що дозволяють відображати об'єктивну реальність у всьому її різноманітті і регулювати різні взаємини з нею і з самим собою, зберігати власну цілісність і самовдосконалюватися. Четвертий компонент особистісного адаптаційного потенціалу – сформована система особистісної регуляції (особистісно-регулятивний компонент), яка дає можливість не тільки керувати своєю поведінкою відповідно до нормативних вимог суспільства, досягати необхідного рівня успішності в професійній діяльності, а й розвиватися, вдосконалюватися. П'ятий компонент – творчі можливості особистості [20; 222].

У практичному плані, під адаптаційним потенціалом нерідко розуміється сукупність якісно своєрідних індивідуально-психологічних властивостей, набір яких неоднаковий в різних дослідженнях. Висновок про стан особистісного адаптаційного потенціалу проводиться в результаті аналізу рівневих характеристик цих властивостей, об'єднаних в групу [34; 51].

Адаптаційний потенціал особистості є категорією, що включає в свою змістовну структуру регуляторний, ресурсний і ситуативний компоненти [151]. Розбираючи докладніше, можна помітити, що регуляторний компо-

нент адаптаційного потенціалу особистості пацієнта найкраще характеризує як потенційні, так і його реальні можливості, що використовуються, до усвідомленої саморегуляції своєї поведінки, яка відбувається на основі загальних регуляторних процесів і відповідно до регуляторно-особистісних якостей особистості самого пацієнта. Ресурсний компонент адаптаційного потенціалу особистості об'єднує найрізноманітніші конструктивні і продуктивні психологічні властивості і якості особистості, що дозволяють долати найскладніші і непередбачувані або досить рутинні і хронічні життєві ситуації. Ситуативний компонент проявляється характерною специфікою конкретної ситуації, в якій відбувається адаптаційний процес особистості. Він може бути обумовлений різноманітними життєвими ситуаціями негативного соціального плану, наявністю важких супутніх захворювань, необхідністю майбутнього або вже проведеного оперативного лікування.

До основних рис особистісного адаптаційного потенціалу можна віднести і те, що він розглядається як інтегральна змінна, що характеризує сукупність індивідуально-психологічних ознак, що обумовлюють ефективність психічної адаптації; має властивості складної системи і, відповідно, системний аналіз виступає основним підходом до його дослідження; включає не тільки готівкові прояви адаптаційних здібностей, а й латентні властивості, які можуть проявитися при зміні змісту, сили і напряму впливу адаптогенних факторів; визначає межі адаптаційних можливостей особистості і стійкості до чинників, що впливають, містить передумови до деякого діапазону відповідних адаптаційних реакцій; пов'язаний з віково-психологічними особливостями, при цьому власна активність особистості виступає в якості умови, що регулює міру реалізації потенційних можливостей [198; 272].

Отже, адаптаційний потенціал особистості описується як інтегративна особистісна властивість, що виражається у відношенні (позиції, установки, спрямованості) людини до світу; система знань, переконань, на основі яких будується, регулюється діяльність людини, розвинене почуття нового, зда-

тність швидко змінювати прийоми дії відповідно до нових умов діяльності; сукупність реальних можливостей, умінь і навичок, що визначають рівень їх розвитку; психологічна настанова на нетрадиційне розв'язання суперечностей об'єктивної реальності; характерна властивість індивіда, що визначає міру його можливостей в творчому самоздійсненні і самореалізації; система особистісних здібностей, що дозволяють оптимально змінювати прийоми дій відповідно до нових умов, і знань, умінь, переконань, що визначають результати діяльності і спонукають особистість до творчої самореалізації та самовдосконалення; одна зі сфер творчої особистості, її аксіологічний потенціал.

Системно-динамічний характер концепції особистісного потенціалу пояснює залежність вкладу різних особистісних характеристик в його структуру і в показники успішності і психологічного благополуччя від ситуації діяльності. Однак, ряд особистісних характеристик розглядаються під кутом зору їх можливого внеску в структуру особистісного потенціалу (як особистісні ресурси): толерантність до невизначеності, самоефективність, життєстійкість, оптимізм, вітальність, особистісна автономія, особистісний динамізм, рефлексивність, часова перспектива, життєздатність та ін.

Характеризуючи складність вивчення адаптації як міждисциплінарного біопсихосоціального феномена, зміст якого поширюється і на процес, і на властивості, і на стану, має сенс сфокусувати науковий пошук на адаптаційний потенціал особистості з урахуванням особливостей її регуляторної діяльності, її адаптаційних ресурсів і специфіки життєвих умов, в якій знаходиться особистість, тобто всього того, що характеризує її здатність до формування, корекції і трансформації життєвого досвіду, що детермінує переживання і поведінку людини в конкретній ситуації, особливо в ситуації хвороби.

## 1.2. Психологічне здоров'я особистості та його критерії

Здоров'я особистості є значущою умовою повноцінного соціального розвитку суспільства та його процвітання. Це робить здоров'я пріоритетною сферою міждисциплінарних наукових досліджень, одним з найважливіших психологічних феноменів, які є основою ціннісно-смыслового ставлення особистості до світу, життя, себе і суспільства [57; 81; 165; 183]. Традиційно ця проблема була предметом медичного знання, клінічної та загальної психології в зв'язку з визначенням норми, виявленням границь патології, розробкою діагностичного інструментарію та вивченням внутрішньої картини хвороби [124; 165; 396]. Однак на сучасному етапі розвитку психологічної науки ця проблематика вимагає свого розгляду також в соціальному та особистісному контексті [226; 262]. Системне, комплексне розуміння здоров'я важливо не тільки для розширення і поглиблення наукових знань про людину, але і для всебічного розвитку різних областей психологічної практики, особливо для розуміння особливостей його відновлення у хворих на депресивні розлади.

Основні підходи до розуміння здоров'я можна розділити на філософські, валеологічні та психологічні. У філософії під здоров'ям розуміють гармонійне, цілісне співвідношення душевних і тілесних складових організму [40; 59; 225; 235]. У медицині даний феномен розглядається з позиції психічного здоров'я, проявів різних порушень, аномалій особистості, нездоров'я [18; 173; 199]. Накопичено велику кількість класичних досліджень, присвячених психології хвороби і патології, стражданням, накопичений великий матеріал щодо «душевних аномалій», психофізіологічного рівня здоров'я [18; 41; 266].

Сучасний стан проблеми психічного здоров'я, перш за все, пов'язаний з введенням в науковий обіг самого терміну «психічне здоров'я», яке розглядається як стан «душевного благополуччя» (wellbeing), що не тотожне відсутності хвороб [60]. Критеріями психічного здоров'я традиційно стали

вважатися усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного і психічного «Я»; почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; критичність до себе і своєї власної психічної продукції (діяльності) і її результатів; відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям; здатність оволодіння поведінкою відповідно до соціальних норм, правил і законів; здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати плани; здатність змінювати спосіб поведінки в залежності від зміни життєвих ситуацій і обставин [197; 283]. Вчені відносять до критеріїв психічного здоров'я інтерес до самого себе, суспільний інтерес, самоконтроль, високу фрустраційну стійкість, гнучкість, прийняття невизначеності, орієнтацію на творчі плани, наукове мислення, прийняття самого себе, здатність до ризику, тривалий гедонізм, нон-утопізм і відповідальність [318].

Визначено психічне здоров'я як динамічний процес психічної діяльності, якому властива детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між відображенням обставин дійсності і ставленням індивіда до неї, адекватність реакцій на навколишні соціальні, біологічні, психічні та фізичні умови, завдяки здатності людини контролювати свою поведінку, планувати і здійснювати свій шлях у мікро- і макросередовищі [59].

Розглянуто психічне здоров'я як стан динамічної рівноваги індивіда з навколишнім середовищем, коли всі закладені в його біологічній сутності здібності виявляються найбільш повно, і всі життєво важливі підсистеми функціонують з оптимальною інтенсивністю [244]. Вчені вважають, що це є власна життєздатність індивіда, забезпечена повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату [357].

У сучасній вітчизняній психології «психічне здоров'я» осмислюється як результат нормального розвитку, тобто своєчасного становлення психічних новоутворень через подолання криз індивідуального розвитку, в ході яких людина «долучається до людської сутності», знаходить духовні якос-

ті, не поляризовану, а діалогічну позицію по відношенню до миру і узгодженість структурних (рівнів психічного здоров'я) і процесуальних компонентів психічної активності (механізмів саморегуляції, адаптації та самоактуалізації) [18; 34; 59; 94].

В якості сучасної тенденції в дослідженні психічного здоров'я слід відзначити те особливе значення, яке надається духовності людини [193]. Так, вчені вказують, що саме особистісно-смысловий рівень психічного здоров'я, відповідальний за виникнення смыслових орієнтацій, визначення загального сенсу і призначення свого життя, ставлення до інших людей в процесі самодійснення, є провідним в розумінні психічного здоров'я [225].

Осмислюючи погляди психологів-гуманістів і, по суті, розвиваючи їх концепцію, введено в науковий лексикон новий термін «психологічне здоров'я», що відображає здатність людини до самореалізації, знаходження внутрішнього сенсу свого існування [91].

Підхід, пов'язаний з розведенням «психічного» і «психологічного» здоров'я, вже отримав свій розвиток в подальших дослідженнях [59; 87; 94; 173]. На думку вчених, основою «психічного здоров'я» є повноцінність розвитку і функціонування психічних і соматичних систем життєзабезпечення, а основу «психологічного здоров'я людини становить нормальний розвиток суб'єктивної реальності в онтогенезі» [296].

Термін «психологічне здоров'я» належить до особистості в цілому [199; 254; 410]. Отже, можна сказати, що психологічне здоров'я – це особистісне здоров'я. У психології особистісне здоров'я розглядається з позицій різних напрямків і підходів з урахуванням множинності його смыслових складових, структурних взаємозв'язків [253]. Так з точки зору біхевіоризму, здоров'я розглядається як відповідність поведінкових реакцій вимогам зовнішнього середовища [350; 444]. Для збереження здоров'я з позицій психоаналітичної традиції необхідна підтримка балансу між несвідомим і свідомим, внутрішнім світом і його соціальним оточенням [59; 488]. У гуманістичній психології психічне здоров'я визначається як повноцінна са-

моралізація людини, гармонія між зовнішніми відносинами людини і з самим собою та вважається, що здоров'я слід розглядати як розвиток і рух в бік само актуалізації [59; 263; 269; 270; 292; 395; 406; 504].

У сучасних дослідженнях особистісне здоров'я визнається однією з актуальних областей психологічного пізнання. Створено безліч концепцій психологічного здоров'я [173; 440; 451; 465]. Традиційним при вивченні здоров'я стає синтез природничо-наукових і гуманітарних підходів до цієї проблеми. При цьому, одним з найбільш дискусійних питань залишається визначення здоров'я. Проведений аналіз літератури показав, що здоров'я розуміється як:

- ✓ стан фізичної, соціальної, психологічної гармонії людини, доброзичливі стосунки з людьми, природою, самим собою;
- ✓ об'єктивний стан і суб'єктивне почуття повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад;
- ✓ цілісна, динамічна, інтегративна характеристика особистості, яка обумовлена соціальною суб'єктною активністю особистості і проявляється в суб'єктивному благополуччі;
- ✓ з'єднання біологічних, соціокультурних і інтрапсихічних процесів, інтегруючих особистість;
- ✓ динамічна сукупність психічних властивостей, що забезпечують внутрішню гармонію особистості, гармонію людини і суспільства, можливість повноцінного функціонування людини в процесі його життєдіяльності;
- ✓ багатофакторний конструкт, який представляє складний взаємозв'язок культурних, соціальних, психологічних, фізичних, економічних і духовних чинників;
- ✓ стан організму, яке забезпечує здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій;
- ✓ певний рівень інтегрованості особистості, здатність до інтеграції (асиміляція) життєвого досвіду;



✓ стан суб'єктивного благополуччя особистості, що забезпечує оптимальний вибір дій, вчинків і поведінки в ситуації взаємодії з навколишнім світом, іншими людьми, що дозволяє актуалізувати свої індивідуально-психологічні можливості [17; 25; 40; 43; 59; 94; 158; 173; 192; 254; 263; 302; 318; 376; 395; 403].

Порівняльний аналіз уявлень про здоров'я з позицій різних підходів, показав, що структурні компоненти особистісного здоров'я розглядаються з двох позицій: рівневого та критеріального підходів [24; 83; 199; 254].

Перший рівень психічного здоров'я – особистісно-смысловий, або рівень особистісного здоров'я, «відповідальний» за смыслову орієнтацію, визначення загального сенсу свого життя, ставлення до інших людей і до себе. Критерієм і відображенням особистісного здоров'я є моральна орієнтація людини. Активність людини, її діяльність – це другий рівень реалізації, так званий, індивідуально-виконавчий, або індивідуально-психологічний. Третій – психофізіологічний рівень, який визначається особливостями внутрішньої, мозкової, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності. Третій рівень пов'язаний з біологічними характеристиками, а перший і другий залежать від соціальних умов. На біологічному рівні здоров'я передбачає динамічну рівновагу функцій всіх внутрішніх органів і адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. На психологічному рівні питання здоров'я пов'язані з особистісним аспектом розгляду людини як психічного цілого [59].

Базовим рівнем здоров'я є психофізіологічне здоров'я людини, здоров'я організму і індивіда, основними критеріями здоров'я є поняття «норми» з точки зору біології, медицини, психології. Другий рівень – особистісне здоров'я людини, як представника соціокультурного і професійного середовища, що є системоутворюючим рівнем в структурі психічного здоров'я людини. Критерієм же особистісного здоров'я є суб'єктивне благополуччя особистості. Третій рівень – духовно-моральне здоров'я людини – здоров'я індивідуальності. На цьому рівні основний закон – моральність, любов до інших людей, можливість причетності [253; 254].

У зв'язку з цим, можна припустити, що чим більше гармонійно поєднані всі психологічні складові особистісного здоров'я, тим особистість більш стійка, урівноважена і цілісна. При цьому перехід від одного рівня до іншого досить умовний.

У структурі здоров'я є кілька підсистем: інтраіндивідуальна, інтеріндивідуальна і метаіндивідуальна [199]. До інтраіндивідуальних складових належать: структура характеру, особливості темпераменту, здібності, психічні процеси, – всі вони в гармонії і визначаються як психічне здоров'я. Інтеріндивідуальна підсистема полягає в інтерпретації особистості в умовах взаємин людей. Гармонія елементів цієї підсистеми характеризується поняттям «психологічне здоров'я». Метаіндивідуальна підсистема описується як можливість особистості продовжувати себе в іншому. На цьому рівні відбувається персоналізація, суб'єкт може бути представлений в життєдіяльності інших людей, виступати як особистість [199].

Об'єднує всі підходи до здоров'я інтегрований підхід, ідея цілісності, внутрішньої єдності як характеристики здорового функціонування будь-якої живої системи. Рівню організму відповідає фізичне здоров'я, адаптивність до природних факторів; рівню індивіда – природно-психічне здоров'я, адаптивність до навколишнього середовища; рівню особистості – особистісно-психологічне здоров'я (внутрішня гармонія, цілісність особистості, цінності, регуляція життєдіяльності), а рівнем людини – духовно-моральне здоров'я (моральність, цінності). Очевидно, що кожний наступний рівень, надбудовується над попереднім, використовує його в якості основи функціонування, надає сенс їх розвитку. Цілісність кожного попереднього рівня – показник здоров'я і передумова наступного рівня здоров'я [192; 257].

В якості основного інтеграційного критерію особистісного здоров'я виступає, як показав теоретичний аналіз психологічної літератури, суб'єктивне благополуччя особистості [43; 158; 235; 417]. Психологічне благополуччя (ПБ) співвідноситься з екзистенційним переживанням людиною ставлення до свого життя і базується на інтегральній оцінці життя

[341]. Розглянуто ПБ як системну якість людини, яка формується в процесі життєдіяльності і проявляється у суб'єкта в переживанні змістовної наповненості цінності життя в цілому [59]. Визначено ПБ як сукупність необхідних особистісних ресурсів, що забезпечує суб'єктивну і об'єктивну успішність особистості системі «суб'єкт-середовище». Автор виділяє п'ять компонентів в структурі ПБ: афективний (баланс позитивних і негативних афективних переживань); компонент, пов'язаний з метапотребами (особистісне зростання, ступінь самореалізації); світоглядний (наявність цілей в житті); інтрарефлексивний (самоприйняття); інтеррефлексивний (компетентність у відносинах з навколишнім середовищем) [294]. R. Lucas вважає, що компонентами ПБ є: ресурсний (особистісна зрілість), процесуальний (самоактуалізація), результативний (благополуччя особистості), структурний (гармонія особистості), оцінювальний (суб'єктивне благополуччя) [417]. Розглянуто ПБ як функціонально-динамічне утворення, окремі компоненти якого грають провідну роль на різних етапах онтогенезу і надають можливість особистості для позитивного функціонування [217].

Хвороба з цих позицій розглядається як поєднане порушення трьох рівнів – психосоматичного здоров'я, соціальної адаптованості і психічного здоров'я. Рівень «психологічного здоров'я» як онтогенетично останній просто в цьому випадку не формується. Порушення окремого рівня або двох свідчить, на наш погляд, про перехідний, «предхворобливий» стан.

В цілому, здоров'я розглядається як багатовимірний феномен, що має складну структуру, що поєднує в собі якісно різні психологічні компоненти і відображає всі аспекти людського буття. Його вивчення базується на принципах комплексного, системного, міждисциплінарного підходу.

Як видно з представленого аналізу, визначення здоров'я – тяжке методологічне і наукове питання. Неоднозначність, невизначеність і складність даного поняття обумовлює необхідність його системного, комплексного вивчення. При цьому очевидно, що психологічне здоров'я включає в себе не стільки окремі психічні процеси, скільки інтегральне утворення – особистість, а критерієм психологічного здоров'я виступає психологічне

благополуччя. На сучасному етапі розвитку медичної та психологічної науки та практики представляється вкрай актуальним відновлення психологічного здоров'я серед осіб з депресивними розладами різного генезу, що вимагає детального дослідження ПРП при цих розладах.

### **1.3. Процес адаптації особистості в умовах здоров'я і хвороби**

Адаптація є одним з ключових понять в сферах знань, які вивчають людину з позицій природничо-наукового, гуманітарного та суспільно-наукового підходів. Саме тому в науковій літературі зустрічається велика кількість поглядів і думок на те, що вважати адаптацією [10; 31; 42; 92; 131; 152; 198; 202; 215; 256; 420; 453; 475; 496]. У ситуації подібного між-дисциплінарного різночитання для реалізації дослідницьких і практичних завдань є важливим уточнення сутності поняття адаптації та пов'язаних з ним понять, які характеризують особистісні особливості.

У традиціях фізіології адаптація розглядалась в контексті системно-динамічного підходу як єдина, цілісна, інтегративна реакція організму, спрямована на підтримку його життєдіяльності в умовах постійно мінливого зовнішнього середовища [4; 31; 34].

Включення в зміст поняття адаптації діяльнісного компонента значно поглибило його сутність і наблизило до завдань психологічних досліджень і практики. З позицій такого погляду, адаптація розуміється не просто як процес і результат взаємодії людини з середовищем, а як системна відповідь організму на тривалий і багаторазовий вплив зовнішнього середовища, спрямований на таку зміну структури гомеостатичного регулювання, який забезпечує його життя і діяльність шляхом формування адекватного зовнішньому чиннику первинної відповіді і мінімальної реакції (плати) [4; 9; 21].

І дійсно, дослідження показують, що характерною рисою взаємодії в системі «людина-середовище» є те, що людина виступає її активною сто-

роною, моделюючи різноманітні стратегії адаптації, використовуючи як генетично закріплені, так і придбані механізми адаптивної поведінки [9; 10; 15; 21]. Можна зазначити, що адаптація визначається як процес взаємодії людини і навколишнього середовища, в результаті якого у неї виникають моделі і стратегії поведінки, адекватні умовам, які змінюються разом в цьому середовищі [28; 31; 42].

Торкаючись психофізіологічних і психологічних основ адаптації, необхідно зупинитися на традиційних поглядах, згідно з якими, психічну адаптацію можна визначити як процес встановлення оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища в ході здійснення властивої людині діяльності, що дозволяє задовольняти актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значимі цілі, забезпечувати відповідність психічної діяльності і поведінки вимогам середовища [28].

Отже, психічна адаптація, крім збереження психічного гомеостазу, має на увазі оптимізацію постійної взаємодії індивідуума з оточенням і встановлення адекватної відповідності між психічними і фізіологічними характеристиками у формуванні певних і відносно стабільних психофізіологічних співвідношень [74; 178].

Серйозним самостійним питанням методологічного і змістовного характеру є питання про види, форми адаптації. У літературі відсутня єдність в їх трактуванні. У структурі адаптації прийнято виділення наступних рівнів (видів): психофізіологічна, психологічна та соціальна адаптація, при цьому спеціально підкреслюється, що всі вони одночасно беруть участь в процесах регулювання [198; 215; 222]. При всьому різноманітності класифікаційних моделей адаптації умовно можна виділити три форми адаптації людини до постійно змінюваних умов середовища: біологічну, соціальну та психологічну [152].

Говорять про складні механізми фізіологічної, психічної та соціальної адаптації. Він розглядає їх і як рівні єдиної адаптації, і як окремі види адаптації [178]. Три рівня адаптації взаємопов'язані між собою, здійснюють

один на одного безпосередній вплив і визначають інтегральну характеристику загального рівня функціонування всіх систем організму. Ця інтегральна характеристика являє собою досить динамічне утворення, яке прийнято називати «функціональним станом організму» [178].

Підкреслюючи, що людина – це не просто живий організм, а, перш за все, складна біосоціальна система, вчені наполягають на необхідності при розгляді проблем адаптації людини виділення трьох функціональних рівнів: фізіологічного, психічного і соціального [268].

Вони також вважають, що психічна адаптація включає в себе психологічну та в цілому складається з трьох блоків: біологічного, психологічного та соціального, відповідних прийнятним уявленням про три рівні психічної регуляції – біологічного, індивідуально-особистісного і особистісно-середовищного. При цьому кожен блок психічної адаптації, в свою чергу, має власну складну структуру. Так, власне психічна адаптація включає в себе пізнавальні, емоційно-вольові, мотиваційні та практичні аспекти [135].

Розуміючи під психічною адаптацією пристосування на рівні психічних функцій, в їх інтегральному зв'язку, вчені називають її найбільш високим рівнем адаптації. Виділення психофізіологічної адаптації, що включає процеси не тільки на рівні психічної сфери, а й пов'язаних з нею фізіологічних функцій, він вважає умовним [424].

На думку багатьох авторів, саме психічна адаптація забезпечує найбільш важливі зв'язки між людиною і середовищем, а психологічна адаптація – це не видова адаптація, а індивідуальна, і тому визначається психологією особистості і її особливостями [286; 367; 425; 446; 458; 475; 477; 478; 496].

Сучасні послідовники психоаналітичного напрямку психології розрізняють два різновиди адаптації: 1) алопластичну адаптацію, що здійснюється за допомогою тих змін у зовнішньому світі, які людина робить для приведення їх у відповідність зі своїми потребами; 2) аутопластичну адапта-

цію, що здійснюється за рахунок змін особистості (структури, вмінь, навичок та ін.), за допомогою яких вона пристосовується до середовища [4]. Необхідно відзначити, що в окремих роботах вказано на ще один різновид адаптації – на пошук індивідом такого середовища, яке сприятливе для функціонування організму [30].

Результатом узагальнення даних, накопичених в цій області, з'явилася модель, що включає наступні компоненти і стадії адаптаційного процесу:

1 етап. Умови дисбалансу і їх впливу на особистість. Характерним для даного етапу адаптаційного процесу є переживання стану фрустрації, стресу, причиною яких може бути як конфлікт, так і когнітивний дисонанс.

2 етап. Підготовчий етап адаптації, який складається переважно в акумулюванні релевантної інформації про ситуацію: орієнтація в проблемі – підключення когнітивного і мотиваційного компонентів для загального ознайомлення; визначення та формулювання проблеми – її опис в конкретних термінах і ідентифікація специфічних цілей.

3 етап. Етап стартового психічного напруження, пов'язаний зі станом нервово-психічного переживання підготовчих дій (подій) і первинного входження в нові умови діяльності. Тут відбувається внутрішня мобілізація психічних і психофізіологічних ресурсів людини: генерація альтернатив - розробка численне-можливих варіантів вирішення проблеми; вибір оптимальної стратегії адаптивної поведінки.

4 етап. Етап гострих психічних реакцій: виконання рішення – реалізація поведінкової стратегії; аналіз результатів – підтвердження ефективності обраної стратегії адаптації.

5 етап. Етап завершальній психічної розрядки наступає в разі сприятливого розвитку адаптаційного процесу і складається з комплексу емоційних і поведінкових реакцій, пов'язаних з входженням в нове соціальне середовище [9].

Необхідно відзначити, що в залежності від індивідуально-психологічних властивостей особистості адаптаційний процес може протікати або в активно-цілеспрямованій, або в пасивно-приспосувальній формі.

Огляд літературних джерел дозволяє говорити про велику різноманітність теоретичних підходів до проблеми адаптації в різних областях наукового знання, що пов'язано зі специфікою завдань проведених досліджень, а також з різницею підходів, прийнятих в окремих наукових школах. Понятійно-категоріальний апарат досліджуваного явища диференціюється в залежності від мети, змісту, методів і результатів адаптаційного процесу, а також з урахуванням відмінностей в описі характеристик двох взаємодіючих систем: індивіда і середовища.

#### **1.4. Критерії ефективності адаптаційного процесу особистості**

Для характеристики результативного аспекту адаптаційного процесу в науковій літературі нерідко вживається поняття адаптованості [4; 42; 92; 178; 189]. Під «адаптованістю» розуміється такий стан суб'єкта, який дозволяє йому відчувати себе вільно і розкуто в соціокультурному середовищі, включатися в основну діяльність, відчувати зміни в звичному оточенні, заглиблюватися у внутрішньоособистісні духовні проблеми, збагачувати власний світ шляхом більш досконалих форм і способів соціокультурного взаємодії [189; 231].

Питання про показники адаптованості в даний час є дискусійним. У літературі зустрічаються різні підходи до визначення критеріїв адаптованості [9; 215; 231]. Більшість дослідників, вивчаючи той чи інший аспект адаптації, об'єднують її критерії в дві великі групи: об'єктивні (зовнішні) і суб'єктивні (внутрішні), які, в залежності від наукових поглядів авторів, в свою чергу, також поділяються на категорії. До суб'єктивних ознак соціокультурної адаптованості відносять: задоволеність своїм становищем в системі соціальних відносин; свідоме підтримання норм і традицій соціоку-



льтурного середовища; прагнення і готовність збагатити зміст, форми і способи взаємодії з цим середовищем. До основних об'єктивних ознак адаптованості, на думку автора, відносяться: зростання творчої активності в соціокультурних процесах даного середовища і всього суспільства; збагачення змісту і характеру діяльності, динамічне (енергійне - інтенсивне по глибині, швидке за темпами) внутрішньо рухливе освоєння досягнень культурного прогресу (науково-технічних нововведень, політичній і духовній сферах життя); стабільність суб'єкта адаптації в даному соціокультурному середовищі [231].

Виділено наступні критерії адаптованості: вихідні параметри діяльності особистості, ступінь інтеграції особистості з макро- і мікросередовищем, ступінь реалізації внутрішньоособистісного потенціалу, емоційне самопочуття [300]. Зазначено, що критерії: «вихідні параметри діяльності» та «ступінь інтеграції особистості з макро- і мікросередовищем», взаємозалежні, так як обидва є зовнішніми. А критерій «ступінь реалізації внутрішньоособистісних потенціалу», на його думку, доцільніше замінити іншим, що відображає потребу в самоактуалізації. Саме прагнення до самоактуалізації і можливість найбільш повної реалізації цього прагнення як динамічні і процесуальні параметри, а не ступінь реалізації потенціалу як статична характеристика, є ознакою соціальної адаптації особистості [234]. Таким чином, внутрішній критерій пов'язує з психоемоційною стабільністю, особистісною комфортністю, станом задоволеності, відсутністю дистресу, відчуття загрози тощо. Зовнішній критерій, з його точки зору, відображає відповідність реальної поведінки особистості установкам суспільства, вимогам середовища, прийнятим в соціумі правилам і критеріям нормативної поведінки [234].

На думку вчених, якщо адаптивність є тенденцією особистості до реалізації та відтворення в діяльності вже наявних прагнень, спрямованих на здійснення тих дій, доцільність яких була підтверджена попереднім досвідом, то дезадаптивність є протиріччя між поставленою суб'єктом метою і

результатом його активності [236]. У всіх випадках необхідно говорити про різні варіанти адаптації, що представляють собою як би шкалу, на одному кінці якої – конструктивна поведінка, на іншому, – неконструктивна, саморуйнівна поведінка [286].

Досліджено особливості структурної організації адаптивності в екстремальних умовах. Їм виявлено, що адаптивною психодинамічною властивістю особистості є активність, а неадаптивною – емоційність. Структурно-утворюючими ознаками адаптивності в екстремальних умовах є показники особистісного самоконтролю, індивідуальна саморегуляція, сенситивність, самореалізація, інтелектуальна активність, психодинамічна витривалість і гнучкість, здатність до досягнення [238].

Розглянемо структурно-функціональну модель, яка відображає механізм процесу і адаптаційні ресурси особистості [156]. У ній виділено п'ять структурних компонентів, взаємопов'язаних між собою. Ядром цієї системи є особистість як суб'єкт адаптації, який безперервно прагне до пошуку адекватної стратегії взаємодії з навколишнім мікро- і макросередовищем. Її базовими компонентами є: 1) ціннісні орієнтації і спрямованість особистості як показник ступеня сформованості її потреб, інтересів і переконань; 2) «Я-концепція» – інтегративний фактор, що забезпечує внутрішньоособистісну адаптацію з базовою потребою – соціальним схваленням, самоприйняттям і прагненням до самоактуалізації; 3) комунікативно-діалогічні властивості особистості – головний засіб адаптаційного процесу, спрямований на взаємодію суб'єктів спілкування; 4) індивідуально-особистісні та емоційно-вольові особливості – ресурси особистості, що забезпечують результативність пошуку і вибору власної адаптаційної «ніші», стресостійкість, задоволеність умовами діяльності, спілкування і відносин; 5) адаптаційна властивість інтелекту – компонент, який регулює і коригує всю систему адаптаційного процесу в умовах, що змінюються соціальних умовах: при виборі доцільних варіантів поведінки, характеру прийнятих рішень та ін.

У всьому різноманітті показників адаптованості особистості виділяють три основні критерії: інтеграція з середовищем, реалізація особистісного потенціалу, емоційне самопочуття [477].

Примітно те, що, при відмінності підходів у позначенні критеріїв адаптованості, автори єдині у виділенні одного із значущих внутрішніх її показників. Цей критерій в залежності від особливостей авторської концепції маркується по різному: «емоційне самопочуття», «рівень задоволеності умовами діяльності і спілкування», «суб'єктивне благополуччя особистості» [199; 242; 254; 318; 330; 385].

Експериментально обґрунтовано існування трьох категорій обстежуваних, поклавши в основу своєї класифікації ступінь гнучкості, пластичності нервових і соматовегетативних функцій: адаптивні особистості характеризуються високою пластичністю і легкою налаштованістю на нові умови життєдіяльності; середньо-адаптивним властива помірна гнучкість нервової систем; неадаптивних респондентів визначає низька пристосованість і відсутність реактивної динаміки при змінах зовнішнього середовища [10]. Основні типи адаптації особистості формуються в залежності від структури потреб і мотивів індивіда: 1) тип, що характеризується переважанням активного впливу на соціальне середовище; 2) тип, який визначається пасивним, конформним прийняттям цілей і ціннісних орієнтацій групи [234].

На сучасному етапі розвитку психологічної науки існує безліч підходів до проблеми критеріїв успішності адаптаційного процесу. Однак найбільш плідним видається погляд на адаптацію як на системний процес. У зв'язку з цим доцільно контролювати перебіг процесу адаптації та його результат у всіх значимих сферах життя індивіда і на всіх рівнях: соціальному, соціально-психологічному, психологічному, психофізіологічному, біологічному [33; 41; 166; 268].

Проведене на основі контент-аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури дослідження дозволило виділити основні і найбільш діагностичні критерії оцінки ефективності адаптації [215]. З метою більш повного аналі-

зу даної проблеми необхідно відзначити, що провідним у структурі адаптації є психологічний аспект, який опосередковує характер і особливості протікання адаптації на інших рівнях; визначальна роль в оцінці ефективності адаптації як системного процесу належить власне психологічними критеріями (табл. 1.1–1.2). Показники успішності адаптації залежать не тільки від об'єктивного стану, але і від суб'єктивної оцінки його з боку суб'єкта. Вплив задоволеності станом будь-якого фактору на успішність адаптації індивіда опосередковується суб'єктивною значущістю цього фактору для самого індивіда, тому незадоволеність незначущими факторами не перешкоджає успішній адаптації [215].

Таблиця 1.1

### Суб'єктивні психологічні критерії оцінки ефективності адаптації

Успішна адаптація	Дезадаптація
Емоційний комфорт; висока ступінь задоволеності відносинами з оточуючими, соціальним статусом, основними формами діяльності, реалізацією основних потреб, самореалізацією та ін.	Емоційний дискомфорт, низький ступінь задоволеності відносинами з оточуючими, соціальним статусом, основними формами діяльності, реалізацією основних потреб, самореалізацією та ін.
Низький рівень ситуативної та особистісної тривожності.	Високий рівень ситуативної та особистісної тривожності.
Самоприйняття, адекватні самооцінка і рівень домагань, мінімальне розведення Я-реального та Я-ідеального, самооцінки та рівня домагань.	Неприйняття себе, неадекватні самооцінка і рівень домагань, максимальне розведення Я-реального та Я-ідеального, самооцінки та рівня домагань.
Відсутність тенденцій до невротизації і депресії.	Виражені невротизація і депресія.
Інтернальний локус контролю.	Екстернальний локус контролю.
Відчуття включеності в діяльність групи.	Суб'єктивне відчуття самотності.

Таблиця 1.2

### Об'єктивні критерії оцінки ефективності соціально-психологічної адаптації

Успішна адаптація	Дезадаптація
Високий ступінь інтеграції індивіда з середовищем, залученість в діяль-	Низька ступінь інтеграції (аж до дезінтеграції) індивіда із середовищем.

ність групи. Високий соціальний і соціометричний статус, висока емоційна експансивність.	Низький соціальний і соціометричний статус, низький рівень емоційної експансивності.
Самостійність у прийнятті рішень, відстоювання своєї думки.	Залежність, конформність.
Наявність глибоких особистісних контактів, широке коло спілкування.	Відсутність глибоких особистісних контактів, Обмежене коло спілкування.
Уміння забезпечити свої основні потреби.	Невміння забезпечити свої основні потреби.
Соціальна активність.	Соціальна пасивність, замкнутість.
Високі працездатність і успішність діяльності, професійне зростання.	Низькі працездатність і успішність діяльності (іноді - аж до дезорганізації), відсутність професійного росту.
Достатні комунікативні навички, побудова відносин з оточуючими на основі взаємоповаги, адекватність поведінкових патернів.	Недостатні комунікативні навички, використання неадаптивних патернів поведінки (конфліктність, агресивність, необґрунтовані лідерські устремління).
Відносна стабільність емоційної сфери, адекватність афективних реакцій.	Швидка зміна настрою, емоційна нестійкість, неадекватність афективних реакцій, частіше - домінування астеничного і депресивного емоційного фону.
Соматичне благополуччя.	Скарги на стан здоров'я, швидку стомлюваність, порушення апетиту та ін.

Задоволеність чи незадоволеність незначущими факторами може бути станом нейтральним до процесу адаптації. Суб'єктивна ж значимість окремих факторів є похідною від ціннісних орієнтацій індивіда.

Таким чином, на підставі аналізу досліджень проблеми психологічних детермінант процесу адаптації індивіда, представлених в літературі, показано, що психологічні особливості особистості індивіда детермінують особливості адаптаційного процесу і його успішність в такий спосіб:

- як вихідні особистісні особливості на початку адаптаційного процесу;

- як актуальний стан індивідуально-особистісних характеристик на кожному з етапів адаптації;

- як інтрапсихічна динаміка і трансформація особистості індивіда в процесі адаптації. Запропонована класифікація найбільш повно відображає роль особистісного психологічного компонента в генезі адаптації індивіда, що необхідно враховувати при визначенні ПРП осіб з депресивними порушеннями різного генезу з метою розробки комплексних диференційованих реабілітаційних програм.

### **1.5. Проблеми детермінації процесів адаптивності і відновлення особистості при депресивних розладах**

В даний час розлади настрою у формі депресій є найпоширенішим психічним захворюванням в загальній популяції і в популяції хворих, які звертаються за допомогою до лікарів загальної медичної практики і до психіатрів [33; 52; 81; 90; 113; 219; 282; 305].

Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних в сучасній клінічній і соціальній психології [52; 69; 200; 435]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в усьому світі від депресії страждає понад 350 млн. осіб різних вікових груп [60]. Згідно з даними глобального тягаря захворювань, в 2020 р. великі депресивні розлади займали 2-е місце в нозологічній структурі причин стійкої втрати працездатності в світі [89; 201; 219]. Найбільш високі показники років, прожитих з інвалідністю та асоційованих з депресивними розладами, відзначені серед дорослого населення працездатного віку [61; 121; 212]. Зростання показника глобального тягаря депресивних розладів за період 1990-2020 рр. склав 37,5% [138; 172; 213; 407].

Хоча ризик депресій у жінок (10-25%) значно перевищує ризик в чоловічій популяції (10-12%), відзначається вирівнювання ризику депресивного розладу між статтю і «омолодження» сучасного обличчя депресії: збі-

льшується поширеність депресивних розладів серед молоді [313; 351; 493]. Ще однією важливою тенденцією є тенденція до хронічного перебігу, причому ризик рецидивів збільшується з числом перенесених епізодів хвороби [398; 430; 447; 495].

Депресивні розлади мають істотний негативний вплив на соціальне функціонування і якість життя осіб, на показники захворюваності соматичними захворюваннями [456; 469; 487]. Депресивні розлади служать чинниками ризику розвитку різних форм хімічної залежності, обтяжують перебіг супутніх соматичних захворювань, пов'язані з підвищеною смертністю [23; 53; 65; 102; 114; 160; 291]. Депресивні розлади також є головним чинником суїцидів, за кількістю яких наша країна займає одне з перших місць в світі [53; 132; 200]. Цей комплекс обставин створює серйозну проблему не тільки для охорони здоров'я, а й суспільства в цілому.

Отримані дані підкреслюють важливість включення депресивних розладів в глобальні пріоритети охорони здоров'я, а також значимість розробки і впровадження клінічно і економічно обґрунтованих лікувальних і реабілітаційних методів для зниження тягаря даної патології. Висока поширеність депресивних розладів і їх тяжкі наслідки диктують необхідність вивчення психологічних чинників, пов'язаних з їх виникненням і перебігом.

У багатьох емпіричних дослідженнях встановлена висока коморбідність депресивних, тривожних і особистісних розладів [133; 211]. У такому поєднанні депресивні розлади характеризуються ранньої маніфестацією, хроніфікацією, більш важкою симптоматикою, гіршим прогнозом лікування [246]. Коморбідність з особистісними розладами може бути причиною поганого комплаєнсу і передчасного переривання лікування [180]. Окремі дисфункціональні особистісні риси (нейротизм, міжособистісна залежність, екстернальність), навіть не досягаючи рівня особистісного розладу, підвищують ризик депресивних станів і виступають як фактори їх хроніфікації [26; 27; 32; 68; 131; 362].

Встановлено, що у осіб з депресивними розладами (в порівнянні з тривожними особами) більш виражені когнітивні параметри перфекціонізму. Особи з депресивними розладами, що характеризуються несприятливим перебігом захворювання і поганою реакцією на медикаментозну терапію, демонструють достовірно більш високі показники перфекціонізму, в порівнянні з особами з хорошою реакцією на медикаментозну терапію [71; 72]. Схожі дані наводять ряд дослідників [155; 252; 346].

Базуючись на концепції фіксованих форм поведінки, показано, що зниженню ефективної взаємодії і породженню психічного захворювання сприяє психічна ригідність, закріплена в фіксованих формах поведінки [470]. Цей феномен може виявлятися в преморбіді в особливостях реагування особистості на травму і в низькому рівні пошукової активності [27; 110]. В якості причини посилення психічної ригідності у людини виступають фрустрація, тривога, страх, шок.

При цьому психічна ригідність може мати різну спрямованість і інтенсивність: проявлятися у людей без порушень здоров'я, бути складовою патопсихологічного симптомокомплексу, а також характеризувати соціальні стосунки, засновані на архаїчних уявленнях і стереотипах. Соціальне оточення може сприяти формуванню фіксованих форм поведінки, які породжують обмеження особистісних ресурсів і можливостей саморозвитку, тому вираженість психічної ригідності як стану або особистісної риси стає фактором, що підсилює архаїчні аспекти взаємодії з реальністю [27; 110; 305; 343; 364; 436; 470].

Для визначення факторів, що впливають на виникнення депресивних розладів був проведений кореляційний аналіз між різними біологічними, соціальними, клінічними факторами і віком до початку захворювання. Було визначено, що найбільший вплив на розвиток афективних розладів мають такі фактори, як: вік, відсутність подружжя, артеріальна гіпертензія, церебральний атеросклероз і соціальний статус безробітного [274].



На несприятливий перебіг депресивних розладів впливають різні поведінкові та організаційні чинники (табл. 1.3). При цьому у жінок значний вплив на несприятливий перебіг захворювання надають хронічні стресові ситуації і куріння, а у чоловіків – куріння і вживання алкоголю [11; 35; 51; 105; 138; 237; 288].

Висока поширеність і значне «омолодження» депресії створює необхідність вивчення особистісних факторів, пов'язаних з виникненням депресії, які впливають на її динаміку [41; 52; 81; 84; 89].

*Таблиця 1.3*

### **Чинники ризику несприятливого перебігу депресії**

<b>Фактори, що впливають на несприятливий перебіг депресії</b>	<b>r</b>
Нераціональне харчування	0,56
Порушення режиму сну	0,54
Низька рухова активність	0,61
Вживання алкоголю	0,78
Куріння	0,75
Стресові ситуації	0,78
Нерегулярне відвідування лікаря-психіатра	0,62
Нерегулярний прийом підтримуючої терапії	0,51

Вперше інтерес до особистісних факторів, який впливає на розвиток депресії, виник в рамках психоаналітичного підходу, в якому стверджувалось, що особи, які страждають депресією, характеризуються комплексом певних рис, а саме: ворожістю, недоброзичливістю [329]. У таких людей відзначають заздрість в поєднанні з пасивністю, у них виявляється підвищена вимогливість [38; 329].

Виділено умови, які впливають на розвиток меланхолії:

1) наявність дитячої травми – розчарування в ранньому об'єкті прихильності або рання втрата;

2) вибір об'єкта прихильності за нарцисичною основою (бачення в інших самого себе, а не окремої людини, в поєднанні з дуже сильною прихильністю до об'єкта);

3) уявна чи реальна втрата об'єкта лібідо;

4) перенесення гніву і ненависті на власне «Я», що обумовлено нарцисичним вибором об'єкта, коли певні частини «Я» були злиті з об'єктом, в результаті чого почуття, адресовані людині, що розчарувала, переносяться на власне «Я» [488].

Уявлення про психологічні механізми депресії послужили імпульсом великої кількості теоретичних і емпіричних досліджень даної проблеми. До найбільш значущих можна віднести наступні з них:

1) дослідження, які вивчають взаємозв'язок між депресією і пригніченою агресією, ворожістю, гнівом;

2) дослідження ролі втрат і інших стресових подій в ранньому дитинстві як фактору для депресивного реагування в дорослому віці;

3) дослідження характеру бажань і домагань як особистісних факторів депресії [30; 35; 129; 321; 325; 333; 343; 344; 338; 478; 496].

Надалі психоаналітична теорія відходить від сприйняття депресії як «хвороби агресивності». З розвитком теорії об'єктних відносин і Егопсихології увага психоаналітиків починає акцентуватися на проблемі самооцінки і її коливань [261; 283; 368]. Також в міжособистісних стосунках людей, які страждають депресією, були відзначені труднощі в автономності і встановленні близькості з іншими людьми [49; 301; 344; 347].

Велика робота по виявленню особистісних факторів, що сприяють виникненню депресії, була проведена в рамках когнітивного підходу. Когнітивний підхід до вивчення депресії передбачає задіяність ряду когнітивних процесів, таких як когнітивні спотворення, автоматичні думки, глибинні переконання, що утворюють когнітивну схему [350; 404].

Найбільш цікава концепція «когнітивної уразливості», яка пов'язує депресію з наявністю депресогенних схем, які формуються в дитячому до-свіді і активуються під впливом відповідних життєвих подій [9; 12; 350; 362]. В рамках цієї концепції виділено дві основні теми в центральних пе-

реконаннях депресивних особистостей: «тему безпорадності» (некомпетентності, неспроможності) і «неможливість бути коханим» [127].

Зміст негативних когнітивних схем тісно пов'язаний з особистісними характеристиками індивіда. Описано два базисних типи особистості - «соціотропний» і «автономний» [127; 362].

На сучасному етапі можна виділити ряд концептуальних моделей зв'язку особистісних дисфункцій і депресивних розладів [250; 369; 390; 399].

1. *Модель загальної причинності* заснована на твердженні про те, що особистісні дисфункції і депресивні розлади є незалежними один від одного клінічними феноменами. Однак розвиваються вони одночасно і обумовлені однією причиною. Як правило, в якості загальної причини цих незалежних станів розглядаються біологічні процеси.

2. *Моделі спектра* розглядають особистісні аномалії і депресію як різні, але взаємопов'язані фази одного і того ж процесу. В рамках цих моделей було висунуто припущення, що одне порушення передуює іншому, тобто одне порушення є більш ранньої фазою або менш розвиненою формою іншого порушення. При цьому виділяються два типи моделей спектру:

- моделі «афективного спектру» вважають первинним по відношенню до особистісних дисфункцій афективний розлад, тобто поглиблення і тривалість афективних порушень призводить до депресії;

- моделі «характерологічного спектру», навпаки, вважають депресію вторинною по відношенню до особистісних особливостей, з цієї точки зору, посилення особистісних дисфункцій може провокувати розвиток депресивних проявів.

3. *Предиспозиційна модель*, або модель уразливості - розглядають один стан, найчастіше це особистісні риси, які є специфічним фактором ризику або умовою для виникнення депресії.

4. *Патопластичні моделі* розглядають депресивні розлади і особистісні дисфункції як явища, що мають різні причини, але підкреслюють, що збігаючись у часі, один розлад може в значній мірі вплинути на тяжкість і

тривалість іншого розладу. Клінічні дослідження, проведені в рамках цього підходу, показали, що особистісні дисфункції істотно впливають на клінічну картину і перебіг депресії.

5. *Моделі ускладнення* концентрують увагу на етапі одужання, відзначаючи, що досвід важкої депресії істотно впливає і веде до досить стійких змін особистості, змінюючи особистісне функціонування.

Важливо відзначити, що виділення даних моделей носить досить умовний характер. Складність полягає в недостатній чіткості границь між перерахованими вище моделями, а також в тому, що кожна з вищенаведених моделей досить важка для емпіричної перевірки, що говорить про необхідність продовження роботи з теоретичного аналізу, класифікації і емпіричних досліджень різних підходів в даній області.

Введено поняття «структурний атрактор хвороби», який визначає функціональні багаторівневі патологічні психосоматичні системи, які формуються в процесі онтогенетичного розвитку індивідуума на базі генетичних передумов і включають в себе як біологічні, так і фенотипічні чинники [18]. Ці системи являють собою, по суті, стійкі патерни реагування на середовищний вплив, які виступають в ролі «системи-мішені». Переживання стресу актуалізує атрактор, що призводить до локального перевантаження і веде до розвитку конкретного захворювання [9; 18].

В ході аналізу отриманих при дослідженні хворих з соматичними та психічними захворюваннями результатів запропонована інтегративна модель дезадаптації особистості при хворобі, яка дозволяє чіткіше уявити характер внутрішніх взаємозв'язків психологічних категорій особистості, здоров'я, хвороби, адаптаційного потенціалу в системі адаптації-дезадаптації (рис. 1.1) [196].

1. У центрі запропонованої моделі – особистість людини, яка може знаходитися в стані здоров'я або в стані хвороби. При цьому стан здоров'я співвідноситься з процесами адаптації, а хвороби - дезадаптації. Між двома полюсами адаптації (власне адаптацією і дезадаптацією) існує

безперервний зв'язок, що дозволяє людині послідовно переходити з одного стану в інший, що відбивається на стані його здоров'я в позитивному або негативному ключі. По суті, система адаптації-дезадаптації може бути краще представлена у вигляді безперервного континууму перехідних адаптивних станів різного ступеня вираженості, в будь-якій точці якого може знаходитися як здоровий, так і хворий. Автором були визначені дві форми дезадаптації – мобілізаційна та компенсаційна.

2. *Мобілізаційна форма* дезадаптації особистості відображає стан суб'єктивного відчуття пацієнтом нездоров'я і стабільної емоційної напруженості. У його особистісних рисах і поведінці при збереженні позитивної самооцінки починають домінувати активність, діяльність, цілеспрямованість. Такі особи в стресових ситуаціях здатні мобілізувати велику кількість внутрішніх і зовнішніх ресурсів, однак повного подолання проблемної ситуації або кризи у них не відбувається внаслідок низької ефективності використовуваних стратегій або через особливості особистісного складу. Дана форма може проявлятися декількома типами дезадаптації.

3. Так, при псевдоконструктивному типі дезадаптації спостерігається висока здатність пацієнта до використання свого найближчого соціального оточення в якості модератора стресу. Така позиція часто може носити маніпулятивний характер і виявлятися пред'явленням великої кількості соматичних скарг, які не мають під собою реальної фізичної основи. Особистість хворого часто демонстративна і егоцентрична. Її неадекватні уявлення про себе відрізняються прагматичністю і претензіями на отримання дієвої допомоги від інших. Хворий може відмовлятися від відповідальності і самостійного вирішення власних проблем, виправдовуючи свою нездатність наявністю захворювання, яке використовується для тиску на близьких і родичів.



Рис. 1.1. Інтегративна модель структурних взаємоз'вязків в системі «адаптація-деадаптація» особистості

Прояви фрагментарного типу дезадаптації пов'язані зі зниженням толерантності до переживання загрозливих ситуацій у респондентів з відносною збереженням особистісних структур. Вони досить відкриті, товариські, здатні до пошуку розумних альтернатив, однак тяжкість захворювання або масштаби проблемної ситуації створюють для них контекст високої невизначеності, адекватно переносити який вони не в змозі. Такі умови набагато перевершують їх реальні психологічні можливості до ефективного подолання труднощів.

Когнітивно-поведінковий тип дезадаптації зустрічається у респондентів з позитивним самовідношенням, чітко усвідомлюють свою власну роль у своїй долі. Їх особливістю є осмисленість цілей, здатність до логічного аналізу, що дозволяє прогнозувати ситуацію і уникати прорахунків, харак-

теризуються емоційною стабільністю. У повсякденному житті вони однаково успішно вирішують завдання як самотійно, так і у співпраці з іншими. У той же час в кризовій ситуації ригідність розумових процесів і зайва прихильність до свого Я-образу не дозволяють їм ефективно адаптуватися.

*Компенсаційна форма* дезадаптації особистості при хворобі характеризується з боку респондента наявністю негативної самооцінки, об'єктивними показниками порушення соціального функціонування, а також стійкими патологічними змінами в емоційній, когнітивній і поведінковій сферах. Загальне зниження активності і конструктивності окреслює клініко-психологічну картину даної форми дезадаптації.

Виділення дезінтеграційного типу дезадаптації особистості при хворобі визначається виразністю негативної самооцінки, депресивними тенденціями, наявністю ознак неузгодженості між окремими структурами особистості, її емоційно-оцінною сферою і поведінковими реакціями.

Ригідність в інтерперсональних відносинах, яка носить подвійну спрямованість і сприяє порушенню міжособистісного взаємодії респондента і соціуму, дозволяє виділити дисконунікативний тип компенсаційної форми дезадаптації. Порушення соціальної адаптації тут тісно пов'язане з особистісними особливостями респондентів.

При фрустраційному типі дезадаптації особистості в клініко-психологічній картині домінують тенденція до жорсткого емоційного дистанціювання, афективна скутість, закритість, песимізм, тенденція до самозвинувачення і постійного переживання почуття провини. Уникнення ситуацій тісного міжособистісного спілкування у таких респондентів викликано їх низькою самооцінкою, а також зайвою фіксацією на негативному характері подібного досвіду.

Різноманіття психологічних проявів дезадаптивних характеристик особистості при хворобі врівноважується позитивним характером адаптаційного потенціалу особистості, який може мати різну ступінь вираженості [10; 15; 97; 131; 178; 189].

Таким чином, адаптаційний потенціал особистості при хворобі порушується, в основі чого можуть лежати нейро-гуморальні зміни в організмі, що ведуть до широкого спектру психологічних проявів на мотиваційному, емоційному, когнітивному і поведінковому рівнях функціонування особистості. З урахуванням зміни сприйняття власної особистості і ситуації своєї хвороби змінюється і якість життя респондентів. У деяких випадках порушення адаптації при хворобі супроводжуються появою психопатологічних симптомів, що свідчить про наявність психічних розладів різного рівня.

У той же час в літературі ми не зустріли робіт, в яких би в одній системі детально розглядалися структурні компоненти адаптаційного потенціалу особистості в рівнозначно відношенні як до стану адаптації, так і до стану дезадаптації, що спостерігається при хворобі в самих різних клініко-психологічних проявах депресивного розладу.

Таким чином, незважаючи на тривалий період досліджень проблеми зв'язку особистісних характеристик і виникнення депресії, дана проблема недостатньо вивчена, тому необхідно заповнити брак ясності в питаннях про взаємозв'язок особистісних факторів і виникнення і динаміки депресії.

## **1.6. Психологічний реабілітаційний потенціал: сучасні погляди на проблему**

1.6.1. Реабілітаційний потенціал і його психологічні складові. Поняття «реабілітація», як відомо, вперше в медицині було застосовано офіційно до хворих на туберкульоз. У США вперше був проведений конгрес з реабілітації цих хворих, на якому запропоновано таке визначення: «Реабілітація – це цілеспрямована діяльність колективу в медичному, педагогічному, соціальному і економічному аспектах з метою збереження, відновлення і зміцнення здібностей людини брати активну участь у соціальному житті» [47, с. 89]. Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає реабілітацію як «процес, що включає в себе всі заходи, спрямовані на забезпечення можливості досягти соціальної інтеграції» [495].



Сучасні уявлення ВООЗ про процес реабілітації базуються на Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)), яка була затверджена на 54-й сесії Асамблеї ВООЗ 22 травня 2001 р. [174; 184]. Основою даної класифікації є 3 рівня функціонування:

- 1) функціонування на рівні організму або органу;
- 2) функціонування людини, відображене в діяльності, яку вона здатна виконувати;
- 3) функціонування людини в соціальному оточенні, що відображає участь в суспільному житті.

На жаль, часто поняття «реабілітація» звужується до медичного аспекту, сутністю якого є відновлювальна медико-біологічна терапія [47; 76]. Безумовно, важливо надати медичну допомогу, однак на ділі медична реабілітація протікає без урахування індивідуально-особистісних особливостей людини, шкали цінностей, рівня домагань, уявлень про особистісний і соціальний комфорт, про можливість адекватного існування в нових умовах [76]. Проведення відновлювальної терапії не може підмінити собою реалізацію індивідуальної програми реабілітації, основним змістовним компонентом якої виступає кваліфікована допомога в проясненні реабілітаційного потенціалу для кожної людини [46; 85; 125; 126].

Психічне захворювання є значущою подією в житті людини і саме по собі є потужним стрес-фактором, який впливає на особистість, її емоційний стан, самоствавлення та ін. [84; 183; 219]. Воно зачіпає як систему об'єктивних життєвих обставин, що включають тяжкість хвороби, ступінь її соціальних наслідків, формування нового соціального статусу пацієнта, так і суб'єктивний сенс хвороби, перш за все, пов'язаний з новим розумінням себе в ситуації хвороби [75; 323; 450].

При цьому значну небезпеку становлять також хронічні захворювання, які впливають на якість життя і соціальний статус людини. Створюється особлива соціальна ситуація хронічного психічного захворювання, що

включає соціальний стереотип захворювання, прийняття/неприйняття соціальної ролі пацієнта, емоційну оцінку захворювання, контекст ситуації - події, що з'являються в житті людини і порушують адаптацію (соціальний стрес), час виникнення (віковий етап) і тривалість захворювання [75; 138; 436; 443; 450]. Хронічні захворювання, будучи хронічним стресом для пацієнта, перешкоджають його прагненню до самоактуалізації, до розвитку його як особистості [16; 69; 85; 106]. Здатність людини адекватно пережити і долати соціальну ситуацію захворювання як критичну ситуацію, що руйнує життєвий задум, багато в чому залежить від наявного у нього реабілітаційного потенціалу [63; 67; 137; 157].

Проблема реабілітації, напевно, вперше як широка медико-соціальна проблема була усвідомлена в психіатрії [164; 241]. У психології дуже рано виявилось, що після виписки з лікарні, навіть в разі досить вдалого лікування, пацієнт виявлявся непристосованим до життя в умовах тієї соціальної реальності, в яку він потрапляв [179; 186; 248]. Реабілітаційна програма в радянській вітчизняній психіатрії включала в себе терапію середовищем (тобто організацію сприятливого для соціально-психологічного відновлення осіб терапевтичного співтовариства, в це середовище входила також трудотерапія, соціотерапія, клубна робота і інші колективні види діяльності за інтересами), біологічну терапію, психотерапію (в тому числі і групову), сімейну психотерапію, причому, зазвичай окремо виділялася трудотерапія тощо [29; 45; 50; 167; 204].

На Заході психологія розвивалася іншими шляхами [287]. На неї великий вплив робить психоаналіз і глибинна психологія в цілому, а потім і гуманістична психологія [2; 329]. Крім новітніх підходів західної психотерапії в другій половині XX-го століття великий вплив на формування реабілітаційних програм надають спільноти інвалідів, осіб та їхніх родичів, а також різного роду правозахисні організації (спільноти сліпих, родичів психотичних хворих, дітей-аутистів, анонімні алкоголіки та ін.). Треба відзначити, що ці рухи стали реакцією на безпорадність психіатрії в її підхо-

дах до реабілітації психічних хворих, а також на її репресивність [287]. Всі ці впливи призводять до формування підходу до реабілітації як багатостороннього і багаторівневого процесу [374; 375; 390; 415; 429]. Реабілітація тепер починає розумітися не тільки як соціальна реабілітація, але також і реабілітація особистісна, а також реабілітація індивідуальності [287; 441; 457; 479]. Тобто, тут мова йде вже не про безпосередню соціалізацію осіб, а про розвиток і закріплення у них усвідомлення власної індивідуальності. Респондентів навчають приймати себе такими, якими вони є, їм прищеплюють цінність самопізнання і ін., їм шукають відповідну приймаюче і розвиваюче середовище [479; 484; 485]. Це шлях самоусвідомлення, самоприйняття і на цій основі організації нового способу власного життя. Це вже рівень екзистенціальної реабілітації [2; 432].

Поняття реабілітаційного потенціалу зародилося в рамках безпосереднього реабілітаційного процесу, який визначає вплив самої особистості на процес реабілітації [144]. Проблема реабілітаційного потенціалу інвалідів і раніше привертала увагу вчених, однак до теперішнього часу питання про зміст і критерії оцінки реабілітаційного потенціалу залишається дискусійним і недостатньо розробленим [220; 279]. Уточнення реабілітаційного потенціалу є необхідною передумовою не тільки для встановлення прогнозу і правильної побудови реабілітаційної програми, але і для адекватної організації реабілітаційного процесу. Разом з тим, до теперішнього часу термін «реабілітаційний потенціал» зустрічається частіше в науковій літературі і не знаходить належного застосування в практиці реабілітації психічно хворих [221; 258; 278; 421].

На сьогоднішній день існує декілька підходів до визначення поняття «реабілітаційний потенціал». Під реабілітаційним потенціалом розуміють комплекс біологічних, особистісних і соціально-середовищних факторів, які складають основу ресоціалізації хворого [413]. Реабілітаційний потенціал – це можливості хворої людини, при певних умовах та сприятливих реабілітаційних служб і суспільства в цілому, приводити біологічні та соціаль-

но-психологічні резерви до мобілізації реституційних, компенсаторних і адаптивних процесів і інших механізмів, що лежать в основі відновлення її порушеного здоров'я, працездатності, особистого статусу і становища в суспільстві [104].

Вчені розуміють під реабілітаційним потенціалом людину, яка має хворобу або дефект, її можливості (медико-біологічні, соціальні, психологічні) нівелювати, зменшити або компенсувати соціальну недостатність і (або) обмеження життєдіяльності [56]. Схоже визначення: реабілітаційний потенціал – це комплекс біологічних і психологічних характеристик людини, а також соціально-середовищних факторів, що дозволяють в тій чи іншій мірі реалізувати його потенційні можливості [279].

Реабілітаційний потенціал являє собою своєрідну системну біопсихосоціальну характеристику статусу пацієнта. Відповідним чином в цілісній структурі реабілітаційного потенціалу виділяють його елементи (або компоненти):

- саногенетичний потенціал, що визначає можливість розширення сфер життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень в анатомічному, фізіологічному стані організму;

- психологічний потенціал, що визначає можливість розширення сфер життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень на психічному рівні;

- соціально-середовищний потенціал, що визначає можливість розширення різних сфер життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень, обумовлених соціально-середовищними факторами.

В даному випадку, очевидно, що саногенетичний і психологічний компоненти реабілітаційного потенціалу характеризують відповідні ресурси самого індивіда, а соціально-середовищні – ресурси суспільства (мікросередовища пацієнта, економічних умов і т.п.), які сприяють актуалізації та саногенетичному і психологічному реабілітаційним потенціалам [85; 98; 110].

Якщо розглядати раніше виділені елементи реабілітаційного потенціалу диференційовано, то необхідно визначити їх значимість щодо різних аспектів реабілітації. Очевидно, що саногенетичний реабілітаційний потенціал безпосередньо вказує на перспективність медичної реабілітації, психологічний реабілітаційний потенціал – психологічної реабілітації і т.п. У той же час реабілітаційний потенціал є цілісною, системною характеристикою статусу індивіда. А це означає, що виділені специфічні структурні елементи реабілітаційного потенціалу мають певний взаємозв'язок, взаємозумовленість і, відповідно, кожен з них має ту чи іншу значимість по відношенню до всіх видів реабілітації [50; 85; 144; 258].

Виділяють кілька складових (внутрішніх, які визначаються на рівні організму, і зовнішніх, соціально-середовищних) реабілітаційного потенціалу:

1. Базова (анатомо-фізіологічна) складова, заснована на соматособистісних особливостях індивіда, що збереглися всупереч захворюванню або дефекту та служать передумовою для відновлення певного соціального статусу. Вона включає визначення рівня фізичного розвитку і фізичної витривалості, рівня психофізіологічної витривалості, рівня психоемоційного розвитку і стійкості. В їх основі лежать анатомічні і психофізичні дані (когнітивна, мотиваційна, емоційна сфери і особистісні особливості).

2. Психофізіологічна (клініко-функціональна) складова – сукупність збережених функцій і особистісних особливостей, що виявляються при спеціальному тестуванні з застосуванням навантажень, в фармакологічних пробах тощо, при проведенні різних методів функціональної діагностики.

3. Професійно-трудова складова – можливість досягнення певних трудових цілей, професійного та соціально-трудового статусу, в тому числі забезпечення зайнятості, можливості навчання, адаптації до трудового процесу.

4. Освітня складова – можливість оволодіння знаннями, навичками і вміннями (загальноосвітніми, професійними, соціальними, культурними та побутовими) в області рекомендованої професійної діяльності.

5. Соціально-побутова складова – можливість досягнення самообслуговування і самостійного проживання.

6. Соціально-середовищна складова – можливість досягнення самостійної громадської та сімейно-побутової діяльності [220, 258].

Важливою складовою реабілітаційного потенціалу є його психологічна частина (психологічний реабілітаційний потенціал (ПРП)). При цьому на сьогоднішній день універсального визначення поняття «психологічний реабілітаційний потенціал» немає, так само немає і єдиної моделі компонентного складу даного поняття [278].

Так, наприклад, деякі під ПРП розуміють систему преморбідно сформованих індивідуально психологічних характеристик особистості (мотиваційних, емоційно-вольових, когнітивних), які виступають в якості основного ресурсу в разі зміни соціальної ситуації розвитку в результаті захворювання, що інвалідизує людину, і сприяють її реадаптації до нових умов життя [22; 221].

Іноді розглядають ПРП з позицій холістичного підходу як комплекс робіт пізнавальних процесів, емоційно-вольової сфери особистості, сукупність адаптаційних можливостей особистості, особистісної спрямованості, зацікавленості, готовності до психологічної роботи над власною особистістю і відкритість до отримання нового досвіду, що визначає ступінь можливого відновлення, продуктивної інтеграції в сучасний соціум (соціалізації) [278].

Розглядають ПРП як можливість розширення сфер життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень на психічному рівні [236].

ПРП, будучи складовою реабілітаційного потенціалу, характеризується, як і всі інші його складові, своєю внутрішньою структурою, яка визначається дослідниками по-різному [63; 104; 144; 220; 258; 279].

Структура ПРП включає наступні основні компоненти: мотиваційний, емоційний, інтелектуальний та середовищний [278; 279].

Вчені включають до складу ПРП наступні складові:

- інтелектуальний компонент, який забезпечує рівень розуміння реабілітантами проблем, пов'язаних із захворюванням, інвалідністю і можливістю їх вирішення за допомогою реабілітаційних заходів. Інтелектуальний реабілітаційний потенціал залежить від рівня стану когнітивних процесів і рівня інтелекту;

- емоційно-вольової компонент, який визначає енергію реабілітанта в досягненні цілей і завдань реабілітації, чуттєву забарвленість відносин до цих цілей і завдань, а також до окремих реабілітаційних заходів і залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, емоційних станів і вольових процесів;

- мотиваційний компонент, який визначає спрямованість на досягнення цілей і завдань реабілітації і являє собою сукупність цілей, установок, мотивів і потреб, актуальних для реабілітанта в аспекті різних підсумків, результатів реабілітації і залежить від ціннісно-мотиваційних характеристик особистості, системи особистісних відносин в цілому [258].

Таким чином, незаперечним є той факт, що стан реабілітаційного потенціалу визначається тими чи іншими параметрами на біологічному, психологічному і соціально-середовищному рівні. Принципово важливим при його визначенні є виявлення збережених ресурсів на біологічному і психічному рівні, які можуть виступати в ролі компенсаторних функцій і діагностика патологічних процесів (порушень). Іншими словами, в даному випадку мова йде про позитивну і негативну складові реабілітаційного потенціалу, представлених у всіх його елементах. Оцінка позитивної складової є специфічною особливістю реабілітаційної діагностики на відміну, наприклад, від клінічної та повинна відображати не тільки стан об'єкта діагностики, але і прогноз реалізації здібностей людини, що знаходиться в умовах обмеженої життєдіяльності. В даному аспекті реабілітаційний потенціал

слід розглядати як один з фрагментів інфраструктури реабілітаційного процесу, який включає в себе реабілітаційну діагностику, реабілітаційний вплив і постреабілітаційний супровід.

1.6.2. Компоненти психологічного реабілітаційного потенціалу, що детермінують реабілітаційний прогноз. Всі підструктури реабілітаційного потенціалу можна розглядати як функціональні складові, на яких слід зосередити увагу в процесі реабілітації для досягнення головної мети – адаптувати людини до життя і відновити статус особистості [33; 234; 271; 272].

Залежно від ступеня вираженості основних складових реабілітаційного потенціалу діагностується його рівень, який представляє собою комплексну характеристику особистості людини з обмеженими можливостями, що охоплює всі етапи її розвитку та соціалізації (від народження і виникнення захворювання) до справжнього соціального статусу, і психологічних особливостей, які сформувалися під час хвороби [49; 58; 65; 76; 80; 98; 118]. Він також об'єднує індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні особливості і основний напрямок особистісного і соціального розвитку, а також ціннісну орієнтацію пацієнта [95; 104; 126].

При визначенні реабілітаційного потенціалу, як правило, виділяють три рівні, що характеризують реабілітаційні можливості пацієнта щодо певних видів життєдіяльності:

✓ високий реабілітаційний потенціал визначається реальною перспективою практично повного відновлення порушених функцій, здатності до трудової діяльності та соціально-побутової активності або високу ступінь відновлення конкретного виду життєдіяльності в процесі проведення реабілітаційних заходів;

✓ помірно виражений реабілітаційний потенціал визначається при реальній перспективі досить значного відновлення функцій (легкий або помірний дефект), незначного обмеження побутової активності і працездатності;



тності (зниження кваліфікаційних можливостей і обсягу виконуваної роботи) в процесі реабілітації;

✓ низький реабілітаційний потенціал визначається при обмеженій можливості скільки-небудь істотного відновлення функції, при втраті здатності до професійної праці, неможливості забезпечити незалежне існування і подолати обмеження життєдіяльності в результаті проведення реабілітаційних заходів [220].

У літературі зустрічаються і варіанти виділення чотирьох рівнів реабілітаційного потенціалу: високого, середнього (або задовільного), низького і практично відсутнього [278]. У цьому випадку на підставі всієї сукупності факторів, що характеризують можливості інваліда реабілітації, реабілітаційний потенціал оцінюється як:

✓ високий – повне одужання, відновлення всіх звичайних для людини видів життєдіяльності, працездатності і соціального положення. Це повна реабілітація;

✓ задовільний – неповне одужання із залишковими проявами у вигляді помірного порушення функцій. Виконання основних видів діяльності при більш тривалих витратах часу з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів, обмеження працездатності, зниження рівня життя. Є потреба в соціальній допомозі, підтримка і потреба в матеріальній допомозі. Це часткова реабілітація з I, II груп в III групу інвалідності;

✓ низький – це повільно прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражене порушення функцій, обмеження у виконанні більшості видів, здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах, зниження здатності до соціальної інтеграції, потреба в соціальній підтримці та соціальній допомозі;

✓ відсутність реабілітаційного потенціалу – це прогресуючий перебіг захворювання, різко виражене порушення функцій організму, неможливість самостійно виконувати основні види діяльності. Втрата працездатності, потреба постійної сторонньої допомоги і залежність від інших осіб

[278].

При загальній оцінці реабілітаційного потенціалу вирішальне значення має прогностична оцінка можливого результату реабілітації на вищому соціальному рівні. Так, відновлення або компенсація на першому, біомедичному, рівні може бути не повною, проте, завдяки компенсаторному заміщенню і адаптації до наявних обмежень життєдіяльності, цілеспрямованості, високому рівню домагань, особистісним резервам і іншим механізмам, можливо відновлення в повному обсязі основних форм життєдіяльності і колишнього соціального становища пацієнта (в цілому реабілітаційний потенціал – високий).

Недостатній реабілітаційний потенціал «нижчого» (біологічного) рівня, таким чином, може компенсуватися соціально-психологічними, технічними, соціальними і соціально-середовищними механізмами (більш високого рівня), забезпечуючи тим самим повну реабілітацію пацієнта.

Інтегральна оцінка реабілітаційних можливостей щодо відновлення конкретних видів життєдіяльності повинна бути узагальненою і відбиває їх рівень на підставі чітких кількісних градацій показників, отриманих в результаті комплексних досліджень [220; 258; 279].

Реабілітаційний прогноз – передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та передбачуваний рівень інтеграції пацієнта в суспільство – можливий результат реабілітації. Реабілітаційний прогноз визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу, а й реальними можливостями застосування для його реалізації сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів [1; 7; 65; 106; 179; 459].

Реабілітаційний прогноз визначається на основі комплексної оцінки внутрішніх і зовнішніх факторів, які можуть в тій чи іншій мірі надати позитивний або негативний вплив на процеси відновлення здоров'я (клінічний прогноз), працездатності (трудова прогноз), особистісного та соціального статусу хворого або інваліда (соціальний прогноз).

При його оцінці враховують такі чинники:

- особливості хвороби та її наслідки (патологічний потенціал);
- реабілітаційний потенціал;
- соціально-психологічні особливості особистості (її адекватна реабілітаційна активність);
- можливості застосування сучасних реабілітаційних технологій щодо конкретного хворого;
- соціально-середовищні умови – реабілітаційна середовище та ін.

Реабілітаційний прогноз має три рівні оцінки:

- сприятливий – при можливості повного відновлення порушених категорій життєдіяльності та повної соціальної, в тому числі трудової інтеграції інваліда в процесі проведення реабілітаційних заходів;
- відносно сприятливий – при можливості часткового відновлення порушених категорій життєдіяльності, зменшення ступеня їх обмеження або стабілізації, розширенні здатності до соціальної інтеграції та переходу від повної до часткової соціальної підтримки та матеріальної допомоги в процесі проведення реабілітаційних заходів;
- сумнівний (невизначений) – неясний прогноз;
- несприятливий – при неможливості відновлення або компенсації порушених обмежень життєдіяльності, будь-яких істотних позитивних змін (незначний результат) в особистісному, соціальному і соціально-середовищному статусі пацієнта в процесі проведення реабілітаційних заходів.

Визначення показань до проведення реабілітаційних заходів передбачає послідовне визначення необхідності та доцільності здійснення заходів і засобів реабілітаційного впливу щодо виявлених розладів за категоріями обмежень життєдіяльності [23; 47; 64; 124; 164]. При цьому по кожній категорії обмеження життєдіяльності встановлюють можливий очікуваний ефект реабілітації: відновлення або компенсація (повна або часткова), або відновленню або компенсації не підлягає.

Психологічна складова же реабілітаційного потенціалу пацієнта якраз і покликана визначити можливості, ресурси особистості для здійснення як психологічної, так і когось комплексної реабілітації. Визначення рівня ПРП має цінність для самого пацієнта, так як вказує людині на ті приховані в ньому самому особистісні ресурси, за рахунок яких можлива компенсація обмежених можливостей і найбільш повна реадаптація в новій для нього соціальної ситуації розвитку [56; 76; 126; 195].

При оцінці ПРП особистості повинні враховуватися всі компоненти психіки [47; 85]. Значимість психологічного аспекту реабілітаційного потенціалу обумовлена, перш за все, його мотиваційним компонентом, завдяки якому можлива компенсація порушень не тільки в інших складових ПРП, але і компенсація недостатнього рівня інших аспектів реабілітаційного потенціалу: медичного, соціального, професійного. Яка основна потреба пацієнта на етапі реабілітації, така його мотивація і, як наслідок, ефективність реабілітаційних заходів, незважаючи на всі здійснені заходи медичної, технічної та соціальної реабілітації [8; 80; 106; 125; 142; 207].

Емоційно-вольової компонент зумовлює початкову позицію пацієнта щодо реабілітації, з одного боку, і безпосередньо впливає на характер інших складових реабілітаційного потенціалу особистості. Рівень емоційно-вольової компонента визначається домінуванням відповідних негативних або позитивних переживань, їх інтенсивністю, ступенем їх стійкості, емоційної збудливості, тривожності, здатністю до вольовим зусиллям [66; 85; 214; 216].

Рівень інтелектуальних здібностей особистості і стан вищих психічних функцій забезпечують розуміння виниклих проблем, пов'язаних із захворюванням, інвалідністю і можливістю їх вирішення за допомогою реабілітації. Інтелект, який входить в структуру здібностей, відноситься до психічних властивостей особистості - стійке утворення, що забезпечує певний рівень поведінки і діяльності, що характерна для даної людини [228; 322; 350, 362]. Є дослідження, які доводять, що інваліди з вищою освітою,

високим рівнем інтелекту, «глибше і гостріше переживають психодуховну кризу», пов'язаний з інвалідизацією, усвідомлюючи свою неповноцінність і обмеженість використання своїх можливостей і ресурсів [103; 117; 126; 230].

Вчені вважають, що при оцінці ПРП слід визначати наступні рівні порушень психологічного статусу особистості:

- ✓ операційний (властивості нервової системи, темперамент, вищі психічні функції, виконавча сторона діяльності і облік сенсорних і перцептивних особливостей індивіда);

- ✓ емоційно-вольовий (емоції, афекти, почуття і настрої, ступінь деструктивного впливу емоцій на протікання діяльності індивіда, а, в цілому, - емоційна стійкість),

- ✓ особистісний (загальна спрямованість особистості на себе, на спілкування, на справу; рівень активності, мотивації, сфера інтересів, особливості соціально-психологічної адаптації, зв'язків з мікро- і макросоціумом) [23].

Виділено дев'ять компонентів ПРП: тип ставлення до хвороби, рівень нервово-психічного стану, рівень самооцінки, рівень домагань, рівні реактивної і особистісної тривожності, локус контролю, стан взаємовідносин з соціальним оточенням і задоволеність професійною діяльністю [220; 221].

Передбачають, що ПРП має складну структуру, що включає когнітивний, афективний і особистісний компоненти [80].

Визначення ступеня вираженості ПРП оцінюється такими його складовими, як емоційна стабільність і інтелектуальний і мотиваційний потенціал, особливості оточення і широта спілкування, професійна реалізованість і реабілітаційна компетентність. Сукупна ж оцінка рівня складових в кінцевому підсумку є критерієм визначення рівня психологічного реабілітаційного потенціалу.

Розглядаючи ПРП особистості, виділено 5 компонентів: внутрішня картина хвороби та мотиваційний, емоційний і самооціночний компоненти [144].

Внутрішня картина хвороби - поняття, близьке до поняття «сприйняття хвороби», що використовувалось в зарубіжній психології [16]. В даному випадку робиться акцент на когнітивному (уявлення про хвороби, її причини, протікання і наслідки) та емоційному (відношення до хвороби і способу життя хворої людини) аспектах внутрішньої картини хвороби [75].

Мотиваційний компонент відображає широту інтересів і ступінь активності хворого, який включається в рішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я. Емоційний компонент являє загальний емоційний фон життя хворого (позитивний-негативний), його динаміку в зв'язку з захворюванням і можливості регуляції емоційних реакцій. До самооціночного компоненту (Я-концепція) входять уявлення про свої найбільш значущі якості і ставлення до себе як до хворої людини. Комунікативний компонент розкриває специфіку значущих соціальних зв'язків і динаміку міжособистісних відносин під час хвороби, задоволеність цими відносинами [73; 96; 104; 144; 180].

Оцінюючи реабілітаційний потенціал в умовах ресоціалізації осіб, які перенесли інсульт, в якості факторів, що впливають на прогноз психологічного РП, виділено внутрішню картину хвороби, локус контролю та соціально-побутові аспекти [288].

Підкреслено особливу значимість мотиваційного рівня (компонента) внутрішньої картини хвороби. З її точки зору, саме він визначає актуалізацію діяльності хворого з повернення і збереження здоров'я. У зв'язку з цим розрізняють різні стратегії протидії хронічного соматичного захворювання – активну і пасивну [291].

В якості інших факторів, необхідних для подолання хворобливого стану і успішних реабілітації і реадаптації, багатьма авторами розгляда-

ються екзистенціальна наповненість, активність, оптимізм і життєстійкість [2; 77; 99; 106; 154].

Для визначення інтегральної оцінки рівня психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнта пропонуються до розгляду прогностичні таблиці, в основі яких лежать різні комбінації поєднання компонентів ПРП, кожен з яких має певну ступінь вираженості порушень (табл. 1.4 –1.6) [220].

*Таблиця 1.4*

**Показники, що характеризують ступінь вираженості порушень мотиваційної складової реабілітаційного потенціалу**

Ступінь вираженості порушень	Мотиваційна сфера
	Психологічні показники
Відсутні або незначні (1)	Потреби вищого порядку (в соціальних, зв'язках, самоповазі, самоактуалізації), адекватний рівень домагань, тип ставлення до хвороби (гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний), при якому істотно не порушується соціальна адаптація, реалістична, стійка самооцінка, широке коло інтересів, адекватна ієрархія життєвих цінностей, загальнолюдські смислові орієнтації. При незначних змінах - деяка нестійкість мотиваційної спрямованості.
Помірні (2)	Нестійкість мотивів діяльності, потреби невисокого порядку (в соціальних зв'язках, в безпеці), зниження критики, не цілком адекватний рівень домагань, нестійка самооцінка, своєрідна інтерпретація соціальних цінностей, норм і правил, недостатня ієрархізованість структури провідних мотивів, обмежене коло інтересів, егоцентричні або групоцентричні смислові орієнтації, тип ставлення до хвороби, що порушує соціальну адаптацію.
Виражені (3)	Превалювання потреб нижчого порядку (фізіологічних, в безпеці), прагматичні або егоцентричні смислові орієнтації, асоціальність ціннісних орієнтацій, вкрай вибіркоче ставлення до соціальних норм і правил поведінки, некритична самооцінка, неадекватний рівень домагань, формування понадцінностей, вузьке, примітивне коло інтересів, неадекватний тип ставлення до хвороби, очевидна недостатність (або неадекватність) ієрархії мотиваційних структур, які забезпечують діяльність.

Значно виражені (4)	Потреби нижчого порядку, практично повне заперечення соціальних норм і правил поведінки, «невмотивованість» дій, відсутність критики, відсутність спрямованих інтересів, відсутність структури ієрархії мотивів, ціннісних орієнтацій, «розпад» особистості.
---------------------	--

Таблиця 1.5

**Показники, що характеризують ступінь вираженості порушень емоційно-вольової складової реабілітаційного потенціалу**

Ступінь вираженості порушень	Емоційно-вольова сфера
Незначні (1)	Кілька підвищена (або знижена) емоційна збудливість, схильність до тривожних реакцій (реактивна тривожність), деяка лабільність, незначне зниження емоційно-мотиваційного тону, епізодичні перепади настрою з фіксацією на негативних емоційних переживаннях, деякі труднощі в діяльності, що вимагає вольових зусиль, нестійкість емоційного фону.
Помірні (2)	Істотно підвищена (знижена) емоційна збудливість, стійка, але помірно виражена схильність до тривожних реакцій, емоційна лабільність, помірна емоційна ригідність, деяка схильність до емоційного «застрягання», досить часті перепади настрою, тенденція до стереотипних емоційних реакцій, ослаблення самоконтролю, довільності емоційних реакцій, нестійкість емоційних переваг, інтересів, деяка фіксованість на негативних емоційних переживаннях, незначне сплюснення емоцій, епізодичні, ситуативно обумовлені неадекватні емоційні «сплески» у вигляді афективних реакцій, можлива схильність до епізодичних агресивних реакцій, зниження здатності до контролю емоційних реакцій.
Виражені (3)	Посилення раніше зазначених проявів, а також схильність до амбівалентних емоцій, недостатня предметність емоційних переживань, тривалі періоди «тужливого» настрою, часті неадекватні емоційні реакції, слабкий емоційний компонент пізнавальної діяльності та ціннісних орієнтацій, виражена емоційна ригідність, домінування афективних реакцій, переважання ейфоричності або депресивних емоційних реакцій, вкрай низька здатність до



	подолання будь-яких труднощів за рахунок вольових зусиль, висловлювана імпульсивність поведінки, схильність до аутоагресії.
Значно виражені (4)	Домінування амбівалентних, безпредметних, ситуативно необумовлених емоційних реакцій, практична нездатність до «гнучкої» поведінки, стійке і виражене домінування негативних емоційних переживань, відсутність модуляції емоцій, повна нездатність до прояву вольових зусиль.

Таблиця 1.6

**Показники, що характеризують ступінь вираженості порушень когнітивної складової реабілітаційного потенціалу**

<b>Ступінь вираженості порушень</b>	<b>Когнітивні процеси (пам'ять, увага, сприйняття, динаміка психічних процесів)</b>
Незначні (1)	Незначні порушення окремих видів пам'яті при збереженні інших, здатних повністю компенсувати наявний мнестичний дефект, трохи сплющена або нестійка крива заучування матеріалу, епізодичні мимовільні відволікання при діяльності, які вимагають тривалого зосередження, незначні коливання розумової працездатності, пов'язані з труднощами суміщення декількох завдань, деяка недостатність довільної уваги, злегка уповільнений темп психічної діяльності або тенденція до швидкісного темпу.
Помірно виражені (2)	Помірні порушення окремих видів пам'яті, коли не досягається компенсація за допомогою інших видів, або незначні, але тотальні порушення мнестичної функції, коливання розумової працездатності, пов'язані з недостатньою концентрацією уваги, зниження загальної продуктивності розумової діяльності, легке відволікання на зовнішні незначні подразники, труднощі при виконанні паралельних видів діяльності, помірне звуження обсягу, перемикання уваги, помірне зниження темпу психічної діяльності з ознаками підвищеного виснаження.
Виражені (3)	Помірні, але тотальні порушення мнестичної функції, періодично повторювані помилкові спогади, практична відсутність підйому кривої заучування («ефект плато») з

	<p>вираженим звуженням обсягу довготривалої пам'яті, виражені порушення обсягу, концентрації, переключення і розподілу уваги, виражене мимовільне відволікання на зовнішні подразники в результаті чого - часті кількісні і якісні помилки, вкрай низька здатність до зосередження, практична неможливість поєднання якихось видів діяльності, низька продуктивність розумової діяльності з високою виснажуваністю, виражене зниження темпу діяльності.</p>
<p>Значно виражені (4)</p>	<p>Виражені, тотальні порушення пам'яті, постійні помилкові спогади, крива підйому при запам'ятовуванні у вигляді плато або спадаюча, можлива повна нездатність до запам'ятовування, вкрай низький обсяг як короткочасної, так і довгострокової пам'яті, практична неможливість до зосередження, масові помилки в розумової діяльності, розпад довільної уваги, крайня непродуктивність цілеспрямованої діяльності або її відсутність, значно виражені порушення всіх функцій уваги: концентрації, обсягу, розподілення, перемикавання, непродуктивність розумової діяльності і вкрай виражені порушення темпу розумової діяльності.</p>

Дослідження різних авторів показали, що рівень ПРП мало корелює з рівнем медичного реабілітаційного потенціалу [279; 382; 392]. У той час як останній в 61,1 % випадків був визнаний низьким, психологічний реабілітаційний потенціал був визнаний низьким тільки в 22,2 % випадків [372].

Аналіз літературних даних показав, що нерідкі випадки визначення високого рівня ПРП при низькому рівні медичного реабілітаційного потенціалу, що підтверджує факт великих ресурсних можливостей особистості в процесі реадaptaції і дає зрозуміти, чи є у даної особистості настанова на використання залишкових функціональних можливостей з урахуванням індивідуальних механізмів саморегуляції з метою подальшого поліпшення психологічного благополуччя.

## 1.7. Біопсихосоціальна парадигма у концепції реабілітації особистості

Повертаючись до поняття психічної адаптації, як інтегративної результуючої адаптації біологічної, психологічної та соціальної, необхідно підкреслити, що в останні роки відзначається чітка тенденція до об'єднання категоріальних (розглядають психічну патологію з позицій їх нозологічної відособленості) і уявлень про природу психічних розладів, що в чималому ступені стимулює інтерес до, так званого, холістичного діагностичного підходу, націленого на багатоосьову (багатовимірну, мультиаксіальну) оцінку психічних розладів і припускає формулювання біологічного, психологічного та соціального діагнозів [268; 429; 441; 461; 484].

Суттєвим доповненням холістичного підходу в клініці і діагностиці психічних розладів є, в свою чергу, функціональний діагноз, який можна вважати найбільш актуальним поглядом на систему цілісної клінічної оцінки психічного стану респондента з позицій концепції реабілітації [166; 192; 320; 393; 482]. Функціональний діагноз відображає вплив на порушення цілісного адаптаційного функціонування біологічних, психологічних і соціальних факторів індивідуума і дозволяє не тільки точніше оцінювати потенційно наявні адаптаційно-компенсаторні можливості респондентів, але конструювати індивідуальні програми відновного лікування [145; 206; 374; 390].

Біопсихосоціальна парадигма в контексті розгляду психічних розладів робить теоретично осмисленим необхідність реабілітаційного підходу в клініці і діагностиці депресивних розладів, який реалізується практично у всіх сферах розвитку сучасної психологічної науки, наприклад, в рамках соціальної психології, головним предметом якої є як суспільне психічне здоров'я в цілому, так і, зокрема, питання реабілітації (медико-соціальної, психосоціальної), включаючи також аспекти інтеграції (реінтеграції) осіб з психічними розладами в суспільство [169; 207; 306; 375]. Нижче представ-

лено розгляд кожної з біопсихосоціальних складових психічного стану респондентів з депресивними розладами.

1.7.1. Біологічна адаптаційно-компенсаторна складова психічного стану респондентів з депресивними розладами. До рівня біологічної адаптаційно-компенсаторної активності, що виражається в постановці біологічного діагнозу, відноситься поняття біологічної уразливості як генетично обумовленої схильності до формування психічного розладу, яке є одним з ключових понять в діатез-стресових моделях депресії [182; 241; 460].

Стан хвороби є однією з частих життєвих ситуацій, в якій опиняється людина, коли порушується нормальний перебіг адаптаційних процесів. Напруженість процесу психічної адаптації призводить до ряду соматичних зрушень за допомогою реалізації гіпоталамічних впливів через нервові шляхи, систему рилізінг-факторів і тропних гормонів гіпофізу, через зміни вегетативно-гуморального регулювання. Гормони і медіатори, які беруть участь в цьому регулюванні, в свою чергу, впливають на механізми включення та підтримки, певних психічних, зокрема емоційних, станів [28].

При цьому, в якості базових характеристик біологічного діагнозу розглядаються спочатку існуючі, «фонові» генетичні, органічні, імунні і нейроендокринні фактори, які відіграють роль у підтримці гомеостазу в нормі і при психічної патології [312]. Слід лише зазначити, що генетичні дослідження природи психічних розладів в даний час не привели до формування цілісної картини клініко-генетичних залежностей [381]. Роль імунно-ендокринних механізмів в патогенезі афективних розладів описана в багатьох дослідженнях [402]. Разом з тим, і в цій області є лише деякі окремі спостереження, що не дозволяють з даних позицій зрозуміти сутність психічних розладів [182; 439]. До морбідних характеристик в рамках біологічного діагнозу відносяться клініко-психопатологічні особливості психічного розладу, а саме нозологічна приналежність, синдром, тип перебігу хвороби, тривалість захворювання та загострення.

Найбільш визнаною в даний час вважається моноамінова теорія патогенезу депресій, яка передбачає нейро-хімічні характеристики дисбалансу і дефіцитарності катехоламінів (норадреналін) і індоламіну (серотонін), співвідносячи ці порушення з певними характеристиками депресивних розладів [435]. Патогенетичні механізми депресії, пов'язані з функціональним дефіцитом серотонінергічної системи і зі складною дисрегуляцією норадренергічної системи, вважаються найбільш обґрунтованими, оскільки норадреналін має відношення до пробудження емоційної реакції, а серотонінергічні механізми задіяні в реалізації симптоматики імпульсивності, тривоги, депресії, суїцидальності [182; 439; 498]. Низький вміст серотоніну і фактору росту призводить до нової схеми розвитку поведінкового фенотипу такого, як маніакально-депресивний психоз зі схильністю до більш імпульсивного прийняття рішень, більшою схильністю до стресових факторів і порушеного сприйняття навколишньої дійсності, що, в свою чергу, призводить до більш високого ризику розвитку суїцидальної поведінки [499]. Вплив вмісту серотоніну і нейромедіаторів на розвиток суїцидальної поведінки доведено в численних дослідженнях, крім того, в даний час можна стверджувати, що одні й ті ж медіатори відповідають і за регуляцію настрою, і за прояв агресії, і за формування залежностей [489]. Вплив вмісту серотоніну і нейромедіаторів на розвиток суїцидальної поведінки доведено в численних дослідженнях, крім того, в даний час можна стверджувати, що одні й ті ж медіатори відповідають і за регуляцію настрою, і за прояв агресії, і за формування залежностей [123; 349].

Виявлений вплив стресу на депресію, розвиток різних форм депресивного стану при вираженому поліморфізмі гена 5НТТ. Поліморфізм даного гена призводить до більш вираженого розвитку депресивних симптомів і розвитку суїцидальної поведінки в стресових ситуаціях [244; 402; 489].

Також встановлена генетична схильність в порушенні нейротрансмітерного функціонування, що призводить до підвищеної сприйнятливості емоційного стресу.

Виявлено, що спадково передаються аномалії підкіркових систем регуляції вегетативно-ендокринних процесів організму, що знижують адаптивні можливості людини [148; 182; 260]. Психотравмуючі ситуації призводять до перенапруження і виснаження активуючих і координуючих відділів лімбічної системи, її вегетативних відділів. Дисфункція ретикулярної формації, як активує системи мозку, викликає «енергетичний дефект», зниження «біотонусу» мозкових механізмів, що регулюють настрій [218; 338].

Певний інтерес представляють дані про пов'язаність клінічних характеристик депресивних розладів з імунологічними, нейромедіаторними і гормональними показниками, залученість цих гомеостатичних систем в механізми психонейроімунотуляції і в патогенез депресивних розладів [397; 455].

Зі збільшенням тривалості захворювання значиму роль в патогенезі депресій набуває імунна система, в першу чергу, цитолітичні кілери/супресори і натуральні кілери – основні імунокомпетентні клітини противірусного і протипухлинного захисту [182]. На підставі чого був зроблений висновок про те, що тривалий перебіг депресивних розладів підвищує ризик розвитку імунодефіцитних станів [402].

1.7.2. Психологічна адаптаційно-компенсаторна складова психічного стану досліджуваних з депресивними розладами. До рівня психологічної адаптаційно-компенсаторної активності, що виражається в постановці психологічного діагнозу, відносяться такі поняття, як копінг, внутрішня картина хвороби і психологічний захист, що становлять «адаптаційний потенціал особистості» [34]. Як один зі складових психічної адаптації, психологічний адаптаційний потенціал особистості є процесом, який дозволяє людині встановлювати оптимальні співвідношення з навколишнім середовищем і, разом з тим, задовольняти актуальні потреби індивіда [134; 138; 161; 175].

Внутрішня картина хвороби – це особлива форма психологічної адаптації, що, з точки зору В. М'ясищева, є найважливішою підсистемою психологічної регуляції поведінки людини, яка розглядається в рамках вторинного психологічного захисту, тобто мимовільного, підсвідомого використання пацієнтом прийомів, що забезпечують безпеку функціонування деструктивного первинного психологічного захисту [31]. Внутрішня картина хвороби формується на підставі базисних механізмів психологічної адаптації в умовах захворювання, що розвивається [16; 75]. До внутрішньої картини хвороби відносять сприйняття хвороби (чуттєво-емоційний компонент), ставлення до хвороби (інтелектуальний компонент), настанову по відношенню до хвороби (поведінковий компонент) і відношення до лікування [7]. При цьому наголошується, що низький рівень усвідомлення захворювання і необхідність лікування є суттєвою перешкодою для психосоціальної корекції [8; 51; 75].

Копінг-механізм психологічної адаптації, за допомогою якого людина усвідомлено освоюється в новій для нього ситуації або соціальній ролі при вторгненні в його життя обставин, які неможливо усунути [36; 48; 62]. Вперше термін «coping» був використаний у дослідженнях способів подолання дітьми вимог, висунутих кризами розвитку [19]. Автор визначає копінг як прагнення індивіда вирішити певну проблему, який, з одного боку, слід розуміти як вроджену манеру поведінки, а з іншого, – придбану, диференційовану форму поведінки [109].

Терміном копінг позначають три пов'язаних між собою поняття, які відображають цей феномен з різних сторін: механізм подолання, що дозволяє освоюватися з обставинами, навчатися керуванню ними; процес дії цього механізму – копінг-стратегії (копінг стилі); результат дії цього механізму (результат процесу) – копінг-поведінка [136; 141; 160; 209; 265; 326; 373; 400].

До робіт, присвяченим дослідженню копінг-механізмів при депресивних розладах можна віднести дослідження, в якому автори вказують на

дефіцит навичок соціальної і проблемно-вирішальної поведінки у хворих з депресивними порушеннями різного генезу; останній, на думку дослідників, значно знижує їх здатність ефективно впоратися зі стресовими ситуаціями [181]. Показано переважання в копінг-поведінці таких осіб емоційних і уникаючих копінг-стратегій, що посилює хворобливі переживання, служить фактором подальшої соціально-психологічної дезадаптації особистості хворих з депресивними розладами [210]. Інші роботи також показують переважання неконструктивного емоційного, поведінкового і емоційного копінгу в системі адаптації хворих з депресивним розладом, а також – зворотня від рівня депресії залежність ефективності всіх використовуваних видів копінгів [400; 445; 491].

У багаторівневій системі психологічної адаптації копінг-механізми тісно пов'язані з механізмами психологічного захисту особистості [30; 264; 280; 394]. Психологічний захист – це несвідомий процес, який регулює рівень емоційної напруги. Механізми психологічного захисту формуються на ранніх стадіях розвитку індивідуума, а їх використання в процесі всього життя здійснюється психічним апаратом автоматично, несвідомо. Завданням психологічного захисту є не розв'язання суперечностей, а усунення пов'язаних з ними переживань, що перешкоджають включенню інших механізмів адаптації, які, можливо, допоможуть індивідууму впоратися з ситуацією [261].

Розглянуто копінг-механізми і механізми психологічного захисту як способи адаптації до стресової ситуації, де копінг-поведінка визначається як стратегія дії особистості, спрямована на усунення або переоцінку ситуації психологічної загрози, а механізми психологічного захисту спрямовані на ослаблення психічного дискомфорту [256]. Вчені говорять про те, що особи з депресією частіше вдаються до розщеплення, примітивної ізоляції, всемогутності і заперечення, що узгоджується з вітчизняними даними [136]. Структура захисно-приспосувальної поведінки хворих з депресив-



ними розладами відрізняється надлишковою напруженістю і виразністю заперечення і регресії [73].

Розробка понять психологічної адаптації привела до формування уявлень про більш синергічної взаємодії механізмів психологічного захисту і копінг-механізмів, що виразилося в понятті щодо захисно-подолаючої поведінки, що має виняткове значення в системі соціально-психологічної адаптації при депресивних розладах [30]. Так, теорія захисної копінг-системи отримала свій розвиток в концепції персонології [244]. В уявленнях дослідників незрілі захисти при депресії можуть відігравати позитивну роль, тому що спрямовані на усунення суб'єктивно значущих переживань, забезпечуючи певний рівень адаптованості [244].

1.7.3. Соціальна адаптаційно-компенсаторна складова психічного стану респондентів з депресивними розладами. До рівня соціальної адаптаційно-компенсаторної активності, що виражається в постановці соціального діагнозу, відноситься характер соціальної компетентності як здібності до продуктивного пристосування до соціального оточення, яка забезпечується психологічними адаптаційними механізмами, що визначають тип пристосувальної поведінки і реалізуються в рівні адаптації в різних соціальних сферах і зовнішніх соціальних ресурсах (сім'я і позасімейне оточення) [9; 22]. Найбільш істотними чинниками, що впливають на соціальну компетентність, є особливості соціального статусу, наявність і особливості міжособистісних конфліктів в сім'ї, на роботі, в партнерських відносинах та інших сферах діяльності [15; 88].

Необхідність урахування різних окремих сторін соціального функціонування осіб підкреслювалася рядом авторів [39; 158; 205; 343; 364]. За рівнем соціального функціонування можна судити про результати лікувально-відновного впливу на хворого і вирішувати питання його працевлаштування, дієздатності та ін. [289; 304; 366; 434]. При цьому, з точки зору багатьох дослідників, при депресії особливо важлива інформація про комуні-

кативні дефекти, так як порушення спілкування є найбільш частою патологією соціального функціонування цих осіб [353; 436; 440; 472].

Вчені звертають увагу на те, що з числа респондентів на депресивний розлад найменш пристосованими виявлялися неодружені [25]. Уточнено, що найменш успішними в житті виявилися неодружені, розлучені і ті особи, які живуть із батьками або родичами [88]. В цьому випадку автори правомірно ставлять питання про причину і наслідок, відповідаючи на який приходять до висновку: тяжкість захворювання (в тому числі - вираженість дефіцитарної симптоматики) різко знижує соціальні можливості хворих і перешкоджає їх подальшій сімейній і трудовій адаптації, що ускладнює вступ в шлюб, робить його неміцним і змушує хворого існувати лише в тій соціальній ніші, де його приймають, – тобто разом зі своїми батьками або родичами [88]. Однак, як показують інші дослідження, цим питанням про невдачі респондентів в шлюбі не вичерпується [22; 39; 123].

У ряді досліджень зазначалося, що психічне захворювання дружини надає більш руйнівний вплив на сім'ю, ніж виникнення психічного розладу у чоловіка при наявності здорової дружини [88].

Таким чином, на противагу біомедичній моделі, що робить акцент на захворюванні, біопсихосоціальна модель фокусується не на захворюванні або розладі, а на комплексній взаємодії біологічних, психологічних і соціальних змінних. На підставі цієї концепції відмінності у вираженості розладів (яке включає його тяжкість, тривалість і наслідки для пацієнта) пояснюються взаємовідносинами між біологічними змінами, психологічним станом і соціокультурним середовищем. Всі ці змінні формують сприйняття і реакцію респондента на розлад.

Біопсихосоціальний погляд на депресивні розлади заснований на розумінні їх динамічної природи. Хронічні синдроми з часом прогресують. Отже, ці захворювання необхідно розглядати як динамічну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів, які формують переживання і реакції респондентів.

Біологічні фактори можуть ініціювати, підтримувати і модулювати фізичні порушення, в той час як психологічні змінні впливають на оцінку і сприйняття внутрішніх фізіологічних сигналів. Соціальні чинники формують поведінкові реакції у відповідь на переживання фізичних порушень. З іншого боку, психологічні фактори впливають на біологічні, порушуючи вироблення гормонів, нейромедіаторів, змінюючи структуру і біохімічні процеси в мозку, стан вегетативної нервової системи. Поведінкові реакції можуть також впливати на біологічні фактори: людина уникає певної діяльності для полегшення симптомів. Хоча спочатку уникаюча поведінка може полегшити симптоми, в кінцевому підсумку така поведінка призведе до подальшого порушення фізичної адаптації. Тобто для повного розуміння ПРП респондентів з депресивними розладами необхідно враховувати їх біологічні, психологічні та соціальні компоненти адаптаційно-компенсаторний складових психічного стану.

### **1.8. Сучасні підходи до відновлення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях**

Депресивні розлади як і раніше залишаються однією з найактуальніших проблем здоров'я працездатного населення України, що обумовлено відсутністю тенденції до зниження зростання захворюваності, поширеності та інвалідності [61; 64; 121]. За останні десять років концепція лікування багатьох нозологічних форм при даній патології істотно змінилася, але як і раніше залишається недостатньо розробленою система реабілітації для профілактики і зменшення інвалідності [8; 29; 38; 103; 126].

За даними ВООЗ реабілітаційних заходів потребують 20-25 % стаціонарних і 40-45 % амбулаторних респондентів [106; 113]. У більшості європейських країн діє принцип «реабілітації до призначення пенсії по інвалідності», а також надання індивідуальної допомоги, орієнтованої на особливості стану здоров'я і потреби конкретного інваліда, так як реабілітація є

економічно більш вигідною, ніж забезпечення їх пенсіями [89; 90]. Принципово новим положенням є переорієнтація в проведенні медичної реабілітації зі стаціонарних форм на амбулаторні [103; 117; 129; 164; 186]. Перехід на здійснення реабілітації вдома, як це проводиться в Канаді, або в умовах денного відвідування медичних установ (країни колишнього СНД і Європа) передбачає підвищення ефективності та зниження витрат на реабілітацію [146; 148; 236; 247].

Реабілітаційний процес передбачає відновлення максимально досяжного високого рівня фізичної, психологічної та соціальної адаптації осіб і включає в себе всі заходи, спрямовані на зниження впливу інвалідизуючих і ускладнюючих умов і спрямовані на створення умов для людей з обмеженими можливостями для досягнення оптимальної соціальної інтеграції [195; 203]. Як відомо, ефективна психосоціальна реабілітація покращує якість ремісії і задоволеність осіб психіатричною допомогою, підвищує рівень соціального функціонування осіб, їх взаємовідносин з близькими людьми, сприяє упорядкуванню поведінки і відновленню працездатності [212; 275].

Разом з тим, як і раніше, актуальною і невирішеною є проблема соціальної інтеграції в суспільство даної групи осіб і надання дієвої допомоги у відновленні або досягненні оптимального рівня соціального функціонування [285; 290]. У зв'язку з цим представляється вкрай важливим розробка чітких і конкретних критеріїв ефективності реабілітаційної допомоги через оцінку динаміки реабілітаційного потенціалу, пошук індикаторів зміни поведінки і функціонування осіб психіатричного профілю [5; 293].

Зарубіжні дослідники у реабілітації осіб з нервово-психічними порушеннями спираються на біопсихосоціальний, цілісний або холістичний підхід [7; 307; 309; 320]. До основних компонентів холістичного підходу відносяться: терапевтичне середовище, тісний контакт в міждисциплінарній бригаді, поєднання медикаментозного, психосоціального і психотерапевтичного впливу, комбінування індивідуального і групового лікування, ви-

вчення збережених і порушених функцій, цілеспрямовані реабілітаційні заходи, значимі для самого пацієнта, робота з сім'ями [1; 22; 192].

У реабілітаційному підході осіб психіатричного профілю виділяють три основних напрямки роботи: відновний, компенсаторний, адаптаційний [308]. Відновний напрямок реабілітації пов'язаний зі зміною індивідуального функціонування пацієнта за рахунок поліпшення когнітивних функцій (поліпшення нейропсихологічних і когнітивних функцій, стимулювання розуміння соціально-емоційного контексту ситуацій), навичок самостійного навчання і компетенцій, забезпечення позитивного досвіду навчання і можливостей внутрішньої мотивації. Компенсаторний напрямок являє собою розробку альтернативних методів з постановки і реалізації цілей завдань повсякденного життя. Адаптаційний напрямок полягає в роботі з навколишнім середовищем пацієнта і зміною його під індивідуальні цілі пацієнта [289; 313, 323; 337; 380].

Подальший розвиток психосоціальної реабілітації ґрунтувався на наступних принципах: партнерства, різнобічності зусиль (облік всіх сторін реабілітації для кожного хворого), єдності психосоціальних і біологічних методів лікування (комплексність застосування лікувально-відновлювальних заходів), ступінчастості прикладених зусиль (поетапне призначення в відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого) [129; 164].

При переході від гострої фази захворювання до підгострої і потім до хронічної реабілітаційна допомога повинна здійснюватися в три послідовні етапи:

- перший етап – відновна терапія, спрямована на попередження розвитку дефекту за допомогою терапії середовищем і стимуляції активністю;
- другий етап – реадаптація;
- третій етап – реабілітація.

Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація, яка спирається на основні положення реабілітаційного напрямку, зазнала ряд змін за остан-

ні десятиліття, але має струнку розроблену систему, що має свої етапи, принципи, способи оцінки ефективності [1; 179; 289; 414].

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 [81; 82].

Виділено три етапи реабілітації: оцінка і планування цілей і способів впливу; реабілітаційні втручання; досягнення результату і його оцінка [298].

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 [166; 167; 290; 406].

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 [490]. 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 [174; 184].

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; 179; 289].

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 [287; 331; 470; 480; 503]. 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) [404; 405; 446; 449; 476]. Медикаментозне лікування, яке проводиться окремо, на даний момент багатьма авторами визнається як недостатньо ефективне [336; 497].

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; 179; 432; 459].

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

- зменшення вираженості психопатологічних симптомів за допомогою тріади - 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 [493].

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; 75; 222].

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; 29; 55; 75; 76; 103; 112; 148; 158; 189; 225; 406].

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 [76].

Сучасна біопсихосоціальна парадигма психічних розладів і перенесення основної частини роботи по реабілітації осіб у позалікарняні умови викликала до життя, так звані, поліпрофесійні бригадні форми допомоги психічно хворим [124; 207; 240; 488]. На Заході на зміну традиційній патерналістській медичній моделі лікування з домінуючою фігурою лікаря-психіатра вже давно прийшла модель команди фахівців-партнерів [268; 287; 304; 355; 457]. Модель міждисциплінарної бригади базується на вільній взаємодії та обміну знаннями і досвідом між фахівцями, які належать до різних, хоча і пов'язаних дисциплін і підпорядковані загальній пацієнт-обумовленій меті [247; 474]. Міждисциплінарна бригада забезпечує більш інтегрований підхід до надання допомоги хворому, оскільки в ній основою всього є комунікації і взаємодія, і кожен член бригади здатний привнести ефективний вклад в більшість сфер послуг, що надаються [244; 293; 497]. Сучасний бригадний метод роботи з психічно хворими передбачає постійний контакт різних фахівців і розуміння сенсу того, що робить інший член поліпрофесійної команди [241; 291; 313; 391; 485]. Такий підхід дозволяє проводити комплексну діагностику стану хворого, що оптимізує вибір програми реабілітації за допомогою ефективного міждисциплінарної взаємодії членів поліпрофесійної бригади з урахуванням галузі професійної діяльності кожного. При цьому ефективна міждисциплінарна взаємодія може бути здійснена тільки на основі використання системного підходу, який дає можливість розробити системно-орієнтовану модель психосоціальної реабілітації, яка дозволяє в максимальному ступені враховувати її сучасні стратегії, інтереси всіх залучених в реабілітаційний процес сил, а також сукупність актуальних для даної моделі факторів і їх ієрархію [298].

В останні роки в сучасній психології приділяється особлива увага психосоціальному лікуванню і реабілітації [28; 76; 82; 273; 448; 467; 492].

Починаючи з 2005 р. цей процес в Україні базується на поетапному впровадженні життя Закону України «Про реабілітацію інвалідів України», в якому вперше на законодавчому рівні визначено поняття психологічної реабілітації та психологічної служби [100]. Медико-соціальні експертні комісії або реабілітаційні служби проводять психологічну діагностику особистості інваліда, визначають в індивідуальній програмі реабілітації методи, способи, терміни і процедуру психологічної реабілітації (консультування, корекції, профілактики, професійної освіти), організують психопрофілактичну психокорекційну роботу з сім'єю інваліда [22; 46; 63; 88]. У процесі психологічної реабілітації осіб навчають прийомам і методам саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження впливу негативних психічних станів в реальних умовах життєдіяльності, формування позитивних мотивацій, активних соціальних установок на життя професію [85; 95; 103; 106; 153; 195; 206; 222].

Сучасний етап у використанні психотерапевтичних методів лікування в психіатрії характеризується тенденцією створення інтеграційних підходів, що відповідають запитам конкретних груп хворих з психічними розладами [236; 241]. Інтегративні програми будуються або на принципах теоретичної інтеграції, або технічного еkleктизму, або на загальних неспецифічних факторах психотерапії [251; 267; 270]. У зарубіжній практиці акцент в більшості стандартних програм, орієнтованих на лікування хворих з депресивними розладами, робиться на поєднанні едукативних і поведінкових прийомів з тренінгом проблемно-вирішальної поведінки [243; 310; 311; 322; 325; 358]. За даними авторів, ефективність програм підтверджена зниженням рівня рецидиву захворювання [1; 356; 365; 383; 408; 412; 414]. Основними методами психічної реабілітації є: різні психотерапевтичні впливи (аутогенне тренування, гіпноз і ін.), психогігієна і психопрофілактика, фізичні тренування, ерготерапія (трудотерапія), естетотерапія, ландшафтотерапія; музикотерапія, вокалотерапія, арт-терапія (живопис, ліплення), біографічна консультація (лікування спогадами), бібліотерапія (ви-

користання книг в лікуванні хворих) і медикаментозна терапія [287; 322; 329; 352; 392; 408; 422; 433; 442; 466; 468; 472; 481; 497; 501].

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; 123; 240; 247; 275; 290]. 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 [125; 216; 228].

План терапії респондентів з депресивним синдромом повинен орієнтуватися на розкриття особливостей їх психологічного функціонування для підключення до загального лікувального комплексу на відповідних етапах психотерапії [8; 50; 76; 106; 228].

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 відчуваєте?» 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].

Ряд дослідників відзначають, що програма реабілітації, незалежно від особливостей реабілітаційного центру та специфіки проблем учасників програм реабілітації, повинна бути не менше 3 місяців і включати послідовні періоди і етапи [45; 67; 76]. Як правило, найбільш ефективні програми психологічної реабілітації складаються з 4 етапів (передреабілітаційного,

реабілітаційного, ресоціалізаційного і амбулаторного) [29; 56; 76; 85; 203]. У свою чергу, етапи діляться на періоди.

Так, передреабілітаційний етап складається з інформаційного періоду (за перші 1–2 тижні персонал центру встановлює контакт з пацієнтом і його сім'єю, інформує про діяльність реабілітаційного центру та його програму; здійснюються заходи щодо формування мотивації пацієнта на самостійне прийняття рішення щодо проходження реабілітації в центрі) і мотиваційного періоду (протягом 2–4 тижнів учасники реабілітації знайомляться з правилами, розпорядком дня, основними принципами реабілітації, а також мотивуються для свідомого рішення про перебування в центрі).

Реабілітаційний етап складається з адаптаційного періоду (1,5 місяці відводиться на зміцнення прийнятого рішення за допомогою персоналу та реабілітаційної групи, навчання новим необхідним поведінковим і комунікаційним навичкам), інтеграційного періоду (2–3 місяці – відбувається поступова інтеграція респондента в програму реабілітації, в режим роботи центру; пацієнт засвоює і інтеріоризує відповідні норми і правила, настанови реабілітаційної програми, забезпечується активна участь пацієнта в груповій терапії і трудових процесах, підвищується рівень психофізичної регуляції – в кінцевому рахунку, засвоюються навички адекватної поведінки в конфліктних ситуаціях, формуються умови і внутрішні стимули для загального розвитку, збалансованості особистості, закріплюються навички протистояння хворобі) і стабілізаційного періоду (за 3 місяці пацієнт переводить свій індивідуальний план реабілітації в цілісний план життя, готується до формального завершення реабілітаційної програми, відносини пацієнта з програмою переходять на більш високий рівень, взаємодія з персоналом – на рівень «дорослого»).

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 ста-

дії 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 і т.п. 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 реабілітаційній роботі, 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 результа-

том 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 підбраної 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.

### **Висновки до розділу 1**

У розділі розглянуто основні підходи до розуміння психологічного здоров'я особистості; розкрито історію вивчення проблеми адаптаційного та реабілітаційного потенціалу особистості у зарубіжній та вітчизняній науці; проаналізовано сучасні підходи до розвитку реабілітаційного потенціалу особистості.

Розкрито основні підходи до розуміння психологічного здоров'я особистості у науковому просторі та визначено його критерії. Показано, що психологічне здоров'я розглядають як багатовимірний феномен, який поєднує якісно різні психологічні компоненти та відображає всі аспекти життєдіяльності особистості (П. Білецький, І. Бурлакова, І. Ващенко,

Є. Волченко, О. Литвиненко, Н. Піковець та ін.). Показано, що його вивчення базується на принципах комплексного, системного та міждисциплінарного підходів. При цьому хвороба розглядається з цих позицій як поєднання порушень на трьох рівнях: психосоматичному, соціальної адаптованості та психічного здоров'я. З'ясовано, що в якості основного інтегративного критерію психологічного здоров'я особистості визначене її суб'єктивне благополуччя (Ю. Завацький, О. Носко, О. Смирнова та ін.), яке слід враховувати при оцінці ефективності реабілітаційних заходів.

Проаналізовано дослідження, присвячені процесу адаптації особистості та його вплив на її психологічне здоров'я. Констатовано, що адаптація – це цілісний, системний процес, який характеризує взаємодію людини з природним і соціальним середовищем (І. Аршава, Ю. Бохонкова, Н. Завацька, К. Максименко, Е. Носенко та ін.). Показано, що найчастіше виокремлюють два базових варіанти розуміння сутності цього явища, в основу яких покладено відмінності за ознакою відносин суб'єкта й об'єкта адаптації (середовища і адаптанта): а) процес психологічної адаптації може супроводжуватися внутрішньоособистісними конфліктами, подолання яких, здебільшого, визначається адаптаційним потенціалом особистості; б) психологічна адаптація є складним системним процесом, в якій активна перебудова ціннісно-сислової сфери виступає провідним показником розвитку особистості і формування оптимального способу її життєдіяльності у нових соціальних умовах (Г. Ложкін, А. Маклаков, А. Налчаджян, С. Чермянін, А. Реан, Р. Шевченко, О. Шевяков та ін.). З'ясовано, що особливості процесу адаптації визначаються психологічними властивостями людини, рівнем її особистісного розвитку, який залежить, зокрема, від механізмів особистісної регуляції поведінки і діяльності. Наголошується, що механізмом, який визначає рівень розвитку процесу адаптації, є протиріччя між інтересами різних рівнів ієрархії (людини і суспільства; біологічними і соціальними потребами особистості

тощо). Виявлено, що системоутворюючим фактором, який організує та спрямовує процес соціально-психологічної адаптації, є мета, пов'язана з провідною потребою (В. Бочелюк, О. Литвиненко, Л. Спицька та ін.).

Розкрито критерії ефективності адаптаційного процесу особистості. Встановлено, що дослідники, як правило, об'єднують їх у дві групи: об'єктивні (зовнішні) та суб'єктивні (внутрішні) критерії. При цьому критеріями адаптованості вважають не тільки виживання людини і знаходження її місця у соціальній структурі, а й загальний рівень психологічного здоров'я, здатність розвиватися у відповідності зі своїм життєвим потенціалом, суб'єктивне почуття самоповаги і осмисленість життя (Г. Балл, О. Бондарчук, Л. Карамушка, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, С. Цимбал, Т. Яценко та ін.).

Визначено психічні та особистісні ресурси, їх місце у процесі адаптації, а також специфічні ресурси особистості, які виступають в якості предикторів психологічного здоров'я та можуть розглядатися як ознаки її реабілітаційного потенціалу (І. Кулагіна, Л. Сенкевич та ін.).

Констатовано, що психологічні ресурси можуть бути представлені як система здібностей особистості до усунення протиріч з життєвим середовищем, подолання несприятливих життєвих обставин, зокрема за допомогою трансформації ціннісно-смиислового виміру особистості, що задає його спрямованість і створює основу для самореалізації (О. Блинова, Я. Гошовський, А. Коваленко, З. Ковальчук, І. Попович, Ю. Швалб та ін.).

Проаналізовано специфічні особистісні ресурси, які виступають предикторами психологічного здоров'я та є ознаками реабілітаційного потенціалу. Визначено, що у межах ресурсних концепцій такі утворення як життєстійкість, життєздатність, оптимізм, самоцінність, самоефективність, толерантність до невизначеності, самоконтроль та копінг-компетентність розглядаються багатьма вченими як предиктори психологічного благополуччя, що відображає стан психологічного здоров'я загалом



(В. Завацький, О. Лосієвська, Л. Пілецька, О. Смирнова, У. Михайлишин, І. Шостя та ін.).

Встановлено, що адаптаційний потенціал особистості є інтегральним поняттям, яке включає специфічні ресурси, представлені на різних рівнях організації особистості (індивідуальному, особистісному, суб'єктно-діяльнісному) та розглядається як інтегральна змінна, яка характеризує сукупність індивідуально-психологічних ознак, що обумовлюють ефективність психічної адаптації; має властивості складної системи і, відповідно, системний аналіз виступає основним підходом до його дослідження; включає не тільки наявні прояви адаптаційних здібностей, а й латентні властивості, які можуть проявитися при зміні змісту, сили і напряму впливу адаптогенних чинників; визначає межі адаптаційних можливостей особистості і стійкості до чинників, що впливають на них; містить передумови діапазону відповідних адаптаційних реакцій; пов'язаний з індивідуально-психологічними особливостями; при цьому власна активність особистості виступає як умова, що регулює міру реалізації її потенційних можливостей (О. Бондаренко, О. Бондарчук, С. Гарькавець, Л. Карамушка, С. Кузікова, О. Ліманкін, Д. Ліфінцев, О. Шевяков та ін.).

Розкрито проблеми детермінації процесів адаптивності та реабілітації особистості, зокрема при депресивних розладах, та встановлено відсутність єдиного розуміння соціально-психологічних чинників, які впливають на їх виникнення та перебіг. Підкреслюється, що окремі дисфункціональні особистісні риси (нейротизм, міжособистісна залежність, психічна ригідність, перфекціонізм та ін.) підвищують ризик виникнення депресивних розладів (Є. Волченко, І. Жигаренко, О. Кононенко, Л. Спицька, Ю. Хунов та ін.).

Визначено сучасні погляди на реабілітаційний потенціал особистості та його компоненти, які детермінують реабілітаційний прогноз. Констатовано, що вчені розглядають реабілітаційний потенціал як

специфічне утворення зі складною структурою, що складається з якісно різних елементів (І. Кулагіна, Л. Сенкевич та ін.). Доцільність виокремлення компонентів реабілітаційного потенціалу обумовлена низкою обставин. По-перше, психічні, психологічні феномени, в тій чи іншій мірі, враховуються при визначенні реабілітаційного потенціалу (медичного, професійного, соціального). Проте, на практиці таке урахування є недостатньо коректним щодо розуміння смислового значення реабілітаційного потенціалу, в тому числі й у визначенні та аналізі підходів до його діагностики. По-друге, змінилася загальна методологія реабілітації, коли відповідні проблеми стали вирішуватися в аспекті розширення успішних (доступних) сфер життєдіяльності особистості, оцінки її соціальної адаптивності, формування соціальної самодостатності в цілому. По-третє, безперечність визнання суттєвої ролі власне психологічних механізмів у забезпеченні соціальної адаптації привела до необхідності підвищення ефективності соціально-психологічної реабілітації, що можливо за умови адекватної і реальної оцінки реабілітаційного потенціалу особистості.

Обґрунтовано актуальність використання біопсихосоціального підходу до реабілітації осіб, зокрема при депресивних розладах, та висвітлено біологічні, психологічні та соціальні адаптаційно-компенсаторні складові психічного стану осіб з такими порушеннями. Наголошується, що сучасний етап розвитку психологічних знань і потреби практики все частіше вимагають звернення до міждисциплінарного підходу у системі діагностики, профілактики та реабілітації особистості (Н. Жигаренко, С. Казакова, Н. Марута, М. Овчаренко, Ю. Сербін, І. Скалига, В. Шаповалова та ін.).

Проаналізовано провідні підходи до відновлення реабілітаційного потенціалу особистості при депресіях та показано, що сучасна концепція психосоціальної реабілітації базується на комплексному підході до класифікації її наслідків і визначення реальних можливостей соціальної

підтримки. При цьому оцінка наслідків депресії має передбачати виділення функціональних сфер, на основі яких розробляється та впроваджується алгоритм реабілітаційної діагностики. Це забезпечує системне уявлення про реабілітаційний потенціал особистості і можливість визначення плану реабілітаційного втручання у напрямку покращення соціального функціонування особистості, що досягається завдяки встановленню реабілітаційного діагнозу, який має включати аналіз сфери порушення, функціональної недостатності, обмеження життєдіяльності особистості та її соціальної активності або соціальну недостатність загалом.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИЧНА БАЗА ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ ТА ПРОЦЕСУ ЙОГО РОЗВИТКУ

#### 2.1. Дизайн та програма дослідження реабілітаційного потенціалу особистості

Специфікою підходу до розуміння складових ПРП хворих на депресивні розлади є необхідність спільного урахування патопсихологічних, індивідуально-психологічних, вікових, гендерних особливостей респондентів з депресивними розладами різного генезу, а також вплив чиннику тривалості хвороби на реабілітаційний потенціал (РП) з метою розробки психокорекційних та реабілітаційних програм для цього контингенту досліджуваних.

Виходячи з викладеного, дисертаційне дослідження ґрунтувалося на наступній науковій гіпотезі: складові ПРП асоційовані з численними предикторами, комплексне урахування яких може підвищити якість діагностики стану респондентів з депресивними розладами та визначити спрямованість необхідних реабілітаційних заходів.

На цій основі сформульовані мета і завдання дослідження, а також розроблені його програма та дизайн (матеріал, структура і обсяг вибірки, принцип формування груп порівняння, методи дослідження (МД) та аналізу отриманих даних).

Дисертаційна робота виконувалась в декілька етапів, хід яких послідовно відображено у її розділах.

Програма дослідження включала збір матеріалу, аналіз і інтерпретацію отриманих даних, розробку і оцінку ефективності комплексних диференційованих реабілітаційних програм для респондентів з депресивними розладами різного генезу.

Проведене обстеження 270 респондентів з депресивними розладами різного генезу та 84 осіб без психічних розладів. Додатково, з метою виявлення ефективності розробленої диференційованої програми психокорекції та реабілітації респондентів з депресивними розладами, обстежено 98 осіб. Загалом 452 респондента прийняли участь у дослідженні.

Критеріями включення респондентів в групу дослідження були наступні:

- здатність прочитати і усвідомити дані, наведені в інформаційному листі, що доданий до форми поінформованої згоди на участь у дослідженні;
- підписання форми поінформованої згоди на участь у дослідженні;
- депресивні розлади, визначені за діагностичними критеріями МКХ-10;
- вік 20-49 років на момент дослідження;

Контрольну групу формували для підтвердження або спростування нульової гіпотези дослідження, в яку входили особи із загальної популяції без психічних розладів з визначенням їх індивідуально - особистісних та соціальних характеристик ПРП та маркерів-мішеней реабілітаційних заходів, як показників оптимального рівню ПРП. Контрольну групу склали 84 особи із загальної популяції (рис. 2.1).

Усі особи були розподілені на три групи порівняння за генезою депресивного розладу, що встановлювався при клінічному інтерв'ю та диференційному психодіагностичному дослідженні. Так, були виділені 91 респондент з невротичними депресіями, 86 респондентів з органічними депресіями та 93 досліджуваних з ендогенними депресіями.

Дослідження ПРП включало у себе 4 етапи. На першому етапі дослідження визначалися психологічні складові ПРП, встановлювалися взаємозв'язки між ними та фактори, що сприяють/заважають процесу реабілітації респондентів з депресивними розладами.

На другому етапі аналізувався вплив тривалості хвороби на ПРП респондентів з депресивними порушеннями. На цьому етапі дослідження усі досліджувані з депресивними розладами були поділені на дві групи: I група - респонденти з первинними депресивними порушеннями та II група – респонденти з повторними та хронічними депресивними порушеннями. При невротичних депресіях в I групу увійшли 52 респондента, в II групу – 39, при органічних – 37 та 50 осіб відповідно та при ендогенних – 32 та 61 респондент відповідно.



Рис. 2.1. Дизайн дослідження реабілітаційного потенціалу особистості при депресивних розладах

На третьому етапі дослідження аналізувалися вікові та гендерні аспекти ПРП досліджуваних з депресивними розладами та їх вплив на процес реабілітації. Усі випробувані були розподілені за віком на три групи: I група включала вікову категорію 18-29 років, II група – 30-39 років та III група – 40-49 років. При невротичних депресіях I групу склали 31 респондент, II групу – 30 респондентів та III групу – 27 досліджуваних. При органічних депресіях – 18, 27 та 32 респонденти відповідно. При ендогенних депресіях

– 13, 34 та 39 респондентів відповідно. В контрольній групі осіб без психічних розладів I групу склали 28 осіб, II групу – 29 осіб та III групу – 25 осіб. За гендерними ознаками групи порівняння розподілилися наступним чином: при невротичних депресіях 59 жінок та 32 чоловіки, при органічних депресіях – 46 жінок та 40 чоловіків, при ендогенних депресіях – 49 жінок та 44 чоловіка та в контрольній групі – 45 жінок та 39 чоловіків.

Четвертий етап був присвячений розробці та оцінці ефективності розробленої комплексної диференційованої реабілітаційної програми для респондентів з депресивними розладами. Оцінку ефективності комплексних реабілітаційних програм проводили за допомогою порівняльного аналізу психологічних показників в основних та контрольних групах, які формували шляхом рандомізації хворих з груп порівняння з використанням таблиці випадкових чисел. В апробації розробленої системи брало участь 98 респондентів з депресивними порушеннями. До I групи увійшли 52 респонденти, які пройшли курс психологічної реабілітації за розробленою системою, II група складалася з 46 осіб, які отримували традиційне лікування.

У цілому вибірка була репрезентативною, що давало змогу провести детальний аналіз складових ПРП, вивчити адаптаційних механізмів особистості для розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованих на покращення соціального функціонування досліджуваних з депресивними розладами.

## **2.2. Методи дослідження реабілітаційного потенціалу особистості**

При проведенні дослідження ми спиралися на:

1. Системний підхід, як найважливіший методологічний принцип сучасної науки і практики, що базується на цілісному баченні складного об'єкта (Б. Ананьєв, Л. Берталанфі, І. Блауберг, В. Ганзен, А. Коваленко, Б. Ломов, Г. Щедровицький та ін.).

2. Традиції цілісного підходу до вивчення психіки людини в нормі та патології (М. Басов, О. Бернштейн, В. Бехтерев, О. Лазурський та ін.); ба-

гатофакторну психологічну модель розладів афективного спектру (А. Холмогорова, Н. Гаранян, Л. Спицька та ін.).

3. Суб'єктно-діяльнісний (Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Максименко, В. Роменець, С. Рубінштейн та ін.), особистісно-компетентнісний (Ж. Вірна, С. Гарькавець, Є. Гейко, Е. Зеєр, Л. Мітіна, Л. Пілецька, В. Моляко, В. Турбан та ін.), психодинамічний (А. Адлер, Г. Олпорт, Г. Салліван, К. Юнг та ін.), генетичний (В. Бочелюк, А. Брушлинський, М. Гінзбург, Е. Гусерль, З. Ковальчук, О. Леонтьєв, С. Максименко, Т. Титаренко та ін.), ресурсний (В. Завацький, А. Кононенко, Л. Спицька, М. Тоба, В. Толочек, О. Шевяков та ін.) підходи в психології.

4. Концепції розвитку особистості як активного суб'єкта життєдіяльності (Л. Виготський, М. Журба, С. Максименко, Н. Чепелєва та ін.).

5. Системно-структурний аналіз готовності до професійної діяльності (А. Борисюк, О. Блинова, Л. Карамушка, О. Кононенко, У. Михайлишин та ін.).

6. Концептуальні положення про розвиток особистості у процесі професійної діяльності (І. Жигаренко, Т. Комар, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.);

7. Теорії морфологічних, психоемоційних і соціально-психологічних констант реабілітації життєдіяльності (І. Аршава, Л. Бурлачук, О. Кочарян, О. Ліманкін, Д. Ліфінцев, К. Максименко та ін.); основні положення теорії преадаптації особистості (О. Асмолов, Ю. Бохонкова, Н. Завацька, О. Кокун, О. Литвиненко, Г. Ложкін, Н. Максимова, Р. Шевченко та ін.).

8. Методологічні положення і принципи активних методів соціально-психологічного навчання та допомоги (Г. Балл, О. Бондарчук, І. Ващенко, Н. Добровольська, Л. Карамушка, С. Кузікова, О. Лосієвська, О. Максимова, Л. Онуфрієва, О. Сафін, А. Склярчук, С. Цимбал, Ю. Швалб, Т. Яценко та ін.).



Таким чином, методична база дослідження дисертаційного дослідження ПРП визначалася концепціями цілісного, системного підходу до вивчення складних динамічних об'єктів, а також принципами єдності інтеграції та диференціації наукового знання, міждисциплінарного підходу до вивчення психіки людини в нормі та патології.

Для вирішення поставлених мети і завдань в дисертаційній роботі використовувався комплекс методів дослідження: інформаційно-теоретичний, вербально-комунікативний, психометричний, психодіагностичний та математико-статистичний.

Інформаційно-теоретичний метод дослідження реалізовувався за допомогою теоретико-методологічного аналізу: проводилось дослідження теоретичних положень і експериментальних досліджень психологічного реабілітаційного потенціалу та адаптації при депресивних розладах різного генезу в різних психологічних традиціях, що дозволило встановити сучасний стан проблеми психологічного реабілітаційного потенціалу досліджуваних з депресивними розладами, проаналізувати існуючі уявлення щодо специфіки та складових компонентів психологічного реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах, проблем детермінації процесів адаптивності та відновлення особистості при депресивних порушеннях та сучасні засоби відновлення психологічного реабілітаційного потенціалу при депресивних порушеннях. На цій основі сформульована гіпотеза дослідження та розроблений його дизайн.

Вербально-комунікативний метод дослідження використовувався для збору відомостей від респондентів з депресивними розладами, який був доповнений анкетною для визначення соціально-психологічних характеристик респондентів.

*Анкета для визначення соціально-психологічних характеристик респондентів* була розроблена нами для збору даних про респондента, виявлення причин захворювання, ступеня задоволеності різними аспектами свого життя, оцінки впливу хвороби на життєдіяльність пацієнта, що дава-

ло, таким чином, додаткову інформацію про сприйняття досліджуваними з різними формами депресивних розладів свого життя, а також рівня свого соціального функціонування, що надавало дані щодо реабілітаційного потенціалу респондентів. Анкета являє собою напівзакритий варіант анкетування, в якому є закриті питання і наведені до них чітко структуровані варіанти відповідей, так і відкриті питання і спонтанні коментарі. Обробка отриманих результатів проводилася як кількісно, так і якісно, що дозволяло отримати більш повну інформацію про життя респондента. На підставі отриманих даних будувалися таблиці, що відображали соціально-демографічні аспекти життя досліджуваних з різними формами депресивних розладів.

Психометричний метод дослідження використовувався для оцінки актуального психічного стану респондентів з депресивними порушеннями, який був реалізований за допомогою наступних шкал:

- *Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS)* використовується для кількісної оцінки стану депресії у респондентів з депресивними розладами [371]. Методика складається з 21 пункту. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) заповнюється при проведенні клінічного інтерв'ю (займає приблизно 20-25 хвилин). Пункти шкали повинні відображати стан респондента протягом останніх декількох днів або попереднього тижня. Шкала заповнюється психологом, який має досвід в оцінці психічного здоров'я.

Завдяки шкалі Гамільтона оцінюються наступні параметри:

1. знижений настрій;
2. почуття вини;
3. суїцидальні тенденції;
4. рання безсоння (труднощі при засипання);
5. середня безсоння (багаторазові пробудження протягом всієї ночі);
6. пізня безсоння (раннє пробудження);
7. працездатність і активність (робота і діяльність);

8. загальмованість (сповільненість мислення й мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження рухової активності);
9. ажитація;
10. психічна тривога;
11. соматична тривога;
12. соматичні порушення (симптоми);
13. загальносоматичні симптоми;
14. розлади сексуальної сфери;
15. іпохондричний розлад (іпохондрія);
16. втрата ваги:
17. ставлення до свого захворювання (критичність ставлення до хвороби);
18. добові коливання стану;
19. деперсоналізація і дереалізація;
20. маячний розлад (параноїдні симптоми);
21. obsesивно-компульсивний розлад.

Підрахунок балів і оцінка результатів здійснюється наступним чином: сумарний бал визначається за першими 17 пунктам (9 з яких оцінюються за балами від 0 до 4, а 8 – від 0 до 2). Чотири останні пункти шкали Гамільтона (з 18-го по 21-й) використовуються для оцінки додаткових симптомів депресії і визначення підтипів депресивного розладу. Бали за цим 4 пунктам не використовуються при визначенні ступеня вираженості депресії, і ці бали не враховуються при підрахунку сумарного балу шкали Гамільтона, який визначає тяжкість депресивного розладу.

Сумарний бал перших 17 пунктів:

- 0 –7 – норма
- 8 –13 – легкий депресивний розлад
- 14 –18 – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості
- 19 –22 – депресивний розлад важкого ступеня
- більше 23 – депресивний розлад вкрай важкого ступеня

- *Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS)* використовується для кількісної оцінки стану тривоги у респондентів з депресивними розладами [370].

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги складається з 14 показників, кожен з яких визначається рядом симптомів:

1. Тривожний настрій: заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість;

2. Напруга: відчуття напруги, здригання, легко виникає плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися;

3. Страхи: страх темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту;

4. Інсомнія: утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни;

5. Інтелектуальні порушення: утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті;

6. Депресивний настрій: втрата звичних інтересів, почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою;

7. Соматичні м'язові симптоми;

8. Соматичні сенсорні симптоми;

9. Серцево-судинні симптоми;

10. Респіраторні симптоми;

11. Гастроінтестинальні симптоми;

12. Сечостатеві симптоми;

13. Вегетативні симптоми;

14. Поведінка при огляді: вовтуження на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання.

Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутній) до 4 (важкий). Пункти шкал відображують стан пацієнта протягом останніх

кількох днів або попереднього тижня. За сумарним балом визначають відсутність або наявність тривожного стану різного ступеня вираженості.

Оцінка 6 і менше – симптомів тривоги немає.

Оцінка від 7 до 13 – можуть бути тривожні розлади.

Оцінка від 14 до 20 – тривога.

Оцінка від 21 до 28 – симптоматична тривога.

Оцінка понад 29 – пацієнт з вираженим тривожним станом.

В цілому оцінка в 14 балів є прикордонною.

Психодіагностичний метод дослідження включав наступні блоки (відповідно до класифікації, запропонованої Л. Вассерманом, О. Щелковою):

### 3.1. МД механізмів психологічної адаптації:

- *Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»* (А. Маклаков і С. Чермянін) використовувався для оцінки адаптаційних можливостей особистості з урахуванням соціально-психологічних і деяких психофізіологічних показників, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного і соціального розвитку [185].

В основу методики покладено уявлення про адаптацію, як про безперервний процес активного пристосування людини до постійно мінливих умов соціального середовища, що зачіпає всі рівні функціонування людини. Ефективність адаптації в значній мірі залежить як від генетично обумовлених властивостей нервової системи, так і від умов виховання, засвоєних стереотипів поведінки, адекватності самооцінки індивіда. Спотворене або недостатньо розвинене уявлення про себе веде до порушення адаптації, що може супроводжуватися підвищеною конфліктністю, нерозумінням своєї соціальної ролі, погіршенням стану здоров'я. Випадки глибокого порушення адаптації можуть призводити до розвитку хвороб, зривів у навчальній, професійній діяльності, антисоціальних вчинків. Процес адаптації надзвичайно динамічний. Його успіх багато в чому залежить від цілого ряду об'єктивних і суб'єктивних умов, функціонального стану, соціального досвіду, життєвої установки та ін. Кожна людина по-різному ставиться до

одним і тим же подіям, а один і той же впливає стимул у різних людей може викликати різну реакцію у відповідь. Можна виділити деякий інтервал реакцій індивіда, який буде відповідати уявленню про психічну норму, а також можна визначити деякий «інтервал» відносин людини до того чи іншого явища, що стосуються, перш за все, категорій загальнолюдських цінностей, що не виходить за рамки загальноприйнятих моральних норм. Ступінь відповідності цього «інтервалу» психічної і соціально-моральної нормативності і забезпечує ефективність процесу соціально-психологічної адаптації, визначає особистісний адаптаційний потенціал (ОАП), який є найважливішою інтегративною характеристикою психічного розвитку. Характеристику особистісного потенціалу адаптації можна отримати, оцінивши поведінкову регуляцію, комунікативні здібності та рівень моральної нормативності.

Поведінкова регуляція (ПР) – це поняття характеризує здатність людини регулювати свою взаємодію з середовищем діяльності. Основними елементами поведінкової регуляції є: самооцінка, рівень нервово-психічної стійкості, а також наявність соціального схвалення (соціальної підтримки) з боку оточуючих людей. Всі виділені структурні елементи не є першоосновою регуляції поведінки. Вони лише відображають співвідношення потреб, мотивів, емоційного фону настрою, самосвідомості, «Я-концепції» та ін. Система регулювання - це складне, ієрархічне утворення, а інтеграція всіх її рівнів в єдиний комплекс і забезпечує стійкість процесу регуляції поведінки.

Комунікативні якості (комунікативний потенціал) – (КП) є наступною складовою ОАП. Оскільки людина практично завжди знаходиться в соціальному оточенні, його діяльність пов'язана з умінням побудувати відносини з іншими людьми. Комунікативні можливості (або вміння досягти контакту і взаєморозуміння з оточуючими) у кожної людини різні. Вони визначаються наявністю досвіду і потреби спілкування, а також рівнем конфліктності.

Моральна нормативність (МН) забезпечує здатність адекватно сприймати індивідом запропоновану для нього певну соціальну роль. В даному тесті питання, що характеризують рівень моральної нормативності індивіда, відображають два основних компоненти процесу соціалізації: сприйняття морально-етичних норм поведінки і ставлення до вимог безпосереднього соціального оточення.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» складається з 165 питань і має 4-е структурних рівня, що дозволяє отримати інформацію різного обсягу та характеру.

Шкали 1-го рівня є самостійними і відповідають базовим шкалами СМДО (ММРІ), які дозволяють отримати типологічні характеристики особистості, визначити акцентуації характеру.

Шкали 2-го рівня відповідають шкалами опитувальника ДАП («дезадаптаційні порушення»), призначеного для виявлення дезадаптаційних порушень переважно астенічних і психотичних реакцій і станів.

Шкали 3-го рівня: поведінкова регуляція, комунікативний потенціал і моральна нормативність.

Шкала 4-го рівня – особистісний адаптаційний потенціал.

Респондентам надавалась наступна інструкція: «Зараз вам буде запропоновано відповісти на ряд питань, що стосуються деяких особливостей вашого самопочуття, поведінки, характеру. Будьте відверті, довго не роздумуйте над змістом питань, давайте природний відповідь, який першим прийде вам в голову. Пам'ятайте, що немає «хороших» або «поганих» відповідей. Якщо ви відповідаєте на питання «Так», поставте у відповідній клітині реєстраційного бланка знак «+» (плюс), якщо ви обрали відповідь «Ні», поставте знак «-» (мінус). Уважно стежте за тим, щоб номер питання анкети і номер клітини реєстраційного бланка збігалися. Відповідати потрібно на всі питання поспіль, нічого не пропускаючи».

Обробка і інтерпретація результатів здійснювалась наступним чином: при обробці результатів враховувалась кількість відповідей, що співпали з «ключем». Кожний збіг відповіді з «ключем» оцінювався в один бал.

Обробка результатів розпочинається з 3-го рівня. Для цього необхідно мати чотири набори «ключів», відповідних шкалам: достовірність, поведінкова регуляція (ПР), комунікативний потенціал (КП), моральна нормативність (МН).

Шкала вірогідності, оцінює ступінь об'єктивності відповідей. У разі, якщо загальна кількість балів за даною шкалою перевищує 10 балів, то отримані результати доцільно вважати необ'єктивними, внаслідок прагнення пацієнта якомога «більше» відповідати соціально бажаному особистісному типу. «Сирі» бали шкал «поведінкова регуляція», «комунікативний потенціал», «моральна нормативність» підсумовуються, що відповідає значенню шкали 4-го рівня «Особистісний потенціал соціально-психологічної адаптації».

Отримані значення 3-го рівня переводяться по таблиці в стени та інтерпретуються (табл. 2.1). Група розвитку адаптаційних здібностей визначається за шкалою 4-го рівня, значення якої також переводяться в стени та інтерпретуються (табл. 2.2).

Наступним кроком в аналізі були шкали 2-го рівня. Шкали 2-го рівня відповідають шкалами опитувальника ДАП («дезадаптаційних порушення»). Опитувальник ДАП включає в себе 77 питань і має 3 шкали:

- «Астенічний реакції і стани» (АС);
- «Психотичні реакції і стани» (ПС);
- «Деадаптаційних порушення» (ДАП).

Обробку результатів слід починати зі шкал: «Астенічний реакції» і «Психотичні реакції». Для цього необхідно мати 2 набору «ключів», відповідних шкалах АС і ПС, кожний збіг з «ключем» оцінюється в один бал.



Таблиця 2.1

## Інтерпретація шкал 3-го рівня

Найменування шкал	Інтерпретація низьких значень (у стенах)	Інтерпретація високих значень (у стенах)
ПР	низький рівень поведінкової регуляції, певна схильність до нервово-психічних зривів, відсутність адекватності самооцінки і адекватного сприйняття дійсності.	високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції, висока адекватна самооцінка, адекватне сприйняття дійсності
КП	низький рівень комунікативних здібностей, утруднення в побудові контактів з оточуючими, прояв агресивності, підвищена конфліктність.	високий рівень комунікативних здібностей, швидке становлення контактів з оточуючими, що не конфліктність.
МН	низький рівень соціалізації, неадекватна оцінка свого місця і ролі в колективі, відсутність прагнення дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки.	високий рівень соціалізації, адекватна оцінка своєї ролі в колективі, орієнтація на дотримання загальноприйнятих норм поведінки.

Таблиця 2.2

Інтерпретація груп адаптаційних здібностей особистості за тестом  
«Адаптивність»

Група	Інтерпретація
1-2	Група хороших адаптаційних здібностей. Особи цієї групи легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко «входять» в новий колектив, досить легко і адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки і соціалізації. Як правило, не конфліктні, мають високу емоційною стійкістю. Функціональний стан осіб цієї групи в період адаптації залишається в межах норми, працездатність зберігається.
3	Група задовільною адаптації. Більшість осіб цієї групи мають ознаки різних акцентуацій, які в звичних умовах частково компенсовані і можуть проявлятися при зміні діяльності. Тому успіх адаптації багато в чому залежить від зовнішніх умов середовища. Ці особи, як прави-

	ло, мають невисоку емоційною стійкістю. Процес соціалізації ускладнений, можливі асоціальні зриви, прояв агресивності і конфліктності. Функціональний стан в початкові етапи адаптації може бути порушено. Особи цієї групи вимагають постійного контролю.
4	Група зниженою адаптації. Ця група має ознаки явних акцентуацій характеру і деякими ознаками психопатій, а психічний стан можна схарактеризувати як граничний. Процес адаптації протікає важко. Можливі нервово-психічні зриви, тривалі порушення функціонального стану. Особи цієї групи мають низьку нервово-психічною стійкістю, конфліктні, можуть допускати делінквентні вчинки.

Для астеничних реакцій та станів у більшій мірі характерно погіршення сну, зниження апетиту, відсутність мотивації до професійної діяльності, низька толерантність до несприятливих факторів праці, високий рівень тривожності, іпохондрична фіксація.

Для психотичних реакцій типові високий рівень нервово-психічної напруги, агресивність, погіршення міжособистісних контактів, порушення морально-етичної орієнтації, явища афективної збудження і гальмування.

«Сирі» бали шкал АС і ПС підсумовуються, і ці значення відповідають інтегральній оцінці - «дезадаптаційні порушення» (ДАП):  $ДАП = АС$  («сирі» бали) +  $ПС$  («сирі» бали). Отримані «сирі» значення шкал АС, ПС і ДАП переводяться в стени та інтерпретуються (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

### Інтерпретація астеничних і психотичних проявів

Найменування шкал	Змістова інтерпретація низьких значень (1-3 стени)
<b>Шкала «Астеничний реакцій і станів» (АС)</b>	Високий рівень ситуаційної тривожності, розлади сну, іпохондрична фіксація, підвищена стомлюваність, виснаженість, слабкість, різке зниження здатності до тривалого фізичного або розумової напруги, низька толерантність до несприятливих факторів професійної діяльності, особливо при надзвичайних навантаженнях, афективна лабільність з переважанням зниженого настрою, сльозливість, гнітюча безвихідь, туга, нудьга, сприйняття сьогодення оточення і свого майбут-

	нього тільки в похмурому світлі, наявність суїцидальних думок, відсутність мотивації до професійної діяльності та ін.
<b>Шкала «Психотичні реакції і стану» (ПС)</b>	Виражене нервово-психічне напруження, імпульсивні реакції, напади неконтрольованого гніву, погіршення міжособистісних контактів, порушення морально-етичної орієнтації, відсутність прагнення дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки, групових і корпоративних вимог, делінквентна поведінка, надмірна агресивність, озлобленість, підозрілість, іноді: аутизм, деперсоналізація, наявність галюцинацій і ін.
<b>Інтегральна шкала ДАН</b>	Виражені (досить виражені) ознаки дезадаптаційних порушень. Потрібна консультація психіатра. Показана комплексна психологічна і фармакологічна корекція.

- *Методика визначення копінг-стратегій Е. Нейм* (адаптація Л. Вассермана) використовувалась для дослідження ситуаційно-специфічних варіантів копінг-стратегій у респондентів з депресивними розладами різного генезу [188].

Методика для психологічної діагностики копінг-механізмів дозволила дослідити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності (когнітивної, емоційної, поведінкової), а також ступеню їх адаптивних можливостей у обстежуваних. Ці варіанти знайшли відображення у твердженнях, що розподілені за копінг-стратегіями наступним чином: когнітивні (А) – 10 тверджень та емоційні (Б) і поведінкові (В) – по 8 питань.

Згідно з рекомендаціями автора, обстежуваному пропонували обрати 1 твердження з розділу, що характеризує його спосіб вирішення складних та стресових ситуацій. У табл. 2.4 наведені варіанти копінг-стратегій, ступінь можливостей до адаптації та форми поведінки при них згідно дефініцій Е. Нейм.

Результати проведення і обробки тесту Е. Хейма дозволили дослідити характеристики копінг-поведінки, неадаптивні форми копінг-стратегій в умовах стресу, а також визначити напрямки індивідуальної їх корекції в

структурі лікувально-реабілітаційних програм для респондентів з депресивними розладами різного генезу.

Таблиця 2.4

**Варіанти копінг-стратегій, їх адаптивність та форми поведінки  
за тестом Е. Нейм**

<b>Варіанти копінг-стратегій</b>	<b>Адаптивність копінг-стратегій</b>	<b>Форма поведінки</b>
<b>Когнітивні</b>		
проблемний аналіз, настанова власної цінності, збереження самовладання	А	аналіз труднощів і пошук можливих шляхів виходу з них, підвищення самоконтролю та самооцінки, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси в подоланні складних ситуацій
упокорювання, розгубленість, дисимуляція, ігнорування	Н/А	пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів внаслідок невіри у власні сили та інтелектуальні ресурси, навмисна переоцінка неприємностей
відносність, релігійність, надання сенсу	В/А	поведінка спрямована на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра у Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами
<b>Емоційні</b>		
протест, оптимізм	А	емоційний стан з активним обуренням і протестом у відношенні труднощів і упевненістю в наявності виходу у будь-якій, навіть найскладнішій ситуації
пригнічення емоцій, покора, самозвинувачення, агресивність	Н/А	варіанти поведінки, що характеризується пригніченим емоційним станом, станом безнадійності, покірності і недопущення інших почуттів, переживанням злості і покладанням провини на себе та інших
емоційна розрядка, пасивна кооперація	В/А	поведінка, що спрямована або на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням, або на передачу відповідальності по дозволу труднощів іншим особам
<b>Поведінкові</b>		
співпраця, звернення, альтруїзм	А	така поведінка особи, коли вона вступає в співпрацю зі значимими (досвідченішими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її

		близьким в подоланні труднощів
активне запобігання, відступ	Н/А	запобігання думкам про неприємності, пасивність, самота, спокій, ізоляція, прагнення відійти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблеми
компенсація, відволікання, конструктивна активність	В/А	поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від рішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань
<i>Примітка: А – адаптивні копінг-стратегії, Н/А – не адаптивні копінг-стратегії, В/А – відносно адаптивні копінг-стратегії, конструктивність яких залежить від значущості та виразності ситуації.</i>		

- *Тест життєстійкості* (Д. Леонтьєв, О. Рассказова) використовувався для оцінки здатності і готовності людини активно і гнучко діяти в ситуації стресу і труднощів або його вразливість до переживань стресу [163].

Тест життєстійкості є адаптацію англomовного опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом С. Мадді. Оригінальний варіант адаптації був виконаний Д. Леонтьєвим, О. Рассказовою, яка була скорочена і пройдений повторна валідизація Є. Осінім і О. Рассказовою. Англomовне поняття «hardiness» Д. Леонтьєв запропонував перекладати як життєстійкість. Поняття життєстійкості, з одного боку, спирається на понятійний апарат екзистенційно-гуманістичної психології, з іншого - на прикладну психологію.

Життєстійкість (hardiness) являє собою систему переконань про себе, про світ, про відносини зі світом. Це диспозиція, що включає в себе три порівняно автономних компонента: залученість, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях за рахунок стійкого опанування (hardy coping) стресів і сприйняття їх як менш значущих.

Залученість (commitment) визначається як «переконаність в тому, що залученість в те, що відбувається дає максимальний шанс знайти щось достойне і цікаве для особистості». Людина з розвиненим компонентом залу-

ченості отримує задоволення від власної діяльності. На противагу цьому, відсутність подібної переконаності породжує відчуття знехтування, відчуття себе «поза» життям.

Контроль (control) є переконаність в тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не абсолютний і успіх не гарантований. Протилежність цьому – відчуття власної безпорадності. Людина з сильно розвиненим компонентом контролю відчуває, що сама вибирає власну діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику (challenge) – переконаність людини в тому, що все те, що з ним трапляється, сприяє його розвитку за рахунок знань, які є досвідом, - неважливо, позитивним або негативним. Людина, яка би розглядала життя як спосіб набуття досвіду, готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи, що прагнення до простого комфорту і безпеки збіднює життя особистості. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з досвіду і використання їх наступного разу.

Таким чином, життєстійкість є особистісною характеристикою, яка формується в дитячому і підлітковому віці, хоча теоретично її розвиток можливий і в більш пізньому віці.

Опитувальник складається з 45 пунктів-тверджень, з якими респондент повинен висловити свою згоду або незгоду з 4-бальною шкалою Ліккерта. Бали можуть вважатися як в прямому, так і в зворотному значенні. З шкали можуть бути вилучені 4 показника: залученість, контроль, прийняття ризику і загальний показник життєстійкості. Для підрахунку балів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3, відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0. Потім підсумовується загальний бал життєстійкості і показники для кожної з 3 субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику). Отриманий результат порівнювався з нормативним.

### 3.2. МД структури особистості:

- п'ятифакторний опитувальник особистості 5 PFQ (А. Хромов) був призначений для дослідження індивідуально-типологічних особливостей респондентів з депресивними розладами різного генезу [284].

П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест Велика п'ятірка (5PFQ), розроблений американськими психологами Р. МакКрає і П. Коста. Автори опитувальника Р. МакКрає і П. Коста переконані, що виділених п'яти незалежних змінних, точніше особистісних факторів темпераменту і характеру (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) досить для об'єктивного опису психологічного портрета - моделі особистості.

Тест-опитувальник складається з 75 парних, протилежних за своїм значенням, висловлювань, що характеризують поведінку людини. Стимульний матеріал має п'ятибальну оціночну шкалу (-2; -1; 0; 1; 2) для діагностики ступеня вираженості кожного з п'яти факторів: екстраверсія – інтроверсія; прихильність – відособленість; самоконтроль – імпульсивність; емоційна нестійкість – емоційна стійкість; експресивність – практичність. Методика 5PFQ була адаптована А. Хромовим.

Досліджуваним надавалась наступна інструкція: «Прочитайте парні висловлювання і визначте, яке з двох альтернативних висловлювань вам найбільше підходить. Якщо підходить вислів, записане зліва від оціночної шкали, то використовуйте для оцінки цього висловлювання значення «-2» або «-1». Якщо вам підходить праве висловлювання, то воно оцінюється значеннями «2» або «1». Значення «-2» або «2» вибираються в тому випадку, якщо оцінюване висловлювання виражено сильно. Якщо це висловлювання виражено слабо (слабше), то вибирається значення «-1» або «1». У тому випадку, коли жодна з альтернатив вам не підходить, а підходить щось середнє між ними, то вибирається значення «0»».

Підрахунок та інтерпретація результатів проводила наступним чином: оціночні значення висловлювань переводяться в бали за наведеною нижче схемою:

Оціночна шкала	-2 -1 0 1 2
Бали	5 4 3 2 1

Бальні оцінки проставляються в бланку відповідей в праві осередки відповідних висловлювань. Кожен з основних (вторинних) п'яти чинників складається з п'яти первинних факторів. Наприклад, основний фактор I «екстраверсія – інтроверсія» складається з первинних факторів 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5.

У кількісному вираженні первинні чинники визначаються підсумовуванням трьох бальних оцінок. Наприклад, первинний фактор 1.1 «активність – пасивність» оцінюється сумою балів, отриманих на висловлювання 1, 6, 11. Таким же чином визначається кількісна вираженість інших основних чинників: II (прихильність – відособленість); III (самоконтроль – імпульсивність); IV (емоційна стійкість – емоційна нестійкість); V (експресивність – практичність).

На основі аналізу первинних факторів можна скласти певне уявлення про характерологічні особливості випробуваного. Нижче перераховані характерологічні ознаки, які можуть бути визначені у випробуваного за допомогою первинних чинників «Великої п'ятірки».

#### 1. Екстраверсія – інтроверсія

- 1.1. Активність – пасивність
- 1.2. Домінування – підпорядкованість
- 1.3. Товариськість – замкнутість
- 1.4. Пошук вражень – уникнення вражень,
- 1.5. Прояв – уникнення почуття провини

#### 2. Прихильність – відособленість

- 2.1. Тепло – байдужість
- 2.2. Співпраця – суперництво
- 2.3. Довірливість – підозрілість
- 2.4. Розуміння – нерозуміння
- 2.5. Повага інших – самоповага



3. Самоконтроль – імпульсивність
  - 3.1. Акуратність – неакуратність (відсутність акуратності)
  - 3.2. Наполегливість – відсутність наполегливості
  - 3.3. Відповідальність – безвідповідальність
  - 3.4. Самоконтроль поведінки – імпульсивність (відсутність самоконтролю)
  - 3.5. Передбачливість – безтурботність
4. Емоційна стійкість – емоційна нестійкість
  - 4.1. Тривожність – безтурботність
  - 4.2. Напруженість – розслабленість
  - 4.3. Депресивність – емоційна комфортність
  - 4.4. Самокритика – самодостатність
  - 4.5 Емоційна лабільність – емоційна стабільність
5. Експресивність – практичність
  - 5.1. Цікавість – консерватизм
  - 5.2. Допитливість – реалістичність
  - 5.3. Артистичність – відсутність артистичності
  - 5.4. Сенситивність – нечутливість
  - 5.5. Пластичність – ригідність

Сума балів первинних факторів по вертикалі визначає кількісну вираженість основного фактору. Мінімальна кількість набраних балів для будь-якого основного фактору дорівнює 15, максимальна кількість – 75. Умовно бальні оцінки можна розділити на високі (51–75 балів), середні (41–50 балів) і низькі (15–40 балів). Нижче наведена інтерпретація основних факторів.

### **Характеристика факторів**

#### **Перший фактор**

##### **Екстраверсія**

Високі значення за фактором визначають спрямованість психіки людини на екстраверсію. Типові екстраверти відрізняються товариськістю,

##### **Інтроверсія**

Низькі значення за фактором характерні для інтровертів. Основними особливостями інтровертів є відсутність впевненості щодо правильнос-

люблять розваги і колективні заходи, мають велике коло друзів і знайомих, відчують потребу спілкування з людьми, з якими можна поговорити і приємно провести час, прагнуть до неробства і розваг, не люблять себе обтяжувати роботою чи навчанням, тяжіють до гострих, збудливих вражень, часто ризикують, діють імпульсивно, необдуманно, за першим спонуканням. Екстраверти безтурботні, оптимістичні і люблять зміни. У них ослаблений контроль над почуттями і вчинками, тому вони бувають схильні до запальності і агресивності. В роботі, як правило, орієнтовані на швидкість виконання завдання, від одноманітної діяльності у них швидше розвивається стан стоми. Екстраверти воліють працювати з людьми. У діяльності екстраверти швидше, ніж інтроверти, витягають інформацію з пам'яті, краще виконують важкі завдання в ситуації дефіциту часу. Екстраверти відчують себе бадьоріше ввечері і краще працюють в другій половині дня. Такі люди чутливі до заохочення.

ті своєї поведінки і неувага до того, що відбувається навколо них; велика опора на власні сили і бажання, ніж на погляди інших людей; перевага абстрактних ідей над конкретними явищами дійсності. Інтроверти мають рівний, трохи знижений фон настрою. Вони стурбовані своїми особистими проблемами і переживаннями. Такі люди зазвичай стримані, замкнуті, уникають розповідати про себе, не цікавляться проблемами інших людей. Вони вважають за краще книги спілкуванню з людьми. Інтроверти віддають перевагу теоретичним і науковим видам діяльності. У навчанні вони досягають більш помітних успіхів, ніж екстраверти. Інтровертовані люди люблять планувати своє майбутнє, завжди зважують свої вчинки, не довіряють першим спонуканням і захопленням, завжди строго контролюють свої почуття, рідко бувають нестриманими і збудженими. Інтроверти легше переносять одноманітність в діяльності, краще працюють в спокійній обстановці і в першій половині дня. Вони більш чутливі до покарання, ніж до заохочення.

### **Другий фактор**

#### **Прихильність**

Високі значення відповідного фактору визначають позитивне ставлення людини до людей. Такі особи відчують потребу бути поруч з іншими людьми. Як правило, це добрі, чуйні люди, вони добре розуміють інших людей, відчують особисту відповідальність за їх добробут, терпимо ставляться до недоліків інших людей. Уміють співпереживати, підтримують колективні заходи і відчують відповідальність за спільну справу, сумлінно і відповідаль-

#### **Відособленість**

Низькі оцінки по фактору свідчать про прагнення людини бути незалежною і самостійною. Такі люди вважають за краще тримати дистанцію, мати відокремлену позицію при взаємодії з іншими. Вони уникають громадських доручень, недбалі у виконанні своїх обов'язків і обіцянок. Люди, які мають низькі значення за цим фактором, холодно відносяться до інших людей, часто не розуміють тих, з ким спілкуються. Їх більше хвилюють власні проблеми,

но виконують взяті на себе доручення. Взаємодіючи з іншими, такі люди намагаються уникати розбіжностей, не люблять конкуренції, більше воліють співпрацювати з людьми, ніж змагатися. У групі такі люди, як правило, користуються повагою.

ніж проблеми оточуючих їх людей. Свої інтереси вони ставлять вище інтересів інших людей і завжди готові їх відстоювати в конкурентній боротьбі. Такі люди зазвичай прагнуть досконалості. Для досягнення своїх цілей вони використовують всі доступні їм засоби, не зважаючи на інтереси інших людей. Люди з такими характеристиками рідко демократичним шляхом стають керівниками.

### Третій фактор

#### Самоконтроль

(Високий самоконтроль поведінки)  
Головним змістом цього фактору є вольова регуляція поведінки. На полюсі високих значень знаходиться такі риси особистості, як сумлінність, відповідальність, обов'язковість, точність і акуратність в справах. Такі люди люблять порядок і комфорт, вони наполегливі в діяльності і зазвичай досягають в ній високих результатів. Вони дотримуються моральних принципів, не порушують загальноприйнятих норм поведінки в суспільстві і дотримуються їх навіть тоді, коли норми і правила здаються порожньою формальністю. Висока сумлінність і свідомість зазвичай поєднуються з хорошим самоконтролем, з прагненням до утвердження загальнолюдських цінностей, іноді на шкоду особистим. Такі люди рідко відчують себе повністю розкутими настільки, щоб дозволити собі дати волю почуттям.

#### Імпульсивність

(Низький самоконтроль поведінки)  
Людина, яка має низьку оцінку за цим фактором, рідко виявляє в своєму житті вольові якості, вона живе, намагаючись не ускладнювати своє життя. Шукає «легкого життя». Це такий тип особистості, для якого характерні природність поведінки, безтурботність, схильність до необдуманих вчинків. Така людина може недобророзумно ставитися до роботи, не проявляючи наполегливості в досягненні мети. Вона не докладає достатніх зусиль для виконання прийнятих в суспільстві вимог та культурних норм поведінки, може презирливо відноситися до моральних цінностей. Людина, яка має таку рису, схильна здійснювати асоціальні вчинки. Заради власної вигоди вона здатна на нечесність і обман. Така людина, як правило, живе одним днем, не заглядаючи в своє майбутнє.

### Четвертий фактор

#### Емоційна стійкість

Низькі значення за цим фактором властиві особам самодостатнім, впевненим у своїх силах, емоційно зрілим, які сміливо дивляться в облич-

#### Емоційна нестійкість

Високі значення за цим фактором характеризують осіб, нездатних контролювати свої емоції і імпульсивні потяги. У поведінці це проявля-

чя фактам, спокійним, постійним у своїх планах і уподобаннях, які піддаються випадковим коливанням настрою. На життя такі люди дивляться серйозно і реалістично, добре усвідомлюють вимоги дійсності, не приховують від себе власних недоліків, не переймаються через дрібниці, відчувають себе добре пристосованими до життя. Емоційно стійкі люди зберігають холонокровність і спокій навіть у найнесприятливіших ситуаціях. Вони частіше перебувають у гарному настрої, ніж в поганому.

ється як відсутність почуття відповідальності, ухилення від реальності, примхливість. Такі люди відчувають себе безпорадними, нездатними впоратися з життєвими труднощами. Їх поведінка багато в чому обумовлено ситуацією. Вони з тривогою очікують неприємностей, в разі невдачі легко впадають у відчай і депресію. Такі люди гірше працюють в стресових ситуаціях, в яких відчувають психологічну напругу. У них, як правило, занижена самооцінка, вони уразливі і в невдачах.

### **П'ятий фактор**

#### **Експресивність**

Для людини з такою рисою характерно легке ставлення до життя. Вона справляє враження безтурботного і безвідповідального, якої складно зрозуміти тих, хто розраховує кожен свій крок, віддає свої сили створенню матеріального благополуччя. До життя вона ставиться як до гри, здійснюючи вчинки, за якими навколишні бачать прояв легковажності. Людина, яка має високі оцінки за цим фактором, задовольняє свою цікавість, проявляючи інтерес до різних сторін життя. Вона легко навчається, але недостатньо серйозно ставиться до систематичної наукової діяльності, тому рідко досягає великих успіхів в науці. Така людина часто вже не відрізняє вимисел від реальностей життя. Вона частіше довіряє своїм почуттям і інтуїції, ніж здоровому глузду, мало звертає уваги на поточні повсякденні справи і обов'язки, уникає рутинної роботи. Це емоційна, експресивна людина.

#### **Практичність**

Людина з вираженою рисою практичності за своїм складом реаліст, добре адаптована в повсякденному житті. Вона тверезо і реалістично дивиться на життя, вірить в матеріальні цінності більше, ніж в абстрактні ідеї. Така людина часто стурбована своїми матеріальними проблемами, наполегливо працює і проявляє наполегливість, втілюючи в життя свої плани. Негнучкий і неартистичний, часто простий і позбавлений почуття гумору в звичайному житті, такий тип особистості проявляє сталість своїх звичок і інтересів. Така людина не любить різких змін у своєму житті, вона вважає за краще сталість і надійність у всьому, що її оточує. Її важко вивести з рівноваги, вплинути на зроблений вибір. До всіх життєвих подій така людина підходить з логічною міркою, шукає раціональних пояснень і практичної вигоди.

3.3. МД окремих індивідуально-психологічних особливостей особистості:

- *Опитувальник ригідності* (Г. Залевський) використовувався для виявлення різних видів психічної ригідності [101].

Опитувальник запропоновано Г. Залевським для виявлення психічної ригідності, під якою розумілися труднощі коригування окремих елементів або програми поведінки в цілому відповідно до об'єктивних вимог ситуації при різному ступені їх усвідомленості і прийняття. Соціальна практика і наукові дослідження підтверджують справедливість думки про те, що однією з умов психічної цілісності індивіда і його психічного здоров'я є гнучкість в оцінці самого себе, а також в умінні під напором досвіду переоцінювати раніше сформовану систему цінностей

Опитувальник складається з 150 пунктів.

Випробуваням надавалась наступна інструкція: «В опитувальнику 150 тверджень. Будь ласка, прочитайте уважно кожне з них і поставте в квадраті з номером твердження праворуч від цього номера цифру, яка найбільш відповідає Вашої думці. Поставте цифру 0, якщо Ваша відповідь «ні», тобто Ви *абсолютно не згодні* з даним твердженням. Поставте цифру 1, якщо Ваша відповідь «швидше ні», тобто з даним твердженням Ви *не згодні*. Поставте цифру 3, якщо Ваша відповідь «скоріше так», тобто з даним твердженням Ви *згодні*. Поставте цифру 4, якщо Ваша відповідь «так», тобто Ви *абсолютно згодні* з з даним твердженням. Пам'ятайте, що тут не може бути правильних і неправильних відповідей».

Виділяються наступні шкали:

1. Шкала загальної ригідності – схильності до широкого спектру фіксованих форм поведінки, симптомокомплекс ригідності (СКР), персеверацій, нав'язливостей, стереотипів, упертості, педантизму і власне ригідності.

2. Шкала актуальної ригідності (АР) – нездатність при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку, мотиви, модус переживання і т.п.

2. Шкала сенситивної ригідності (СР) відображає емоційну реакцію людини на нове, на ситуації, що вимагають будь-яких змін, можливо, страх перед новим, свого роду неофобія. Це, безсумнівно, особистісний рівень прояву психічної ригідності, виражений в емоційному відношенні до відповідних вимог об'єктивної дійсності.

3. Шкала настановної ригідності (НР) також відображає особистісний рівень прояву психічної ригідності, виражений в позиції, або в установці на прийняття/неприйняття нового, необхідності змін самого себе – самооцінки, рівня домагань, системи цінностей, звичок і т.п. За такою позицією можуть лежати найрізноманітніші мотиви усвідомленого рівня.

4. Шкала ригідності як стану (РС). Високі показники за цією шкалою свідчать про те, що в стані страху, стресу (дистресу), поганого настрою, втоми або будь-якого хворобливого стану людина у високому ступені схильна до ригідної (ширше – до фіксованої) поведінки. У звичайних умовах подібну поведінку вона може не проявляти. При цьому, нерідко ригідність як стан (як реакція) поєднується з ригідністю як рисою характеру, а тому проявляється виключно сильно і тотально.

5. Шкала преморбідної ригідності (ПМР). Високі показники за цією шкалою свідчать про те, що випробуваний вже і підлітковому і юнацькому (шкільному) віці зазнавав труднощів у ситуаціях будь-яких змін і т.п. Дорослі, які були опитані ретроспективно, оцінюють те, як вони себе вели, переживали і вирішували ті чи інші проблеми в відповідних ситуаціях в шкільному віці (для хворих – це преморбідний період).

6. Шкала реальності (ШР). Це вид контрольної шкали. Вона показує, виходить випробуваний в своїх відповідях на питання ТОРЗ зі свого досвіду або тільки з припущень. Високі показники за цією шкалою свідчать про

те, що випробуваний виходив з деяких припущень, а тому результати обстеження не можуть викликати довіри.

7. Шкала брехні (ШБ). Питання виділені з особистісного опитувальника Г. Айзенка з метою підвищення достовірності отриманих результатів. Кількісно обчислюється аналогічно шкалою реальності.

Підрахунок за шкалами ригідності здійснюється шляхом підсумовування тих оцінок, що співпали з ключем. Кількісні відповіді випробуваного оцінюються за чотирибальною системою в залежності від міри наявності ознаки: відсутній – 0; виражений слабо – 1; виражений сильно – 3; виражений дуже сильно – 4.

Кожна шкала (за винятком ШР і ШБ) оцінюється за кількісними параметрами інтенсивності і екстенсивності. Показником інтенсивності психічної ригідності є алгебраїчна сума оцінок відповідей на питання або твердження шкали.

Показник екстенсивності психічної ригідності визначається числом відповідей, що несуть ознаку від «слабо виражений» до «дуже сильно виражений» із загального числа можливих відповідей на питання шкали. Екстенсивність психічної ригідності може бути трьох рівнів.

Екстенсивність психічної ригідності першого рівня (EP-1) визначається числом відповідей всіх трьох градацій наявності ознаки: «виражений слабо», «виражений сильно», «виражений дуже сильно»; екстенсивність психічної ригідності (EP-2) – числом відповідей з такими градаціями ознаки: «виражений сильно», «виражений дуже сильно»; екстенсивність психічної ригідності (EP-3) – числом відповідей з однією градацією ознаки: «виражений дуже сильно». Високі показники за EP-1 свідчать про те, що психічна ригідність дуже широко «вражає» структуру особистості по вертикалі і / або горизонталі. «Тотальність» психічної ригідності може не бути вираженою по глибині, дифузійною при низьких показниках EP-2 і особливо EP-3, і сильно вираженою або навіть дуже сильно вираженою по глибині при їх високих значеннях. В останньому випадку, мабуть, можна го-

ворити про акцентуації характеру (особистості), а також про те, що психічна ригідність утворює типологію особистості. Але про «ригідність характеру (особистості)» можна говорити лише після визначення структури характеру (особистості) в цілому.

Низькі показники EP-1 свідчать лише про «парціальність» проявів психічної ригідності, яка може бути різної глибини в залежності від величини показників EP-2 і EP-3. Параметр екстенсивності психічної ригідності дасть більш диференційоване уявлення про інтенсивність психічної ригідності, яка хоча і містить показник екстенсивності, але розкриває його лише в крайніх своїх значеннях – мінімальному (нульовому) і максимальному (відповідно до шкали). Тому в межах між цими крайніми точками лише параметр екстенсивності своїми показниками може допомогти зрозуміти, за рахунок чого отримано той чи інший показник параметра інтенсивності, а також у чому структурно-змістовні (якісні) відмінності кількісно ідентичних показників інтенсивності психічної ригідності.

За контрольною ШР розкид балів 0-68. Не викликають довіри дані при показнику ШР більше 34 балів. За контрольною ШБ розкид становить 0-36. Не викликають довіри дані при показнику більше 18 балів.

Після підрахунку балів будується профілі інтенсивності по кожній окремій шкалі.

- *Методика для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби (ТСХ) (Л. Вассерман зі співавт.)* використовувалась для встановлення провідного типу ставлення до хвороби та їх впливу на ПРП осіб з депресивними розладами різного генезу [227].

Як відомо, ставлення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких аналізуються поняття «внутрішня картина хвороби». Ставлення до хвороби завжди важливо, а отже, впливає і на інші системи відносин особистості, зокрема на реабілітаційний потенціал респондентів з депресивними розладами різного генезу. Спектр особистісних реакцій на хворобу, як показує спеціальна література, великий: від повного її ігнору-



вання до відходу в хворобу. Тому на розуміння варіантів особистісного реагування на захворювання, визначення типів ставлення до хвороби і був спрямований даний опитувальник. Нижче наводиться типологія реакцій особистості на хворобу, діагностованих опитувальником відповідно до класифікації А. Лічко і Н. Іванова.

1. Гармонійний (Г). Адекватна оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар і без підстав бачити все в похмурому світлі, але і без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними досліджуваному. При несприятливому прогнозі - зосередження уваги, турбот, інтересів на долі близьких, своєї справи.

2. Ергопатичний (Р). «Відхід від хвороби в роботу». Навіть при важкості хвороби і страждань виражене прагнення, незважаючи на це, продовжувати роботу. Характерно надмірна відповідальність, вольове відношення до роботи, в ряді випадків – виражене ще в більшій мірі, ніж до хвороби. Вибіркове відношення до обстеження та лікування, обумовлене прагненням будь-що-будь зберегти професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності.

3. Анозогнозичний (З). Активне відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки. Заперечення очевидного. Приписування проявів хвороби випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження і лікування. Бажання обійтися «своїми засобами». При ейфоричному варіанті цього типу – необґрунтовано підвищений настрій. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія на те, що «саме все обійдеться». Бажання продовжувати отримувати від життя все, не дивлячись на хворобу. Легкість порушень режиму, згубно позначаються на перебіг хвороби.

4. Тривожний (Т). Безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, жага додаткової інформації про хворобу і методи лікування, пошук «авторитетів». На відміну від іпохондричного типу більшою мірою виражений інтерес до об'єктивних даних про хворобу (результати аналізів, висновки фахівців), ніж фіксація на суб'єктивних відчуттях. Тому надають перевагу слуханню висловлювань інших, ніж без кінця пред'являти свої скарги. Настрій тривожний, пригніченість – внаслідок цієї тривоги. При obsesивно-фобічному варіанті цього типу – тривожна недовірливість насамперед стосується побоювань не реальних, а мало ймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але мало обґрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейної ситуації в зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

5. Іпохондричний (І). Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі перебільшення дійсних і вишукування несуттєвих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, вимоги ретельного обстеження і боязні шкоди і хворобливості процедур.

6. Неврастенічний (Н). Поведінка по типу «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при невдачах лікування. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується каяттям і сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати полегшення. В подальшому – каяття за турботу і нестриманість.

7. Меланхолійний (М). Пригнічений хворобою, невіра в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

8. Апатичний (А). Повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до життя, до всього, що ранне хвилювало.

9. Сенситивний (С). Надмірна заклопотаність про можливе несприятливе враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставиться, розпускати плітки і несприятливі чутки про причини і природу хвороби. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу і недобррозичливі відносини з їх боку в зв'язку з цим.

10. Егоцентричний (Я). «Відхід у хворобу». Виставлення напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виняткової турботи – всі повинні забути і кинути все і піклуватися лише про хворого. Розмови оточуючих швидко переводяться «на себе». Інші люди, які також потребують уваги і турботи, розглядаються тільки як «конкуренти», ставлення до них – неприязне. Постійне бажання показати іншим своє особливе становище, свою винятковість щодо хвороби.

11. Паранойяльний (П). Впевненість, що хвороба – результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення або побічні дії ліків недбалості або злого наміру лікарів і персоналу. Звинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим.

12. Дисфоричний (Д). Домінує похмуро-озлоблені настрої, постійно похмурий вигляд. Заздрість і ненависть до здорових. Спалахи озлобленості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших. Вимога особливої уваги до себе і підозрілість до процедур і лікування. Деспотичне ставлення до близьких – вимога в усьому догоджати.

Опитувальник включає 12 таблиць-наборів, які містять від 11 до 17 пронумерованих тверджень. Випробуваному пропонувалося в кожній таб-

лиці-наборі вибрати 2 найбільш підходящих для нього твердження і номери зроблених виборів обвести кружком в реєстраційному листі. Якщо хворий не міг вибрати два твердження з якої-небудь теми, то він обов'язково повинен був зазначити останнє твердження у відповідній таблиці-наборі.

Обробка результатів здійснювалася за таблицею кодів для кожного зазначеного в реєстраційному листі твердження і визначалися діагностичні коефіцієнти, які заносилися до бланку «результати дослідження». Потім отримані діагностичні коефіцієнти в кожному зі стовпців підсумовувалися і отримані 12 значень шкальних оцінок заносилися в графу, позначену (X). Шкальна оцінка для гармонійного, ергопатичного і анозогнозичного типів прирівнювалася до 0, якщо серед тверджень, обраних випробуваним, зустрічалася хоча б одне, вказане в коді знаком (\*). При аналізі результатів розглядалися середньоарифметичні показники за кожною формою депресивного розладу. Діагностика типу ставлення до хвороби проводилася згідно з наявними правилами. При діагностиці типу проводився пошук шкали з максимальним значенням суми діагностичних коефіцієнтів. Визначалося, чи є в профілі такі шкали, які знаходяться в межах діагностичної зони - оцінки яких відстають від максимальної в межах 7 балів. Якщо шкала з максимальною оцінкою залишалася єдиною, і не було інших шкал, які відстають від неї в межах 7 балів, то діагностували тільки тип, відповідний цій шкалі. Якщо в діагностичну зону (інтервал 7 балів) крім шкали з максимальною оцінкою потрапляли ще одна або дві шкали, то діагностували змішаний тип, який позначався назвами складових його шкал. Якщо в діагностичну зону потрапляло більше трьох шкал, то діагностували дифузний тип. Графічно на бланку «результати дослідження» зображувалися величини шкальних оцінок в формі профілю, де по осі X відзначалися літерні символи 12 шкал, а по осі Y - числові значення шкальних оцінок.

#### 3.4. МД ціннісно-сислової сфери:

- *Методика Ш. Шварца* (В. Карандашев) використовувалась для вивчення цінностей, ідеалів і переконань, що впливають на особистість при

депресивних розладах різного генезу [120]. Опитувальник Ш. Шварца з вивчення цінностей особистості являє собою шкалу, призначену для вимірювання значущості десяти типів цінностей. Ш. Шварц розвинув новий теоретичний і методологічний підхід до вивчення цінностей. В основі методики вивчення індивідуальних цінностей, яку він розробив, лежать: концепція М. Рокіча про існування термінальних і інструментальних цінностей, концепція Ш. Шварца про мотиваційну мету ціннісних орієнтацій і універсальність базових людських цінностей.

Ш. Шварц виходив з того, що найбільш істотний змістовний аспект, що лежить в основі відмінностей між цінностями, – це тип мотиваційних цілей, які вони висловлюють. Тому він згрупував окремі цінності в типи цінностей відповідно до спільності їхніх цілей. Він обґрунтовував це тим, що базові людські цінності, з високою ймовірністю виявляються у всіх культурах, – це ті, які представляють універсальні потреби людського існування (біологічні потреби, необхідність координації соціальної взаємодії і вигоди функціонування групи). Нижче представлено коротке визначення мотиваційних типів відповідно їх центральній мети:

- влада (Power) – соціальний статус, домінування над людьми і ресурсами;
- досягнення (Achievement) – особистий успіх відповідно до соціальних стандартів;
- гедонізм (Hedonism) – насолода або чуттєве задоволення;
- стимуляція (Stimulation) – хвилювання і новизна;
- самостійність (Self-Direction) – оригінальність думки і дії;
- універсалізм (Universalism) – розуміння, терпимість і захист благополуччя всіх людей і природи;
- доброта (Benevolence) – збереження і підвищення благополуччя близьких людей;
- традиція (Tradition) – повага і відповідальність за культурні та релігійні звичаї та ідеї;

- конформність (Conformity) – стримування дій і мотивів, які можуть зашкодити іншим і не відповідають соціальним очікуванням;

- безпека (Security) – безпека і стабільність суспільства, відносин і самого себе.

III. Шварц описує наступні характеристики цих типів цінностей.

Влада. Функціонування соціальних інститутів вимагає певної диференціації статусів, і в більшості випадків в міжособистісних відносинах в різних культурах було виявлено поєднання показників домінантний - підпорядкованості. Центральна мета цього типу цінностей полягає в досягненні соціального статусу або престижу, контролю або домінування над людьми і засобами (авторитет, багатство, соціальна влада, збереження свого суспільного іміджу, суспільне визнання). Цінності влади і досягнення фокусуються на соціальній повазі, проте цінності досягнення (наприклад, успішний, амбітний) підкреслюють активний прояв компетентності в безпосередньої взаємодії, в той час як цінності влади (авторитет, багатство) підкреслюють досягнення або збереження домінантної позиції в рамках цілей соціальної системи.

Досягнення. Визначальна мета цього типу цінностей - особистий успіх через прояв компетентності відповідно до соціальних стандартів. Прояв соціальної компетентності (що становить зміст цієї цінності) в умовах домінуючих культурних стандартів тягне за собою соціальне схвалення.

Гедонізм. Мотиваційна мета даного типу визначається як насолода або чуттєве задоволення.

Стимуляція. Цей тип цінностей є похідним від потреби в розмаїтті і глибоких переживаннях для підтримки оптимального рівня активності. Біологічно обумовлені варіації потреби в стимуляції, опосередковані соціальним досвідом, призводять до індивідуальних відмінностей у важливості цієї цінності. Мотиваційна мета цього типу цінностей полягає в прагненні до новизни і глибоких переживань.

Самостійність. Визначальна мета цього типу цінностей складається в самостійності мислення і вибору способів дії, в творчості та дослідницької активності. Самостійність як цінність похідна від потреби в самоконтролі і самоврядуванні, а також від потреб в автономності і незалежності.

Універсалізм. Мотиваційна мета даного типу цінностей – розуміння, терпимість, захист благополуччя всіх людей і природи. Мотиваційні цілі універсалізму є похідними від тих потреб виживання груп та індивідів, які стають явно необхідними при вступі людей в контакт з будь-ким поза свого середовища або при розширенні первинної групи.

Доброта. Це більш вузький «просоціальний» тип цінностей в порівнянні з універсалізмом. В її основі лежить доброзичливість сфокусована на благополуччі в повсякденній взаємодії з близькими людьми. Цей тип цінностей вважається похідним від потреби в позитивній взаємодії, потреби в афіліації та забезпеченні процвітання групи. Його мотиваційна мета – збереження благополуччя людей, з якими індивід знаходиться в особистих контактах (корисність, лояльність, поблажливість, чесність, дружба, зріла любов).

Традиції. Будь-які соціальні групи виробляють свої символи і ритуали. Їх роль і функціонування визначаються досвідом групи і закріплюються в традиціях і звичаях. Традиційний спосіб поведінки стає символом групової солідарності, виразом єдиних цінностей і гарантією виживання. Традиції найчастіше приймають форми релігійних обрядів, вірувань і норм поведінки. Мотиваційна мета даної цінності – повага, прийняття звичаїв та ідей, які є необхідними в культурі (повага традицій, смиренність, благочестя, прийняття своєї долі, помірність) і дотримання ним.

Конформність. Визначальна мотиваційна мета цього типу – стримування і запобігання дій, а також схильностей і спонукань до дій, які можуть завдати шкоди іншим або невідповідність соціальним очікуванням. Дана цінність являється похідною від вимоги стримувати схильності, які

мають негативні соціальні наслідки (слухняність, самодисципліна, ввічливість, повага до батьків і старших).

Безпека. Мотиваційна мета цього типу – безпека для інших людей і себе, гармонія, стабільність суспільства і взаємовідносин. Вона виходить від базових індивідуальних і групових потреб. На думку Ш. Шварца, існує один узагальнений тип цінності безпеки (а не два окремих – для групового та індивідуального рівня). Пов'язано це з тим, що цінності, які стосуються колективної безпеки, в значній мірі висловлюють мету безпеки і для особистості (соціальний порядок, безпеку сім'ї, національна безпека, взаємне розташування, взаємодопомога, чистота, почуття приналежності, здоров'я).

Методика дає кількісне вираження значущості кожного з десяти мотиваційних типів цінностей на двох рівнях: на рівні нормативних ідеалів і на рівні індивідуальних пріоритетів.

Опитувальник складається з двох частин, які відрізняються процедурою проведення. Перша частина опитувальника («Огляд цінностей») надає можливість вивчити нормативні ідеали, цінності особистості на рівні переконань, а також структуру цінностей, які відчутно впливають на всю особистість, але не завжди виявляються в реальній соціальній поведінці. Друга частина опитувальника («Профіль особистості») вивчає цінності на рівні поведінки, тобто індивідуальні пріоритети, які найбільш часто виявляються соціальним фундаментом поведінці особистості.

Різниця показників за типами цінностей в цих двох частинах опитувальника, що характеризують два рівня функціонування цінностей, відображає ціннісний тиск, який здійснюється, з одного боку, через соціалізацію та, з іншого боку, за допомогою референтної групи і традицій.

Перша частина опитувальника («Огляд цінностей») складається з двох списків слів, які характеризують в сумі 57 цінностей. Всі вони мають ясну мотиваційну мету і являються в тій чи іншій мірі значущими для різних культур. У першому списку містяться термінальні цінності, виражені у



вигляді іменників. У другому списку містяться інструментальні цінності, виражені у вигляді прикметників. Випробуваному пропонується оцінити ступінь важливості кожної цінності як керівного принципу його життя. Використовується шкала від -1 до 7. Чим вище бал в діапазоні - 1,0, 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, тим важливішою представляється йому ця цінність.

У другій частині опитувальника («Профіль особистості») наводиться список з 40 описів людини, що відповідають тому чи іншому з 10 типів цінностей. Пацієнта просять оцінити, якою мірою описана в опитувальнику людина схожа або не схожа на неї. Використовується шкала з 5 позицій: від «дуже схожий на мене» до «зовсім не схожий на мене».

В результаті оцінки аналізувались наступні шкали:

✓ насолода (і): задоволення бажань; насолода життям (їжею, сексом, дозвіллям і т.д.).

✓ досягнення (і): соціальне визнання (повага, схвалення інших); багатство (володіння матеріальними благами); успішний в досяганні цілей; честолюбний (працьовитий, цілеспрямований); здатний (компетентний, ефективний, кваліфікований).

✓ соціальна влада (і): авторитет (право керувати і розпоряджатися); соціальна влада (управління іншими, вплив); має вплив на людей і події; піклується про свою репутацію (захищає своє «обличчя»).

✓ самовизначення (і): свобода дій і думок; творчість (унікальність, уява); обирати самостійно власні цілі; незалежність (впевнений в собі, самостійний); розумність (логічний, думаючий); допитливість (цікавиться всім, що досліджує).

✓ стимуляція (і): різноманітне життя (наповнене викликами, новизною та змінами); цікаве життя (гострі відчуття, переживання); сміливість (який шукає пригод, ризику).

✓ обмежувальний конформізм (с): ввічливість (чемність, хороші манери); самодисципліна (самообмеження, опір спокусам); охайність (чистий, акуратний); покірність (виконавчий, обов'язковий).

✓ підтримка традицій (с): поважність до традицій; громадський порядок (стабільність суспільства); шанування батьків і старших; релігійність (дотримується релігійних вірувань і переконань).

✓ соціальність (с): рівність (рівні можливості для всіх); соціальна справедливість (виправлення несправедливості, турбота про слабких); світ в усьому світі (вільне володіння від воєн і конфліктів); духовність (життя більш духовними інтересами, ніж матеріальними); чесність (справжній, щирий); корисність (який працює на благо інших); незлопам'ятністю; вірність (відданий друзям, групі).

✓ безпека (і, с): національна безпека (захист нації від ворогів); безпека сім'ї та близьких людей (захищеність сім'ї); почуття приналежності (почуття, що інші піклуються про мене); справжня дружба (близькі, які надають підтримку, друзі); відповідальність (надійний, який заслуговує на довіру); здоровий (фізично і психічно).

✓ зрілість (і, с): мудрість (зріле розуміння життя); зріла любов (глибокий емоційний і духовний зв'язок); самоповага (почуття власної гідності); сенс життя (розуміння свого призначення в житті); світ краси (краса природи і мистецтва); внутрішня гармонія (мир із самим собою); толерантність (терпимий до різних ідей і переконань).

✓ соціальна культура (і, с): взаємність у відносинах; єднання з природою; байдужість до мирських турбот; уникає крайніх почуттів і вчинків; скромний, невибагливий; зберігає навколишнє середовище.

✓ духовність (і, с): внутрішня гармонія (мир із самим собою); духовне життя; сенс життя (розуміння свого призначення в житті); байдужість до мирських турбот; єднання з природою.

Букви «і» та «с» означають відповідно індивідуальні і колективні цінності.

Обробка результатів проводиться шляхом співвіднесення відповідей випробуваного з ключем. Середній бал за даним типом цінності показував ступінь її значимості. При обробці першого розділу опитувальника –

«Огляд цінностей» (рівень нормативних ідеалів) – результати за списками 1 і 2 підсумовуються. Перед підрахунком результатів другого розділу опитувальника – «Профіль особистості» – необхідно перевести шкалу опитувальника в бали згідно з ключем. Гіпотеза авторів полягає в тому, що ці шкали в певному смислі пов'язані біполярними відносинами і протиріччя в конструкті при виборі суб'єктом суперечливих (лежать на різних полюсах в певному конструкті) мотиваційних, цільових і т.п. одиниць. Наприклад, прагнення до самовизначення суперечить конформізму і якщо значення змінних 4 і 6 одночасно високі або, навпаки, низькі, то можна стверджувати, що структура цінностей суб'єкта несе мотиваційні динамічні протиріччя. Список гіпотез про конкретні конструкти дається наступним переліками:

а) 12 пар протилежних шкал: 4-6, 9-6, 5-6, 2-7, 1-7, 2-8, 5-8, 1-12, 2-12, 3-12, 4 -10, 5-10;

б) 3 групи сумісних інтересів: індивідуальні (I), колективні (C), подвійні (I, C).

Після підрахунку балів будується профілі інтенсивності цінностей по кожній окремій шкалі.

- *Шкала екзистенції А. Ленгле і К. Орглер* (С. Кривцова) використовувалась для оцінки «екзистенціальної наповненості» (осмисленості та задоволеності різними аспектами життя) у хворих з депресивними порушеннями різного генезу [140].

Шкала екзистенції (PSE) є одним з психометричних інструментів, розроблених в рамках екзистенційно-аналітичної теорії А. Ленгле.

Екзистенціальна наповненість – поняття, що з'явилося в психології В. Франкла для опису якості життя людини на противагу більш звичним (зокрема, прийнятому в психоаналізі) поняттю щастя. Поняття наповненості - це *евдемонічне* щастя – «щастя через гідність» (Аристотель), невіддільне від персональних переконань і настанов особистості. «Ступінь» або «рівень» екзистенціальної наповненості показує, чи багато осмисленого в

моєму житті, як часто я живу з внутрішньою згодою, чи відповідають мої сутності мої рішення і вчинки, чи можу я вносити хороше, як я його розумію, в життя. Тест відображає суб'єктивну оцінку людиною свого життя.

Опитувальник складається з 46 пунктів, відповіді на які випробовуваний дає, оцінюючи себе і своє сьогоденне життя з різних аспектів. Випробованим пропонувалося відповісти на запитання та оцінити, наскільки їм підходить те чи інше висловлювання.

Для підрахунку балів відповідей на прямі пункти присвоювались бали від 1 до 6 («вірно» – 1 бал, «вірно з обмеженнями» – 2 бали, «швидше вірно» – 3 бали, «скоріше не вірно» – 4 бали, «не вірно з обмеженнями» – 5 балів, «не вірно» – 6 балів), відповідям на зворотні пункти присвоювались бали від 6 до 1 («не вірно» – 1 бал, «вірно» – 6 балів). Потім підсумовувались показники для кожної з 4 субшкал («самодистанціювання» (SD), «самотрансценденція» (ST), «свобода» (F) і «відповідальність» (V)), загальний бал екзистенціальної наповненості (G), який дорівнював сумі проміжних показників за чотирма субшкалами (SD, ST, F, V), а також показники параметрів Person (сума SD і ST) і екзистенція (сума F і V).

Інтерпретація відбувалась за декількома напрямками: по-перше аналізувались окремі шкали, по-друге, – співвідношення шкал між собою.

Інтерпретація показників шкал

«Самодистанціювання» (SD). Субшкала SD вимірює здатність створення внутрішнього вільного простору. Вимірювання знаходиться між двома полюсами:

- відсутність вільного внутрішнього простору
- створення внутрішньої дистанції по відношенню до себе, об'єктивність.

Самодистанціювання вимірює здатність людини відійти на дистанцію по відношенню до себе самого. Людина, що володіє здатністю до SD, може відсунути при необхідності свої бажання, уявлення, почуття і наміри, щоб поглянути на себе і на ситуацію з деякою дистанції. Це можливість не орі-

ентуватися лише на самого себе, не діяти, будучи сліпим по відношенню до світу, не реагувати, безпосередньо відповідаючи на випадкові стимули, а сприймати ситуацію, міркувати над нею і тверезо бачити даності ситуації. SD вимірює не наявність або відсутність проблем, не свободу від бажань, уявлень і цілей, почуттів або страхів, а лише здатність виходити по відношенню до всього цього на дистанцію, внутрішньо звільнитися від полону афектів, упереджень і бажань, щоб не заплутатися в них. Стабільність цієї здатності при наявності навантаження також входить в показник.

Низький показник SD (нижче 26) означає відсутність дистанції по відношенню до самого себе. Це може бути обумовлено незрілістю, але, як правило, причиною цього є якісь форми внутрішнього сум'яття (через конфлікти, посттравматичного стану) або внутрішня фіксація на чомусь (при хронічному дефіциті, незадоволеності потреб). При низькому показнику SD людина переважно займається самим собою, наприклад, нав'язливими бажаннями чи думками, автоматичним мисленням, фіксованими почуттями, докорами на свою адресу тощо, але такі ж показники з'являються і при надмірних ситуативних навантаженнях, коли у людини з'являються упередження і звуженість сприйняття. Одним із наслідків труднощів в дистанціюванні по відношенню до себе самого і неможливості реалістично сприймати і мислити є втрата орієнтації (людина більше не розуміє, що з нею відбувається).

У іншого типу випробовуваних з низькими показниками SD часто спостерігається відсутність здатності виходити з потоку активності для встановлення рефлексивної дистанції (наприклад, вони не можуть робити паузи в роботі), вони зазвичай дуже швидко реагують на подразники і тому залежать від випадкових подразників.

Зі збільшенням показника SD (середній = 35,5) поліпшується здатність сприйняття і ясність щодо ситуації. Увага постійно переноситься зовні. Дистанція по відношенню до себе самого при цьому збільшується.

Дуже високий показник (від 43 до максимального балу 48) означає, що людина дуже добре може відходити на дистанцію по відношенню до себе самого. Але це також означає, що вона може не помічати свої потреби і почуття (що може вести до самозаперечення). Залишається відкритим питання про те, що стоїть за цим мотивом: честолюбство або необхідність подолання важкої ситуації. Якщо людина живе з настановою, спрямованою на досягнення і перфекціонізм, вона буде мати стабільно високі показники SD, а її характер відрізнятиметься високим самовладанням, строгістю і непохитністю. У таких людей при цьому суб'єктивно є почуття, що вони тільки функціонують. Зовні здається, що вони холодні і не мають почуттів. Однак якщо одночасно з досить високими показниками по SD також є високі показники за шкалою ST, то тоді ми маємо іншу картину - людина повністю віддає себе цінності, присвячуючи своє життя і вкладаючи свої здібності в щось або в когось. Емоційно вона черпає сили в тій цінності, прихильником якої є. Односторонньо високий показник SD при наявності середніх або низьких показників ST, F (свободи) і V (відповідальності) може вказувати на хронічний компенсований психічний розлад.

«Самотрансценденція» (ST). Субшкала ST вимірює здатність відчувати цінності (ясність в почуттях). Вимірювання розташовується між полюсами:

- емоційна необов'язковість;
- здібність відчувати цінності, бути емоційно зачепленим

ST вимірює вільну емоційність, яка проявляється в здатності:

- відчувати близькість до чого-небудь / кого-небудь і співчувати;
- жити заради чогось / когось (орієнтуватися в діях на сенс, а не тільки на мету);
- відчувати цінності, переживати захопленість цінністю, емоційно відгукуватися;
- сприймати глибокі внутрішні відносини, екзистенціальну значимість того, що відбувається.

Отже, ST описує здатність людини торкатися до ціннісних підстав світу і сприймати власну внутрішню доторканність в цьому відчутті. Завдяки цій здатності встановлюється внутрішнє ставлення до пережитого, і особистість може виявляти і проживати суб'єктивні цінності, що проявляється, наприклад, в здатності отримувати задоволення. Щоб бути в змозі розрізняти важливе і неважливе – надавати емоційну вагу пережитому відповідно до того, наскільки його зміст значимий для екзистенції, – потрібно відчувати емоційну внутрішню співвіднесеність і приймати себе разом зі своїми бажаннями і потребами (самоприйняття - основа для того, щоб знати, що бажаєш).

Самотрансценденція завершує самодистанціювання: створена в SD когнітивна дистанція по відношенню до самого себе звільняє людину для емоційного співвіднесення зі світом, в якому тільки і може бути пережито «виконання». Тобто, самодистанціювання є передумовою для самотрансценденції. Так що якщо SD означає абстрагуватися від себе, щоб бути здатним віддатися чомусь іншому, то ST знову повертає людину до себе самого через відчуття внутрішнього співвіднесення з собою в дотику до цінностей світу.

Низький показник ST (нижче 58) означає емоційну сплюсненість в стосунках зі світом і людьми. Життя бідне почуттями, переважно ділове і функціональне. Недолік емоційності робить людину безпорадною, невпевненою, навіть мовби сліпою в сприйнятті почуттів і цінностей: людина сама не знає, що їй подобається і чого вона хоче. Почуття важливості і цінності змістів переживання («що воно робить з людиною і що воно для нього означає») обмежена. Почуття, що виникають, відчуються як ті, що заважають і вводять в оману. Афективність і амплітуда почуттів плоскі, емоційність важко доступна.

Зі збільшенням показника ST (середній = 73) збагачується емоційний внутрішній світ і внутрішня здатність відчувати ціннісні підстави і на них орієнтуватися.

При дуже високих показниках (більше 81, максимальний показник 84) тенденція розвивається далі і приходить до повного розкриття. Людина має вільно доступну емоційність. Довіряючи своїм почуттям, людина може легко інтуїтивно осягати ситуації і співпереживати іншим людям (висока здатність до емпатії). Це робить її відкритим до зустрічі з новим - до само-трансценденції як виходу за межі себе.

Дуже високі показники ST можуть разом з тим означати, що емоційна чуттєвість може домінувати, однак це стає проблемою, тільки якщо SD має низькі значення – тобто не створюється необхідна дистанція.

«Свобода» (F). Субшкала F вимірює здатність вирішуватися. Вимірювання розташовується між полюсами:

- здатність вирішуватися (погляд на вільні простори)
- нездатність і невпевненість у вирішенні.

F охоплює здатність знаходити реальні можливості дії, створювати з них ієрархію відповідно до їх цінності і таким чином приходити до персонально обґрунтованих рішень. Здатність вирішуватися, з одного боку, залежить від особливостей особистості (таких як сила, концентрація, мужність, здатність відмежовуватися і заступатися за власне), з іншого боку – від наявних можливостей ситуації, які важливо розглянути, щоб бути в змозі щось вибрати. Співвідношення з цими внутрішніми і зовнішніми умовами веде до ясності в ухваленні рішення. Важливо, щоб на тлі реально можливого людина побачила саме для неї важливе, то, на підставі чого можна судити, вільно вибирати і вирішувати. Якщо у людини це знову і знову виходить без великих проблем, то виникає відчуття, що вона вільна.

Низький F-показник (нижче 37) означає нездатність приймати рішення, нерішучість і невпевненість у своїх рішеннях. Перешкоди для здійснення свободи, як людської здатності, можуть мати різні причини. Певні риси особистості або типи особистісних розладів ведуть до специфічних проблем щодо виміру свободи.



а) Тривожна форма реакції: слабкість вирішувати в зв'язку з необхідністю зважитися через невпевненість, страх перед можливими наслідками. Наприклад, через страх зробити помилки тривожна людина не вирішується ні на що. Наприклад, він краще підкориться рішенню іншого, ніж сам буде щось вирішувати.

б) Депресивна форма реакції: людина не вирішується на активні дії в зв'язку з відсутністю сили, при цьому низькі показники за шкалою F поєднуються з високими показниками ST.

в) Істерична форма реакції: людина бачить багато можливостей, але не знає, чого вона сама хоче, і тому не може вибрати, в результаті виникає почуття «розірваності» і розгубленості (найчастіше пов'язано з високим показником SD).

г) Відсутність екзистенційності: при цьому характерна пасивна, фаталістична життєва настанова. Людина думає, що рішення ні до чого не приведуть і нічого не зможуть змінити. Вони відчуваються як безглузді. Можуть розвинутися залежні форми життя, тоді, наприклад, гроші, алкоголь, гра можуть виконувати компенсаторну роль в зв'язку з відсутністю почуття свободи.

Зі збільшенням показника F (середній = 49) зростає ясність і міцність у формуванні судження і знаходженні рішення. Чим вище показник, тим легше знаходяться можливості для дії і приймаються рішення.

При дуже високому показнику F, якщо перевищення виглядає одиночним піком (вище 58, максимальний показник 66), є схильність до оцінюючої, критичної і домінантної поведінки, яка супроводжується непереносимістю будь-яких обмежень і відразую до постійних відносин. Ці люди вважають за краще скоріше позбутися від уподобань, вони залишаються бездіяльними в міжособистісному спілкуванні найчастіше через страх перед пораненням або закріпленням у відносинах.

«Відповідальність» (V). Субшкала V вимірює обов'язкове «піти на щось». Вимірювання розташовується між полюсами:

- необов'язкова обов'язковість;
- персональна включеність або почуття обов'язку.

У зв'язку з відповідальністю (V) вимірюється здатність доводити до кінця рішення, прийняті на підставі особистих цінностей. Людина діє з усвідомленням обов'язковості цього для себе або зобов'язань перед кимось. Витримувати процес втілення в життя власних задумів дозволяє почуття впевненості, що все робиться правильно. Або ж, якщо немає власної впевненості, компенсаторну функцію може взяти на себе почуття обов'язку. Проживати відповідальність є основою для формування стабільної самоцінності. Показники тесту по цій субшкалі вказують також на тимчасову сталість - здатність витримати.

Низький показник V (нижче 41) означає, що людина не відчуває персональної включеності в життя. Життя йде само собою, воно в малому ступені піддається плануванню і не пронизане власною волею. Людина застигає в позиції очікування і в більшій мірі є глядачем. Переважає стриманість. Почуття обов'язку не сильно виражено, але може бути сформовано. Стає зрозумілим – як це вже було в разі свободи, – що різні риси особистості або ж сфери порушення ведуть до різних проблем у зв'язку з відповідальністю.

а) Тривожна форма реакції: є страх перед кроком в життя, перед зусиллями і проблемами і перед загрозливими наслідками. Для здійснення необхідні гарантії, орієнтири і заданість.

б) Депресивна форма реакції: тут переважає почуття провини, а також страх перед провиною і перед вантажем включеності.

в) Істерична форма реакції: тут є страх перед вимушеністю через зобов'язання. Це нерідко призводить до безпечності та легковажності в поведінці.

Зі зростаючим показником V (середній = 57,5) відповідальність і включеність ростуть. Людина більше захоплюється співвіднесенням з життям і дотримується обов'язкового, турботливого поведіння з ним.

Дуже високий показник V (більше 70, максимальний показник 78) виникає завдяки послідовній самовідповідальності, автентичної поведінці і великому почутті обов'язку (при високому F). Але при низькому F мова також може йти про почуття обов'язку, яке в малому ступені пов'язано з власним рішенням, але добре натреноване (виховання, страхи). Дії направляються страхом наслідків або вивченою дисциплінованістю.

«Персональність» (P). Показник P описує ступінь розкриття буття: наскільки людина відкрито сприймає світ і себе самого. Вимірювання розташовується між полюсами:

- розкриття буття (доступність);
- закритість.

Показник P описує важливу характеристику людини, а саме його когнітивну і емоційну доступність для себе і для світу. Низькі показники P можуть бути розцінені як ознака того, що базові персональні здібності блоковані і не використовуються. Якщо такі блокади тривають довго, то вони проявляються у формі особистісних розладів і психозів. Показник P відображає також те, наскільки досяжна Person цієї людини, наскільки вона доступна в людському вимірі.

Низький показник P (нижче 86) вказує на закритість людини. Вона або зайнята собою внаслідок тривалих душевних навантажень, проблем або особистісного розладу, або вона незріла або вже пережила відносно тривалий процес руйнування особистості, який порушив когнітивні й афективні аспекти (наприклад, хроніфікувалася залежність, хронічний психоз). Низький показник P пов'язаний з підвищеною готовністю психосоматично реагувати на навантаження.

У міру зростання показника Р (середній = 109) збільшується «відкритість щодо світу» і щодо поводження з самим собою. Person стає доступнішою, якщо обидва показники (SD і ST) паралельно збільшують значення.

При комбінації  $SD > ST$  переважає дистанційоване поводження з самим собою, при якому людина легко переступає через власну емоційність. Можна було б швидше говорити про «когнітивний стиль життя». Подібна картина часто спостерігається при наявності хронічно компенсованих станів страху і в разі істеричної поведінки.

При комбінації  $SD < ST$  переважає сильна емоційна чуйність, сильне внутрішнє переживання і співчуття, хороша здатність насолоджуватися, які, однак, супроводжуються труднощами у встановленні дистанції і в збереженні внутрішнього вільного простору. Можна було б говорити про «емоційний стиль життя». Часто ця комбінація виявляється, наприклад, при активній тривожності або схильності до депресій (виснаження).

Одиночний, дуже високий показник (вище 123, максимальний показник 132) виводить на передній план вразливість Person і говорить до високої чутливості, хоча зовні це часто не буває помітно відразу. Переважає імпресіоністський стиль сприйняття, реактивність при впливі подій на органи чуття і на зовнішнє життя.

«Екзистенційність» (Е). Показник Е вимірює здатність рішуче і відповідально йти в світ, включатися в життя. Вимірювання розташовується між полюсами:

- рішуча включеність;
- нерішуче, утруднене ведення життя.

Показник Е описує таку істотну характеристику людської екзистенції, як здатність орієнтуватися в цьому світі, приходити до рішень і відповідально втілювати їх в життя, змінюючи її таким чином в кращу сторону. У той час як показник Р відображає вміння людини обходитися з самим собою («внутрішній світ»), показник Е свідчить про здатність конструктивно

поводитися з зовнішнім світом, рішуче і відповідально з ним справлятися. Розлади в області E мають тенденцію проявлятися більше в неврозах, ніж в особистісних розладах, в той час як внутрішнє виконання, яке пов'язане з вільним і відповідальним стилем життя, навпаки, залежить від величини показника P, який вносить свій внесок в гармонійні відносини з собою і здатність відчувати.

Низький показник E (нижче 81) вказує на спосіб життя, в якому рішення приймаються з труднощами і є бездіяльність. На це впливає: невпевненість у прийнятті рішень, невпевненість в «екзистенційному місці» («моє це місце?»), необов'язковість, стриманість, незнання того, що потрібно робити, мала здатність витримувати навантаження, чутливість до перешкод, схильність починати діяти на підставі зовнішніх причин, що спонукають, без внутрішнього співвіднесення.

При зростаючому показнику E (середній = 107) зростає ступінь рішучості і відповідальності за життя. Людина прагне влаштувати свій світ і своє життя. Тим самим життя одержує виконання і стає більш автентичним, якщо обидва показники (F і V) рівнозначно збільшуються. При комбінації  $F > V$  може спостерігатися схильність до того, щоб поспішно передавати відповідальність більш «компетентним» людям. Суб'єктивної волі надається відносно висока значимість, завдяки чому людина іноді набуває нарцисичної тенденції (особливо в комбінації з високим SD або більш низьким ST). Можна було б говорити про «самовпевнений автономний життєвий стиль», який, однак, не виключає також і імпульсивність. Комбінація  $F < V$  показує готовність йти в світ, при цьому можуть бути проблеми з відмежуванням і почуття, що ти не вільний, а змушений (почуття обов'язку). Іноді ці почуття діють як навантаження, якщо вони йдуть від депресивного переживання (особливо при низькому показнику SD і високому ST). У випадку комбінації  $F < V$  можна було б говорити про «життєвий стиль, заснований на боргу».

При дуже високому показнику (вище 127, максимальний показник 144) Е є чітке, пов'язане з власним рішенням, діяльне ставлення до світу. Завдяки гарному орієнтуванню в конкретних контекстах і впевненості в своєму рішенні людина реально може щось важливе втілити в життя, спираючись на ретельність і послідовність виконання рішення, а також на розуміння боргу перед самим собою. Можна було б говорити про «стиль життя з почуттям включеності». Екзистенціальний крок з себе в світ відчувається як автентичний: людина знову виявляє себе у дії і заступається за власне рішення.

«Загальний показник» (G). Показник G – це показник того, наскільки наповнена змістом екзистенція даної особистості. Вимірювання розташовується між полюсами:

- життя, яке суб'єктивно відчувається як невиконане;
- екзистенція, що відчувається як виконана.

G-показник утворюється з суми показників Р і Е і говорить про здатність справлятися з самим собою і зі світом та змоги піти на внутрішні і зовнішні вимоги і пропозиції, співвідносячи їх з власними цінностями. Існує здатність займатися самим собою і зовнішніми життєвими ситуаціями і прийти до сформованого з сенсом життя, проживання якої може бути автентично обґрунтовано. Такий спосіб життя орієнтується на чуття щодо власних потреб і завдань, а також щодо вимог ситуації, які узгоджуються між собою. Тобто, у людини з її розвиненою персональністю і екзистенційністю є передумова для того, щоб перебувати в діалогічному обміні зі світом і тим самим прийти до виконання своєї сутнісної структури («екзистенціальне виконання»). Слідом за Франклом ми розуміємо це як «екзистенціальний сенс» – наповненість життя сенсом, який, як правило, відчувається як «повнота життя», як «справжнє» життя, як проживання і як глибоке щастя, тому що в такому випадку життя є усвідомленим. Той, хто проживає

життя як наповнене сенсом, той не думає про нього, а відданий процесу його здійснення.

Низький G-показник (нижче 169) вказує на невиконаність екзистенції. Закритість Person (заикленість на собі і емоційна нездатність до діалогу), нерішучість і скрутність (відсутність відповідальної включеності в життя) відображаються в низьких значеннях загальної екзистенціальної наповненості. При низькому G під впливом стресів легше виникають психічні розлади. Якщо при низькому G-показнику вже є психічне захворювання, то існує ймовірність того, що воно вже має важку ступінь.

З ростом G-показника (середній = 216) внутрішня відкритість зростає і дає людині можливість йти до запитів і пропозицій зовнішнього світу, якщо обидва показники (P і E) ростуть в рівній мірі. При комбінації  $P > E$  теоретично слід очікувати, що людина відносно сильна в поводженні з самим собою і в емоційності, але швидше обмежена в здійсненні свого життя. Тому можна було б з обережністю говорити про сильну людину, яка в своєму способі життя знаходиться в діапазоні від стриманості до туги. В клінічній сфері у цій констеляції є схожість з депресивними розладами.

Якщо  $P < E$ , то теоретично слід очікувати, що людина відносно слабка в емоційних відчуттях, але сильна у здійсненні життя. У зв'язку з цим можна було з обережністю говорити про людину, яка не повному обсязі розкрилася у своїй силі, але добре пристосувалася до життя.

При дуже високому G-показнику (вище 249, максимальний показник 275) людина переживає себе дуже відкритою, доступною, сприйнятливою, рішучою, ясною, готовою до дії і тим, що мають почуття обов'язку. Немов тінь цих якостей, вона також переживає себе вразливою, строгою, як наслідок цього, пред'являє до себе високі вимоги. Через наявність дуже структурованих, послідовно реалізованих вимог до самого себе і, можливо, також і до інших, через занадто невеликий вільний простір, що не дозволяє спонтанно творити, без якогось плану, або безпосередньо насолоджувати-

ся, деякі люди з низьким G-показником не вважають, що варто прагнути його підвищувати.

Інтерпретація поєднань шкал. У співвідношенні субтестів один до одного може міститися додаткова інформація про здібності і сферах розладів персонально-екзистенціального виміру людини.

$SD > ST$ : дистанційоване, емоційне переживання і поведінка, людина може здаватися недоступною. Може тлумачитися як вказівка на високий рівень страху в переживаннях.

$SD < ST$ : Сильне емоційне переживання і поведінка, часто теплі люди, які створюють велику близькість, але у них є тенденція до беззахисності і до відсутності здатності до відмежування, також і по відношенню до себе самих. Виявляється клінічно, наприклад при тривожності, при схильності до депресії (особливо при депресіях-виснаженнях), велика готовність допомагати.

$F > V$ : Креативність в знаходженні можливостей жити і діяти, але обов'язкове «йти-на щось» відчувається як сором. Схильність до того, щоб виходити з відносин і зобов'язань, а також до необов'язкової рішучості, визначеності. Виявляється клінічно, наприклад при нарцисичних тенденціях (особливо в комбінації з високим SD і низькою ST).

$F < V$ : Почуття обов'язку, дотримуються заданого і обов'язкового, що веде до почуття несвободи. Схильність відставляти себе, піддаватися. Виявляється, наприклад, при депресіях (особливо в комбінації з низьким SD і високою ST).

$P > E$ : Сильна, але стримана людина (аж до загальмованості). Виявляється клінічно, скоріше, при депресивних розладах або при неврозах.

$P < E$ : Не зовсім розвинена, але життєздатна людина. Клінічне значення, скоріше, при особистісних розладах.



SD + F описують внутрішнє і зовнішнє *вільний простір* людини (динаміка обох субтестів знаходиться у встановленні дистанції, незалежності, можливість відійти, тобто протилежно до ST і V).

SD ↓ + P ↓: Очікується і спостерігалось в разі некомпенсованих психічних розладів при відсутності внутрішнього і зовнішнього відмежування. Клінічна картина виражена болем, стражданням і стисненістю (проте при одночасно низьких ST і F відчувається не з таким ступенем страждання).

SD ↓ + F ↑: Людина може проживати зовнішню свободу, проте їй не вистачає внутрішнього вільного простору по відношенню до себе самого. Також спостерігається в зв'язку з особистісними розладами (часто з однаково низькими ST або V).

SD ↑ + F ↓: Зовнішня несвобода при хорошому внутрішньому вільному просторі. Може бути пов'язано з неврозами (якщо V також низький).

SD ↑ + F ↑: Людина може брати для себе і утримувати багато внутрішнього і зовнішнього простору, що клінічно найчастіше виявляється при нарцисичних формах поведінки (особливо в комбінації з низькими показниками ST і O).

ST + V описують внутрішню і зовнішню *здатність* людини до *відносин*. (Динаміка обох субтестів розташована в сприйнятті близькості, зв'язку, відносин, тобто протилежно до ST + F).

ST ↓ + V ↓: Відсутність відносин, замкнутість, риси аутизму. Іноді це норми і задані цілі, які блокують відкритість і включеність.

ST ↓ + V ↑: Включеність без емоцій, дії з усвідомленням боргу, діловитість, надійність, дефіцит внутрішнього виконання і відчутих відносин. Також виявляється при особистісних розладах (якщо також і SD низький).

ST ↑ + V ↓: Необов'язкове співчуття, що не веде до дій. Може зустрічатись при невротичних розладах (особливо якщо також і F низький).

ST ↑ + V ↑: Співчуваюча, включена готовність до дії (наприклад допомагати) і здатність віддаватися цінностям в зв'язку з їхньою внутрішньою цінністю.

ST ↓ + F ↓: Слабка здатність приймати рішення (щодо власного життя) через скорочену чутливість щодо цінностей.

V ↓ + F ↓: Слабка здатність приймати рішення (щодо власного життя) через те, що бачить наслідки.

ST ↑ + F ↓: Високий ступінь вразливості при одночасній слабкій здатності приймати рішення, що вказує на депресивну форму реакції.

SD ↑ + ST ↓ + F ↑ + V ↓: Теоретично близько до нарцисичного способу поведження.

Після підрахунку балів будується профіль інтенсивності екзистенційності по кожній окремій шкалі у хворих на депресивні розлади різного генезу.

### 3.5. МД когнітивних процесів:

- *Монреальська Шкала оцінки когнітивних функцій (MoCa)* - використовувалась для оцінки когнітивної дисфункції (Z. Nasreddine, 2005) [438]. MoCA була розроблена як засіб швидкої оцінки при помірній когнітивній дисфункції. Шкала оцінює різні когнітивні сфери: увагу і концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію (рис. 2.2). Максимально можлива кількість балів – 30; 26 балів і більше вважається нормальним.

Випробуваному пропонується виконати завдання, орієнтовані на:

1. Створення альтернативного шляху;
2. Візуально-конструктивні навички (куб);
3. Візуально-конструктивні навички (годинник);
4. Називання;
5. Пам'ять;
6. Увага;

7. Повторення фрази;
8. Швидкість мови;
9. Абстрагування;
10. Відстрочене відтворення;
11. Орієнтація.



Рис. 2.2. Модель оцінки когнітивних функцій за шкалою MoCa

За результатами виконання завдань підсумовуються всі бали.

### 3.6. МД соціального функціонування:

- *Опитувальник I. Колер* був спрямований на вивчення ступеня задоволеності своїм соціальним функціонуванням в різних сферах у осіб з депресивними розладами різного генезу [122].

Респонденту пропонувалося оцінити взаємостосунки з родичами (чоловіком, дружиною, батьками, тещою, свекрухою та ін.) та відповісти на

питання за наступною схемою: «абсолютно вірно» – 5 балів; «швидше вірно» – 4 бали; «частково – так, частково – ні» – 3 бали; «швидше невірно» – 2 бали; «абсолютно невірно» – 1 бал.

За результатами опитувальника аналізувалися наступні шкали:

Джерела труднощів у подружньому житті;

Джерела труднощів у взаєминах з родичами;

Джерела труднощів у професійній сфері;

Джерела труднощів у соціальній сфері.

Підрахунок отриманих результатів здійснювався шляхом підсумовування даних шкали, які були співвіднесені з ключем. Для більш детального аналізу труднощів в соціальному функціонуванні був проведений аналіз окремих питань шкали.

- *Індекс життєвої задоволеності (ІЖЗ)*, адаптація Н. Паніної (С. Духновський) був призначений для оцінки інтересу до життя, загального фону настрою у осіб з депресивними розладами різного генезу [93]. Опитувальник діагностує індекс життєвої задоволеності, відображає загальний психологічний стан людини, ступінь його психологічного комфорту і соціально-психологічної адаптованості. Тест ІЖЗ може бути використаний для диференційованої оцінки особливостей стилю життя, потреб, мотивів, установок, ціннісних орієнтацій осіб з депресивними розладами, з метою визначення, які з них позитивно позначаються на їх загальному психологічному стані, а які – негативно.

Тест, розроблений групою американських вчених, що займаються соціально-психологічними проблемами геронтопсихології, і незабаром набув широкого поширення. Методика була переведена і адаптована Н. Паніною. Опитувальник ІЖЗ складається з 20 питань, результати відповідей яких зводяться до 5 шкал, які характеризують різні аспекти загального психологічного стану людини і його задоволеності життям. Обробка результатів відбувалась наступним чином: індекс загальної життєвої задоволеності визначається нарахуванням балів за ключем.

Інтерпретація результатів. Тест вимірює найбільш загальний психологічний стан людини, обумовлений його особистісними особливостями, системою відносин до різних сторін свого життя. Індекс життєвої задоволеності – інтегративний показник, що включає в якості основного носія емоційну складову. Для володарів високого значення індексу характерні низький рівень емоційної напруженості, висока емоційна стійкість, низький рівень тривожності, психологічний комфорт, високий рівень задоволеності ситуацією і своєю роллю в ній.

Під категорією «життєва задоволеність» розуміється саме загальне уявлення людини про психологічний комфорт, яке включає в себе: інтерес до життя як протилежність апатії; рішучість, цілеспрямованість, послідовність у досягненні життєвих цілей; узгодженість між поставленими і реально досягнутими цілями; позитивну оцінку власних якостей і вчинків; загальний фон настрою. Максимальний індекс життєвої задоволеності становить 40 балів. Середня життєва задоволеність – 25-30 балів. Показники менше 25 балів вважаються низькими. В якості додаткової інформації про те, які конкретні сфери життя приносять задоволення або незадоволення, можна порахувати кількість балів за шкалами (максимальна кількість балів за кожною шкалою - 8).

1. Інтерес до життя – шкала відображає ступінь ентузіазму, захопленого ставлення до звичайного повсякденного життя.

2. Послідовність в досягненні цілей. Високі показники за даною шкалою відображають такі особливості ставлення до життя, як рішучість, стійкість, спрямованість на досягнення цілей. Низька оцінка за цією шкалою відображає пасивне примирення з життєвими невдачами, покірне прийняття всього, що приносить життя.

3. Узгодженість між поставленими і досягнутими цілями. Високі показники відображають переконаність людини в тому, що вона досягла або здатна досягти тих цілей, які вважає для себе важливими.

4. Позитивна оцінка себе і власних вчинків. Високий бал відображає високу самооцінку.

5. Загальний фон настрою – шкала показує ступінь оптимізму, задоволення від життя.

Результати даного тесту дають можливість досить швидко отримати інформацію про загальний емоційний стан пацієнта, про сфери життя, які, можливо, є «проблемними» для нього і прийняти кроки для корекції останніх.

### 3.7. МД системи значущих відносин особистості:

- *Шкала сімейного оточення (ШСО)* (Р. Мус, адаптація С. Купріянова) призначена для оцінки соціального клімату в сім'ї осіб з депресивними розладами [176].

Основна увага ШСО приділяє виміру і опису:

- а) відносин між членами сім'ї (показники відносин);
- б) напрямками особистісного зростання, яким в сім'ї надається особливе значення (показники особистісного зростання);
- в) основна організаційна структура сім'ї (показники, що управляють сімейною системою).

Опитувальник містить 90 тверджень.

Респонденту надавалась наступна інструкція: «Вам належить вирішити, які з цих тверджень вірні щодо вашої сім'ї, які невірні. Якщо ви знаходите, що твердження вірне або в основному вірно щодо вашої сім'ї, поставте знак «х» в клітці, позначеної буквою «в» (вірне). Якщо ви вважаєте, що твердження невірне або в основному невірне, поставте знак «х» в клітці, позначеної буквою «н» (невірне). Вам може здатися, що деякі твердження є вірними щодо одних членів сім'ї і невірними щодо інших. Якщо члени сім'ї поділяються в світлі цього твердження порівну, вирішіть для себе, яким більш сильне враження про вашу сім'ю по кожному з тверджень».

Визначаються наступні шкали:

А. Показники відносин між членами сім'ї.

1. Згуртованість (С). Ступінь, в якій члени сім'ї піклуються одне про одного, допомагають один одному; вираженість почуття приналежності до сім'ї

2. Експресивність (Е). Ступінь, в якій в даній сім'ї дозволяється відкрито діяти і виражати свої почуття.

3. Конфлікт (К-т). Ступінь, в якій відкрите вираження гніву, агресії і конфліктних взаємовідносин в цілому характерно для сім'ї.

Б. Показники особистісного зростання.

4. Незалежність (Н). Ступінь, в якій члени сім'ї заохочуються до самоствердження, незалежності до самостійності в обмірковуванні проблем і прийнятті рішень.

5. Орієнтація на досягнення (ОД). Ступінь, в якій різним видам діяльності (навчанню, роботі та ін.). Надається характер досягнення і змагання.

6. Інтелектуально-культурна орієнтація (ІКО). Ступінь активності членів сім'ї в соціальній, інтелектуальній, культурній політичній сферах діяльності.

7. Орієнтація на активний відпочинок (ВАТ). Ступінь, в якій сім'я бере участь в різних видах активного відпочинку і спорту.

8. Морально-етичні аспекти (МНА). Ступінь сімейного поваги до етичних і моральних цінностей і положенням.

В. Показники управління сімейною системою.

9. Організація (О). Ступінь важливості для сім'ї порядку і організованості в плані структурування сімейної активності, фінансового планування, ясності і визначеності сімейних правил і обов'язків.

10. Контроль (К-л). Ступінь ієрархічності сімейної організації, ригідності сімейних правил і процедур, контролю членами сім'ї один одного.

При обробці даних дослідження для кожної шкали вираховується показник, який одержують шляхом підсумовування відповідей за всіма пунктами відповідної шкали. Потім вираховуються середні показники для всіх

членів сім'ї і викреслюється сімейний профіль, який порівнюється із середніми значеннями нормативного профілю.

Після підрахунку балів будується профіль особливостей сімейних стосунків по кожній окремій шкалі.

- *Опитувальник «Міжособистісні відносини»* (В. Абабков, Г. Ісуріна) використовувався для виявлення основних стилів взаємодії з оточуючими людьми [232]. Методика є інструментом для індивідуальної діагностики особистісної проблематики і змін в клінічній психології і психології особистості. Опитувальник дозволяє виявити, які інтерперсональні проблеми, і в якій мірі турбують людину, а також дає інформацію про систему інтерперсональних відносин.

Опитувальник складається з двох частин. Перша частина складалась із 39 питань, які відносяться до опису труднощів, що виникають при спілкуванні з іншими людьми. Друга частина складалась із 24 питань, які відображали якості, які проявляються у людей при спілкуванні та можуть викликатися напруженням. Випробуваному пропонувалось відповісти на питання та визначити, в якій мірі кожне твердження відповідає йому та власному досвіду. Методика для дослідження особистісних проблем дозволяє отримати загальний індекс вираженості особистісних проблем та оцінки за кожною шкалою:

Шкала РА – автократичність. Описує почуття, пов'язані з агресією, контролем і незалежністю. Особи з високими значеннями мають уявлення, що інші дуже хочуть їх змінити, маніпулювати ними. Вони мають труднощі в розумінні інших.

Шкала ВС – конкретність. Містить висловлювання, пов'язані з наступними інтерперсональними проблемами: труднощі довіряти іншим, підтримувати інших, сприймати і турбуватися про проблеми інших; радіти разом з іншими, співвідносити власні потреби з потребами інших. Люди з високими значеннями по цій шкалі вважають, що з іншими людьми потрібно стикатися, сперечатися, сваритися, що іншим не слід довіряти.



Шкала DE – холодність. Описує труднощі зобов'язання щодо інших, показувати власні почуття, адекватно сприймати інших і взаємодіяти з ними, любов і почуття близькості з іншими, комусь щось подарувати, прощати, вибачати, вибачатися. Проблема в тому, що вони вважають, що у відносинах з іншими слід бути холодними.

Шкала FG – соціальне уникнення. Містить інтерперсональні якості, відповідні конструкту «Інверсія». Труднощі приєднуватися (примикати) до групи, самому представлятися в групі (іншим, перед іншими) і бути відкритим, подружитися з ким-то, відкрито виражати почуття, зближуватися з іншими, страх і боязкість перед іншими людьми.

Шкала HI – невпевненість. Маркує негативний полюс домінантності в інтерперсональному полі. Описує проблеми з тим, щоб показати (виявити) власні потреби, встановити межі, впевнено вести себе, вказувати іншим на їхні проблеми, давати вказівки і розпорядження, проявляти агресію, бути впевненим і рішучим.

Шкала IK – поступливість. Описує труднощі в тому, щоб сказати «ні», відчувати і показувати роздратування по відношенню до інших, сперечатися і сваритися, страх образити і образити: почуття, що ти легко можеш дати себе вмовити і переконати, що ти довірливий і легковірний.

Шкала LM – турботливість. Описує труднощі в тому, щоб ставити іншим кордону, розлютитися по відношенню до іншої людини (точніше, бути лютим з тим, з ким хочеться бути лютим), висувати іншим власні вимоги. Поряд з цим висловлювати свої почуття, подобатися іншим, довіряти їм, легко довіряти іншим свої проблеми.

Шкала NO – експресія. Описує почуття, що не можна нічого приховувати від інших, не можна бути одному, триматися в стороні від справ інших, відчувати себе занадто відповідальним за інших, бути відкритим і балакучим, а також бути з іншими невігядливим (природним, безпосереднім) і звертати на них увагу.

Загальний індекс вираженості особистісних проблем підраховується наступним чином:  $IP_{ges} = PA + BC + DE + FG + HI + IK + LM + NO$

Після підрахунку балів будується профіль особливостей міжособистісних відносин по кожній окремій шкалі серед осіб з депресивними розладами різного генезу.

3.8. МД оцінки ефективності запропонованої програми реабілітації:

- Опитувальник «Реабілітаційний потенціал особистості» (І. Кулагіна, Л. Сенкевич) використовувалась для оцінки динаміки запропонованої програми психореабілітаційних втручань для осіб з депресивними порушеннями різної генези [144].

Методика «Реабілітаційний потенціал особистості» розроблена І. Кулагіною і Л. Сенкевич. При створенні методики використані і модифіковані відкриті питання анкети Ж. Порохіної і структурованого інтерв'ю Ю. Куртанової. Методика є опитувальником, призначеним для осіб, які мають хронічні захворювання, старше 16 років. Опитувальник включає 28 закритих питань з трьома варіантами відповідей і може застосовуватися як в груповій формі, так і індивідуально. Відповідно до інструкції випробуваному пропонується вибрати один з трьох відповідей до кожного питання.

Опитувальник включає п'ять шкал, що відповідають п'яти компонентам реабілітаційного потенціалу – мотиваційному, емоційному, самооціночному і комунікативному, а також внутрішню картину хвороби.

Мотиваційний компонент відображає широту інтересів і ступінь активності хворого, який включається в рішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я.

Емоційний компонент являє загальний емоційний фон життя хворого (позитивний-негативний), його динаміку в зв'язку з захворюванням і можливістю регуляції емоційних реакцій.

У самооціночний компонент входять уявлення про свої найбільш значущі якості і ставлення до себе як до хворої людини.

Комунікативний компонент розкриває специфіку значущих соціальних зв'язків і динаміку міжособистісних відносин під час хвороби.

Внутрішня картина хвороби є особливим компонентом реабілітаційного потенціалу. Вона враховується при визначенні реабілітаційного потенціалу в цілому та аналізується як самостійний показник.

При первинній обробці отриманих даних за допомогою опитувальника, перш за все, підраховуються бали. Кожна обрана пацієнтом відповідь оцінюється від 0 до 2 балів. Відсутність бала («нульовий» бал) свідчить про недостатність особистісних ресурсів в певній сфері, необхідних для ефективного протистояння хронічному захворюванню. 2 бали відображають наявність особистісних ресурсів в цій сфері, що сприяють успішній реабілітації і реадаптації. Підраховуються сирі бали за кожної із п'яти шкал. Бали, отримані конкретним пацієнтом по всіх шкалах, підсумовуються і переводяться у відсотки. Наприклад, якщо отриманий середньогруповий показник 35,81 бала, максимально можливу кількість балів – 56 балів – приймається за 100 %, 35,81 бала позначається як X %;  $X = 35,81 \times 100 : 56 = 63,95\%$ . Таким чином встановлюється загальний рівень реабілітаційного потенціалу. Окремо розглядається внутрішня картина хвороби. Сума балів за відповідною шкалою також перекладається у відсотки.

- *Індекс життєвої задоволеності (ІЖЗ) (див. вище).*

Математико-статистичний метод дослідження використовувався для підтвердження/спростовування репрезентативності даних, вірогідності розбіжностей між групами порівняння, пошуку взаємозв'язків та факторів, що можуть виступати в якості реабілітаційного потенціалу хворих на депресивні розлади різної генези [79; 190].

В процесі роботи усі отримані дані в цифровій формі вносилися в спеціально створену базу даних. Формування зведених таблиць проводили за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. Обробку одержаних даних здійснювали за допомогою дисперсійного, кореляційного та факторного аналізу на ПЕОМ за допомогою програм SPSS 16.0 та MS Excel v.8.0.3.

Репрезентативність даних при формуванні груп порівняння, основної та контрольної визначали методом контролю над поточною імовірністю за [190]. Це надало змогу, з одного боку, забезпечити вірогідність результатів, а з другого – не допустити невиправданого росту вибірок в основній та контрольній групах. При цьому, розраховували поточне значення критерію « $t_j$ », величини якого звіряли з табличними даними для встановлення імовірності ( $p$ ). Збільшення кількості спостережень припиняли за досягнення  $p < 0,05$ .

Вірогідності розходжень між отриманими емпіричними розподілами визначали за критерієм Стьюдента ( $t$ ), точним методом Фішера (ТМФ) [190].

Перевірку наявності взаємозв'язків між показниками здійснювали методом кореляційного аналізу.

Впровадження підходів доказової медичної психології вимагає суворої формальної оцінки будь-яких диференціально-діагностичних ознак, що вивчаються. Тому, усе розмаїття інформації про різнорідні фактори і маркери, що були отримані за допомогою описаних вище методів дослідження, вимагали узагальнення, зіставлення і комплексного урахування. Для формалізації цих різнорідних даних застосована неоднорідна послідовна процедура Вальда у модифікації Е. Гублера, що передбачає розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) для кожної з ознак, оцінку міри інформативності (МІ), підрахунок сум діагностичних коефіцієнтів сукупностей ознак і їхнє порівняння із граничними значеннями при кожному заданому рівні достовірності [79].

Діагностичні коефіцієнти і міри інформативності розраховували за формулами:

$$DK(x_{ij}) = 10 \lg \frac{P(x_{ij}/A_1)}{P(x_{ij}/A_2)},$$

(2.1)

$$J(x_{ij}) = 10 \lg \frac{P(x_{ij}/A_1)}{P(x_{ij}/A_2)} \cdot 0,5 [P(x_{ij}/A_1) - P(x_{ij}/A_2)],$$

(2.2)

де  $DK$  – діагностичний коефіцієнт;

$J(x_{ij})$  – міра інформативності Кульбака;

$P(x_{ij}/A_1)$  – частота ознаки в першій групі порівняння;

$P(x_{ij}/A_2)$  – частота ознаки в другій групі порівняння.

Другий етап дослідження увібрав у себе і елементи інтерпретаційної роботи: аналіз отриманих емпіричних даних (із залученням аналітичних і описових методів); математична обробка кількісних показників; інтерпретація проміжних результатів дослідження методом поздовжніх і поперечних зрізів (із використанням цифрових і відсоткових даних). Особливе значення для аналізу результатів пошуково-констатувального етапу роботи мали методи математичної статистики: описові статистики, кореляційний, факторний та регресійний аналіз отриманих експериментальних даних; методи вірогіднісного розподілу (Т-критерій Стьюдента, F-розподіл Фішера, Т-критерій Вілкоксона).

Серед загалу існуючих математичних моделей для групування психологічних ознак, першим був використаний кореляційний аналіз, який мав на меті визначити ступінь сили та напрямку статистично значущих взаємозв'язків між комплексом особистісно-психологічних та індивідуально-характерологічних особливостей осіб. Для досягнення поставленої мети був обраний коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона ( $r$ ), який у відповідності до загальнопоширених критеріїв розраховувався у п'ять етапів: 1) відбір змінних для аналізу; 2) побудова кореляційного поля і формування коре-

ляційної таблиці; 3) розрахунок рівня значимості характеристик кореляційних зв'язків; 4) обчислення вибірових коефіцієнтів кореляції; 5) кількісно-якісний аналіз отриманих даних.

Після побудови й оцінки кореляційної матриці був застосований факторний аналіз даних, який є одним із ефективних методів багатовимірного прикладного аналізу і дозволив суттєво знизити розмірність простору первинних даних. Призначенням факторного аналізу є виявлення ряду компонентів (факторів), які можна знайти при вивченні певного психологічного конструкту. Цей метод нап'язаний пов'язаний із аналізом патернів кореляції у сукупності оціночних суджень. Передбачається, що компоненти, які тісно пов'язані між собою потрапляють в один і той самий фактор.

У контексті нашого дослідження факторний аналіз дав можливість обґрунтовано зменшити кількість змінних психологічних параметрів особистісно-адаптаційних характеристик, з метою їх подальшого опису, при умові мінімальної втрати вихідної інформації. У результаті – масив експериментальних даних був розбитий на структурні компоненти – фактори. Кожен фактор представляє собою окрему групу взаємопов'язаних ознак, які визначають його змістовну інтерпретацію і тісно пов'язані між собою. Для оцінки факторних навантажень був обраний метод головних компонент, що допоміг здійснити перехід до нової системи координат, яка є сукупністю нормованих лінійних комбінацій, що виступають власними векторами кореляційної матриці. Позитивний знак факторного навантаження розглядався як прямий зв'язок певної змінної з конкретним фактором, а негативний – як обернений.

В цілому, використаний в дослідженні комплекс методів був адекватний цілі і завданням дослідження та спрямований на змістовний та якісний аналіз реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різного генезу, підкріплений математико-статистичною обробкою даних.

### 2.3. Загальна характеристика особистості з депресивними розладами

Вибірку склали 452 респондента віком від 20 до 49 років (з них 270 досліджуваних основної групи (147 (54,4%) жінок та 123 (45,6%) чоловіка) з депресивними порушеннями невротичного спектру) та 182 досліджуваних (98 (53,8%) жінок і 84 (46,2%) чоловіка) без розладів афективної сфери, які увійшли у контрольну групу). Подальший аналіз соціально-демографічних характеристик проводився у кожній групі окремо. Розподіл обстежених за віком, статтю та соціальним статусом представлено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

#### Загальна соціально-демографічна характеристика вибірки

Показник, який оцінюється	Особи з невротичними депресіями	Особи з органічними депресіями	Особи з ендогенними депресіями	Особи без психічних розладів
	% ± m %			
Стать:				
- чоловіча	35,16 ± 3,15*	46,51 ± 4,00	47,31 ± 3,73	46,43 ± 4,09
- жіноча	64,84 ± 4,27*	53,49 ± 4,29	52,69 ± 3,94	53,57 ± 4,40
Вікові групи:				
- 18 – 29	34,07 ± 3,07*	20,93 ± 2,19	13,98 ± 1,41	33,33 ± 3,28*
- 30 – 39	32,97 ± 3,00	31,40 ± 3,06	36,56 ± 3,17	34,52 ± 3,37
- 40 – 49	29,67 ± 2,76	37,21 ± 3,47	41,94 ± 3,47*	29,76 ± 3,01
- 50 – 59	3,30 ± 0,36	10,47 ± 1,16*	7,53 ± 0,79	2,38 ± 0,28
Освіта:				
- середня	10,99 ± 1,15	20,93 ± 2,19*	20,43 ± 1,98*	5,95 ± 0,70
- середня спеціальна	13,19 ± 1,37	27,91 ± 2,79*	34,41 ± 3,03*	20,24 ± 2,18
- незакінчена вища	34,07 ± 3,07	37,21 ± 3,47	29,03 ± 2,66	33,33 ± 3,28
- вища	41,76 ± 3,54*	13,95 ± 1,52	16,13 ± 1,61	40,48 ± 3,76*
Місце проживання:				
- місто	64,84 ± 4,27*	59,30 ± 4,45	51,61 ± 3,90	75,00 ± 4,52*
- сільська місцевість	35,16 ± 3,15	40,70 ± 3,69	48,39 ± 3,78*	25,00 ± 2,61
Сімейний стан:				
- перебувають у шлюбі	51,65 ± 3,99	55,81 ± 4,36	41,94 ± 3,47	71,43 ± 4,60*
- не перебувають у шлюбі	48,35 ± 3,86	44,19 ± 3,88	58,06 ± 4,09*	28,57 ± 2,91

5i				
Соціальна зайнятість:				
- працюють	54,95 ± 4,10	51,16 ± 4,21	40,86 ± 3,42	84,52 ± 4,01*
- не працюють	45,05 ± 3,71	48,84 ± 4,11	59,14 ± 4,11*	15,48 ± 1,71
Характер праці:				
- розумова	54,00 ± 7,47	43,18 ± 7,57	44,74 ± 8,99	61,97 ± 5,46*
- фізична	46,00 ± 6,90	56,82 ± 8,68*	55,26 ± 9,99*	38,03 ± 4,28
<i>Примітка: * - відмінності вірогідні при p &lt; 0,05</i>				

Як видно з табл. 2.5, у всіх групах випробовуваних переважали особи жіночої статі, при невротичних депресіях їх кількість склала 64,84 %; при органічних депресіях – 53,49 %; при ендогенних депресіях – 52,69 % в групі осіб без психічних розладів – 53,57 %. При цьому були отримані вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні жінок та меншій кількості чоловіків в групі осіб з невротичними депресіями, ніж в інших групах обстежених ( $p < 0,039$ , ДК=0,83, МІ=0,05).

Вік досліджуваних з різними формами депресивних розладів коливався в межах від 20 до 49 років, при цьому переважали випробовувані старше 30 років.

При депресивних розладах невротичного генезу 34,07 % осіб були віком 20-29 років, 32,97 % осіб – 30-39 років, 29,67 % осіб відносилися до вікової групи 40-49 років та лише 3,30 % – до вікової групи 40-99 років. При депресивних розладах органічного генезу переважали особи 40-49 років (37,21 ± 3,47) %, також значна кількість обстежених знаходилась у віковому діапазоні 30-39 років (31,40 ± 3,06) %. При депресивних розладах ендогенного генезу спостерігалася подібна тенденція: при переважній більшості осіб старше 40 років, які склали 41,94 % всіх піддослідних цієї форми патології, відзначалася значна кількість осіб 30-39 років (36,56 ± 3,17) %. В контрольній групі осіб без психічних розладів 33,33 % осіб були віком 20-29 років, 34,52 % осіб – 30-39 років, 29,76 % осіб знаходилися у віковому діапазоні 40-49 років. При цьому були отримані вірогідні розбіжності, що полягали у переважанні осіб віком 20-29 років серед осіб з нев-



ротичними депресіями та осіб без психічних розладів в порівнянні з особами з органічними депресіями ( $p < 0,020$ , ДК=2,12, МІ=0,14 та  $p < 0,026$ , ДК=2,02, МІ=0,13 відповідно), при яких було більше осіб 40-49 років ( $p < 0,041$ , ДК=5,02, МІ=0,18 та  $p < 0,025$ , ДК=6,43, МІ=0,26 відповідно) та ендогенними депресіями ( $p < 0,001$ , ДК=3,87, МІ=0,39 та  $p < 0,001$ , ДК=3,77, МІ=0,37 відповідно), при яких було більше осіб 40-49 років ( $p < 0,027$ , ДК=1,50, МІ=0,09 та  $p < 0,030$ , ДК=1,99, МІ=0,09 відповідно).

За рівнем освіти у здорових осіб та осіб з невротичною депресією переважали особи з закінченою вищою освітою ((40,48 ± 3,76) % та (41,76 ± 3,54) % відповідно) та незакінченою вищою освітою ((33,33 ± 3,28) % та (34,07 ± 3,07) % відповідно). Серед хворих на органічні депресії переважали особи з незакінченою вищою освітою (37,21 ± 3,47) %, а також особи з середньою спеціальною (27,91 ± 2,79) % та загальною середньою освітою (20,93 ± 2,19) %. Серед осіб з депресивними розладами ендогенного генезу у 34,41 % осіб визначалась середня спеціальна освіта, у 29,03 % хворих – незакінчена вища освіта, у 20,43 % осіб – середня загальна освіта та 16,13 % осіб мали вищу освіту. Було встановлено, що у осіб без психічної патології та осіб з невротичною депресією переважали особи з наявністю вищої освіти у порівнянні з хворими на органічні ( $p < 0,0001$ , ДК=4,63, МІ=0,61 та  $p < 0,0001$ , ДК=4,76, МІ=0,66 відповідно) та ендогенні депресії ( $p < 0,0001$ , ДК=4,00, МІ=0,49 та  $p < 0,0001$ , ДК=4,13, МІ=0,53 відповідно), при яких переважали особи з наявністю загальної середньої ( $p < 0,032$ , ДК=2,80, МІ=0,14 та  $p < 0,035$ , ДК=2,69, МІ=0,13 відповідно) та спеціальної середньої ( $p < 0,007$ , ДК=3,26, МІ=0,24 та  $p < 0,01$ , ДК=2,30, МІ=0,1 відповідно) освіти.

За місцем проживання переважали особи, які мешкали у місті: 64,84 % осіб з невротичними депресіями, 59,30 % осіб з органічними депресіями, 51,61 % осіб з ендогенними депресіями та 75,00 % осіб без психічної патології. Було визначено, що особи без психічних розладів відрізнялись від осіб з депресивними розладами переважною кількістю осіб, які мешка-

ли у місті ( $p < 0,045$ , ДК=0,63, МІ=0,034), у той час коли серед осіб з депресивними розладами було більше осіб, що мешкали у сілі ( $p < 0,045$ , ДК=1,48, МІ=0,08). Також було визначено, що міських осіб з невротичними депресіями було більше у порівнянні з хворими на ендogenous депресії ( $p < 0,023$ , ДК=0,99, МІ=0,07), при яких було більше осіб, що мешкали у селі ( $p < 0,023$ , ДК=1,39, МІ=0,09).

За соціальним статусом було встановлено, що більшість осіб без психічних розладів ( $71,43 \pm 4,60$ ) %, а також більшість осіб з невротичними ( $51,65 \pm 3,99$ ) % та органічними ( $55,81 \pm 4,36$ ) % депресіями перебували в шлюбі, а більшість осіб з ендogenous депресіями – не були одружені ( $58,06 \pm 4,09$ ) %. При цьому було визначено, що кількість осіб, які мали шлюб, була більшою у здорових, ніж при депресивних розладах ( $p < 0,01$ , ДК=1,07, МІ=0,08), а також встановлено, що при ендogenous депресіях кількість одружених осіб була меншою за невротичні ( $p < 0,049$ , ДК=0,90, МІ=0,04) та органічні ( $p < 0,021$ , ДК=1,24, МІ=0,09) депресії.

Аналіз соціальної зайнятості та характеру праці продемонстрував, що 54,95 % хворих з невротичними депресіями, 51,16 % осіб з органічними депресіями та 84,52 % здорових осіб мали роботу, у той час коли більшість осіб з ендogenous депресіями - ні ( $59,14 \pm 4,11$ ) %. При цьому було визначено, що серед працюючих у більшості хворих на невротичні депресії та осіб без психічної патології переважав розумовий характер праці ( $(54,00 \pm 7,47)$  % та  $(61,97 \pm 5,46)$  % відповідно), а у осіб з органічними та ендogenous депресіями – фізичний характер праці ( $(56,82 \pm 8,68)$  % та  $(55,26 \pm 9,99)$  % відповідно). Статистичний аналіз отриманих даних дозволив відзначити, що кількість осіб, які не працюють, була більшою серед осіб з невротичною, органічною та ендogenous депресіями в порівнянні з особами без психічних розладів ( $p < 0,0001$ , ДК=4,64, МІ=0,69,  $p < 0,0001$ , ДК=4,99, МІ=0,83 та  $p < 0,0001$ , ДК=5,82, МІ=1,27 відповідно), при цьому біло визначено, що осіб, які не мали роботи, було більше серед хворих з ендogenous депресіями, ніж серед хворих з невротичними та органічними депре-

сіями ( $p < 0,01$ , ДК=1,18, МІ=0,08, та  $p < 0,046$ , ДК=083, МІ=0,04 відповідно). Також було встановлено, що здорові особи відрізнялись переважанням розумового характеру праці, а особи з ендogenous та органічними депресіями – фізичного характеру праці ( $p < 0,036$ , ДК=1,42, МІ=0,12 та  $p < 0,022$ , ДК=1,57, МІ=0,15 відповідно).

На сучасному етапі важливим провокуючим чинником розвитку депресивних розладів є наявність факторів психічної травматизації, серед яких найбільшого значення набувають соціальні чинники. Так, 56,82 % обстежених при опитуванні безпосередньо пов'язували розвиток первинного депресивного епізоду внаслідок дії психогенних чинників. З перебігом захворювання кількість осіб, які впевнено називали фактори психічної травматизації в якості провокуючих чинників щодо поточного епізоду, ставала меншою і становила 43,18 % обстежених. При цьому, важливо зауважити, що ця категорія хворих у переважній більшості належала до вікових груп після 40 років (89,47 % осіб) і налічувала від 3 до 5 депресивних епізодів в анамнезі (78,95 % осіб). Деякі особливості простежувалися і у самій структурі факторів психічної травматизації при різних типах депресивного розладу (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Структура факторів психічної травматизації у осіб з депресивними розладами**

Фактор психічної травматизації	Особи з невротичними депресіями	Особи з органічними депресіями	Особи з ендogenousними депресіями
	% ± m %		
1	2	3	4
Пов'язаний зі здоров'ям власним / близького оточення	20,88 ± 2,06	33,72 ± 3,23*	21,58 ± 2,16
Пов'язаний з сімейними / особистісними стосунка-	27,47 ± 2,60*	12,79 ± 1,41	13,98 ± 1,41

ми			
Пов'язаний з професійною діяльністю	21,98 ± 2,16	23,26 ± 2,40	17,20 ± 1,70
Соціально-економічний	15,38 ± 1,57	11,63 ± 1,29	19,35 ± 1,89
Соціально-психологічний	14,29 ± 1,47	18,60 ± 1,97	26,88 ± 2,50*
<i>Примітка: * - відмінності вірогідні при <math>p &lt; 0,05</math></i>			

Так, за даними табл. 2.6, в структурі виявлених у обстежених факторів психічної травматизації при невротичних депресіях переважали фактори, пов'язані з сімейними та особистісними стосунками ( $27,47 \pm 2,60$ ) %, професійною діяльністю ( $21,98 \pm 2,16$ ) % та з власним здоров'ям ( $20,88 \pm 2,06$ ) %. При органічних депресіях на перший план виходили фактори психічної травматизації, пов'язані з власним здоров'ям ( $33,72 \pm 3,23$ ) % та професійною діяльністю ( $23,26 \pm 2,40$ ) %. При ендогенних депресіях переважали соціально-психологічні чинники ( $26,88 \pm 2,50$ ) % (зокрема, «невпевненість в завтрашньому дні», інформація ЗМІ) та фактори психічної травматизації, пов'язані із здоров'ям ( $21,58 \pm 2,16$ ) %. Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що переважання фактори психічної травматизації, пов'язаного із сім'єю та особистісними стосунками був більш виражений серед осіб з невротичною депресією, ніж серед хворих на органічні та ендогенні депресії ( $p < 0,007$ , ДК=3,32, МІ=0,24 та  $p < 0,01$ , ДК=2,93, МІ=0,20 відповідно). Фактор психічної травматизації, пов'язаний з власним здоров'ям був більш виражений у хворих на органічні депресії, ніж при невротичних та ендогенних депресіях ( $p < 0,021$ , ДК=2,08, МІ=0,13 та  $p < 0,033$ , ДК=1,74, МІ=0,10 відповідно). Вираженість соціально-психологічного фактору психічної травматизації відрізняв хворих на ендогенні депресії від осіб з невротичними та органічними депресіями ( $p < 0,01$ , ДК=2,75, МІ=0,17 та  $p < 0,049$ , ДК=1,60, МІ=0,07 відповідно).

При оцінці клінічної картини депресивних розладів особлива увага приділялась вивченню усього депресивного спектру клініко-психопатологічних проявів (табл. 2.7).

Структура проявів депресивного спектру у хворих на депресивні розлади характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Так, аналіз отриманих даних свідчить про те, що у всіх 100,00 % обстежених провідним симптомом був пригнічений настрій.

Також серед афективних проявів у більшості осіб з невротичною депресією спостерігались дратівливість ( $95,60 \pm 2,23$ ) %, тривога ( $90,11 \pm 3,15$ ) % та відчуття напруги ( $86,81 \pm 3,50$ ) %, у осіб з органічними депресіями – дратівливість ( $80,23 \pm 4,20$ ) % та тривога ( $74,42 \pm 4,43$ ) %. У хворих на ендогенні депресії були виражені усі афективні прояви: у 73,12 % осіб визначалось відчуття туги, у 76,34 % - дратівливість, у 74,19 % - тривога та у 61,29 % - відчуття напруги.

Таблиця 2.7

**Прояви депресивного спектру у осіб з депресивними розладами різної генези**

Показники, які оцінюються	Особи з невротичними депресіями	Особи з органічними депресіями	Особи з ендогенними депресіями
	% $\pm$ m %		
1	2	3	4
<b>Афективні прояви:</b>			
- пригнічений настрій	100,00	100,00	100,00
- відчуття туги	40,66 $\pm$ 3,48	47,67 $\pm$ 4,06	73,12 $\pm$ 4,12
- відчуття напруги	86,81 $\pm$ 3,50	44,19 $\pm$ 3,88	61,29 $\pm$ 4,14
- тривога	90,11 $\pm$ 3,15	74,42 $\pm$ 4,43	74,19 $\pm$ 4,10
- дратівливість	95,60 $\pm$ 2,23	80,23 $\pm$ 4,20	76,34 $\pm$ 4,04
<b>Мотиваційно-вольові прояви:</b>			
- зниження зацікавленості	58,24 $\pm$ 4,18	82,56 $\pm$ 4,06	88,17 $\pm$ 3,30
- зменшення активності та ініціативи	67,03 $\pm$ 4,28	79,07 $\pm$ 4,26	96,77 $\pm$ 1,89
- зниження продуктивності діяльності	82,42 $\pm$ 3,84	91,86 $\pm$ 3,08	84,95 $\pm$ 3,58
- відчуття провини, самозвинувачення,	54,95 $\pm$ 4,10	52,33 $\pm$ 4,25	80,65 $\pm$ 3,86

зниження самооцінки			
- неспроможність приймати рішення	84,62 ± 3,69	69,77 ± 4,51	69,89 ± 4,17
- відчуття відсутності перспективи у майбутньому	86,81 ± 3,50	79,07 ± 4,26	86,47 ± 2,76
- суїцидальні думки	38,46 ± 3,35	31,40 ± 3,06	62,37 ± 4,16
Когнітивні прояви:			
- погіршення пам'яті	25,27 ± 2,43	94,19 ± 2,67	46,24 ± 3,69
- зниження концентрації уваги	70,33 ± 4,26	98,84 ± 1,25	91,40 ± 2,91
- психічна виснаженість	75,82 ± 4,14	96,51 ± 2,12	95,70 ± 2,16
Психомоторні прояви:			
- ретардація (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікаційної сфери)	34,07 ± 3,07	74,42 ± 4,43	92,47 ± 2,76
- ажитація (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність)	65,93 ± 4,28	25,58 ± 2,60	7,53 ± 0,79
Соматичні прояви:			
Порушення базових функцій:			
- розлади сну	91,21 ± 3,15	90,70 ± 3,25	98,92 ± 1,12
- порушення апетиту	73,63 ± 4,20	63,95 ± 4,52	83,87 ± 3,66
- втрата ваги	58,24 ± 4,18	75,58 ± 4,39	75,27 ± 4,07
- зниження статевого потягу	46,15 ± 3,76	69,77 ± 4,51	87,10 ± 3,40
Порушення вітального тону функцій:			
- фізична стомлюваність	57,14 ± 4,16	95,35 ± 2,42	67,74 ± 4,18
- млявість та зниження енергії	70,33 ± 4,26	91,86 ± 3,08	88,17 ± 3,30
Неприємні тілесні відчуття (болю, напруги, важкості, оніміння тощо)			
	68,13 ± 4,27	79,07 ± 4,26	58,06 ± 4,09
Вісцеральні симптоми:			
- кардіоваскулярні	69,23 ± 4,27	82,56 ± 4,06	61,29 ± 4,14
- гастроінтестинальні	62,64 ± 4,25	86,05 ± 3,78	76,34 ± 4,04
- респіраторні	64,84 ± 4,27	80,23 ± 4,20	75,27 ± 4,07

Серед мотиваційно-вольових проявів у осіб з невротичною депресією найчастіше спостерігалось відчуття відсутності перспективи у майбутньому (86,81 ± 3,50) %, труднощі у прийнятті рішень (84,62 ± 3,69) %, зниження продуктивності діяльності (82,42 ± 3,84) % та зменшення активності та ініціативи (67,03 ± 4,28) %. У осіб з органічною депресією переважали зниження продуктивності і зацікавленості ((91,86 ± 3,08) % та (82,56 ± 4,06) % відповідно), активності та ініціативи (79,07 ± 4,26) % та песимістичний погляд на майбутнє (79,07 ± 4,26) %. У хворих на ендогенні депресії провідними мотиваційно-вольовими ознаками депресії виступали вираженість апатії (96,77 ± 1,89) %, зниження зацікавленості і продуктивності діяльності ((88,17 ± 3,30) % та (84,95 ± 3,58) % відповідно), відчуття відсутно-

сті перспективи у майбутньому ( $86,47 \pm 2,76$ ) % та наявність низької самооцінки та почуття провини ( $80,65 \pm 3,86$ ) %.

В структурі когнітивних проявів у осіб з невротичною депресією переважали психічна виснаженість ( $75,82 \pm 4,14$ ) % та зниження концентрації уваги ( $70,33 \pm 4,26$ ) %. У хворих на органічні депресії були виражені всі ознаки когнітивних проявів депресії: погіршення пам'яті і уваги ( $94,19 \pm 2,67$  % та  $98,84 \pm 1,25$  % відповідно) та психічна виснаженість ( $96,51 \pm 2,12$ ) %. У осіб з ендogenous депресіями в структурі когнітивних проявів була виражена психічна виснаженість ( $95,70 \pm 2,16$ ) % та зниження концентрації уваги ( $91,40 \pm 2,91$ ) %.

Психомоторні порушення в групі обстежених з органічними та ендogenous депресіями були представлені переважно ретардацією ( $74,42 \pm 4,43$  % та  $92,47 \pm 2,76$  % відповідно), що проявлялось загальмованістю рухів, звуженням комунікативної сфери, гіпомімією. У осіб з невротичною депресією, навпаки, психомоторні прояви виражалися в переважанні ажитації ( $65,93 \pm 4,28$ ) %, що проявлялось метушливістю та непосидючістю.

Соматичні прояви депресії були представлені порушеннями базових функцій, вітального тону, неприємними тілесними відчуттями та вісцеральними симптомами. Так, особи з невротичними депресіями характеризувались вираженістю інсомнії ( $91,21 \pm 3,15$ ) %, зниження апетиту ( $73,63 \pm 4,20$ ) %, наявності млявості та зниження енергетичного тону ( $70,33 \pm 4,26$ ) %, вираженістю неприємних тілесних відчуттів ( $68,13 \pm 4,27$ ) % і кардіоваскулярних, гастроінтестинальних та респіраторних симптомів ( $69,23 \pm 4,27$  %,  $62,64 \pm 4,25$  % та  $64,84 \pm 4,27$  % відповідно). У респондентів з органічними депресіями соматичні прояви депресії були вираженими та характеризувались порушеннями базових функцій (сну ( $90,70 \pm 3,25$ ) %, апетиту ( $63,95 \pm 4,52$ ) %, ваги ( $75,58 \pm 4,39$ ) % та лібідо ( $69,77 \pm 4,51$ ) %), порушеннями вітального тону (фізичної стомлюваності ( $95,35 \pm 2,42$ ) % та зниження енергії ( $91,86 \pm 3,08$ ) %), наявності неприємних тілесних відчуттів ( $79,07 \pm 4,26$ ) % та вираженості вісцеральних симптомів (кардіоваскулярних, гастроінтестинальних та респіраторних ( $82,56 \pm 4,06$  %,  $86,05 \pm$

3,78 % та  $80,23 \pm 4,20$  % відповідно)). У хворих на ендogenous депресії були виражені розлади сну ( $98,92 \pm 1,12$ ) %, зниження апетиту ( $83,87 \pm 3,66$ ) %, зниження статевого потягу ( $87,10 \pm 3,40$ ) %, втрата ваги ( $75,27 \pm 4,07$ ) %, зниження енергії ( $88,17 \pm 3,30$ ) %, наявність гастроінтестинальних та респіраторних симптомів ( $76,34 \pm 4,04$  % та  $75,27 \pm 4,07$  % відповідно).

Результати статистичного аналізу, що був проведений за точним методом Фішера, дозволив встановити, що серед афективних проявів особи з ендogenous депресіями відрізнялись вираженістю почуття туги в порівнянні з хворими на невротичні та органічні депресії ( $p < 0,0001$ , ДК=2,22, МІ=0,30 та  $p < 0,03$ , ДК=1,53, МІ=0,15 відповідно), у той час коли хворі на невротичні депресії відрізнялись більшою вираженістю напруги, тривоги та дратівливості у порівнянні з хворими на органічні ( $p < 0,0001$ , ДК=2,93, МІ=0,63,  $p < 0,003$ , ДК=0,83, МІ=0,07 та  $p < 0,001$ , ДК=0,76, МІ=0,06 відповідно) та ендogenous ( $p < 0,0001$ , ДК=1,51, МІ=0,19,  $p < 0,002$ , ДК=0,84, МІ=0,07 та  $p < 0,0001$ , ДК=0,98, МІ=0,09 відповідно) депресії.

За мотиваційно-вольовими проявами особи з невротичними депресіями відрізнялись труднощами в прийнятті рішень у порівнянні з хворими на органічні та ендogenous ( $p < 0,009$ , ДК=0,84, МІ=0,06 та  $p < 0,008$ , ДК=0,83, МІ=0,06 відповідно) депресії, у той час коли особи з органічними та ендogenous депресіями відрізнялись більшою вираженістю апатії ( $p < 0,0001$ , ДК=1,52, МІ=0,18 та  $p < 0,0001$ , ДК=1,80, МІ=0,27 відповідно) та зниженням активності ( $p < 0,027$ , ДК=0,72, МІ=0,04 та  $p < 0,0001$ , ДК=1,59, МІ=0,24 відповідно). Зниження продуктивності діяльності відрізняло хворих на органічні депресії від осіб з невротичними депресіями ( $p < 0,031$ , ДК=0,47, МІ=0,02). Хворі на ендogenous депресії відрізнялись від осіб з невротичними та органічними депресіями більшою вираженістю почуття провини, низької самооцінки ( $p < 0,0001$ , ДК=1,67, МІ=0,21 та  $p < 0,0001$ , ДК=1,88, МІ=0,27 відповідно) та суїцидальних думок ( $p < 0,0006$ , ДК=2,10, МІ=0,25 та  $p < 0,0001$ , ДК=2,98, МІ=0,46 відповідно). Треба також зазначити, що песимістичний погляд на майбутнє ( $p < 0,006$ , ДК=0,68, МІ=0,05) та



зниження активності й ініціативи ( $p < 0,0001$ , ДК=0,88, МІ=0,08) відрізняли хворих з ендogenous депресіями від осіб з органічними депресіями.

За когнітивними проявами особи з невротичними депресіями відрізнялись від інших груп наявністю менш виражених когнітивних порушень ( $p < 0,001$ , ДК=2,62, МІ=0,27), а у осіб з органічними депресіями порушення пам'яті та концентрації уваги були більш вираженими, ніж у осіб з ендogenous депресіями ( $p < 0,0001$ , ДК=3,09, МІ=0,74 та  $p < 0,020$ , ДК=0,34, МІ=0,01 відповідно).

За психомоторними проявами особи з невротичними депресіями відрізнялись більшою вираженістю ажитації, ніж досліджувані з органічними та ендogenous депресіями ( $p < 0,0001$ , ДК=4,11, МІ=0,83 та  $p < 0,0001$ , ДК=9,42, МІ=2,75 відповідно), а досліджувані з ендogenous депресіями – переважанням загальмованості у порівнянні з хворими на невротичну та органічну депресію ( $p < 0,0001$ , ДК=4,34, МІ=1,27 та  $p < 0,0007$ , ДК=0,94, МІ=0,07 відповідно).

Статистичний аналіз даних щодо соматичних проявів дозволив встановити, що особи з ендogenous депресіями відрізнялись від інших груп обстежених більшою вираженістю інсомнії, порушеннями апетиту, втратою ваги та зниженням лібідо ( $p < 0,034$ , ДК=0,35, МІ=0,01). У хворих на невротичні розлади були більш виражені втрата апетиту в порівнянні з хворими на органічні депресії ( $p < 0,049$ , ДК=0,61, МІ=0,03), при яких більш вираженими були втрата ваги та зниження статевого потягу ( $p < 0,006$ , ДК=1,13, МІ=0,10 та  $p < 0,0007$ , ДК=1,79, МІ=0,21 відповідно). Було також визначено, що порушення вітального тону було більш виражене при органічних та ендogenous депресіях ( $p < 0,04$ , ДК=0,74, МІ=0,04), ніж у хворих на невротичні депресії, при чому особи з органічними депресіями відрізнялись переважанням фізичної стомлюваності ( $p < 0,0001$ , ДК=1,48, МІ=0,20). Відчуття болю, напруги та інших неприємних тілесних відчуттів було більш вираженим серед осіб з органічними та невротичними депресіями ( $p < 0,001$ , ДК=1,34, МІ=0,14 та  $p < 0,045$ , ДК=0,69, МІ=0,03 відповідно), при чому при органічних депресіях ці симптоми були

більш виражені, ніж при невротичних депресіях ( $p < 0,035$ , ДК=0,65, МІ=0,04).

Вісцеральні симптоми також були більш виражені серед осіб з органічними депресіями ( $p < 0,039$ , ДК=0,52, МІ=0,03). У осіб з ендогенними депресіями було більше хворих з травневими та дихальними розладами у порівнянні з хворими на невротичні депресії ( $p < 0,01$ , ДК=0,86, МІ=0,06 та  $p < 0,039$ , ДК=0,65, МІ=0,03 відповідно).

Отже, описані соціально-демографічні та клініко-психопатологічні характеристики осіб з депресивними розладами дозволили надалі зіставляти результати між групами з метою визначення ПРП при депресивних порушеннях різного генезу.

## **Висновки до розділу 2**

У розділі представлено дизайн дослідження, його розподіл на етапи у відповідності з метою та завданнями дослідження; наведено характеристику вибірки та методів дослідження.

Показано, що інформаційно-теоретичний метод діагностики досліджуваних дозволив визначити сучасний стан вивчення проблеми реабілітаційного потенціалу особистості та виділити його провідні аспекти. Вербально-комунікативний метод діагностики використовувався для збору відомостей про досліджуваних з депресивними розладами та дозволив визначити основні соціально-демографічні характеристики вибірки. Психометричний метод діагностики дозволив оцінити актуальний стан досліджуваних з депресивними розладами за їх різновидами та визначити провідні когнітивні та емоційні складові, що сприяють їх виникненню. Психодіагностичний метод був спрямований на визначення: механізмів психологічної адаптації досліджуваних з урахуванням соціально-психологічних і окремих психофізіологічних показників, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного і соціального розвитку; провідних варіан-

тів копінг-стратегій та оцінки здатності й готовності активно і гнучко діяти у ситуації стресу; вразливість до переживань стресу; індивідуально-типологічних особливостей досліджуваних, показників ригідності та типу ставлення до хвороби; особливостей ціннісно-сміслової сфери та екзистенціальної наповненості (осмисленості та задоволеності різними аспектами життя); когнітивних дисфункцій; особливостей соціального функціонування у різних сферах життя, індексу життєвої задоволеності досліджуваних; системи значущих відносин особистості, основних стилів взаємодії з оточуючими, з метою визначення ресурсів та спрямованості психокорегувального та психотерапевтичного впливу у процесі розвитку їх реабілітаційного потенціалу.

Методи математичної статистики, задіяні у дослідженні, використовувались для підтвердження/спростовування репрезентативності даних, вірогідності розбіжностей між групами порівняння, пошуку взаємозв'язків та чинників, що можуть виступати як предиктори розвитку реабілітаційного потенціалу досліджуваних.

У проведеному дослідженні взяли участь респонденти з депресивними розладами (270 осіб основної групи), з яких з невротичною депресією – 91 особа, з органічною депресією – 86 осіб та з ендогенною депресією – 93 особи. 182 респондента без розладів афективної сфери склали контрольну групу.

Проаналізовано соціально-демографічні особливості досліджуваних з депресивними розладами різної генези. Встановлено, що серед обстежених переважали жінки (54,51%) та досліджувані віком 30-49 років (70,0%). Більшість обстежених – мешканці міста (58,51%), з незакінченою вищою освітою (33,33%), переважно працюючі і сімейні (з невротичними депресіями (54,95% та 51,65% відповідно) і органічними депресіями (51,16% та 55,81% відповідно)) та переважно безробітні і неодружені (з ендогенними депресіями (59,14% та 58,06% відповідно)).

Визначено, що серед чинників психічної травматизації у досліджуваних з невротичною депресією переважали фактори, пов'язані з сім'єю та особистісними стосунками (ДК=3,32), при органічних депресіях – з власним здоров'ям (ДК=2,08), при ендогенних депресіях – фактори соціально-психологічного характеру (ДК=2,75).

Виявлено особливості афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних проявів депресії. Так, провідним у досліджуваних основної групи був встановлений пригнічений настрій (270 осіб (100%)). При цьому були виявлені специфічні особливості прояву депресивної симптоматики при різних типах депресії. Досліджувані з невротичними депресіями відрізнялись переважанням напруги, тривоги, дратівливості, ажитації, труднощами у прийнятті рішень; досліджувані з органічними депресіями – переважанням апатії, зниженням активності та продуктивності діяльності, порушеннями пам'яті та уваги, зниженням вітального тону, фізичною стомлюваністю; досліджувані з ендогенними депресіями характеризувалися переважанням відчуття туги, апатії, почуття провини, зниженням самооцінки, наявністю суїцидальних думок, песимістичним ставленням до майбутнього, загальмованістю, інсомнією та зниженням вітального тону.

З'ясовано, що такі чинники як молодий вік (20–29 років), наявність вищої освіти, мешкання у місті, наявність сім'ї, можуть виступати сприятливими факторами для формування реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами різної генези. Визначено також, що за багатьма соціально-демографічними показниками досліджувані з невротичними розладами співпадали з респондентами контрольної групи, що може свідчити про більш високий рівень реабілітаційного потенціалу осіб з невротичними депресіями.

Використаний у дослідженні комплекс методів виявився адекватним меті і завданням дослідження, спрямованим на змістовний та якісний ана-

ліз реабілітаційного потенціалу досліджуваних, підтверджений математико-статистичною обробкою даних.

## РОЗДІЛ 3

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ФУНКЦІОНУВАННЯ

#### **3.1. Адаптаційні можливості та психологічні ресурси осіб з депресивними розладами**

У дослідженні психологічних складових реабілітаційного потенціалу прийняли участь респонденти з наявністю депресивної симптоматики та особи без психічних розладів. Досліджувані були розділені на три групи в залежності від генези депресивного розладу: 91 особа з депресивними порушеннями невротичної генези, 86 респондентів – з депресивними порушеннями органічної генези та 93 особи з депресивними порушеннями ендогенної генези (рис. 3.1).

Для розуміння психологічних складових ПРП необхідно проаналізувати адаптаційні можливості осіб з різними типами депресивних порушень, їх психологічні ресурси, особливості когнітивних та емоційних порушень, специфіку соціального функціонування, психологічного благополуччя, особливості особистості та ціннісно-мотиваційної сфери, зони психічної травматизації та особливості міжособистісних та сімейних комунікацій осіб з депресивними порушеннями різного генезу та зіставити отримані дані з характеристиками осіб без психічних розладів та на підставі цього виділити зони психологічного реабілітаційного дефіциту (ПРД) та визначити особливості ПРП для різних типів депресивних порушень.



Рис. 3.1. Групи обстежених з депресивними порушеннями та без психічних розладів

Для встановлення особливостей ПРП важливо розуміти специфіку адаптаційних можливостей та психологічних ресурсів осіб з депресивними розладами, для оцінки яких використовувались опитувальник життестійкості S. Maddi, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» та тест копінг-стратегій Neim.

Для визначення ПРП у осіб з депресивними порушеннями різного генезу доцільно визначити рівень життестійкості. Відомо, що під поняттям життестійкість розуміють певну екзистенційну відвагу, яка дозволяє особистості в меншій мірі залежати від ситуативних переживань, долати постійну базову тривогу, яка актуалізується в ситуації невизначеності та необхідності робити вибір. Аналіз життестійкості дозволив визначити загальний рівень цього показника: у осіб з невротичними депресіями він дорівнював 40,18 %, у осіб з органічною депресією – 37,10 %, у хворих на

ендогенні депресії – 33,52 % та у осіб без психічних розладів – 64,64 % (рис. 3.2).

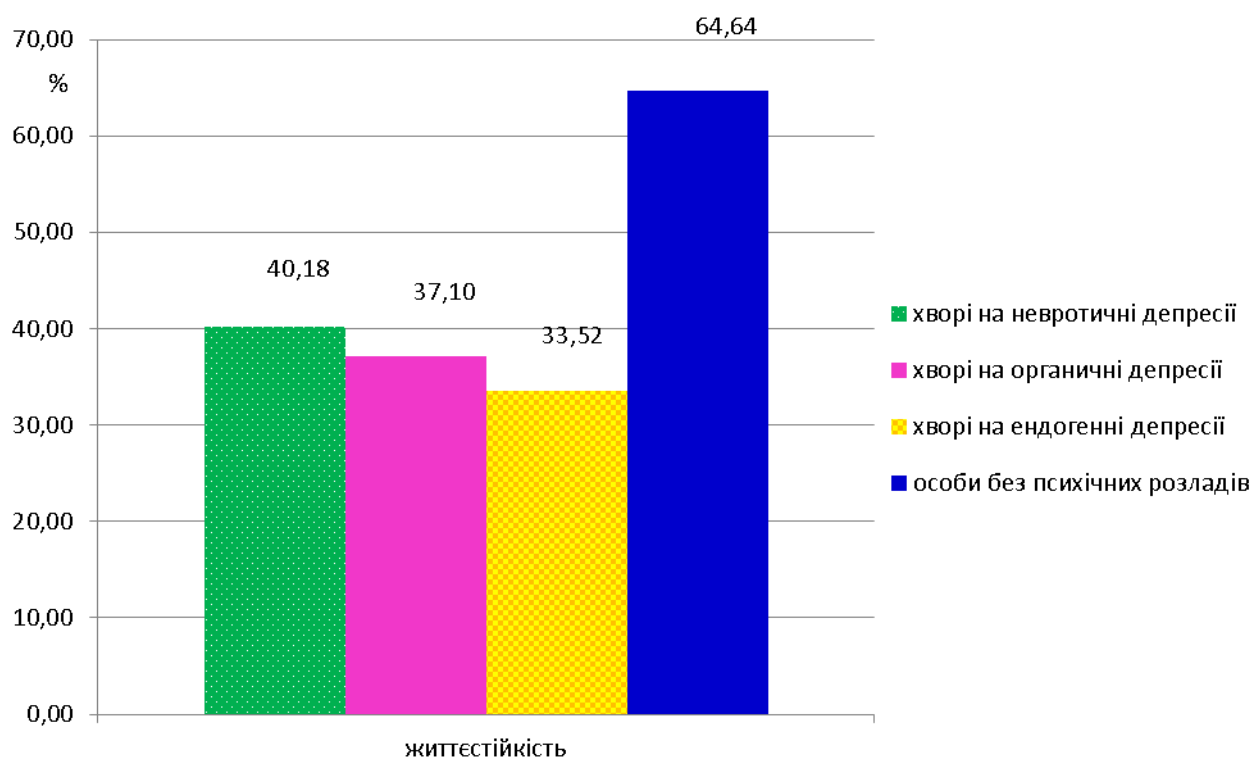


Рис. 3.2 Рівень життєстійкості у осіб з депресивними розладами

Тобто для осіб з депресивними розладами рівень життєстійкості був нижче середнього рівню, а у осіб без психічних розладів – вище середнього рівню. Статистичний аналіз результатів дозволив встановити, що рівень життєстійкості був вірогідно нижчим у осіб з невротичними, органічними та ендогенними депресіями в порівнянні з особами без психічних розладів ( $t = 8,108$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 9,442$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 10,851$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно), а також особи з невротичними депресіями відрізнялись більш високими показниками життєстійкості, ніж особи з ендогенними депресіями ( $t = 2,429$ ,  $p \leq 0,01$ ). Отримані дані свідчать, що особи з депресивними порушеннями відрізняються меншою життєстійкістю, ніж здорові особи, що може являтися ваговою складовою мішеней для психотерапевтичного втручання з метою підвищення життєстійкості та ПРП досліджуваних.



Для більш детального аналізу ПРП були проаналізовані складові, що входять в поняття життєстійкості: залученість, контроль та прийняття ризику (рис. 3.3). Вираженість цих компонентів та життєстійкості в цілому перешкоджає виникненню у людини внутрішньої напруги в стресових ситуаціях. При цьому залученість визначається як «впевненість у тому, що залученість в те, що відбувається, дає максимальний шанс знайти щось цікаве та цінне для особистості». Контроль представляє собою впевненість у тому, що боротьба дозволяє впливати на результат того, що відбувається. Прийняття ризику характеризується впевненістю особистості у тому, що все, що відбувається, сприяє накопиченню досвіду.

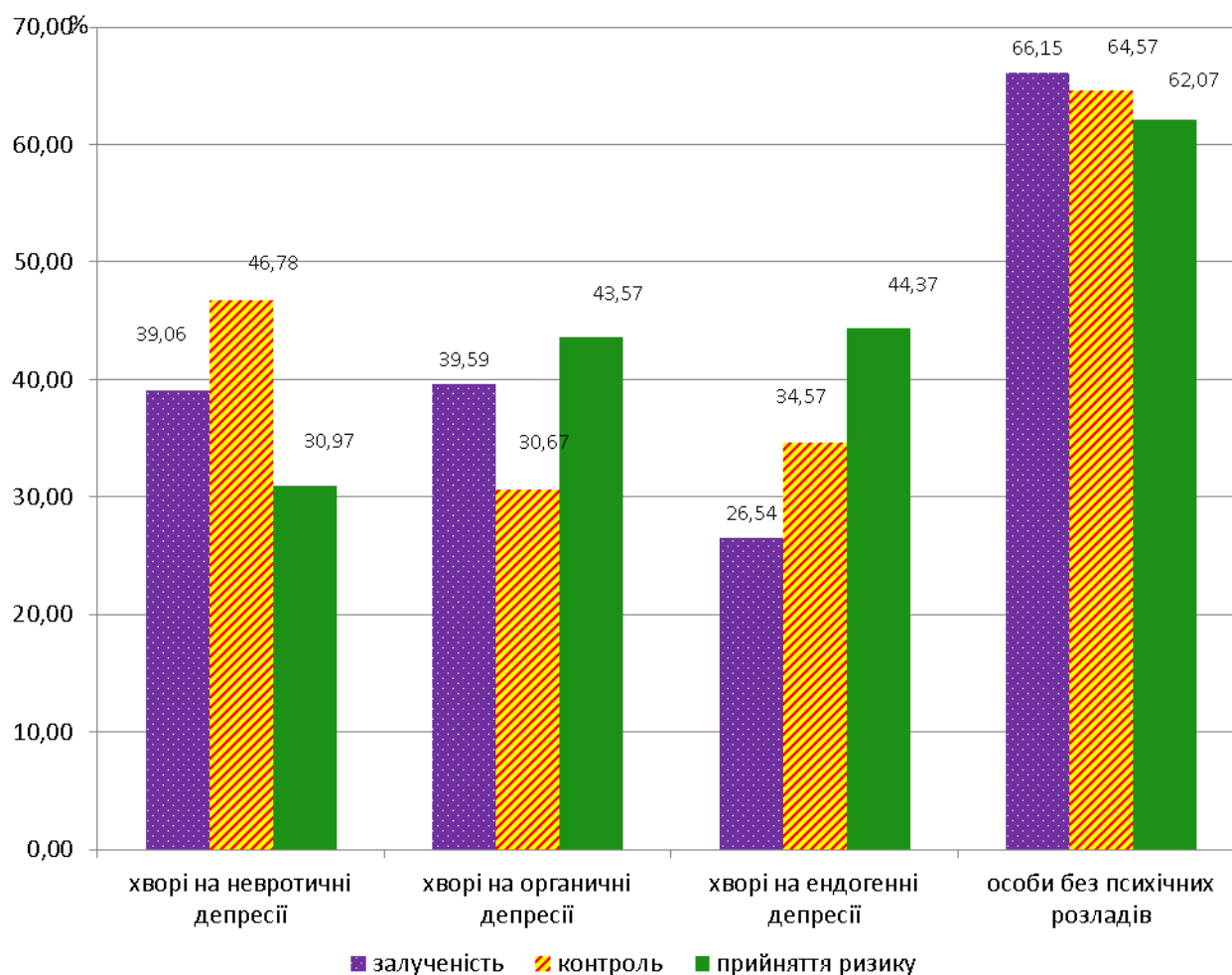


Рис. 3.3. Особливості вираженості складових життєстійкості у осіб з депресивними порушеннями

Отже, аналіз цих компонентів життєстійкості у осіб з депресивними порушеннями різного генезу показав, що показники залученості, контролю та прийняття ризику були нижче середнього при невротичних ( $39,06 \pm 13,62$  %;  $46,78 \pm 9,99$  %;  $30,97 \pm 5,02$  % відповідно) органічних ( $39,59 \pm 12,50$  %;  $30,67 \pm 6,99$  %;  $43,57 \pm 6,25$  % відповідно) та ендогенних ( $26,54 \pm 10,47$  %;  $34,57 \pm 9,17$  %;  $44,37 \pm 6,02$  % відповідно) депресіях та вище середнього у здорових осіб ( $66,15 \pm 11,96$  %;  $64,57 \pm 11,14$  %;  $62,07 \pm 5,51$  % відповідно). При цьому були встановлені вірогідні розбіжності, що доводили, що показники залученості, контролю та прийняття ризику у осіб з невротичними ( $t = 7,522$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 5,676$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 11,720$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно), органічними ( $t = 7,639$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 12,143$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 6,128$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно) та ендогенними ( $t = 12,683$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 10,009$ ,  $p \leq 0,0001$ ;  $t = 6,106$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно) депресіями були суттєво нижчими за осіб без психічних розладів.

Отже, отримані результати вказують на те, що особи з депресивними порушеннями відчувають себе не залученими у своє життя, відчувають власну неспроможність в зниженні напруги та займають пасивну позицію у подоланні труднощів.

Також було визначено, що показник залученості був нижчим у осіб з ендогенною депресією, ніж у осіб з органічною та невротичною депресіями ( $t = 4,099$ ,  $p \leq 0,0001$  та  $t = 3,781$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно), що вказує на те, що відстороненість від життя була більш властива реципієнтам з ендогенною депресією, ніж іншим.

Було визначено, що при невротичних депресіях показник прийняття ризику був нижчим за органічні та ендогенні депресії ( $t = 4,449$ ,  $p \leq 0,0001$  та  $t = 4,907$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно), а показник контролю – вищим за органічні та ендогенні депресії ( $t = 6,301$ ,  $p \leq 0,0001$  та  $t = 4,407$ ,  $p \leq 0,0001$  відповідно).

Отримані дані дозволяють стверджувати, що особи з невротичними депресіями мали більшу впевненість у власні сили в можливості подолання

труднощів, але не готові були ризикувати за для цього. У той час особи з органічними та ендогенними депресіями, навпаки, відчували власну неспроможність впоратися з труднощами, але схильні були сприймати ризик як частину власного досвіду.

В ході аналізу показники залученості, контролю, прийняття ризику та життестійкості були розподілені за рівнями вираженості (табл. 3.1). Так, було встановлено, що у осіб без психічної патології компонент залученості був виражений переважно на середньому рівні ( $47,62 \pm 4,15$ ) %, у 38,10 % здорових осіб визначався високий рівень залученості в життя та 14,29 % - відчували відчуженість від подій життя. Також у переважної більшості здорових осіб визначався середній рівень контролю ( $52,38 \pm 4,35$ ) %, у 36,90 % осіб були впевнені на високому рівні у тому, що вони спроможні власноруч впоратися з труднощами у власному житті та лише 10,71 % здорових осіб не мали такої впевненості. Прийняття ризику також було виражено у осіб без психічної патології переважно на середньому рівні ( $61,90 \pm 4,60$ ) %, у 27,58 % осіб відмічався високий рівень готовності до ризику та лише 9,52 % осіб не сприймали події життя як досвід. В цілому показник життестійкості також характеризувався середнім та високим рівнем вираженості ( $54,76 \pm 4,44$  % та  $34,52 \pm 3,37$  % відповідно). Тобто можна сказати, що особи без психічних розладів адекватно оцінювали власне життя та труднощі, які їм треба було подолати, схильні були відчувати задоволення від власного життя, розуміти, що вони власні над ситуацією та готові були діяти у відсутності надійних гарантій успіху.

При невротичних депресіях у більшості осіб був встановлений низький рівень залученості до життя ( $45,05 \pm 3,71$ ) %, у 40,66 % осіб відчували помірну відгородженість від життя та 14,29 % хворих відчували задоволеність від власної діяльності. У більшості осіб з невротичною депресією був встановлений середній рівень контролю ( $58,24 \pm 4,18$ ) %, що проявлялось у наявності віри, що вони можуть впоратися зі складними ситуаціями у житті. Поряд з тим, було визначено, що 76,92 % осіб не були готові діяти,

щоб подолати складну ситуацію. Отже, життєстійкість у осіб з невротичною депресією у 48,35 % була низькою, у 37,36 % - середньою та у 14,29 % - високою.

Таблиця 3.1

**Вираженість показників життєстійкості у осіб з депресивними порушеннями**

Найменування показників	Рівень вираженості	Невротичні депресії	Органічні депресії	Ендогенні депресії	Особи без психічних розладів
		N = 91	N = 86	N = 93	N = 182
		% ± m%			
Залученість	Високий <sup>23</sup>	14,29 ± 1,47*	12,79 ± 1,41**	3,23 ± 0,34***	38,10 ± 3,61
	Середній <sup>3</sup>	40,66 ± 3,48	48,84 ± 4,11	33,33 ± 2,96***	47,62 ± 4,15
	Низький <sup>123</sup>	45,05 ± 3,71*	38,37 ± 3,54**	63,44 ± 4,17***	14,29 ± 1,59
Контроль	Високий <sup>12</sup>	17,58 ± 1,77*	3,49 ± 0,40**	5,38 ± 0,57***	36,90 ± 3,53
	Середній <sup>12</sup>	58,24 ± 4,18	23,26 ± 2,40**	24,73 ± 2,33***	52,38 ± 4,35
	Низький <sup>12</sup>	24,18 ± 2,34*	73,26 ± 4,46**	69,89 ± 4,17***	10,71 ± 1,22
Прийняття ризику	Високий <sup>1</sup>	9,89 ± 1,04*	20,93 ± 2,19	13,98 ± 1,41***	28,57 ± 2,91
	Середній <sup>12</sup>	13,19 ± 1,37*	41,86 ± 3,76**	47,31 ± 3,73***	61,90 ± 4,60
	Низький <sup>12</sup>	76,92 ± 4,11*	37,21 ± 3,47**	38,71 ± 3,29***	9,52 ± 1,09
Життєстійкість	Високий	14,29 ± 1,47*	12,79 ± 1,41**	7,53 ± 0,79***	34,52 ± 3,37
	Середній	37,36 ± 3,29*	31,40 ± 3,06**	35,48 ± 3,10***	54,76 ± 4,44
	Низький	48,35 ± 3,86*	55,81 ± 4,36**	56,99 ± 4,06***	10,71 ± 1,22

Примітка: \* - розбіжності вірогідні при порівнянні хворих на невротичні депресії та осіб без психічних розладів; \*\* - розбіжності вірогідні при порівнянні хворих на органічні депресії та осіб без психічних розладів; \*\*\* - розбіжності вірогідні при порівнянні хворих на ендогенні депресії та осіб без психічних розладів; <sup>1</sup> - розбіжності вірогідні при порівнянні хворих на невротичні та органічні депресії; <sup>2</sup> - розбіжності вірогідні при порівнянні хворих на невротичні та ендогенні депресії; <sup>3</sup> - розбіжності вірогідні при порівнянні хворих на органічні та ендогенні депресії.

При органічних депресіях 48,84 % осіб відчували помірну відчуженість від життя, у 38,37 % був встановлений низький рівень залученості та

лише 12,79 % осіб були задоволені подіями, що відбуваються. Більшість осіб схильні були відчувати власну безпорадність у подоланні складних ситуацій ( $73,26 \pm 4,46$ ) %. При цьому 37,21 % осіб не готові були діяти за-для подолання складних ситуацій, 41,86 % осіб відчували помірну готовність до ризику та 20,93 % осіб схильні були сприймати події життя як досвід (негативний або позитивний) і готові були протидіяти складним ситуаціям. Загальний рівень життєстійкості у більшості осіб з органічними депресіями був низьким ( $55,81 \pm 4,36$ ) %, у 31,40 % осіб - середнім та у 12,79 % - високим.

У осіб з ендогенними депресіями був визначений низький рівень залученості до життя ( $63,44 \pm 4,17$ ) %, а також низький рівень упевненості у власних силах в подоланні складних ситуацій ( $69,89 \pm 4,17$ ) %. При цьому 47,31 % осіб характеризувались середнім рівнем готовності до ризику, у 38,71 % був встановлений низький рівень готовності до ризику та лише 13,98 % хворих схильні були сприймати події, що відбуваються, як можливість отримання досвіду. Отже, загальний рівень життєстійкості у більшості осіб був низьким ( $56,99 \pm 4,06$ ) %, у 35,48 % був встановлений середній рівень, а у 7,53 % - високий рівень.

Статистичний аналіз результатів дозволив визначити розбіжності між хворими з різними типами депресивних порушень та особами без психічних розладів. Так, було встановлено, що особи з невротичними депресіями відрізнялись більшою кількістю осіб з низьким рівнем вираженості життєстійкості ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,54, МІ = 1,23) та її компонентів: залученості, контролю та прийняття ризику ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,99, МІ = 0,77;  $p \leq 0,01$ , ДК = 3,53, МІ = 0,24;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,07, МІ = 3,06 відповідно), у той час коли у більшості осіб без психічної патології визначався високий і середній рівні життєстійкості ( $p \leq 0,001$ , ДК = 3,83, МІ = 0,39 та  $p \leq 0,01$ , ДК = 1,66, МІ = 0,14 відповідно) та кількість осіб з високим рівнем за окремими її компонентами: залученістю, контролем та прийняттям ризику

( $p \leq 0,0002$ , ДК = 4,26, МІ = 0,51;  $p \leq 0,002$ , ДК = 3,22, МІ = 0,31;  $p \leq 0,001$ , ДК = 4,61, МІ = 0,43 відповідно).

Особи з органічними депресіями відрізнялись від здорових осіб більшою кількістю осіб з низьким рівнем життєстійкості ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,17, МІ = 1,62), залученості, контролю та прийняття ризику ( $p \leq 0,0002$ , ДК = 4,29, МІ = 0,52;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,35, МІ = 2,61;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,92, МІ = 0,82 відповідно). У той час коли кількість осіб з високим і середнім рівнями життєстійкості ( $p \leq 0,0005$ , ДК = 4,31, МІ = 0,47 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 2,42, МІ = 0,28 відповідно) і контролю ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,24, МІ = 1,71 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,53, МІ = 0,51 відповідно), середнього рівню готовності до ризику ( $p \leq 0,005$ , ДК = 1,70, МІ = 0,17) та високим рівнем залученості у власне життя ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,74, МІ = 0,60) переважала у осіб без психічної патології.

Особи з ендогенними депресіями відрізнялись від здорових більшою кількістю осіб з низьким рівнем життєстійкості, залученості, контролю та прийняття ризику ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,26, МІ = 1,68;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,47, МІ = 1,59;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,14, МІ = 2,41;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,09, МІ = 0,89 відповідно), у той час коли у осіб без психічних розладів переважали особи з високим та середнім рівнем означених показників ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,62, МІ = 0,89;  $p \leq 0,005$ , ДК = 1,88, МІ = 0,18;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,72, МІ = 1,87;  $p \leq 0,01$ , ДК = 1,55, МІ = 0,11;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,37, МІ = 1,32;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,26, МІ = 0,45;  $p \leq 0,01$ , ДК = 3,10, МІ = 0,23;  $p \leq 0,01$ , ДК = 1,17, МІ = 0,09 відповідно).

Були також встановлені розбіжності між різними типами депресивних порушень: при невротичних депресіях було більше осіб з низьким рівнем прийняття ризику в порівнянні з органічними та ендогенними депресіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,20, МІ = 0,64;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,98, МІ = 0,57 відповідно), при яких переважали особи з середнім рівнем готовності до ризику ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,04, МІ = 0,71;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,72, МІ = 0,62 відповідно). При ендогенних депресіях було більше осіб з низьким рівнем за-

лученості до життя, ніж при невротичних та органічних депресіях ( $p \leq 0,005$ , ДК = 1,49, МІ = 0,14;  $p \leq 0,0004$ , ДК = 2,18, МІ = 0,27 відповідно), при яких переважали особи з високим рівнем ( $p \leq 0,005$ , ДК = 6,46, МІ = 0,36;  $p \leq 0,01$ , ДК = 5,98, МІ = 0,29 відповідно). Осіб з високим та середнім рівнем вираженості контролю було більше серед осіб з невротичною депресією, ніж з органічною та ендogenous депресіями ( $p \leq 0,001$ , ДК = 7,07, МІ = 0,50;  $p \leq 0,006$ , ДК = 5,15, МІ = 0,31 відповідно), при яких переважали особи з низьким рівнем контролю ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,76, МІ = 1,15;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,61, МІ = 1,05 відповідно).

Отже, при визначенні ПРП серед осіб з депресивними розладами слід враховувати, що їх рівень життєстійкості – знижений. При цьому хворі на невротичні депресії схильні були займати пасивну позицію у подоланні складних ситуацій та не усвідомлювати, що активні дії – це розвиток особистості через набування досвіду, який можна використовувати у майбутньому. Особи з органічними депресіями схильні були відчувати власну безпорадність та відсутність можливостей для подолання складних ситуацій. При ендogenous депресіях на перший план виходило відчуття відчуженості від власного життя, а також песимістичний погляд щодо спроможності подолання складних ситуацій власноруч. Отримані дані слід враховувати при створенні диференційованих психокорекційних програм для осіб з депресивними порушеннями різної генези.

Аналіз методики Е. Хейма дозволив виділити провідні копінг-стратегії, що були притаманні хворим на депресивні розлади та являлись складовими ПРП осіб. Усі копінг-стратегії були розділені на три групи: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні (рис. 3.4).

Так, було встановлено, що 44,05 % осіб без психічних розладів схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, 33,73 % - відносно адаптивні та 22,22 % - неадаптивні копінг-стратегії. У хворих на невротичні депресивні розлади 15,02 % осіб схильні були використовувати адаптивні, 34,43 % - відносно адаптивні та 50,55 % - неадаптивні копінг-стратегії.

Особи з депресивними розладами органічного генезу в 14,34 % випадків схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, в 39,53 % випадків – відносно адаптивні та у 46,12 % випадків – неадаптивні копінг-стратегії. Хворі на ендогенні депресивні розлади в більшості випадків схильні були використовувати неадаптивні копінг-стратегії ( $70,97 \pm 4,16$ ) % та лише 15,41 % осіб використовували відносно адаптивні та 13,62 % осіб – адаптивні копінг-стратегії.

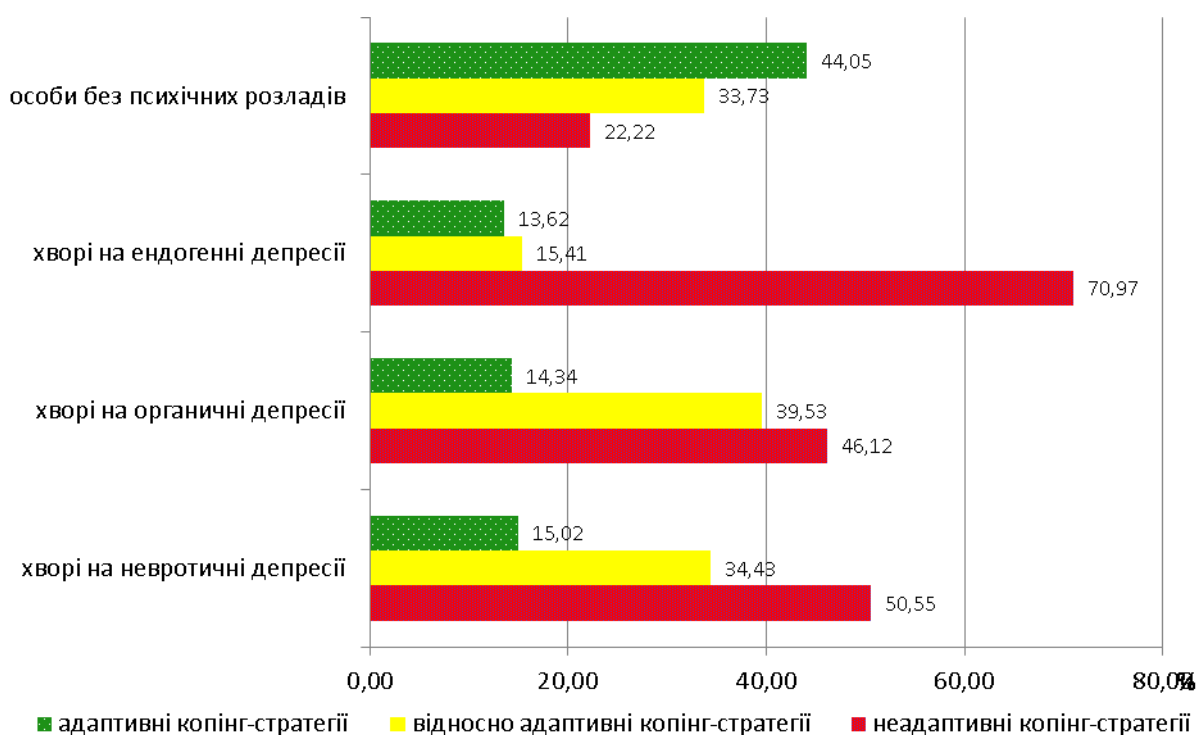


Рис. 3.4. Провідні копінг-стратегії у осіб з депресивними розладами

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що особи без психічних розладів відрізнялись від осіб з невротичними, органічними та ендогенними депресіями тим, що у більшій мірі схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,67, МІ = 0,68;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,87, МІ = 0,72;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,10, МІ = 0,78 відповідно), у той час коли хворі на означені депресивні розлади – неадаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,57, МІ = 0,51;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,17, МІ = 0,38;



$p \leq 0,0001$ , ДК = 5,04, МІ = 1,23 відповідно). Тобто особи з депресивними розладами при зіткненні зі складною ситуацією схильні були використовувати пасивні форми поведінки з відказом від подолання труднощів із-за невіри у свої сили, бажанням уникання інтерперсональних контактів з перекладанням відповідальності на інших. Особи без психічних розладів, навпаки, схильні були використовувати форми поведінки, спрямовані на збереження самоконтролю в складних ситуаціях та впевненістю в наявності виходу із ситуації. Також були встановлені вірогідні розбіжності між типами депресивних порушень: кількість респондентів з неадаптивними копінг-стратегіями була більшою серед осіб з невротичною депресією у порівнянні з респондентами з органічною депресією ( $p \leq 0,04$ , ДК = 0,40, МІ = 0,01), при яких переважали особи з відносно адаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,03$ , ДК = 0,60, МІ = 0,02); кількість осіб з неадаптивними копінг-стратегіями була більшою серед осіб з ендогенними депресіями у порівнянні з невротичними та органічними депресіями ( $p \leq 0,001$ , ДК = 1,47, МІ = 0,15 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 1,87, МІ = 0,23 відповідно), при яких переважали особи з відносно адаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,49, МІ = 0,33 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,09, МІ = 0,49 відповідно).

В подальшому проводився більш детальний аналіз копінг-стратегій в залежності від когнітивного, емоційного та поведінкового аспекту. Так, було встановлено, що серед когнітивних копінгів у осіб з невротичними депресіями найбільш вираженими були «розгубленість» ( $36,26 \pm 3,22$ ) % та «ігнорування» ( $13,19 \pm 1,37$ ) %, що проявлялось у пасивних формах поведінки з відказом від подолання труднощів (рис. 3.5).

Серед когнітивних копінг-стратегій у 24,42 % осіб з органічними депресіями відзначалась «релігійність», у 23,26 % - «відносність» та у 20,93 % - «смирення», що проявлялось у схильності осіб покладатися на допомо-

гу від Бога, у спробах оцінити складні ситуації як відносні, знижуючи їх травматичне значення, а також намагалися змиритися з наявними труднощами.

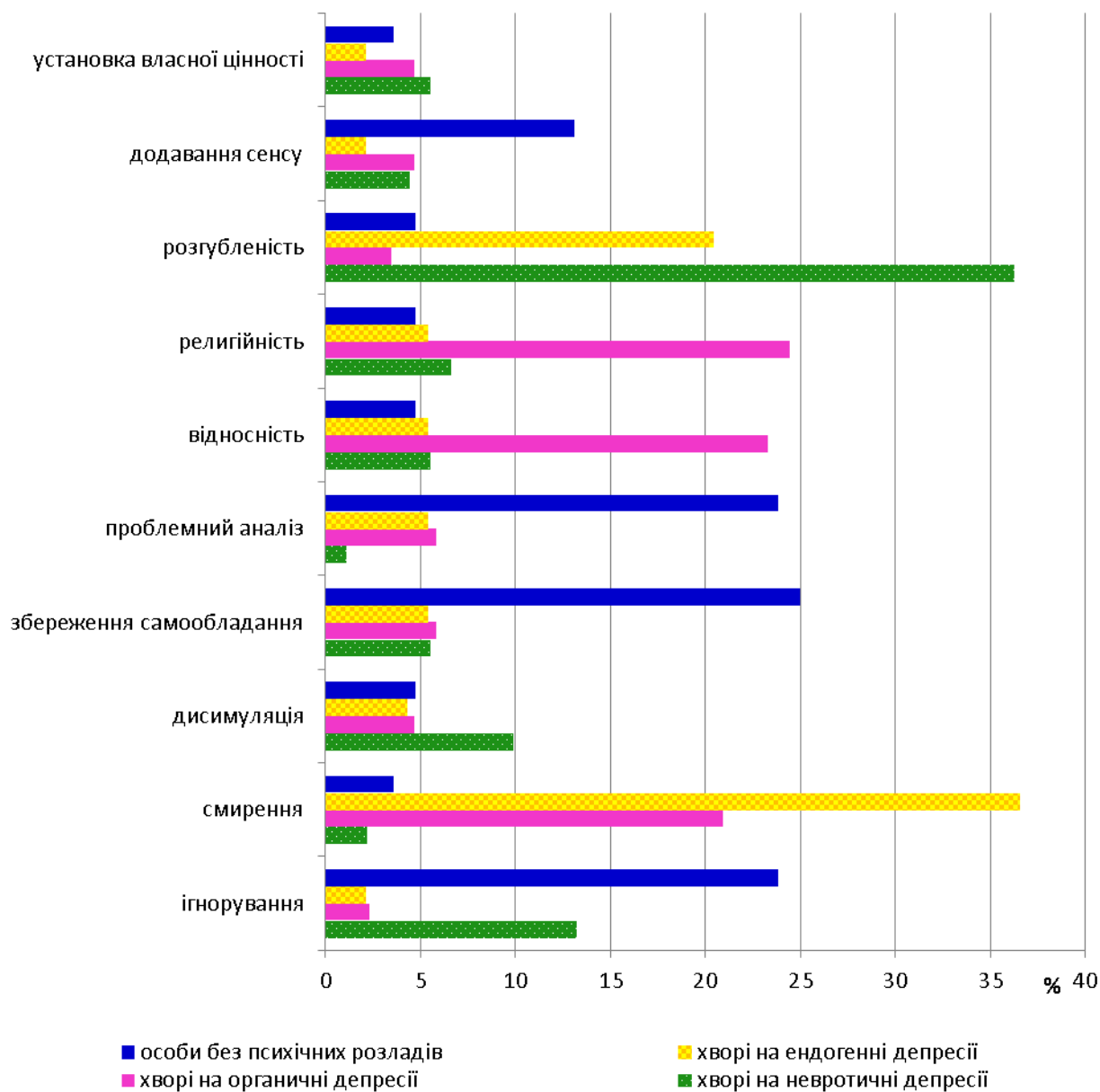


Рис. 3.5. Когнітивні копінг-стратегії у осіб з депресивними розладами та респондентів без психічних розладів

У осіб з ендогенними депресіями серед когнітивних копінг-стратегій переважали «розгубленість» ( $20,43 \pm 1,98$ ) % та «смирення» ( $36,56 \pm 3,17$ ) %, що проявлялось у пасивній позиції щодо подолання складних ситуацій із-за невіри у власні сили та інтелектуальні ресурси.

Серед когнітивних копінгів 25,00 % осіб без психічних розладів схильні були актуалізувати копінг «збереження самовладання», 23,81 % - «проблемний аналіз» та «ігнорування» ( $23,81 \pm 2,50$ ) %, а також – 13,10 % осіб використовували копінг «додавання сенсу», що проявлялось в спробах осіб без психічних розладів впоратися зі складною ситуацією завдяки аналізу або переоцінки цінності ситуації.

Були встановлені вірогідні розбіжності між особами з депресивними розладами та здоровими, що полягали у переважанні «розгубленості» у осіб з депресивними порушеннями невротичного та ендogenous генезу ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,82, МІ = 1,39 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 6,32, МІ = 0,50 відповідно), «смирнення» - у осіб з депресивними порушеннями органічного та ендogenous генезу ( $p \leq 0,0003$ , ДК = 7,68, МІ = 0,67 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,10, МІ = 1,67 відповідно) та актуалізації копінгів «відносність» та «релігійність» у осіб з органічною депресією ( $p \leq 0,0003$ , ДК = 6,89, МІ = 0,64 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,10, МІ = 0,70 відповідно), у той час коли особи без психічних розладів відрізнялись від осіб з невротичними, органічними та ендogenous депресіями збереженням самовладання ( $p \leq 0,0002$ , ДК = 6,58, МІ = 0,64;  $p \leq 0,0003$ , ДК = 6,33, МІ = 0,61 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,67, МІ = 0,65 відповідно), актуалізацією копінгу «проблемний аналіз» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 13,36, МІ = 1,52;  $p \leq 0,001$ , ДК = 6,12, МІ = 0,55 та  $p \leq 0,0003$ , ДК = 6,46, МІ = 0,60 відповідно), «додавання сенсу» ( $p \leq 0,03$ , ДК = 4,74, МІ = 0,21;  $p \leq 0,03$ , ДК = 4,50, МІ = 0,19 та  $p \leq 0,005$ , ДК = 7,85, МІ = 0,43 відповідно) та «ігнорування» ( $p \leq 0,03$ , ДК = 2,57, МІ = 0,14;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,10, МІ = 1,09 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,44, МІ = 1,13 відповідно) при зіткненні зі складною ситуацією.

Також були визначені вірогідні розбіжності між респондентами з різними типами депресивних порушень. Так, актуалізація когнітивних копінгів «розгубленість» та «ігнорування» відрізняло осіб з невротичною депресією від хворих з органічними депресіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,17, МІ = 1,67 та  $p \leq 0,005$ , ДК = 7,54, МІ = 0,41 відповідно), в яких переважав

когнітивні копінги «смирення», «відносність» та «релігійність» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,979, МІ = 0,92;  $p \leq 0,0005$ , ДК = 6,27, МІ = 0,56 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 5,69, МІ = 0,51 відповідно) та від осіб з ендogenous депресіями ( $p \leq 0,01$ , ДК = 2,49, МІ = 0,20 та  $p \leq 0,003$ , ДК = 7,88, МІ = 0,43 відповідно), в яких переважав копінг «смирення» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 12,21, МІ = 2,10). При цьому у осіб з ендogenous депресіями було більше досліджуваних, які схильні актуалізувати копінги «смирення» та «розгубленість» у порівнянні з особами з органічними депресіями ( $p \leq 0,01$ , ДК = 2,42, МІ = 0,19 та  $p \leq 0,0003$ , ДК = 7,68, МІ = 0,65 відповідно), для яких більш притаманними були копінги «відносність» та «релігійність» ( $p \leq 0,0005$ , ДК = 6,36, МІ = 0,57 та  $p \leq 0,0002$ , ДК = 6,57, МІ = 0,63 відповідно).

Серед емоційних копінг-стратегій у осіб з невротичною депресією переважали «пригнічення емоцій» ( $31,87 \pm 2,92$ ) %, «емоційна розрядка» ( $30,77 \pm 2,84$ ) % та «пасивна кооперація» ( $18,68 \pm 1,87$ ) %, що проявлялось, насамперед, в спробах утримання емоцій, або, навпаки, виплеску емоцій у вигляді істерик (рис. 3.6).

У більшості респондентів з органічними депресіями спостерігалась актуалізація таких емоційних копінгів як «пригнічення емоцій» ( $25,58 \pm 2,60$ ) %, «покірність» ( $23,26 \pm 2,40$ ) % та «пасивна кооперація» ( $22,09 \pm 2,29$ ) %, що виражалось у пригніченому емоційному стані, відчутті безнадії та приписуванні відповідальності за розв'язання складних ситуацій іншим особам.

У осіб з ендogenous депресіями переважали такі емоційні копінги як «пригнічення емоцій» ( $36,56 \pm 3,17$ ) %, «самозвинувачення» ( $26,88 \pm 2,50$ ) % та «покірність» ( $24,73 \pm 2,33$ ) %, що виражалось у пригніченому емоційному стані, відчутті власної вини за складні ситуації та відсутності надії щодо вирішення ситуацій.

Серед емоційних копінг-стратегій у осіб без психічних розладів переважали «протест» ( $26,19 \pm 2,33$ ) %, «оптимізм» ( $22,62 \pm 2,33$ ) % та «емо-

ційна розрядка» ( $17,86 \pm 2,33$ ) %, що проявлялось в схильності не утримувати в собі емоції, які були викликані складною ситуацією, виражати активне обурення щодо труднощів та впевненість в наявності виходу із складної ситуації.

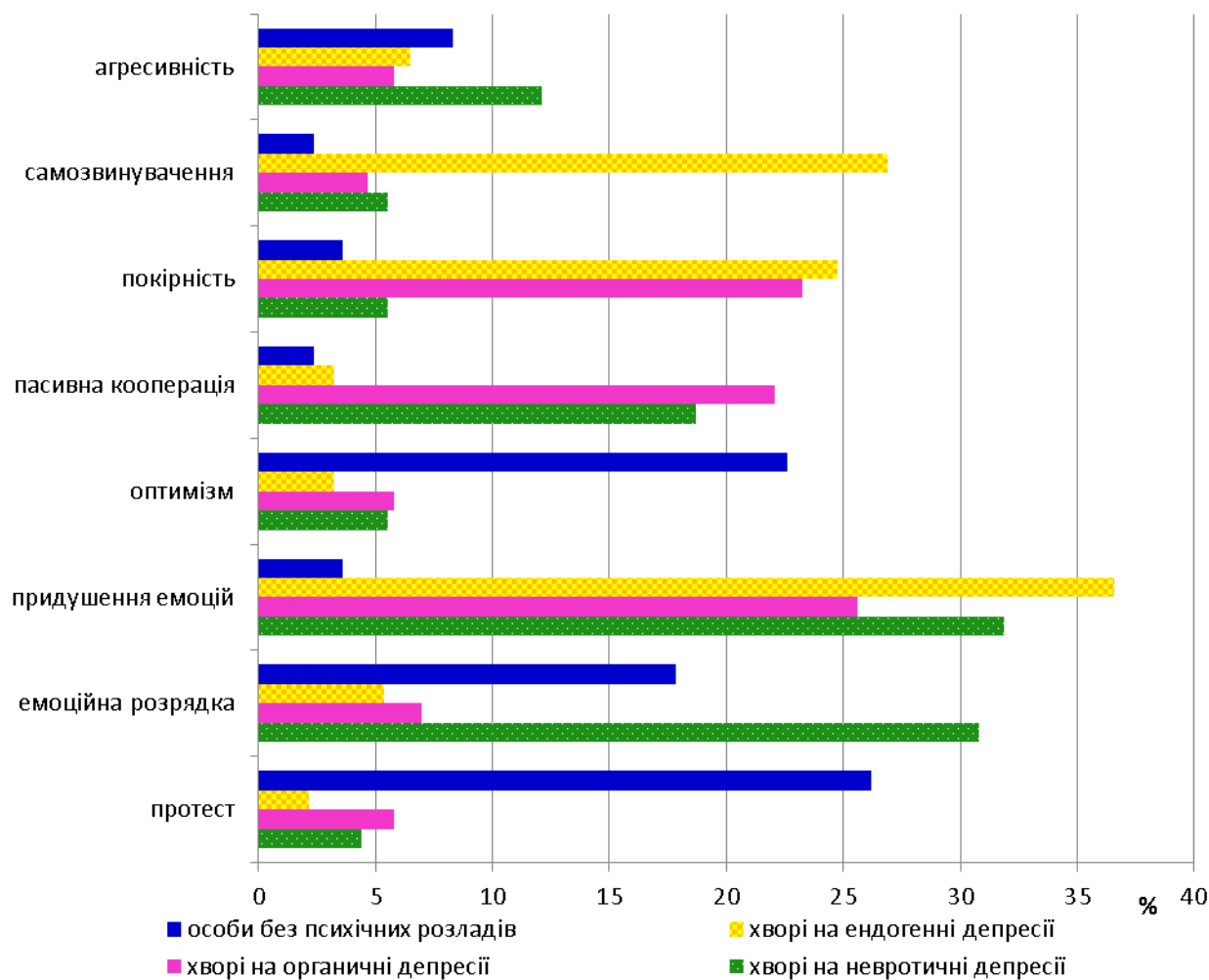


Рис. 3.6. Емоційні копінг-стратегії у осіб з депресивними розладами та респондентів без психічних розладів

При співставленні результатів емоційного реагування на складні ситуації були встановлені вірогідні розбіжності між особами з депресивними порушеннями та особами без психічних розладів. Так, осіб з невротичними депресіями відрізняла більша актуалізація емоційної розрядки, придушення емоцій та пасивної кооперації ( $p \leq 0,01$ , ДК = 2,36, МІ = 0,15;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,51, МІ = 1,34 та  $p \leq 0,0003$ , ДК = 8,95, МІ = 0,73 відпо-

відно), у той час коли здорові особи відрізнялись протестом проти труднощів та оптимізмом ( $p \leq 0,05$ , ДК = 7,75, МІ = 0,84 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 6,15, МІ = 0,53 відповідно).

Хворі на органічні депресії відрізнялись від здорових осіб покірністю, придушенням емоцій та пасивною кооперацією ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,14, МІ = 0,80;  $p \leq 0,03$ , ДК = 8,55, МІ = 0,94 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,68, МІ = 0,95 відповідно), в той час коли для осіб без психічної патології були більш виражені протест, емоційна розрядка та оптимізм ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,54, МІ = 0,67;  $p \leq 0,01$ , ДК = 4,08, МІ = 0,22 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 5,90, МІ = 0,50 відповідно).

Особи з ендogenous депресіями також відрізнялись від здорових більшою актуалізацією покірності, самозвинувачення та придушення емоцій ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,40, МІ = 0,89;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,53, МІ = 1,29 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,10, МІ = 1,67 відповідно), у той час коли у осіб без психічних розладів також переважали протест, емоційна розрядка та оптимізм ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,86, МІ = 1,30;  $p \leq 0,01$ , ДК = 5,21, МІ = 0,33 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,46, МІ = 0,82 відповідно).

При цьому за емоційними копінг-стратегіями були встановлені також розбіжності між різними типами депресивних розладів. Так, актуалізація копінгів «покірність» та «самозвинувачення» відрізняло осіб з ендogenous депресіями від осіб з невротичними депресіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,53, МІ = 0,63 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,90, МІ = 0,74 відповідно), в яких переважала актуалізація емоційної розрядки та пасивної кооперації ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,58, МІ = 0,96 та  $p \leq 0,0005$ , ДК = 7,63, МІ = 0,59 відповідно), а також від осіб з органічними депресіями за показниками «придушення емоцій» та «покірність» ( $p \leq 0,03$ , ДК = 1,55, МІ = 0,09 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,62, МІ = 0,85 відповідно), в яких переважала пасивна кооперація ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,36, МІ = 0,79). Особи з невротичними депресіями відрізнялись переважанням емоційної розрядки ( $p \leq 0,0001$ ,

ДК = 6,44, МІ = 0,77) в порівнянні з особами з органічними депресіями, в яких переважала покірність ( $p \leq 0,0004$ , ДК = 6,27, МІ = 0,56).

При аналізі поведінкових реакцій було визначено, що хворі на депресивний розлад невротичного генезу схильні були використовувати стратегію «активне уникнення» ( $32,97 \pm 3,00$ ) %, «компенсація» ( $31,87 \pm 2,92$ ) % та «звернення» ( $19,78 \pm 1,97$ ) %, що полягала у відкладенні вирішення складних ситуацій, уникнення роздумів про неї та або спрямованість на пошук підтримки серед оточення (рис. 3.7).

Серед поведінкових копінг-стратегій у осіб з органічними депресіями переважали «активне уникнення» ( $27,91 \pm 2,79$ ) %, «компенсація» ( $25,58 \pm 2,60$ ) % та «відступ» ( $19,77 \pm 2,08$ ) %, що також полягала у поведінці, що передбачає уникнення думок о неприємностях, пасивність, зменшення напруги завдяки іншим заняттям, прагнення відійти від активних соціальних контактів, відмова від вирішення проблем.

У осіб з ендогенною депресією переважали такі поведінкові стратегії як «активне уникнення» ( $25,81 \pm 2,42$ ) % та «відступ» ( $29,03 \pm 2,66$ ) %, що виражалось в уникненні думок про неприємності, пасивності, прагненні відійти від активних соціальних контактів, відмові від вирішення проблем.

У здорових серед поведінкових копінг-стратегій переважали «відволікання» ( $28,57 \pm 2,91$ ) %, «конструктивна активність» ( $26,19 \pm 2,71$ ) % та «співпраця» ( $21,43 \pm 2,29$ ) %, при цьому дані особливості були вірогідно значущими при порівнянні хворими на невротичні ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,38, МІ = 1,19;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,76, МІ = 1,29 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,89, МІ = 0,95 відповідно), органічні ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,91, МІ = 0,79;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,54, МІ = 0,67 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 6,63, МІ = 0,56 відповідно) та ендогенні ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,46, МІ = 0,71;  $p \leq 0,0005$ , ДК = 5,42, МІ = 0,51 та  $p \leq 0,01$ , ДК = 3,96, МІ = 0,25 відповідно) депресії.

При статистичному аналізі були отримані вірогідні розбіжності між особами з депресивними розладами та особами без психічних розладів, що підтверджували отримані дані та полягали в переважанні стратегії «актив-

не уникнення», «компенсація» та «звернення» у осіб з невротичними депресіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,43, МІ = 1,00;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,51, МІ = 1,34 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 6,18, МІ = 0,46 відповідно), актуалізація копінг-стратегій «активне уникнення», «компенсація» та «відступ» у осіб з органічними депресіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,71, МІ = 0,74;  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,55, МІ = 0,94 та  $p \leq 0,004$ , ДК = 5,21, МІ = 0,36 відповідно) та стратегій «активне уникнення» та «відступ» у осіб з ендогенними депресіями ( $p \leq 0,0002$ , ДК = 6,37, МІ = 0,63 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,88, МІ = 0,79 відповідно).

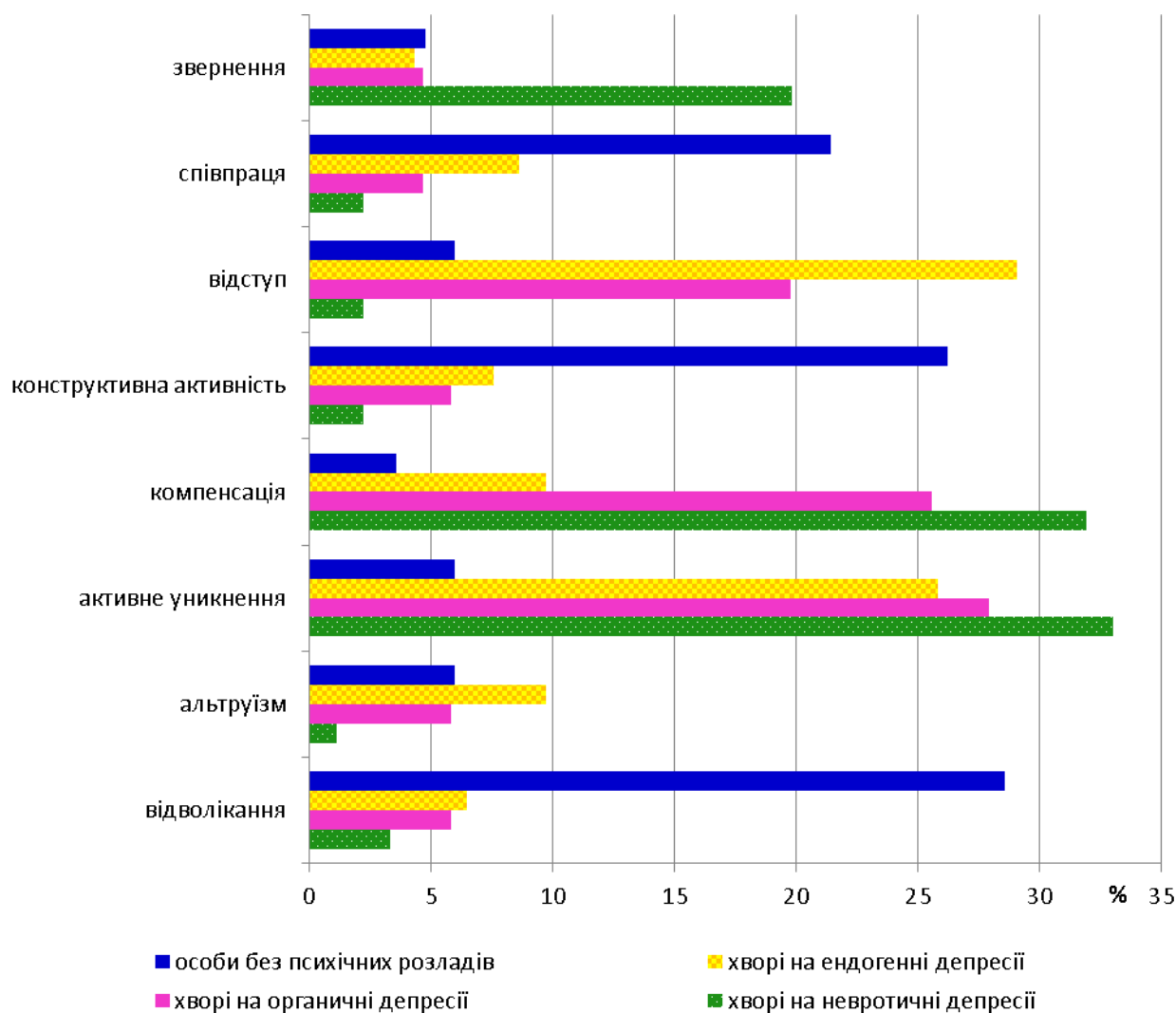


Рис. 3.7. Поведінкові копінг-стратегії у осіб з депресивними розладами та респондентів без психічних розладів



Також біли отримані вірогідні розбіжності між особами з депресивними розладами різного типу. Так, особи з невротичними депресіями характеризувались актуалізацією копінг-стратегій «компенсація» та «звернення» у порівнянні з хворими на ендогенні депресії ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,18, МІ = 0,57 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 6,63, МІ = 0,51 відповідно), при яких більше використовувались «відступ», «співпраця» та «альтруїзм» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,21, МІ = 1,50;  $p \leq 0,04$ , ДК = 5,93, МІ = 0,19 та  $p \leq 0,01$ , ДК = 9,45, МІ = 0,41 відповідно). Стратегія «компенсація» була більш виражена у осіб з органічними депресіями в порівнянні з хворими на ендогенні депресії ( $p \leq 0,003$ , ДК = 4,22, МІ = 0,34), при яких переважав «відступ» ( $p \leq 0,04$ , ДК = 1,67, МІ = 0,08). «Звернення» було більш притаманним особам з невротичною депресією в порівнянні з хворими на органічні депресії ( $p \leq 0,001$ , ДК = 6,29, МІ = 0,48), в яких була більш виражена стратегія відступу ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,54, МІ = 0,84).

Визначення адаптаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями різної генези проводилось за допомогою багаторівневого опитувальника «Адаптивність». Аналіз проводився в декілька етапів: на першому етапі визначались окремі показники, які являються складовими особистісного адаптаційного потенціалу: поведінкова регуляція, комунікативний потенціал та моральна адаптивність. На другому етапі визначався особистісний адаптаційний потенціал осіб з депресивними розладами різного генезу та особами без психічних розладів. На третьому етапі були встановлені складові компоненти дезадаптаційних порушень, переважно астеничних та психотичних реакцій та станів. Результати проведеного аналізу відображені на рис. 3.8.

Було встановлено, що у осіб з невротичною депресією були встановлені низькі показники поведінкової регуляції ( $38,27 \pm 15,71$  балів), що свідчило про порушення здібності осіб регулювати свою взаємодію з оточую-

чим середовищем, що проявлялось у низькому рівні нервово-психічної стійкості, емоційної лабільності та неадекватності самооцінки. Також особи з невротичними депресіями характеризувались низькими показниками моральної нормативності ( $12,11 \pm 6,21$  балів), що проявлялось у зниженні усвідомлення вимог оточення щодо соціальних ролей.

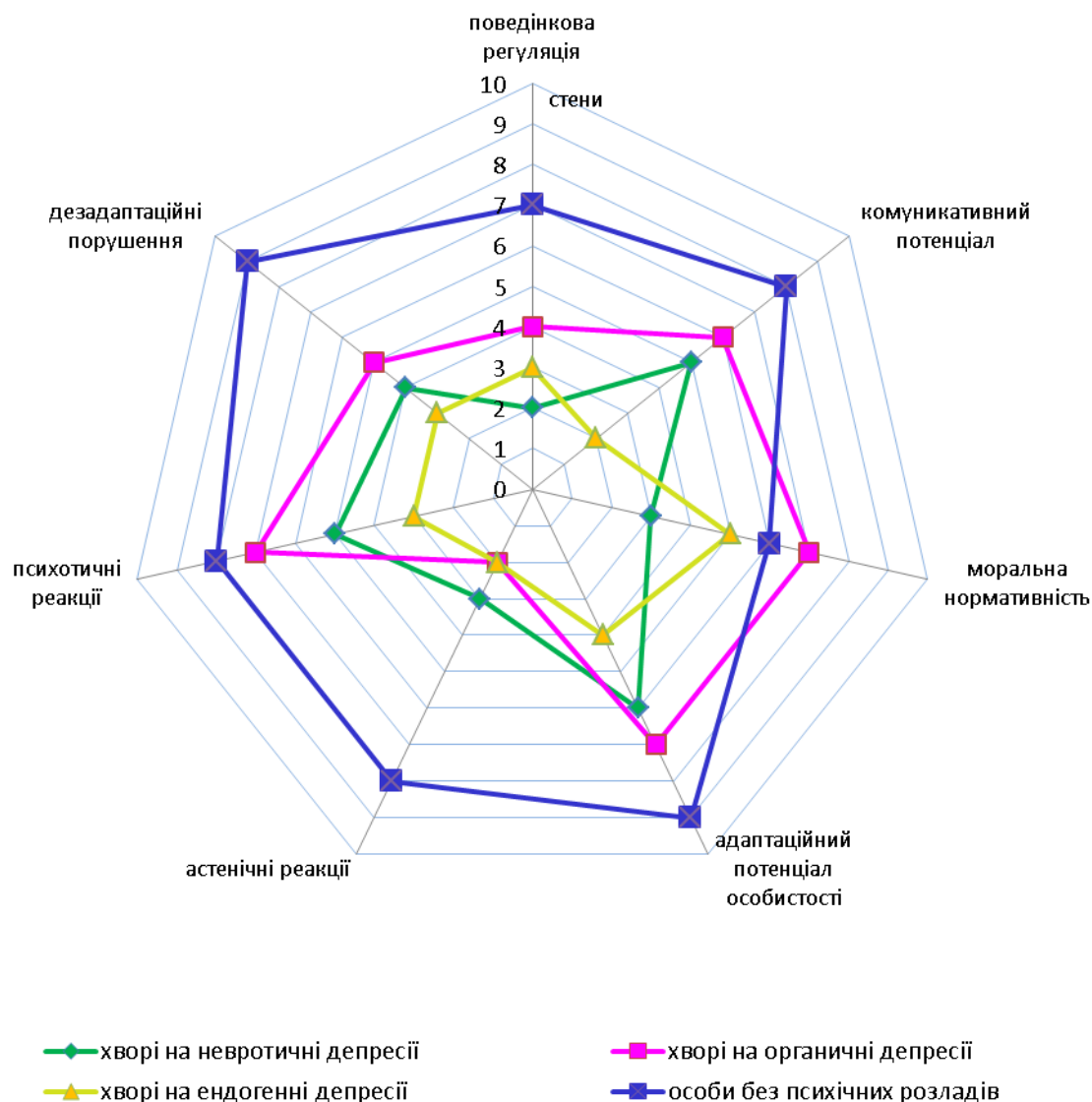


Рис. 3.8. Особливості адаптаційного потенціалу осіб з депресивними розладами та респондентів без психічних розладів

Комунікативний потенціал осіб з депресивними порушеннями невротичного генезу відповідав середньому рівню ( $17,47 \pm 8,24$  балів) та вира-

жався у здібності легко встановлювати соціальні контакти але, поряд з тим, відображав підвищену конфліктність осіб. Взагалі особистісний адаптаційний потенціал осіб з невротичними депресіями відповідав задовільному рівню ( $22,23 \pm 12,54$  балів) та свідчило про те, що більшість осіб мали різноманітні акцентуації характеру, які в звичайних умовах частково були скомпенсовані та могли проявлятися при зміні діяльності чи при зіткненні з новою ситуацією. Тому успіх адаптації при депресивних порушеннях невротичного генезу залежав в багатьох ситуаціях від зовнішніх умов середовища. Аналіз дезадаптаційних порушень показав, що у хворих даної групи встановлені низькі показники астенічних реакцій ( $29,15 \pm 11,01$  балів), що проявлялось в високому рівні ситуаційної тривоги, іпохондризації, розладах сну, низької толерантності до несприятливих факторів професійної діяльності, а також у емоційній лабільності та пригніченому настрої. Рівень психотичних реакцій відповідав середньому ( $12,03 \pm 6,00$  балів), що виражалось в наявності нервово-психічного напруження та підвищеної конфліктності.

У осіб з органічними депресіями найбільш низькі показники були встановлені за шкалою «Астенічні реакції» ( $25,47 \pm 12,02$  балів), що виражалось у наявності та вираженості тривоги, підвищеної стомлюваності, слабкості, хандри, відсутності мотивації до професійної діяльності. За шкалою «Поведінкова регуляція» також відмічались низькі показники ( $21,88 \pm 10,29$  балів), що виражалось у наявності схильності до емоційних зривів, нестійкості поведінкової регуляції. Комунікативний потенціал осіб з депресивними розладами органічного генезу характеризувався середніми значеннями ( $8,16 \pm 4,73$  балів) та відображав наявність здібностей до встановлення дружніх стосунків та вміння досягати взаєморозуміння з оточуючими. За показниками «Моральна нормативність» ( $3,15 \pm 2,53$  балів), «Психотичні реакції» ( $4,87 \pm 3,11$  балів) були встановлені високі значення, що характеризувало осіб з органічними депресіями як осіб з високим рівнем соціалізації, з адекватним сприйняттям морально-етичних норм та ни-

зькою конфліктністю. Загальний рівень особистісного адаптаційного потенціалу також був вище середнього рівню ( $16,12 \pm 7,37$  балів), що відповідало групі достатніх адаптаційних здібностей.

У осіб з ендogenous депресіями показники поведінкової регуляції ( $29,86 \pm 12,46$  балів), комунікативного потенціалу ( $24,18 \pm 10,35$  балів), астенічних та психотичних реакцій ( $32,11 \pm 10,48$  та  $16,38 \pm 9,00$  балів відповідно), дезадаптаційних порушень ( $36,24 \pm 11,34$  балів), а також загального особистісного адаптаційного потенціалу ( $33,28 \pm 13,12$  балів) характеризувались низькими значеннями. Тобто у осіб з ендogenous депресіями спостерігались нервово-психічна нестійкість та напруження, замкнутість, підвищена конфліктність, високий рівень тривоги, розлади сну, зниження мотивації до діяльності, плаксивість, сприйняття оточення та майбутнього песимістично, підозрілість, наявність дезадаптаційних порушень.

У осіб без психічних розладів показники поведінкової регуляції ( $9,28 \pm 6,89$  балів), комунікативного потенціалу ( $4,02 \pm 2,86$  балів), астенічних та психотичних реакцій ( $3,11 \pm 2,17$  та  $2,76 \pm 2,54$  балів відповідно), а також загальні показники особистісного адаптаційного потенціалу ( $6,17 \pm 2,93$  балів) були високого рівню. Тобто здорові особи характеризувались наявністю адекватної самооцінки, розвинутих комунікативних здібностей, нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції, реального та оптимістичного сприйняття дійсності, а також низьким рівнем тривожності та відсутністю суттєвих соматичних скарг. Показник моральної нормативності характеризувався середніми значеннями ( $5,26 \pm 4,34$  балів). Взагалі, особи без психічних розладів відносилися до групи добрих адаптаційних можливостей, які легко адаптуються до нових ситуацій та умов діяльності та схильні швидко формувати стратегії своєї поведінки та соціалізації. При цьому в результаті проведення статистичного аналізу було визначено, що здорові особи суттєво відрізнялись від осіб з депресивними порушеннями різного генезу більш високим рівнем адаптації за всіма показниками ( $p < 0,01$ ), окрім шкали «Моральна нормативність», значення за якої розходи-

лися тільки з хворими на невротичну депресію, у яких даний показник був низьким ( $t = 4,622$ ,  $p < 0,001$ ).

Були встановлені вірогідні розбіжності між особами з різними типами депресивних порушень. Так, особи з невротичною депресією відрізнялись від хворих на органічну депресію наявністю більших порушень поведінкової регуляції й нервово-психічної стійкості ( $t = 5,347$ ,  $p < 0,0025$ ) та наявністю більших труднощів у прийнятті морально-етичних норм у порівнянні з особами з органічними та ендогенними депресіями ( $t = 7,812$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,182$ ,  $p < 0,025$  відповідно). Хворі на ендогенні депресії відрізнялись від осіб з органічними та невротичними депресіями більшими труднощами у встановленні комунікацій з оточуючими ( $t = 3,024$ ,  $p < 0,01$  та  $t = 6,198$ ,  $p < 0,005$  відповідно), вираженим нервово-психічним напруженням ( $t = 3,897$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 2,154$ ,  $p < 0,05$  відповідно) та більш низьким рівнем загального адаптаційного особистісного потенціалу ( $t = 8,101$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,281$ ,  $p < 0,0025$  відповідно).

### **3.2. Індивідуально-типологічні складові реабілітаційного потенціалу особистості при депресивних розладах**

Для вивчення особистісних особливостей, індивідуально-типологічних характеристик та внутрішньої картини хвороби у осіб з депресивними порушеннями різного генезу використовувались опитувальники 5FRQ, TOP3 та ТСХ, результати яких дозволили визначити особливості особистості, які сприяють/або перешкоджають ПРП осіб з депресивними розладами різного генезу.

Аналіз методики 5 FRQ дозволив визначити первинні фактори, які характеризують осіб з депресивними розладами (табл. 3.2). Так, у осіб з невротичною депресією переважали наступні характерологічні ознаки: тривожність, напруженість і депресивність ( $14,78 \pm 1,08$ ,  $14,89 \pm 0,67$  та  $14,11 \pm 1,09$  балів відповідно), емоційна лабільність ( $14,98 \pm 1,13$  балів),

самокритика ( $12,97 \pm 2,05$  балів), співпраця ( $11,56 \pm 1,84$  балів), допитливість ( $11,45 \pm 2,91$  балів) та артистичність ( $11,52 \pm 1,24$  балів), а також уникнення вражень ( $5,11 \pm 0,47$  балів), імпульсивність ( $6,03 \pm 1,12$  балів), консерватизм ( $5,78 \pm 0,98$  балів), відсутність наполегливості ( $7,13 \pm 3,03$  балів) та нестача відповідальності ( $7,89 \pm 2,56$  балів).

Таблиця 3.2

### Вираженість рис особистості у осіб з депресивними розладами

Найменування показників		Особи з невротичними депресіями (N = 91)	Особи з органічними депресіями (N = 86)	Особи з ендогенними депресіями (N = 93)	Особи без психічних розладів (N = 182)
		M ± σ			
1	2	3	4	5	6
I фактор	Активність	8,76 ± 2,13*	7,98 ± 2,45*	6,49 ± 3,24*	10,65 ± 4,12
	Домінування	9,11 ± 4,23	8,34 ± 2,01	5,07 ± 1,98*	9,75 ± 2,15
	Товариськість	9,69 ± 2,54	9,03 ± 1,78	5,89 ± 0,34*	10,13 ± 3,65
	Пошук вражень	5,11 ± 0,47*	7,98 ± 1,32*	5,13 ± 0,26*	9,62 ± 4,81
	Пошук уваги	7,19 ± 2,11*	7,76 ± 1,56*	5,22 ± 1,91*	10,65 ± 2,13
II фактор	Теплота	10,13 ± 1,67	11,02 ± 1,47	8,01 ± 3,45*	10,35 ± 3,67
	Співпраця	11,56 ± 1,84	10,21 ± 2,04	7,87 ± 2,56*	9,95 ± 5,37
	Довірливість	9,13 ± 3,24	12,67 ± 1,67*	7,34 ± 2,16	8,11 ± 5,12
	Розуміння	9,54 ± 4,11	9,23 ± 2,34	8,66 ± 2,87	10,25 ± 2,65
	Повага інших	9,88 ± 2,65	10,91 ± 4,02	9,03 ± 3,09*	10,95 ± 4,25
III фактор	Акуратність	9,57 ± 4,76	8,26 ± 2,13	9,04 ± 2,73	9,95 ± 2,15
	Наполегливість	7,13 ± 3,03*	9,46 ± 2,78	8,25 ± 1,79	9,63 ± 5,12
	Відповідальність	7,89 ± 2,56*	9,54 ± 3,19	10,23 ± 3,37	9,95 ± 2,81
	Самоконтроль поведінки	6,03 ± 1,12*	10,47 ± 2,16	10,32 ± 2,11	9,61 ± 3,11
	Передбачливість	9,87 ± 2,61	11,49 ± 2,68*	10,21 ± 3,01	9,65 ± 2,65
IV фактор	Тривожність	14,78 ± 1,08*	13,02 ± 1,09*	14,81 ± 1,67*	10,02 ± 1,78
	Напруженість	14,89 ± 0,67*	14,11 ± 1,15*	14,12 ± 1,82*	8,15 ± 3,21
	Депресивність	14,11 ± 1,09*	13,78 ± 0,39*	14,59 ± 0,78*	9,85 ± 4,02
	Самокритика	12,97 ± 2,05*	11,01 ± 2,01*	14,67 ± 0,45*	9,22 ± 2,13
	Емоційна лабільність	14,98 ± 1,13*	14,23 ± 1,72*	14,67 ± 0,67*	9,65 ± 2,73
V фактор	Цікавість	5,78 ± 0,98*	7,19 ± 1,46*	4,21 ± 0,17*	10,85 ± 4,13
	Допитливість	11,45 ± 2,91	8,19 ± 2,15*	10,11 ± 2,14	11,61 ± 2,76
	Артистичність	11,52 ± 1,24	9,27 ± 2,76*	7,89 ± 1,53*	11,35 ± 3,56
	Сенситивність	9,13 ± 2,34*	8,97 ± 2,67*	7,58 ± 1,78*	11,22 ± 4,05
	Пластичність	8,15 ± 3,08*	6,02 ± 3,81*	5,01 ± 1,01*	10,05 ± 2,79

Примітка: \* - вірогідні розбіжності на рівні  $p < 0,05$  між здоровими та особами з депресивними розладами

У осіб з органічною депресією визначалось переважання емоційної лабільності ( $14,23 \pm 1,72$  балів), тривожності, напруженості й депресивнос-

ті ( $13,02 \pm 1,09$ ,  $14,11 \pm 1,15$ ,  $13,78 \pm 0,39$  балів відповідно), довірливості ( $12,67 \pm 1,67$  балів), теплоти ( $11,02 \pm 1,47$  балів), передбачливості ( $11,49 \pm 2,68$  балів), самокритики ( $11,01 \pm 2,01$  балів), а також ригідності ( $6,02 \pm 3,81$  балів), консерватизму ( $7,19 \pm 1,46$  балів), уникнення вражень та уваги оточуючих ( $7,98 \pm 1,32$  та  $7,76 \pm 1,56$  балів відповідно).

У осіб з ендogenous депресіями були виражені наступні характерологічні якості: тривожність ( $14,81 \pm 1,67$  балів), напруженість ( $14,12 \pm 1,82$  балів), депресивність ( $14,59 \pm 0,78$  балів), емоційна лабільність ( $14,67 \pm 0,67$  балів), самокритика ( $14,67 \pm 0,45$  балів), відсутність зацікавленості ( $4,21 \pm 0,17$  балів), підпорядкованість ( $5,07 \pm 1,98$  балів), уникнення вражень та уваги від оточуючих ( $5,13 \pm 0,26$  та  $5,22 \pm 1,91$  балів відповідно), замкнутість ( $5,89 \pm 0,34$  балів), ригідність ( $5,01 \pm 1,01$  балів), пасивність ( $6,49 \pm 3,24$  балів), підозрілість ( $7,34 \pm 2,16$  балів).

У осіб без психічних розладів визначалося переважання наступних рис характеру: активність ( $10,65 \pm 4,12$  балів), товарицькість ( $10,13 \pm 3,65$  балів), пластичність ( $10,05 \pm 2,79$  балів), допитливість та зацікавленість ( $11,61 \pm 2,76$  та  $10,85 \pm 4,13$  балів відповідно), артистичність ( $11,35 \pm 3,56$  балів), сенситивність ( $11,22 \pm 4,05$  балів), повага інших ( $10,95 \pm 4,25$  балів), пошук уваги ( $10,65 \pm 2,13$  балів), теплота та розуміння ( $10,35 \pm 3,67$  та  $10,25 \pm 2,65$  балів відповідно).

Був проведений статистичний аналіз отриманих даних, який дозволив встановити, що особи без психічних розладів відрізнялись від осіб з депресивними розладами більшою активністю ( $p < 0,05$ ), пошуком вражень та уваги від оточуючих ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно), зацікавленістю ( $p < 0,01$ ), чуттєвістю ( $p < 0,05$ ) та пластичністю ( $p < 0,05$ ), у той час коли у хворих на депресивні розлади переважали емоційна лабільність ( $p < 0,05$ ), тривожність ( $p < 0,01$ ), депресивність ( $p < 0,0001$ ), напруженість ( $p < 0,0001$ ) та самокритика ( $p < 0,05$ ). При цьому було встановлено, що особи з ендogenous депресіями відрізнялись від хворих на невротичні, органічні депресії та здорових переважанням підпорядкованості ( $p < 0,0001$ ,  $p < 0,01$

та  $p < 0,0001$  відповідно), замкнутості ( $p < 0,0001$ ,  $p < 0,01$  та  $p < 0,0001$  відповідно), байдужості ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,05$  відповідно) та відсутності бажання до співпраці ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,05$  відповідно). Особи з органічними депресіями відрізнялись від хворих на невротичні, ендогенні депресії та здорових більшою довірливістю ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,0001$  та  $p < 0,0001$  відповідно) та меншою допитливістю ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно). Відсутність наполегливості, відповідальності та самоконтролю відрізняла хворих на невротичні депресії від осіб з органічними ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,0001$  відповідно), ендогенними ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,0001$  відповідно) депресіями та здорових ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно). Також було визначено, що повага до інших була більш притаманна особам без психічних розладів та особам з органічними депресіями, ніж хворим на ендогенні депресії ( $p < 0,05$  та  $p < 0,05$  відповідно), а артистичність – здоровим і хворим на невротичні депресії, ніж для осіб з органічними ( $p < 0,025$  та  $p < 0,05$  відповідно) та ендогенними депресіями ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно).

На основі виділених первинних факторів були проаналізовані вторинні фактори особистості хворих на депресивні розлади, які, за даними методики можна було умовно розділити на три рівня вираженості: високий (51-75 балів), середній (41-50 балів) та низький (15-40 балів) (Рис.3.9). Було визначено, що у осіб з невротичними, органічними та ендогенними депресіями високих значень набував показник «емоційна нестійкість» (71,73; 66,15 та 72,86 балів відповідно) та «інтроверсія» (39,86; 41,09 та 27,80 балів відповідно), що характеризувало досліджуваних як осіб, невпевнених у правильності своєї поведінки, стурбованих, стриманих, замкнутих, нездатних контролювати свої емоції та імпульси, безпорадних та уразливих. У хворих на органічні та ендогенні депресії відмічались низькі показники експресивності (39,64 та 34,80 балів відповідно), що характеризувало цих осіб як осіб, які проявляють сталість і надійність своїх звичок та інтересів. У осіб з невротичною депресією відмічались низькі показники самоконт-



ролю (40,49 балів), що свідчить про низький самоконтроль поведінки, схильність жити, не ускладнюючи власного життя.

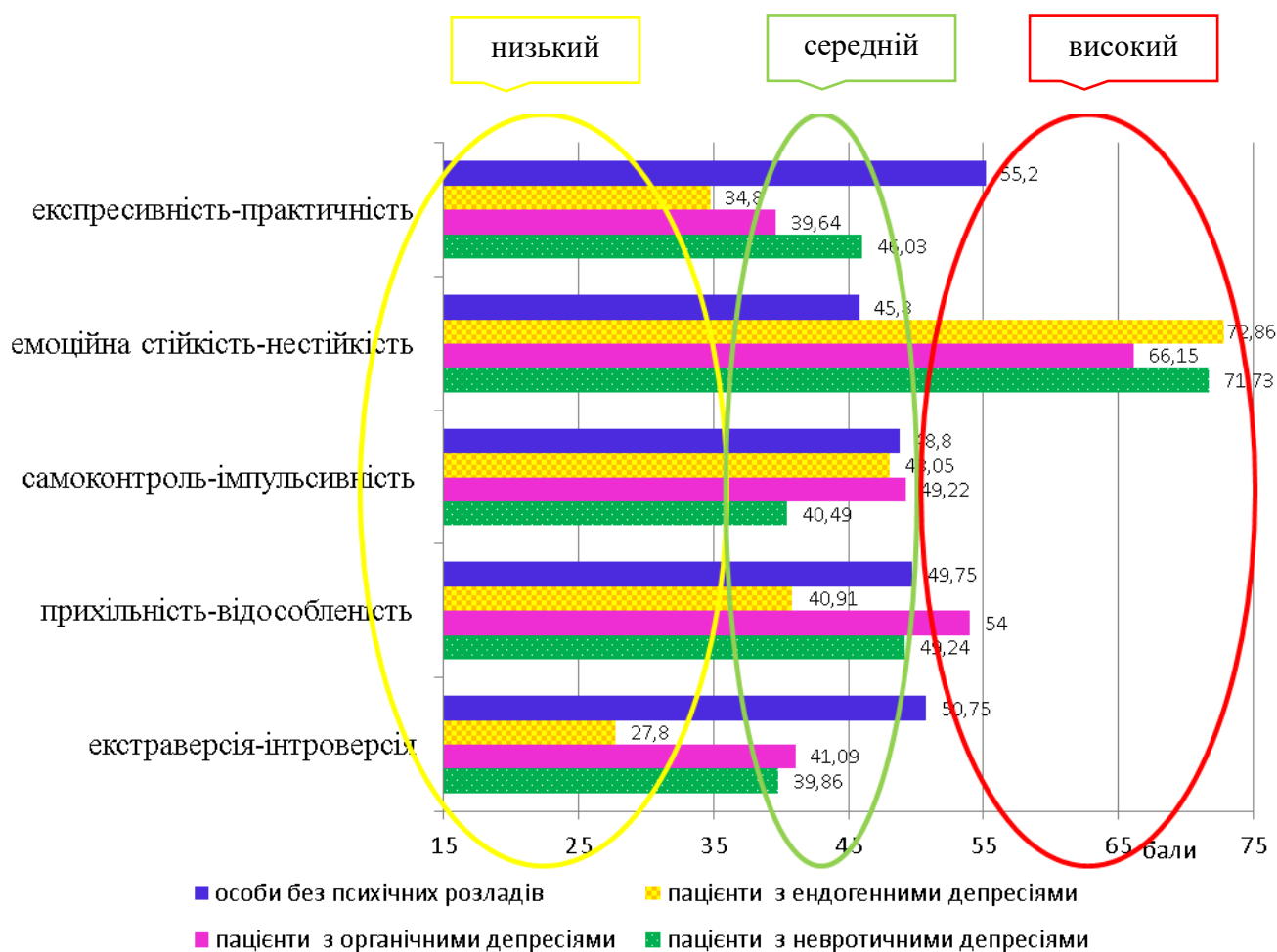


Рис. 3.9. Індивідуально-типологічні особливості осіб з депресивними розладами

Статистичний аналіз вторинних показників продемонстрував, що особи з депресивними розладами відрізнялись від осіб без психічної патології більш низькими показниками експресивності ( $p < 0,025$ ), емоційною нестійкістю ( $p < 0,0001$ ) та більшою інтровертованістю ( $p < 0,001$ ). Особи з ендогенними депресіями характеризувались більшою інтровертованістю та відособленістю, ніж особи з невротичними ( $p < 0,01$  та  $p < 0,025$  відповідно) та органічними ( $p < 0,01$  та  $p < 0,001$  відповідно) депресіями. Особи з

невротичними депресіями відрізнялись низьким самоконтролем у порівнянні з іншими групами ( $p < 0,025$ ) та більшою мірою експресивності у порівнянні з хворими на органічні та ендогенні депресії ( $p < 0,05$  та  $p < 0,025$  відповідно).

Також для розуміння індивідуально-типологічних складових ПРП досліджувалась психічна ригідність у осіб з депресивними розладами (табл. 3.3). В результаті аналізу показники психічної ригідності були розділені на рівні вираженості: від низького до дуже високого.

Так, у більшості осіб з депресивними розладами визначався високий (38,46 % осіб з невротичною депресією, 29,07 % - з органічною депресією та 40,86 % - з ендогенною депресією) та помірний (37,36 %; 34,88 % та 29,03 % відповідно) рівень загального симптомокомплексу ригідності, який відображав схильність до широкого спектру фіксованих форм поведінки у хворих з депресивними розладами.

Актуальна ригідність як нездатність при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку та мотиви була виражена переважно на високому (37,36 %; 23,26 % та 48,39 % відповідно) та помірному (30,77 %; 27,91 % та 25,81 % відповідно) рівні серед осіб з депресивними розладами. При цьому також було визначено, що у 24,18 % хворих на невротичні депресії та у 20,43 % осіб з ендогенними депресіями був встановлений дуже високий рівень вираженості актуальної ригідності, а у хворих на органічні депресії, навпаки, у 31,40 % хворих визначався низький рівень актуальної ригідності.

Сенситивна ригідність, яка відображає почуття страху перед новим, була виражена у хворих на невротичні депресії переважно на високому та помірному рівнях ( $42,86 \pm 3,60$  % та  $35,16 \pm 3,15$  % відповідно), у осіб з ендогенними депресіями – на високому ( $39,78 \pm 3,36$  %), помірному ( $31,18 \pm 2,81$  % та дуже високому рівні ( $27,96 \pm 2,58$  %), у хворих на органічні депресії переважав помірний рівень ( $32,56 \pm 3,15$  %).

Таблиця 3.3

## Вираженість психічної ригідності при депресивних розладах

Вираженість ригідності	Особи з невротичними депресіями (N = 91)	Особи з органічними депресіями (N = 86)	Особи з ендогенними депресіями (N = 93)	Особи без психічних розладів (N = 182)
	% ± m%			
1	2	3	4	5
Загальний симптомокомплекс ригідності				
низька	6,59 ± 0,71	19,77 ± 2,08	4,30 ± 0,46	40,48 ± 3,76
помірна	37,36 ± 3,29	34,88 ± 3,31	29,03 ± 2,66	50,00 ± 4,26
висока	38,46 ± 3,35	29,07 ± 2,88	40,86 ± 3,42	7,14 ± 0,83
дуже висока	17,58 ± 1,77	16,28 ± 1,75	25,81 ± 2,42	2,38 ± 0,28
Актуальна ригідність				
низька	7,69 ± 0,82	31,40 ± 3,06	5,38 ± 0,57	52,38 ± 4,35
помірна	30,77 ± 2,84	27,91 ± 2,79	25,81 ± 2,42	38,10 ± 3,61
висока	37,36 ± 3,29	23,26 ± 2,4	48,39 ± 3,78	8,33 ± 0,96
дуже висока	24,18 ± 2,34	17,44 ± 1,86	20,43 ± 1,98	1,19 ± 0,14
Сенситивна ригідність				
низька	9,89 ± 1,04	22,09 ± 2,29	1,08 ± 0,12	36,90 ± 3,53
помірна	35,16 ± 3,15	32,56 ± 3,15	31,18 ± 2,81	57,14 ± 4,51
висока	42,86 ± 3,60	26,74 ± 2,69	39,78 ± 3,36	3,57 ± 0,42
дуже висока	12,09 ± 1,26	18,60 ± 1,97	27,96 ± 2,58	2,38 ± 0,28
Настановна ригідність				
низька	6,59 ± 0,71	11,63 ± 1,29	8,60 ± 0,89	32,14 ± 3,19
помірна	51,65 ± 3,99	40,70 ± 3,69	27,96 ± 2,58	60,71 ± 4,58
висока	30,77 ± 2,84	23,26 ± 2,4	32,26 ± 2,89	3,57 ± 0,42
дуже висока	10,99 ± 1,15	24,42 ± 2,5	31,18 ± 2,81	3,57 ± 0,42
Ригідність як стан				
низька	1,10 ± 0,12	19,77 ± 2,08	1,08 ± 0,12	54,76 ± 4,44
помірна	27,47 ± 2,60	27,91 ± 2,79	20,43 ± 1,98	40,48 ± 3,76
висока	42,86 ± 3,60	34,88 ± 3,31	40,86 ± 3,42	1,19 ± 0,14
дуже висока	28,57 ± 2,68	17,44 ± 1,86	37,63 ± 3,23	3,57 ± 0,42
Преморбідна ригідність				
низька	8,79 ± 0,93	12,79 ± 1,41	7,53 ± 0,79	25,00 ± 2,61
помірна	43,96 ± 3,66	50,00 ± 4,16	41,94 ± 3,47	55,95 ± 4,47
висока	40,66 ± 3,48	34,88 ± 3,31	43,01 ± 3,53	17,86 ± 1,95
дуже висока	6,59 ± 0,71	2,33 ± 0,27	7,53 ± 0,79	1,19 ± 0,14

Особистісний рівень прояву ригідності був відображений у шкалі «настановна ригідність», яка відображала позицію/настанову на прийняття/неприйняття нового. У осіб з невротичними та органічними депресіями

переважали хворі з помірним рівнем вираженості ( $51,65 \pm 3,99$  % та  $40,70 \pm 3,69$  % відповідно), а у осіб з ендogenous депресією – високий та дуже високий рівень ( $32,26 \pm 2,89$  % та  $31,18 \pm 2,81$  % відповідно).

Схильність до ригідної поведінки під час стресу, хвороб або поганого настрою визначалась за шкалою «ригідність як стан». У більшості осіб з депресивними розладами визначався високий рівень ( $42,86$  % осіб з невротичною депресією,  $34,88$  % – з органічною депресією та  $40,86$  % – з ендogenous депресією).

За преморбідними ознаками ригідності у хворих на депресивні розлади переважали помірний ( $43,96$  %;  $50,00$  % та  $41,94$  % відповідно) та високий ( $40,66$  %;  $34,88$  % та  $43,01$  % відповідно) рівні вираженості.

У осіб без психічних розладів загальний симптомокомплекс ригідності у половини випробуваних була помірного рівню та у  $40,48$  % осіб – низького рівню вираженості. У більшості здорових актуальна ригідність була низького рівню ( $52,38 \pm 4,35$  %), сенситивна, настановна та преморбідна ригідність – помірного рівню ( $57,14 \pm 4,51$  %;  $60,71 \pm 4,58$  % та  $55,95 \pm 4,47$  % відповідно) та ригідність як стан у  $54,76$  % осіб була низького рівню, а у  $40,48$  % осіб – помірного.

Статистичний аналіз за точним методом Фішера продемонстрував вірогідні розбіжності між хворими на депресивні розлади та здоровими, які полягали в переважанні низького та помірного рівню загальної, сенситивної, преморбідної ригідності та ригідності як стану ( $p < 0,0001$ , ДК=8,74, МІ=1,01) і низького рівню актуальної та настановної ригідності серед осіб без психічних розладів ( $p < 0,0001$ , ДК=5,72, МІ=0,67), у той час коли серед хворих на депресивні розлади було більше осіб з високим та дуже високим рівнями психічної ригідності ( $p < 0,0001$ , ДК=9,35, МІ=1,27).

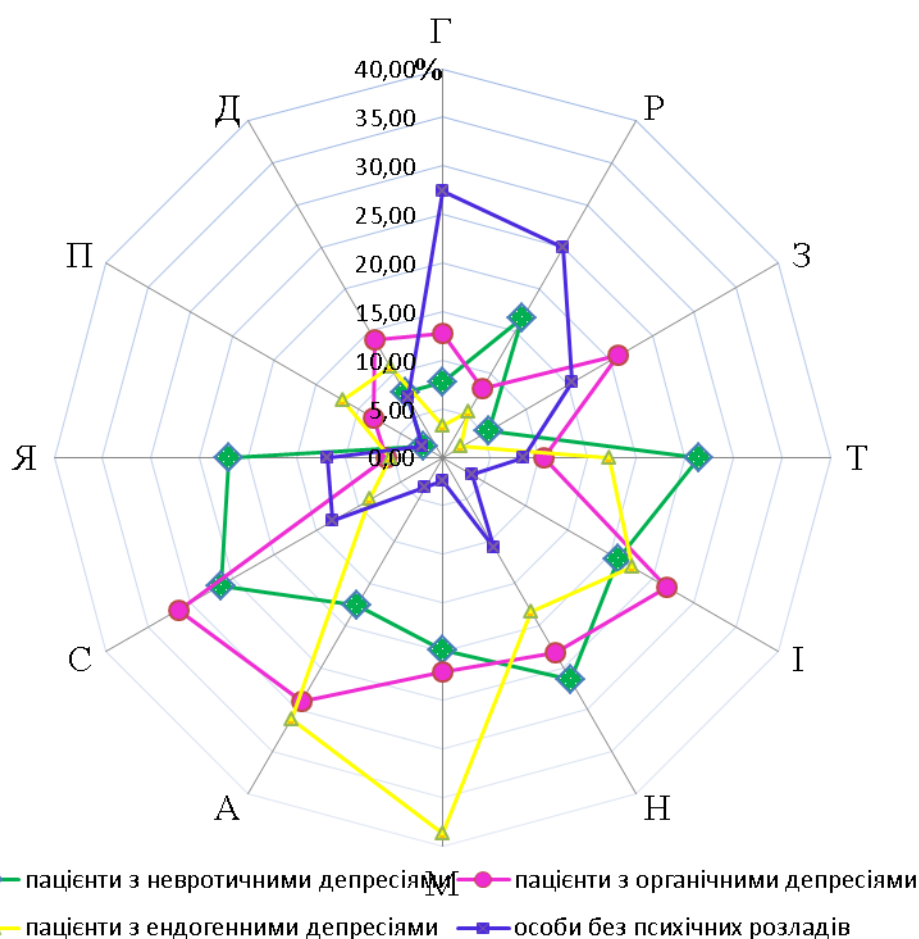
Також були визначені специфічні особливості прояву психічної ригідності серед хворих на депресивні розлади різного генезу. Кількість осіб з низьким рівнем актуальної, сенситивної та загальної психічної ригідності була більшою серед осіб з органічною депресією, ніж серед хворих на нев-

ротичні ( $p < 0,0001$ , ДК=6,11, МІ=0,72;  $p < 0,01$ , ДК=3,49, МІ=0,21 та  $p < 0,006$ , ДК=4,77, МІ=0,31 відповідно) та ендogenousні ( $p < 0,0001$ , ДК=7,66, МІ=1,00;  $p < 0,0001$ , ДК=13,13, МІ=1,38 та  $p < 0,001$ , ДК=6,62, МІ=0,51 відповідно) депресії, при яких переважав високий рівень ( $p < 0,01$ , ДК=2,06, МІ=0,15;  $p < 0,01$ , ДК=2,05, МІ=0,16 та  $p < 0,05$ , ДК=1,22, МІ=0,06 відповідно – для осіб з невротичними депресіями та  $p < 0,002$ , ДК=3,18, МІ=0,40;  $p < 0,025$ , ДК=1,72, МІ=0,11 та  $p < 0,03$ , ДК=1,48, МІ=0,09 відповідно – для осіб з ендogenousними депресіями). При цьому в стані стресу особи з невротичними та ендogenousними депресіями в більшості випадків у високому ступені були схильні до фіксованої поведінки, ніж особи з органічними депресіями ( $p < 0,03$ , ДК=2,14, МІ=0,12 та  $p < 0,001$ , ДК=3,34, МІ=0,34 відповідно). Актуальна та сенситивна ригідність була вищою при ендogenousних депресіях, ніж при невротичних ( $p < 0,03$ , ДК=1,12, МІ=0,06 та  $p < 0,003$ , ДК=3,64, МІ=0,29 відповідно). Особистісний рівень прояву психічної ригідності був помірним при невротичних депресіях, ніж при органічних та ендogenousних депресіях ( $p < 0,05$ , ДК=1,03, МІ=0,06 та  $p < 0,0005$ , ДК=2,67, МІ=0,32 відповідно), у той час коли при органічних та ендogenousних депресіях було більше осіб з дуже високим рівнем вираженості настановної ригідності ( $p < 0,01$ , ДК=3,47, МІ=0,23 та  $p < 0,0004$ , ДК=4,53, МІ=0,46 відповідно).

Вивчення основного ставлення до захворювання у осіб з депресивними розладами показало, що серед загального розподілу за типами ставлення до захворювання у хворих на депресивні розлади переважали змішані типи реагування (51,82 %). Більшу частину цієї підструктури склали типи відносин, які характеризуються особистісною дезадаптацією до захворювання: іпохондричний (18,51%), сенситивний (24,05%), тривожний (20,35%) і неврастенічний (14,81%). Більш адаптивний ергопатичний тип реєструвався в 5,81 % випадках. Чисті типи відносин до свого захворювання (27,71 % всіх випадків) у хворих на депресивні розлади були представлені гармонійним (4,43 %), ергопатичним (1,75 %) і сенситивним (6,85 %)

варіантами. Варіанти дифузного розподілу (діагностується кількість типів ставлення до свого захворювання більше 3) були відзначені в 11,12 % випадків. Основними структуроутворюючими варіантами дифузного типу відношення до хвороби були тривожний (20,35 %), сенситивний (18,5 %), іпохондричний (18,5 %) і егоцентричний (12,95 %) варіанти.

Для більш детального аналізу усі особи з депресивними розладами були розділені згідно генезу захворювання та аналізувалися окремо. Результати отриманих даних за методикою «Тип ставлення до хвороби» представлений на рис. 3.10.



*Примітка: Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогнозичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолійний; А – апатичний; С – сенситивний; Я – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний.*

Рис. 3.10. Представленість типів ставлення до хвороби у осіб з депресивними розладами

Аналіз основного ставлення до захворювання у осіб на невротичну депресію в цілому по структурі показав переважання дифузного типу ставлення до хвороби, який складався із тривожного ( $26,37 \pm 2,51$ ) %, неврас-тенічного ( $26,37 \pm 2,51$ ) %, сенситивного ( $26,37 \pm 2,51$ ) %, егоцентричного ( $21,98 \pm 2,16$ ) % та іпохондричного ( $20,88 \pm 2,06$ ) % варіантів, що виража-лось у тривожному ставленні до симптомів, фіксації на них, роздратуван-ням, демонструванням власних страждань з переживаннями щодо їх оцін-ки оточуючими. У меншій мірі реєструвалися паранойяльний ( $2,20 \pm 0,24$ ) % анозогностичний ( $5,49 \pm 0,59$ ) %, гармонійний ( $7,69 \pm 0,82$ ) % та дисфо-ричний ( $7,69 \pm 0,82$ ) % варіанти.

У осіб з органічними депресіями визначався змішаний тип ставлен-ня до хвороби, який виражався у переважанні сенситивного ( $31,40 \pm 3,06$ ) %, апатичного ( $29,07 \pm 2,88$ ) % та іпохондричного ( $26,74 \pm 2,69$ ) % типів ставлення до хвороби, що проявлялось у апатії, зосередженості та фіксації на хворобливих відчуттях, вираженої пасивної позиції щодо лікування. пе-реживаннях щодо оцінки їх хвороби оточуючими. Менш за все були пред-ставлені такі типи ставлення до хвороби як егоцентричний, паранойяль-ний та ергопатичний типи ( $5,81 \pm 0,66$  %;  $8,14 \pm 0,92$  % та  $8,14 \pm 0,92$  % ві-дповідно).

У осіб з ендогенними депресіями був встановлений змішаний тип ставлення до хвороби, який складався з переважання меланхолійного ( $38,71 \pm 3,29$ ) %, апатичного ( $31,18 \pm 2,81$ ) % та іпохондричного ( $22,58 \pm 2,16$ ) % ставлення до хвороби, що виражалось в наявності пригніченості хворобою, невіри в одужання, песимістичного погляду на майбутнє, бай-дужості до власної долі, а також зосередженості на хворобливих відчуттях. Менш за все були представлені адаптивні форми ставлення до хвороби: га-рмонійний ( $3,23 \pm 0,34$ ) %, анозогностичний ( $2,15 \pm 0,23$ ) % та ергопатичний ( $5,38 \pm 0,57$ ) %.

У осіб без психічних розладів були встановлені переважно адаптив-ні форми реагування на хворобу: гармонійний ( $27,38 \pm 2,81$ ) %, ергопатич-

ний ( $25,00 \pm 2,61$ ) % та анозогнозичний ( $15,48 \pm 1,71$ ) %, що проявлялось у тверезій оцінці свого стану, активній позиції щодо лікування, прагненні продовжувати працювати та отримувати від життя все, не дивлячись на хворобу.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що при порівнянні осіб з невротичною депресією з особами без психічних розладів було доведено, що у здорових осіб переважали адаптивні реакції на хворобу: гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ( $p < 0,0003$ , ДК=5,51, МІ=0,54;  $p < 0,04$ , ДК=1,81, МІ=0,08 та  $p < 0,01$ , ДК=4,50, МІ=0,22 відповідно), у той час коли у хворих на невротичні депресії переважали дезадаптивні інтрапсихічні (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний) ( $p < 0,001$ , ДК=5,00, МІ=0,45;  $p < 0,0003$ , ДК=7,67, МІ=0,66;  $p < 0,004$ , ДК=3,91, МІ=0,31;  $p < 0,0001$ , ДК=9,19, МІ=0,80 та  $p < 0,002$ , ДК=6,92, МІ=0,48 відповідно) та інтерпсихічні (сенситивний та егоцентричний) ( $p < 0,01$ , ДК=3,04, МІ=0,20 та  $p < 0,03$ , ДК=2,66, МІ=0,13 відповідно) типи ставлення до хвороби.

При співставленні здорових осіб з хворими на органічні депресії було встановлено, що у осіб без психічних розладів переважали адаптивні типи реагування на хворобу (гармонійний та ергопатичний) ( $p < 0,009$ , ДК=3,31, МІ=0,24 та  $p < 0,001$ , ДК=4,87, МІ=0,41 відповідно), а у осіб з органічними депресіями – дезадаптивні типи інтрапсихічної спрямованості (іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний) ( $p < 0,0001$ , ДК=8,74, МІ=1,01;  $p < 0,01$ , ДК=3,37, МІ=0,21;  $p < 0,0001$ , ДК=9,68, МІ=0,95 та  $p < 0,0001$ , ДК=9,11, МІ=1,16 відповідно) та інтерпсихічний сенситивний ( $p < 0,0025$ , ДК=3,80, МІ=0,35) типи ставлення до хвороби.

Порівняння осіб без психічної патології з хворими на ендогенні депресії дозволило встановити, що у здорових осіб переважали адаптивні реакції на хворобу: гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ( $p < 0,0001$ , ДК=9,29, МІ=1,12;  $p < 0,0001$ , ДК=6,67, МІ=0,65 та  $p < 0,001$ , ДК=8,57, МІ=0,57 відповідно), у той час коли у хворих на ендогенні депре-



сії переважали дезадаптивні інтрапсихічні (тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний) ( $p < 0,039$ , ДК=3,15, МІ=0,14;  $p < 0,0001$ , ДК=8,01, МІ=0,76;  $p < 0,0001$ , ДК=12,11, МІ=2,20 та  $p < 0,0001$ , ДК=9,41, МІ=1,30 відповідно) та інтерпсихічний параноїдний ( $p < 0,01$ , ДК=6,96, МІ=0,33) типи ставлення до хвороби.

Також були отримані вірогідні розбіжності при співставленні різних типів депресивного розладу між особою. Так, було встановлено, що «відхід у роботу» попри наявність хворобливих симптомів був більш характерним для осіб з невротичною депресією, ніж для хворих з органічною та ендogenous депресіями ( $p < 0,04$ , ДК=3,06, МІ=0,13 та  $p < 0,01$ , ДК=4,87, МІ=0,27 відповідно). Серед дезадаптивних реакцій на хворобу особи з невротичною депресією відрізнялись від інших типів переважанням тривожного ( $p < 0,003$ , ДК=4,01, МІ=0,32 та  $p < 0,04$ , ДК=1,86, МІ=0,09 відповідно) та егоцентричного ( $p < 0,001$ , ДК=5,78, МІ=0,47 та  $p < 0,0006$ , ДК=6,12, МІ=0,51 відповідно) ставлення до хвороби, що проявлялось в тривожному переживанні та занепокоєнні щодо симптомів, «відході у хворобу», демонстрації власних страждань оточуючим.

Особи з ендogenous депресіями відрізнялись від осіб з невротичними депресіями переважанням меланхолійного, апатичного та параноїального ставлення до хвороби ( $p < 0,002$ , ДК=2,92, МІ=0,28;  $p < 0,01$ , ДК=2,49, МІ=0,17 та  $p < 0,008$ , ДК=7,31, МІ=0,35 відповідно), а від осіб з органічними депресіями – переважанням меланхолійного типу ставлення до хвороби ( $p < 0,007$ , ДК=2,44, МІ=0,20).

Респонденти з органічними депресіями відрізнялись від хворих на невротичні депресії переважанням апатичного та анозогностичного ставлення до хвороби ( $p < 0,028$ , ДК=2,18, МІ=0,13 та  $p < 0,001$ , ДК=5,81, МІ=0,45 відповідно), що проявлялось в байдужості до симптомів, відсутності мотивації до лікування та ігноруванні симптомів хвороби; а при порівнянні з хворими на ендogenous депресії – переважанням сенситивного та анозогностичного типів реакцій на хворобу ( $p < 0,0001$ , ДК=5,62, МІ=0,64

та  $p < 0,0001$ ,  $DK=9,88$ ,  $MI=0,93$  відповідно), що проявлялось побоюваннях стати тягарем для близьких через хворобу та, пов'язаному з цим, прагненні ігнорувати тяжкість симптомів.

Отже, проведений аналіз індивідуально-психологічних особливостей хворих на депресивні розлади дозволив визначити, що риси характеру, психічна ригідність та внутрішня картина хвороби являються вагомими складовими психологічного реабілітаційного потенціалу хворих, що необхідно враховувати при створенні реабілітаційних та психотерапевтичних диференційованих програм для осіб з депресивними розладами.

### **3.3. Ціннісно-мотиваційні складові реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами**

Для розуміння ціннісно-мотиваційних складових психологічного реабілітаційного потенціалу хворих на депресивні розлади були проаналізовані особливості ієрархії цінностей, а також особливості екзистенціальної наповненості, осмисленості та задоволеності різними аспектами власного життя у осіб з різними типами депресивних розладів. З цією метою використовувались методика Ш. Шварца та шкала екзистенції А. Лангле і К. Орглер.

За результатами, отриманими за методикою Ш. Шварца, було визначено, що у хворих на депресивні розлади відбувається загальне зниження мотивації та спустошення ціннісно-сміслової сфери, що проявлялось в знижених показниках за всіма шкалами, що наглядно видно на рис. 3.11.

У осіб без психічних розладів ієрархія цінностей представлена наступними цінностями в порядку зменшення важливості: гедонізм ( $84,84 \pm 16,34$ ) %, самостійність ( $76,46 \pm 14,93$ ) %, досягнення ( $72,72 \pm 13,97$ ) %, доброта ( $62,74 \pm 11,96$ ) %, стимуляція ( $62,11 \pm 11,92$ ) %, влада ( $61,12 \pm 11,03$ ) %, універсалізм ( $51,25 \pm 8,39$ ) %, безпека ( $45,45 \pm 7,81$ ) %, конформ-

ність ( $37,51 \pm 5,77$ ) % та традиції ( $28,42 \pm 5,07$ ) %. Отже, для здорових осіб головними мотиваційними спонуканнями виступають бажання отримувати задоволення від життя, самостійний вибір способів дії, особистий успіх через прояв компетентності, збереження дружніх стосунків і прагнення до новизни та глибоких переживань.

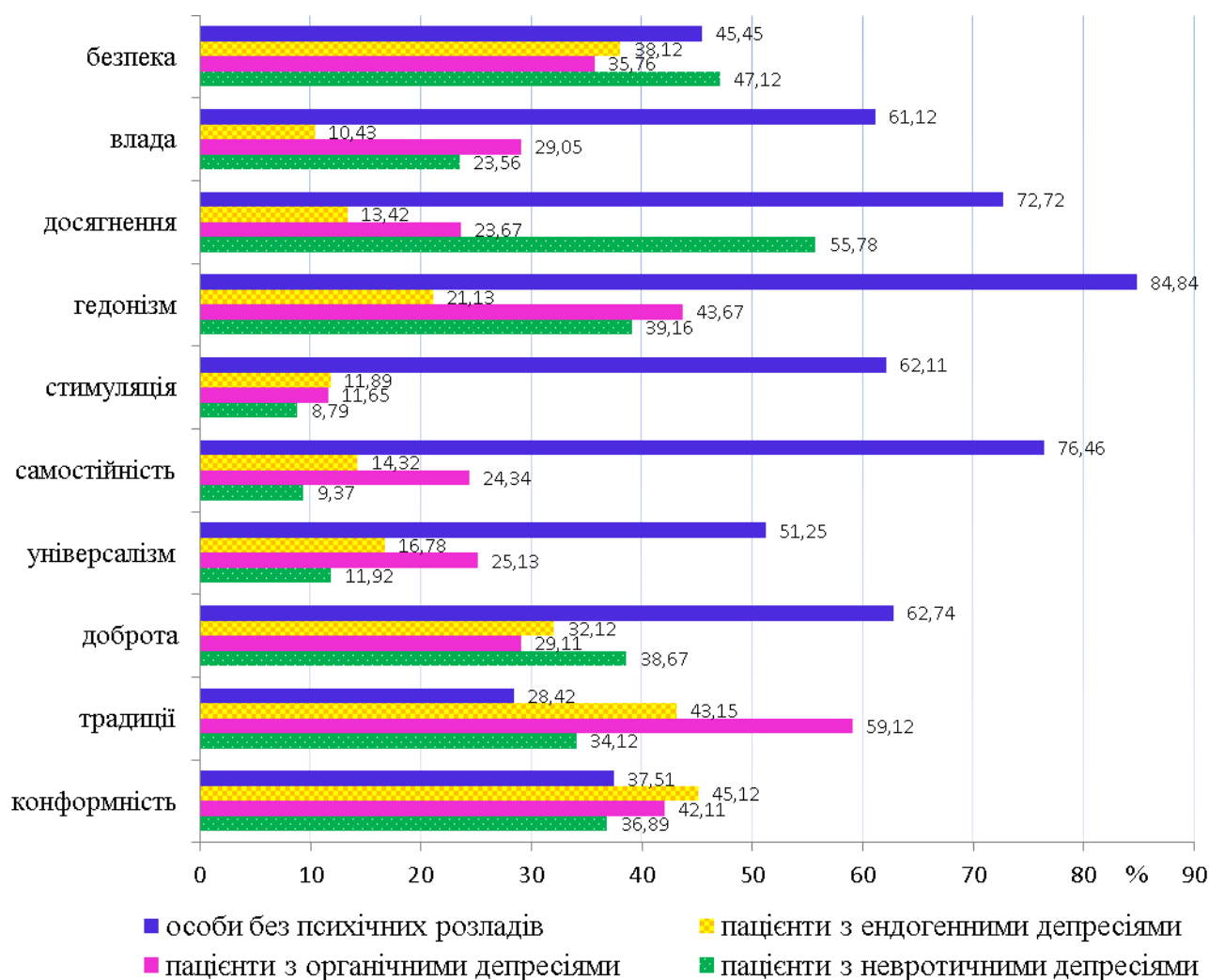


Рис. 3.11. Особливості ціннісно-мотиваційної сфери у осіб з депресивними розладами

У осіб на невротичні депресії переважними мотивами виступали цінності досягнення ( $55,78 \pm 14,52$ ) %, гедонізм ( $39,16 \pm 8,97$ ) %, доброта ( $38,67 \pm 9,14$ ) %, конформність ( $36,89 \pm 7,51$ ) % та традиції ( $34,12 \pm 6,02$ ) %.

%, що проявлялось в прагненні успіху та соціального схвалення, отриманні насолоди та задоволення від життя, потребі в афіліації, а також стримування дій, які не відповідають соціальним очікуванням, та дотримання ідей та звичаїв соціальної групи. Тобто, як видно з отриманих даних, компоненти ціннісно-мотиваційної сфери осіб з невротичними депресіями мають більшою мірою просоціальну спрямованість.

Ієрархія цінностей у осіб з органічними депресіями характеризувалась переважанням наступних мотивів: традиції ( $59,12 \pm 17,23$ ) %, гедонізму ( $43,67 \pm 11,34$ ) %, конформності ( $42,11 \pm 12,06$ ) % та безпеки ( $35,76 \pm 9,31$ ) %, що виражалось у прагненні дотримуватися звичаїв та традицій, отримувати задоволення, стримувати спонукання, які не відповідають соціальним очікуванням, і створювати безпечні умови для себе та близьких.

При ендогенних депресіях конформність ( $45,12 \pm 15,23$ ) %, традиції ( $43,15 \pm 14,87$ ) %, безпека ( $38,12 \pm 11,43$ ) % та доброта ( $32,12 \pm 9,76$ ) % являлися провідними цінностями, які проявлялись в мотивації стримувати власні спонукання, якщо вони створюють протиріччя між особистістю та оточенням, в підтримці традицій, бажанні безпеки та благополуччя.

Статистичний аналіз результатів дозволив визначити відмінності між особами без психічних розладів та хворими на депресивні розлади. Так, вираженість та цінність таких мотиваційних компонентів як доброта ( $p < 0,025$ ), універсалізм ( $p < 0,001$ ), самостійність ( $p < 0,0001$ ), стимуляція ( $p < 0,0001$ ), гедонізм ( $p < 0,0001$ ), досягнення ( $p < 0,01$ ) та влада ( $p < 0,0001$ ) значно перевищувала ці показники у здорових осіб в порівнянні з хворими на депресивні розлади, що свідчить про збіднення ціннісно-сислової сфери та спустошення спонукальних мотивів при депресивних розладах. Виключення складає цінність «традиції», які були виражені більше у хворих на органічні та ендогенні депресії, ніж у здорових ( $p < 0,0025$  та  $p < 0,01$  відповідно), що може свідчити про те, що в ситуації спустошення ціннісно-сислової сфери у хворих на органічні та ендогенні де-

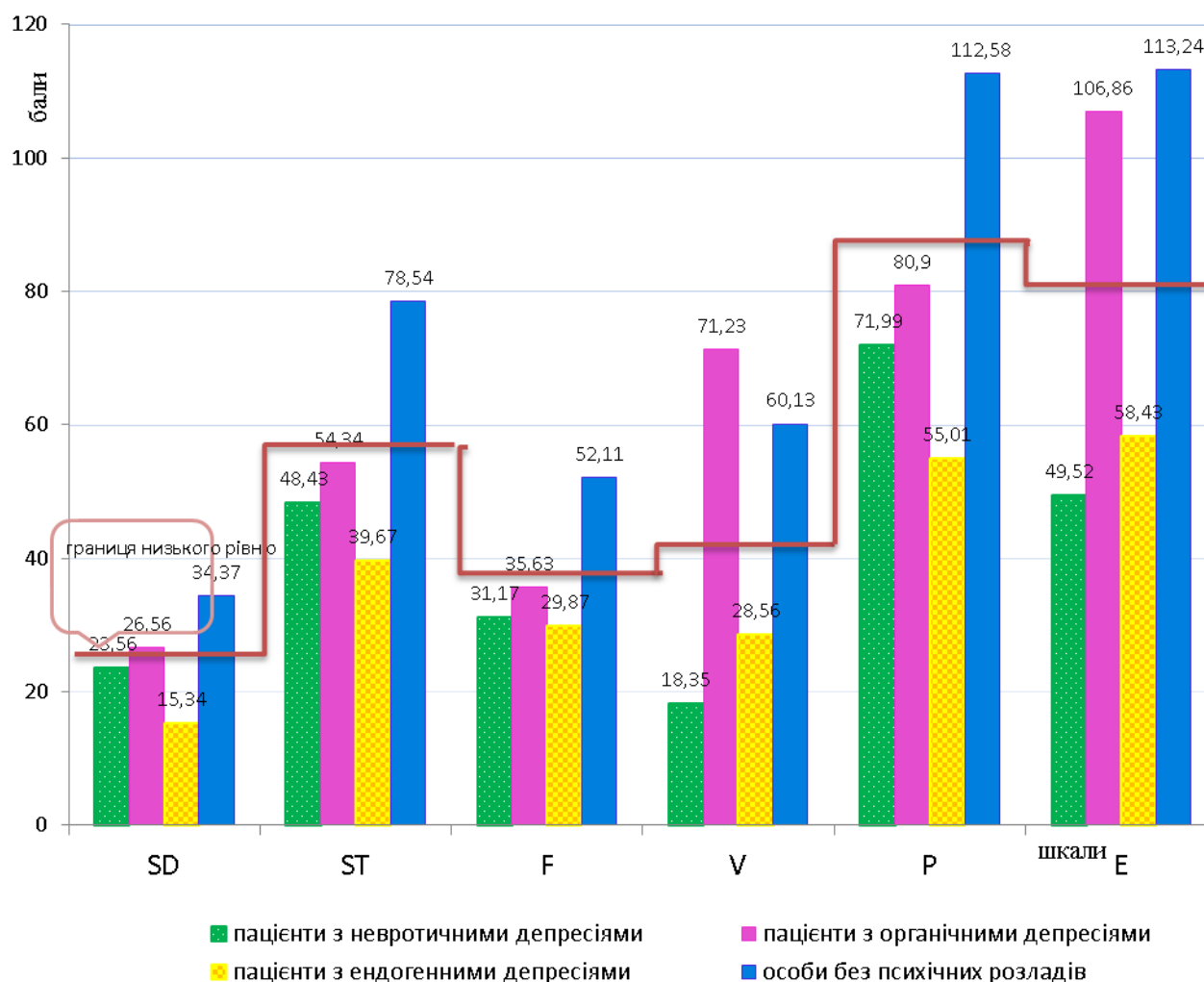
пресії, спонукальними мотивами залишаються лише ті, що закріплені суспільством в традиціях та звичаях.

Також були отримані статистичні розбіжності між різними формами депресивних розладів. У осіб з органічними депресіями були більш виражені цінності «традиції» та «самостійність», ніж при невротичних ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,01$  відповідно) та ендогенних ( $p < 0,025$  та  $p < 0,05$  відповідно) депресіях. У хворих на ендогенні депресії були менш виражені цінності «гедонізм» та «влада», ніж у осіб з органічними ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,01$  відповідно) та невротичними ( $p < 0,01$  та  $p < 0,025$  відповідно) депресіями. Особи з невротичними депресіями відрізнялись більшою вираженістю потреби у досягненні, ніж хворі з органічними та ендогенними депресіями ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,0001$  відповідно), та більшою потребою у безпеці в порівнянні з хворими на органічні депресії ( $p < 0,05$ ), у яких переважала потреба в універсалізмі ( $p < 0,01$ ).

Також аналізувалися особливості екзистенціальної наповненості, осмисленості та задоволеності різними аспектами власного життя у осіб з різними типами депресивних розладів за допомогою шкали екзистенції А. Лангле і К. Орглер.

Так, у осіб без психічних розладів показник «Самодистанціювання» (SD) набував середніх значень (34,37 балів) і визначав здатність випробуваних відійти на дистанцію по відношенню до себе самого та здатність внутрішньо звільнитися від полону афектів, упереджень і бажань, щоб не заплутатися в них, для тверезої оцінки ситуації (рис. 3.12).

Низький показник SD був визначений у осіб на невротичні, органічні та ендогенні депресії (23,56, 26,56 та 15,34 балів відповідно), що характеризує осіб з депресивними розладами як осіб, яким важко відійти на дистанцію від себе самого, відокремитися від нав'язливих та песимістичних думок та, як наслідок, відчувають труднощі в реалістичному сприйнятті та аналізі ситуації.



*Примітка: SD – самодистанціювання; ST – самотрансценденція; F – свобода; V – відповідальність; P – персональність; E – екзистенційність; G – загальний показник екзистенціальної наповненості.*

Рис. 3.12. Особливості екзистенціальної наповненості у осіб з депресивними розладами

У осіб без психічних розладів був визначений середній рівень вираженості показника «Самотрансценденція» (ST) (78,54 балів), що дозволило характеризувати випробуваних як здатних відчувати багатий емоційний внутрішній світ і ціннісні підстави і на них орієнтуватися. Завдяки цій здатності здорові особи схильні внутрішньо ставитися до пережитого, і відчувати емоційну внутрішню співвіднесеність з тим, що відбувається, і приймати себе разом зі своїми бажаннями і потребами.

В протилежність цьому у осіб з депресивними розладами були визначені низькі показники ST (48,43, 54,34 та 39,67 балів відповідно), що свідчило про наявність емоційної сплюсненості в стосунках зі світом і людьми, а почуття, що виникають, відчуваються ними як ті, що заважають і вводять в оману.

За показником «Свобода» (F) також була визначена схожа ситуація: у осіб без психічних розладів визначався середній рівень цього показника (50,11 балів), а при депресивних розладах – низький (31,17, 35,63 та 29,87 балів відповідно). Тобто здорові характеризувались здатністю знаходити реальні можливості дії, створювати з них ієрархію відповідно до їх цінностей і, таким чином, приходити до персонально обґрунтованих рішень. У той час коли особи з депресивними розладами відчували труднощі у прийнятті рішень, а також нерішучість і невпевненість у своїх рішеннях.

За показником «Відповідальність» (V) у осіб без психічних розладів був визначений середній рівень (60,13 балів), у осіб з органічними депресіями – високий рівень (71,23 балів) та у осіб з невротичними та ендогенними депресіями – низький рівень (18,35 та 28,56 балів відповідно).

У осіб без психічних розладів визначається здатність доводити до кінця рішення, прийняті на підставі особистих цінностей. Низький показник V при невротичних та ендогенних депресіях показує, що особи цих груп не відчувають персональної включеності в життя, в їх позиціях переважає стриманість та очікування. При органічних депресіях високий показник V свідчить про наявність почуття обов'язку, яке направляється страхом наслідків або вивченою дисциплінованістю.

Показник «Персональність» (P) описує когнітивну та емоційну доступність до себе і для світу. Так, були встановлені низькі показники P при невротичних, органічних та ендогенних депресіях (71,99, 80,90 та 55,43 балів відповідно) та середні – у осіб без психічної патології (112,58 балів). Тобто низькі показники P при депресивних розладах можуть бути розцінені як ознака того, що базові персональні здібності блоковані і не викорис-

товуються, та вказує на закритість людини від світу та від себе. У здорових осіб визначалась відкритість до світу та до себе та здатність розуміти себе та інших.

За показником «Екзистенційність» (Е) у осіб із загальної популяції та осіб з органічними депресіями був встановлений середній рівень вираженості (113,24 та 106,86 балів відповідно), а у хворих на невротичні та ендогенні депресії – низький (49,52 та 58,43 балів відповідно). Тобто здорові особи та особи з органічними депресіями були схильні орієнтуватися в цьому світі, приходити до рішень і відповідально втілювати їх в життя, змінюючи її таким чином в кращу сторону. Однак, здорові виходили в своїх рішеннях із прагнення влаштувати свій світ і своє життя, а хворі на органічні депресії – із почуття обов'язку, що вони мають це зробити.

У той же час низький показник Е при невротичних та ендогенних депресіях вказує на спосіб життя, в якому рішення приймаються з труднощами і є бездіяльність. На це можуть впливати: невпевненість у прийнятті рішень, невпевненість в «екзистенційному місці» («моє це місце?»), необов'язковість, стриманість, незнання того, що потрібно робити, мала здатність витримувати навантаження, чутливість до перешкод, схильність починати діяти на підставі зовнішніх причин, що спонукають, без внутрішнього співвіднесення.

Також був визначений загальний показник екзистенціальної наповненості (G), який визначав, наскільки наповнена змістом екзистенція даної особистості. Так, у здорових осіб він становив 224,76 балів, що відповідало середньому рівню, у осіб з невротичними, органічними та ендогенними депресіями – 121,51, 168,76 та 113,44 балів відповідно, що відповідало низькому рівню. У здорових осіб визначалась наповненість життя сенсом, який, як правило, відчувався як «повнота життя», як «справжнє» життя.

Низький G-показник у хворих на депресивні розлади вказує на невиконаність екзистенції. Закритість Person (зацикленість на собі і емоційна нездатність до діалогу), нерішучість і скрутність (відсутність відповідаль-



ної включеності в життя) відображаються в низьких значеннях загальної екзистенціальної наповненості.

Були встановлені вірогідні розбіжності між особами без психічних розладів та особами з невротичними та ендогенними депресивними розладами, що полягали в переважанні здібності до самодистанційювання ( $p < 0,025$  та  $p < 0,01$  відповідно), самотрансценденції ( $p < 0,025$  та  $p < 0,001$  відповідно), відчуття свободи ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,0001$  відповідно), відповідальності ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,001$  відповідно), персональності ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,0025$  відповідно), екзистенційності ( $p < 0,001$  та  $p < 0,0001$  відповідно) та загальної екзистенціальної наповненості ( $p < 0,005$  та  $p < 0,0001$  відповідно) у здорових. Також було встановлено, що відчуття наповненості життя ( $p < 0,001$ ), його емоційність ( $p < 0,0001$ ), відчуття свободи ( $p < 0,025$ ) і відкритість власного «Я» ( $p < 0,0001$ ) були більш притаманні здоровим особам, ніж хворим на органічні депресії, у яких була більш виражена відповідальність, що проявлялась у почутті обов'язку ( $p < 0,01$ ).

Також було визначено, що особи з органічними депресіями схильні були в більшій мірі відчувати власну дистанцію ( $p < 0,025$ ), сприймати емоційно те, що відбувається ( $p < 0,025$ ) та відчувати за це відповідальність ( $p < 0,001$ ), ніж це було властиво хворим з ендогенними депресіями. Також було встановлено, що позиція невтручання та очікування була більш характерна для осіб з невротичними депресіями, ніж для хворих на органічні та ендогенні депресії ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,025$  відповідно), а особи з ендогенними депресіями відрізнялись від хворих на невротичні та органічні депресії більшою закритістю від себе та інших ( $p < 0,01$  та  $p < 0,001$  відповідно). Особи з органічними депресіями відзначались більшими показниками екзистенціальної наповненості та включеності у життя, ніж хворі з невротичними ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,0001$  відповідно) та ендогенними ( $p < 0,001$  та  $p < 0,001$  відповідно) депресіями.

Отже, проведений аналіз особливостей ціннісно-мотиваційної сфери осіб з депресивними розладами дозволив визначити, що спустошеність мо-

тиваційної сфери, зниження спонукань та екзистенціальна невиконаність являються вагомими складовими психологічного реабілітаційного дефіциту хворих, що необхідно враховувати при створенні реабілітаційних та психотерапевтичних диференційованих програм для осіб з депресивними розладами.

### 3.4. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій як складові реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями

Для вивчення особливостей соціального функціонування в різних сферах у осіб з депресивними порушеннями різного генезу використовувався опитувальник I. Karler, результати якого дозволили визначити сфери найбільшої травматизації та незадоволеності у осіб з депресивними порушеннями різного генезу (рис. 3.13).

Так, було встановлено, що особи з невротичною депресією були незадоволені стосунками з подружжям ( $58,65 \pm 13,47$ ) %, з родичами ( $52,76 \pm 11,63$ ) %, а також відчували недостатню задоволеність професійною та соціальною сферами ( $44,68 \pm 10,31$ ) % та ( $42,62 \pm 10,12$ ) % відповідно). Особи з органічною депресією відмічали незадоволеність, насамперед, в професійній сфері ( $43,07 \pm 10,05$ ) %, а також стосунками з подружжям ( $42,13 \pm 9,89$ ) %. Хворі на ендогенні депресії були незадоволені, перш за все, стосунками з родичами ( $48,09 \pm 12,08$ ) %, а також соціальною сферою функціонування ( $42,11 \pm 9,67$ ) % та відносинами з подружжям ( $40,38 \pm 8,77$ ) %.

У осіб без психічних розладів рівень незадоволеності сферами соціального функціонування був нижче середнього: незадоволеність подружніми стосунками становила 32,96 %, стосунками з родичами – 34,78 %, професійною діяльністю – 32,33 % та соціальною сферою – 34,09 %.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що загальний рівень незадоволеності соціальним функціонуванням був вищим у осіб з невротичними депресіями, ніж при органічних та ендогенних депресіях ( $t =$

3,456,  $p < 0,01$  та  $t = 2,872$ ,  $p < 0,025$  відповідно), а особи з депресивними порушеннями суттєво відрізнялись більшим рівнем незадоволеності соціальним функціонуванням від осіб без психічної патології ( $p < 0,05$ ).

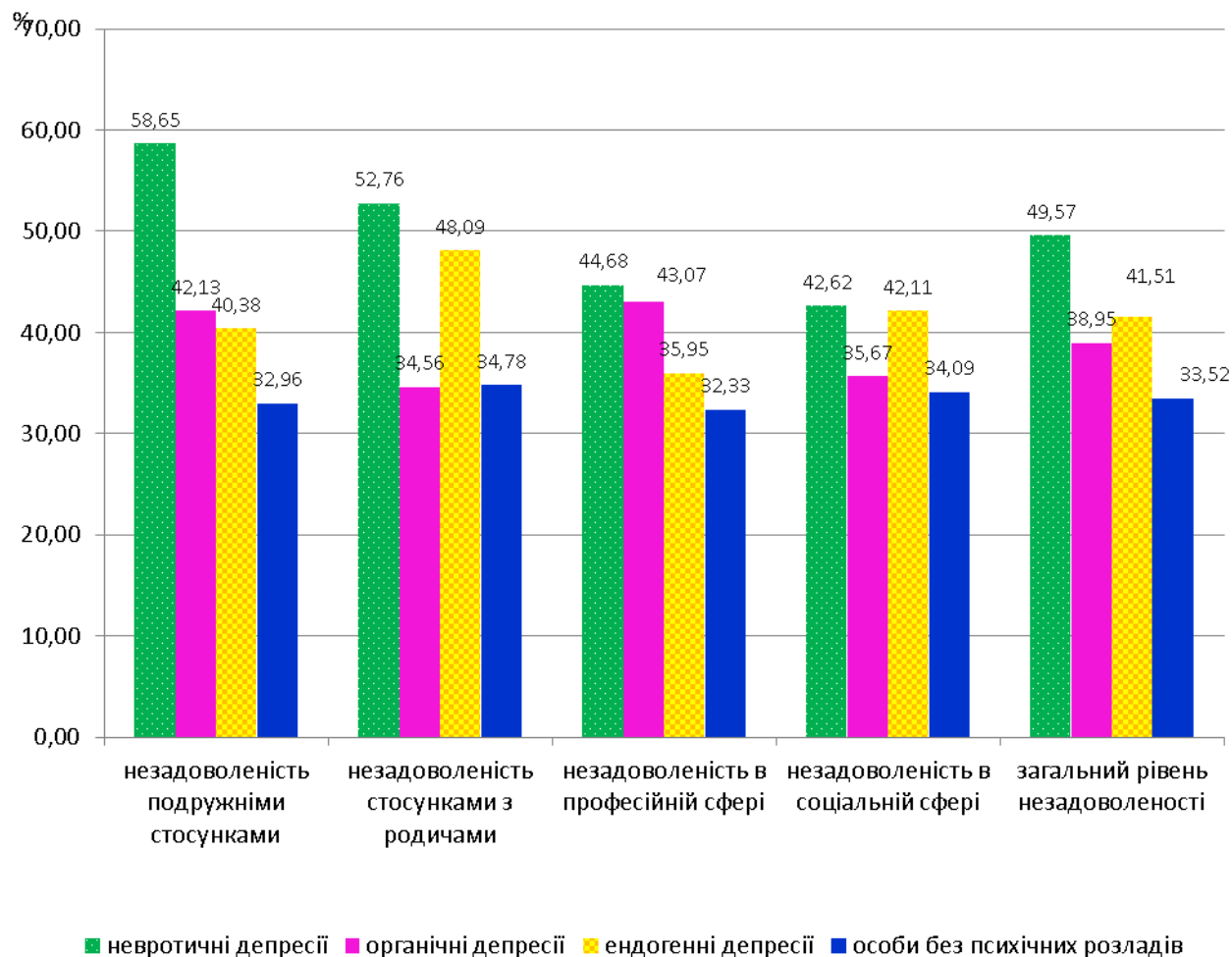


Рис. 3.13. Особливості соціального функціонування осіб з депресивними порушеннями

Також було встановлено, що особи з невротичними та ендогенними депресіями відрізнялись більшою незадоволеністю стосунками з родичами та соціальною сферою у порівнянні з особами з органічними депресіями ( $t = 6,712$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,396$ ,  $p < 0,0025$  відповідно) та здоровими ( $t = 6,349$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 5,102$ ,  $p < 0,001$  відповідно). Незадоволеність професійною сферою відрізняла осіб з невротичними та органічними депресіями від хворих на ендогенні депресії ( $t = 3,214$ ,  $p < 0,01$  та  $t = 2,351$ ,  $p <$

0,025 відповідно) та осіб без психічних розладів ( $t = 4,761$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,612$ ,  $p < 0,01$  відповідно). Також було визначено, що незадоволеність подружніми стосунками відрізняла осіб з депресивними порушеннями від здорових осіб ( $p < 0,05$ ), та була більш виражена, як сфера психічної травматизації, у осіб з невротичною депресією у порівнянні з органічними та ендогенними депресіями ( $t = 6,341$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 7,523$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Для проведення більш детального аналізу були проаналізовані окремі дані шкал для встановлення специфіки сфер психічної травматизації серед осіб з депресивними порушеннями різного генезу (табл. 3.4).

Так, у сфері подружніх стосунків у осіб з невротичною депресією найбільш вираженою зоною психічної травматизації визначались позашлюбні стосунки ( $3,67 \pm 1,22$  балів), непорозуміння щодо розподілу обов'язків ( $3,67 \pm 1,17$  балів), відсутність емоційної близькості між подружжям ( $3,24 \pm 1,47$  балів), різне ставлення до грошей ( $3,15 \pm 1,29$  балів) та відсутність взаєморозуміння з подружжям ( $3,02 \pm 1,07$  балів). У хворих на органічні депресії вираженість психічної травматизації була меншою та полягала у порушенні сексуальних стосунків між партнерами ( $2,61 \pm 0,97$  балів), труднощах, пов'язаних з надмірною зайнятістю на роботі одного з членів подружжя ( $2,56 \pm 1,05$  балів), та відсутністю узгодженості щодо фінансових питань ( $2,46 \pm 1,20$  балів).

У осіб з ендогенними депресіями серед факторів психічної травматизації в подружніх стосунках визначались, насамперед, відсутність емоційної близькості та порозуміння з подружжям ( $3,21 \pm 1,48$  та  $3,45 \pm 0,68$  балів відповідно), а також порушення сексуальних стосунків між партнерами ( $2,78 \pm 1,30$  балів).

У осіб без психічної патології визначались незначні труднощі у порозумінні щодо розподілу сімейних обов'язків ( $2,35 \pm 1,44$  балів), та незадоволеність, пов'язана з надмірною зайнятістю на роботі одного з партнерів ( $2,32 \pm 0,92$  балів).

Таблиця 3.4

**Сфери психічної травматизації осіб з депресивними порушеннями**  
(за даними тесту I. Karler)

Найменування показників психічної травматизації		Особі з невротичною депресією	Особі з органічною депресією	Особі з ендогенною депресією	Особі без психічних розладів
		N = 91	N = 86	N = 93	N = 182
У подружніх стосунках	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	відсутність взаєморозуміння з подружжям	3,02	2,21	3,45	2,13
	відсутність емоційної близькості	3,24	1,78	3,21	1,34
	порушення сексуальних стосунків	2,78	2,61	2,78	1,21
	відсутність порозуміння щодо виховання дітей	2,35	1,34	1,12	1,45
	труднощі, обумовлені різницею в характерах	2,82	2,11	1,34	2,03
	непорозуміння щодо розподілу обов'язків	3,67	1,67	1,56	2,35
	різне відношення до грошей	3,15	2,46	1,52	1,78
	різниця в намірах мати дітей	2,69	2,31	1,67	1,02
	позашлюбні стосунки	3,67	2,01	1,89	1,39
	відсутність порозуміння щодо проведення дозвілля	2,31	2,11	2,33	1,11
	труднощі, пов'язані з надмірною зайнятістю на роботі	2,56	2,56	1,34	2,32
У стосунках з родичами	відсутність взаєморозуміння з матір'ю	3,97	2,03	3,45	2,01
	відсутність взаєморозуміння з батьком	2,03	1,28	2,58	1,03
	відсутність взаєморозуміння з братами/сестрами	1,56	1,34	1,48	1,76
	відсутність взаєморозуміння з тещою/свекрухою	3,45	2,09	2,34	2,13
	відсутність взаєморозуміння з тестем/свекром	1,11	1,08	1,34	1,13
	проблеми з дітьми	2,38	2,34	3,11	2,08
	конфлікти з прийомними дітьми	1,02	1	1,01	1,02
	труднощі у стосунках з родичами чоловіка/дружини	2,45	1,06	2,56	1,89

Продовж. табл. 3.4

	1	2	3	4	5
	труднощі у стосунках з родичами, що проживають на одній території	4,25	2,11	2,45	2,13
	незадовільна сімейна-побутова ситуація	4,11	2,01	2,54	2,06
	хвороба члена родини/необхідність його обслуговувати	2,69	2,67	2,45	1,89
в професійній сфері	незадоволеність роботою, яка не відповідає професійним інтересам	3,45	2,04	1,38	1,69
	монотонність роботи	1,02	2,45	2,32	1,13
	багатоплановість роботи	2,36	3,69	2,07	1,62
	переважання в роботі адміністративних завдань над професійними	1,56	1,11	1,45	1,08
	напружені стосунки з керівництвом	3,25	1,78	1,56	2,01
	напружені стосунки з колегами	2,83	1,54	1,32	1,67
	конфлікти з підлеглими	1,03	1,11	2,01	1,02
	невідповідність роботи професії	1,11	2,78	1,79	1,92
	професійні вимоги не відповідають професійній кваліфікації	2,04	1,08	1,73	1,24
	виконання роботи більш низької кваліфікації	1,01	2,56	2,01	1,21
	перенавантаження на роботі	3,89	4,36	2,45	2,13
недостатнє визнання	3,26	1,34	1,48	2,68	
в соціальній сфері	невідповідність моральних настанов оточення власним	1,01	1,23	2,34	1,21
	відсутність порозуміння у політичних вподобаннях	2,45	2,03	1,79	1,69
	відсутність порозуміння у релігійних переконаннях	1,11	1,13	1,65	1,02
	відмінності у світоглядних позиціях	2,67	1,45	1,62	1,93
	протиріччя між суспільно-політичними настановами та дійсністю	3,77	1,32	2,34	1,72
	протиріччя між політичними переконаннями та суспільним вимогами	1,87	1,32	1,87	1,56
	відсутність приналежності до суспільних організацій	1,03	1,48	1,32	1,02
	відсутність суспільної активності	1,07	2,11	1,98	1,01
	завантаженість суспільними обов'язками	1,03	1,23	1,38	1,78
	відсутність порозуміння у політико-світоглядних поглядах	2,65	2,11	2,48	1,92
	розчарування в політичних діячах	4,78	4,21	4,39	3,89

Детальний аналіз провідних зон психічної травматизації у стосунках з родичами дозволив визначити, що у осіб з невротичними депресіями відзначались труднощі у стосунках з родичами, які проживають на одній території ( $4,25 \pm 1,15$  балів), відсутність задовільної сімейно-побутової ситуації ( $4,11 \pm 1,22$  балів), непорозуміння з матір'ю та тещою (або свекрухою) ( $3,97 \pm 1,10$  та  $3,45 \pm 0,92$  балів відповідно), наявність хвороби члена родини або необхідність його обслуговувати ( $2,69 \pm 0,96$  балів), а також проблеми з дітьми ( $2,38 \pm 0,64$  балів). У осіб з органічними депресіями спостерігались труднощі, пов'язані з хворобою члена родини або необхідністю його доглядати ( $2,67 \pm 0,98$  балів) та проблеми з дітьми ( $2,34 \pm 0,60$  балів). Хворі на ендогенні депресії характеризувались наявністю численних труднощів у сфері стосунків з родичами: відсутність порозуміння з матір'ю, батьком та дітьми ( $3,45 \pm 1,29$ ,  $2,58 \pm 1,31$  та  $3,11 \pm 1,20$  балів відповідно), родичами чоловіка або дружини ( $2,56 \pm 1,53$  балів), особливо якщо вони проживають на одній території ( $2,45 \pm 1,34$  балів), а також незадоволеність сімейно-побутовою ситуацією в родині ( $2,54 \pm 0,92$  балів). Особи без психічних розладів характеризувались труднощами у порозумінні з матір'ю чоловіка/дружини ( $2,13 \pm 0,67$  балів), особливо якщо вони проживають на одній території ( $2,13 \pm 0,84$  балів), та дітьми ( $2,08 \pm 0,71$  балів).

Особливості психічної травматизації в професійній сфері у осіб з невротичними депресіями були пов'язані з напруженими стосунками з керівництвом та колегами ( $3,25 \pm 1,21$  та  $2,83 \pm 1,12$  балів відповідно), з перевантаженням на роботі ( $3,89 \pm 0,90$  балів), недостатнім визнанням ( $3,26 \pm 0,71$  балів) та незадоволеністю роботою, яка не відповідає професійним інтересам ( $3,45 \pm 1,27$  балів). У осіб з органічною депресією зонами психічної травматизації у професійній сфері виступали перенавантаження на роботі ( $4,36 \pm 0,86$  балів), монотонність та багатоплановість завдань ( $2,45 \pm 0,97$  та  $3,69 \pm 1,42$  балів відповідно), а також невідповідність роботи професії ( $2,78 \pm 0,99$  балів) та виконання роботи більш низької кваліфікації ( $2,56 \pm 1,09$  балів). У осіб на ендогенну депресію факторами психічної тра-

вматизації на роботі виступали монотонність завдань, що виконувались ( $2,32 \pm 0,88$  балів), та перенавантаження на роботі ( $2,45 \pm 0,71$  балів). У осіб без психічних розладів зонами конфлікту являлось недостатнє визнання ( $2,13 \pm 1,26$  балів) та перенавантаження на роботі ( $2,68 \pm 1,07$  балів).

Визначення зон психічної травматизації в соціальній сфері продемонструвало переважання розчарування в політичних діячах ( $4,78 \pm 0,51$  балів), протиріччя між суспільно-політичними настановами та дійсністю ( $3,77 \pm 1,23$  балів), відмінності у світоглядних та політичних позиціях ( $2,67 \pm 0,74$  та  $2,65 \pm 0,87$  балів) у осіб з невротичною депресією. Наявність розчарування в політичних діячах ( $4,21 \pm 0,76$  балів), відсутність суспільної активності ( $2,11 \pm 0,62$  балів), а також відсутність порозуміння у політико-світоглядних поглядах та політичних вподобаннях ( $2,11 \pm 1,06$  та  $2,03 \pm 0,98$  балів відповідно) характеризували осіб з органічними депресіями. При ендогенних депресіях факторами психічної травматизації в соціальній сфері виступали розчарування в політичних діячах ( $4,39 \pm 0,84$  балів), відсутність порозуміння у політико-світоглядних поглядах ( $2,48 \pm 1,05$  балів), протиріччя між суспільно-політичними настановами та дійсністю ( $2,34 \pm 1,48$  балів) та невідповідність моральних настанов оточення власним ( $2,34 \pm 1,72$  балів). Здорові також були розчаровані у політичних діячах ( $3,89 \pm 1,15$  балів).

Статистичний аналіз результатів дозволив визначити провідні сфери психічної травматизації у осіб з депресивними порушеннями різної генези. Так, було встановлено, що особи з невротичними депресіями відрізнялись більшою вираженістю та представленістю сфер психічної травматизації у подружніх стосунках. Так, у осіб на невротичні депресії переважали труднощі, пов'язані з позашлюбними стосунками та розподілом обов'язків у родині, в співставленні з іншими досліджуваними ( $p < 0,01$ ), а також непорозуміння щодо намірів мати дітей та розподілу грошей у співставленні з особами з ендогенними ( $t = 2,253, p < 0,025$  та  $t = 2,914, p < 0,005$  відповідно).



но) депресіями та здоровими ( $t = 3,242, p < 0,001$  та  $t = 2,461, p < 0,025$  відповідно). Було визначено, що особи з невротичними та ендogenous депресіями відчували більші труднощі у взаєморозумінні з подружжям ( $t = 2,162, p < 0,05$  та  $t = 2,589, p < 0,01$  відповідно) та відсутність емоційної близькості ( $t = 2,712, p < 0,025$  та  $t = 3,051, p < 0,005$  відповідно), ніж хворі на органічні депресії та здорові. Треба підкреслити, що порушення сексуальних стосунків ( $p < 0,001$ ) та відсутність порозуміння щодо проведення дозвілля ( $p < 0,01$ ) відрізняло осіб з депресивними порушеннями від осіб без психічної патології.

Були також встановлені вірогідні розбіжності і у сфері стосунків з родичами: незадоволеність сімейно-побутовою ситуацією ( $p < 0,0001$ ), стосунками з матір'ю чоловіка або дружини ( $p < 0,025$ ), з родичами, які проживають на одній території ( $p < 0,001$ ) відрізняло осіб з невротичними депресіями від хворих на ендogenous й органічні депресії та здорових. Особи з невротичними та ендogenous депресіями відрізнялись від хворих на органічні депресії та осіб без психічних розладів більшою вираженістю труднощів у порозумінні з батьками ( $t = 4,122, p < 0,001$  та  $t = 2,163, p < 0,05$  відповідно) та родичами дружини ( $t = 2,489, p < 0,025$  та  $t = 3,112, p < 0,001$  відповідно).

Особливості психічної травматизації в професійній сфері у осіб з невротичними депресіями відрізнялись від інших досліджуваних переважанням напружених стосунків з керівництвом ( $p < 0,0001$ ) та колегами ( $p < 0,05$ ), а також труднощів, пов'язаних з невідповідністю роботи професійним інтересам ( $p < 0,001$ ). Особи з органічними депресіями відрізнялись від інших переживанням невідповідності роботи професії ( $p < 0,05$ ) та професійній кваліфікації ( $p < 0,05$ ), а також незадоволення монотонністю праці ( $p < 0,025$ ) та її перенавантаженістю ( $p < 0,01$ ). У осіб з невротичною депресією та здорових найбільш травматичним було недостатнє визнання ( $t = 2,812, p < 0,01$  та  $t = 2,364, p < 0,025$  відповідно) в порівнянні з хворими на ендogenous та органічні депресії, при яких більш травматичною виявля-

лась монотонність роботи ( $t = 2,213, p < 0,05$  та  $t = 2,159, p < 0,05$  відповідно).

В результаті проведення статистичного аналізу соціальних факторів психічної травматизації було встановлено, що особи з невротичними депресіями відрізнялись від хворих на органічні та ендогенні депресії більшою невідповідністю у світоглядних позиціях ( $t = 2,465, p < 0,01$  та  $t = 2,213, p < 0,05$  відповідно). Особи з ендогенними депресіями відрізнялись від хворих на невротичні, органічні депресії та осіб без психічних розладів більшою невідповідністю моральних настанов оточення власним ( $t = 2,342, p < 0,01, t = 2,251, p < 0,05$  та  $t = 2,198, p < 0,05$  відповідно). Відмітним фактором психічної травматизації серед осіб з органічними депресіями була відсутність суспільної активності у порівнянні з хворими на невротичну депресію та особами без психічних розладів ( $t = 2,217, p < 0,05$  та  $t = 2,623, p < 0,025$  відповідно).

З метою розуміння особливостей задоволеності різними сферами життя осіб, оцінки психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптованості був проведений аналіз компонентів психологічного благополуччя та визначений індекс життєвої задоволеності серед осіб з різними типами депресивних порушень. З цією метою використовувався тест «Індекс життєвої задоволеності» в адаптації Н. Паніної (табл. 3.5).

У 49,45 % осіб з невротичною депресією був визначений середній рівень інтересу до життя, у 29,67 % - низький та у 20,88 % - високий. Тобто більшість осіб з невротичною депресією відчували помірний інтерес до життя. Інша ситуація спостерігалась за шкалою «послідовність у досягненні цілі»: у більшості осіб визначався низький рівень ( $41,76 \pm 3,54$ ) %, у 34,07 % осіб – середній рівень та у 24,18 % – високий рівень вираженості цього показника.

Тобто особи з невротичною депресією в більшості випадків схильні були займати пасивну життєву позицію при зіткненні з невдачами та не намагались їх вирішити.

Таблиця 3.5

**Особливості психологічного благополуччя у осіб з депресивними порушеннями (за результатами тесту «ІЖЗ»)**

Найменування показників	Рівень вираженості	Особи з невротичними депресіями	Особи з органічними депресіями	Особи з ендогенними депресіями	Особи без психічних розладів
		N = 91	N = 86	N = 93	N = 182
% ± m %					
Індекс життєвої задоволеності	високий <sup>2,3</sup>	20,88 ± 2,06*	23,26 ± 2,40	11,83 ± 1,21*	32,14 ± 3,19*
	середній <sup>3</sup>	43,96 ± 3,66	50,00 ± 4,16	39,78 ± 3,36	47,62 ± 4,15
	низький <sup>2,3</sup>	35,16 ± 3,15*	26,74 ± 2,69	48,39 ± 3,78*	20,24 ± 2,18*
Інтерес до життя	високий <sup>2,3</sup>	20,88 ± 2,06*	19,77 ± 2,08*	9,68 ± 1,00*	38,10 ± 3,61*
	середній <sup>3</sup>	49,45 ± 3,91	56,98 ± 4,40*	43,01 ± 3,53	45,24 ± 4,03*
	низький <sup>2,3</sup>	29,67 ± 2,76*	23,26 ± 2,40	47,31 ± 3,73*	16,67 ± 1,83*
Послідовність у досягненні цілей	високий <sup>1,2</sup>	24,18 ± 2,34	15,12 ± 1,64*	13,98 ± 1,41*	29,76 ± 3,01*
	середній <sup>1,3</sup>	34,07 ± 3,07*	51,16 ± 4,21	40,86 ± 3,42	46,43 ± 4,09*
	низький <sup>3</sup>	41,76 ± 3,54*	33,72 ± 3,23*	45,16 ± 3,64*	23,81 ± 2,50*
Узгодженість між цілями та досягненнями	високий <sup>1,3</sup>	15,38 ± 1,57*	36,05 ± 3,39	20,43 ± 1,98*	34,52 ± 3,37*
	середній <sup>1</sup>	35,16 ± 3,15	45,35 ± 3,94	40,86 ± 3,42	40,48 ± 3,76
	низький <sup>1,2,3</sup>	± 3,99*	± 1,97	± 3,29*	± 2,61*
Позитивна оцінка себе	високий <sup>2,3</sup>	25,27 ± 2,43	20,93 ± 2,29	9,68 ± 1,00*	23,81 ± 2,50*
	середній <sup>2,3</sup>	51,65 ± 3,99*	56,98 ± 4,40	33,33 ± 2,96*	61,90 ± 4,60*
	низький <sup>2,3</sup>	23,08 ± 2,25	22,09 ± 2,29	56,99 ± 4,06*	14,29 ± 1,59*
Загальний фон настрою	високий <sup>2,3</sup>	20,88 ± 2,06*	22,09 ± 2,29*	8,60 ± 0,89*	36,90 ± 3,53*
	середній	47,25 ± 3,81	41,86 ± 3,76	40,86 ± 3,42	45,24 ± 4,03
	низький <sup>2,3</sup>	31,87 ± 2,92*	36,05 ± 3,39*	50,54 ± 3,86*	17,86 ± 1,95*

*Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами з невротичними та органічними депресіями; <sup>2</sup> - між особами з невротичними та ендогенними депресіями; <sup>3</sup> - між особами з ендогенними та органічними депресіями; \* - між хворими на депресивні розлади та особами без психічних розладів.*

Також відмічалось переважання осіб з низьким рівнем узгодженості цілей та досягнень у житті (51,65 ± 3,99) %, що відображало наявність внутрішньоособистісних конфліктів серед осіб цієї групи. Слід зазначити, що 25,27 % осіб схильні були високо оцінювати себе та власні дії, 51,65 % – самооцінка була середньою та у 23,08 % осіб – низькою. Було встановлено, що у переважної більшості осіб з невротичною депресією загальний фон настрою був задовільним (47,25 ± 3,81) % або зниженим (31,87 ± 2,92) %, та також загальний індекс життєвої задоволеності, який відображає відчут-

тя психологічного комфорту, у 43,96 % осіб харатеризувався середніми показниками, у 35,16 % - низькими та лише 20,88 % осіб були задоволені власним життям.

Більшість осіб з органічним типом депресії характеризувались середнім рівнем вираженості інтересу до життя ( $56,98 \pm 4,40$ ) %, послідовності у досягненні цілей ( $51,16 \pm 4,21$ ) % та рівня самооцінки ( $56,98 \pm 4,40$ ) %. У 36,05 % осіб цієї групи відмічався високий рівень узгодженості між цілями та досягненнями, у 45,35 % - середній та у 18,60 % - низький. Тобто хворі на органічні депресії схильні були мати віру, що вони здатні досягти важливих для себе цілей. Загальний фон настрою та індекс життєвої задоволеності характеризувались переважанням середніх значень ( $(41,86 \pm 3,76)$  % та  $(50,00 \pm 4,16)$  % відповідно).

У 47,31 % осіб з ендогенними депресіями був встановлений низький рівень інтересу до життя, у 43,01 % – середній та лише 9,68 % – відчували інтерес до повсякденного власного життя. У більшості осіб ( $45,16 \pm 3,64$ ) % визначався низький рівень послідовності у досягненні цілей, що відображало покірне прийняття та примирення з життєвими невдачами. Було встановлено, що 40,86 % осіб характеризувались середнім рівнем узгодженості між цілями та досягненнями, 38,71 % – низьким та 20,43 % – високим, що відображало недостатність впевненості у власних силах в подоланні життєвих невдач. Також особи даної групи характеризувались переважанням низького рівню позитивної оцінки себе ( $56,99 \pm 4,06$ ) %, зниженням загального фону настрою ( $50,54 \pm 3,86$ ) % та низького індексу життєвої задоволеності ( $48,39 \pm 3,78$ ) %.

Особи без психічних розладів характеризувались переважанням високого та середнього рівнів інтересу до життя ( $(38,10 \pm 3,61)$  % та  $(45,24 \pm 4,03)$  % відповідно), що відображало їх зацікавленість в повсякденному житті, захопленість тим, що відбувається. Було встановлено, що у осіб без психічних розладів показники «послідовності у досягненні цілей» та «узгодженості між цілями та їх досягненням» були переважно середнього рів-

ню ( $(46,43 \pm 4,09) \%$  та  $(40,48 \pm 3,76) \%$  відповідно), що свідчило про адекватну оцінку та використання власних сил щодо досягнення мети. Треба також зазначити, що у переважній більшості осіб був визначений середній рівень позитивної оцінки себе ( $61,90 \pm 4,60) \%$ , що відповідало адекватній самооцінці. Було визначено, що у  $36,90 \%$  осіб без психічних розладів загальний фон настрою характеризувався високими показниками, у  $45,24 \%$  – середніми та лише у  $17,86 \%$  осіб фон настрою був знижений. Схожа тенденція спостерігалась і в оцінці загального індексу життєвої задоволеності та психологічного комфорту: у  $32,14 \%$  осіб визначався високий рівень задоволеності, у  $47,62 \%$  – середній та у  $20,24 \%$  – низький.

Був проведений порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя серед осіб з депресивними порушеннями та особами без психічних розладів. Статистичний аналіз результатів дозволив визначити, що за загальним індексом життєвої задоволеності осіб з високим рівнем задоволеності було більше серед здорових ( $p < 0,03$ , ДК = 1,87, МІ = 0,11 та  $p < 0,001$ , ДК = 4,34, МІ = 0,44 відповідно), а осіб з низьким рівнем – серед хворих на невротичні та ендogenous депресії ( $p < 0,01$ , ДК = 2,40, МІ = 0,18 та  $p < 0,0001$ , ДК = 3,79, МІ = 0,53 відповідно). Інтерес до життя був більшим серед здорових, в яких було більше осіб з високим рівнем вираженості, у порівнянні з особами з невротичними та ендogenous депресіями ( $p < 0,005$ , ДК = 2,61, МІ = 0,22 та  $p < 0,0001$ , ДК = 5,95, МІ = 0,85 відповідно), серед яких було більше осіб з низьким інтересом до життя ( $p < 0,01$ , ДК = 2,50, МІ = 0,16 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,53, МІ = 0,69 відповідно). Рішучість та стійкість у досягненні цілей також відрізняла осіб без психічних розладів, у який було більше осіб з високим рівнем ( $p < 0,01$ , ДК = 2,94, МІ = 0,22 та  $p < 0,005$ , ДК = 3,28, МІ = 0,26 відповідно), від осіб з невротичними, органічними та ендogenous депресіями, які характеризувались пасивністю щодо досягнення власних цілей ( $p < 0,005$ , ДК = 2,44, МІ = 0,22;  $p < 0,05$ , ДК = 1,51, МІ = 0,07 та  $p < 0,001$ , ДК = 2,78, МІ = 0,30 відповідно). Осіб з високим рівнем впевненості у власних силах щодо подолання невдач було

більше серед осіб без психічних розладів у порівнянні з невротичними та ендogenous депресіями ( $p < 0,001$ , ДК = 3,51, МІ = 0,34 та  $p < 0,01$ , ДК = 2,28, МІ = 0,16 відповідно), при яких переважали особи з низьким рівнем впевненості ( $p < 0,0001$ , ДК = 3,15, МІ = 0,42 та  $p < 0,01$ , ДК = 1,90, МІ = 0,13 відповідно). Осіб з заниженою самооцінкою було більше серед осіб з ендogenous депресією ( $p < 0,0001$ , ДК = 6,01, МІ = 1,28) у порівнянні зі здоровими, серед яких переважали особи з середньою та високою позитивною оцінкою себе ( $p < 0,0001$ , ДК = 2,69, МІ = 0,38 та  $p < 0,01$ , ДК = 3,91, МІ = 0,28 відповідно). Також було встановлено, що загальний фон настрою був високим серед осіб без психічної патології ( $p < 0,01$ , ДК = 2,47, МІ = 0,20;  $p < 0,01$ , ДК = 2,23, МІ = 0,17 та  $p < 0,0001$ , ДК = 6,32, МІ = 0,90 відповідно), у той час коли у хворих на невротичні, органічні та ендogenous депресії переважали особи з зниженим настроєм ( $p < 0,01$ , ДК = 2,52, МІ = 0,18;  $p < 0,003$ , ДК = 3,05, МІ = 0,28 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,52, МІ = 0,74 відповідно).

Також був проведений статистичний порівняльний аналіз між хворими на депресивні порушення різної генези. Було визначено, що кількість осіб з високим рівнем життєвої задоволеності була більшою серед осіб з органічними та невротичними депресіями ( $p < 0,021$ , ДК = 2,94, МІ = 0,17 та  $p < 0,05$ , ДК = 2,47, МІ = 0,11 відповідно) у порівнянні з ендogenous депресіями, в яких було більше осіб з низьким рівнем ( $p < 0,001$ , ДК = 2,58, МІ = 0,28 та  $p < 0,023$ , ДК = 1,39, МІ = 0,09 відповідно). Схожа тенденція спостерігалась і за показниками «інтерес до життя» та «загальний фон настрою»: високий рівень вираженості був вищим серед осіб з невротичною ( $p < 0,01$ , ДК = 3,34, МІ = 0,19 та  $p < 0,01$ , ДК = 3,85, МІ = 0,24 відповідно) та органічною ( $p < 0,027$ , ДК = 3,10, МІ = 0,16 та  $p < 0,01$ , ДК = 4,10, МІ = 0,28 відповідно) депресіями, а низький – з ендogenous депресією ( $p < 0,025$ , ДК = 1,39, МІ = 0,09;  $p < 0,004$ , ДК = 2,00, МІ = 0,19;  $p < 0,0001$ , ДК = 2,69, МІ = 0,38 та  $p < 0,01$ , ДК = 1,47, МІ = 0,11 відповідно). Було також визначено, що кількість осіб з високим рівнем послідовності у досягненні

цілей була більшою у осіб з невротичною депресією, у порівнянні з хворими на ендогенні депресії ( $p < 0,03$ , ДК = 2,38, МІ = 0,12), в яких було більше осіб з низьким рівнем ( $p < 0,03$ , ДК = 1,27, МІ = 0,07) та хворими на органічні депресії, при яких було більше осіб з середнім рівнем ( $p < 0,01$ , ДК = 1,77, МІ = 0,15). Тобто віра у вирішення проблем була більшою у осіб з невротичною депресією та меншою – у осіб з ендогенною депресією. Інша ситуація спостерігалась за показником «узгодженість між цілями та досягненнями»: найбільш низькі показники узгодженості між цілями та можливістю їх реалізації продемонстрували особи з невротичними депресіями в порівнянні з органічними депресіями, в яких переважав середній та високий рівень ( $p < 0,05$ , ДК = 1,10, МІ = 0,06 та  $p < 0,0001$ , ДК = 3,70, МІ = 0,38 відповідно) та з хворими на ендогенні депресії, в яких кількість осіб з низьким рівнем узгодженості була меншою, ніж при невротичних депресіях ( $p < 0,025$ , ДК = 1,25, МІ = 0,08). Особи з ендогенними депресіями відрізнялись низьким рівнем самооцінки в порівнянні з хворими на невротичні та органічні депресії ( $p < 0,0001$ , ДК = 6,01, МІ = 1,28 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,12, МІ = 0,72 відповідно), при яких було більше осіб з середнім ( $p < 0,005$ , ДК = 1,90, МІ = 0,17 та  $p < 0,001$ , ДК = 2,33, МІ = 0,28 відповідно) та високим ( $p < 0,003$ , ДК = 4,17, МІ = 0,33 та  $p < 0,01$ , ДК = 3,35, МІ = 0,19 відповідно) рівнями позитивної оцінки себе.

Проводився також аналіз особистісних проблем серед осіб з депресивними порушеннями різного генезу за тестом «Методика для дослідження особистісних проблем», яка виступала в якості інструменту для індивідуальної діагностики особистісної проблематики. В результаті аналізу був визначений загальний індекс особистісних проблем, пов'язаний з міжособистісними стосунками, який у осіб з невротичними депресіями становив 164,45 балів, з органічними – 117,28 балів, з ендогенними – 174,70 балів та у осіб без психічних розладів він складав 113,86 балів (рис. 3.14).

Статистичний аналіз результатів дозволив довести, що особи з невротичними та ендогенними депресіями характеризувались більшою вира-

женістю особистісної проблематики, ніж особи з органічними депресіями ( $t = 19,165, p < 0,0001$  та  $t = 30,285, p < 0,0001$  відповідно) та здорові ( $t = 19,286, p < 0,0001$  та  $t = 29,189, p < 0,0001$  відповідно).

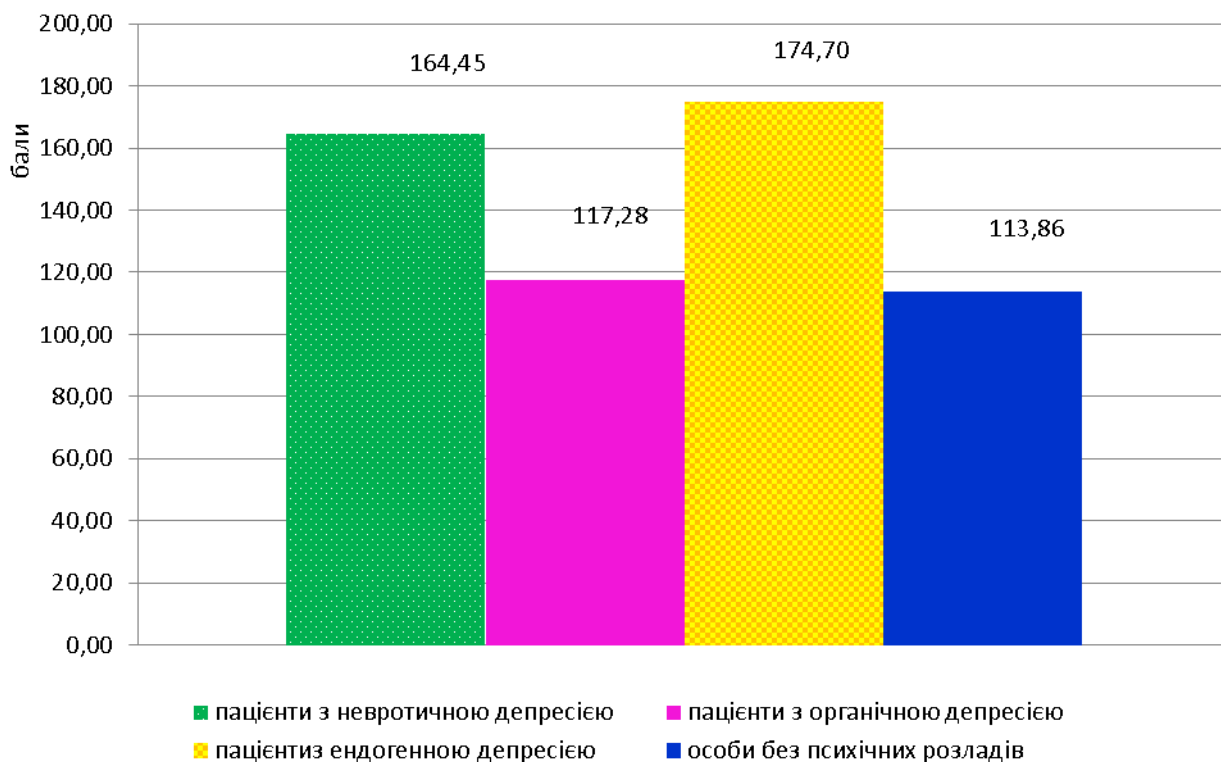


Рис. 3.14. Вираженість особистісних проблем у осіб з депресивними порушеннями

Для більш детального аналізу були проаналізовані окремі шкали, які дозволили встановити особливості індивідуальної проблематики в міжособистісних стосунках у осіб з різними типами депресивних розладів (рис. 3.15).

Було визначено, що особи з невротичною депресією характеризувались високими показниками невпевненості ( $27,12 \pm 13,95$  балів), автократичності ( $26,31 \pm 13,85$  балів), поступливості ( $24,71 \pm 10,99$  балів), дбайливості ( $21,56 \pm 9,20$  балів), конкурентності ( $21,16 \pm 9,39$  балів) та низькими показниками експресії ( $8,47 \pm 4,56$  балів). Тобто хворі на невротичні депресії відчували труднощі у розумінні інших людей, мали проблеми з до-



вірою, були невпевнені та нерішучі, мали проблеми у відстоюванні власних границь, схильні були піддаватися впливу інших та були скутими, напруженими і неприродними.

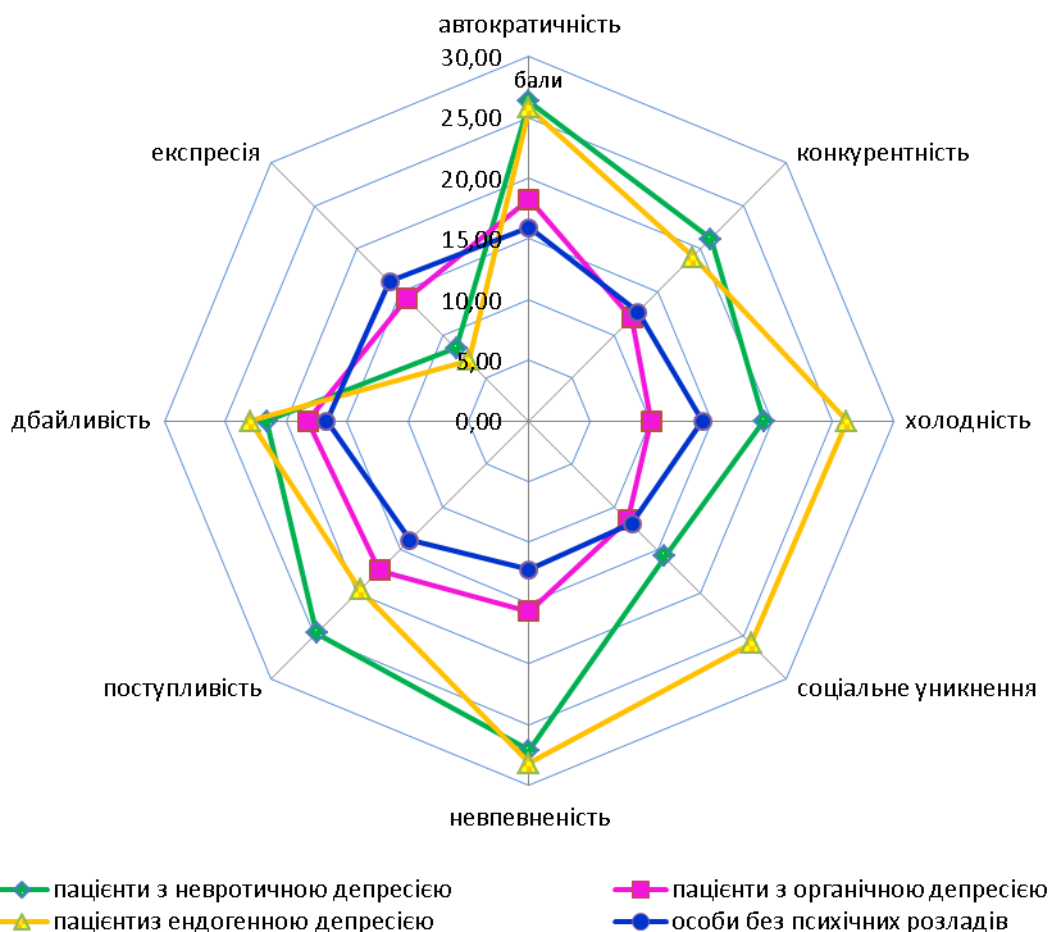


Рис. 3.15. Вираженість особистісних проблем у осіб з депресивними порушеннями

Особи з ендогенними депресіями характеризувались високими показниками невпевненості ( $28,19 \pm 10,81$  балів), холодності ( $26,13 \pm 12,06$  балів), соціального уникнення ( $25,89 \pm 11,84$  балів), автократичності ( $25,76 \pm 11,85$  балів) і дбайливості ( $22,98 \pm 9,79$  балів) та низькими показниками експресивності ( $7,02 \pm 3,19$  балів). Тобто особи з ендогенними депресіями відчували труднощі з проявом власних потреб, позицій та почут-

тів, відчували труднощі у взаєморозумінні з оточуючими, страх та боязкість перед іншими людьми, схильні були уникати взаємодії з ними, не могли сказати «Ні» і захистити власні границі та характеризувались напруженням й скутістю у стосунках.

У осіб на органічні депресії найбільш вираженими були показники автократичності ( $18,21 \pm 5,52$  балів), дбайливості ( $18,21 \pm 3,57$  балів) та поступливості ( $17,40 \pm 4,11$  балів). Тобто хворі на органічні депресії відчували труднощі у висуванні вимог до інших, прояві негативних почуттів та розумінні поведінки людей.

Особи без психічних порушень характеризувались дбайливістю ( $16,65 \pm 5,86$  балів), експресивністю ( $16,23 \pm 5,72$  балів) та прагнули відносної незалежності у стосунках ( $15,89 \pm 5,22$  балів).

Статистичний аналіз результатів дозволив визначити, що труднощі у розумінні інших людей ( $p < 0,01$ ), проблеми з довірою ( $p < 0,025$ ), невпевненість у власних силах ( $p < 0,0001$ ), труднощі у відстоюванні власних границь ( $p < 0,05$ ), а також напруженість та скутість ( $p < 0,01$ ) відрізняли осіб з невротичними та ендогенними депресіями від осіб з органічними депресіями та особами без психічних розладів. При цьому особи з ендогенними депресіями відрізнялись від хворих на невротичні депресії більшими труднощами у прояві емоцій до інших людей ( $t = 2,983$ ,  $p < 0,01$ ), у той час коли особи з органічними депресіями та здорові схильні були у більшій мірі показувати власні почуття, проявляти теплоту та любов до інших ( $t = 3,587$ ,  $p < 0,0025$  та  $t = 3,612$ ,  $p < 0,001$  відповідно), що може розглядатися як важливий компонент ПРП для осіб з органічними депресіями. Схожа тенденція спостерігалась і за показником «Соціальне уникнення»: хворі на ендогенні депресії характеризувались більшою схильністю до уникнення соціальних контактів, ніж особи з невротичною депресією ( $t = 4,597$ ,  $p < 0,001$ ), у той час коли здорові особи та особи з органічною депресією були більш контактними у порівнянні з хворими на ендогенні та невротичні де-

пресії ( $t = 6,198, p < 0,0001$ ;  $t = 5,897, p < 0,0001$  та  $t = 2,312, p < 0,05$ ;  $t = 2,422, p < 0,05$  відповідно). Також було встановлено, що труднощі у відказі іншими особам були більшими у осіб з невротичними депресіями у порівнянні з ендогенними та органічними депресіями ( $t = 3,211, p < 0,025$  та  $t = 4,371, p < 0,001$  відповідно), у той час коли здорові особи відмічали більшу впевненість у можливості захисту власної позиції ( $t = 6,712, p < 0,0001$ ;  $t = 2,207, p < 0,05$  та  $t = 2,216, p < 0,025$  відповідно).

Для розуміння міжособистісних комунікацій та встановлення їх впливу на ПРП осіб з депресивною симптоматикою різного генезу були проаналізовані стосунки у сім'ї, як найбільш референтної зони соціального оточення. З цією метою використовувалась шкала сімейного оточення, результати якої представлені в таблиці 3.6. Першим етапом аналізу було визначення особливостей стосунків між членами родини, які були характерні для осіб з депресивними порушеннями. Шкали «Згуртованість», «Експресивність» та «Конфлікт» описували особливості взаємовідносин між членами родини. Так, у хворих з невротичною депресією у більшості осіб переважав знижений та середній рівень вираженості показників згуртованості ( $26,37 \pm 2,51$  % та  $29,67 \pm 2,76$  % відповідно), експресивності ( $26,37 \pm 2,51$  % та  $35,16 \pm 3,15$  % відповідно) та конфліктності ( $28,57 \pm 2,68$  % та  $31,87 \pm 2,92$  % відповідно), що вказувало на знижене відчуття приналежності до родини, труднощі у відкритому вираженні дій та почуттів, особливо гніву та агресії.

Таблиця 3.6

### Особливості сімейного оточення у осіб з депресивними порушеннями

Найменування показників		Особи з невротичними депресіями	Особи з органічними депресіями	Особи з ендогенними депресіями	Особи без психічних розладів
		N = 91	N = 86	N = 93	N = 182
		% $\pm$ m %			
НО-СТІ	1	2	3	4	5
		згуртованість	17,58 $\pm$ 1,77	5,81 $\pm$ 0,66	19,35 $\pm$ 1,89

	експресивність	16,48 ± 1,67	6,98 ± 0,79	21,51 ± 2,07	4,76 ± 0,56
	конфлікт	15,38 ± 1,57	9,30 ± 1,04	24,73 ± 2,33	9,52 ± 1,09
	незалежність	10,99 ± 1,15	5,81 ± 0,66	17,20 ± 1,70	8,33 ± 0,96
	орієнтація на досягнення	7,69 ± 0,82	12,79 ± 1,41	20,43 ± 1,98	7,14 ± 0,83
	інтелектуально-культурна орієнтація	20,88 ± 2,06	19,77 ± 2,08	22,58 ± 2,16	7,14 ± 0,83
	орієнтація на активний відпочинок	7,69 ± 0,82	17,44 ± 1,86	26,88 ± 2,50	3,57 ± 0,42
	морально-етичні аспекти	5,49 ± 0,59	3,49 ± 0,40	7,53 ± 0,79	5,95 ± 0,70
	організація	15,38 ± 1,57	4,65 ± 0,53	9,68 ± 1,00	4,76 ± 0,56
	контроль	6,59 ± 0,71	12,79 ± 1,41	6,45 ± 0,68	4,76 ± 0,56
	Знижений рівень вираженості	згуртованість	26,37 ± 2,51	18,60 ± 1,97	24,73 ± 2,33
експресивність		26,37 ± 2,51	13,95 ± 1,52	31,18 ± 2,81	15,48 ± 1,71
конфлікт		28,57 ± 2,68	17,44 ± 1,86	29,03 ± 2,66	19,05 ± 2,06
незалежність		35,16 ± 3,15	19,77 ± 2,08	16,13 ± 1,61	13,10 ± 1,47
орієнтація на досягнення		17,58 ± 1,77	24,42 ± 2,50	33,33 ± 2,96	10,71 ± 1,22
інтелектуально-культурна орієнтація		30,77 ± 2,84	26,74 ± 2,69	30,11 ± 2,74	9,52 ± 1,09
орієнтація на активний відпочинок		13,19 ± 1,37	31,40 ± 3,06	27,96 ± 2,58	15,48 ± 1,71
морально-етичні аспекти		18,68 ± 1,87	20,93 ± 2,19	17,20 ± 1,70	14,29 ± 1,59
організація		20,88 ± 2,06	17,44 ± 1,86	13,98 ± 1,41	13,10 ± 1,47
контроль		9,89 ± 1,04	16,28 ± 1,75	16,13 ± 1,61	25,00 ± 2,61
Середній рівень вираженості	згуртованість	29,67 ± 2,76	37,21 ± 3,47	29,03 ± 2,66	27,38 ± 2,81
	експресивність	35,16 ± 3,15	44,19 ± 3,88	24,73 ± 2,33	34,52 ± 3,37
	конфлікт	31,87 ± 2,92	30,23 ± 2,97	23,66 ± 2,25	45,24 ± 4,03
	незалежність	31,87 ± 2,92	39,53 ± 3,62	35,48 ± 3,10	38,10 ± 3,61
	орієнтація на досягнення	30,77 ± 2,84	32,56 ± 3,15	31,18 ± 2,81	51,19 ± 4,31
	інтелектуально-культурна орієнтація	34,07 ± 3,07	32,56 ± 3,15	24,73 ± 2,33	48,81 ± 4,21
	орієнтація на активний відпочинок	37,36 ± 3,29	29,07 ± 2,88	33,33 ± 2,96	38,10 ± 3,61
	морально-етичні аспекти	35,16 ± 3,15	45,35 ± 3,94	39,78 ± 3,36	33,33 ± 3,28
	організація	26,37 ± 2,51	39,53 ± 3,62	40,86 ± 3,42	41,67 ± 3,83
	контроль	24,18 ± 2,34	27,91 ± 2,79	31,18 ± 2,81	33,33 ± 3,28
Підвищений рівень вираженості					
	згуртованість	14,29 ± 1,47	32,56 ± 3,15	16,13 ± 1,61	40,48 ± 3,76
	експресивність	12,09 ± 1,26	26,74 ± 2,69	17,20 ± 1,70	29,76 ± 3,01
	конфлікт	15,38 ± 1,57	36,05 ± 3,39	11,83 ± 1,21	20,24 ± 2,18
	незалежність	14,29 ± 1,47	19,77 ± 2,08	19,35 ± 1,89	30,95 ± 3,10
	орієнтація на досягнення	26,37 ± 2,51	19,77 ± 2,08	12,90 ± 1,31	25,00 ± 2,61
	інтелектуально-	13,19 ± 1,37	13,95 ± 1,52	15,05 ± 1,51	28,57 ± 2,91

	культурна орієнтація				
	орієнтація на активний відпочинок	30,77 ± 2,84	12,79 ± 1,41	8,60 ± 0,89	32,14 ± 3,19
	морально-етичні аспекти	31,87 ± 2,92	27,91 ± 2,79	25,81 ± 2,42	30,95 ± 3,10
	організація	19,78 ± 1,97	33,72 ± 3,23	29,03 ± 2,66	32,14 ± 3,19
	контроль	39,56 ± 3,42	26,74 ± 2,69	38,71 ± 3,29	28,57 ± 2,91
Високий рівень вираженості	згуртованість	12,09 ± 1,26	5,81 ± 0,66	10,75 ± 1,10	17,86 ± 1,95
	експресивність	9,89 ± 1,04	8,14 ± 0,92	5,38 ± 0,57	15,48 ± 1,71
	конфлікт	8,79 ± 0,93	6,98 ± 0,79	10,75 ± 1,10	5,95 ± 0,70
	незалежність	7,69 ± 0,82	15,12 ± 1,64	11,83 ± 1,21	9,52 ± 1,09
	орієнтація на досягнення	17,58 ± 1,77	10,47 ± 1,16	2,15 ± 0,23	5,95 ± 0,70
	інтелектуально-культурна орієнтація	1,10 ± 0,12	6,98 ± 0,79	7,53 ± 0,79	5,95 ± 0,70
	орієнтація на активний відпочинок	10,99 ± 1,15	9,30 ± 1,04	3,23 ± 0,34	10,71 ± 1,22
	морально-етичні аспекти	8,79 ± 0,93	2,33 ± 0,27	9,68 ± 1,00	15,48 ± 1,71
	організація	17,58 ± 1,77	4,65 ± 0,53	6,45 ± 0,68	8,33 ± 0,96
	контроль	19,78 ± 1,97	16,28 ± 1,75	7,53 ± 0,79	8,33 ± 0,96

У осіб з органічною депресією у більшості осіб визначалась середня та підвищена ступінь турботи за членів родини ( $37,21 \pm 3,47$  % та  $32,56 \pm 3,15$  % відповідно), середній та підвищений рівень експресивності, що виражається у дозволі на вираження почуттів ( $44,19 \pm 3,88$  % та  $26,74 \pm 2,69$  % відповідно), а також підвищений та середній рівень можливості проявляти агресію до членів родини ( $36,05 \pm 3,39$  % та  $30,23 \pm 2,97$  % відповідно). У осіб з ендогенною депресією визначалось переважання зниженого та середнього рівнів згуртованості ( $24,73 \pm 2,33$  % та  $29,03 \pm 2,66$  % відповідно), експресивності ( $31,18 \pm 2,81$  % та  $24,73 \pm 2,33$  % відповідно) та конфліктності ( $29,03 \pm 2,66$  % та  $23,66 \pm 2,25$  % відповідно), що, як і у хворих з невротичними депресіями, свідчило про недостатнє відчуття спільності в родині, а також труднощі у висловлюванні почуттів, особливо негативного спектру. У осіб без психічних розладів у більшості випадків спостерігалась переважання середнього та підвищеного рівню відчуття згуртованості та приналежності родині ( $27,38 \pm 2,81$  % та  $40,48 \pm 3,76$  % відповідно), можливості до спонтанного вираження емоцій та дій ( $34,52 \pm 3,37$  % та  $29,76$

$\pm 3,01$  % відповідно), а також можливості до відкритої конфронтації ( $45,24 \pm 4,03$  % та  $33,33 \pm 3,28$  % відповідно).

Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні розбіжності між особами з депресивними порушеннями та здоровими особами, що полягали в переважанні низького та зниженого рівнів вираженості згуртованості родини у осіб з невротичною ( $p < 0,001$ , ДК = 8,68, МІ = 0,66;  $p < 0,01$ , ДК = 3,45, МІ = 0,25) та ендогенною ( $p < 0,00025$ , ДК = 9,10, МІ = 0,77;  $p < 0,01$ , ДК = 3,18, МІ = 0,20) депресіями, у той час коли у здорових було більше осіб з підвищеним рівнем вираженості згуртованості (у порівнянні з особами з невротичними та ендогенними депресіями) ( $p < 0,0001$ , ДК = 4,52, МІ = 0,59;  $p < 0,0001$ , ДК = 4,00, МІ = 0,49) та високим рівнем в порівнянні з хворими на органічну депресію ( $p < 0,01$ , ДК = 4,87, МІ = 0,29). Також особи з невротичними та ендогенними депресіями відрізнялись від здорових переважанням низького ( $p < 0,008$ , ДК = 5,39, МІ = 0,32;  $p < 0,001$ , ДК = 6,55, МІ = 0,55) та зниженого ( $p < 0,03$ , ДК = 2,32, МІ = 0,13;  $p < 0,006$ , ДК = 3,04, МІ = 0,24) рівнів вираженості експресивності, у той час коли особі без психічних розладів характеризувались переважанням підвищеного рівню ( $p < 0,002$ , ДК = 3,91, МІ = 0,35;  $p < 0,02$ , ДК = 2,38, МІ = 0,15). За показником конфліктності спостерігалась наступна тенденція: більша кількість осіб з низьким рівнем вираженості конфліктності відрізняла хворих на невротичні та ендогенні депресії від осіб без психічних розладів ( $p < 0,04$ , ДК = 2,06, МІ = 0,10 та  $p < 0,003$ , ДК = 4,25, МІ = 0,33 відповідно), з підвищеним рівнем – осіб з органічною депресією ( $p < 0,01$ , ДК = 2,51, МІ = 0,20), у той час коли особи без психічних розладів відрізнялись переважанням середнього рівню ( $p < 0,025$ , ДК = 1,52, МІ = 0,10;  $p < 0,001$ , ДК = 2,82, МІ = 0,30 та  $p < 0,01$ , ДК = 1,75, МІ = 0,13 відповідно). Тобто можна сказати, що для осіб з невротичними та ендогенними депресіями у стосунках в родині було характерним відчуття недостатньої близькості, відсутність спонтанності у вираженні емоцій та наявність заблокованих негативних емоцій по відношенню до членів родини, у той час

коли здорові були більш спонтанні у вираженні власних почуттів, відчували близькість між членами родини та давали змогу виходу негативних емоцій щодо членів родини у вигляді конфліктів. При цьому було встановлено, що особи з органічними депресіями в більшій мірі готові були активно виражати власну агресію та гнів, ніж особи без психічних розладів.

Також був проведений статистичний порівняльний аналіз між особами з депресивними порушеннями, в результаті якого було визначено, що за показником згуртованості сім'ї більше осіб з низьким рівнем вираженості було серед хворих на невротичні ( $p < 0,01$ , ДК = 4,81, МІ = 0,28) та ендогенні ( $p < 0,004$ , ДК = 5,22, МІ = 0,35) депресії, у той час коли у осіб з органічною депресією переважали особи з підвищеним рівнем ( $p < 0,002$ , ДК = 3,58, МІ = 0,33 та  $p < 0,005$ , ДК = 3,05, МІ = 0,25 відповідно). Хворі на невротичні та ендогенні депресії відрізнялись більшою кількістю осіб з низьким ( $p < 0,03$ , ДК = 3,73, МІ = 0,18 та  $p < 0,003$ , ДК = 4,89, МІ = 0,36 відповідно) та зниженим ( $p < 0,01$ , ДК = 2,76, МІ = 0,17 та  $p < 0,003$ , ДК = 3,49, МІ = 0,30 відповідно) рівнем експресивності, у той час коли осіб з підвищеним рівнем було більше серед хворих на органічні депресії ( $p < 0,01$ , ДК = 3,45, МІ = 0,25 та  $p < 0,05$ , ДК = 1,92, МІ = 0,09 відповідно). Найбільші труднощі у відкритому вираженні негативних емоцій відчували особи з ендогенними депресіями, серед яких було більше осіб з низьким та зниженим рівнем конфліктності ( $p < 0,003$ , ДК = 4,25, МІ = 0,33 та  $p < 0,026$ , ДК = 2,21, МІ = 0,13 відповідно) та особи з невротичними депресіями, у яких переважали особи з зниженим рівнем конфліктності ( $p < 0,03$ , ДК = 2,14, МІ = 0,12), у той час коли хворі на органічні депресії мали підвищений рівень конфліктності, що проявлялось у змозі відкрито виражати власні негативні почуття по відношенню до членів родини ( $p < 0,001$ , ДК = 3,70, МІ = 0,38 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,84, МІ = 0,59 відповідно).

Наступним кроком в аналізі було визначення можливостей та напрямків особистісного росту у межах сімейної системи. Для цього аналізувалися шкали «Незалежність», «Орієнтація на досягнення», «Інтелектуально-

культурна орієнтація», «Орієнтація на активний відпочинок» та «Морально-етичні аспекти». Так, у осіб з невротичними депресіями за шкалою «Незалежність» переважали особи зі зниженим ( $35,16 \pm 3,15$ ) % та середнім ( $31,87 \pm 2,92$ ) % рівнями вираженості, що відображало недостатнє прагнення родини стимулювати її членів до незалежності та самостійності у прийнятті рішень. Серед хворих на органічні та ендogenous депресії переважали особи з середнім рівнем вираженості незалежності ( $39,53 \pm 3,62$  % та  $35,48 \pm 3,10$  % відповідно), а серед осіб без психічної патології – досліджувані з середнім ( $27,38 \pm 2,81$ ) % та підвищеним ( $27,38 \pm 2,81$ ) % рівнями. Тобто в родинях у осіб без психічних розладів сім'ї заохочуються до самоствердження, незалежності до самостійності в обмірковуванні проблем і прийнятті рішень.

За шкалою «Орієнтація на досягнення» було встановлено, що у осіб з невротичними депресіями переважали особи з середнім ( $30,77 \pm 2,84$ ) % та підвищеним ( $26,37 \pm 2,51$ ) % рівнями вираженості, що свідчило про те, що різним видам діяльності у родині надають помірний характер досягнень та змагань. Серед осіб з органічними та ендogenous депресіями було більше осіб зі зниженим ( $24,42 \pm 2,50$  % та  $33,33 \pm 2,96$  % відповідно) та середнім ( $32,53 \pm 3,62$  % та  $31,18 \pm 2,81$  % відповідно) рівнями вираженості, що виражалось у недостатньому спонуканні членів родини до досягнень. 51,19 % здорових осіб характеризувались середнім рівнем та 25,00 % – підвищеним рівнем орієнтації на досягнення.

За показником «Інтелектуально-культурна орієнтація» були отримані дані, які демонстрували, що у 34,07 % осіб з невротичною депресією був встановлений середній рівень, у 30,77 % – знижений та у 20,88 % – низький рівень вираженості інтелектуально-культурної орієнтації, що характеризувало їх родини як недостатньо активні у соціальній, культурній та політичних сферах. Схожі тенденції спостерігались і у осіб з органічною та ендogenous депресіями: переважали особи з середнім ( $32,56 \pm 3,15$  % та  $24,73 \pm 2,33$  % відповідно), зниженим ( $26,74 \pm 2,69$  % та  $30,11 \pm 2,74$  % від-



повідно) та низьким ( $19,77 \pm 2,08$  % та  $22,58 \pm 2,16$  % відповідно) рівнями вираженості орієнтації родини на культурне та соціальне життя. У здорових переважали особи з середнім ( $48,81 \pm 4,21$  %) та підвищеним ( $28,57 \pm 2,91$  %) рівнями інтелектуально-культурної орієнтації, що вказувало на наявність активного інтересу родини до культурних подій, соціального та політичного життя.

Особи з органічними та ендогенними депресіями характеризувались переважанням осіб з середнім ( $29,07 \pm 2,88$  % та  $33,33 \pm 2,96$  % відповідно) та зниженим ( $31,40 \pm 3,06$  % та  $27,96 \pm 2,56$  % відповідно) рівнями орієнтації родини на активний відпочинок, у той час коли особи з невротичними депресіями та особи без психічних розладів відзначались переважанням осіб з середнім ( $37,36 \pm 3,29$  % та  $38,10 \pm 3,61$  % відповідно) та підвищеним ( $30,77 \pm 2,84$  % та  $32,14 \pm 3,19$  % відповідно) рівнями орієнтації на активне проведення дозвілля. За показником «Морально-етичні аспекти» у осіб з невротичними ( $35,16 \pm 3,15$  % та  $31,87 \pm 2,92$  % відповідно), органічним ( $45,35 \pm 3,94$  % та  $27,91 \pm 2,79$  % відповідно), ендогенними ( $39,78 \pm 3,36$  % та  $25,81 \pm 2,42$  % відповідно) депресіями та особами без психічних розладів ( $33,33 \pm 3,28$  % та  $30,95 \pm 3,10$  % відповідно) переважали особи з середнім та підвищеним рівнями вираженості, що характеризувало наявність в родинах обстежених сімейної поваги до етичних і моральних цінностей.

Статистичний аналіз результатів оцінки можливостей та напрямків особистісного росту в родинній системі дозволив встановити, що спрямованість на інтелектуальну, культурну та соціальну сфери діяльності родини була зниженою та низькою серед осіб з депресивними порушеннями ( $p < 0,01$ ), у той час коли здорові особи характеризувались середнім та підвищеним інтересом до інтелектуально-культурного життя ( $p < 0,01$ ). Орієнтація на активний відпочинок у родині була низькою ( $p < 0,002$ ) та зниженою ( $p < 0,01$ ) серед осіб з органічною та ендогенною депресіями у порівнянні з особами без психічних розладів ( $p < 0,001$ ) та особами з невротич-

ною депресією ( $p < 0,0025$ ), серед яких було більше осіб з підвищеним інтересом до активного дозвілля. Здорові особи відрізнялись більшою орієнтацією до самостійності та незалежності в порівнянні з хворими на ендогенні депресії ( $p < 0,03$ , ДК = 2,04, МІ = 0,12), у яких було більше осіб з низьким рівнем незалежності ( $p < 0,03$ , ДК = 3,15, МІ = 0,14), та з хворими на невротичні депресії, серед яких переважали особи зі зниженою орієнтацією до незалежності ( $p < 0,0004$ , ДК = 4,29, МІ = 0,47). Знижена та низька орієнтація родини на досягнення була притаманна пацієнтам з ендогенними депресіями в порівнянні з хворими на невротичні депресії ( $p < 0,007$ , ДК = 4,24, МІ = 0,27 та  $p < 0,006$ , ДК = 2,78, МІ = 0,22 відповідно), серед яких було більше осіб з підвищеним та високим рівнями спонукань до досягнення ( $p < 0,01$ , ДК = 3,10, МІ = 0,21 та  $p < 0,0002$ , ДК = 9,13, МІ = 0,70 відповідно) та в порівнянні з хворими на органічні депресії, при яких було більше осіб з високим рівнем прагнення до змагань ( $p < 0,01$ , ДК = 6,87, МІ = 0,29). При цьому особи без психічних розладів відрізнялись від осіб з депресивними порушеннями переважанням середнього рівню спонукань до досягнень ( $p < 0,01$ ).

Наступним кроком в аналізі сімейного оточення було визначення особливостей управління сімейною системою у осіб з депресивними порушеннями різного генезу. До показників управління системою відносилися шкали «Організація» та «Контроль». Було визначено, що у осіб з невротичною депресією спостерігалось більше осіб зі зниженим ( $20,88 \pm 2,06$ ) % та середнім ( $26,37 \pm 2,51$ ) % рівнями організованості сімейної системи, а у хворих на органічні, ендогенні депресії та здорових – осіб з середнім ( $39,53 \pm 3,62$ ,  $40,86 \pm 3,42$  та  $41,67 \pm 3,83$  відповідно) % та підвищеним ( $33,72 \pm 3,23$ ,  $29,03 \pm 2,66$  та  $32,14 \pm 3,19$  відповідно) % рівнями. Тобто для хворих на органічні, ендогенні депресії та осіб без психічних розладів були більш важливі структурованість сімейної системи, ясність та визначеність сімейних правил і обов'язків, ніж для осіб з невротичними депресіями. За показником «Контроль», який відображав ступінь ієрархічності сімейної

організації, ригідності сімейних правил і процедур, контролю членами сім'ї один одного, було визначено, що як у осіб з невротичними, органічними та ендогенними депресіями, так і у осіб без психічної патології переважали досліджувані з середнім ( $24,18 \pm 2,34$ ,  $27,91 \pm 2,79$ ,  $31,18 \pm 2,81$  та  $33,33 \pm 3,28$  відповідно) % та підвищеним ( $39,56 \pm 3,42$ ,  $26,74 \pm 2,69$ ,  $38,71 \pm 3,29$  та  $28,57 \pm 2,91$  відповідно) % рівнями цього показника.

Статистичний аналіз особливостей управління сімейною системою продемонстрував, що важливість порядку та структурованості сімейної системи (фінансове планування, ясність та визначеність сімейних правил і обов'язків та ін.) була більшою серед осіб з органічними та ендогенними депресіями, а також здоровими, у яких переважали особи з середнім ( $p < 0,025$ ) та підвищеним ( $p < 0,05$ ) рівнями вираженості показника «Організація», у той час коли особи з невротичними депресіями відрізнялись від осіб без психічної патології більшою кількістю осіб з низькою важливістю структурованості сімейної системи ( $p < 0,01$ , ДК = 5,09, МІ = 0,27). Важливість ієрархічності сімейної організації була вищою для осіб з невротичними та ендогенними депресіями, ніж для хворих на органічні депресії ( $p < 0,025$ , ДК = 1,70, МІ = 0,11 та  $p < 0,03$ , ДК = 1,61, МІ = 0,10 відповідно) та здорових ( $p < 0,03$ , ДК = 1,41, МІ = 0,08 та  $p < 0,05$ , ДК = 1,32, МІ = 0,07 відповідно). При цьому було встановлено, що серед хворих на невротичні депресії було більше осіб з високим рівнем «контролю», ніж при ендогенних депресіях ( $p < 0,01$ , ДК = 4,20, МІ = 0,26).

### **3.5. Соціально-психологічні складові реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами**

У дослідженні особливостей осіб з депресивними порушеннями прийняли участь 270 осіб з наявністю депресивної симптоматики. Усі досліджувані були розділені на три групи в залежності від генези депресивного

розладу: 91 особа з депресивними порушеннями невротичної генези, 86 осіб – з депресивними порушеннями органічної генези та 93 особи з депресивними порушеннями ендогенної генези (див. рис. 3.1). Для встановлення особливостей ПРП важливо розуміти специфіку емоційного та когнітивного дефіциту осіб з депресивними розладами. Тому для цієї мети використовувались Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA), Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) та Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS).

3.5.1. Емоційні дисфункції у осіб з депресивними розладами. Оцінка емоційного стану осіб з депресивними порушеннями різного генезу здійснювалась за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) та тривоги (HARS). В результаті аналізу даних було встановлено, що у 72,53 % осіб з невротичними депресіями визначався легкий рівень вираженості депресії, у 23,08 % – помірний та у 4,40 % – тяжкий (рис. 3.16 а).

У 56,98 % осіб з органічною патологією був встановлений легкий рівень депресії, у 37,21 % – помірний та у 5,81 % – тяжкий (рис. 3.16 б). У більшості осіб з ендогенною депресією був встановлений помірний рівень вираженості депресії ( $52,69 \pm 3,94$  %), у 27,96 % осіб визначався тяжкий рівень депресії та лише у 19,35 % – був встановлений легкий рівень депресії (рис. 3.16 в).

Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні розбіжності, що полягали у переважанні помірною ( $p < 0,01$ , ДК = -1,51, МІ = 0,12 та  $p < 0,0001$ , ДК = -3,59, МІ = 0,53 відповідно) та тяжкою ( $p < 0,0001$ , ДК = -6,82, МІ = 0,76 та  $p < 0,0001$ , ДК = -8,03, МІ = 0,95 відповідно) рівнів вираженості депресії серед осіб з ендогенними депресіями у порівнянні з хворими на органічні та невротичні депресії.

Особи з невротичними депресіями відрізнялись від осіб з органічними та ендогенними депресіями більшою представленістю осіб з легким рі-

внем депресії ( $p < 0,01$ , ДК = -1,05, МІ = 0,08 та  $p < 0,0001$ , ДК = 5,74, МІ = 1,53 відповідно).

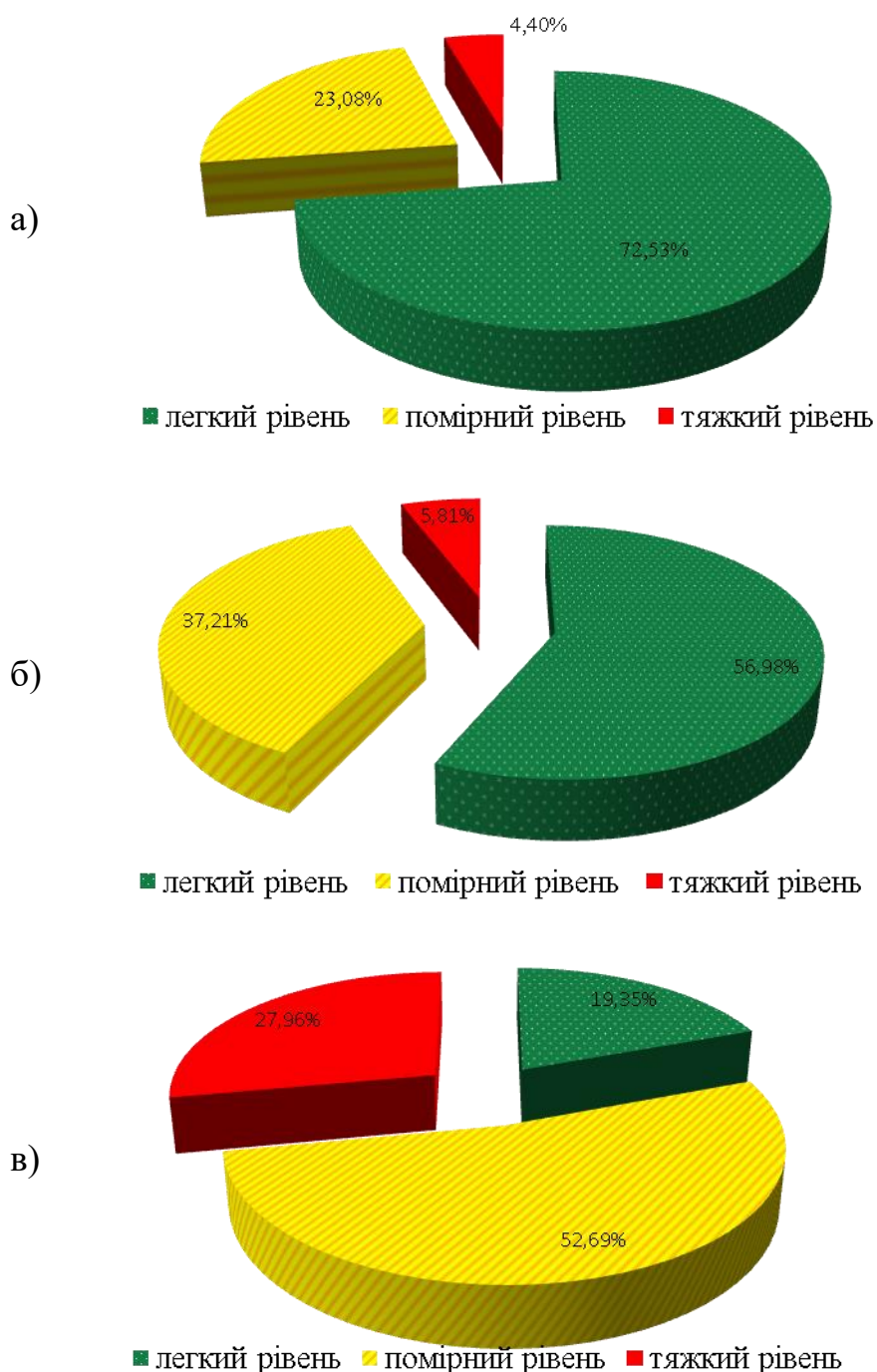


Рис. 3.16. Вираженість депресії у осіб з депресивними розладами

При цьому було встановлено, що серед осіб з органічною депресією було більше осіб з помірним рівнем депресії (у порівнянні з хворими на невротичні депресії) ( $p < 0,01$ , ДК = 2,07, МІ = 0,15) та легким рівнем де-

пресії (у порівнянні з хворими на ендogenous депресії) ( $p < 0,0001$ , ДК = 4,69, МІ = 0,88).

Аналіз структури депресії у осіб на депресивні розлади дозволив встановити, що в групі осіб з невротичною депресією переважаючим типом депресивних порушень була «фобічна депресія» ( $59,23 \pm 14,62$ ) %, що проявлялось в наявності різноманітних страхів та побоювань, а також «ажитована депресія» ( $52,67 \pm 15,28$ ) %, що проявлялась у переважанні тривоги, напруження та непокою (рис. 3.17).

При органічних депресіях переважала соматизована депресія ( $71,40 \pm 16,45$ ) %. У осіб з ендogenous депресіями переважав «динамічний тип депресії» ( $52,47 \pm 14,98$ ) %, що проявлялось в уповільненні, труднощах протікання психічних процесів і рухових реакцій.

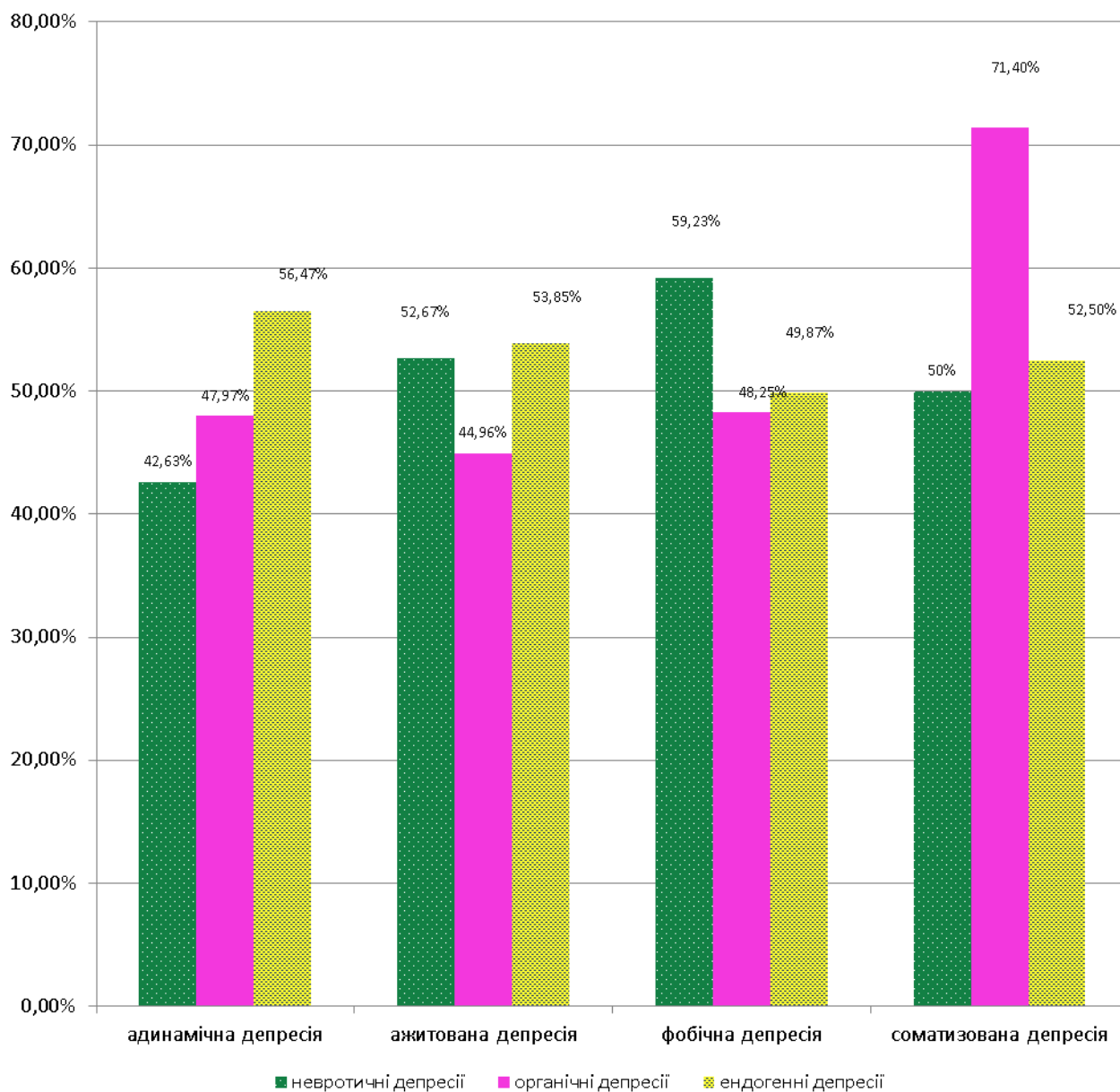
Також спостерігалось вираження ажитованої ( $53,85 \pm 15,95$ ) % та соматизованої ( $52,50 \pm 14,17$ ) % форм депресивних порушень.

Статистичний аналіз отриманий даних дозволив визначити переважання динамічного типу:

- депресивного порушення серед осіб з ендogenous депресією ( $t = 2,241, p < 0,05$ );
- фобічного – у осіб з невротичною депресією ( $t = 2,713, p < 0,01$ );
- соматизованого – серед осіб з органічною депресією ( $t = 1,952, p < 0,05$ ).

Для розуміння впливу депресивної симптоматики на ПРП був проведений більш детальний аналіз проявів депресії у осіб з різною генезою депресії (табл. 3.7). У осіб з невротичною депресією найбільш були виражені такі депресивні прояви як obsесивно-компульсивні симптоми ( $88,00$  %;  $1,76 \pm 0,64$  балів), психічна тривога ( $76,00$  %;  $3,04 \pm 0,82$  балів), раннє пробудження ( $76,00$  %;  $1,30 \pm 0,77$  балів) та труднощі при засинанні ( $67,00$  %;  $34 \pm 0,64$  балів), травневі соматичні порушення ( $71,50$  %;  $1,43 \pm 0,67$  балів),

збудженість (58,50 %;  $2,34 \pm 0,98$  балів) та схильність фіксуватися на власних симптомах (58,25 %;  $2,33 \pm 1,34$  балів).



**Рис. 3.17. Особливості вираженості депресивних порушень у осіб з депресивними розладами різної генези (за результатами HDRS)**

Найменш вираженими були добові коливання (6,50 %;  $0,13 \pm 0,34$  балів), втрата ваги (6,00 %;  $0,80 \pm 0,86$  балів) та параноїдні симптоми (14,00 %;  $0,56 \pm 0,45$  балів).

У осіб з органічними депресіями переважали такі депресивні симптоми як загальні соматичні симптоми (93,50 %;  $1,88 \pm 0,45$  балів), раннє пробудження (82,50 %;  $1,65 \pm 0,66$  балів) та труднощі при засинанні (59,50 %;  $1,19 \pm 0,69$  балів), зниження продуктивності в роботі та діяльності

(76,00 %;  $3,05 \pm 0,94$  балів), соматична тривога (64,25 %;  $2,57 \pm 1,02$  балів). Найменш були виражені параноїдні симптоми (11,25 %;  $0,45 \pm 0,68$  балів), добові коливання (14,50 %;  $0,29 \pm 0,57$  балів) та симптоми дереалізації/деперсоналізації (18,00 %;  $0,72 \pm 0,92$  балів).

Таблиця 3.7

**Особливості депресивної симптоматики у осіб з депресивними розладами різної генези (за результатами HDRS)**

Найменування показників	Невротичні депресії		Органічні депресії		Ендогенні депресії	
	N = 91		N = 86		N = 93	
	M ± σ	%	M ± σ	%	M ± σ	%
Депресивний настрій	2,11 ± 1,19	52,75	2,03 ± 1,25	50,75	2,37 ± 1,01	59,25
Почуття провини	0,78 ± 0,74	19,50*	1,21 ± 1,13	30,25***	1,55 ± 1,15	38,50**
Суїцидальні наміри	0,79 ± 0,84	19,75*	1,15 ± 1,20	28,75***	1,68 ± 0,82	42,00**
Інсомнія рання	1,34 ± 0,64	67,00	1,19 ± 0,69	59,50***	1,49 ± 0,77	74,50
Інсомнія середня	0,76 ± 0,74	38,00*	1,05 ± 0,70	52,50	1,09 ± 0,79	54,50**
Інсомнія пізня	1,30 ± 0,77	76,00*	1,65 ± 0,66	82,50***	1,24 ± 0,80	62,00
Робота та діяльність	2,13 ± 0,93	53,25*	3,05 ± 0,94	76,00	3,20 ± 0,83	80,25**
Загальмованість	1,23 ± 0,93	30,75*	1,95 ± 0,99	48,75***	3,08 ± 1,31	77,00**
Збудженість	2,34 ± 0,98	58,50*	1,67 ± 1,16	41,75***	2,11 ± 0,97	52,75
Психічна тривога	3,04 ± 0,82	76,00*	1,55 ± 1,23	38,5***	2,03 ± 0,98	50,75**
Соматична тривога	1,85 ± 0,76	46,25*	2,57 ± 1,02	64,25***	1,98 ± 0,75	49,50
Травневі соматичні порушення	1,43 ± 0,67	71,50*	1,13 ± 0,75	56,50	1,02 ± 0,77	51,00**
Загальні соматичні симптоми	0,87 ± 0,67	43,50*	1,88 ± 0,45	93,50***	0,94 ± 0,60	47,00
Генітальні симптоми	1,03 ± 0,74	51,50	1,03 ± 0,73	52,00	1,23 ± 0,97	61,50
Іпохондричний розлад	2,33 ± 1,34	58,25*	1,55 ± 1,42	38,50	1,61 ± 1,30	40,25**
Втрата ваги	0,80 ± 0,86	6,00	0,74 ± 0,88	37,00***	1,03 ± 0,88	51,50
Втрата ваги (фактична)	0,87 ± 0,95	43,50*	0,55 ± 0,84	27,00***	1,25 ± 0,92	62,50**
Критичність	0,47 ± 0,60	23,50*	0,77 ± 0,55	38,50	0,82 ± 0,74	41,00**
Добові коливання	0,13 ± 0,34	6,50*	0,69 ± 0,86	34,50***	1,01 ± 0,97	50,50**
Добові коливання (ступінь)	0,41 ± 0,65	20,50	0,29 ± 0,57	14,50***	0,86 ± 0,65	43,00
Деперсоналізація/дереалізація	0,97 ± 0,72	24,25	0,72 ± 0,92	18,00***	1,23 ± 0,90	30,75
Параноїдні симптоми	0,56 ± 0,45	14,00	0,45 ± 0,68	11,25	0,45 ± 0,58	11,25
Обсесивно-компульсивні симптоми	1,76 ± 0,64	88,00*	0,64 ± 0,97	32,00	0,91 ± 0,92	45,50**
Сумарний бал	29,30 ± 4,77	56,34	29,51 ± 5,13	56,75***	32,86 ± 4,03	63,19**

Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : \* - між особами з невротичними та органічними депресіями; \*\* - між особами з невротичними та ендогенними депресіями; \*\*\* - між особами з ендогенними та органічними депресіями.



У групі осіб з ендogenous депресіями переважали такі депресивні симптоми як зниження продуктивності в роботі та діяльності (80,25 %;  $3,20 \pm 0,83$  балів), симптоми загальмованості (77,00 %;  $3,08 \pm 1,31$  балів), порушення сну (труднощі при засинанні (74,50 %;  $1,49 \pm 0,77$  балів), раннє пробудження (62,00 %;  $1,24 \pm 0,80$  балів) та часті пробудження вночі (54,50 %;  $1,09 \pm 0,79$  балів)), фактична втрата ваги (62,50 %;  $1,25 \pm 0,92$  балів), зниження лібідо (61,50 %;  $1,23 \pm 0,97$  балів), пригнічений настрій (59,25 %;  $2,37 \pm 1,01$  балів), збудженість (52,75 %;  $2,11 \pm 0,97$  балів), психічна тривога (50,75 %;  $2,03 \pm 0,98$  балів) та добові коливання (50,50 %;  $1,01 \pm 0,97$  балів). Менш за все були виражені параноїдні симптоми (11,25 %;  $0,45 \pm 0,58$  балів) та симптоми дереалізації/деперсоналізації (30,75 %;  $1,23 \pm 0,90$  балів).

Співставлення результатів між особами з різною генезою депресивного розладу дозволили встановити, що при органічній депресії пізня інсомнія ( $t = 3,277$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 3,757$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), соматична тривога ( $t = 5,362$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,428$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), виражені загальні соматичні симптоми ( $t = 11,806$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 11,872$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), а також менша вираженість збудженості ( $t = 4,130$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 2,711$ ,  $p < 0,007$  відповідно) відрізняли осіб з органічними депресіями від хворих на невротичні та ендogenous депресії відповідно.

Було встановлено, що вираженість іпохондричних симптомів ( $t = 3,773$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,676$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), травневих соматичних порушень ( $t = 2,821$ ,  $p < 0,005$  та  $t = 3,836$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), obsesивно-компульсивних симптомів ( $t = 7,536$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 5,960$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), а також менша вираженість апатії ( $t = 6,478$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 8,248$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), пробуджень вночі ( $t = 2,666$ ,  $p < 0,008$  та  $t = 2,913$ ,  $p < 0,004$  відповідно) і порушень критичності ( $t = 3,405$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 3,470$ ,  $p < 0,001$  відповідно) відрізняли осіб з невротичною депресією від хворих на органічні та ендogenous депресії відповідно.

Також було визначено, що психічна тривога була вищою при невротичних депресіях у порівнянні з ендogenous та органічними депресіями ( $t = 9,578$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 7,590$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) і вищою при ендogenous – у порівнянні з органічною генезою депресивного розладу ( $t = 2,924$ ,  $p < 0,004$ ).

Особи з ендogenous генезою депресивних порушень відрізнялись від осіб з органічними депресіями більшою вираженістю симптомів дереалізації/деперсоналізації ( $t = 3,721$ ,  $p < 0,0001$ ), ранньою інсомнією ( $t = 2,797$ ,  $p < 0,006$ ), втратою ваги ( $t = 2,187$ ,  $p < 0,05$ ), вираженістю добових коливань ( $t = 2,362$ ,  $p < 0,004$ ). Було визначено, що фактична втрата ваги була більш вираженою при ендogenous депресіях у порівнянні з невротичними та органічними депресіями ( $t = 2,762$ ,  $p < 0,006$  та  $t = 5,332$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) і більш вираженою при невротичних – у порівнянні з органічною генезою депресивного розладу ( $t = 2,393$ ,  $p < 0,01$ ). Також були встановлені особливості депресивної симптоматики та її вираженість в залежності від генезу депресивного розладу, що умовно можна було б представити наступним чином: «ендogenous депресії > органічні депресії > невротичні депресії». До таких симптомів належали: почуття провини ( $t = 1,992$ ,  $p < 0,05$  та  $t = 3,004$ ,  $p < 0,005$  відповідно), суїцидальні наміри ( $t = 3,094$ ,  $p < 0,002$  та  $t = 2,321$ ,  $p < 0,021$  відповідно), загальмованість ( $t = 6,409$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,995$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), наявність добових коливань ( $t = 2,362$ ,  $p < 0,01$  та  $t = 5,708$ ,  $p < 0,0001$  відповідно). Треба також зазначити, що загальний сумарний бал був вищим при ендogenous депресіях, ніж при органічних та невротичних депресіях ( $t = 4,879$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 5,481$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Отже, отримані дані дозволяють стверджувати, що особи з ендogenous депресіями характеризувались більшим емоційним дефіцитом, ніж особи з органічними та невротичними депресіями, що необхідно враховувати при визначенні ПРП для осіб з депресивними розладами різного генезу.

Для оцінки стану тривоги та її компонентів використовувалась шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (рис. 3.18). Хворі на невротичні депресії характеризувались вираженим почуттям страху ( $3,71 \pm 0,45$  балів), тривожним настроєм ( $3,67 \pm 0,66$  балів), вираженістю вегетативних і серцево-судинних симптомів ( $2,63 \pm 0,93$  та  $2,03 \pm 1,03$  балів відповідно), напруженням ( $2,54 \pm 1,18$  балів), депресивним настроєм ( $2,34 \pm 1,55$  балів), а також наявністю тривожної поведінки при бесіді ( $2,11 \pm 0,54$  балів).

У осіб з органічними депресіями були виражені інтелектуальні порушення ( $3,10 \pm 0,82$  балів), соматичні м'язові та чуттєві симптоми ( $3,09 \pm 1,03$  та  $2,75 \pm 1,30$  балів відповідно), а також серцево-судинні симптоми ( $2,08 \pm 1,05$  балів), порушення сну ( $2,45 \pm 1,25$  балів), депресивний настрій та напруження ( $2,11 \pm 1,88$  та  $2,11 \pm 1,64$  балів відповідно).

У осіб на ендогенні депресії серед симптомів тривоги переважали напруження ( $3,05 \pm 0,88$  балів), почуття страху ( $2,88 \pm 0,95$  балів), вегетативні симптоми ( $2,63 \pm 0,93$  балів), депресивний й тривожний настрій ( $2,45 \pm 1,44$  та  $2,37 \pm 1,16$  балів відповідно) та інсомнія ( $2,31 \pm 1,37$  балів).

Статистичний аналіз результатів дозволив встановити, що тривожний настрій та почуття страху були більш виражені у осіб з невротичними депресіями в порівнянні з респондентами на ендогенні ( $t = 9,331$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 7,532$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) та органічні ( $t = 12,623$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 13,165$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) депресії, а також переважали серед осіб на ендогенні депресії у порівнянні з особами з органічними депресіями ( $t = 3,354$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 5,968$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Також було визначено, що порушення сну було більш виражене при ендогенних та органічних депресіях, ніж при невротичних депресіях ( $t = 2,883$ ,  $p < 0,004$  та  $t = 3,722$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Симптоми напруження були більш виражені при ендогенних депресіях (при порівнянні з невротичними та органічними депресіями) ( $t = 3,285$ ,

$p < 0,001$  та  $t = 4,801$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) та при невротичних – при порівнянні з органічними депресіями ( $t = 2,016$ ,  $p < 0,05$ ).

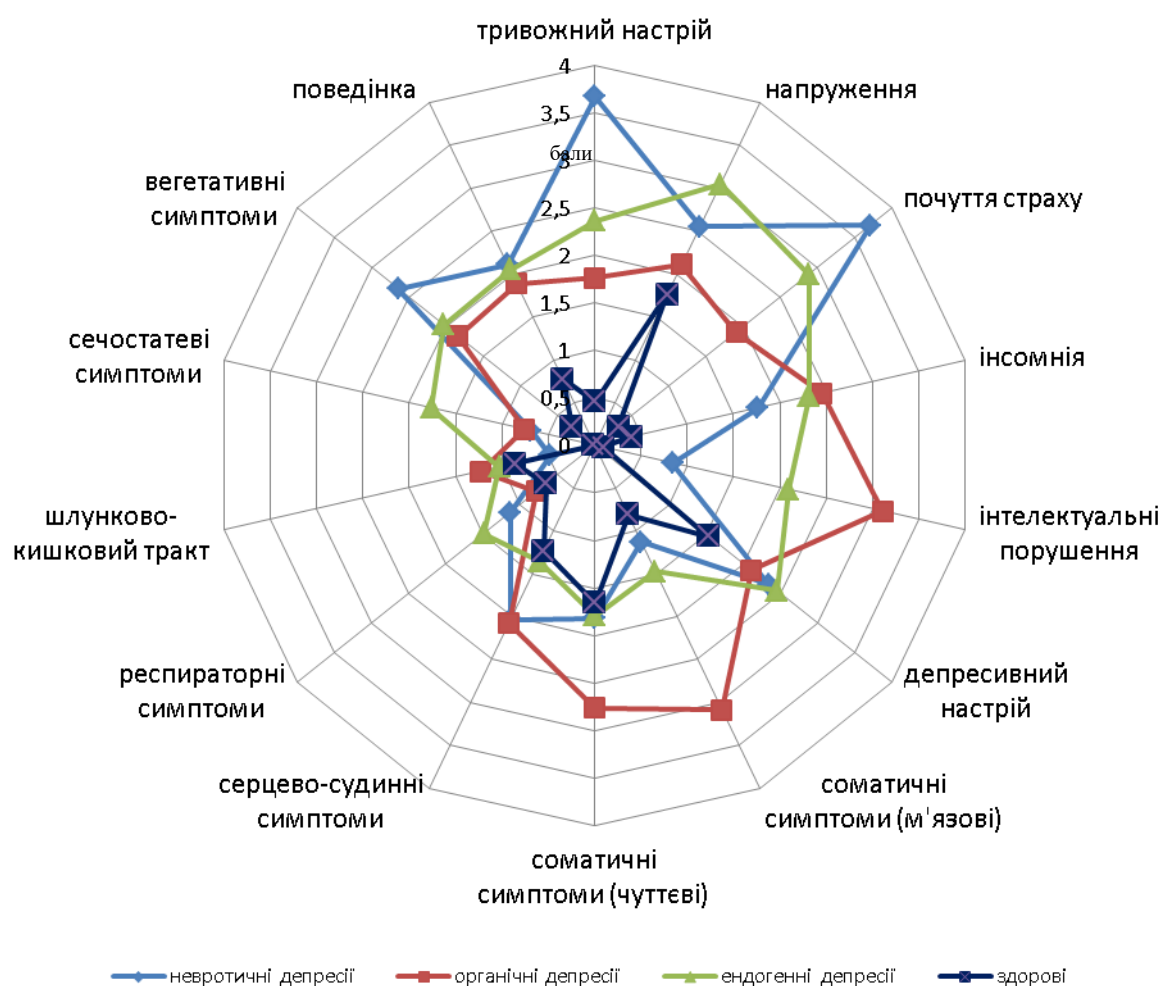


Рис. 3.18. Особливості тривожної симптоматики у осіб з депресивними розладами різної генези (за результатами HARS)

Інтелектуальні порушення та соматичні (м'язові) симптоми були більш виражені у осіб з органічними депресіями у порівнянні з невротичними ( $t = 18,332$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 14,702$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) та ендогенними ( $t = 6,352$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 11,445$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) депресіями, а також при ендогенних депресіях у порівнянні з невротичними депресіями ( $t = 7,977$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 2,929$ ,  $p < 0,004$  відповідно).

Також було встановлено, що у осіб з органічними депресіями переважали соматичні (чуттєві) симптоми ( $t = 4,518$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,679$ ,

$p < 0,0001$  відповідно), у той час коли у хворих на невротичні та ендогенні депресії – вегетативні симптоми ( $t = 6,514$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 6,546$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Слід також зазначити, що у хворих на ендогенні депресії були більш виражені (ніж при невротичних та органічних депресіях) респіраторні ( $t = 3,596$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,686$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), шлунково-кишкові ( $t = 2,817$ ,  $p < 0,005$  та  $t = 2,446$ ,  $p < 0,01$  відповідно), сечостатевої ( $t = 4,899$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,593$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) симптоми тривоги, у той час коли у осіб з невротичними та органічними депресіями були більше виражені серцево-судинні симптоми ( $t = 4,072$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,263$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Отже, отримані дані щодо емоційного стану слід враховувати при визначенні ПРП хворих на депресивні розлади різного генезу.

3.5.2. Когнітивні дисфункції у осіб з депресивними розладами. Дослідження рівня когнітивних дисфункцій здійснювалось за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA).

В результаті проведеного аналізу було встановлено, що у 90,11 % осіб з невротичною депресією загальна сумарна оцінка за результатами тесту MoCa коливалась у межах 26 -30 балів, що відповідає нормативним результатам та свідчить про відсутність когнітивних порушень (рис. 3.19 а). У 9,89 % осіб з невротичною депресією загальна сумарна оцінка за результатами MoCa-тесту коливалась у межах 18-25 балів, що відповідало помірним когнітивним порушенням. Осіб з загальною сумарною оцінкою менше 18 балів визначено не було.

У 65,12 % осіб з депресивними порушеннями органічного генезу були встановлені нормативні показники когнітивних процесів (26-30 балів за загальним сумарним балом), у 33,72 % осіб були визначений помірний

когнітивний дефіцит (18-25 балів) та у 1,16 % осіб був встановлений виражений рівень когнітивної дисфункції (рис. 3.19 б).

Більшість осіб з депресивними порушеннями ендogenous генезу характеризувались відсутністю когнітивного дефіциту ( $75,27 \pm 4,07$  %), у 24,73 % осіб спостерігалась помірна когнітивна дисфункція, а також не було осіб з вираженими когнітивними порушеннями (рис. 3.19 в).

Слід зазначити, що при зіставленні сумарних показників рівня когнітивного дефіциту у осіб з депресивними розладами різного походження було встановлено, що збереженість когнітивних функцій (за нормативними показниками  $N \geq 26$ ) спостерігалась більше серед хворих на невротичні депресії, ніж при ендogenousній ( $p < 0,005$ , ДК = 0,78, МІ = 0,06) та органічній ( $p < 0,0001$ , ДК = 1,41, МІ = 0,18) депресіях, а кількість осіб з збереженістю когнітивного функціонування серед ендogenousних депресій була вірогідно більшою, ніж серед осіб з органічними депресіями ( $p < 0,05$ , ДК = 0,63, МІ = 0,03).

Також було встановлено, що кількість осіб з помірними когнітивними дисфункціями переважала при органічних та ендogenousних депресіях в порівнянні з хворими на невротичні депресії ( $p < 0,0001$ , ДК = -5,33, МІ = 0,63) та ( $p < 0,005$ , ДК = -3,98, МІ = 0,30) відповідно.

Отже, було встановлено, що за когнітивними ознаками хворі на невротичні депресії характеризуються більш сприятливим ПРП, ніж особи з органічними та ендogenousними депресіями.

Для більш детального аналізу специфічних особливостей когнітивних дисфункцій був проведений аналіз за окремими шкалами МоСа-тесту. На рис. 3.20 відображена кількість осіб, які правильно виконали окремі завдання.

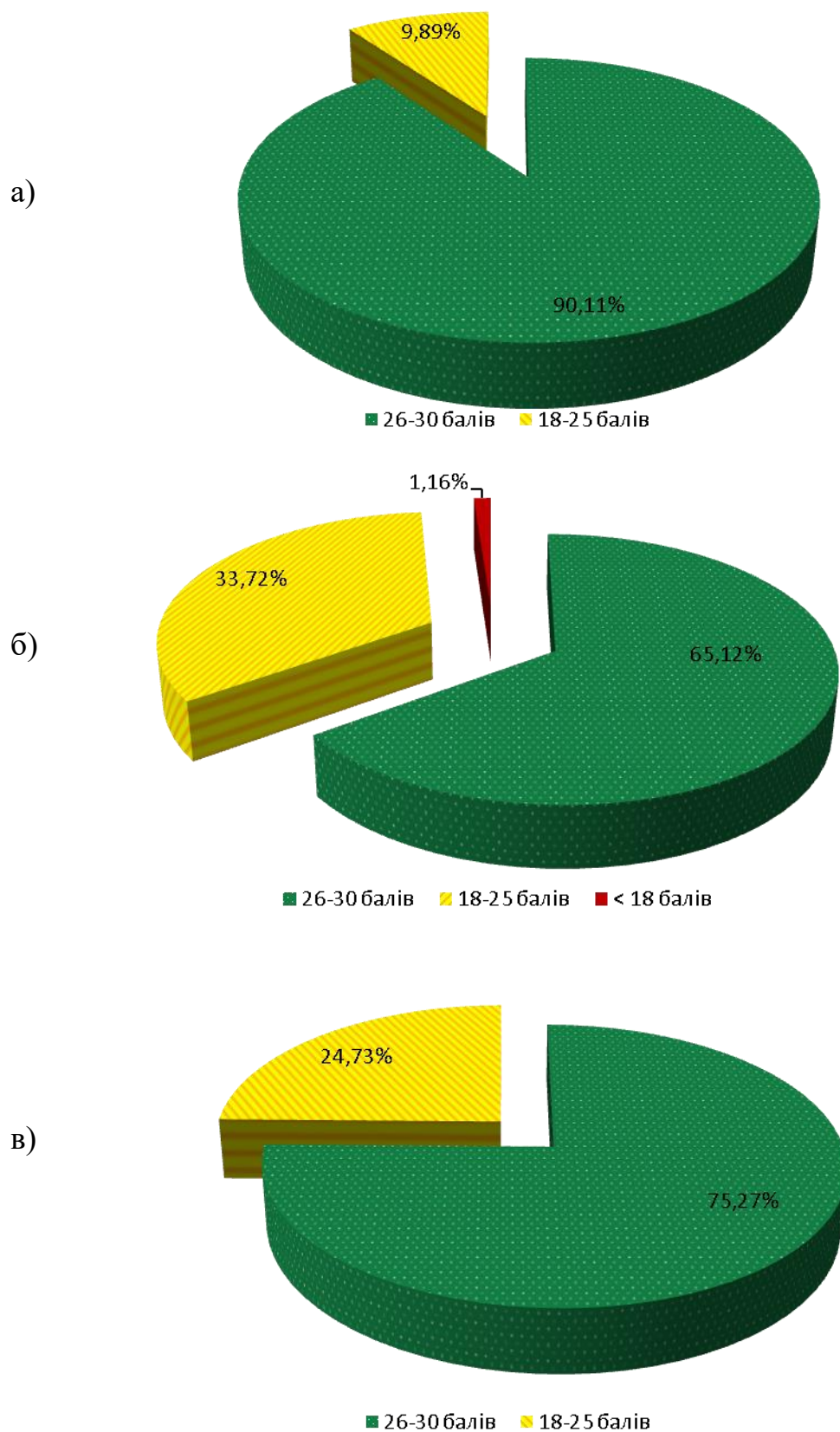


Рис. 3.19. Розподіл осіб з депресивними порушеннями за результатами МоСа-тесту

Як видно з рисунку 3.20, усі особи з депресивними розладами невротичного генезу характеризувались збереженістю функції впізнавання й називання об'єктів, а також орієнтації у місці, часі та просторі. Також більшість осіб з невротичною депресією успішно впоралися з виконанням завдань «альтернативні навички» ( $90,11 \pm 3,15$ ) %, «зорово-просторові навички» ( $95,60 \pm 2,23$ ) %, «зорово-конструктивні навички» ( $86,81 \pm 3,50$ ) %, «зворотній цифровий ряд» ( $98,90 \pm 1,15$ ) %, «узагальнення» ( $86,81 \pm 3,50$ ) % та «відкладене повторення» ( $83,52 \pm 3,77$ ) %. Більші труднощі у цієї групи осіб викликали завдання на уважність ( $78,02 \pm 4,06$ ) %, серійне віднімання ( $75,82 \pm 4,14$ ) %, повторення фрази ( $79,12 \pm 4,02$ ) % та вербальну швидкість ( $67,03 \pm 4,28$ ) %.

Серед осіб з органічною депресією 91,25 % осіб успішно впоралися з називанням тварин, 93,02 % – з орієнтацією у місці, часі та просторі, 80,23 % - з виконанням зорово-просторових завдань (малюнок «Куб»), 70,93 % – з виконанням зорово-конструктивних завдань (малюнок «Годинник») та 81,40 % осіб – з називанням у зворотному порядку цифрового ряду. Були визначені труднощі у виконанні наступних завдань: «уважність» ( $59,30 \pm 4,45$ ) %, «серійне віднімання від 100 по 7» ( $55,81 \pm 4,36$ ) %, «швидкість мовлення» ( $58,14 \pm 4,43$ ) %, «повторення фрази» ( $62,79 \pm 4,51$ ) %, «абстрагування» ( $68,60 \pm 4,52$ ) % і «альтернативні навички» ( $68,60 \pm 4,52$ ) % та «відкладене повторення» ( $65,12 \pm 4,52$ ) %.

У хворих на ендогенну депресію найменші труднощі у виконанні визивали наступні завдання: «орієнтація» ( $97,85 \pm 1,56$ ) %, «називання» ( $96,77 \pm 1,89$ ) %, «зворотній цифровий ряд» ( $92,47 \pm 2,76$ ) %, а також «відкладене повторення» ( $89,25 \pm 3,18$ ) %, «альтернативні навички» ( $86,02 \pm 2,76$ ) % та «повторення фрази» ( $84,95 \pm 3,58$ ) %. Найбільші труднощі особи відчували у виконанні завдання на швидкість мови: тільки 47,31 % осіб успішно впоралися з цим завданням. Також спостерігались труднощі у виконанні завдань на уважність ( $79,57 \pm 3,91$ ) %, серійне віднімання ( $75,27 \pm$



4,07) %, абстрагування ( $74,17 \pm 4,10$ ) % та виконанні зорово-просторових і конструктивних завдань ( $(80,65 \pm 3,86)$  % та  $(78,49 \pm 3,96)$  % відповідно).

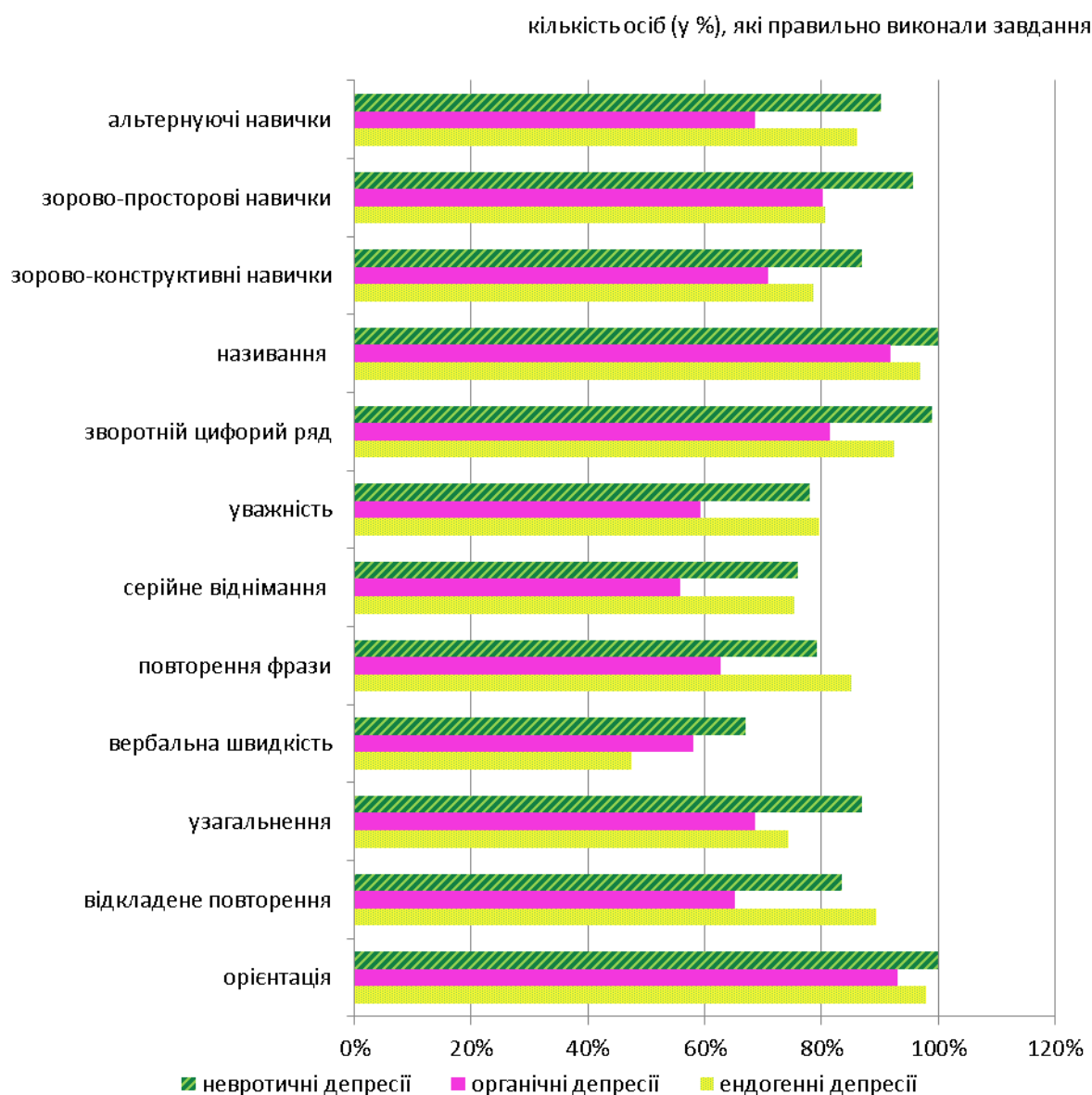


Рис. 3.20. Розподіл правильних відповідей досліджуваних за шкалою МоСА

В результаті проведення статистичного аналізу за точним методом Фішера було встановлено, що особи з органічною депресією відрізнялись від хворих на невротичні та ендогенні депресії більш вираженими труднощами у виконання завдань «альтернативні навички» ( $(p < 0,00025, ДК=-1,18, МІ =0,13)$ ) та ( $p < 0,002, ДК=0,98, МІ =0,09$ ) відповідно), «уважність»

(( $p < 0,0035$ , ДК=1,19, МІ =0,11) та ( $p < 0,001$ , ДК=1,25, МІ =0,13) відповідно), «серійне віднімання» (( $p < 0,0025$ , ДК=-1,33, МІ =0,13) та ( $p < 0,003$ , ДК=1,30, МІ =0,13) відповідно), «повторення фрази» (( $p < 0,007$ , ДК=-1,00, МІ =0,08) та ( $p < 0,0004$ , ДК=1,31, МІ =0,15) відповідно), «відкладене повторення» (( $p < 0,0026$ , ДК=1,08, МІ =0,10) та ( $p < 0,0001$ , ДК=1,37, МІ =0,17) відповідно) та «зворотній цифровий ряд» (( $p < 0,0001$ , ДК=-0,85, МІ =0,07) та ( $p < 0,015$ , ДК=0,55, МІ =0,03) відповідно).

Поряд з тим, було визначено, що особи з ендегенними депресіями відрізнялись від хворих з органічними та невротичними депресіями вираженим зниженням вербальної швидкості (( $p < 0,042$ , ДК=-0,90, МІ =0,05) та ( $p < 0,003$ , ДК=-1,51, МІ =0,15) відповідно).

Було також встановлено, що особи з невротичною депресією відрізнялись від хворих з органічною та ендегенною депресіями більшою збереженістю зорово-конструктивних (( $p < 0,001$ , ДК=-0,76, МІ =0,06) та ( $p < 0,001$ , ДК=-0,74, МІ =0,06) відповідно) та зорово-просторових (( $p < 0,005$ , ДК=-0,88, МІ =0,07) та ( $p < 0,05$ , ДК=-0,44, МІ =0,02) відповідно) навичок та абстрагування (( $p < 0,002$ , ДК=1,02, МІ =0,09) та ( $p < 0,01$ , ДК=0,68, МІ =0,04) відповідно).

В табл. 3.8 представлені дані когнітивних порушень за сферами психічної діяльності серед осіб з різними типами депресивних порушень і осіб без психічної патології.

Встановлено, що особи з невротичними депресіями відрізнялись від контрольної групи наявністю більшої кількості порушень у зорово-конструктивних та виконавчих навичках ( $t = 2,521$ ,  $p < 0,01$ ) та психічних процесах: пам'яті, уваги, абстрагування та мовлення ( $t = 2,141$ ,  $p < 0,035$ ;  $t = 2,987$ ,  $p < 0,003$ ;  $t = 2,839$ ,  $p < 0,005$  та  $t = 4,186$ ,  $p < 0,0001$  відповідно). Отже, можна констатувати, що мінімальні когнітивні дисфункції спостерігаються при невротичній депресії.

Особи з ендегенною депресією відрізнялись від хворих на невротичні депресії більшою вираженістю порушень в інтелектуальній сфері, зок-

рема в порушенні процесу абстрагування ( $t = 2,117, p < 0,035$ ), а в співставленні з контрольною групою здорових були встановлені вірогідні розбіжності за всіма показниками, які демонстрували більш виражені когнітивні дисфункції при ендогенних депресіях ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 3.8

**Когнітивні порушення у осіб з депресивними порушеннями різної генези (за результатами МоСа-тесту)**

Параметри оцінки		Особи з депресивними розладами невротичної генези (n=91)		Особи з депресивними розладами органічної генези (n=86)		Особи з депресивними розладами ендогенної генези (n=93)		Контрольна група осіб без психічних розладів (n=182)	
		М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Когнітивні порушення [30]		27,74	4,65	24,61	7,77	26,88	5,87	29,45	4,65
Компоненти МоСа-тесту	Зорово-конструктивні /виконавчі функції [5]	4,59	1,15	3,91	1,81	4,25	1,57	4,92	0,40
	Увага [6]	5,31	1,34	4,26	2,26	5,18	1,67	5,78	0,60
	Пам'ять [5]	4,68	0,81	4,23	1,27	4,69	0,94	4,89	0,41
	Мова [3]	2,36	1,02	1,97	1,30	2,25	0,89	2,87	0,43
	Абстрагування [2]	1,80	0,54	1,50	0,79	1,60	0,72	1,97	0,15
	Орієнтування [6]	6,00	0	5,93	0,25	5,98	0,14	6,00	0

Примітка: М - середнє значення, SD - стандартне відхилення. У квадратних дужках вказано максимальний бал. Вірогідність відмінностей: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; Групи порівнянь: <sup>1)</sup> порівняння осіб з органічними та невротичними депресіями; <sup>2)</sup> порівняння осіб з невротичними та ендогенними депресіями; <sup>3)</sup> порівняння осіб з органічними та ендогенними депресіями.

У осіб з органічними депресіями були встановлені помірні когнітивні порушення, які полягали у зниженні функціонування зорово-конструктивних та виконавчих процесів ( $3,91 \pm 1,81$ ), уваги ( $4,26 \pm 2,26$ ), інтелектуально-мнестичних процесів ( $1,50 \pm 0,79$ ) та ( $4,23 \pm 1,27$ ) відповідно, мовлення ( $1,97 \pm 1,30$ ) та орієнтування ( $5,93 \pm 0,25$ ), що підтверджувалось наявністю вірогідних розбіжностей за всіма показниками між особами з органічними та невротичними депресіями, а також – здоровими особами ( $p < 0,01$ ). Також було встановлено, що порушення пам'яті та уваги були більш виражені при органічних депресіях, ніж при ендогенних депресіях ( $t = 2,736, p < 0,006$ ;  $t = 3,133, p < 0,002$  відповідно).

Отже, отримані дані щодо когнітивного дефіциту слід враховувати при визначенні ПРП осіб з депресивними розладами різної генези.

### Висновки до розділу 3

У розділі визначено нормативні показники реабілітаційного потенціалу досліджуваних контрольної групи; виявлено параметри і показники реабілітаційного потенціалу досліджуваних основної групи з депресивними розладами; виокремлено та проведено диференціацію компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту досліджуваних (при невротичних, органічних, ендогенних депресіях); встановлено та диференційовано патопсихологічні та соціально-психологічні особливості реабілітаційного потенціалу досліджуваних основної групи, які полягали у наявності емоційних та когнітивних дисфункцій і відображали специфічність депресивного розладу за його різновидами.

Визначено нормативні показники реабілітаційного потенціалу досліджуваних контрольної групи, до яких віднесено: *середній та високий рівні життєстійкості* (64,64%) (відчуття повноти життя (66,15%), прийняття власної відповідальності (64,57%) та готовності діяти у ситуації невизначеності (62,07%)); *актуалізацію адаптивних копінг-стратегій* (ДК=4,67) (серед когнітивних копінгів – переважання «збереження самовладання» (25,0%, ДК=6,33), «проблемний аналіз» (23,81%, ДК=6,12), «ігнорування» (23,81%, ДК=2,57) та «додавання сенсу» (13,10%, ДК=4,5); серед емоційних копінгів – «протест» (26,19%, ДК=7,75), «емоційна розрядка» (17,86%, ДК=4,08) та «оптимізм» (22,62%, ДК=6,15); серед поведінкових копінгів – «відволікання» (28,57%, ДК=6,46), «конструктивна активність» (26,19%, ДК=5,42) та «співпраця» (21,43%, ДК=3,96)); *високий рівень адаптаційного особистісного потенціалу* (6,17 балів,  $p < 0,01$ ) (наявність адекватної самооцінки, розвинутих комунікативних здібностей, нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції, оптимістичного сприйняття дійсності, а також низький рівень тривожності, напруженості та відсутність суттєвих со-

матичних скарг); *індивідуально-типологічні особливості* (активність (10,65 балів), зацікавленість (11,61 балів), чуттєвість (11,22 балів), пластичність (10,05 балів), схильність до пошуку вражень та уваги від оточуючих (10,65 балів); низький рівень актуальної ригідності (52,38%); помірний рівень загальної (50,0%), сенситивної (57,14%), настановної (60,71%) та преморбідної (55,95%) ригідності; переважання адаптивних типів реагування на хворобу ( $p < 0,01$ )); *особливості ціннісно-мотиваційної сфери* (вираженість та цінність таких мотиваційних компонентів як досягнення (72,72%), самостійність (76,46%), гедонізм (84,84%), доброта (62,74%), стимуляція (62,11%), універсалізм (51,25%) та влада (61,12%); середній рівень екзистенціальної наповненості (224,76 балів), що виражався у балансі відкритості, емоційної включеності у соціум, свободи і відповідальності); *особливості сімейних відносин* (задоволеність подружніми стосунками (2,13 балів), відсутність порушень у сексуальній сфері (1,21 балів), узгодженість уявлень між подружжям щодо проведення дозвілля (1,11 балів), відчуття близькості (40,48%, ДК=4,52), можливість відкрито виражати власні емоції, насамперед, негативні (34,52%), наявність інтересу до інтелектуально-культурного життя (48,81%), орієнтація на активний відпочинок (ДК=2,04), підтримка незалежності, самостійності та досягнень у родині ( $p < 0,01$ ), структурованість сімейної системи (40,86%)); *особливості міжособистісних комунікацій* (контактність ( $t = 6,198$ ), відсутність виражених міжособистісних проблем, можливість відстоювати власні границі ( $t = 6,712$ ), експресивність у вираженні почуттів ( $t = 3,162$ )); *особливості психологічного благополуччя* (загальна задоволеність життям (47,62%), наявність інтересу до життя (45,24%), рішучість та стійкість у досягненні цілей (46,43% та 40,48% відповідно), високий рівень впевненості у власних силах (61,9%)).

Виокремлено та проведено диференціацію компонентів, що відображали специфічність психологічного реабілітаційного дефіциту досліджуваних основної групи:

- при *невротичних депресіях*: виражена пасивна позиція при подоланні складних ситуацій; переважання неадаптивних копінг-стратегій («ігнорування», «розгубленість», «пригнічення емоцій» та «активне уникнення»); виражена нервово-психічна нестійкість; зниження моральної нормативності; відсутність наполегливості, відповідальності та самоконтролю; високий рівень актуальної, сенситивної та загальної ригідності і помірний рівень настановної ригідності; вираженість тривожного, неврастенічного, сенситивного та егоцентричного ставлення до хвороби; наявність потреби у безпеці; позиція невтручання та очікування (ухилення від відповідальності); незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність чинників психічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних стосунків, неузгодженість у розподілі обов'язків, фінансів та намірі мати дітей); у стосунках з родичами (незадоволеність сімейно-побутовою ситуацією, стосунками з батьками подружжя та з родичами, що проживають на одній території); у професійній сфері (напружені стосунки з керівництвом та колегами, недостатність визнання, невідповідність роботи професійним інтересам); у соціальній сфері (відмінності у світоглядних позиціях); наявність міжособистісних проблем: труднощі у розумінні інших, проблеми з довірою, напруженість та скутість у прояві почуттів; особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижений фон настрою, низький рівень інтересу до життя, відсутність узгодженості між цілями та досягненнями, низький рівень впевненості у власних силах та пасивна життєва позиція; особливості сімейних стосунків: відсутність відчуття згуртованості сімейної системи, труднощі у прояві почуттів, насамперед, негативних; спонукання членів родини до досягнень при відсутності орієнтації на самостійність; низькі рівні спрямованості до інтелектуально-культурного життя та структурованості сімейної системи при високому рівні контролю;

- при *органічних депресіях*: відчуття безсилля при зіткненні зі складними ситуаціями; переважання неадаптивних копінг-стратегій: «смирнення», «пригнічення емоцій», «покірність», «активне уникнення» та «відступ»; виражені астеничні реакції/стани та нервово-психічна нестійкість; зниження зацікавленості; високий рівень настановної ригідності; виражене почуття обов'язку; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність чинників психічної травмизації: у подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння); у професійній сфері (невідповідність роботи професії та кваліфікації, перевантаженість та монотонність праці); у соціальній сфері (відсутність суспільної активності); особливості психологічного благополуччя: знижений фон настрою, пасивність у досягненні цілей; особливості сімейних стосунків: високий рівень орієнтації членів родини до досягнень; низький рівень спрямованості на інтелектуально-культурне життя, низький рівень орієнтації на активний відпочинок;

- при *ендогенних депресіях*: відчуття відчуженості життя; безсилля у подоланні складних ситуацій; переважання когнітивних копінгів («смирнення» та «розгубленість»); переважання емоційних копінгів («пригнічення емоцій», «самозвинувачення» та «покірність»), переважання поведінкових копінгів («активне уникнення» та «відступ»); виражені нервово-психічна нестійкість та напруженість; зниження комунікативного потенціалу; виражені дезадаптаційні порушення у вигляді астеничних та психотичних реакцій; переважання підпорядкованості, замкнутості, байдужості, відсутності бажання до співпраці, інтровертованості та відособленості; високий рівень актуальної, сенситивної, настановної та загальної ригідності; зниження потреби у гедонізмі та владі; закритість власного «Я» від себе та інших; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність чинників психічної травмизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості); у стосунках з родичами (непорозуміння з батьками та родичами по-

дружжя); у професійній сфері (монотонність роботи); у соціальній сфері (невідповідність моральних настанов оточення власним); наявність міжособистісних проблем: уникання соціальних контактів, труднощі у розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відказі та відстоюванні власних границь, напруженість та скутість у прояві почуттів; особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижена самооцінка, пригнічений настрій, низький рівень інтересу до життя, низький рівень впевненості у власних силах та пасивність у досягненні цілей; особливості сімейних стосунків: відсутність відчуття згуртованості сімейної системи, труднощі у прояві почуттів, насамперед, негативних, відсутність орієнтації на самостійність, незалежність та досягнення членів родини, низький рівень спрямованості на інтелектуально-культурне життя та активний відпочинок; важливість ієрархічності сімейної системи.

Визначено та диференційовано патопсихологічні і соціально-психологічні особливості реабілітаційного потенціалу досліджуваних основної групи, які полягали у наявності емоційних дисфункцій:

- при *невротичних депресіях*: наявність легкого її рівня (72,53%), переважання фобічної та ажитованої форм цього розладу (59,23% та 52,67% відповідно), вираженість психічної тривоги (76,0%), почуття страху ( $t=9,331$ ), іпохондрія (58,25%);

- при *органічних депресіях*: переважання легкого та помірного її рівнів (56,98% та 37,21%), домінування соматизованої форми цього розладу (71,4%), вираженість соматичної тривоги (64,25%), інтелектуальних порушень (3,10 балів);

- при *ендогенних депресіях*: переважання помірного та тяжкого її рівнів (52,69% та 27,96%), домінування адинамічної форми цього розладу (52,47%), вираженість загальмованості (77,0%), напруженості (3,05 балів), добових коливань (50,5%), почуття провини (38,5%) та суїцидальних намірів (42,0%) ( $p<0,01$ ).



Виявлено та проведено диференціацію особливостей когнітивного дефіциту у реабілітаційному потенціалі досліджуваних основної групи:

- при *невротичних депресіях*: більш сприятливий реабілітаційний потенціал, у порівнянні з респондентами з органічними та ендогенними депресіями ( $p < 0,005$ );

- при *органічних депресіях*: когнітивний дефіцит окреслювався порушеннями зорово-конструктивних та виконавчих функцій і зниженням функціонування психічних процесів (уваги, пам'яті, мислення);

- при *ендогенних депресіях*: когнітивний дефіцит переважно окреслювався порушеннями процесів абстрагування та вербальної швидкості.

Визначено та диференційовано особливості складових реабілітаційного потенціалу, що відображали специфічність депресивного порушення:

- при *невротичних депресіях*: віра у власні сили щодо можливості подолання складних ситуацій ( $t=6,301$ ); відчуття залучення до життя ( $t=3,781$ ); представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «емоційна розрядка» (ДК=2,36), «пасивна кооперація» (ДК=8,95), «компенсація» (ДК=9,51) та «звернення» (ДК=6,18); артистизм (11,52 балів); наявність ергопатичного ставлення до хвороби (ДК=4,87); наявність цінності «досягнення» ( $t=4,723$ );

- при *органічних депресіях*: готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід (ДК=4,04); відчуття залучення до життя ( $t=4,099$ ); представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «релігійність» (ДК=7,10), «компенсація» (ДК=8,55), «пасивна кооперація» (ДК=9,68) та «відносність» (ДК=6,89); повага до інших (10,91 балів); низький рівень актуальної ригідності (ДК=6,11), помірний рівень сенситивної та загальної ригідності (ДК=3,49 та ДК=4,77); наявність анозогнозичного ставлення до хвороби (ДК=5,81); наявність цінностей «традиції» ( $p < 0,0025$ ) та «самостійність» ( $p < 0,03$ ); включеність у життя ( $p < 0,0001$ ) (завдяки почуттю обов'язку ( $p < 0,01$ )); збереженість міжособистісних комунікацій: контакт-

ність ( $t=6,198$ ), можливість відкрито виражати власні емоції ( $t=3,587$ ), на-самперед, негативні (ДК=2,51);

при *ендогенних депресіях*: готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід (ДК=3,72); представленість адаптивних копінг-стратегій: «співпраця» (ДК=5,93) та «альтруїзм» (ДК=9,45); наявність цінності «традиції» ( $p<0,01$ ).

## РОЗДІЛ 4

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ, ПОКАЗНИКИ ТА МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В СТРУКТУРІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

#### 4.1. Пускові та підтримуючі механізми порушення процесу адаптації та компенсації особистості при невротичних депресіях

На цьому етапі дослідження усі респонденти з депресивними розладами були поділені на дві групи: I група – особи з первинними депресивними порушеннями та II група – особи з хронічними депресивними порушеннями. При невротичних депресіях в I групу увійшли 52 особи, в II групу – 39, при органічних – 36 та 50 осіб відповідно та при ендогенних – 32 та 61 особи відповідно. 182 особи без психічних розладів склали контрольну групу. Усього в цьому етапі дослідження прийняло участь 452 особи (рис. 4.1).

Для розуміння впливу тривалості хвороби на ПРП осіб необхідно проаналізувати та виділити пускові механізми порушення процесу адаптації та визначити й описати механізми адаптації та компенсації в умовах хроніфікації хвороби. З цією метою досліджувались адаптаційні можливості осіб з первинними (I група) та хронічними (II група) депресивними розладами, їх психологічні ресурси, особливості когнітивних та емоційних порушень, специфіка соціального функціонування, психологічного благополуччя, особливості особистості та ціннісно-мотиваційної сфери, зони психічної травматизації та особливості міжособистісних та сімейних комунікацій осіб з депресивними порушеннями різного генезу. Отримані дані

зіставлялись з характеристиками осіб без психічних розладів, з метою виділення пускових механізмів порушення процесу адаптації та змін адаптаційних процесів в умовах депресивного розладу.



Рис. 4.1. Розподіл респондентів за тривалістю депресивного розладу

4.1.1. Адаптаційні можливості та психологічні ресурси респондентів з депресивними розладами невротичного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Вплив хвороби на адаптаційні можливості та психологічні ресурси осіб з невротичними депресивними розладами визначався за допомогою опитувальника життестійкості S. Maddi, багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» та тесту копінг-стратегій Е. Неім.

Аналіз компонентів життестійкості у осіб з депресивними порушеннями невротичного генезу показав, що у І групі у 55,77 % хворих від-

значався середній, у 23,08 % – низький та у 21,15 % – високий рівень залученості (рис. 4.2). У II групі показник залученості був переважно низького рівню ( $74,36 \pm 9,91$ ) %, а у осіб без психічних розладів у 47,62 % осіб був встановлений середній рівень, у 38,10 % – високий рівень та у 14,29 % – низький рівень залученості.

Були встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні високого та середнього рівню залученості серед осіб I групи ( $p < 0,02$ , ДК = 6,15, МІ = 0,49 та  $p < 0,0005$ , ДК = 4,34, МІ = 0,77 відповідно) та осіб без психічних розладів ( $p < 0,0001$ , ДК = 8,71, МІ = 1,44 та  $p < 0,002$ , ДК = 3,66, МІ = 0,50 відповідно), у той час коли у хворих II групи переважав низький рівень залученості ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,08, МІ = 1,30 та  $p < 0,0001$ , ДК = 7,16, МІ = 2,15 відповідно), а хворі I групи відрізнялись від здорових меншою кількістю осіб з високим рівнем залученості ( $p < 0,01$ , ДК = 2,55, МІ = 0,22). Тобто можна сказати, що здорові, а також особи при першому депресивному епізоді ще зберігають впевненість у тому, що залученість у життя дає максимальний шанс знайти щось цікаве та цінне для особистості, у той час коли при повторних депресивних епізодах ця впевненість суттєво зменшується.

Визначено, що у більшості осіб I групи ( $67,31 \pm 7,55$ ) %, здорових ( $52,38 \pm 4,35$ ) % та у значної частини II групи ( $46,15 \pm 8,91$ ) % був встановлений середній рівень контролю.

При цьому було визначено, що у 25,00 % осіб I групи та 36,90 % здорових визначався високий рівень контролю, а у 46,15 % осіб II групи – низький.

Отримані вірогідні відмінності, які доводили, що високий рівень контролю був більш притаманний здоровим та пацієнтам I групи в порівнянні з хворими II групи ( $p < 0,0003$ , ДК = 6,81, МІ = 0,99 та  $p < 0,022$ , ДК = 5,12, МІ = 0,44 відповідно), у яких переважали особи з низьким рівнем ко-

нтрою ( $p < 0,0001$ , ДК = 6,34, МІ = 1,12 та  $p < 0,0001$ , ДК = 7,78, МІ = 1,50 відповідно).

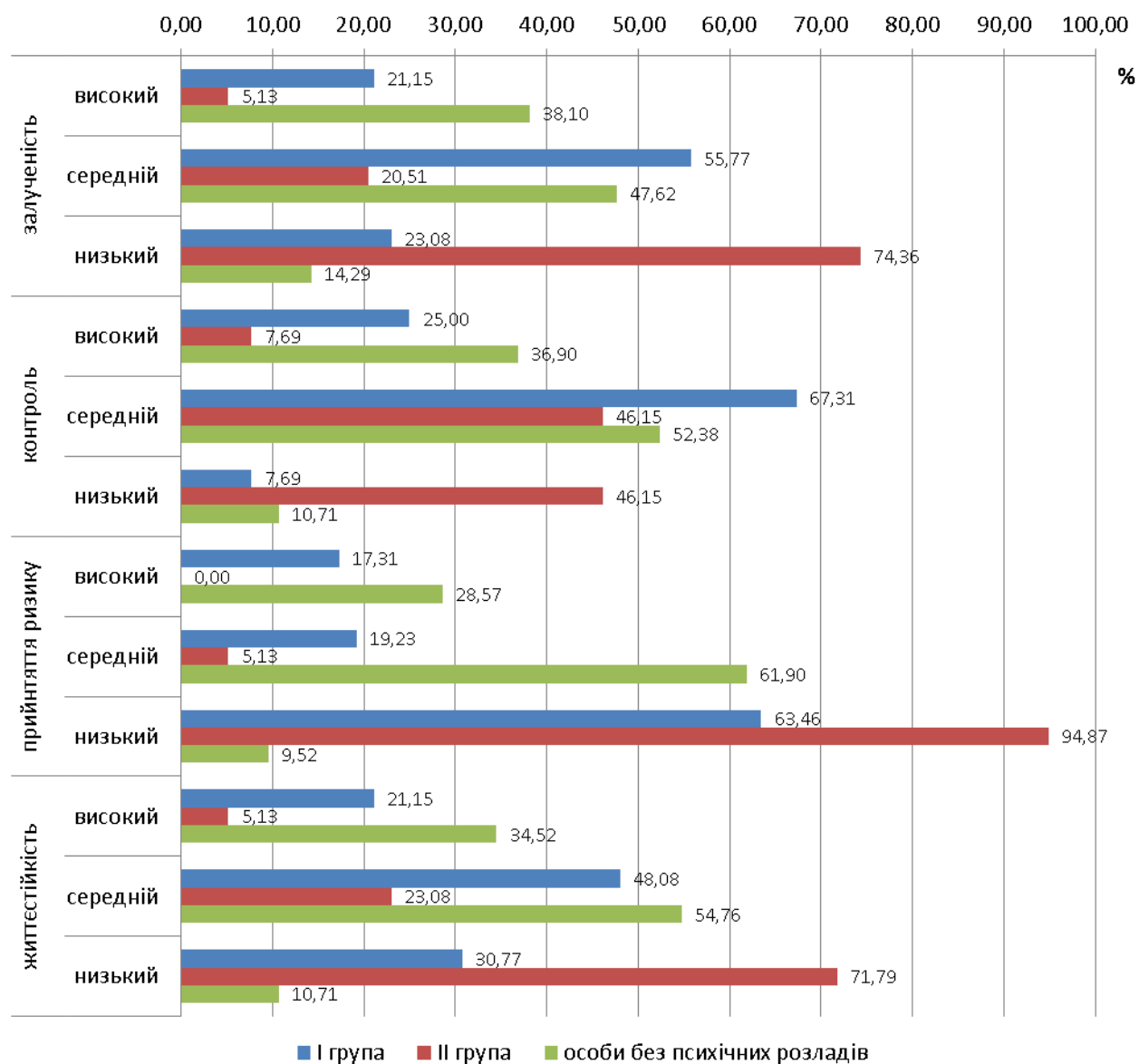


Рис. 4.2. Вираженість складових життєстійкості у осіб з депресивними порушеннями невротичної генези на різних етапах

При цьому відмічалось, що кількість осіб з середнім рівнем контролю була більшою серед осіб I групи, ніж у хворих II групи та здорових ( $p < 0,022$ , ДК = 1,64, МІ = 0,17 та  $p < 0,033$ , ДК = 1,09, МІ = 0,08 відповідно). Тобто, у здорових та при первинних невротичних депресивних реакціях особи ще мають впевненість у тому, що боротьба дозволяє впливати на ре-

зультат того, що відбувається, а при повторних депресивних епізодах ця впевненість поступово зникає.

Показник прийняття ризику був переважно низьким як в I, так і в II групі ( $63,46 \pm 7,52$  % та  $94,87 \pm 5,65$  % відповідно), а в групі здорових – середнім та високим ( $61,90 \pm 4,60$  % та  $28,57 \pm 2,91$  % відповідно). Статистичний аналіз результатів дозволив визначити, що в I групі хворих та у здорових переважали особи з високим ( $p < 0,004$  та  $p < 0,0001$  відповідно) та середнім ( $p < 0,037$ , ДК = 5,74, МІ = 0,40 та  $p < 0,0001$ , ДК = 10,82, МІ = 3,07 відповідно) рівнем прийняття ризику, у той час коли у хворих II групи переважав низький рівень прийняття ризику ( $p < 0,0002$ , ДК = 1,75, МІ = 0,27 та  $p < 0,0001$ , ДК = 9,98, МІ = 4,26 відповідно), а хворі I групи відрізнялись від здорових меншою кількістю осіб з середнім рівнем прийняття ризику ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,08, МІ = 1,08) та більшою кількістю осіб – з низьким рівнем прийняття ризику ( $p < 0,0001$ , ДК = 8,24, МІ = 2,22). Відомо, що прийняття ризику характеризується впевненістю особистості у тому, що все, що відбувається, сприяє накопиченню досвіду, отже, отримані результати дозволяють говорити, що хворі на невротичні депресії (як в I, так і в II групі) не схильні сприймати психотравмуючі події, які відбуваються з ними, як досвід, при чому в процесі перебігу хвороби фіксація на труднощах тільки збільшується.

Аналіз життестійкості дозволив визначити загальний рівень цього показника: у осіб I групи в 21,25 % випадків був встановлений високий рівень, у 48,08 % - середній та у 30,77 % - низький рівень життестійкості. У хворих II групи – переважав низький рівень ( $71,79 \pm 10,03$ ) %. У осіб без психічних розладів – в 34,52 % осіб був встановлений високий рівень, у 54,76 % осіб – середній та у 10,72 % - низький рівень життестійкості. Статистичний аналіз отриманих даних дозволив встановити вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні високого та середнього рівню життестійкості серед осіб I групи ( $p < 0,023$ , ДК = 6,15, МІ = 0,49 та  $p < 0,008$ , ДК = 3,19, МІ = 0,40 відповідно) та осіб без психічних розладів ( $p < 0,0001$ , ДК =

8,28,  $MI = 1,22$  та  $p < 0,0006$ ,  $DK = 3,75$ ,  $MI = 0,79$  відповідно), у той час коли у хворих II групи переважав низький рівень життєстійкості ( $p < 0,0001$ ,  $DK = 3,68$ ,  $MI = 0,75$  та  $p < 0,0001$ ,  $DK = 8,26$ ,  $MI = 2,52$  відповідно), а хворі I групи відрізнялись від здорових меншою кількістю осіб з високим рівнем життєстійкості ( $p < 0,039$ ,  $DK = 2,13$ ,  $MI = 0,14$ ) та більшою кількістю осіб з низьким рівнем життєстійкості ( $p < 0,002$ ,  $DK = 4,58$ ,  $MI = 0,46$ ).

Отримані дані свідчать, що особи з повторними депресивними порушеннями відрізняються меншою життєстійкістю, ніж здорові особи, та особи I групи, а хворі I групи відрізняються від здорових меншою життєстійкістю, що може являтися вагомою складовою мішеней для психотерапевтичного втручання з метою підвищення життєстійкості та ПРП осіб з невротичними депресіями.

Аналіз методики Е. Хейма дозволив виділити провідні копінг-стратегії, що були притаманні хворим на депресивні розлади невротичного генезу. Усі копінг-стратегії були розділені на три групи: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні та аналізувалися відповідно до перебігу хвороби.

Так, було встановлено, що 44,05 % осіб без психічних розладів схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, 33,73 % – відносно адаптивні та 22,22 % – неадаптивні копінг-стратегії (Рис. 4.3). У хворих на невротичні депресивні розлади в I групі 22,58 % осіб схильні були використовувати адаптивні, 32,26 % - відносно адаптивні та 45,16 % - неадаптивні копінг-стратегії. Особи II групи в 5,08 % випадків схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, в 37,29 % випадків – відносно адаптивні та у 57,68 % випадків – неадаптивні копінг-стратегії.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що особи без психічних розладів відрізнялись від осіб I и II груп тим, що у більшій мірі схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,0001$ ,  $DK = 2,92$ ,  $MI = 0,32$  та  $p \leq 0,0001$ ,  $DK = 9,40$ ,  $MI = 1,84$  відповідно), у той час коли хворі на означені депресивні розлади – неадаптивні копінг-



стратегії ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,10, МІ = 0,36 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,16, МІ = 0,74 відповідно).

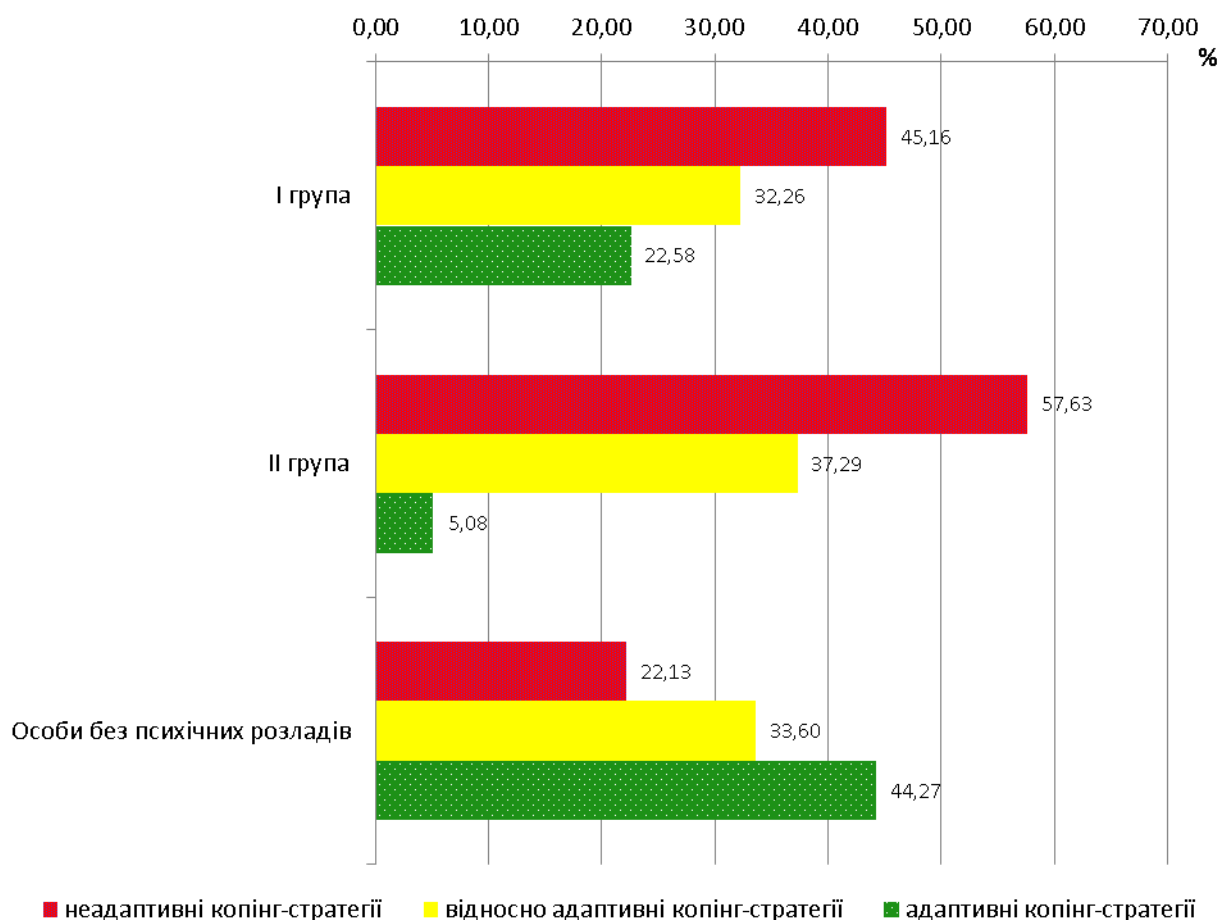


Рис. 4.3. Провідні копінг-стратегії у осіб на депресивні розлади невротичної генези на різних етапах

Також було встановлено, що особи I групи відрізнялись більшою кількістю осіб з адаптивними копінг-стратегіями, а особи II – групи – неадаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,47, МІ = 0,57 та  $p \leq 0,01$ , ДК = 1,06, МІ = 0,07 відповідно). Тобто при повторних депресивних невротичних реакціях респонденти схильні були частіше актуалізувати неадаптивні стратегії копінг-поведінки, хоча при першому депресивному епізоді їх частка була значно меншою.

В подальшому проводився більш детальний аналіз копінг-стратегій в залежності від когнітивного, емоційного та поведінкового аспекту. Так,

було встановлено, що серед когнітивних копінгів у осіб з невротичними депресіями в I групі найбільш вираженими була «розгубленість» ( $51,92 \pm 7,06$ ) %, а у осіб II групи – «ігнорування», «розгубленість» та «релігійність» ( $23,08 \pm 5,33$  %,  $15,38 \pm 3,72$  % та  $12,82 \pm 3,15$  % відповідно), що проявлялось у пасивних формах поведінки з відказом від подолання труднощів (рис. 4.4).

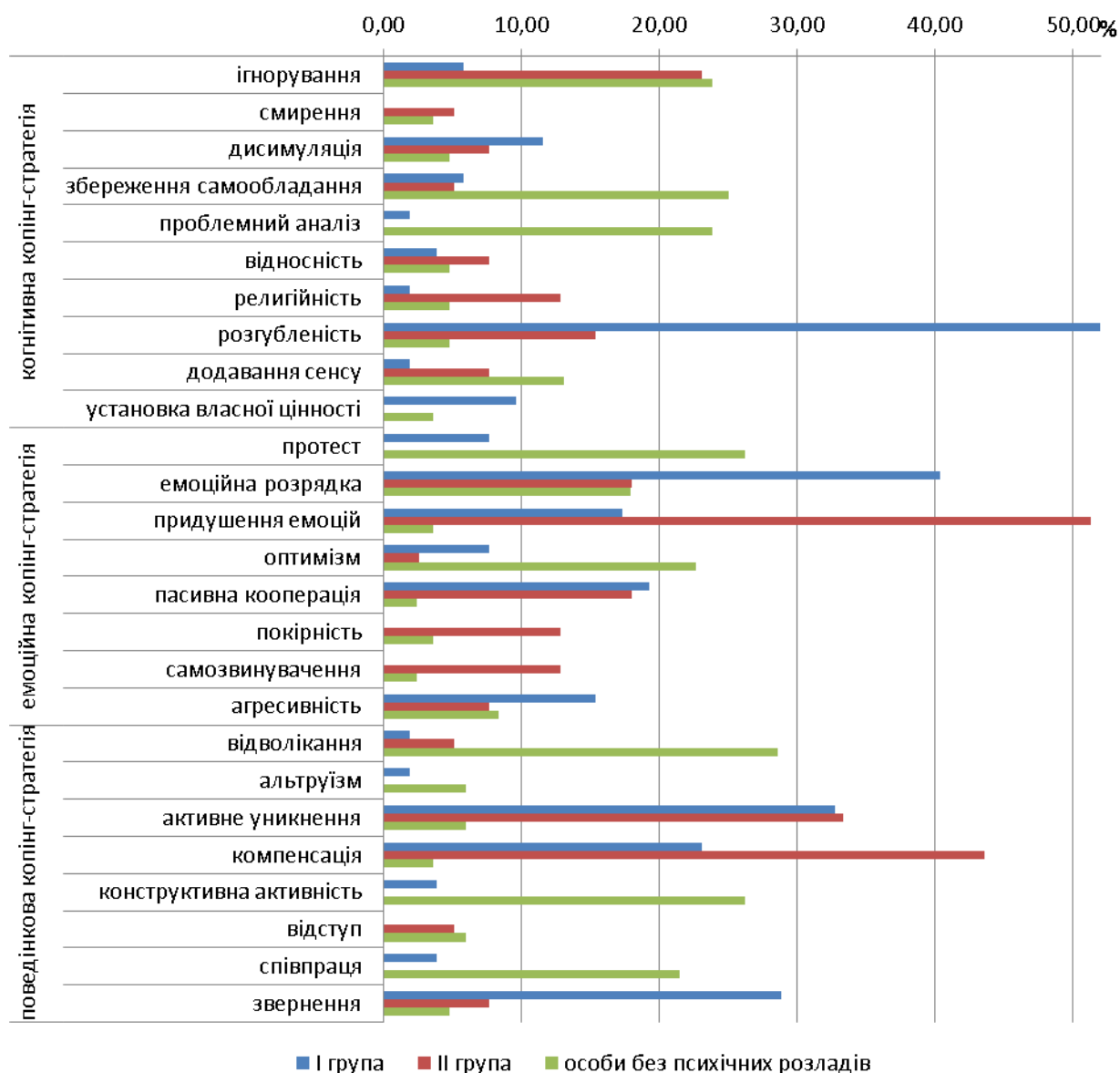


Рис. 4.4. Особливості копінг-стратегії у осіб з невротичними депресивними розладами на різних етапах

Серед когнітивних копінгів 25,00 % осіб без психічних розладів схильні були актуалізувати копінг «збереження самовладання», 23,81 % -

«проблемний аналіз» та «ігнорування» ( $23,81 \pm 2,50$ ) %, а також – 13, 10 % осіб використовували копінг «додавання сенсу», що проявлялось в спробах осіб без психічних розладів впоратися зі складною ситуацією завдяки аналізу або переоцінки цінності ситуації.

Серед емоційних копінг-стратегій у осіб з невротичною депресією в I групі переважали «емоційна розрядка» ( $40,38 \pm 6,11$ ) %, «пасивна кооперація» ( $19,23 \pm 3,39$ ) % «пригнічення емоцій» ( $17,31 \pm 3,09$ ) % та «агресивність» ( $15,38 \pm 2,77$ ) %, що проявлялось, насамперед, в спробах виразити негативні емоції, або, навпаки, їх стримати. В II групі також серед емоційних копінг-стратегій переважали «пригнічення емоцій» ( $51,28 \pm 9,42$ ) %, «пасивна кооперація» ( $17,95 \pm 4,28$ ) %, «емоційна розрядка» ( $17,95 \pm 4,28$ ) %, «покірність» ( $12,82 \pm 3,15$ ) % та «самозвинувачення» ( $12,82 \pm 3,15$ ) %. Серед емоційних копінг-стратегій у осіб без психічних розладів переважали «протест» ( $26,19 \pm 2,33$ ) %, «оптимізм» ( $22,62 \pm 2,33$ ) % та «емоційна розрядка» ( $17,86 \pm 2,33$ ) %, що проявлялось в схильності не утримувати в собі емоції, які були викликані складною ситуацією, виражати активне обурення щодо труднощів та впевненість в наявності виходу із складної ситуації.

При аналізі поведінкових реакцій було визначено, що респонденти I та II груп схильні були використовувати стратегії «активне уникнення» ( $32,69 \pm 5,26$  % та  $33,33 \pm 7,16$  % відповідно), «компенсація» ( $23,08 \pm 3,97$  % та  $43,59 \pm 8,62$  % відповідно) та «звернення» ( $28,85 \pm 4,77$  % та  $7,69 \pm 1,94$  % відповідно), що полягала у відкладенні вирішення складних ситуацій, уникнення роздумів про неї та або спрямованість на пошук підтримки серед оточення. У здорових серед поведінкових копінг-стратегій переважали «відволікання» ( $28,57 \pm 2,91$ ) %, «конструктивна активність» ( $26,19 \pm 2,71$ ) % та «співпраця» ( $21,43 \pm 2,29$ ) %.

Були встановлені вірогідні розбіжності між особами з депресивними розладами невротичного генезу в залежності від перебігу хвороби, що полягали в переважанні розгубленості ( $p \leq 0,0002$ , ДК = 5,28, МІ = 0,97),

емоційної розрядки ( $p \leq 0,01$ , ДК = 3,52, МІ = 0,40) та схильності звертатися за допомогою ( $p \leq 0,008$ , ДК = 5,74, МІ = 0,61) у осіб I групи, у той час коли для осіб II групи було більш характерним використовувати стратегії ігнорування ( $p \leq 0,01$ , ДК = 6,02, МІ = 0,52), компенсації ( $p \leq 0,021$ , ДК = 2,76, МІ = 0,28), звернення до релігії ( $p \leq 0,044$ , ДК = 8,24, МІ = 0,45), пригнічувати власні негативні емоції ( $p \leq 0,0005$ , ДК = 4,72, МІ = 0,80), намагатися бути покірними ситуації та звинувачувати себе у негараздах ( $p \leq 0,01$  та  $p \leq 0,01$  відповідно). Тобто при первинних депресивних невротичних епізодах особи схильні були відчувати розгубленість, активно виражати власні негативні почуття та звертатися за допомогою, у той час при повторних депресивних епізодах копінг-стратегії змінюються: хворі починають стримувати власні негативні емоції, звинувачують себе, намагаються підкоритися долі, звертаючись до релігії.

Так, осіб з невротичними депресіями I и II груп відрізняла від здорових більша актуалізація таких копінг-стратегій як «розгубленість» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,38, МІ = 2,45 та  $p \leq 0,04$ , ДК = 5,09, МІ = 0,27 відповідно), «придушення емоцій» ( $p \leq 0,006$ , ДК = 6,85, МІ = 0,47 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,57, МІ = 2,76 відповідно), «активне уникнення» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,40, МІ = 0,99 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,48, МІ = 1,02 відповідно), «пасивна кооперація» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 9,07, МІ = 0,76 та  $p \leq 0,004$ , ДК = 8,77, МІ = 0,68 відповідно) та «компенсація» ( $p \leq 0,0005$ , ДК = 8,10, МІ = 0,79 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,87, МІ = 2,17 відповідно), у той час коли особи без психічних розладів відрізнялись від осіб I та II групи при зіткненні зі складною ситуацією збереженням самовладання ( $p \leq 0,0024$ , ДК = 6,37, МІ = 0,61 та  $p \leq 0,004$ , ДК = 6,88, МІ = 0,68 відповідно), актуалізацією копінгів «проблемний аналіз» ( $p \leq 0,0002$ , ДК = 10,93, МІ = 1,20 та  $p \leq 0,0002$  відповідно), «протест» ( $p \leq 0,004$ , ДК = 5,32, МІ = 0,49 та  $p \leq 0,0001$  відповідно), «оптимізм» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 4,68, МІ = 0,35 та

$p \leq 0,0025$ , ДК = 9,46, МІ = 0,95 відповідно), «відволікання» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,72, МІ = 1,56 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 7,46, МІ = 0,87 відповідно), «конструктивна активність» ( $p \leq 0,0004$ , ДК = 8,33, МІ = 0,93 та  $p \leq 0,0001$  відповідно) та «співпраця» ( $p \leq 0,002$ , ДК = 7,46, МІ = 0,66 та  $p \leq 0,0005$  відповідно). При цьому слід зазначити, що хворі І групи відрізнялись від осіб без психічних розладів більшою вираженістю емоційної розрядки та зверненням за допомогою ( $p \leq 0,002$ , ДК = 3,54, МІ = 0,40 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,82, МІ = 0,94 відповідно), а здорові – більшою актуалізацією копінгів «ігнорування» та «додавання сенсу» ( $p \leq 0,003$ , ДК = 6,16, МІ = 0,56 та  $p \leq 0,01$ , ДК = 8,33, МІ = 0,47 відповідно). Особи ІІ групи відрізнялись також від здорових переважанням самозвинувачення та низькою актуалізацією оптимізму ( $p \leq 0,028$ , ДК = 7,31, МІ = 0,38 та  $p \leq 0,0025$ , ДК = 9,46, МІ = 0,95 відповідно). Отримані дані слід враховувати при визначенні мішеней психотерапевтичного втручання як для первинних осіб з невротичними депресивними розладами.

Визначення адаптаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями невротичного генезу відображені на рис. 4.5. Було встановлено, що у осіб І та ІІ груп були встановлені низькі показники поведінкової регуляції ( $34,57 \pm 13,24$  та  $46,28 \pm 10,09$  балів відповідно), що свідчило про порушення здібності осіб з невротичною депресією регулювати свою взаємодію з оточуючим середовищем, що проявлялось у низькому рівні нерво-психічної стійкості, емоційної лабільності та неадекватності самооцінки.

Респонденти ІІ групи характеризувались також низькими показниками моральної нормативності ( $13,01 \pm 8,16$  балів) та комунікативного потенціалу ( $19,67 \pm 12,05$  балів), що проявлялось у зниженні усвідомлення вимог оточення щодо соціальних ролей. Комунікативний потенціал та моральна нормативність осіб І групи відповідали середньому рівню ( $5,38 \pm$

3,27 та  $5,45 \pm 2,89$  балів відповідно) та виражався у здібності легко встановлювати соціальні контакти але, поряд з тим, відображав підвищену конфліктність осіб.

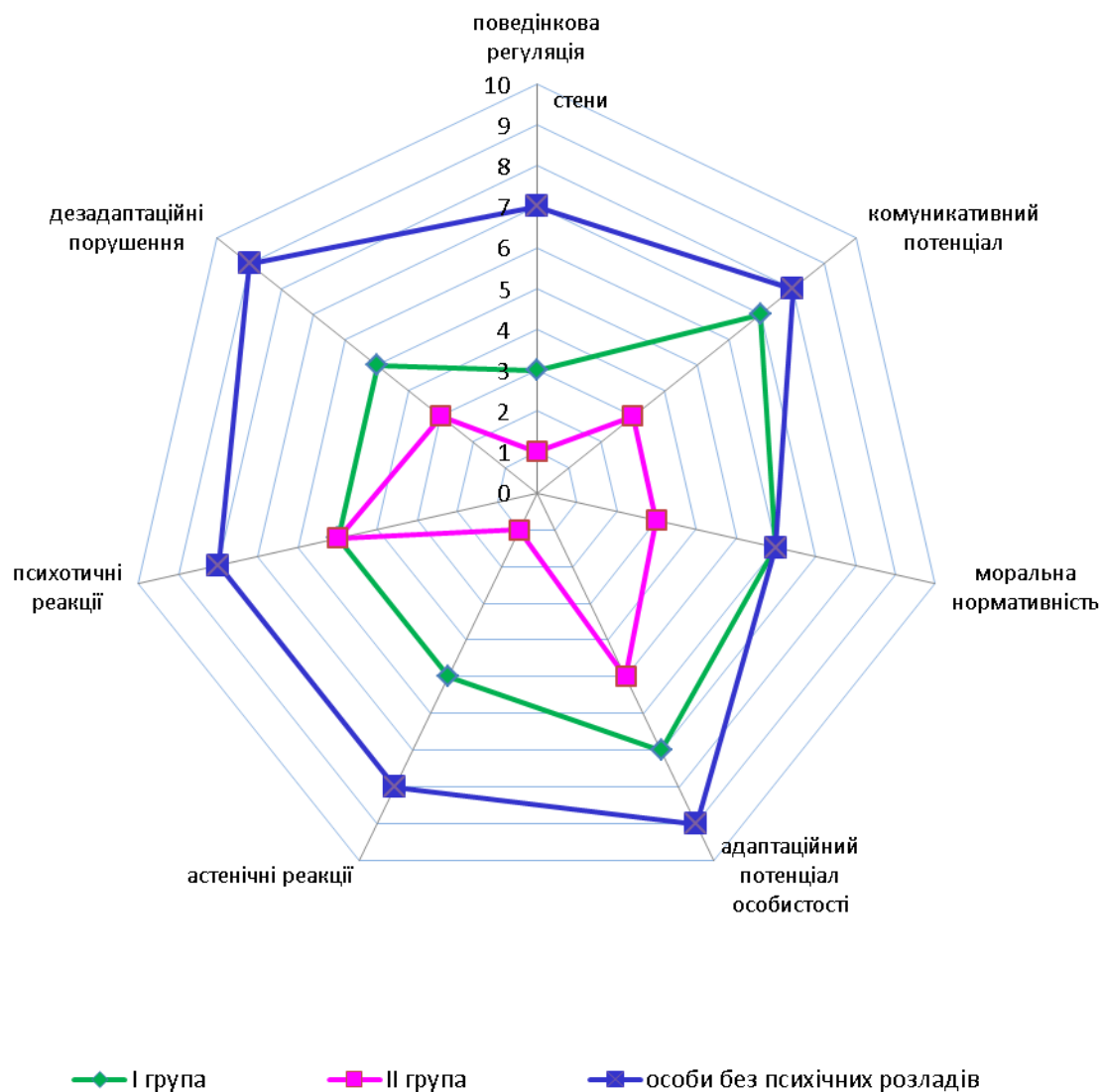


Рис. 4.5. Особливості адаптаційного потенціалу осіб з невротичними депресивними розладами на різних етапах

Взагалі особистісний адаптаційний потенціал осіб I та II груп відповідав нормальному рівню ( $20,48 \pm 10,71$  балів та  $29,11 \pm 14,34$  балів), що

свідчило про те, що більшість осіб могли достатньо легко адаптуватися до нових обставин.

Аналіз дезадаптаційних порушень показав, що у хворих I групи був встановлений середній рівень астеничних реакцій ( $13,56 \pm 7,12$  балів), а в II групі - низькі показники астеничних реакцій ( $36,12 \pm 14,41$  балів), що проявлялось в високому рівні ситуаційної тривоги, іпохондризації, розладах сну, низької толерантності до несприятливих факторів професійної діяльності, а також у емоційній лабільності та пригніченому настрої у осіб II групи. Рівень психотичних реакцій у I та II групах відповідав середньому ( $10,61 \pm 5,87$  та  $11,04 \pm 6,24$  балів), що виражалось в наявності нервово-психічного напруження та підвищеної конфліктності. Загальний рівень дезадаптаційних порушень у осіб I групи були середнього рівню ( $21,56 \pm 12,61$  балів), а в II групі – низького рівню ( $38,65 \pm 15,11$  балів).

У осіб без психічних розладів показники поведінкової регуляції ( $9,28 \pm 6,89$  балів), комунікативного потенціалу ( $4,02 \pm 2,86$  балів), астеничних та психотичних реакцій ( $3,11 \pm 2,17$  та  $2,76 \pm 2,54$  балів відповідно), а також загальні показники особистісного адаптаційного потенціалу ( $6,17 \pm 2,93$  балів) були високого рівню (див. Розділ 3.1).

В результаті проведення статистичного аналізу було визначено, що здорові особи суттєво відрізнялись від осіб з невротичними депресивними порушеннями (в I та II групах) більш високим рівнем адаптації за показниками «поведінкова регуляція» ( $t = 2,756, p < 0,01$  та  $t = 3,142, p < 0,025$  відповідно), «астеничні реакції» ( $t = 2,228, p < 0,05$  та  $t = 8,567, p < 0,0001$  відповідно), «психотичні реакції» ( $t = 2,316, p < 0,05$  та  $t = 2,345, p < 0,05$  відповідно) та «дезадаптаційні порушення» ( $t = 3,012, p < 0,01$  та  $t = 4,893, p < 0,001$  відповідно). Також особи II групи відрізнялись від здорових більш низькими показниками моральної нормативності та адаптаційного потенціалу ( $t = 2,564, p < 0,025$  та  $t = 3,451, p < 0,01$  відповідно), що свідчило про низький рівень соціалізації, неадекватну оцінку власного місця і ролі у колективі та знижені адаптаційні можливості. Також було встанов-

лено, що особи I групи відрізнялись від II групи більш високим комунікативним потенціалом та моральною нормативністю ( $t = 3,214$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 2,678$ ,  $p < 0,05$  відповідно), у той час коли у осіб II групи були більш виражені астеничні реакції ( $t = 3,512$ ,  $p < 0,01$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на адаптаційні можливості, адекватність копінг-стратегій та життєстійкість осіб з депресивними розладами невротичного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.1.2. Індивідуально-типологічні складові психологічного реабілітаційного потенціалу при невротичних депресіях на ініціальному та хронічному етапі. Для вивчення особистісних особливостей, індивідуально-типологічних характеристик та внутрішньої картини хвороби у осіб з депресивними порушеннями різного генезу використовувались опитувальники 5FRQ, TOP3 та ТОВ, результати яких дозволили визначити особливості особистості, які змінюються під впливом хвороби.

В результаті аналізу особистісного опитувальника були виділені первинні фактори, які характеризують осіб з невротичними депресивними розладами (табл. 4.1). Так, у осіб I групи переважали наступні характерологічні ознаки: тривожність, напруженість і депресивність ( $14,98 \pm 1,79$ ,  $15,00 \pm 0,01$  та  $13,66 \pm 1,23$  балів відповідно), емоційна лабільність ( $15,00 \pm 0,01$  балів), домінування ( $13,10 \pm 3,54$  балів) самокритика ( $12,38 \pm 2,43$  балів), співпраця ( $11,99 \pm 3,02$  балів), допитливість ( $13,32 \pm 2,03$  балів) та артистичність ( $12,17 \pm 1,67$  балів), а також уникнення вражень та уваги ( $6,12 \pm 1,52$  та  $7,64 \pm 1,78$  балів відповідно) та імпульсивність ( $6,08 \pm 3,24$  балів).

У осіб II групи були виражені наступні характерологічні якості: тривожність ( $14,58 \pm 1,12$  балів), напруженість ( $14,78 \pm 2,07$  балів), депресивність ( $14,56 \pm 1,04$  балів), емоційна лабільність ( $14,96 \pm 2,01$  балів), самокритичність ( $13,56 \pm 2,11$  балів), відсутність зацікавленості ( $3,01 \pm 4,23$  ба-



лів), підпорядкованість ( $5,12 \pm 2,32$  балів), уникнення вражень та уваги від оточуючих ( $4,10 \pm 2,41$  та  $6,74 \pm 2,79$  балів відповідно), ригідність ( $6,29 \pm 3,55$  балів), відсутність наполегливості ( $6,11 \pm 4,37$  балів), та низький самоконтроль ( $5,98 \pm 3,21$  балів).

Таблиця 4.1

**Вираженість рис у осіб з невротичними депресивними розладами на різних етапах**

Найменування показників		Особи з невротичними депресіями (N = 91)		Особи без психічних розладів (N = 182)
		I група (N = 52)	II група (N = 39)	
		M ± σ		
1	2	3	4	5
<b>I фактор</b> Екстраверсія-інтроверсія	Активність	10,17 ± 2,67	7,35 ± 3,81	10,65 ± 4,12
	Домінування	13,10 ± 3,54 <sup>1</sup>	5,12 ± 2,32 <sup>1</sup>	9,75 ± 2,15 <sup>3</sup>
	Товариськість	10,59 ± 2,16	8,79 ± 3,78	10,13 ± 3,65
	Пошук вражень	6,12 ± 1,52	4,10 ± 2,41	9,62 ± 4,81 <sup>2,3</sup>
	Пошук уваги	7,64 ± 1,78	6,74 ± 2,79	10,65 ± 2,13 <sup>2,3</sup>
<b>II фактор</b> Прихильність-відособленість	Теплота	12,54 ± 2,67 <sup>1</sup>	7,72 ± 2,52 <sup>1</sup>	10,35 ± 3,67
	Співпраця	11,99 ± 3,02	11,13 ± 4,77	9,95 ± 5,37
	Довірливість	10,24 ± 3,01	8,02 ± 4,82	8,11 ± 5,12
	Розуміння	7,85 ± 4,43	11,23 ± 3,13	10,25 ± 2,65 <sup>2</sup>
	Повага інших	9,63 ± 2,75	10,13 ± 4,65	10,95 ± 4,25
<b>III фактор</b> Самоконтроль-імпульсивність	Акуратність	8,52 ± 2,35	10,62 ± 2,22	9,95 ± 2,15
	Наполегливість	8,15 ± 3,45	6,11 ± 4,37	9,63 ± 5,12 <sup>3</sup>
	Відповідальність	8,15 ± 2,11	7,63 ± 2,84	9,95 ± 2,81
	Самоконтроль поведінки	6,08 ± 3,24	5,98 ± 3,21	9,61 ± 3,11 <sup>2,3</sup>
	Передбачливість	9,62 ± 2,41	10,12 ± 3,56	9,65 ± 2,65
<b>IV фактор</b> Емоційність-стриманість	Тривожність	14,98 ± 1,79	14,58 ± 1,12	10,02 ± 1,78 <sup>2,3</sup>
	Напруженість	15,00 ± 0,01	14,78 ± 2,07	8,15 ± 3,21 <sup>2,3</sup>
	Депресивність	13,66 ± 1,23	14,56 ± 1,04	9,85 ± 4,02 <sup>2,3</sup>
	Самокритика	12,38 ± 2,45	13,56 ± 2,11	9,22 ± 2,13 <sup>3</sup>
	Емоційна лабільність	15,00 ± 0,01	14,96 ± 2,01	9,65 ± 2,73 <sup>2,3</sup>
<b>V фактор</b> Експресивність-практичність	Цікавість	8,55 ± 2,79	3,01 ± 4,23	10,85 ± 4,13
	Допитливість	13,32 ± 2,03 <sup>1</sup>	9,58 ± 2,56 <sup>1</sup>	11,61 ± 2,76
	Артистичність	12,17 ± 1,67	10,87 ± 2,78	11,35 ± 3,56
	Сенситивність	9,81 ± 4,12	8,45 ± 4,71	11,22 ± 4,05
	Пластичність	10,01 ± 3,52 <sup>1</sup>	6,29 ± 3,55 <sup>1</sup>	10,05 ± 2,79 <sup>3</sup>

Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.

У осіб без психічних розладів визначалося переважання наступних рис характеру: активність ( $10,65 \pm 4,12$  балів), товариськість ( $10,13 \pm 3,65$  балів), пластичність ( $10,05 \pm 2,79$  балів), допитливість та зацікавленість ( $11,61 \pm 2,76$  та  $10,85 \pm 4,13$  балів відповідно), артистичність ( $11,35 \pm 3,56$  балів), сенситивність ( $11,22 \pm 4,05$  балів), повага інших ( $10,95 \pm 4,25$  балів), пошук уваги ( $10,65 \pm 2,13$  балів), теплота та розуміння ( $10,35 \pm 3,67$  та  $10,25 \pm 2,65$  балів відповідно).

Був проведений статистичний аналіз отриманих даних, який дозволив встановити, що I та II групи відрізнялись одна від одної переважанням домінування, теплоти у осіб I групи ( $t = 5,463$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,412$ ,  $p < 0,025$  відповідно) та ригідності і консерватизму у осіб II групи ( $t = 3,012$ ,  $p < 0,01$  та  $t = 4,724$ ,  $p < 0,0001$  відповідно). Було також встановлено, що особи з невротичними депресіями (I та II груп) відрізнялись від осіб без психічних розладів переважанням імпульсивності ( $t = 2,789$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 3,092$ ,  $p < 0,01$  відповідно), тривожності ( $t = 3,564$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,243$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), напруженості ( $t = 4,123$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,856$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), депресивності ( $t = 2,567$ ,  $p < 0,01$  та  $t = 4,513$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), емоційної лабільності ( $t = 4,678$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 4,612$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), уникненням вражень ( $t = 2,343$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 2,634$ ,  $p < 0,01$  відповідно) та уваги від оточуючих ( $t = 2,126$ ,  $p < 0,05$  та  $t = 2,412$ ,  $p < 0,025$  відповідно). Осіб I групи відрізняла від здорових менша реалістичність ( $t = 3,242$ ,  $p < 0,01$ ), а осіб II групи – більша самокритичність, ригідність, підпорядкованість та відсутність наполегливості ( $t = 3,118$ ,  $p < 0,01$ ;  $t = 3,276$ ,  $p < 0,01$ ;  $t = 2,678$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 2,154$ ,  $p < 0,05$  відповідно).

Також для розуміння впливу перебігу депресивного розладу на індивідуально-типологічні складові ПРП хворих на невротичні депресії досліджувалась психічна ригідність (табл. 4.2). В результаті аналізу показники психічної ригідності були розділені на рівні вираженості: від низького до дуже високого. Так, у більшості осіб I групи визначався помірний ( $53,85 \pm 7,17$ ) %, а в II групі – високий ( $51,28 \pm 9,42$ ) % рівень загального симпто-

мокомплексу ригідності, який відображав схильність до широкого спектру фіксованих форм поведінки у хворих з невротичними депресивними розладами.

Таблиця 4.2

**Вираженість психічної ригідності при невротичних депресивних розладах на різних етапах**

Найменування показників	Вираженість ригідності	Особи з невротичними депресіями (N = 91)		Особи без психічних розладів (N = 182)
		I група (N = 52)	II група (N = 39)	
		% ± m%		
Загальна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	9,61 ± 1,79	5,12 ± 1,31	40,48 ± 3,76
	помірний <sup>1,3</sup>	53,85 ± 7,17	12,82 ± 3,15	50,00 ± 4,26
	високий <sup>1,2,3</sup>	28,85 ± 4,77	51,28 ± 9,42	7,14 ± 0,83
	дуже високий <sup>1,2,3</sup>	11,54 ± 2,13	28,21 ± 6,29	2,38 ± 0,28
Актуальна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	5,76 ± 1,1	10,26 ± 2,56	52,38 ± 4,35
	помірний	34,62 ± 5,49	25,64 ± 5,82	38,10 ± 3,61
	високий <sup>2,3</sup>	40,38 ± 6,11	33,33 ± 7,16	8,33 ± 0,96
	дуже високий <sup>2,3</sup>	19,23 ± 3,39	30,77 ± 6,74	1,19 ± 0,14
Сенситивна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	13,46 ± 2,46	5,12 ± 1,31	36,90 ± 3,53
	помірний <sup>1,3</sup>	50,00 ± 6,93	15,38 ± 3,72	57,14 ± 4,51
	високий <sup>1,2,3</sup>	30,77 ± 5,02	58,97 ± 9,94	3,57 ± 0,42
	дуже високий <sup>1,3</sup>	5,76 ± 1,10	20,51 ± 4,81	2,38 ± 0,28
Настановна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	7,69 ± 1,45	5,12 ± 1,31	32,14 ± 3,19
	помірний <sup>1,3</sup>	59,62 ± 7,43	41,03 ± 8,29	60,71 ± 4,58
	високий <sup>1,2,3</sup>	19,23 ± 3,39	46,15 ± 8,91	3,57 ± 0,42
	дуже високий <sup>3</sup>	5,76 ± 1,10	17,95 ± 4,28	3,57 ± 0,42
Ригідність як стан	низький <sup>2,3</sup>	1,92 ± 0,37	0	54,76 ± 4,44
	помірний <sup>1,2</sup>	19,23 ± 3,39	38,46 ± 7,94	40,48 ± 3,76
	високий <sup>2,3</sup>	40,38 ± 6,11	46,15 ± 8,91	1,19 ± 0,14
	дуже високий <sup>2,3</sup>	25,00 ± 4,25	33,33 ± 7,16	3,57 ± 0,42
Преморбідна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	7,69 ± 1,45	10,26 ± 2,56	25,00 ± 2,61
	помірний <sup>3</sup>	46,15 ± 6,64	41,03 ± 8,29	55,95 ± 4,47
	високий <sup>1,2,3</sup>	32,69 ± 5,26	51,28 ± 9,42	17,86 ± 1,95
	дуже високий	5,76 ± 1,10	7,69 ± 1,94	1,19 ± 0,14

Примітка : Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.

Актуальна ригідність як нездатність при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку та мотиви була виражена переважно на високому та помірному рівні серед осіб I групи ( $40,38 \pm 6,11$  % та  $34,62 \pm 5,49$  % відповідно) та високому та дуже високому – у осіб II групи ( $33,33 \pm 7,16$  % та  $30,77 \pm 6,74$  % відповідно). Сенситивна ригідність, яка відображає почуття страху перед новим, була виражена у хворих I групи переважно на помірному та високому рівнях ( $50,00 \pm 6,93$  % та  $30,77 \pm 5,02$  % відповідно), у осіб II групи – на високому та дуже високому рівні ( $58,97 \pm 9,94$  % та  $20,51 \pm 4,81$  % відповідно). Особистісний рівень прояву ригідності був відображений у шкалі «настановна ригідність», яка відображала позицію/настанову на прийняття/неприйняття нового. Серед осіб I групи переважали хворі з помірним рівнем вираженості ( $59,62 \pm 7,43$  %), а серед осіб II групи – високий та помірний рівень ( $46,15 \pm 8,91$  % та  $41,03 \pm 8,29$  % відповідно). Схильність до ригідної поведінки під час стресу, хвороб або поганого настрою визначалась за шкалою «ригідність як стан». У  $40,38$  % осіб I групи визначався високий рівень, у  $25,00$  % - дуже високий та у  $19,23$  % – помірний рівень ригідності як стану. У  $46,15$  % осіб II групи був встановлений високий рівень,  $33,33$  % – дуже високий та у  $38,46$  % – помірний рівень ригідності як стану. За преморбідними ознаками ригідності у хворих I та II груп переважали помірний ( $46,16 \pm 6,64$  % та  $41,03 \pm 8,29$  % відповідно) та високий ( $32,69 \pm 5,26$  % та  $51,28 \pm 9,42$  % відповідно) рівні вираженості.

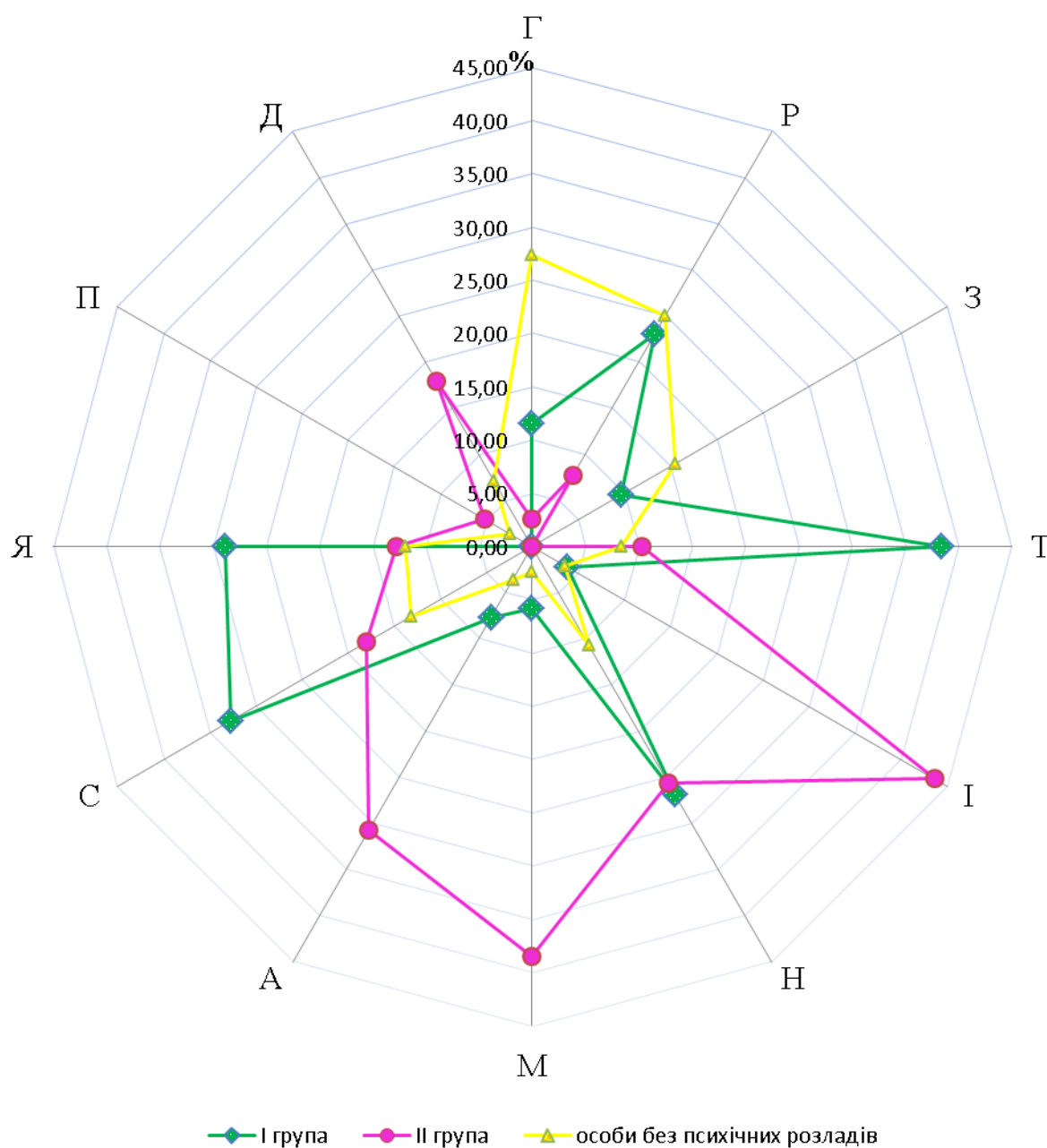
У осіб без психічних розладів загальний симптомокомплекс ригідності у половини випробуваних була помірного рівню та у  $40,48$  % осіб – низького рівню вираженості. У більшості здорових актуальна ригідність була низького рівню ( $52,38 \pm 4,35$  %), сенситивна, настановна та преморбідна ригідність – помірного рівню ( $57,14 \pm 4,51$  %;  $60,71 \pm 4,58$  % та  $55,95 \pm 4,47$  % відповідно) та ригідність як стан у  $54,76$  % осіб була низького рівню, а у  $40,48$  % осіб – помірного.

Статистичний аналіз за точним методом Фішера продемонстрував вірогідні розбіжності між хворими на невротичні депресивні розлади в залежності від перебігу хвороби, які полягали в переважанні помірному рівню загальної, сенситивної та настановної ригідності у осіб I групи ( $p < 0,0001$ , ДК=6,23, МІ=1,28;  $p < 0,0004$ , ДК=5,12, МІ=0,89 та  $p < 0,036$ , ДК=1,62, МІ=0,15 відповідно), у той час коли в II групі переважали високий та дуже високий рівні загального симптомокомплексу ригідності ( $p < 0,01$ , ДК=2,50, МІ=0,28 та  $p < 0,03$ , ДК=3,88, МІ=0,32 відповідно) та сенситивної ригідності ( $p < 0,004$ , ДК=2,83, МІ=0,40 та  $p < 0,03$ , ДК=5,51, МІ=0,41 відповідно), високий рівень настановної та преморбідної ригідності ( $p < 0,004$ , ДК=3,80, МІ=0,51 та  $p < 0,03$ , ДК=1,96, МІ=0,18 відповідно) та помірний рівень ригідності як реакція на стресові події ( $p < 0,024$ , ДК=3,01, МІ=0,29).

Були також отримані розбіжності між особами без психічних розладів та особами з невротичними депресіями, які полягали в переважанні низького (а для II групи ще і помірному) рівню загальної ( $p < 0,0001$ , ДК=6,24, МІ=0,96), сенситивної ( $p < 0,001$ , ДК=4,38, МІ=0,51), настановної ( $p < 0,0001$ , ДК=6,21, МІ=0,76), преморбідної ригідності ( $p < 0,006$ , ДК=5,12, МІ=0,44) та ригідності як стану ( $p < 0,0001$ , ДК=14,54, МІ=3,84) і низького рівню актуальної ригідності ( $p < 0,0001$ , ДК=9,58, МІ=2,23) серед осіб без психічних розладів, у той час коли серед осіб I та II груп було більше осіб з високим та дуже високим рівнями психічної ригідності ( $p < 0,01$ , ДК=6,85, МІ=0,31).

Вивчення провідного ставлення до захворювання у осіб з депресивними розладами невротичного генезу показало, що у осіб I групи переважав дифузний тип ставлення до хвороби, що полягав в поєднанні та переважанні тривожного ( $38,46 \pm 5,92$ ) %, сенситивного ( $32,69 \pm 5,26$ ) %, егоцентричного ( $28,85 \pm 4,77$ ) %, неврастенічного ( $26,92 \pm 4,51$ ) % та ергопатичного ( $23,08 \pm 3,97$ ) % типів ставлення до хвороби, і проявлялось в тривожному та пригніченому настрої, заклопотаності щодо несприятливого

враження, вимогами виняткової турботи та роздратованістю, а також в прагненні продовжувати роботу (рис. 4.6).



*Примітка: Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогнозичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолійний; А – апатичний; С – сенситивний; Я – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний.*

Рис. 4.6. Представленість типів ставлення до хвороби у осіб з депресивними розладами невротичної генези на різних етапах

У осіб II групи також був встановлений дифузний тип ставлення до хвороби, що виражався в переважанні іпохондричного ( $43,59 \pm 8,62$ ) %, меланхолійного ( $38,46 \pm 7,94$ ) %, апатичного ( $30,77 \pm 6,74$ ) % та неврастенічного ( $25,64 \pm 5,82$ ) % типів ставлення до хвороби, і проявлялось у зосередженості та фіксації на власних відчуттях, песимістичному та апатичному ставленні до лікування та дратівливості. У осіб без психічних розладів були встановлені переважно адаптивні форми реагування на хворобу: гармонійний ( $27,38 \pm 2,81$ ) %, ергопатичний ( $25,00 \pm 2,61$ ) % та анозогностичний ( $15,48 \pm 1,71$ ) %, що проявлялось у тверезій оцінці свого стану, активній позиції щодо лікування, прагненні продовжувати працювати та отримувати від життя все, не дивлячись на хворобу.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що осіб I групи відрізняв ергопатичний, тривожний та егоцентричний ( $p < 0,03$ , ДК=4,77, МІ=0,37;  $p < 0,001$ , ДК=5,74, МІ=0,81 та  $p < 0,03$ , ДК=3,52, МІ=0,28 відповідно) типи ставлення до хвороби, у той час коли особи II групи відрізнялись переважанням іпохондричного, меланхолійного, апатичного та дисфоричного типів ставлення до хвороби ( $p < 0,0001$ , ДК=10,54, МІ=2,10;  $p < 0,0001$ , ДК=8,24, МІ=1,35;  $p < 0,004$ , ДК=6,02, МІ=0,69 та  $p < 0,001$  відповідно).

При порівнянні осіб з невротичною депресією з особами без психічних розладів було доведено, що у здорових осіб переважали адаптивні реакції на хворобу: гармонійний (у співставленні з I та II групами) ( $p < 0,01$ , ДК=3,75, МІ=0,30 та  $p < 0,0004$ , ДК=10,29, МІ=1,28 відповідно), ергопатичний та анозогностичний типи (у співставленні з II групою) ( $p < 0,01$ , ДК=5,12, МІ=0,44 та  $p < 0,005$  відповідно), у той час коли у хворих на невротичні депресії в I групі переважали дезадаптивні інтрапсихічні (тривожний та неврастенічний ( $p < 0,0001$ , ДК=6,64, МІ=1,00 та  $p < 0,01$ , ДК=4,00, МІ=0,32 відповідно) та інтерпсихічні (сенситивний та егоцентричний ( $p < 0,004$ , ДК=3,97, МІ=0,39 та  $p < 0,009$ , ДК=3,84, МІ=0,33 відповідно) типи ставлення до хвороби, а в II групі – дезадаптивні інтрапсихічні типи став-

лення до хвороби: іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний ( $p < 0,0001$ , ДК=10,87, МІ=2,17;  $p < 0,025$ , ДК=3,79, МІ=0,28;  $p < 0,0001$ , ДК=12,08, МІ=2,18 та  $p < 0,0001$ , ДК=9,35, МІ=1,27 відповідно).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на особливості особистості, психічну пластичність та внутрішню картину хвороби осіб з депресивними розладами невротичного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.1.3. Ціннісно-мотиваційні складові психологічного реабілітаційного потенціалу респондентів з депресивними розладами невротичного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз результатів опитувальника Ш. Шварца показав, що у осіб I групи ієрархія цінностей представлена наступними цінностями в порядку зменшення важливості: досягнення ( $79,11 \pm 14,03$ ) %, безпека ( $58,55 \pm 12,31$ ) %, гедонізм ( $50,07 \pm 13,06$ ) %, доброта ( $45,13 \pm 11,87$ ) %, традиції ( $30,58 \pm 10,05$ ) % та конформність ( $25,53 \pm 8,76$ ) % (рис. 4.7). Тобто для осіб I групи важливими були особистий успіх, стабільність і безпека себе та близьких, отримання задоволення, потреба у позитивній взаємодії, дотримання традицій та уникання дій, що не відповідають соціальним очікуванням. У осіб II групи ієрархія цінностей визначалася наступними потребами: конформність ( $48,25 \pm 15,02$ ) %, традиції ( $37,66 \pm 13,56$ ) %, безпека ( $35,69 \pm 14,12$ ) %, досягнення ( $32,45 \pm 12,65$ ) % та доброта ( $32,21 \pm 13,99$ ) %. Тобто для осіб II групи важливим було, насамперед, стримування спонукань, що можуть викликати осуд в суспільстві, дотримання традицій, бажання безпечного існування, досягнення успіху, який відповідає соціальним стандартам та збереження благополуччя оточуючих. При цьому слід зазначити, що у осіб II групи спостерігалось загальне зниження мотиваційних цілей та взагалі власно цілі являлись скоріше «просоціальними», ніж особистісними.



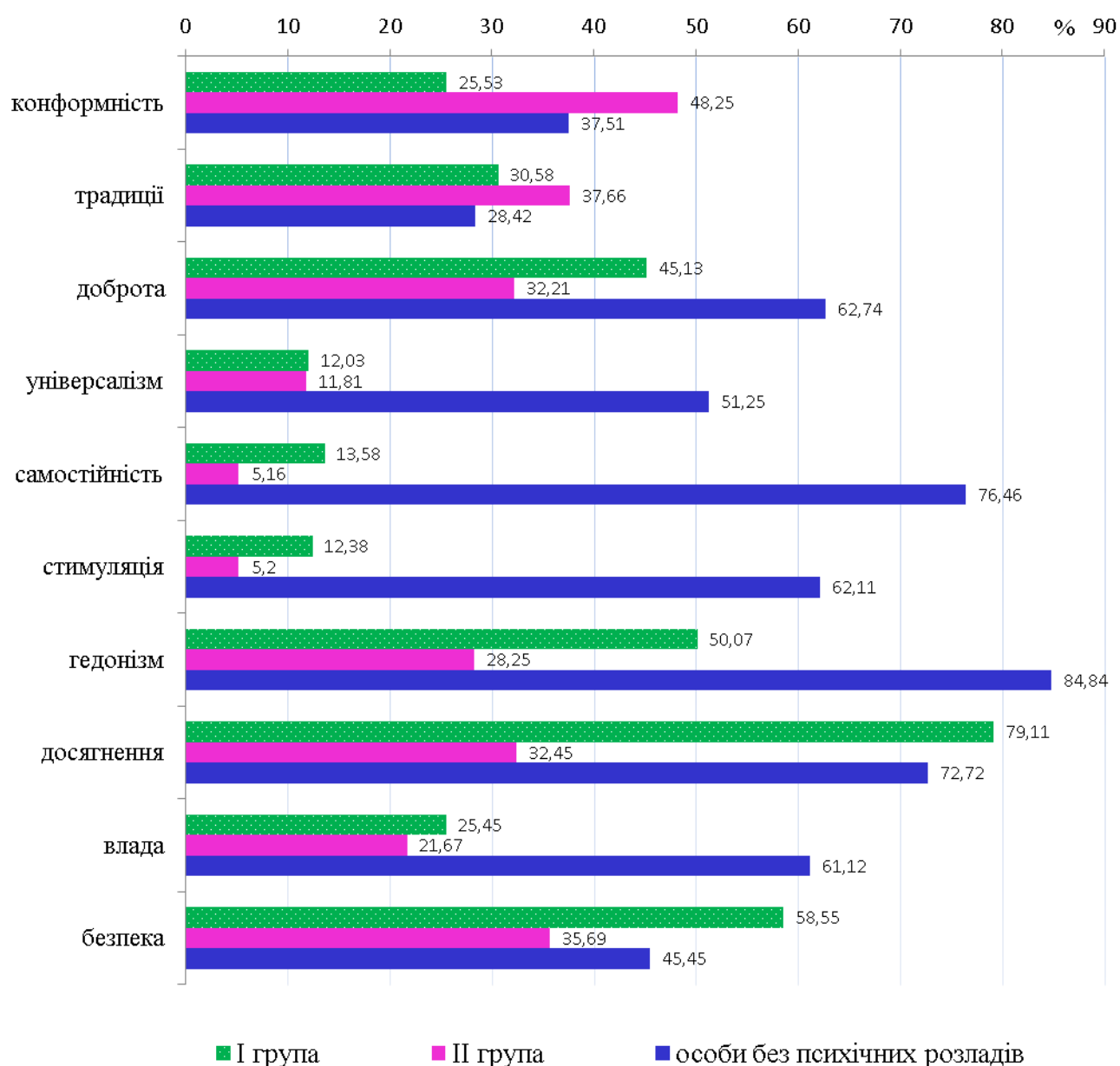


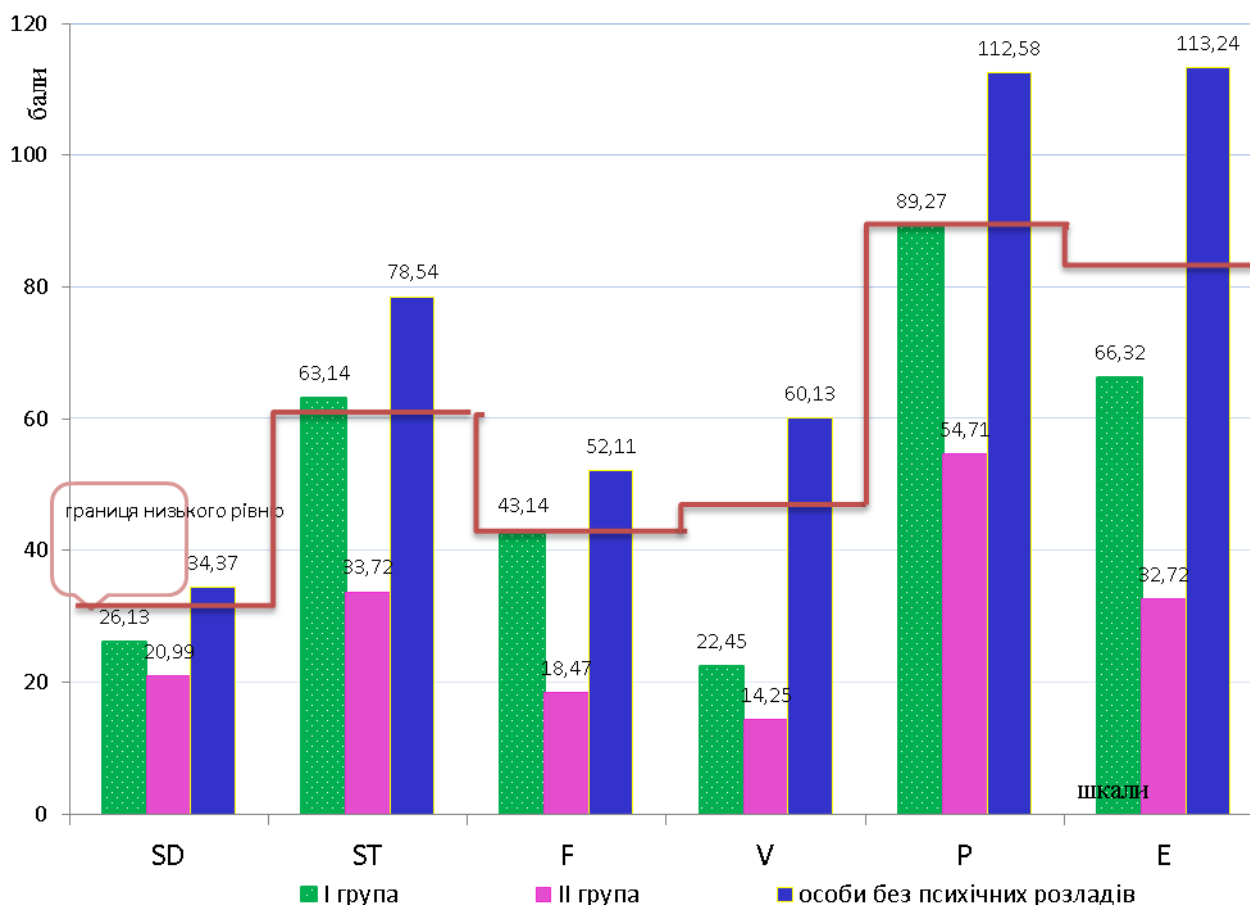
Рис. 4.7. Особливості ціннісно-мотиваційної сфери у осіб з депресивними розладами невротичної генези на різних етапах

У осіб без психічних розладів ієрархія цінностей представлена наступними цінностями в порядку зменшення важливості: гедонізм ( $84,84 \pm 16,34$ ) %, самостійність ( $76,46 \pm 14,93$ ) %, досягнення ( $72,72 \pm 13,97$ ) %, доброта ( $62,74 \pm 11,96$ ) %, стимуляція ( $62,11 \pm 11,92$ ) %, влада ( $61,12 \pm 11,03$ ) %, універсалізм ( $51,25 \pm 8,39$ ) %, безпека ( $45,45 \pm 7,81$ ) %, конформність ( $37,51 \pm 5,77$ ) % та традиції ( $28,42 \pm 5,07$ ) % (Див.Розд.3.3).

Були визначені вірогідні розбіжності, що полягали у переважанні серед осіб I групи потреби у підтримуванні доброзичливих стосунків ( $t = 2,154, p < 0,025$ ), досягнення задоволення, успіху та безпеки ( $t = 3,119, p < 0,001$ ;  $t = 4,581, p < 0,0001$  та  $t = 3,182, p < 0,001$  відповідно), у той час коли для осіб II групи було більш важливим дотримання дій, які схвалюються суспільством ( $t = 3,481, p < 0,0025$ ).

Статистичний аналіз результатів також дозволив визначити відмінності між особами без психічних розладів та хворими на невротичні депресивні розлади. Так, вираженість та цінність таких мотиваційних компонентів як доброта ( $t = 2,232, p < 0,05$  та  $t = 2,913, p < 0,025$  відповідно), універсалізм ( $t = 4,532, p < 0,001$  та  $t = 5,102, p < 0,001$  відповідно), самостійність ( $t = 6,193, p < 0,0001$  та  $t = 10,823, p < 0,0001$  відповідно), стимуляція ( $t = 3,681, p < 0,0001$  та  $t = 8,456, p < 0,0001$  відповідно), гедонізм ( $t = 3,798, p < 0,001$  та  $t = 4,812, p < 0,0001$  відповідно) та влада ( $t = 3,109, p < 0,025$  та  $t = 2,910, p < 0,001$  відповідно) значно перевищувала ці показники у здорових осіб в порівнянні з хворими I та II груп, що свідчить про збіднення ціннісно-сислової сфери та спустошення спонукальних мотивів при депресивних розладах невротичного генезу.

Також аналізувалися особливості екзистенціальної наповненості, осмисленості та задоволеності різними аспектами власного життя у осіб з невротичними депресіями. Так, у осіб I групи визначався середній рівень самодистанціювання ( $26,13 \pm 11,65$  балів), самотрансценденції ( $63,14 \pm 19,34$  балів), свободи ( $43,87 \pm 11,72$  балів) та персональності ( $89,27 \pm 23,76$  балів) та низький рівень відповідальності ( $22,45 \pm 10,45$  балів), екзистенційності ( $66,32 \pm 29,87$  балів) та загальної екзистенціальної наповненості ( $155,59 \pm 34,21$  балів) (рис. 4.8). Тобто особи I групи характеризувались наявністю внутрішнього простору та емоційній оцінці у сприйнятті ситуації, та здатністю формувати на цій основі судження, відкритістю, відсутністю відповідальної включеності в життя (обумовленою тривогою щодо наслідків), що позначалось на зниженні екзистенціальної наповненості.



*Примітка: SD – самодистанціювання; ST – самотрансценденція; F – свобода; V – відповідальність; P – персональність; E – екзистенційність; G – загальний показник екзистенціальної наповненості.*

Рис. 4.8. Особливості екзистенціальної наповненості у осіб з депресивними розладами невротичної генези на різних етапах

У осіб II групи усі показники екзистенціальної наповненості (ST, SD, F, V, P, E, G) набували низького рівню вираженості: 20,99; 33,72; 18,47; 14,25; 54,71; 32,72 та 87,43 балів відповідно, що характеризувало цю категорію осіб як осіб, які відчувають труднощі у рефлексії та емоційному сприйнятті ситуації, що позначалось на труднощах в прийнятті рішень, та характеризувались відсутністю відповідальності й персональної включеності в життя, обумовленою почуттям провини; блокуванням персональних здібностей, наявністю бездіяльності та екзистенціальної невиконаності.

У осіб без психічних розладів усі показники шкали екзистенціальної наповненості набували середніх значень: SD - 34,37, ST - 78,54, F - 50,11, V - 60,13, P - 112,58, E - 113,24 та G - 224,76 балів.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні розбіжності між особами, які полягали в переважанні показників самотрансценденції ( $t = 4,512$ ,  $p < 0,001$ ), свободи ( $t = 3,891$ ,  $p < 0,0025$ ), персональності ( $t = 3,512$ ,  $p < 0,01$ ), екзистенціальності ( $t = 3,891$ ,  $p < 0,001$ ) та екзистенціальної наповненості ( $t = 4,812$ ,  $p < 0,0001$ ) у осіб I групи, що свідчить про більш вагомі порушення ціннісно-сислової сфери у осіб з повторними депресивними розладами.

Були також встановлені вірогідні розбіжності між особами без психічних розладів та особами I групи, що полягали в переважанні здібності до самотрансценденції ( $t = 2,353$ ,  $p < 0,025$ ), готовності до відповідальності ( $t = 3,511$ ,  $p < 0,001$ ), персональності ( $t = 3,109$ ,  $p < 0,01$ ), екзистенційності ( $t = 5,871$ ,  $p < 0,001$ ) та загальної екзистенціальної наповненості ( $t = 3,812$ ,  $p < 0,005$ ) у здорових. Також були встановлені вірогідні розбіжності між II групою хворих та особами без психічних розладів, які полягали в вірогідному зниженні усіх показників екзистенціальної наповненості у осіб з повторними депресивними розладами невротичного генезу ( $p < 0,0001$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на особливості ціннісно-мотиваційної сфери та екзистенціальної наповненості осіб з депресивними розладами невротичного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.1.4. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій респондентів з депресивними порушеннями невротичного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз особливостей соціального функціонування в різних сферах у осіб з депресивними порушеннями

невротичного генезу дозволив визначити сфери найбільшої травматизації та незадоволеності у осіб обох груп (рис. 4.9).

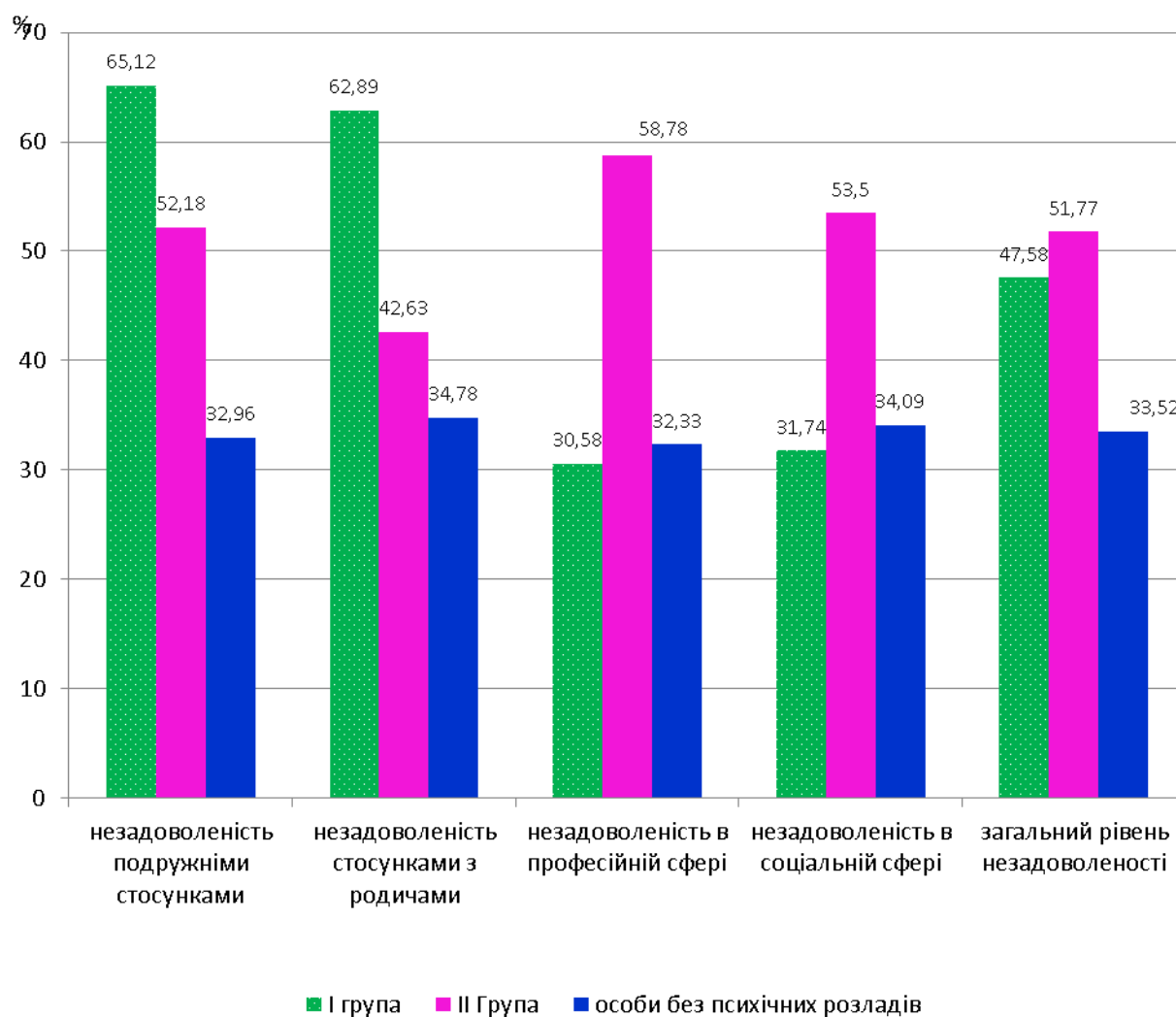


Рис. 4.9. Особливості соціального функціонування осіб з депресивними порушеннями невротичної генези на різних етапах

Так, було встановлено, що особи I групи були незадоволені, перш за все, стосунками з подружжям ( $65,12 \pm 11,54$ ) % та родичами ( $62,89 \pm 13,05$ ) %, а особи II групи відчували недостатню задоволеність професійною та соціальною сферами ( $(58,78 \pm 10,12)$  % та  $(53,50 \pm 9,87)$  % відповідно) та подружніми стосунками ( $52,18 \pm 10,47$ ) %. У осіб без психічних розладів рівень незадоволеності сферами соціального функціонування був нижче середнього: незадоволеність подружніми стосунками становила 32,96 %, а загальний рівень незадоволеності становив 33,52 %.

стосунками з родичами – 34,78 %, професійною діяльністю – 32,33 % та соціальною сферою – 34,09 %.

Встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні незадоволеності стосунками з подружжям та родичами у осіб I групи ( $t = 2,203$ ,  $p < 0,04$  та  $t = 3,117$ ,  $p < 0,01$  відповідно), у той час коли особи II групи були більш незадоволені професійною та соціальною сферами ( $t = 3,452$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 3,011$ ,  $p < 0,01$  відповідно). Статистичний аналіз результатів також продемонстрував, що загальний рівень незадоволеності соціальним функціонуванням був вищим у осіб з невротичними депресіями, ніж у здорових ( $t = 2,712$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 2,889$ ,  $p < 0,01$  відповідно): особи I групи відрізнялись від осіб без психічних розладів більшою незадоволеністю стосунками з подружжям та родичами ( $t = 3,891$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 3,118$ ,  $p < 0,01$  відповідно), а особи II групи – більшою незадоволеністю професійною і соціальною сферами та стосунками з подружжям ( $t = 3,466$ ,  $p < 0,001$ ;  $t = 2,215$ ,  $p < 0,034$  та  $t = 2,211$ ,  $p < 0,04$  відповідно).

Аналіз компонентів психологічного благополуччя показав, що, у 38,46 % осіб I групи був встановлений середній рівень життєвої задоволеності, у 30,77 % - середній та у 30,77 % - низький. У осіб II групи у 51,26 % осіб визначався середній, у 41,03 % - низький та у 7,69 % - високий рівень життєвої задоволеності (табл. 4.3).

У більшості осіб I групи був встановлений середній рівень інтересу до життя ( $46,15 \pm 6,64$ ) % та позитивної оцінки себе ( $51,92 \pm 7,06$ ) %, що свідчило про помірний інтерес до життя та задовільну самооцінку. У більшості осіб також визначався середній та низький рівень послідовності у досягненні цілей ( $44,23 \pm 6,48$  % та  $32,69 \pm 5,26$  % відповідно) та загально-го фону настрою ( $38,45 \pm 5,92$  % та  $32,69 \pm 5,26$  % відповідно), що відображає песимістичність, схильність займати пасивну життєву позицію при зіткненні з невдачами та відсутність рішучості.

Таблиця 4.3

**Особливості психологічного благополуччя у осіб з невротичними депресивними порушеннями на різних етапах (за результатами тесту «ІЖЗ»)**

Найменування показників	Рівень вираженості	Особи з невротичною депресією (N = 91)		Особи без психічних розладів N = 182	
		I група N = 52	II група N = 39		
		% ± m%			
Індекс життєвої задоволеності	високий <sup>1,3</sup>	30,77 ± 5,02	7,69 ± 1,94	32,14 ± 3,19	
	середній	38,46 ± 5,92	51,28 ± 9,42	47,62 ± 4,15	
	низький <sup>3</sup>	30,77 ± 5,02	41,03 ± 8,29	20,24 ± 2,18	
Інтерес до життя	високий <sup>1,3</sup>	32,69 ± 5,26	5,13 ± 1,31	38,10 ± 3,61	
	середній	46,15 ± 6,64	53,85 ± 9,63	45,24 ± 4,03	
	низький <sup>1,3</sup>	21,15 ± 3,68	41,03 ± 8,29	16,67 ± 1,83	
Послідовність у досягненні цілей	високий <sup>2</sup>	23,08 ± 3,97	25,64 ± 5,82	29,76 ± 3,01	
	середній <sup>1,3</sup>	44,23 ± 6,48	20,51 ± 4,81	46,43 ± 4,09	
	низький <sup>1,2,3</sup>	32,69 ± 5,26	53,85 ± 9,63	23,81 ± 2,50	
Узгодженість між цілями та досягненнями	високий <sup>2</sup>	9,62 ± 1,79	23,08 ± 5,33	34,52 ± 3,37	
	середній	38,46 ± 5,92	30,77 ± 6,74	40,48 ± 3,76	
	низький <sup>2,3</sup>	51,92 ± 7,06	51,28 ± 9,42	25,00 ± 2,61	
Позитивна оцінка себе	високий <sup>1</sup>	34,62 ± 5,49	12,82 ± 3,15	23,81 ± 2,50	
	середній	51,92 ± 7,06	51,28 ± 9,42	61,90 ± 4,60	
	низький <sup>1,3</sup>	13,46 ± 2,46	35,90 ± 7,56	14,29 ± 1,59	
Загальний фон настрою	високий <sup>1,3</sup>	28,85 ± 4,77	10,26 ± 2,56	36,90 ± 3,53	
	середній <sup>1</sup>	38,46 ± 5,92	58,97 ± 9,94	45,24 ± 4,03	
	низький <sup>2,3</sup>	32,69 ± 5,26	30,77 ± 6,74	17,86 ± 1,95	

*Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.*

У осіб II групи визначався переважно середній та низький рівні інтересу до життя ( $53,85 \pm 9,63$  % та  $41,03$  %  $\pm 8,29$  відповідно), позитивної оцінки себе ( $51,28 \pm 9,42$  % та  $35,90$  %  $\pm 7,56$  відповідно) та загального фону настрою ( $58,97 \pm 9,94$  % та  $30,77$  %  $\pm 6,74$  відповідно), а також переважання низького рівню послідовності та узгодженості цілей ( $53,85 \pm 9,63$  % та  $51,28$  %  $\pm 9,42$  відповідно). Тобто особи з повторними депресіями характеризувались песимістичним сприйняттям, зниженням інтересу до життя, пасивністю зниженням самооцінки та віри у власні сили щодо подолання проблем.

Проведений порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя, який дозволив визначити, що загальний індекс життєвої задоволеності був вищим у осіб I групи ( $p < 0,005$ , ДК = 6,02, МІ = 0,69), що проявлялось у більшій кількості осіб з високим рівнем інтересу до життя, позитивної оцінки себе та загального фону настрою ( $p < 0,0008$ , ДК = 8,04, МІ = 1,11;  $p < 0,01$ , ДК = 4,31, МІ = 0,47 та  $p < 0,025$ , ДК = 4,49, МІ = 0,42 відповідно) та середнім рівнем послідовності у досягненні цілей ( $p < 0,01$ , ДК = 3,34, МІ = 0,40), у той час коли особи II групи відрізнялись переважанням хворих з низьким рівнем інтересу до життя ( $p < 0,025$ , ДК = 2,88, МІ = 0,29), послідовності у досягненні цілей ( $p < 0,025$ , ДК = 2,17, МІ = 0,23), позитивної оцінки себе ( $p < 0,009$ , ДК = 4,26, МІ = 0,48) та середнім рівнем загального фону настрою ( $p < 0,03$ , ДК = 1,86, МІ = 0,19).

Були також отримані достовірні відмінності між особами з невротичними депресіями та особами без психічних розладів, які полягали переважанням низького рівню узгодженості між цілями та досягненнями та загального фону настрою серед осіб I групи ( $p < 0,0009$ , ДК = 3,17, МІ = 0,43 та  $p < 0,025$ , ДК = 2,63, МІ = 0,19 відповідно), що свідчило про наявність внутрішньособистісних конфліктів та зниженого фону настрою при первинних депресивних реакціях. Особи II групи відрізнялись від здорових переважанням осіб з низьким рівнем індексу життєвої задоволеності ( $p < 0,01$ , ДК = 3,07, МІ = 0,32), інтересом до життя ( $p < 0,003$ , ДК = 3,91, МІ = 0,48), послідовності та узгодженості цілей ( $p < 0,0029$ , ДК = 3,12, МІ = 0,41 та  $p < 0,0001$ , ДК = 3,54, МІ = 0,53 відповідно), позитивної оцінки себе ( $p < 0,005$ , ДК = 4,00, МІ = 0,43) та загального фону настрою ( $p < 0,05$ , ДК = 2,36, МІ = 0,15), що свідчило про зниження психологічного благополуччя осіб з повторними депресіями. Впевненість та рішучість у досягненні цілей ( $p < 0,003$ , ДК = 3,55, МІ = 0,46), а також задоволеність життям ( $p < 0,001$ , ДК = 6,21, МІ = 0,76), позитивний настрій ( $p < 0,001$ , ДК = 5,56, МІ = 0,74) та інтерес до життя ( $p < 0,0001$ , ДК = 8,71, МІ = 1,44) відрізняли здорових від осіб з повторними невротичними депресіями.



Для розуміння впливу перебігу хвороби на міжособистісні комунікації були проаналізовані стосунки у сім'ї, як найбільш референтної зони соціального оточення (рис. 4.10).

Аналіз стосунків між членами родини, які були характерні для осіб з депресивними порушеннями показав, що, у хворих I групи відзначався середній рівень згуртованості та експресивності ( $4,11 \pm 1,78$  та  $5,73 \pm 2,13$  стенів відповідно) та низький рівень конфліктності ( $1,87 \pm 1,12$  стенів), що вказувало на наявність відчуття приналежності до родини, можливості відкритого вираження позитивних почуттів, але неможливості прояву гніву та агресії. У осіб II групи був встановлений понижений рівень згуртованості ( $3,63 \pm 1,63$  стенів), середній рівень експресивності ( $4,02 \pm 2,01$  стенів) та низький рівень конфліктності ( $1,03 \pm 1,18$  стенів), що свідчило про недостатнє відчуття спільності в родині, уникнення конфліктів в родині та наявність можливості висловлювати позитивні почуття.

Аналіз можливостей та напрямків особистісного росту у межах сімейної системи продемонстрував, що особи I групи характеризувались підвищеними показниками орієнтації на досягнення ( $6,79 \pm 3,19$  стенів), середніми показниками інтелектуально-культурної орієнтації ( $4,18 \pm 2,31$  стенів) та морально-етичних аспектів ( $4,18 \pm 2,52$  стенів), а також зниженими показниками незалежності ( $2,11 \pm 1,92$  стенів) та орієнтації на активний відпочинок ( $3,16 \pm 1,44$  стенів). Тобто члени родини осіб з первинними депресивними порушеннями орієнтуються, перш за все, на досягнення у соціальній, культурній та політичних сферах, підтримують моральні та етичні норми, однак недостатньо спонукають своїх членів до активного відпочинку та самостійності у прийнятті рішень. В II групі визначався середній рівень орієнтації на досягнення та морально-етичні аспекти ( $5,02 \pm 3,19$  та  $6,76 \pm 3,22$  стенів відповідно), понижений рівень інтелектуально-культурної орієнтації та орієнтації на активний відпочинок ( $3,27 \pm 1,43$  та  $2,89 \pm 1,02$  стенів відповідно) та низький рівень незалежності ( $1,42 \pm 1,13$  стенів).

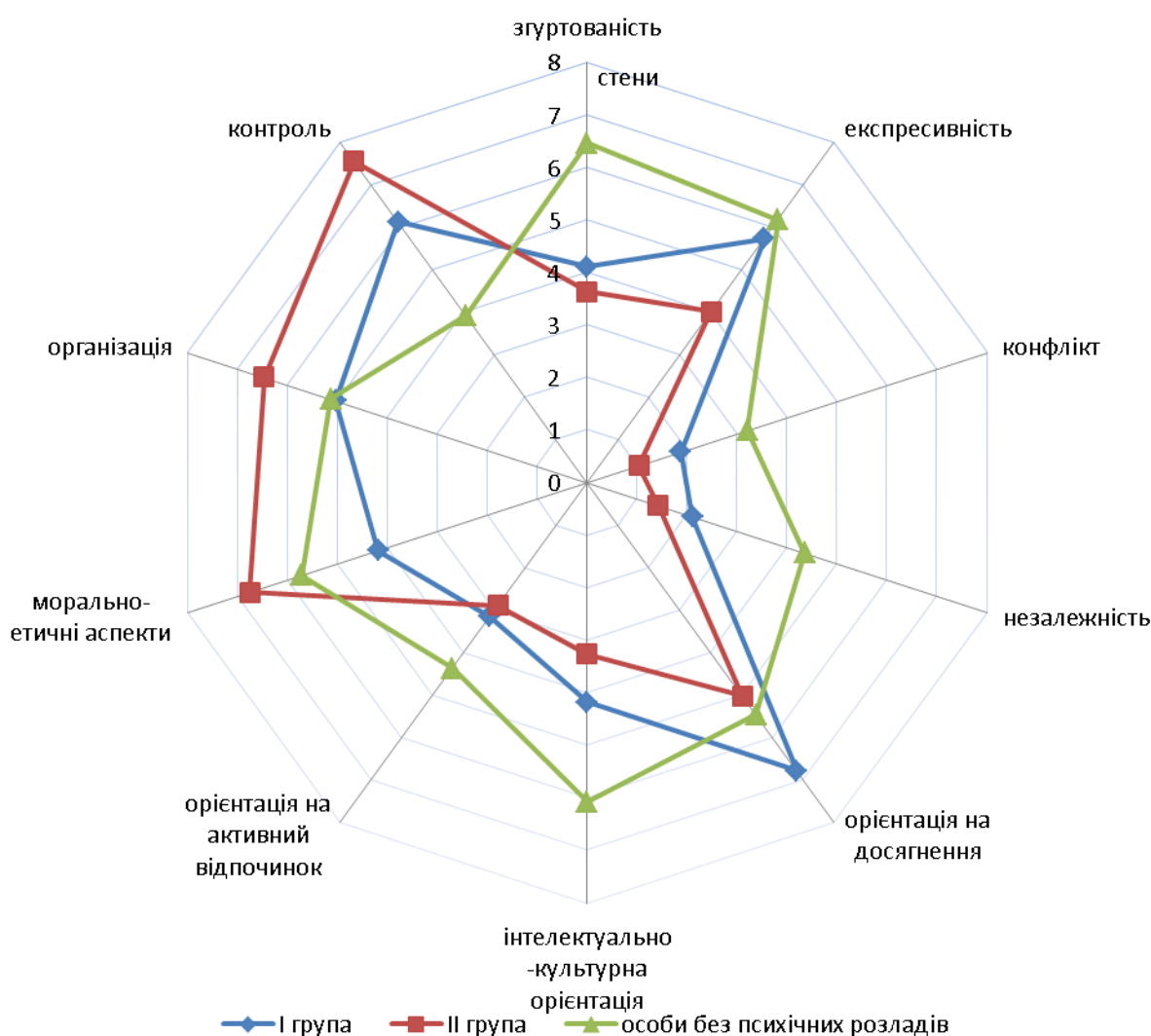


Рис. 4.10. Особливості сімейного оточення у осіб з депресивними порушеннями невротичної генези на різних етапах

Тобто родини осіб з повторними депресивними розладами невротичного генезу не спрямовані на особистісний ріст їх членів у межах сімейної системи: члени родини не схвалювали самостійність осіб, не спонукали їх до активного проведення дозвілля, участі у інтелектуальному, культурному та політичному житті родини, але були орієнтовані на підтримання морально-етичних нормативів та на досягнення успіху.

Аналіз особливостей управління сімейною системою дозволив визначити, що у осіб I та II груп визначався середній рівень організації (5,03

$\pm 2,22$  та  $6,47 \pm 2,81$  стенів відповідно) та підвищений рівень контролю ( $6,13 \pm 2,09$  та  $7,56 \pm 3,04$  стенів відповідно), що характеризувало сімейну систему осіб як структуровану, з високим ступенем ієрархічності сімейної організації, ригідності сімейних правил і контролю членами родини один одного.

У осіб без психічних розладів у більшості випадків спостерігалась переважання середнього та підвищеного рівню відчуття згуртованості та приналежності родині, можливості до спонтанного вираження емоцій та дій, можливості до відкритої конфронтації, заохочення до досягнень, незалежності, активного інтересу родини до культурних подій, соціального та політичного життя, сімейної поваги до етичних і моральних цінностей, організованості та контролю сімейної системи.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що показники експресивності та орієнтації на досягнення були вищими у осіб I групи ( $p < 0,032$ , ДК = 2,71, МІ = 0,23 та  $p < 0,041$ , ДК = 2,09, МІ = 0,16 відповідно), а морально-етичні аспекти, організація та контроль сімейної системи – більш виражені серед осіб II групи ( $p < 0,025$ , ДК = 4,21, МІ = 0,78;  $p < 0,041$ , ДК = 1,67, МІ = 0,13 та  $p < 0,047$ , ДК = 1,89, МІ = 0,21 відповідно). Тобто при первинних депресивних розладах сім'ї осіб заохочувались до досягнень та відкритих дій, у той час коли в родинях осіб з повторними депресивними розладами були виражені більш жорсткі границі сімейної системи та підтримання морально-етичних нормативів. Також було визначено, що хворі з невротичними депресіями в I та II групах відрізнялись від здорових відчуттям недостатньої близькості в родині ( $p < 0,01$ , ДК = 3,56, МІ = 0,56 та  $p < 0,025$ , ДК = 3,12, МІ = 0,69 відповідно), відсутності незалежності у рішеннях та діях ( $p < 0,01$ , ДК = 3,55, МІ = 0,92 та  $p < 0,01$ , ДК = 2,66, МІ = 0,46 відповідно), наявності заблокованих негативних емоцій по відношенню до членів родини ( $p < 0,03$ , ДК = 2,11, МІ = 0,13 та  $p < 0,001$ , ДК = 4,15, МІ = 0,96 відповідно), зниження орієнтації до особистісного росту в інтелектуально-культурному ( $p < 0,03$ , ДК = 1,67, МІ = 0,15 та

$p < 0,001$ , ДК = 2,44, МІ = 0,33 відповідно) та дозвільному ( $p < 0,03$ , ДК = 2,19, МІ = 0,14 та  $p < 0,04$ , ДК = 1,39, МІ = 0,09 відповідно) аспектах та більш ригідних сімейних правилах та контролю ( $p < 0,001$ , ДК = 3,45, МІ = 0,87 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,81, МІ = 1,16 відповідно).

Недостатня експресивність вираженні почуттів в родині, висока структурованість сімейної системи та орієнтація на підтримання морально-етичних нормативів відрізняла осіб з повторними депресивними розладами від осіб без психічних розладів ( $p < 0,001$ , ДК = 3,45, МІ = 0,54;  $p < 0,025$ , ДК = 2,11, МІ = 0,17 та  $p < 0,03$ , ДК = 1,56, МІ = 0,11 відповідно), а більш виражена орієнтація сімейної системи на досягнення переважала серед осіб з первинними депресивними порушеннями у порівнянні зі здоровими ( $p < 0,01$ , ДК = 1,78, МІ = 0,12).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на соціальне функціонування та міжособистісні стосунки осіб з депресивними розладами невротичного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

## **4.2. Пускові та підтримуючі механізми порушення процесу адаптації та компенсації особистості при органічних депресіях**

4.2.1. Адаптаційні можливості та психологічні ресурси респондентів з депресивними розладами органічного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз компонентів життестійкості у осіб з депресивними порушеннями органічного генезу показав, що у I групі у 69,44 % хворих відзначався середній, у 13,89 % – низький та у 16,67 % – високий рівень залученості (рис. 4.11).

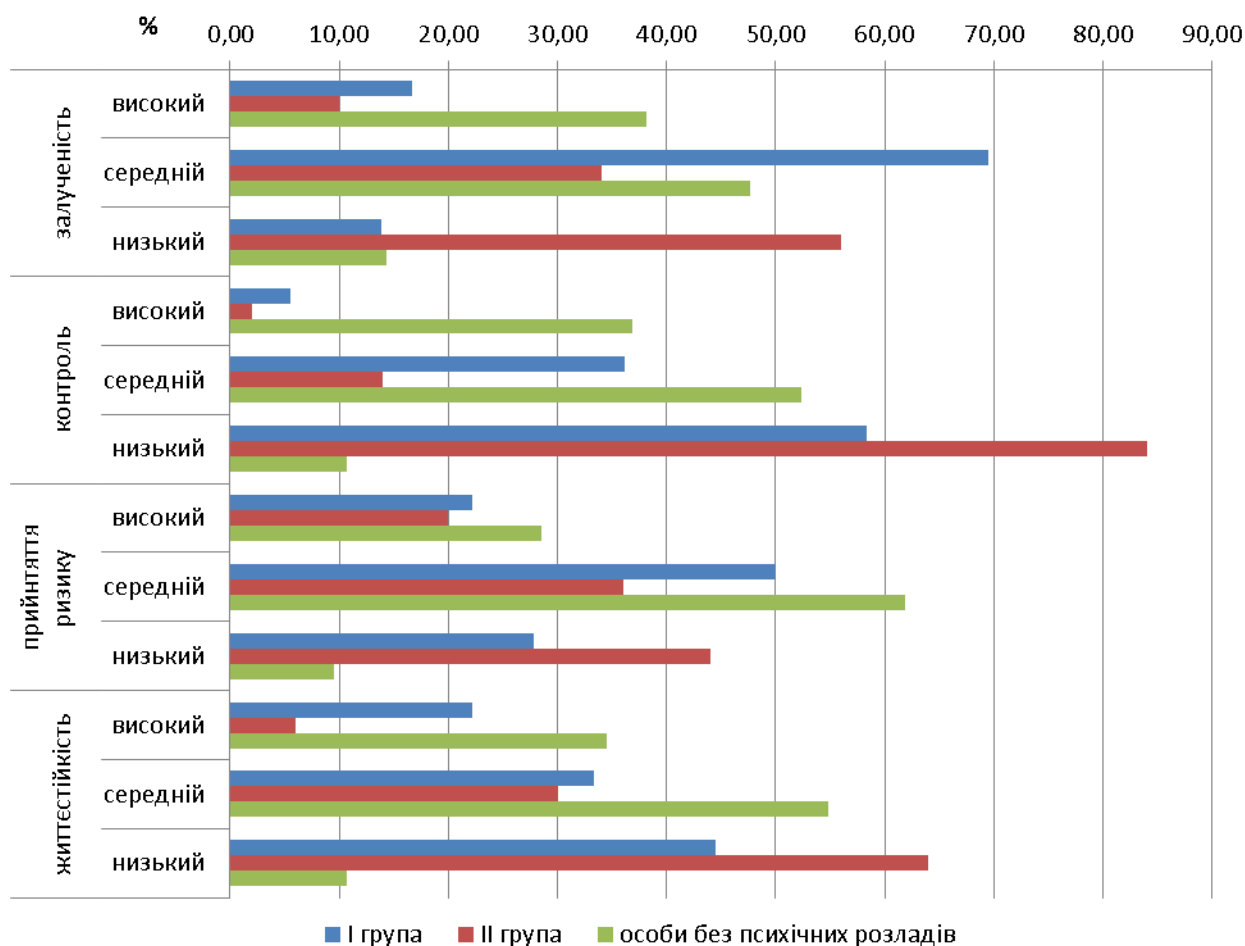


Рис. 4.11. Вираженість складових життєстійкості у осіб з депресивними порушеннями органічної генези на різних етапах

У II групі показник залученості був переважно низького рівню ( $56,00 \pm 7,58$ ) %. Також було встановлено, що у більшості осіб I групи ( $58,33 \pm 10,76$ ) % та II групи ( $84,00 \pm 6,86$ ) % був встановлений низький рівень контролю.

Показник прийняття ризику був у половини осіб I групи – середнім, у 27,78 % – низьким та у 22,22 % – високим, а в II групі переважали особи з низьким та середнім рівнем прийняття контролю ( $44,00 \pm 6,72$  % та  $36,00 \pm 5,88$  % відповідно).

Аналіз окремих компонентів дозволив визначити загальний рівень життєстійкості осіб з органічними депресивними розладами: у осіб I групи в 22,22 % випадків був встановлений високий рівень, у 33,33 % – середній

та у 44,44 % – низький рівень життєстійкості. У хворих II групи – переважав низький рівень ( $64,00 \pm 7,84$ ) %.

Був проведений статистичний аналіз отриманих даних, який продемонстрував, що серед осіб I групи спостерігалось вірогідне переважання осіб з середнім рівнем залученості та контролю ( $p < 0,0009$ , ДК = 3,10, МІ = 0,55 та  $p < 0,01$ , ДК = 4,12, МІ = 0,45 відповідно), у той час коли у хворих II групи відмічалась переважна кількість осіб з низьким рівнем залученості і контролю ( $p < 0,0001$ , ДК = 6,06, МІ = 1,27 та  $p < 0,006$ , ДК = 1,58, МІ = 0,20 відповідно).

Також було визначено, що у хворих I групи було більше осіб з високим ( $p < 0,024$ , ДК = 5,69, МІ = 0,46), а в II групі – з низьким ( $p < 0,035$ , ДК = 1,58, МІ = 0,15) рівнем життєстійкості. Тобто можна стверджувати, що особи з повторними депресивними епізодами були менш залучені в життя та відчували невпевненість щодо подолання хвороби.

Також були визначені вірогідні розбіжності між особами I групи та особами без психічних розладів, які полягали в переважанні високого та середнього рівнів залученості ( $p < 0,01$ , ДК = 3,59, МІ = 0,38 та  $p < 0,01$ , ДК = 1,64, МІ = 0,18 відповідно) і контролю ( $p < 0,0001$ , ДК = 8,22, МІ = 1,29 та  $p < 0,042$ , ДК = 1,62, МІ = 0,13 відповідно) та середнього рівню життєстійкості ( $p < 0,01$ , ДК = 2,16, МІ = 0,23) серед здорових, у той час коли у осіб з первинними депресивними розладами органічного генезу було більше осіб з низьким рівнем контролю, прийняття ризику та життєстійкості ( $p < 0,0001$ , ДК = 7,36, МІ = 1,75;  $p < 0,01$ , ДК = 4,65, МІ = 0,42 та  $p < 0,0001$ , ДК = 6,18, МІ = 1,04 відповідно). Тобто особи з первинними депресивними епізодами відчували більшу невпевненість у власних силах щодо подолання хвороби, не оцінювали те, що відбувається, як досвід, що позначалося на зниженні життєстійкості.

Особи з повторними депресивними епізодами відрізнялись від осіб без психічних розладів переважанням низького рівню залученості, контролю, прийняття ризику та життєстійкості ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,93, МІ = 1,24;  $p < 0,0001$ , ДК = 8,94, МІ = 3,28;  $p < 0,0001$ , ДК = 6,65, МІ = 1,15 та  $p < 0,0001$ , ДК = 7,76, МІ = 2,07 відповідно), у той час коли серед здорових було більше осіб з високим та середнім рівнями залученості ( $p < 0,0002$ , ДК = 5,81, МІ = 0,82 та  $p < 0,044$ , ДК = 1,46, МІ = 0,10 відповідно), контролю ( $p < 0,0001$ , ДК = 12,66, МІ = 2,21 та  $p < 0,0001$ , ДК = 5,73, МІ = 1,10 відповідно), життєстійкості ( $p < 0,0001$ , ДК = 7,60, МІ = 1,08 та  $p < 0,002$ , ДК = 2,61, МІ = 0,32 відповідно) та середнім рівнем прийняття ризику ( $p < 0,0021$ , ДК = 2,35, МІ = 0,30).

Отже, при повторних депресивних розладах рівень життєстійкості та його складових компонентів вірогідно знижується, що може являтися вагомою складовою мішеней для психотерапевтичного втручання з метою підвищення життєстійкості та ПРП осіб з повторними органічними депресіями.

Аналіз методики Хейма дозволив виділити провідні копінг-стратегії, що були притаманні хворим на депресивні розлади органічного генезу. Усі копінг-стратегії були розділені на три групи: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні та аналізувалися відповідно до перебігу хвороби.

Так, було встановлено, що в I групі 28,70 % осіб схильні були використовувати адаптивні, 42,59 % – відносно адаптивні та 28,70 % – неадаптивні копінг-стратегії.

Особи II групи в 4,00 % випадків схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, в 37,33 % випадків – відносно адаптивні та у 58,67 % випадків – неадаптивні копінг-стратегії (рис. 4.12).

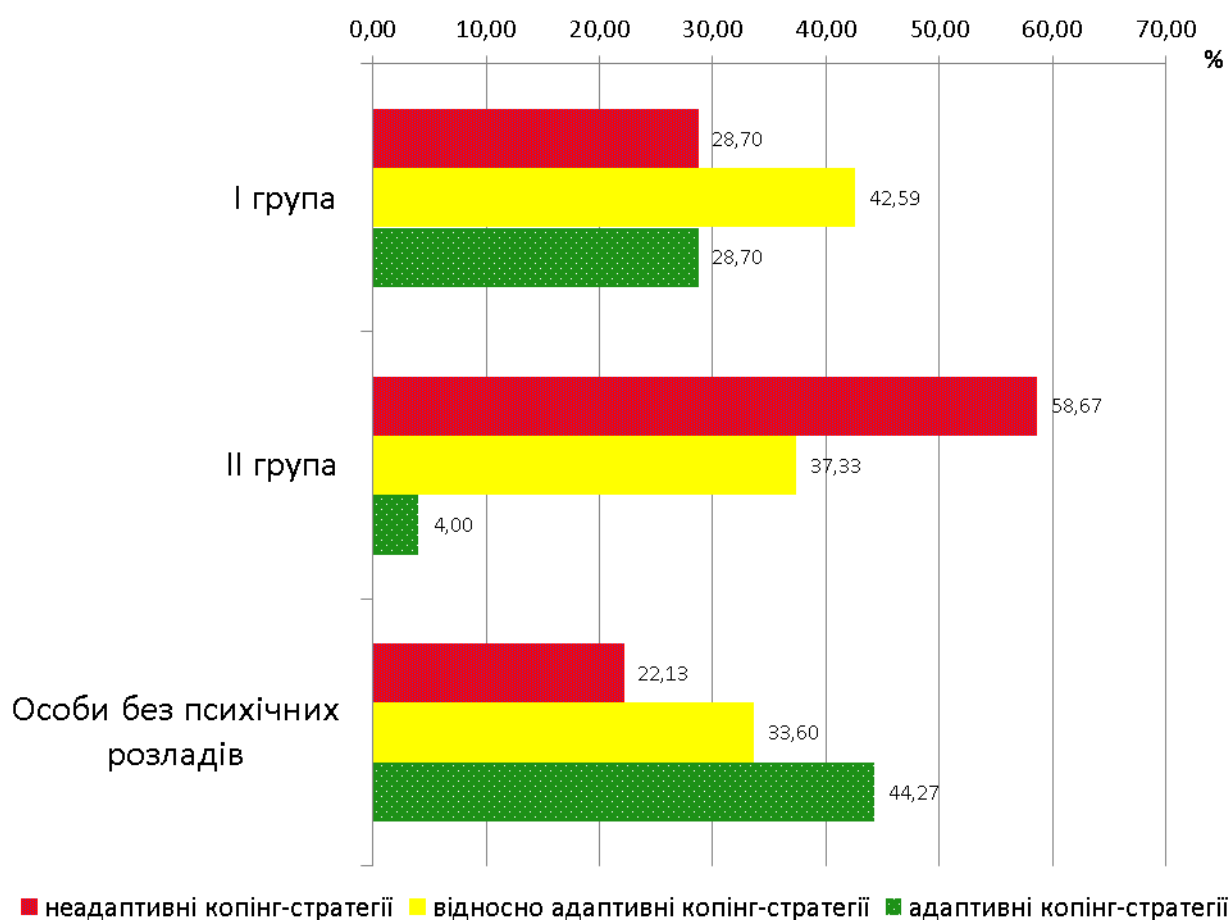


Рис. 4.12. Провідні копінг-стратегії у осіб з депресивними розладами органічної генези на різних етапах

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що у осіб I групи було більше осіб з адаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,56, МІ = 1,06), а в II групі – з неадаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,56, МІ = 1,06), що вказує на те, що при повторних депресивних епізодах знижуються показники адаптивності актуальних копінг-стратегій. Також було визначено, що особи без психічних розладів відрізнялись від осіб I и II груп тим, що у більшій мірі схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,001$ , ДК = 1,88, МІ = 0,15 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,44, МІ = 2,10 відповідно), у той час коли хворі I та II груп – неадаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,043$ , ДК = 1,13, МІ = 0,04 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,23, МІ = 0,77 відповідно), а особи I групи відрізнялись від осіб без



психічної патології більшою кількістю осіб, які використовували відносно адаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,025$ , ДК = 1,03, МІ = 0,05).

В подальшому проводився більш детальний аналіз копінг-стратегій в залежності від когнітивного, емоційного та поведінкового аспекту. Так, було встановлено, що серед когнітивних копінгів у осіб з органічними депресіями в I групі найбільш вираженими була «збереження самовладання» ( $13,89 \pm 3,86$ ) %, «проблемний аналіз» ( $13,89 \pm 3,86$ ) % та «відносність» ( $13,89 \pm 3,86$ ) %, а у хворих II групи – «релігійність», «смирнення» та «відносність» ( $36,00 \pm 5,88$  %,  $30,00 \pm 5,12$  % та  $30,00 \pm 5,12$  % відповідно), що проявлялось у пасивних формах поведінки з відказом від подолання труднощів (рис. 4.13). Серед емоційних копінг-стратегій особи I групи схильні були використовувати «пасивну кооперацію» ( $33,33 \pm 7,78$ ) %, «придушення емоцій» ( $16,67 \pm 4,35$ ) %, «емоційну розрядку» ( $13,89 \pm 3,86$ ) % та «протест» ( $13,89 \pm 3,86$ ) %, у той час коли у осіб II групи найбільш були виражені «покірність» ( $32,00 \pm 5,39$ ) % та «придушення емоцій» ( $32,00 \pm 5,39$ ) %. Серед поведінкових копінг-стратегій в I групі переважали «компенсація» ( $33,33 \pm 7,78$ ) % та «активне уникнення» ( $22,22 \pm 5,60$ ) %, а також використовувались «відволікання» ( $11,11 \pm 2,99$ ) %, «альтруїзм» ( $11,11 \pm 2,99$ ) % та «конструктивна активність» ( $11,11 \pm 2,99$ ) %. У хворих II групи найбільш використовувались такі поведінкові копінги як «активне уникнення» ( $32,00 \pm 5,39$ ) %, «відступ» ( $30,00 \pm 5,12$ ) % та «компенсація» ( $20,00 \pm 3,65$ ) %. Тобто особи з первинними депресивними розладами при зіткненні зі складною ситуацією схильні були підвищувати самоконтроль, аналізувати та оцінювати відносність труднощів у порівнянні з іншими, намагались передати відповідальність іншим особам, виражали емоційне незадоволення або, навпаки, стримували його, а також намагались уникнути труднощів завдяки компенсації або переключення уваги на інші справи.

У осіб з повторними депресивними розладами поведінка була спрямована на прихильність до віри при зіткненні зі складними проблемами, оцінку їх відносності та відмову від їх подолання і характеризувалась при-

гніченим емоційним станом, покорою обставинам, прагненням відійти від активних інтерперсональних контактів.

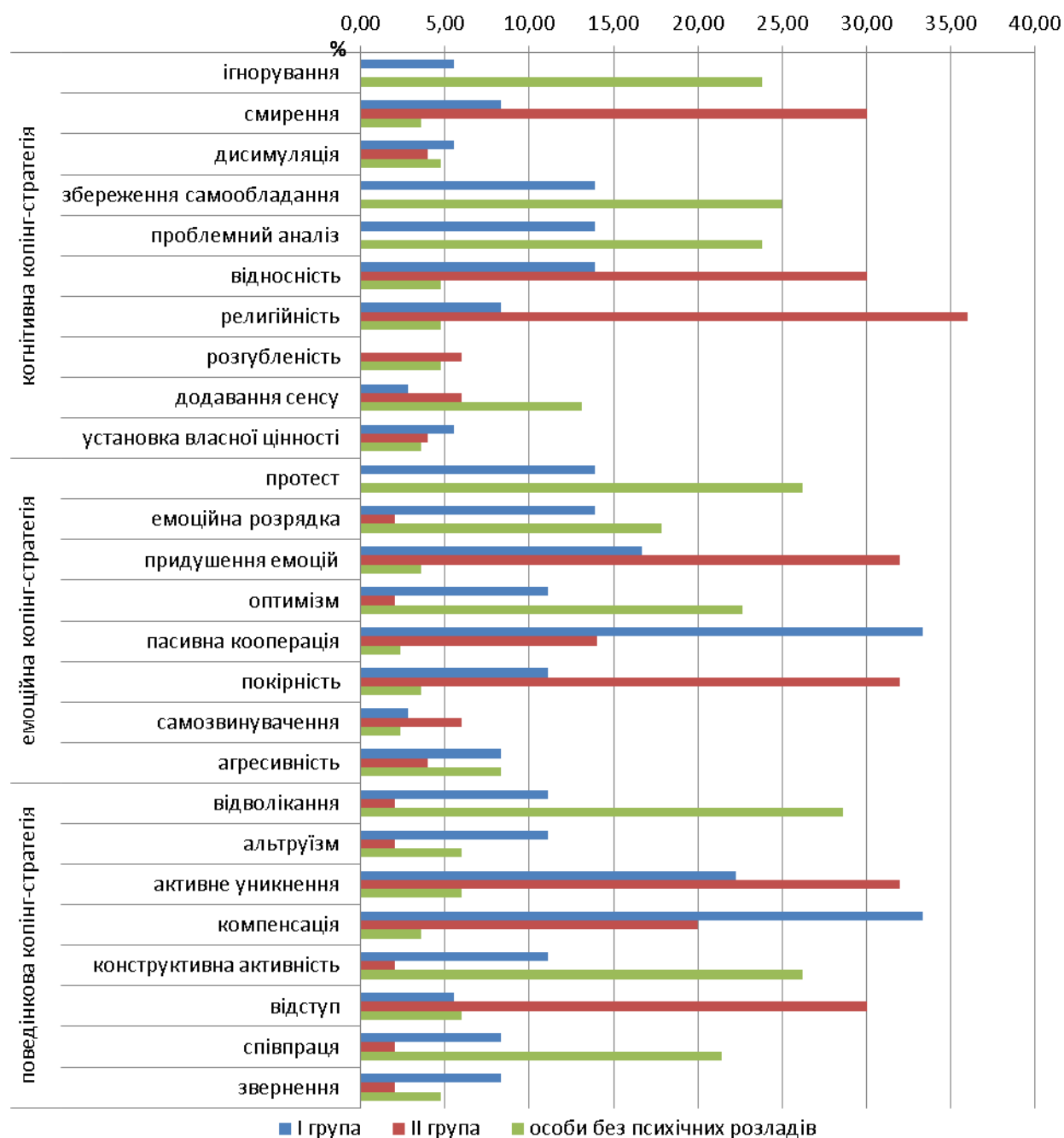


Рис. 4.13. Особливості копінг-стратегії у осіб з органічними депресивними розладами на різних етапах

Були встановлені вірогідні розбіжності між особами з депресивними розладами органічного генезу в залежності від перебігу хвороби, що полягали в переважанні збереження самовладання ( $p \leq 0,01$ ), проблемного ана-

лізу ( $p \leq 0,01$ ), протесту ( $p \leq 0,01$ ), емоційної розрядки ( $p \leq 0,04$ , ДК = 8,42, МІ = 0,50) та пасивної кооперації ( $p \leq 0,022$ , ДК = 3,77, МІ = 0,36) у осіб I групи, у той час коли для респондентів II групи було більш характерним використовувати стратегії смирення ( $p \leq 0,01$ , ДК = 5,56, МІ = 0,60), відносність ( $p \leq 0,046$ , ДК = 3,34, МІ = 0,27), звернення до релігії ( $p \leq 0,0022$ , ДК = 6,35, МІ = 0,88), покірність ( $p \leq 0,01$ , ДК = 4,59, МІ = 0,48) та відступ ( $p \leq 0,003$ , ДК = 7,32, МІ = 0,90). Тобто при первинних депресивних епізодах особи схильні були зберігати самоконтроль, аналізувати ситуацію, намагалися делегувати відповідальність іншим та активно виражали власні негативні почуття, у той час при повторних депресивних епізодах копінг-стратегії змінюються: хворі стають більш пасивними та намагаються підкоритися долі, звертаючись до релігії.

Також було визначено, що осіб з органічними депресіями I и II груп відрізняла від здорових більша актуалізація таких копінг-стратегій як «придушення емоцій» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 6,69, МІ = 0,44 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,52, МІ = 1,35 відповідно), «активне уникнення» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 5,72, МІ = 0,47 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,30, МІ = 0,95 відповідно), «пасивна кооперація» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,46, МІ = 1,17 та  $p \leq 0,01$ , ДК = 7,69, МІ = 0,45 відповідно) та «компенсація» ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,70, МІ = 1,44 та  $p \leq 0,0024$ , ДК = 7,48, МІ = 0,61 відповідно), у той час коли особи без психічних розладів відрізнялись від осіб I та II групи при зіткненні зі складною ситуацією актуалізацією копінгів «відволікання» ( $p \leq 0,021$ , ДК = 4,10, МІ = 0,36 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,55, МІ = 1,53 відповідно), «конструктивна активність» ( $p \leq 0,036$ , ДК = 3,72, МІ = 0,28 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,17, МІ = 1,35 відповідно), «співпраця» ( $p \leq 0,048$ , ДК = 4,10, МІ = 0,27 та  $p \leq 0,0008$ , ДК = 10,30, МІ = 1,00 відповідно) та «ігнорування» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 6,32, МІ = 0,58 та  $p \leq 0,0001$  відповідно). При цьому слід зазначити, що особи II групи також відрізнялись від осіб без психічних розладів біль-

шою вираженістю смирення ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,24, МІ = 1,22), відносністю ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,99, МІ = 1,01), релігійністю ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,79, МІ = 1,37), покірністю ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,52, МІ = 1,35) та відступом ( $p \leq 0,0021$ , ДК = 7,02, МІ = 0,84), а здорові – більшою актуалізацією копінгів «оптимізм», «протест», «емоційна розрядка», «проблемний аналіз» та «збереження самовладання» ( $p \leq 0,0005$ , ДК = 10,53, МІ = 1,09;  $p \leq 0,0001$ ;  $p \leq 0,003$ , ДК = 9,51, МІ = 0,75;  $p \leq 0,0001$  та  $p \leq 0,0001$  відповідно). Отримані дані слід враховувати при визначенні мішеней психотерапевтичного втручання як для первинних осіб з органічними депресивними розладами, так і для осіб з рецидивуючим перебігом хвороби.

Визначення адаптаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями органічного генезу відображені на рисунку 4.14. Було встановлено, що у осіб I групи відзначався середній рівень нервово-психічної стійкості та моральної нормативності ( $16,47 \pm 8,23$  та  $5,11 \pm 2,19$  балів відповідно) та високий рівень комунікативного адаптаційного потенціалу ( $5,45 \pm 1,87$  та  $11,67 \pm 4,72$  балів відповідно), що характеризувало осіб з первинними депресивними розладами як осіб з розвинутою здатністю встановлювати контакти з оточуючими, адекватно оцінювати власну роль в колективі, дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки та адекватною самооцінкою, що позитивно впливало на загальний рівень адаптаційного потенціалу. У осіб II групи були встановлені переважно низькі показники поведінкової регуляції ( $35,18 \pm 14,02$  балів), високий рівень моральної нормативності ( $2,13 \pm 1,09$  балів) та середній рівень комунікативного та адаптаційного потенціалу ( $11,81 \pm 3,16$  та  $22,16 \pm 8,93$  балів відповідно), що свідчило про низький рівень нервово-психічної стійкості, емоційну лабільність та неадекватність самооцінки у осіб з повторними депресивними розладами, схильність дотримуватися загальних соціальних норм та вказу-

вало на здатність встановлювати й підтримувати соціальні контакти з соціумом.

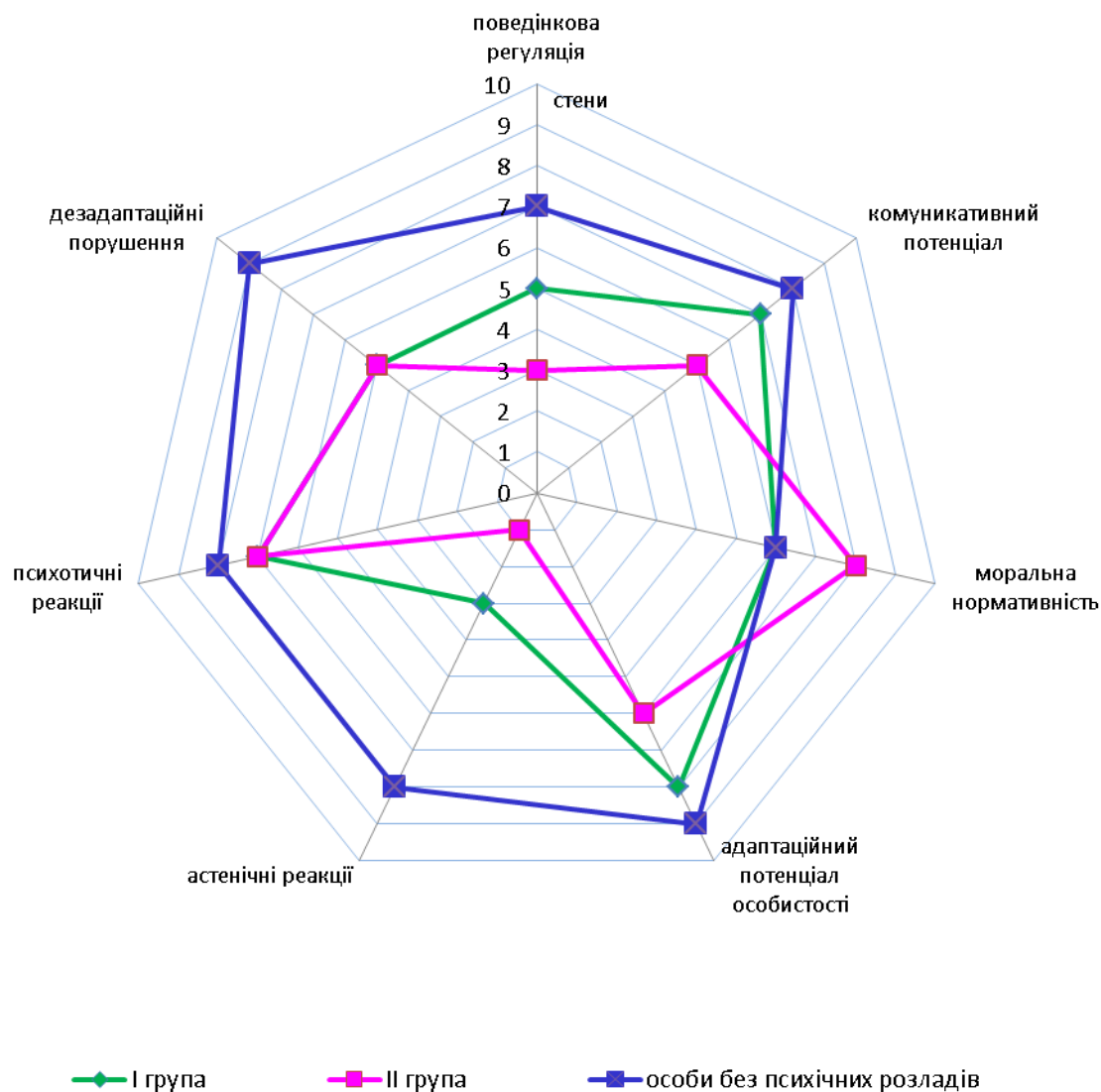


Рис. 4.14. Особливості адаптаційного потенціалу осіб з органічними депресивними розладами на різних етапах

Аналіз дезадаптаційних порушень показав, що у хворих I та II груп був встановлений низький рівень астеничних реакцій ( $22,74 \pm 11,54$  та  $40,12 \pm 18,34$  балів відповідно), що проявлялось в високому рівні ситуаційної тривоги, іпохондризації, розладах сну, низької толерантності до несприят-

ливих факторів професійної діяльності, а також у емоційній лабільності та пригніченому настрої.

Рівень психотичних реакцій у I та II групах відповідав високому рівню ( $4,51 \pm 2,11$  та  $4,82 \pm 1,78$  балів відповідно), що виражалось в наявності нервово-психічного напруження та підвищеної конфліктності.

Загальний рівень дезадаптаційних порушень у осіб I та II груп були середнього рівню ( $21,05 \pm 12,45$  та  $29,47 \pm 15,07$  балів відповідно).

В результаті проведення статистичного аналізу було визначено, що особи I групи відрізнялись від II групи більш високими адаптаційним потенціалом та поведінковою регуляцією ( $t = 2,612, p < 0,025$  та  $t = 2,165, p < 0,05$  відповідно), у той час коли у хворих II групи були більш виражені астеничні реакції ( $t = 2,312, p < 0,025$ ).

Також було встановлено, що особи I групи відрізнялись від здорових вираженими астеничними реакціями та загальними дезадаптаційними порушеннями ( $t = 2,512, p < 0,025$  та  $t = 2,987, p < 0,01$  відповідно), а особи II групи - вираженою нервово-психічною нестійкістю ( $t = 3,612, p < 0,001$ ), зниженням адаптаційного потенціалу ( $t = 2,455, p < 0,025$ ), вираженими астеничними реакціями ( $t = 4,102, p < 0,0001$ ) та загальними дезадаптаційними порушеннями ( $t = 3,281, p < 0,001$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на адаптаційні можливості, адекватність копінг-стратегій та життестійкість осіб з депресивними розладами органічного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.2.2. Індивідуально-типологічні складові психологічного реабілітаційного потенціалу при органічних депресіях на ініціальному та хронічному етапі. В результаті аналізу особистісних характеристик були виділені

первинні фактори, які характеризують осіб з органічними депресивними розладами (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

**Вираженість характерологічних рис у осіб з органічними депресивними розладами на різних етапах**

Найменування показників		Особи з органічними депресіями (N = 86)		Особи без психічних розладів (N = 182)
		I група (N = 36)	II група (N = 50)	
		M ± σ		2
I фактор Екстраверсія-інтроверсія	Активність <sup>1,3</sup>	10,08 ± 5,78	5,88 ± 2,45	10,65 ± 4,12
	Домінування	8,32 ± 4,61	8,36 ± 4,33	9,75 ± 2,15
	Товариськість <sup>1</sup>	10,74 ± 5,22	7,32 ± 3,12	10,13 ± 3,65
	Пошук вражень	9,12 ± 3,12	6,84 ± 2,78	9,62 ± 4,81
	Пошук уваги <sup>3</sup>	8,56 ± 2,89	6,96 ± 4,19	10,65 ± 2,13
II фактор Прихильність-відособленість	Теплота <sup>1</sup>	12,91 ± 7,02	9,13 ± 4,35	10,35 ± 3,67
	Співпраця	11,19 ± 6,12	9,23 ± 3,12	9,95 ± 5,37
	Довірливість <sup>1,2</sup>	14,19 ± 1,32	11,03 ± 8,02	8,11 ± 5,12
	Розуміння <sup>1,3</sup>	13,26 ± 4,78	5,20 ± 2,11	10,25 ± 2,65
	Повага інших	8,56 ± 4,33	13,26 ± 3,72	10,95 ± 4,25
III фактор Самоконтроль-імульсивність	Акуратність	8,05 ± 3,65	8,47 ± 4,32	9,95 ± 2,15
	Наполегливість <sup>1</sup>	11,58 ± 6,56	7,34 ± 3,11	9,63 ± 5,12
	Відповідальність	10,83 ± 5,13	8,25 ± 4,56	9,95 ± 2,81
	Самоконтроль поведінки	10,15 ± 9,89	10,79 ± 5,78	9,61 ± 3,11
	Передбачливість <sup>1,3</sup>	9,47 ± 4,88	13,51 ± 1,23	9,65 ± 2,65
IV фактор Емоційність-стриманість	Тривожність <sup>2</sup>	14,23 ± 7,23	11,81 ± 6,44	10,02 ± 1,78
	Напруженість <sup>2,3</sup>	14,33 ± 7,55	13,89 ± 6,34	8,15 ± 3,21
	Депресивність <sup>3</sup>	12,71 ± 6,99	14,85 ± 1,12	9,85 ± 4,02
	Самокритика	11,90 ± 5,32	10,12 ± 6,02	9,22 ± 2,13
	Емоційна лабільність <sup>2,3</sup>	13,50 ± 6,09	14,96 ± 0,88	9,65 ± 2,73
V фактор Експресивність-практичність	Цікавість <sup>3</sup>	8,50 ± 4,11	5,88 ± 2,11	10,85 ± 4,13
	Допитливість <sup>2,3</sup>	8,11 ± 4,09	8,27 ± 6,54	11,61 ± 2,76
	Артистичність	9,32 ± 4,77	9,22 ± 5,33	11,35 ± 3,56
	Сенситивність <sup>1</sup>	11,89 ± 6,32	6,05 ± 2,11	11,22 ± 4,05
	Пластичність <sup>2,3</sup>	6,23 ± 3,12	5,81 ± 2,87	10,05 ± 2,79

*Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.*

Так, у осіб I групи переважали наступні характерологічні ознаки: тривожність, напруженість і депресивність ( $14,23 \pm 1,83$ ,  $14,33 \pm 1,29$  та  $12,71 \pm 2,54$  балів відповідно), емоційна лабільність ( $13,50 \pm 1,65$  балів), довірливість ( $14,19 \pm 2,09$  балів) розуміння інших ( $13,26 \pm 2,68$  балів), товариськість ( $10,74 \pm 3,98$  балів) та сенситивність ( $11,89 \pm 2,43$  балів).

У осіб II групи були виражені депресивність ( $14,05 \pm 0,76$  балів), емоційна лабільність ( $14,96 \pm 2,45$  балів), напруженість ( $13,89 \pm 2,18$  балів), консерватизм ( $5,88 \pm 1,19$  балів), ригідність ( $5,81 \pm 2,72$  балів), пасивність ( $5,88 \pm 2,08$  балів), повага до інших ( $13,26 \pm 2,78$  балів) та передбачливість ( $13,51 \pm 3,08$ ).

Був проведений статистичний аналіз отриманих даних, який дозволив встановити, що I та II групи відрізнялись одна від одної переважанням самоповаги, розуміння інших, наполегливості та сенситивності у осіб I групи ( $t = 4,192$ ,  $p < 0,0001$ ;  $t = 5,522$ ,  $p < 0,0001$ ;  $t = 3,201$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,721$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) та пасивності, замкнутості, байдужості, підозрілості та передбачливості у осіб II групи ( $t = 3,118$ ,  $p < 0,001$ ;  $t = 2,312$ ,  $p < 0,025$ ;  $t = 2,611$ ,  $p < 0,025$ ;  $t = 2,409$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 3,208$ ,  $p < 0,001$  відповідно).

Було також встановлено, що особи I групи відрізнялись від осіб без психічних розладів переважанням тривожності ( $t = 3,512$ ,  $p < 0,001$ ), напруженості ( $t = 4,354$ ,  $p < 0,0001$ ), емоційної лабільності ( $t = 2,317$ ,  $p < 0,025$ ), довірливості ( $t = 4,312$ ,  $p < 0,0001$ ), реалістичності ( $t = 2,667$ ,  $p < 0,025$ ) та ригідності ( $t = 2,509$ ,  $p < 0,01$ ). Осіб II групи відрізняла від здорових менша активність і уникнення уваги ( $t = 3,452$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 2,899$ ,  $p < 0,01$  відповідно), більша ригідність ( $t = 3,615$ ,  $p < 0,001$ ), байдужість ( $t = 4,798$ ,  $p < 0,0001$ ), консерватизм ( $t = 3,068$ ,  $p < 0,001$ ), передбачливість ( $t = 2,316$ ,  $p < 0,025$ ), нерозуміння інших ( $t = 4,112$ ,  $p < 0,0001$ ), напруженість ( $t$



= 4,091,  $p < 0,0001$ ), депресивність ( $t = 3,332$ ,  $p < 0,001$ ) та емоційна лабільність ( $t = 4,201$ ,  $p < 0,0001$ ).

Також для розуміння впливу перебігу депресивного розладу на індивідуально-типологічні складові ПРП хворих на органічні депресії досліджувалась психічна ригідність (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

**Вираженість психічної ригідності при органічних депресивних розладах на різних етапах**

Найменування показників	Вираженість ригідності	Особи з невротичними депресіями (N = 91)		Особи без психічних розладів (N = 182)
		I група (N = 52)	II Група (N = 39)	
		% ± m%		
Загальна ригідність	низький <sup>3</sup>	27,78 ± 6,74	14,00 ± 2,65	40,48 ± 3,76
	помірний <sup>3</sup>	44,44 ± 9,46	28,00 ± 4,85	50,00 ± 4,26
	високий <sup>1,3</sup>	13,89 ± 3,68	40,00 ± 6,32	7,14 ± 0,83
	дуже високий <sup>2,3</sup>	13,89 ± 3,68	18,00 ± 3,33	2,38 ± 0,28
Актуальна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	30,56 ± 7,28	22,00 ± 3,97	52,38 ± 4,35
	помірний <sup>3</sup>	36,11 ± 8,25	22,00 ± 3,97	38,10 ± 3,61
	високий <sup>3</sup>	19,44 ± 4,99	26,00 ± 4,56	8,33 ± 0,96
	дуже високий <sup>2,3</sup>	13,89 ± 3,68	20,00 ± 3,65	1,19 ± 0,14
Сенситивна ригідність	низький <sup>3</sup>	30,56 ± 7,28	16,00 ± 2,99	36,90 ± 3,53
	помірний <sup>1,3</sup>	47,22 ± 9,80	22,00 ± 3,97	57,14 ± 4,51
	високий <sup>2,3</sup>	19,44 ± 4,99	32,00 ± 5,39	3,57 ± 0,42
	дуже високий <sup>1,3</sup>	2,78 ± 0,78	30,00 ± 5,12	2,38 ± 0,28
Настановна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	16,67 ± 4,35	8,00 ± 1,57	32,14 ± 3,19
	помірний <sup>3</sup>	50,00 ± 10,10	34,00 ± 5,64	60,71 ± 4,58
	високий <sup>2,3</sup>	22,22 ± 5,60	24,00 ± 4,27	3,57 ± 0,42
	дуже високий <sup>1,3</sup>	11,11 ± 2,99	34,00 ± 5,64	3,57 ± 0,42
Ригідність як стан	низький <sup>2,3</sup>	19,44 ± 4,99	20,00 ± 3,65	54,76 ± 4,44
	помірний <sup>1,3</sup>	38,89 ± 8,69	20,00 ± 3,65	40,48 ± 3,76
	високий <sup>2,3</sup>	27,78 ± 6,74	40,00 ± 6,32	1,19 ± 0,14
	дуже високий <sup>2,3</sup>	13,89 ± 3,68	20,00 ± 3,65	3,57 ± 0,42
Преморбідна ригідність	низький <sup>2</sup>	11,11 ± 2,99	14,00 ± 2,65	25,00 ± 2,61
	помірний	55,56 ± 10,58	46,00 ± 6,90	55,95 ± 4,47
	високий <sup>3</sup>	30,56 ± 7,28	38,00 ± 6,11	17,86 ± 1,95
	дуже високий	2,78 ± 0,78	2,00 ± 0,40	1,19 ± 0,14

Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.

В результаті аналізу показники психічної ригідності були розділені на рівні вираженості: від низького до дуже високого. Так, у більшості осіб I групи визначався помірний ( $44,44 \pm 9,46$ ) %, а в II групі – високий ( $40,00 \pm 6,32$ ) % рівень загального симптомокомплексу ригідності, який відображав схильність до широкого спектру фіксованих форм поведінки у хворих з органічними депресивними розладами.

Актуальна ригідність як нездатність при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку та мотиви була виражена переважно на низькому та помірному рівні серед осіб I групи ( $30,56 \pm 7,28$  % та  $36,11 \pm 8,25$  % відповідно). У осіб II групи у 26,00 % осіб був встановлений високий рівень актуальної ригідності, у 22,00 % хворих визначались помірний та низький рівні та у 20,00 % осіб – дуже високий.

Сенситивна ригідність, яка відображає почуття страху перед новим, була виражена у осіб I групи переважно на помірному та низькому рівнях ( $47,22 \pm 9,80$  % та  $30,56 \pm 7,28$  % відповідно), у осіб II групи – на високому та дуже високому рівні ( $32,00 \pm 5,39$  % та  $30,00 \pm 5,12$  % відповідно). Особистісний рівень прояву ригідності був відображений у шкалі «настановна ригідність», яка відображала позицію/настанову на прийняття/неприйняття нового. Серед осіб I групи переважали хворі з помірним рівнем вираженості ( $50,00 \pm 10,10$  %), а серед осіб II групи – у 34,00 % осіб був визначений помірний та дуже високий рівень, а у 24,00 % - високий рівень настановної ригідності. Схильність до ригідної поведінки під час стресу, хвороб або поганого настрою визначалась за шкалою «ригідність як стан». У 38,89 % осіб I групи визначався помірний рівень, у 27,78 % – високий та у 19,44 % – низький рівень ригідності як стану. У 40,00 % осіб II групи був встановлений високий рівень, 20,00 % – дуже високий, помірний та низький рівні ригідності як стану. За преморбідними ознаками ригідності у хворих I та II

груп переважали помірний ( $55,56 \pm 10,58$  % та  $46,00 \pm 6,90$  % відповідно) та високий ( $30,56 \pm 7,28$  % та  $38,00 \pm 6,11$  % відповідно) рівні вираженості.

Статистичний аналіз продемонстрував вірогідні розбіжності між хворими на органічні депресивні розлади в залежності від перебігу хвороби, які полягали в переважанні помірною рівню сенситивної ригідності та ригідності як реакції на стрес у осіб I групи ( $p < 0,009$ , ДК=3,32, МІ=0,42 та  $p < 0,031$ , ДК=2,89, МІ=0,27 відповідно), у той час коли в II групі переважали високий рівень загального симптомокомплексу ригідності ( $p < 0,005$ , ДК=4,59, МІ=0,60), дуже високий – сенситивної та настановної ригідності ( $p < 0,0008$ , ДК=10,33, МІ=1,41 та  $p < 0,01$ , ДК=4,86, МІ=0,56). Отримані дані свідчать про те, що особи з первинними депресіями характеризуються більшою пластичністю у порівнянні з хворими з повторними депресіями, при яких рівень ригідності значно збільшувався.

Були також отримані розбіжності між особами без психічних розладів та особами з органічними депресіями, що виражались в наявності більшої кількості осіб з низьким рівнем актуальної ( $p < 0,01$ , ДК=2,34, МІ=0,26), настановної ( $p < 0,04$ , ДК=2,85, МІ=0,22), преморбідної ( $p < 0,04$ , ДК=3,52, МІ=0,24) ригідності та ригідності як стану ( $p < 0,0002$ , ДК=4,50, МІ=0,79) у осіб без психічних розладів, у той час коли при первинних депресивних порушеннях переважали особи з дуже високим рівнем загальної та актуальної ригідності ( $p < 0,022$ , ДК=7,66, МІ=0,44 та  $p < 0,008$ , ДК=10,67, МІ=0,68 відповідно), високим рівнем настановної ригідності ( $p < 0,002$ , ДК=7,94, МІ=0,71) та високим та дуже високим рівнем ригідності як реакції на ситуацію ( $p < 0,0001$ , ДК=13,68, МІ=1,82 та  $p < 0,042$ , ДК=5,90, МІ=0,30 відповідно). Також здорові відрізнялись від осіб II групи переважанням низького та помірною рівнів загальної ( $p < 0,0007$ , ДК=4,61, МІ=0,61 та  $p < 0,006$ , ДК=2,52, МІ=0,28), актуальної ( $p < 0,0001$ , ДК=3,77, МІ=0,57 та  $p < 0,023$ , ДК=2,38, МІ=0,19), сенситивної ( $p < 0,005$ , ДК=3,63,

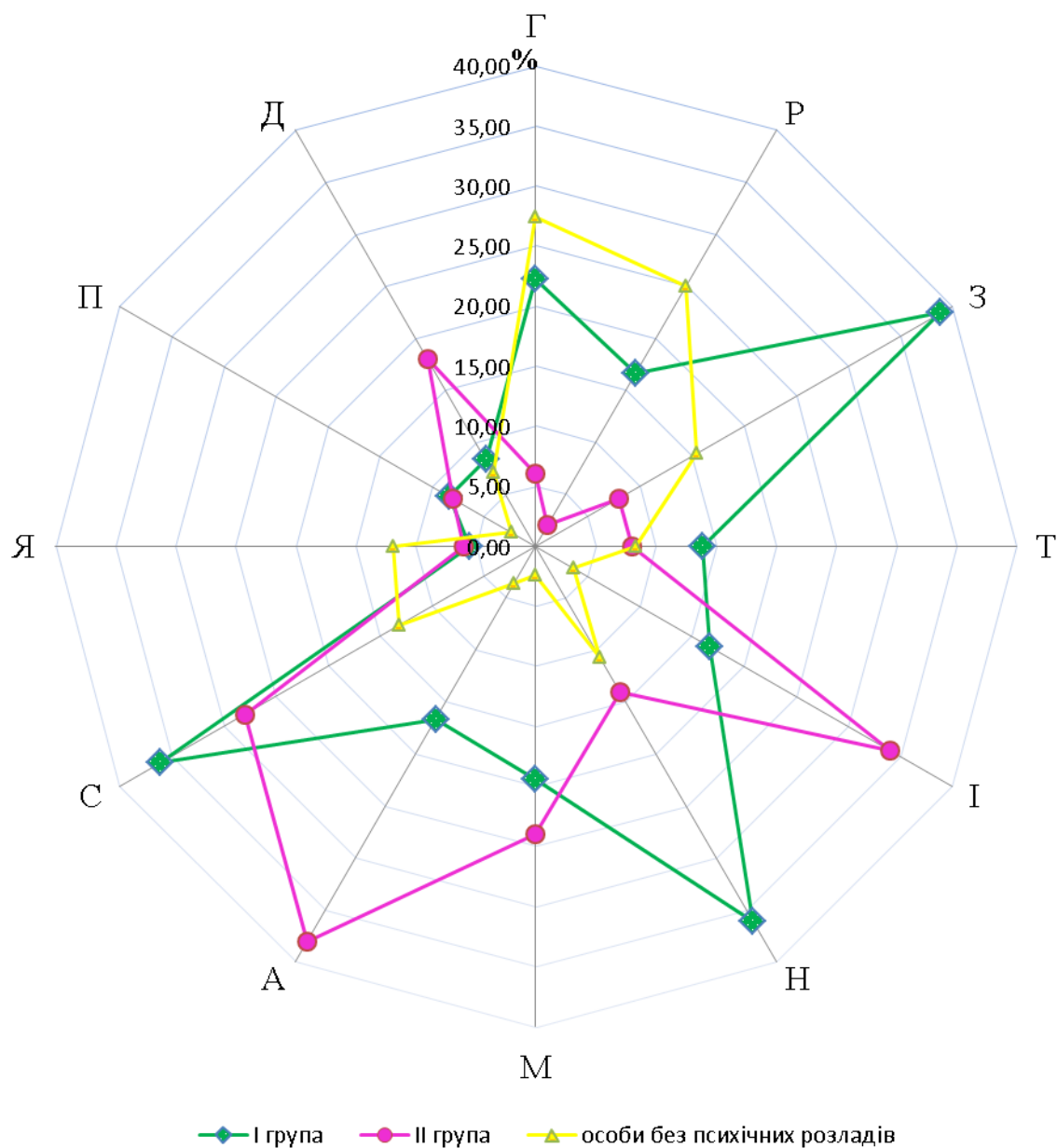
MI=0,38 та  $p < 0,0001$ , ДК=4,15, MI=0,73), настановної ( $p < 0,0007$ , ДК=6,04, MI=0,73 та  $p < 0,001$ , ДК=2,52, MI=0,34) та ригідності як стану ( $p < 0,0001$ , ДК=4,37, MI=0,76 та  $p < 0,007$ , ДК=3,06, MI=0,31) серед осіб без психічних розладів, у той час коли серед осіб з повторними депресивними розладами було більше осіб з високим та дуже високим рівнями психічної ригідності ( $p < 0,002$ , ДК=8,79, MI=0,69).

Вивчення провідного ставлення до захворювання у осіб з депресивними розладами органічного генезу показало, що у осіб I групи переважав дифузний тип ставлення до хвороби, що полягав в поєднанні та переважанні анозогнозичного ( $38,89 \pm 8,69$ ) %, сенситивного ( $36,11 \pm 8,25$ ) %, неврастенічного ( $36,11 \pm 8,25$ ) % та меланхолійного ( $19,44 \pm 4,99$ ) % типів ставлення до хвороби, і проявлялось у відкиданні думок про хворобу і можливі наслідки, що поєднувалось із роздратуванням, песимістичним настроєм та переживанням за оцінку їх хвороби оточуючими (рис. 4.15).

У осіб II групи також був встановлений дифузний тип ставлення до хвороби, що виражався в переважанні іпохондричного ( $34,00 \pm 5,4$ ) %, меланхолійного ( $24,00 \pm 4,27$ ) %, апатичного ( $38,00 \pm 6,11$ ) %, сенситивного ( $28,00 \pm 4,85$ ) % та дисфоричного ( $18,00 \pm 3,33$ ) % типів ставлення до хвороби, і проявлялось у зосередженості та фіксації на власних відчуттях, песимістичному та апатичному ставленні до лікування, фіксуванні на можливому несприятливому враженні оточуючих щодо хвороби, заздрості до здорових.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що осіб I групи відрізняло переважання адаптивних (гармонійного, ергопатичного та анозогнозичного) типів ставлення до хвороби ( $p < 0,024$ , ДК=5,69, MI=0,46  $p < 0,01$ , ДК=9,21, MI=0,68 та  $p < 0,0005$ , ДК=6,87, MI=1,06 відповідно), у той час коли особи II групи відрізнялись переважанням дезадаптивних інтрапсихічних (іпохондричного, неврастенічного та апатичного)

типів ставлення до хвороби ( $p < 0,04$ , ДК=3,10, МІ=0,27;  $p < 0,01$ , ДК=4,12, МІ=0,45 та  $p < 0,01$ , ДК=3,58, МІ=0,38 відповідно).



*Примітка:* Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогностичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолійний; А – апатичний; С – сенситивний; Я – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний.

Рис. 4.15. Представленість типів ставлення до хвороби у осіб з депресивними розладами органічної генези на різних етапах

Треба зазначити, що у 22,22 % осіб I групи був встановлений гармонійний тип ставлення до хвороби, що проявлявся у тверезої оцінці свого стану та активному сприянні лікуванню.

При порівнянні осіб з органічною депресією з особами без психічних розладів було доведено, що особи з депресивними порушеннями I та II груп відрізнялись від осіб без психічних розладів переважанням іпохондричного ( $p < 0,01$ , ДК=6,69, МІ=0,44 та  $p < 0,0001$ , ДК=9,79, МІ=1,49 відповідно), меланхолійного ( $p < 0,002$ , ДК=9,12, МІ=0,78 та  $p < 0,0001$ , ДК=10,03, МІ=1,08 відповідно), апатичного ( $p < 0,01$ , ДК=6,69, МІ=0,44 та  $p < 0,0001$ , ДК=10,27, МІ=1,77 відповідно) та сенситивного ( $p < 0,003$ , ДК=4,41, МІ=0,51 та  $p < 0,01$ , ДК=3,30, МІ=0,25 відповідно) типів ставлення до хвороби. При цьому особи з первинними депресивними розладами відрізнялись від здорових переважанням анозогностичного ( $p < 0,004$ , ДК=4,00, МІ=0,47) та неврастенічного ( $p < 0,001$ , ДК=5,28, МІ=0,67) типів ставлення до хвороби, а особи з повторними депресивними розладами – меншою вираженістю адаптивних реакцій (гармонічного та егропатичного типів ставлення до хвороби) ( $p < 0,001$ , ДК=6,59, МІ=0,70 та  $p < 0,0001$ , ДК=10,97, МІ=1,26 відповідно) та більшою вираженістю дисфоричного типу ставлення до хвороби ( $p < 0,037$ , ДК=4,01, МІ=0,22).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на особливості особистості, психічну пластичність та внутрішню картину хвороби осіб з депресивними розладами органічного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.2.3. Ціннісно-мотиваційні складові психологічного реабілітаційного потенціалу респондентів з депресивними розладами органічного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз результатів ціннісних орієнтацій хворих на депресивні розлади органічного генезу показав, що у осіб I групи ієрархія цінностей представлена наступними цінностями в порядку

зменшення важливості: традиції (56,11 ± 13,91) %, гедонізм (48,59 ± 12,87) %, досягнення (39,12 ± 11,66) %, влада (38,92 ± 10,81) % та конформність (38,36 ± 11,43) % (рис. 4.16). Тобто для осіб I групи важливими були дотримування традицій, отримання задоволення через особистий успіх, соціальний статус та уникання дій, що не відповідають соціальним очікуванням.

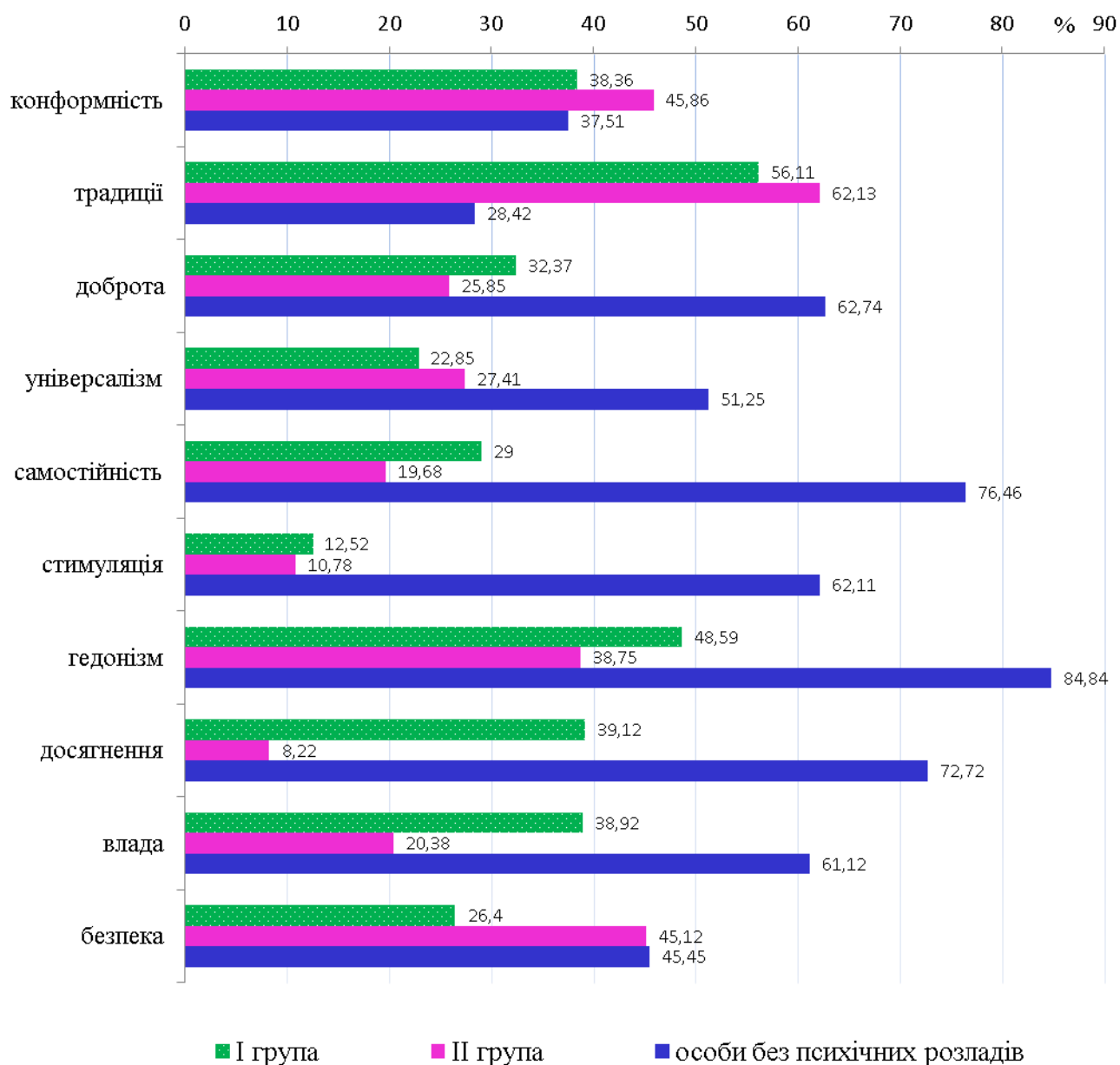


Рис. 4.16. Особливості ціннісно-мотиваційної сфери у осіб з депресивними розладами органічної генези на різних етапах

У осіб II групи ієрархія цінностей визначалася наступними потребами: традиції ( $62,13 \pm 14,34$ ) %, конформність ( $45,86 \pm 11,65$ ) %, безпека ( $45,12 \pm 12,08$ ) та гедонізм ( $38,75 \pm 10,45$ ) %. Тобто для осіб II групи важливим було, насамперед, дотримання традицій, стримування спонукань, що можуть викликати осуд в суспільстві, бажання безпечного існування та отримання задоволення.

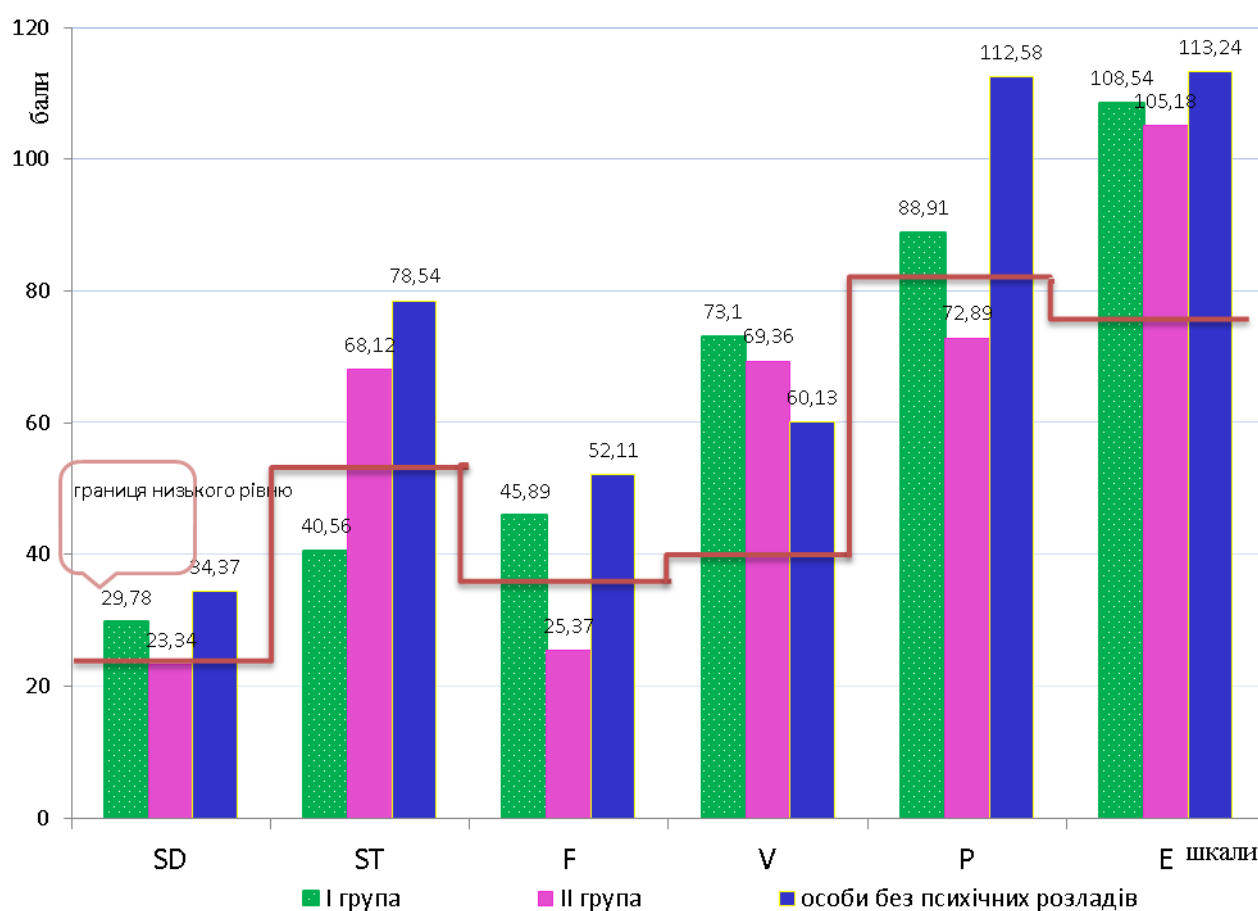
Були визначені вірогідні розбіжності, що полягали у переважанні серед осіб I групи потреби у досягненні особистого успіху та соціального статусу ( $t = 3,361$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 2,164$ ,  $p < 0,042$  відповідно), у той час коли для осіб II групи було більш важливою безпека для інших людей і себе, гармонія, стабільність суспільства і взаємовідносин ( $t = 2,312$ ,  $p < 0,025$ ).

Статистичний аналіз результатів також дозволив визначити відмінності між особами без психічних розладів та хворими на невротичні депресивні розлади. Так, вираженість та цінність таких мотиваційних компонентів як доброта ( $t = 2,412$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 2,623$ ,  $p < 0,025$  відповідно), універсалізм ( $t = 2,203$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 2,176$ ,  $p < 0,05$  відповідно), самостійність ( $t = 4,211$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 5,234$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), стимуляція ( $t = 3,198$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,092$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), гедонізм ( $t = 3,091$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 3,551$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), досягнення ( $t = 3,002$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,316$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) та влада ( $t = 2,199$ ,  $p < 0,025$  та  $t = 3,910$ ,  $p < 0,001$  відповідно) значно перевищувала ці показники у здорових осіб в порівнянні з хворими I та II груп, у яких були більш важливими традиції ( $t = 2,199$ ,  $p < 0,032$  та  $t = 2,543$ ,  $p < 0,025$  відповідно), що свідчило про збіднення ціннісно-сислової сфери та спустошення спонукальних мотивів при депресивних розладах органічного генезу.

Також аналізувалися особливості екзистенціальної наповненості, осмисленості та задоволеності різними аспектами власного життя у осіб з органічними депресіями. Так, у осіб I групи визначався середній рівень самодистанціювання ( $29,78 \pm 12,34$  балів), свободи ( $45,89 \pm 14,78$  балів), пер-



сональності ( $88,91 \pm 38,76$  балів), екзистенційності ( $108,54 \pm 35,76$  балів) та загальної екзистенціальної наповненості ( $215,61 \pm 55,78$  балів) та низький рівень самотрансценденції ( $40,56 \pm 12,09$  балів) та високий рівень відповідальності ( $73,10 \pm 30,12$  балів) (рис. 4.17). Тобто особи з первинними депресивними розладами характеризувались наявністю внутрішнього простору у сприйнятті ситуації, та здатністю формувати на цій основі судження, емоційною сплосченістю, достатньою відкритістю до контакту та високим почуттям обов'язку.



*Примітка: SD – самотрансцендування; ST – самотрансценденція; F – свобода; V – відповідальність; P – персональність; E – екзистенційність; G – загальний показник екзистенціальної наповненості.*

Рис. 4.17. Особливості екзистенціальної наповненості у осіб з депресивними розладами органічної генези на різних етапах

У осіб II групи показники самотрансценденції ( $68,12 \pm 22,54$  балів), відповідальності ( $69,36 \pm 27,67$  балів) та екзистенційності ( $105,18 \pm 34,51$  балів) набували середнього рівню вираженості, а показники самодистанціювання ( $23,34 \pm 11,65$  балів), свободи ( $25,37 \pm 9,34$  балів), персональності ( $72,89 \pm 31,09$  балів) та загальної екзистенціальної наповненості ( $159,55 \pm 42,01$  балів) – низького рівню, що характеризувало цю категорію осіб як осіб, які відчувають труднощі у рефлексії ситуації, що позначалось на труднощах в прийнятті рішень, закритістю, блокуванням персональних здібностей, наявністю бездіяльності та екзистенціальної невиконаності.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні розбіжності між особами, які полягали в переважанні показників самотрансценденції ( $t = 3,546, p < 0,001$ ) у осіб II групи та свободи ( $t = 3,034, p < 0,0025$ ), персональності ( $t = 2,312, p < 0,025$ ) та екзистенціальної наповненості ( $t = 3,112, p < 0,001$ ) у осіб I групи, що свідчить про більш вагомі порушення ціннісно-сміслової сфери у осіб з повторними депресивними розладами.

Були також встановлені вірогідні розбіжності між особами без психічних розладів та особами I групи, що полягали в переважанні здібності до емоційного сприйняття ( $t = 3,912, p < 0,001$ ) та відкритості до контактів ( $t = 2,678, p < 0,01$ ) у здорових та готовності до відповідальності у осіб з первинними депресіями ( $t = 2,176, p < 0,025$ ). Також були встановлені вірогідні розбіжності між II групою хворих та особами без психічних розладів, які полягали в вірогідному зниженні показників самодистанціювання ( $t = 2,123, p < 0,05$ ), самотрансценденції ( $t = 2,157, p < 0,05$ ), свободи ( $t = 2,465, p < 0,025$ ), персональності ( $t = 3,109, p < 0,01$ ) та екзистенціальної наповненості ( $t = 2,576, p < 0,025$ ) у осіб з повторними депресивними розладами органічного генезу.

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на особливості ціннісно-мотиваційної сфери та екзистенціальної наповненості осіб з депресивними розладами

органічного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.2.4. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій респондентів з депресивними порушеннями органічного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз особливостей соціального функціонування в різних сферах у осіб з депресивними порушеннями органічного генезу дозволив визначити сфери найбільшої травматизації та незадоволеності у осіб обох груп (рис. 4.18).

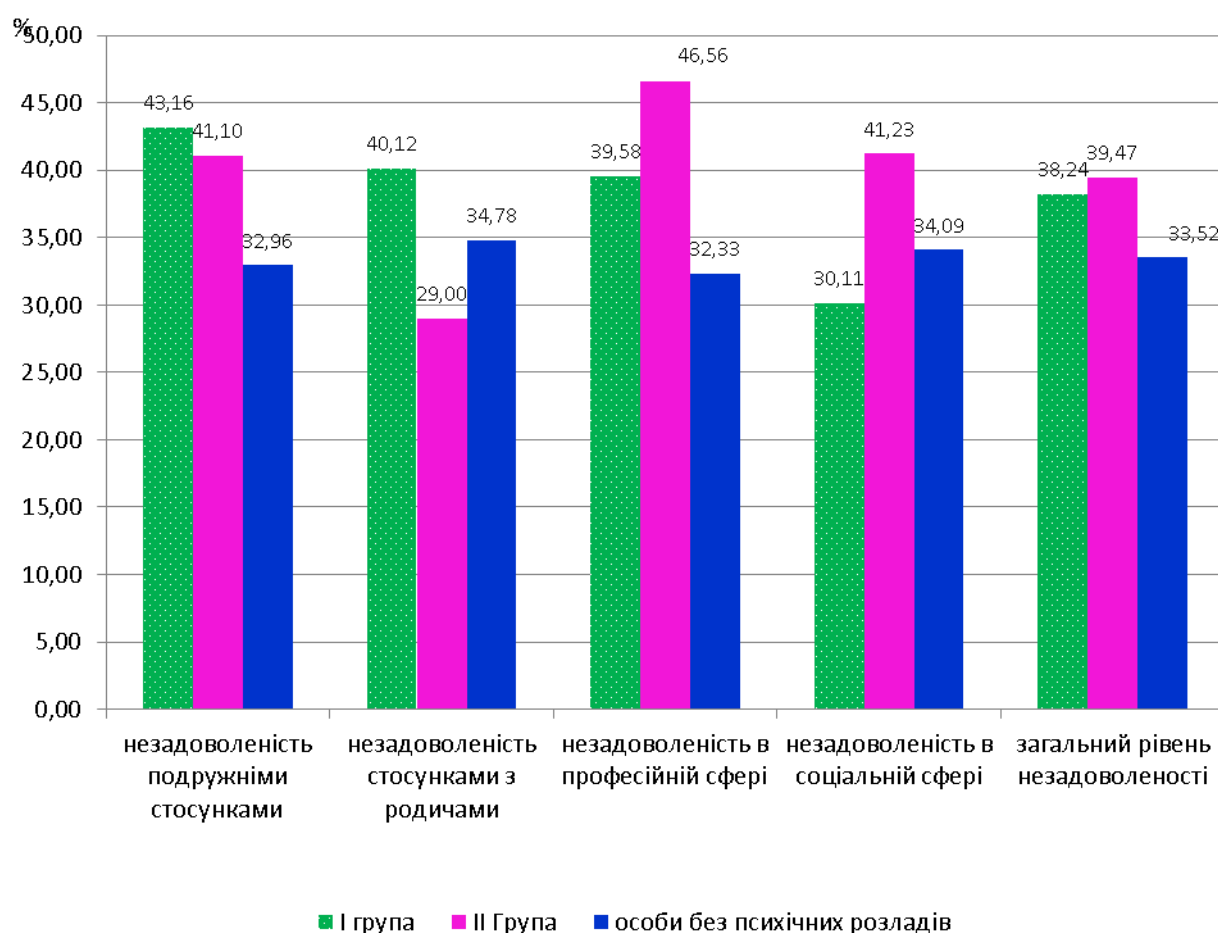


Рис. 4.18. Особливості соціального функціонування осіб з депресивними порушеннями органічної генези на різних етапах

Так, було встановлено, що особи I групи були незадоволені, перш за все, стосунками з подружжям ( $43,16 \pm 12,42$ ) % та родичами ( $40,12 \pm 11,31$ )

%, а особи II групи відчували недостатню задоволеність професійною та соціальною сферами ( $46,56 \pm 11,65$  % та  $41,23 \pm 10,78$  % відповідно) та подружніми стосунками ( $41,10 \pm 10,88$  %).

Були встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні незадоволеності стосунками з родичами у осіб I групи ( $t = 2,234$ ,  $p < 0,025$ ), у той час коли особи II групи були більш незадоволені соціальною сферою ( $t = 2,199$ ,  $p < 0,05$ ). Статистичний аналіз результатів також продемонстрував, що особи I групи відрізнялись від осіб без психічних розладів більшою незадоволеністю стосунками з подружжям ( $t = 2,198$ ,  $p < 0,05$ ), а особи II групи – більшою незадоволеністю професійною сферою ( $t = 2,487$ ,  $p < 0,025$ ).

Аналіз компонентів психологічного благополуччя показав, що, у більшості осіб I групи був встановлений середній рівень життєвої задоволеності ( $52,78 \pm 10,36$  %), а серед осіб II групи у 48,00 % осіб визначався середній, у 32,00 % - низький та у 20,00 % - високий рівень життєвої задоволеності (Табл.4.6). У більшості осіб I групи був встановлений середній рівень інтересу до життя ( $61,11 \pm 10,89$  %), послідовності та узгодженості в досягненні цілей ( $52,78 \pm 10,36$  % та  $50,00 \pm 10,10$  % відповідно), позитивної оцінки себе ( $55,56 \pm 10,58$  %) та загального фону настрою ( $52,78 \pm 10,36$  %). У більшості осіб II групи визначався середній та низький рівень життєвої задоволеності ( $48,00 \pm 7,06$  % та  $32,00 \pm 5,39$  % відповідно), інтересу до життя ( $54,00 \pm 7,47$  % та  $32,00 \pm 5,39$  % відповідно), послідовності у досягненні цілей ( $50,00 \pm 7,22$  % та  $44,00 \pm 6,72$  % відповідно), переважання середнього рівню позитивної оцінки себе ( $58,00 \pm 7,67$  %) високого та середнього рівню узгодженості між цілями ( $42,00 \pm 6,53$  % та  $42,00 \pm 6,53$  % відповідно) та середнього та низького загального фону настрою ( $34,00 \pm 5,64$  % та  $48,00 \pm 7,06$  % відповідно), що відображає песимістичність,

схильність займати пасивну життєву позицію при зіткненні з невдачами та відсутність рішучості.

Таблиця 4.6

**Особливості психологічного благополуччя у осіб з органічними депресивними порушеннями на різних етапах (за результатами тесту «ІЖЗ»)**

Найменування показників	Рівень вираженості	Особи з органічною депресією (N = 86)		Особи без психічних розладів N = 182
		I група N = 36	II група N = 50	
		% ± m%		
Індекс життєвої задоволеності	високий	27,78 ± 6,74	20,00 ± 3,65	32,14 ± 3,19
	середній	52,78 ± 10,36	48,00 ± 7,06	47,62 ± 4,15
	низький	19,44 ± 4,99	32,00 ± 5,39	20,24 ± 2,18
Інтерес до життя	високий <sup>3</sup>	27,78 ± 6,74	14,00 ± 2,65	38,10 ± 3,61
	середній <sup>2</sup>	61,11 ± 10,89	54,00 ± 7,47	45,24 ± 4,03
	низький <sup>1,3</sup>	11,11 ± 2,99	32,00 ± 5,39	16,67 ± 1,83
Послідовність у досягненні цілей	високий <sup>1,3</sup>	27,78 ± 6,74	6,00 ± 1,19	29,76 ± 3,01
	середній	52,78 ± 10,36	50,00 ± 7,22	46,43 ± 4,09
	низький <sup>1,3</sup>	19,44 ± 4,99	44,00 ± 6,72	23,81 ± 2,50
Узгодженість між цілями та досягненнями	високий	27,78 ± 6,74	42,00 ± 6,53	34,52 ± 3,37
	середній	50,00 ± 10,10	42,00 ± 6,53	40,48 ± 3,76
	низький	22,22 ± 5,60	16,00 ± 2,99	25,00 ± 2,61
Позитивна оцінка себе	високий	22,22 ± 5,60	20,00 ± 3,65	23,81 ± 2,50
	середній	55,56 ± 10,58	58,00 ± 7,67	61,90 ± 4,60
	низький	22,22 ± 5,60	22,00 ± 3,97	14,29 ± 1,59
Загальний фон настрою	високий <sup>3</sup>	27,78 ± 6,74	18,00 ± 3,33	36,90 ± 3,53
	середній <sup>1</sup>	52,78 ± 10,36	34,00 ± 5,64	45,24 ± 4,03
	низький <sup>1,3</sup>	19,44 ± 4,99	48,00 ± 7,06	17,86 ± 1,95

*Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.*

Проведений порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя, який дозволив визначити, що особи I групи відрізнялись більшим інтересом до життя ( $p < 0,01$ , ДК = 4,59, МІ = 0,48), рішучістю та кращим фоном настрою ( $p < 0,005$ , ДК = 6,66, МІ = 0,72 та  $p < 0,004$ , ДК = 3,92, МІ = 0,56 відповідно) від осіб з повторними депресіями.

Були також отримані достовірні відмінності між особами з органічними депресіями та особами без психічних розладів, які полягали перева-

жанні середнього рівню інтересу до життя серед осіб I групи ( $p < 0,045$ , ДК = 1,31, МІ = 0,10), а особи II групи відрізнялись від здорових переважанням осіб з низьким рівнем інтересу до життя ( $p < 0,021$ , ДК = 2,83, МІ = 0,22), послідовності у досягненні цілей ( $p < 0,008$ , ДК = 2,67, МІ = 0,27) та загального фону настрою ( $p < 0,0001$ , ДК = 4,29, МІ = 0,65), що свідчило про зниження психологічного благополуччя осіб з повторними депресіями. Впевненість та рішучість у досягненні цілей ( $p < 0,0005$ , ДК = 6,96, МІ = 0,83), позитивний настрій ( $p < 0,01$ , ДК = 3,12, МІ = 0,29) та інтерес до життя ( $p < 0,001$ , ДК = 4,35, МІ = 0,52) відрізняли здорових від осіб з повторними органічними депресіями.

Для розуміння впливу перебігу хвороби на міжособистісні комунікації осіб з органічними депресивними розладами були проаналізовані стосунки у сім'ї, як найбільш референтної зони соціального оточення (рис. 4.19).

У респондентів I групи відзначався середній рівень згуртованості, експресивності та конфліктності ( $6,38 \pm 2,09$ ;  $6,57 \pm 2,13$  та  $4,38 \pm 1,09$  стенів відповідно), що вказувало на наявність відчуття приналежності до родини, можливості відкритого вираження позитивних і негативних почуттів в родині. У осіб II групи був встановлений середній рівень згуртованості і експресивності ( $5,15 \pm 1,27$  та  $6,02 \pm 2,33$  стенів відповідно) та низький рівень конфліктності ( $3,18 \pm 1,07$  стенів), що свідчило про наявність уникнення конфліктів в родині при можливості висловлювати позитивні почуття та відчутті згуртованості родини.

Аналіз можливостей та напрямків особистісного росту у межах сімейної системи продемонстрував, що особи I групи характеризувались середніми показниками незалежності, орієнтації на досягнення та морально-етичними аспектами ( $4,15 \pm 1,05$ ;  $4,27 \pm 1,18$  та  $6,12 \pm 2,45$  стенів відповідно) і зниженими показниками інтелектуально-культурної орієнтації та орієнтації на активний відпочинок ( $3,89 \pm 1,07$  та  $3,11 \pm 1,28$  стенів відповідно). Тобто члени родини осіб з первинними депресивними порушеннями

орієнтуються, перш за все, на досягнення у соціальній сфері, підтримують моральні та етичні норми та заохочуються до самоствердження, однак недостатньо спонукають своїх членів родини до активного відпочинку та прояву в інтелектуальній, культурній та політичній сферах діяльності.

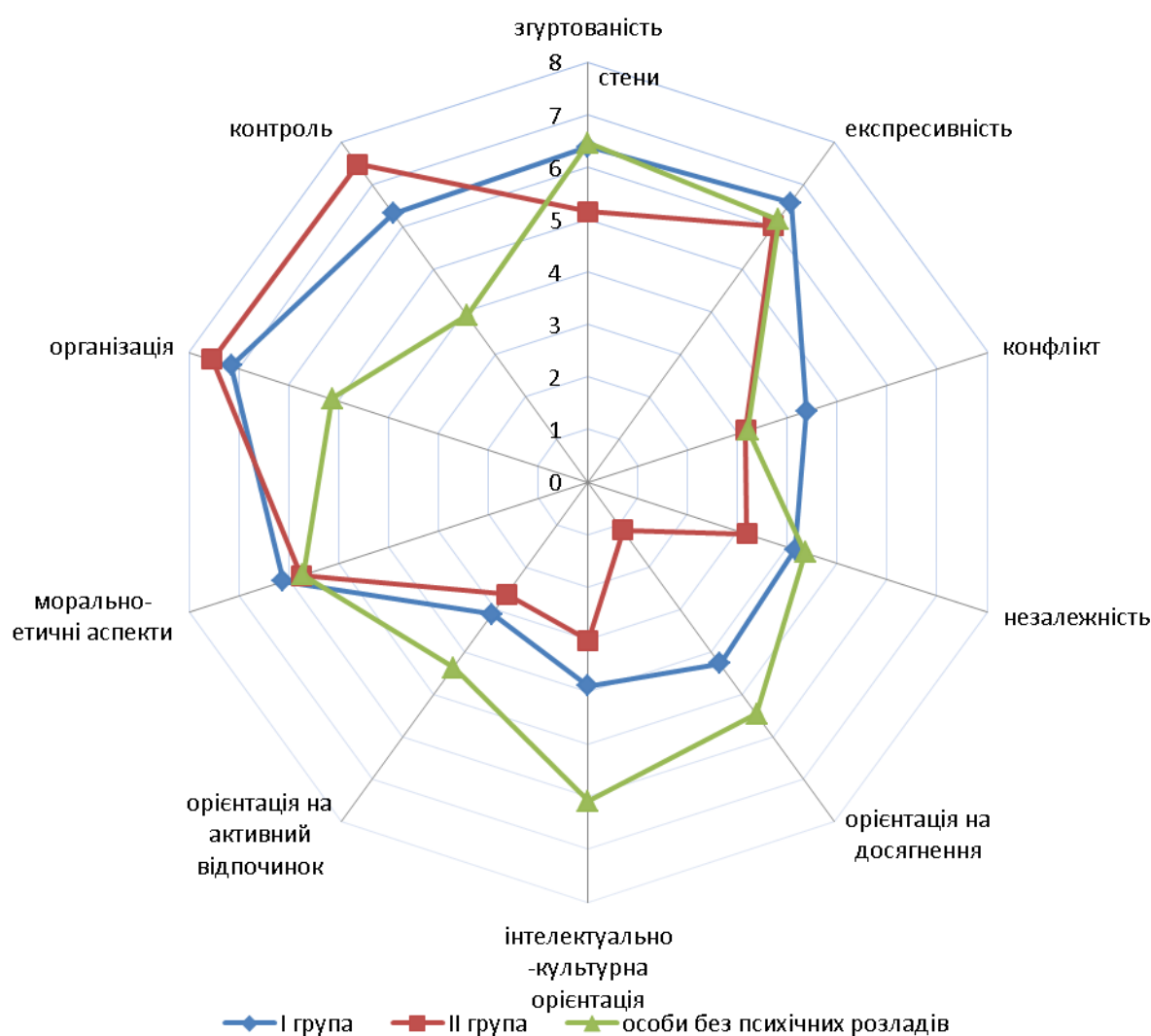


Рис. 4.19. Особливості сімейного оточення у осіб з депресивними порушеннями органічної генези на різних етапах

В II групі визначався середній рівень орієнтації на морально-етичні аспекти ( $5,76 \pm 2,14$  стенив), понижений рівень інтелектуально-культурної орієнтації та незалежності ( $3,02 \pm 1,17$  та  $3,18 \pm 1,76$  стенив відповідно) та

низький рівень орієнтації на досягнення та активний відпочинок ( $1,13 \pm 1,03$  та  $2,65 \pm 1,09$  стенів відповідно).

Тобто родини осіб з повторними депресивними розладами органічного генезу не спрямовані на особистісний ріст їх членів у межах сімейної системи: члени родини не схвалювали самостійність осіб, не спонукали їх до активного проведення дозвілля, участі у інтелектуальному, культурному та політичному житті родини, але були орієнтовані на підтримання морально-етичних нормативів.

Аналіз особливостей управління сімейною системою дозволив визначити, що у осіб I групи визначався середній рівень контролю ( $6,32 \pm 2,12$  стенів) та підвищений рівень організації ( $7,16 \pm 2,45$  стенів), що характеризувало сімейну систему осіб як схильну до порядку і організованості в плані структурування сімейної активності, фінансового планування, ясності і визначеності сімейних правил і обов'язків, ієрархічності сімейної системи. У осіб II групи відзначались високі показники організації та контролю ( $7,54 \pm 3,16$  та  $7,48 \pm 3,87$  стенів відповідно), що характеризувало родини осіб з повторними депресіями як структуровану, організовану систему з ригідними сімейними правилами та стереотипами.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що орієнтація на досягнення була вищою у осіб I групи ( $p < 0,0025$ , ДК = 3,76, МІ = 0,61), ніж у II групі. Тобто при первинних депресивних розладах сім'ї осіб заохочувались до досягнень та відкритих дій.

Також було визначено, що хворі з органічними депресіями в I та II групах відрізнялись від здорових зниженням орієнтації до особистісного росту в інтелектуально-культурному аспекті ( $p < 0,025$ , ДК = 2,56, МІ = 0,32 та  $p < 0,01$ , ДК = 4,12, МІ = 0,93 відповідно) та більш ригідних сімейних правилах та контролі ( $p < 0,025$ , ДК = 3,56, МІ = 0,37 та  $p < 0,001$ , ДК = 4,61, МІ = 0,68 відповідно). Також встановлено, що недостатнє заохочування членів родини до досягнень відрізняла осіб з повторними депресив-



ними розладами від осіб без психічних розладів ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,87, МІ = 1,13).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на соціальне функціонування та міжособистісні стосунки осіб з депресивними розладами органічного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

### **4.3. Пускові та підтримуючі механізми порушення процесу адаптації та компенсації особистості при ендогенних депресіях**

4.3.1. Адаптаційні можливості та психологічні ресурси респондентів з депресивними розладами ендогенного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз компонентів життестійкості у осіб з депресивними порушеннями ендогенного генезу показав, що у I та II групах показник залученості був переважно низького рівню ( $62,50 \pm 12,35$  % та  $81,97 \pm 5,80$  % відповідно) (рис. 4.20). Були встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні високого та середнього рівню залученості серед осіб I групи ( $p < 0,038$  та  $p < 0,0001$ , ДК = 5,40, МІ = 1,20 відповідно) та осіб без психічних розладів ( $p < 0,0001$  та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,22, МІ = 0,62 відповідно), у той час коли у хворих II групи переважав низький рівень залученості ( $p < 0,0001$ , ДК = 4,65, МІ = 1,25 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,11, МІ = 1,11 відповідно), а хворі I групи відрізнялись від здорових меншою кількістю осіб з високим та більшою кількістю осіб з низьким рівнем залученості ( $p < 0,001$ , ДК = 6,09, МІ = 0,87 та  $p < 0,049$ , ДК = 2,94, МІ = 0,20).

Тобто можна сказати, що здорові, а також особи при першому депресивному епізоді ще зберігають впевненість у тому, що залученість у життя дає максимальний шанс знайти щось цікаве та цінне для особистості, у той

час коли при повторних депресивних епізодах ця впевненість суттєво зменшується.

Визначено, що у більшості осіб I групи був встановлений середній ( $53,13 \pm 11,73$ ) %, а у осіб II групи – переважно низький ( $88,52 \pm 5,00$ ) % рівень контролю. Були отримані вірогідні відмінності, які доводили, що високий та середній рівень контролю був більш притаманний здоровим ( $p < 0,0001$ , ДК = 13,52, МІ = 2,38 та  $p < 0,0001$ , ДК = 7,26, МІ = 1,55 відповідно) та пацієнтам I групи ( $p < 0,042$ , ДК = 8,82, МІ = 0,48 та  $p < 0,0001$ , ДК = 7,32, МІ = 1,59 відповідно) в порівнянні з хворими II групи, у яких переважали особи з низьким рівнем контролю ( $p < 0,0001$ , ДК = 9,17, МІ = 3,57 та  $p < 0,0001$ , ДК = 4,11, МІ = 1,11 відповідно).

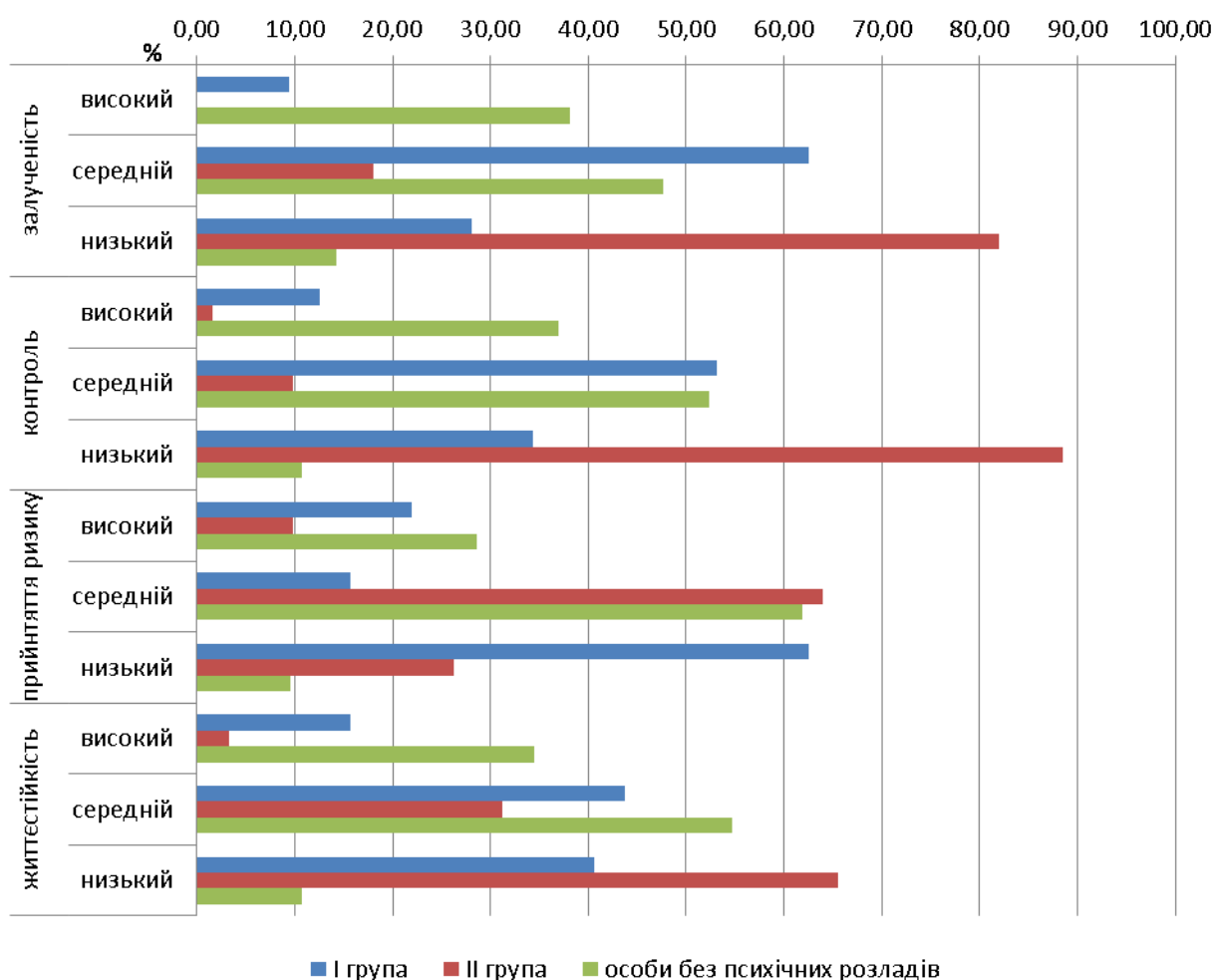


Рис. 4.20. Вираженість складових життєстійкості у осіб з депресивними порушеннями ендогенної генези на різних етапах

При цьому відмічалось, що кількість осіб з високим рівнем контролю була більшою серед здорових, ніж серед осіб з первинними депресивними розладами ( $p < 0,005$ , ДК = 4,70, МІ = 0,57), при яких було більше осіб з низьким рівнем контролю ( $p < 0,003$ , ДК = 5,06, МІ = 0,60). Тобто, у здорових та при первинних ендогенних депресивних реакціях особи ще мають впевненість у тому, що боротьба дозволяє впливати на результат того, що відбувається, а при повторних депресивних епізодах ця впевненість поступово зникає.

Показник прийняття ризику був переважно низьким в I групі ( $62,50 \pm 12,35$ ) % та середнім в II групі ( $63,93 \pm 6,40$ ) %. Статистичний аналіз результатів дозволив визначити, що в I групі хворих було більше осіб з низьким рівнем прийняття ризику ( $p < 0,0005$ , ДК = 3,77, МІ = 0,68), а в II групі – з середнім ( $p < 0,0001$ , ДК = 6,12, МІ = 1,48). Особи без психічних розладів відрізнялись переважанням середнього (в порівнянні з I групою) ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,98, МІ = 1,38) та високого (в порівнянні з II групою) ( $p < 0,0034$ , ДК = 4,63, МІ = 0,43) рівнів прийняття ризику, у той час коли особи з депресивними розладами ендогенного генезу відзначались переважанням осіб з низьким рівнем вираженості прийняття ризику ( $p < 0,0001$ , ДК = 8,17, МІ = 2,16 та  $p < 0,005$ , ДК = 4,40, МІ = 0,37 відповідно). Прийняття ризику характеризується впевненістю особистості у тому, що все, що відбувається, сприяє накопиченню досвіду, отже, отримані результати дозволяють говорити, що хворі на ендогенні депресії (як в I, так і в II групі) не схильні сприймати психотравмуючі події, які відбуваються з ними, як досвід, при чому в процесі перебігу хвороби фіксація на труднощах поступово знижується.

Аналіз життєстійкості дозволив визначити загальний рівень цього показника: у осіб I групи в 15,63 % випадків був встановлений високий рі-

вень, у 43,75 % - середній та у 40,63 % - низький рівень життєстійкості. У хворих II групи – переважав низький рівень ( $65,57 \pm 6,41$ ) %.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив встановити вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні осіб з високим рівнем життєстійкості серед осіб I групи ( $p < 0,038$ , ДК = 6,78, МІ = 0,42) та осіб без психічних розладів ( $p < 0,0001$ , ДК = 10,22, МІ = 1,60), у той час коли у хворих II групи переважали особи з низьким рівнем життєстійкості ( $p < 0,01$ , ДК = 2,08, МІ = 0,26 та  $p < 0,0001$ , ДК = 7,87, МІ = 2,16 відповідно), а хворі I групи відрізнялись від здорових меншою кількістю осіб з високим рівнем ( $p < 0,024$ , ДК = 3,44, МІ = 0,33) та більшою кількістю осіб з низьким рівнем життєстійкості ( $p < 0,0004$ , ДК = 5,79, МІ = 0,87). Отримані дані свідчать, що особи з повторними депресивними порушеннями відрізняються меншою життєстійкістю, ніж здорові особи та особи I групи, а хворі I групи відрізняються від здорових меншою життєстійкістю, що може являтися ваговою складовою мішеней для психотерапевтичного втручання з метою підвищення життєстійкості та ПРП осіб з ендogenous депресіями.

Аналіз методики Е. Хейма дозволив виділити провідні копінг-стратегії, що були притаманні респондентам на депресивні розлади ендogenous генезу. Усі копінг-стратегії були розділені на три групи: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні та аналізувалися відповідно до перебігу хвороби.

Так, було встановлено, що в I групі 48,96 % осіб схильні були використовувати неадаптивні, 22,92 % – відносно адаптивні та 28,13 % – адаптивні копінг-стратегії (рис. 4.21).

Особи II групи в 83,06 % випадків схильні були використовувати неадаптивні копінг-стратегії, в 10,93 % випадків – відносно адаптивні та лише у 6,01 % випадків – адаптивні копінг-стратегії. Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що особи без психічних розладів відрізнялись

від осіб I и II груп тим, що у більшій мірі схильні були використовувати адаптивні ( $p \leq 0,002$ , ДК = 1,97, МІ = 0,16 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,67, МІ = 1,66 відповідно) та відносно адаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,01$ , ДК = 1,66, МІ = 0,09 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,88, МІ = 0,55 відповідно), у той час коли хворі на означені депресивні розлади – неадаптивні копінг-стратегії ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,45, МІ = 0,46 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,74, МІ = 1,75 відповідно).

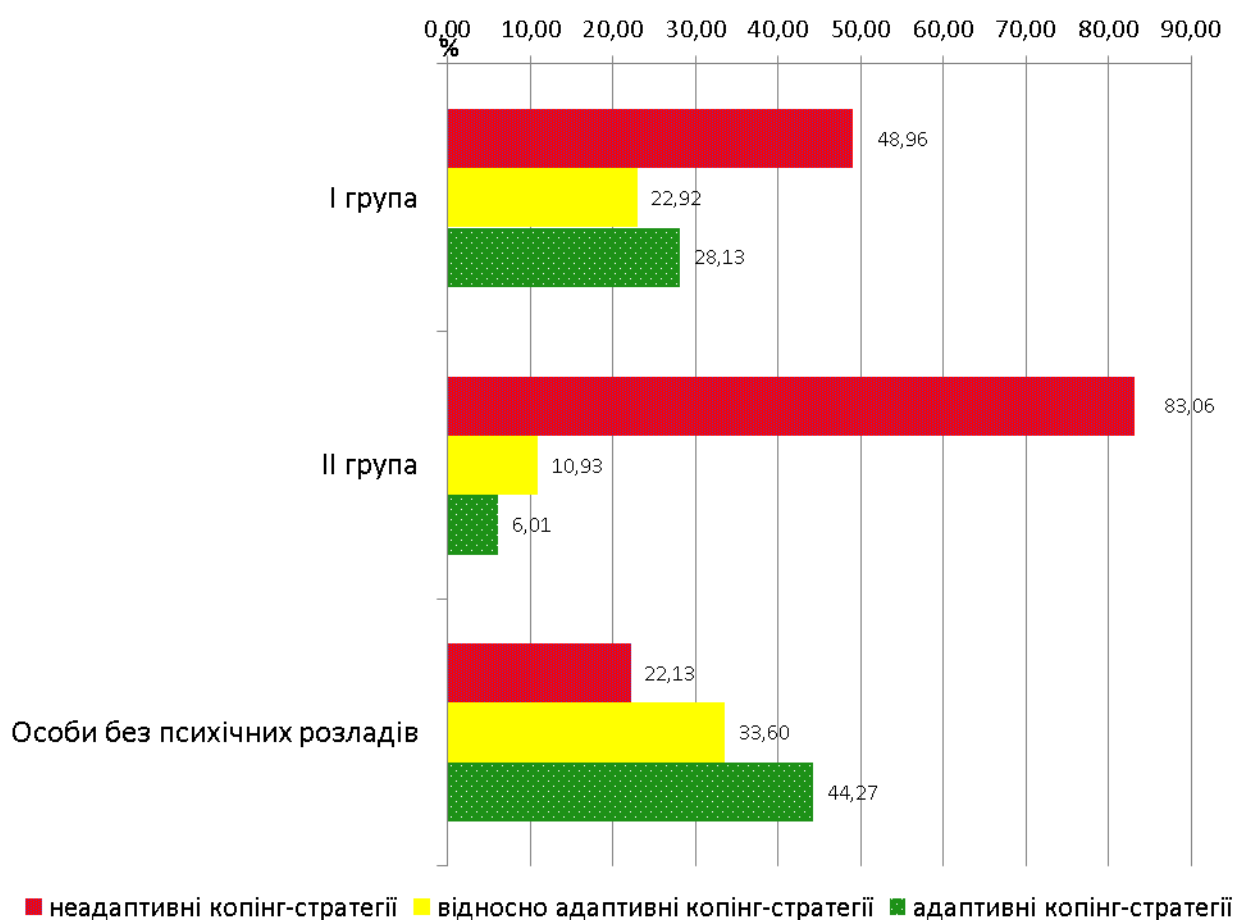


Рис. 4.21. Провідні копінг-стратегії у осіб з депресивними розладами ендогенної генези на різних етапах

Також було встановлено, що особи I групи відрізнялись більшою кількістю осіб з адаптивними та відносно-адаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 6,70, МІ = 0,74 та  $p \leq 0,004$ , ДК = 3,22, МІ = 0,19 відпові-

дно), а особи II – групи – неадаптивними копінг-стратегіями ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,30, МІ = 0,39). Тобто при повторних депресивних епізодах особи схильні були частіше актуалізувати неадаптивні стратегії копінг-поведінки, хоча при першому депресивному епізоді їх частка була значно меншою.

В подальшому проводився більш детальний аналіз копінг-стратегій в залежності від когнітивного, емоційного та поведінкового аспекту. Так, було встановлено, що серед когнітивних копінгів у осіб з ендogenous депресіями в I групі найбільш вираженими була «розгубленість» ( $40,63 \pm 10,10$ ) %, а у хворих II групи – «смирнення» ( $45,90 \pm 5,63$ ) %, що проявлялось у пасивних формах поведінки з відказом від подолання труднощів (рис. 4.22).

Серед емоційних копінг-стратегій у осіб з ендogenous депресією в I групі переважали «агресивність» ( $15,63 \pm 4,63$ ) %, «пригнічення емоцій» ( $15,63 \pm 4,63$ ) % «самозвинувачення» ( $15,63 \pm 4,63$ ) % та «емоційна розрядка» ( $12,50 \pm 3,77$ ) %, що проявлялось, насамперед, в спробах виразити негативні емоції, або, навпаки, їх стримати. В II групі також серед емоційних копінг-стратегій переважали «пригнічення емоцій» ( $47,54 \pm 5,74$ ) %, «покірність» ( $37,70 \pm 4,96$ ) % та «самозвинувачення» ( $32,79 \pm 4,48$ ) %.

При аналізі поведінкових реакцій було визначено, що хворі I групи схильні були використовувати стратегії «співпраця» ( $21,88 \pm 6,24$ ) %, «конструктивна активність» ( $21,88 \pm 6,24$ ) %, «відступ» ( $15,63 \pm 4,63$ ) %, «активне уникнення» ( $12,50 \pm 3,77$ ) % та «звернення» ( $12,50 \pm 3,77$ ) %, що проявлялось в схильності співпрацювати зі значимими (досвідченішими) людьми у подоланні труднощів, або переключатись на інші види діяльності і уникати труднощів або відмовлятися від вирішення проблем. В II групі

переважали наступні поведінкові копінг-стратегії: «відступ» ( $36,07 \pm 4,61$ ) % та «активне уникнення» ( $32,79 \pm 4,48$ ) %.

Були встановлені вірогідні розбіжності між особами з депресивними розладами ендogenous генезу в залежності від перебігу хвороби, що полягали в переважанні розгубленості ( $p \leq 0,0006$ , ДК = 6,16, МІ = 0,95), емоційної розрядки ( $p \leq 0,042$ , ДК = 8,82, МІ = 0,48), оптимізму ( $p \leq 0,03$ ), пасивної кооперації ( $p \leq 0,038$ ), агресивності ( $p \leq 0,01$ , ДК = 9,79, МІ = 0,68), співпраці ( $p \leq 0,002$ , ДК = 11,25, МІ = 1,14) та схильності звертатися за допомогою ( $p \leq 0,01$ ) у осіб I групи, у той час коли у хворих II групи переважали смирення ( $p \leq 0,006$ , ДК = 3,89, МІ = 0,53), придушення емоцій ( $p \leq 0,001$ , ДК = 4,83, МІ = 0,77), покірність ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,82, МІ = 1,87), самозвинувачення ( $p \leq 0,041$ , ДК = 3,22, МІ = 0,28), активне уникнення ( $p \leq 0,02$ , ДК = 4,19, МІ = 0,42) і відступ ( $p \leq 0,022$ , ДК = 3,63, МІ = 0,37).

Тобто при первинних депресивних ендogenous епізодах особи схильні були відчувати розгубленість, активно виражати власні негативні почуття, мали надію на одужання, намагалися вирішити ситуацію за допомогою інших, у той час при повторних депресивних епізодах копінг-стратегії змінюються: респонденти починають стримувати власні негативні емоції, звинувачують себе, намагаються підкоритися долі, уникають вирішення проблем.

Так, осіб з ендogenous депресіями I и II груп відрізняла від здорових більша актуалізація таких копінг-стратегій як «смирення» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 7,20, МІ = 0,55 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,09, МІ = 2,35 відповідно), «придушення емоцій» ( $p \leq 0,03$ , ДК = 6,41, МІ = 0,39 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,24, МІ = 2,47 відповідно), «самозвинувачення» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 8,17, МІ = 0,54 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,39, МІ = 1,73 відповідно), у той час коли особи без психічних розладів відрізнялись від осіб I та II групи при зіткненні зі складною ситуацією збереженням самовладання ( $p \leq 0,03$ , ДК = 4,26, МІ = 0,33 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,82, МІ = 0,96 відповідно), актуа-

лізацією копінгів «проблемний аналіз» ( $p \leq 0,046$ , ДК = 4,05, МІ = 0,29 та  $p \leq 0,0003$ , ДК = 8,61, МІ = 0,88 відповідно), «протест» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 6,22, МІ = 0,62 та  $p \leq 0,0001$  відповідно), «ігнорування» ( $p \leq 0,005$ , ДК = 8,82, МІ = 0,91 та  $p \leq 0,0001$ , ДК = 11,62, МІ = 1,29 відповідно) та «відволікання» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 9,61, МІ = 1,22 та  $p \leq 0,001$ , ДК = 5,42, МІ = 0,55 відповідно).

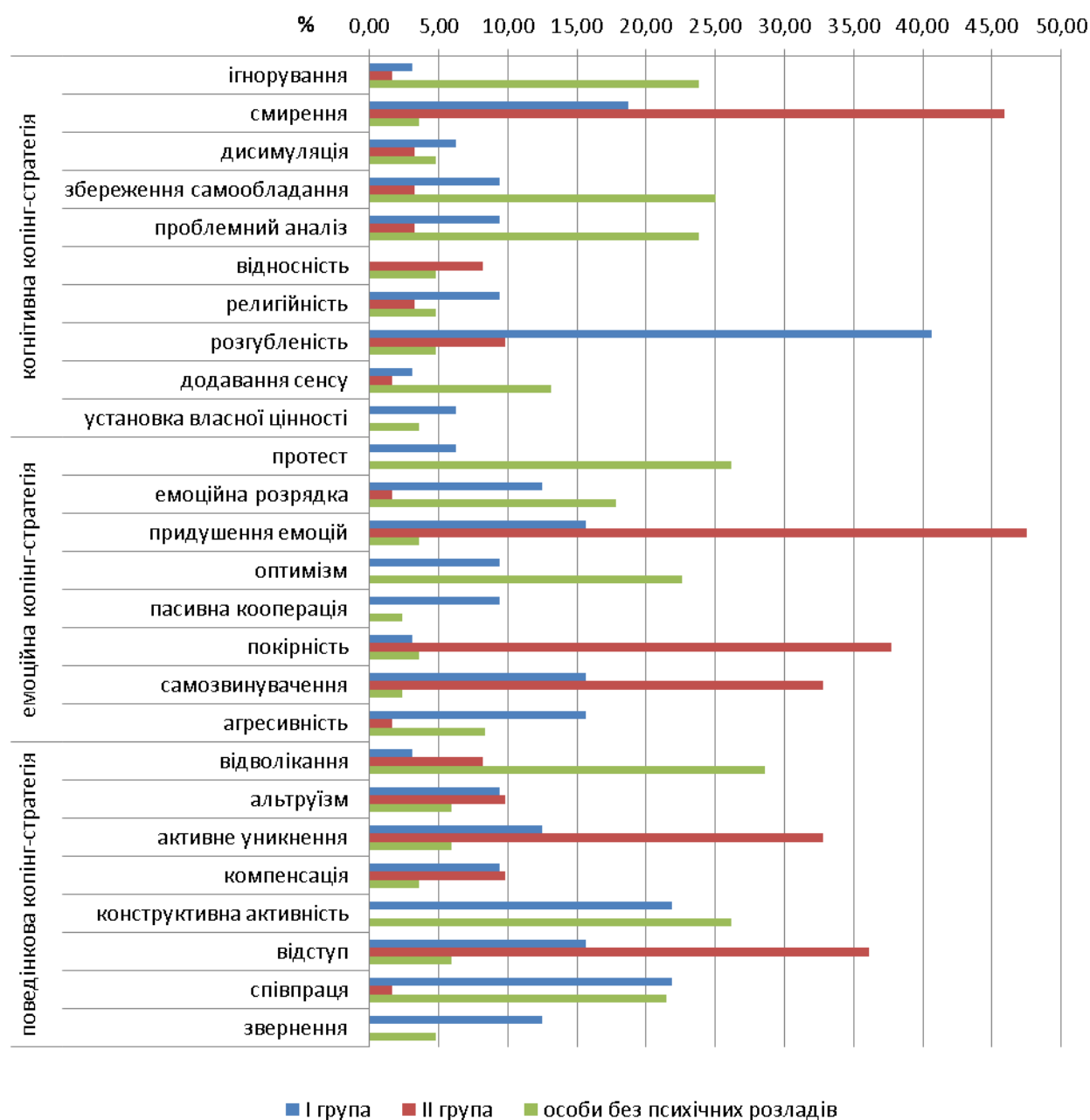


Рис. 4.22. Особливості копінг-стратегії у осіб з ендogenous депресивними розладами на різних етапах



При цьому слід зазначити, що хворі I групи відрізнялись від осіб без психічних розладів більшою вираженістю розгубленості ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 9,31, МІ = 1,67), а особи II групи відрізнялись від здорових переважанням покірності ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 10,»4, МІ = 1,75), активного уникнення ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,41, МІ = 0,99) та відступу ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,82, МІ = 1,18), а здорові відрізнялись від хворих з повторними депресивними епізодами переважанням емоційної розрядки, ( $p \leq 0,001$ , ДК = 10,37, МІ = 0,84), оптимізмом ( $p \leq 0,0001$ ), актуалізацією копінгів «додавання сенсу» ( $p \leq 0,01$ , ДК = 9,02, МІ = 0,52), «конструктивна активність» ( $p \leq 0,0001$ ) та «співпраця» ( $p \leq 0,0002$ , ДК = 11,16, МІ = 1,10).

Отримані дані слід враховувати при визначенні мішеней психотерапевтичного втручання як для первинних осіб з ендogenous депресивними розладами, так і для осіб з рецидивуючим перебігом хвороби.

Визначення адаптаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями ендogenous генези відображені на рис. 4.23.

Було встановлено, що у осіб I та II груп були встановлені низькі показники поведінкової регуляції ( $30,45 \pm 12,76$  та  $34,11 \pm 12,66$  балів відповідно) та комунікативного потенціалу ( $17,32 \pm 10,08$  та  $28,45 \pm 11,12$  балів відповідно), що свідчило про порушення здібності осіб з ендogenous депресією регулювати свою взаємодію з оточуючим середовищем, встановлювати соціальні контакти, характеризувались низьким рівнем нервово-психічної стійкості, емоційною лабільністю та неадекватністю самооцінки.

Особи II групи характеризувались також низькими показниками моральної нормативності ( $10,13 \pm 9,78$  балів), особи I групи – середніми ( $5,78 \pm 3,12$  балів), що проявлялось у зниженні усвідомлення вимог оточення щодо соціальних ролей у осіб з повторними ендogenous депресіями.

Взагалі особистісний адаптаційний потенціал осіб I групи відповідав середньому рівню, а II групи – низькому ( $23,71 \pm 8,96$  балів та  $58,12 \pm 16,11$  балів відповідно), що свідчило про те, що більшість осіб з первинними депресивними епізодами групи могли достатньо легко адаптуватися до нових

обставин, а при повторних депресивних розладах рівень адаптаційного потенціалу знижувався.

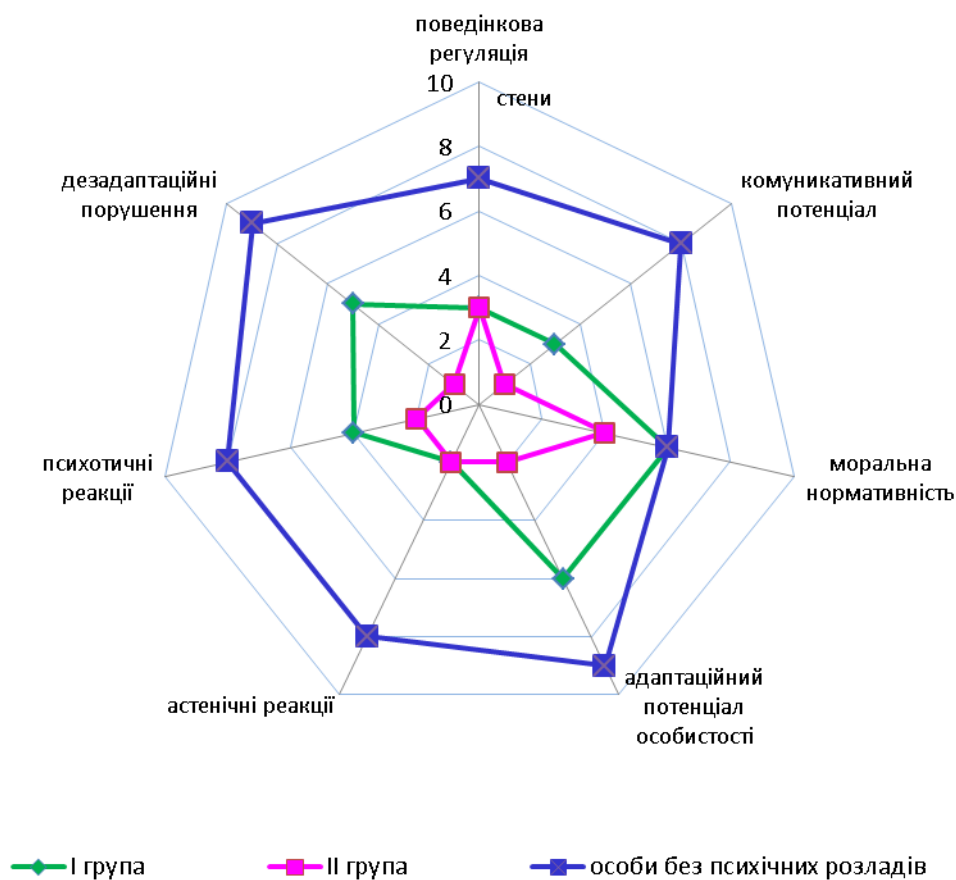


Рис. 4.23. Особливості адаптаційного потенціалу у осіб з ендогенними депресивними розладами на різних етапах

Аналіз дезадаптаційних порушень показав, що у осіб I та II груп був встановлений низький рівень астеничних реакцій ( $32,67 \pm 13,07$  балів та  $34,11 \pm 11,98$  балів відповідно), що проявлялось в високому рівні ситуаційної тривоги, іпохондризації, розладах сну, низької толерантності до несприятливих факторів професійної діяльності, а також у емоційній лабільності та пригніченому настрої у осіб з депресивними розладами ендогенного генезу. Рівень психотичних реакцій та загальних адаптаційних порушень у I групі характеризувались середнім рівнем ( $13,04 \pm 6,11$  балів та

21,56 ± 6,48 балів відповідно), а в II групі – низьким (22,56 ± 7,49 та 51,34 ± 15,05 балів відповідно), що виражалось в наявності нервово-психічного напруження та підвищеної конфліктності у хворих з повторними депресивними епізодами.

В результаті проведення статистичного аналізу було визначено, що здорові особи суттєво відрізнялись від осіб з ендogenous депресивними порушеннями (в I та II групах) більш високим рівнем адаптації за показниками «поведінкова регуляція» ( $t = 3,541, p < 0,001$  та  $t = 3,712, p < 0,001$  відповідно), «комунікативний потенціал» ( $t = 2,254, p < 0,025$  та  $t = 3,581, p < 0,001$  відповідно), «астенічні реакції» ( $t = 3,091, p < 0,01$  та  $t = 4,233, p < 0,0001$  відповідно), «психотичні реакції» ( $t = 2,178, p < 0,05$  та  $t = 2,348, p < 0,025$  відповідно), «дезадаптаційні порушення» ( $t = 3,091, p < 0,01$  та  $t = 4,921, p < 0,0001$  відповідно) та загальний адаптаційний потенціал ( $t = 2,311, p < 0,025$  та  $t = 5,329, p < 0,0001$  відповідно).

Також було встановлено, що особи I групи відрізнялись від II групи більш високим комунікативним та адаптаційним потенціалом ( $t = 2,209, p < 0,025$  та  $t = 3,412, p < 0,001$  відповідно), у той час коли у хворих II групи були більш виражені дезадаптаційні порушення ( $t = 3,105, p < 0,01$ ).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на адаптаційні можливості, адекватність копінг-стратегій та життєстійкість осіб з депресивними розладами ендogenous генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.3.2. Індивідуально-типологічні складові психологічного реабілітаційного потенціалу при ендogenous депресіях на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз особистісних характеристик дозволив виділити первинні фактори, які характеризують осіб з ендogenous депресивними розладами (табл. 4.7).

Так, у осіб I групи переважали наступні характерологічні ознаки: тривожність, напруженість і депресивність ( $14,99 \pm 1,03$ ,  $13,72 \pm 1,23$  та  $14,19 \pm 0,87$  балів відповідно), емоційна лабільність ( $14,34 \pm 0,67$  балів), підпорядкованість ( $5,11 \pm 2,56$  балів), ригідність ( $5,00 \pm 0,01$  балів), самокритика ( $14,34 \pm 0,47$  балів), замріяність ( $12,85 \pm 3,07$  балів), а також уникнення вражень і уваги оточуючих ( $5,23 \pm 1,43$  та  $5,32 \pm 1,89$  балів відповідно) та консерватизм ( $5,02 \pm 2,16$  балів).

Таблиця 4.7

**Вираженість рис особистості у осіб з ендogenous депресивними розладами на різних етапах**

Найменування показників		Особи з ендogenous депресіями (N = 93)		Особи без психічних розладів (N = 182)
		I група (N = 32)	II група (N = 61)	
		M ± σ		
I фактор Екстраверсія-інтроверсія	Активність <sup>3</sup>	7,69 ± 3,23	5,02 ± 0,34	10,65 ± 4,12
	Домінування <sup>2,3</sup>	5,11 ± 2,56	5,03 ± 0,45	9,75 ± 2,15
	Товариськість <sup>2,3</sup>	6,64 ± 3,11	5,14 ± 1,12	10,13 ± 3,65
	Пошук вражень <sup>2,3</sup>	5,23 ± 2,67	5,10 ± 1,54	9,62 ± 4,81
	Пошук уваги <sup>2,3</sup>	5,32 ± 3,22	5,12 ± 1,87	10,65 ± 2,13
II фактор Прихильність-відособленість	Теплота <sup>3</sup>	9,56 ± 4,81	6,46 ± 2,66	10,35 ± 3,67
	Співпраця	6,89 ± 3,21	8,85 ± 3,71	9,95 ± 5,37
	Довірливість <sup>1</sup>	9,57 ± 5,13	5,11 ± 0,45	8,11 ± 5,12
	Розуміння <sup>1</sup>	10,47 ± 5,11	6,85 ± 2,11	10,25 ± 2,65
	Повага інших	9,93 ± 3,09	8,13 ± 3,23	10,95 ± 4,25
III фактор Самоконтроль-імульсивність	Акуратність	9,37 ± 2,89	8,69 ± 4,11	9,95 ± 2,15
	Наполегливість <sup>1,3</sup>	10,86 ± 5,41	5,64 ± 1,23	9,63 ± 5,12
	Відповідальність	10,88 ± 5,32	9,58 ± 2,08	9,95 ± 2,81
	Самоконтроль поведінки	11,85 ± 5,77	8,79 ± 2,56	9,61 ± 3,11
	Передбачливість	11,65 ± 5,49	8,77 ± 2,82	9,65 ± 2,65
IV фактор Емоційність-стриманість	Тривожність <sup>2,3</sup>	14,99 ± 6,29	14,63 ± 1,09	10,02 ± 1,78
	Напруженість <sup>2,3</sup>	13,72 ± 2,11	14,52 ± 1,12	8,15 ± 3,21
	Депресивність <sup>2,3</sup>	14,19 ± 1,17	14,99 ± 1,02	9,85 ± 4,02
	Самокритика <sup>2,3</sup>	14,34 ± 1,13	15,00 ± 0,01	9,22 ± 2,13
	Емоційна лабільність <sup>2,3</sup>	14,34 ± 1,22	15,00 ± 0,01	9,65 ± 2,73

V фактор Експресивність - практичність	Цікавість <sup>2,3</sup>	5,02 ± 2,13	3,40 ± 2,13	10,85 ± 4,13
	Допитливість <sup>1,3</sup>	12,85 ± 4,11	7,47 ± 4,11	11,61 ± 2,76
	Артистичність <sup>1,3</sup>	9,65 ± 3,09	6,13 ± 2,98	11,35 ± 3,56
	Сенситивність <sup>1,3</sup>	10,02 ± 4,66	5,14 ± 1,41	11,22 ± 4,05
	Пластичність <sup>2,3</sup>	5,00 ± 0,05	5,02 ± 0,81	10,05 ± 2,79
<i>Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні <math>p &lt; 0,05</math>: <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.</i>				

У осіб II групи були виражені наступні характерологічні якості: тривожність (14,63 ± 1,01 балів), напруженість (14,52 ± 1,21 балів), депресивність (14,99 ± 0,78 балів), емоційна лабільність (15,00 ± 0,01 балів), самокритичність (15,00 ± 0,01 балів), пасивність (5,02 ± 0,91 балів), підпорядкованість (5,02 ± 0,05 балів), підозрілість (5,11 ± 1,09 балів), замкнутість (5,14 ± 2,03 балів), уникнення вражень та уваги від оточуючих (5,10 ± 3,04 та 5,12 ± 0,11 балів відповідно), ригідність (5,02 ± 0,15 балів), відсутність наполегливості (5,64 ± 1,11 балів), консерватизм (3,40 ± 2,05 балів) та байдужість (5,14 ± 2,19 балів).

Був проведений статистичний аналіз отриманих даних, який дозволив встановити, що I та II групи відрізнялись одна від одної переважанням підозрілості, труднощів в розумінні інших та відсутності наполегливості у осіб з повторними депресивними епізодами ( $t = 3,567$ ,  $p < 0,0001$ ;  $t = 3,422$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,762$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), а особи I групи відрізнялись більшою замріяністю, сенситивністю та артистичністю ( $t = 4,843$ ,  $p < 0,0001$ ;  $t = 3,546$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,498$ ,  $p < 0,0001$  відповідно).

Було також встановлено, що особи з ендогенними депресіями (I та II груп) відрізнялись від осіб без психічних розладів переважанням тривожності ( $t = 3,728$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,011$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), напруженості ( $t = 4,782$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 5,156$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), депресивності ( $t = 3,998$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 4,113$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), емоційної лабільності ( $t = 4,634$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 5,989$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), самокритичності ( $t = 3,176$ ,  $p < 0,0025$  та  $t = 4,092$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), уникненням вражень

( $t = 2,978, p < 0,01$  та  $t = 2,637, p < 0,01$  відповідно) та уваги від оточуючих ( $t = 4,128, p < 0,0001$  та  $t = 4,409, p < 0,0001$  відповідно), підпорядкованістю ( $t = 3,789, p < 0,001$  та  $t = 4,092, p < 0,001$  відповідно), замкнутістю ( $t = 2,789, p < 0,01$  та  $t = 3,451, p < 0,001$  відповідно), консерватизмом ( $t = 4,789, p < 0,0001$  та  $t = 6,613, p < 0,0001$  відповідно) та ригідністю ( $t = 5,189, p < 0,0001$  та  $t = 6,198, p < 0,0001$  відповідно).

Осіб II групи відрізняла від здорових менша реалістичність та артистичність ( $t = 3,789, p < 0,001$  та  $t = 4,092, p < 0,0001$  відповідно), а також нечуттєвість і байдужість і ( $t = 6,089, p < 0,0001$  та  $t = 3,344, p < 0,001$  відповідно), відсутність наполегливості та пасивність ( $t = 3,109, p < 0,01$  та  $t = 4,565, p < 0,0001$  відповідно).

Аналіз результатів дослідження психічної ригідності у осіб з ендogenous депресивними розладами представлені в табл. 4.8. При аналізі показники психічної ригідності були розділені на рівні вираженості: від низького до дуже високого.

Так, у 37,50 % осіб I групи визначався помірний та у 46,88 % - високий рівень загального симптомокомплексу ригідності, який відображав схильність до широкого спектру фіксованих форм поведінки. В II групі у 37,70 % був встановлений високий рівень загального симптомокомплексу ригідності, дуже високий – у 36,07 %, помірний рівень відзначався у 24,59 % хворих.

Актуальна ригідність як нездатність при об'єктивної необхідності змінити думку, ставлення, установку та мотиви була виражена переважно на високому рівні серед осіб I та II групи ( $50,00 \pm 11,40$  % та  $47,54 \pm 5,74$  % відповідно).

Сенситивна ригідність, яка відображає почуття страху перед новим, була виражена у хворих I групи переважно на помірному рівні ( $59,38 \pm 12,21$  %), а у осіб II групи – на високому та дуже високому рівні ( $49,18 \pm 5,84$  % та  $34,43 \pm 4,65$  % відповідно). Особистісний рівень прояву ригідно-

сті був відображений у шкалі «настановна ригідність», яка відображала позицію/настанову на прийняття/неприйняття нового.

Таблиця 4.8

**Вираженість психічної ригідності при ендогенних депресивних розладах на різних етапах**

Найменування показників	Вираженість ригідності	Особи з невротичними депресіями (N = 91)		Особи без психічних розладів (N = 182)
		I група (N = 52)	II Група (N = 39)	
		% ± m%		
Загальна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	9,38 ± 2,88	1,64 ± 0,27	40,48 ± 3,76
	помірний <sup>3</sup>	37,50 ± 9,56	24,59 ± 3,56	50,00 ± 4,26
	високий <sup>2,3</sup>	46,88 ± 11,02	37,70 ± 4,96	7,14 ± 0,83
	дуже високий <sup>1,3</sup>	6,25 ± 1,95	36,07 ± 4,81	2,38 ± 0,28
Актуальна ригідність	низький <sup>1,2,3</sup>	12,50 ± 3,77	1,64 ± 0,27	52,38 ± 4,35
	помірний <sup>3</sup>	28,13 ± 7,69	24,59 ± 3,56	38,10 ± 3,61
	високий <sup>2,3</sup>	50,00 ± 11,40	47,54 ± 5,74	8,33 ± 0,96
	дуже високий <sup>1,3</sup>	9,38 ± 2,88	26,23 ± 3,75	1,19 ± 0,14
Сенситивна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	3,13 ± 0,99	0	36,90 ± 3,53
	помірний <sup>1,3</sup>	59,38 ± 12,21	16,39 ± 2,50	57,14 ± 4,51
	високий <sup>1,2,3</sup>	21,88 ± 6,24	49,18 ± 5,84	3,57 ± 0,42
	дуже високий <sup>1,2,3</sup>	15,63 ± 4,63	34,43 ± 4,65	2,38 ± 0,28
Настановна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	9,38 ± 2,88	8,20 ± 1,31	32,14 ± 3,19
	помірний <sup>2,3</sup>	31,25 ± 8,36	26,23 ± 3,75	60,71 ± 4,58
	високий <sup>2,3</sup>	31,25 ± 8,36	32,79 ± 4,48	3,57 ± 0,42
	дуже високий <sup>2,3</sup>	28,13 ± 7,69	32,79 ± 4,48	3,57 ± 0,42
Ригідність як стан	низький <sup>2,3</sup>	3,13 ± 0,99	0	54,76 ± 4,44
	помірний <sup>3</sup>	25,00 ± 6,98	18,03 ± 2,72	40,48 ± 3,76
	високий <sup>2,3</sup>	31,25 ± 8,36	45,90 ± 5,63	1,19 ± 0,14
	дуже високий <sup>2,3</sup>	40,63 ± 10,10	36,07 ± 4,81	3,57 ± 0,42
Преморбідна ригідність	низький <sup>2,3</sup>	9,38 ± 2,88	6,56 ± 1,06	25,00 ± 2,61
	помірний <sup>3</sup>	50,00 ± 11,40	37,70 ± 4,96	55,95 ± 4,47
	високий <sup>2,3</sup>	34,38 ± 8,98	47,54 ± 5,74	17,86 ± 1,95
	дуже високий <sup>3</sup>	6,25 ± 1,95	8,20 ± 1,31	1,19 ± 0,14

Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.

Серед осіб I групи переважали хворі з помірним та високим рівнями вираженості ( $31,25 \pm 8,36$  % та  $31,25 \pm 8,36$  % відповідно), а серед осіб II

групи – високим та дуже високим ( $32,79 \pm 4,48$  % та  $32,79 \pm 4,48$  % відповідно). Схильність до ригідної поведінки під час стресу, хвороб або поганого настрою визначалась за шкалою «ригідність як стан». У 40,63 % осіб I групи визначався дуже високий рівень, у 31,25 % - високий та у 25,00 % - помірний рівень ригідності як стану. У 45,90 % осіб II групи був встановлений високий рівень, 36,07 % - дуже високий та у 18,03 % - помірний рівень ригідності як стану. За преморбідними ознаками ригідності у хворих I та II груп переважали помірний ( $50,00 \pm 11,40$  % та  $37,70 \pm 4,96$  % відповідно) та високий ( $34,38 \pm 9,98$  % та  $47,54 \pm 5,74$  % відповідно) рівні вираженості.

Статистичний аналіз продемонстрував вірогідні розбіжності між хворими на ендогенні депресивні розлади в залежності від перебігу хвороби, які полягали в переважанні дуже високого рівню загальної та актуальної ригідності ( $p < 0,001$ , ДК=7,61, МІ=1,13 та  $p < 0,034$ , ДК=4,47, МІ=0,38 відповідно), високого та дуже високого рівню сенситивної ригідності ( $p < 0,006$ , ДК=3,52, МІ=0,48 та  $p < 0,031$ , ДК=3,43, МІ=0,32 відповідно) у осіб II групи, у той час коли в I групі переважали особи з низьким рівнем актуальної ригідності ( $p < 0,042$ , ДК=8,82, МІ=0,48) та помірним рівнем сенситивної ригідності ( $p < 0,0001$ , ДК=5,59, МІ=1,20).

Були також отримані розбіжності між особами без психічних розладів та особами з ендогенними депресіями, які полягали в переважанні низького рівню загальної ( $p < 0,0006$ , ДК=6,35, МІ=0,99), актуальної ( $p < 0,0001$ , ДК=6,22, МІ=1,24), сенситивної ( $p < 0,0001$ , ДК=10,72, МІ=1,81), преморбідної ригідності ( $p < 0,036$ , ДК=4,26, МІ=0,33) та ригідності як стану ( $p < 0,0001$ , ДК=12,44, МІ=3,21) і низького та помірного рівню настановної ригідності ( $p < 0,007$ , ДК=5,35, МІ=0,61 та  $p < 0,003$ , ДК=2,88, МІ=0,42 відповідно) серед осіб без психічних розладів у порівнянні з особами I групи, при яких було більше хворих з високим рівнем загальної ( $p < 0,0001$ , ДК=8,17, МІ=1,62), актуальної ( $p < 0,0001$ , ДК=7,78, МІ=1,62) та преморбідної ригідності ( $p < 0,033$ , ДК=2,84, МІ=0,33) та високим та дуже



високим рівнями сенситивної ( $p < 0,003$ , ДК=7,87, МІ=0,72 та  $p < 0,01$ , ДК=8,17, МІ=0,54 відповідно), настановної ригідності ( $p < 0,0001$ , ДК=9,42, МІ=1,30 та  $p < 0,0003$ , ДК=8,96, МІ=1,10 відповідно) та ригідності як реакції на стрес ( $p < 0,0001$ , ДК=14,19, МІ=2,13 та  $p < 0,0001$ , ДК=10,56, МІ=1,96 відповідно). Особи II групи відрізнялись від здорових переважанням високого та дуже високого рівню психічної ригідності ( $p < 0,0001$ , ДК=4,25, МІ=0,63 та  $p < 0,042$ , ДК=8,38, МІ=0,29 відповідно), а особи без психічних розладів – низького та помірного рівнів за всіма показниками психічної ригідності ( $p < 0,002$ , ДК=5,81, МІ=0,54 та  $p < 0,001$ , ДК=3,08, МІ=0,39 відповідно).

Вивчення провідного ставлення до захворювання у осіб з депресивними розладами ендogenous генезу показало, що у осіб I групи переважав змішаний тип ставлення до хвороби, що полягав в поєднанні та переважанні неврастенічного ( $46,88 \pm 11,02$ ) %, меланхолійного ( $46,88 \pm 11,02$ ) % та тривожного ( $43,75 \pm 10,58$ ) % типів ставлення до хвороби, і проявлялось в роздратованості, тривожному та пригніченому настрої та песимістичному ставленні до лікування (рис. 4.24).

У осіб II групи також був встановлений змішаний тип ставлення до хвороби, що виражався в переважанні меланхолійного ( $34,43 \pm 4,65$ ) %, апатичного ( $32,79 \pm 4,48$ ) % та іпохондричного ( $29,51 \pm 4,13$ ) % типів ставлення до хвороби, і проявлялось у зосередженості та фіксації на власних відчуттях, песимістичному та апатичному ставленні до лікування.

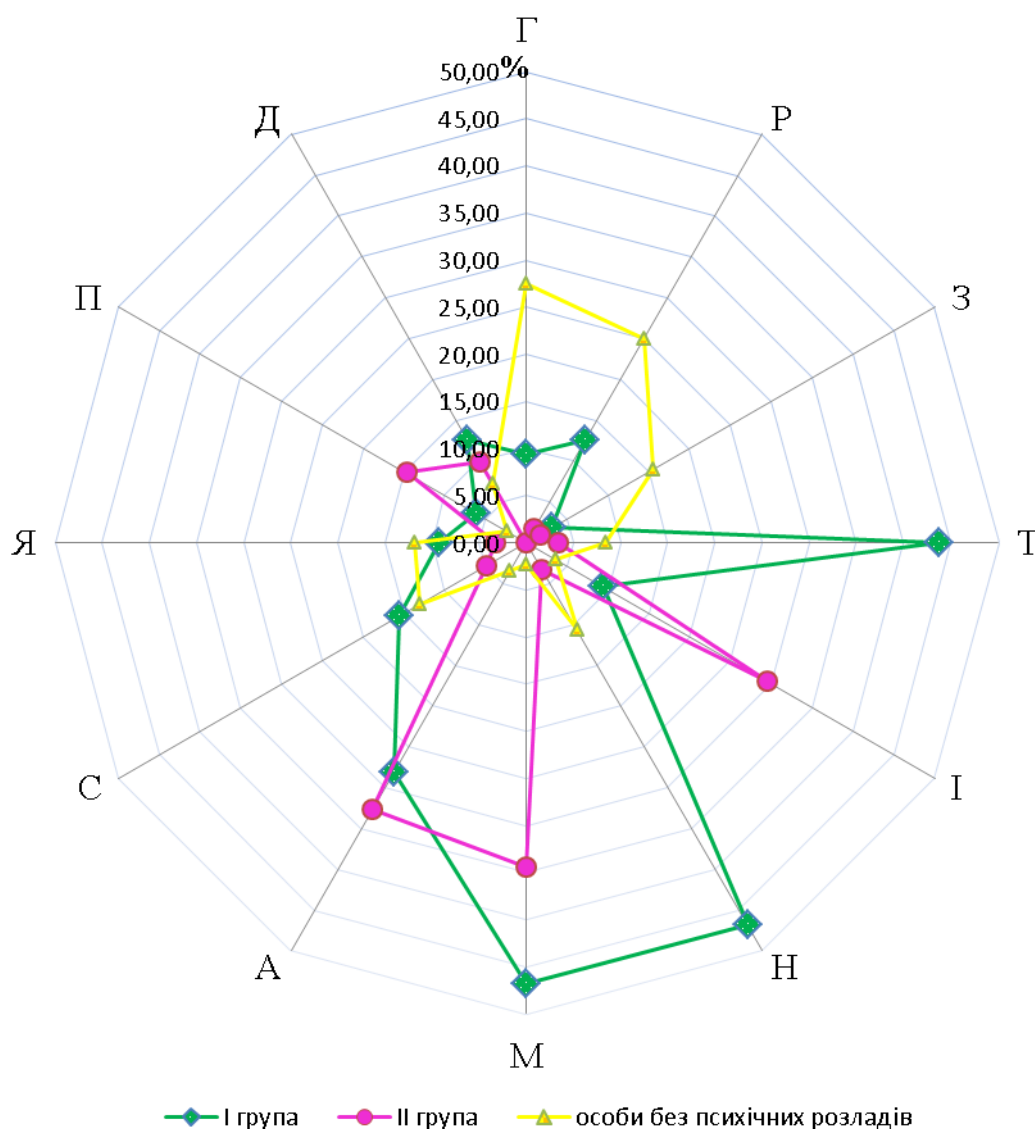
Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що серед осіб I групи було більше осіб з гармонійним, ергопатичним, тривожним та неврастенічним ( $p < 0,038$ ;  $p < 0,042$ , ДК=8,82, МІ=0,48;  $p < 0,0001$ , ДК=11,25, МІ=2,28 та  $p < 0,0001$ , ДК=11,55, МІ= 2,52 відповідно) типами ставлення до хвороби, у той час коли особи II групи відрізнялись переважанням іпохондричного, ставлення до хвороби ( $p < 0,01$ , ДК=4,98, МІ= 0,50).

Тобто серед осіб з первинними депресивними епізодами було більше осіб з адаптивним ставленням до хвороби, а також більше осіб з тривожним та неврастенічним, що відображало емоційну реакцію неприйняття симптомів хвороби, у той час коли особи з повторними депресивними розладами були більш зосереджені на власних симптомах, схильні були на них фіксуватися та підкреслювати їх тяжкість.

При порівнянні осіб з ендогенною депресією з особами без психічних розладів було доведено, що у здорових осіб переважали адаптивні реакції на хворобу: гармонійний ( $p < 0,022$ , ДК=4,65, МІ=0,42 та  $p < 0,0001$  відповідно) та анозогнозичний (та  $p < 0,049$ , ДК=6,95, МІ=0,43 та  $p < 0,003$ , ДК=9,75, МІ=0,67 відповідно) у співставленні з I та II групами та ергопатичний типи ( $p < 0,0001$ , ДК=11,83, МІ=1,38) у співставленні з II групою, у той час коли у хворих на ендогенні депресії (в I та II групах) переважали дезадаптивні інтрапсихічні типи ставлення до хвороби: меланхолійний ( $p < 0,0001$ , ДК=12,94, МІ=2,88 та  $p < 0,0001$ , ДК=11,60, МІ=1,86 відповідно) та апатичний ( $p < 0,0003$ , ДК=8,96, МІ=1,10 та  $p < 0,0001$ , ДК=9,63, МІ=1,41 відповідно).

Також було визначено, що особи з первинними депресивними епізодами відрізнялись від здорових переважанням тривожного та неврастенічного типів ставлення до хвороби ( $p < 0,0001$ , ДК=7,20, МІ=1,28 та  $p < 0,0001$ , ДК=6,41, МІ=1,16 відповідно), а в II групі переважали іпохондричний та паранойяльний типи ставлення до хвороби ( $p < 0,0001$ , ДК=9,17, МІ=1,19 та  $p < 0,005$ , ДК=7,92, МІ=0,49 відповідно),

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на особливості особистості, психічну пластичність та внутрішню картину хвороби осіб з депресивними розладами ендогенного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.



*Примітка: Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогнозичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолійний; А – апатичний; С – сенситивний; Я – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний.*

Рис. 4.24. Представленість типів ставлення до хвороби у осіб з депресивними розладами ендогенної генези на різних етапах

4.3.3. Ціннісно-мотиваційні складові психологічного реабілітаційного потенціалу респондентів з депресивними розладами ендогенного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз результатів особливостей цін-

нісно-мотиваційної сфери дозволив визначити, що у осіб I групи ієрархія цінностей представлена наступними цінностями в порядку зменшення важливості: доброта ( $48,58 \pm 9,89$ ) %, безпека ( $48,08 \pm 10,03$ ) %, традиції ( $34,16 \pm 7,39$ ) % та конформність ( $30,11 \pm 8,32$ ) % (рис. 4.25). Тобто для осіб I групи важливими були благополуччя в повсякденній взаємодії з людьми, підтримка соціальної та індивідуальної безпеки, підтримання традицій та соціальних норм та уникання дій, що не відповідають соціальним очікуванням.

У осіб II групи ієрархія цінностей визначалася наступними потребами: конформність ( $60,13 \pm 15,45$ ) %, традиції ( $52,14 \pm 14,22$ ) % та безпека ( $28,16 \pm 5,92$ ) %. Тобто для осіб II групи важливим було, насамперед, стримування спонукань, що можуть викликати осуд в суспільстві, дотримання традицій і бажання безпечного існування. При цьому слід зазначити, що у осіб II групи спостерігалось загальне зниження мотиваційних цілей та взагалі власно цілі являлись скоріше «просоціальними», ніж особистісними.

Були визначені вірогідні розбіжності, що полягали у переважанні серед осіб I групи потреби у підтримуванні доброзичливих стосунків ( $t = 4,327$ ,  $p < 0,0001$ ), досягнення задоволення ( $t = 2,167$ ,  $p < 0,05$ ) та безпеки ( $t = 2,432$ ,  $p < 0,025$ ), у той час коли для осіб II групи було більш важливим дотримання дій, які схвалюються суспільством та традицій ( $t = 4,512$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,119$ ,  $p < 0,0025$  відповідно).

Статистичний аналіз результатів також дозволив визначити відмінності між особами без психічних розладів та хворими на ендогенні депресивні розлади. Так, вираженість та цінність таких мотиваційних компонентів як доброта ( $t = 2,189$ ,  $p < 0,05$  та  $t = 3,913$ ,  $p < 0,001$  відповідно), універсальність ( $t = 3,091$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 3,102$ ,  $p < 0,001$  відповідно), самостійність ( $t = 6,978$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 10,451$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), стимуляція ( $t = 3,481$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 5,096$ ,  $p < 0,0001$  відповідно),

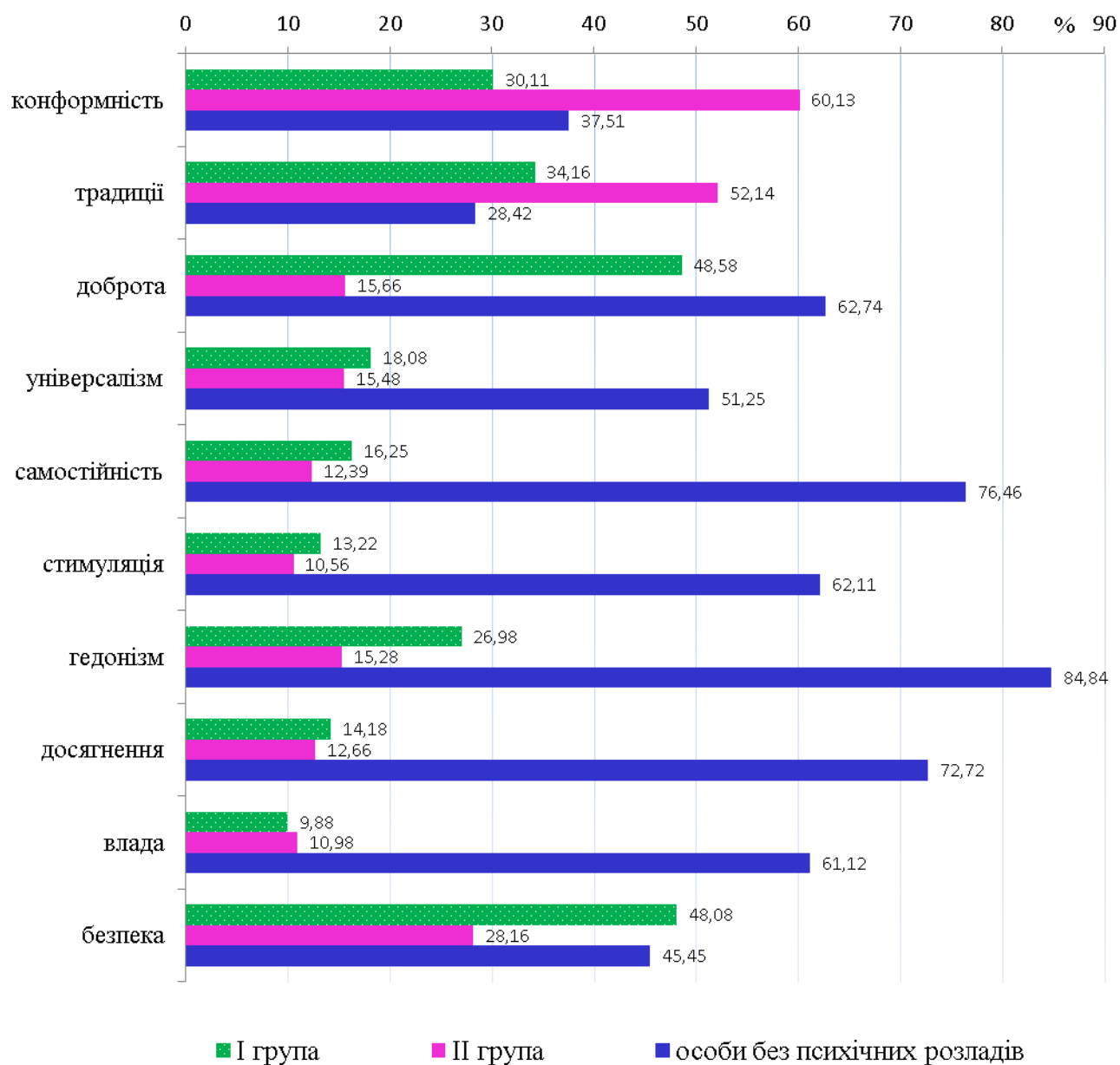


Рис. 4.25. Особливості ціннісно-мотиваційної сфери у осіб з депресивними розладами ендогенної генези на різних етапах

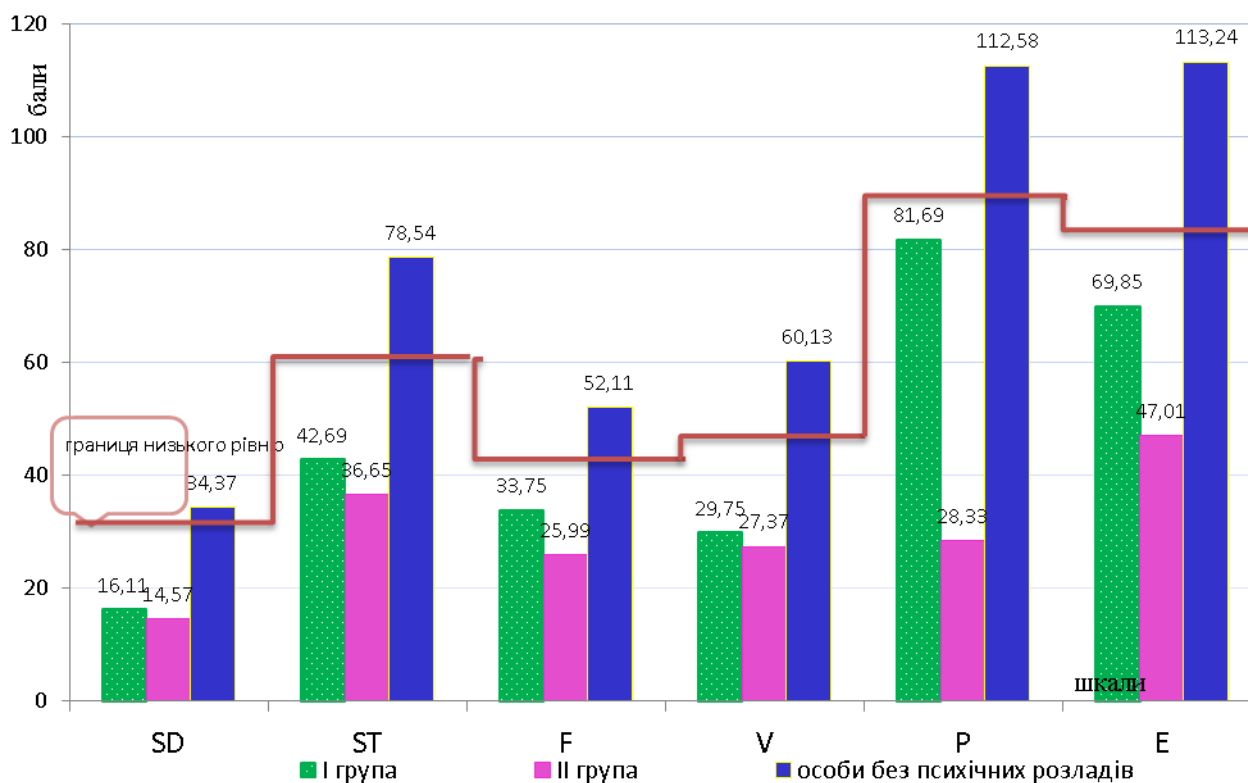
гедонізм ( $t = 4,228$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 6,412$ ,  $p < 0,0001$  відповідно), досягнення ( $t = 4,681$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 6,996$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) та влада ( $t = 3,934$ ,  $p < 0,0001$  та  $t = 3,910$ ,  $p < 0,0001$  відповідно) значно перевищувала ці показники у здорових осіб в порівнянні з хворими I та II груп, що свід-

чить про збіднення ціннісно-сислової сфери та спустошення спонукальних мотивів при депресивних розладах ендogenous генезу, у той час коли особи II групи відрізнялись від здорових потребами у конформності та підтримки традицій ( $t = 3,415$ ,  $p < 0,001$  та  $t = 2,987$ ,  $p < 0,01$  відповідно). Також аналізувалися особливості екзистенціальної наповненості, осмисленості та задоволеності різними аспектами власного життя у осіб з ендogenous депресіями. Так, у осіб I та II групи визначався низькі показники за всіма шкалами екзистенціальної наповненості: самодистанціювання ( $16,11 \pm 3,47$  та  $14,57 \pm 4,12$  балів відповідно), самотрансценденції ( $42,69 \pm 13,41$  та  $36,65 \pm 12,98$  балів відповідно), свободи ( $33,75 \pm 18,22$  та  $25,99 \pm 10,06$  балів відповідно), відповідальності ( $29,75 \pm 8,45$  та  $27,37 \pm 5,98$  балів відповідно), персональності ( $81,69 \pm 23,19$  та  $28,33 \pm 10,04$  балів відповідно) екзистенційності ( $69,85 \pm 21,08$  та  $47,01 \pm 22,04$  відповідно) та загальної екзистенціальної наповненості ( $140,76 \pm 31,09$  та  $86,12 \pm 28,59$  відповідно) (рис. 4.26).

Тобто особи з ендogenous депресіями характеризувались наявністю труднощами в когнітивній та емоційній оцінці ситуації, відчували труднощі у формуванні власної позиції та рішень, характеризувались замкнутістю, відсутністю відповідальної включеності в життя (обумовленою почуттям провини), блокуванням персональних здібностей, наявністю бездіяльності та екзистенціальної невиконаності.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні розбіжності між особами, які полягали в переважанні показників персональності ( $t = 4,823$ ,  $p < 0,0001$ ), екзистенціальності ( $t = 2,891$ ,  $p < 0,01$ ) та екзистенціальної наповненості ( $t = 2,812$ ,  $p < 0,01$ ) у осіб I групи, що свідчить про більш вагомий порушення ціннісно-сислової сфери у осіб з повторними депресивними розладами. Були також встановлені вірогідні розбіжності між особами без психічних розладів та особами з ендogenous депресіями

(в I та II групах), що полягали в більш високих показниках екзистенціальної наповненості у здорових ( $p < 0,005$ ).



*Примітка: SD – самодистанціювання; ST – самотрансценденція; F – свобода; V – відповідальність; P – персональність; E – екзистенційність; G – загальний показник екзистенціальної наповненості.*

Рис. 4.26. Особливості екзистенціальної наповненості у осіб з депресивними розладами ендогенної генези на різних етапах

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на особливості ціннісно-мотиваційної сфери та екзистенціальної наповненості осіб з депресивними розладами ендогенного генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

4.3.4. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій респондентів з депресивними порушеннями ендогенного генезу на ініціальному та хронічному етапі. Аналіз особливостей соціального

функціонування в різних сферах у осіб з депресивними порушеннями ендогенного генезу дозволив визначити сфери найбільшої травматизації та незадоволеності у осіб обох груп (рис. 4.27). Так, було встановлено, що особи I групи були незадоволені, перш за все, стосунками з родичами ( $42,05 \pm 13,29$ ) % та подружжям ( $39,12 \pm 10,92$ ) %, а особи II групи відчували недостатню задоволеність як сімейними відносинами і стосунками з родичами ( $41,64 \pm 12,04$  % та  $54,13 \pm 15,07$  % відповідно), так і професійною й соціальною сферами ( $43,78 \pm 11,78$  % та  $45,68 \pm 12,87$  % відповідно).

Були встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні загальної незадоволеності соціальними функціонуванням ( $t = 2,219$ ,  $p < 0,05$ ), особливо стосунками з родичами та професійній сфері у осіб II групи ( $t = 2,199$ ,  $p < 0,05$  та  $t = 3,002$ ,  $p < 0,025$  відповідно). Статистичний аналіз результатів також продемонстрував, що загальний рівень незадоволеності соціальним функціонуванням ( $t = 2,723$ ,  $p < 0,025$ ), стосунками з родичами ( $t = 3,322$ ,  $p < 0,01$ ), професійною та соціальною сферами ( $t = 2,345$ ,  $p < 0,05$  та  $t = 2,389$ ,  $p < 0,025$  відповідно) був вищим у осіб з повторними депресіями, ніж у здорових, а особи I групи відрізнялись від осіб без психічних розладів більшою незадоволеністю стосунками з родичами ( $t = 2,176$ ,  $p < 0,05$ ).

Тобто зниження задоволеності соціальним функціонуванням відрізняло осіб з повторними депресивними епізодами.

Аналіз компонентів психологічного благополуччя показав, що, у більшості осіб I групи був встановлений середній рівень життєвої задоволеності ( $50,00 \pm 11,40$ ) %, у осіб II групи – низький ( $60,66 \pm 6,34$ ) % рівень життєвої задоволеності (табл. 4.10).

У більшості осіб I групи був встановлений середній рівень інтересу до життя ( $46,88 \pm 11,02$ ) %, позитивної оцінки себе ( $62,50 \pm 12,35$ ) % та загального фону настрою ( $65,63 \pm 12,41$ ) %, що свідчило про помірний інтерес до життя та задовільну самооцінку. У 40,63 % хворих був встановлений низький, у 31,25 % – середній та у 28,13 % – високий рівень послідов-



ності у досягненні цілей, що свідчило про те, що особи з первинними депресіями ще мають рішучість у подоланні труднощів. У 34,38 % визначався високий, у 31,25 % – середній та у 34,38 % низький рівні узгодженості у досягненні цілей, що відображає відсутність вираженої позиції щодо можливості самостійного досягнення цілей.

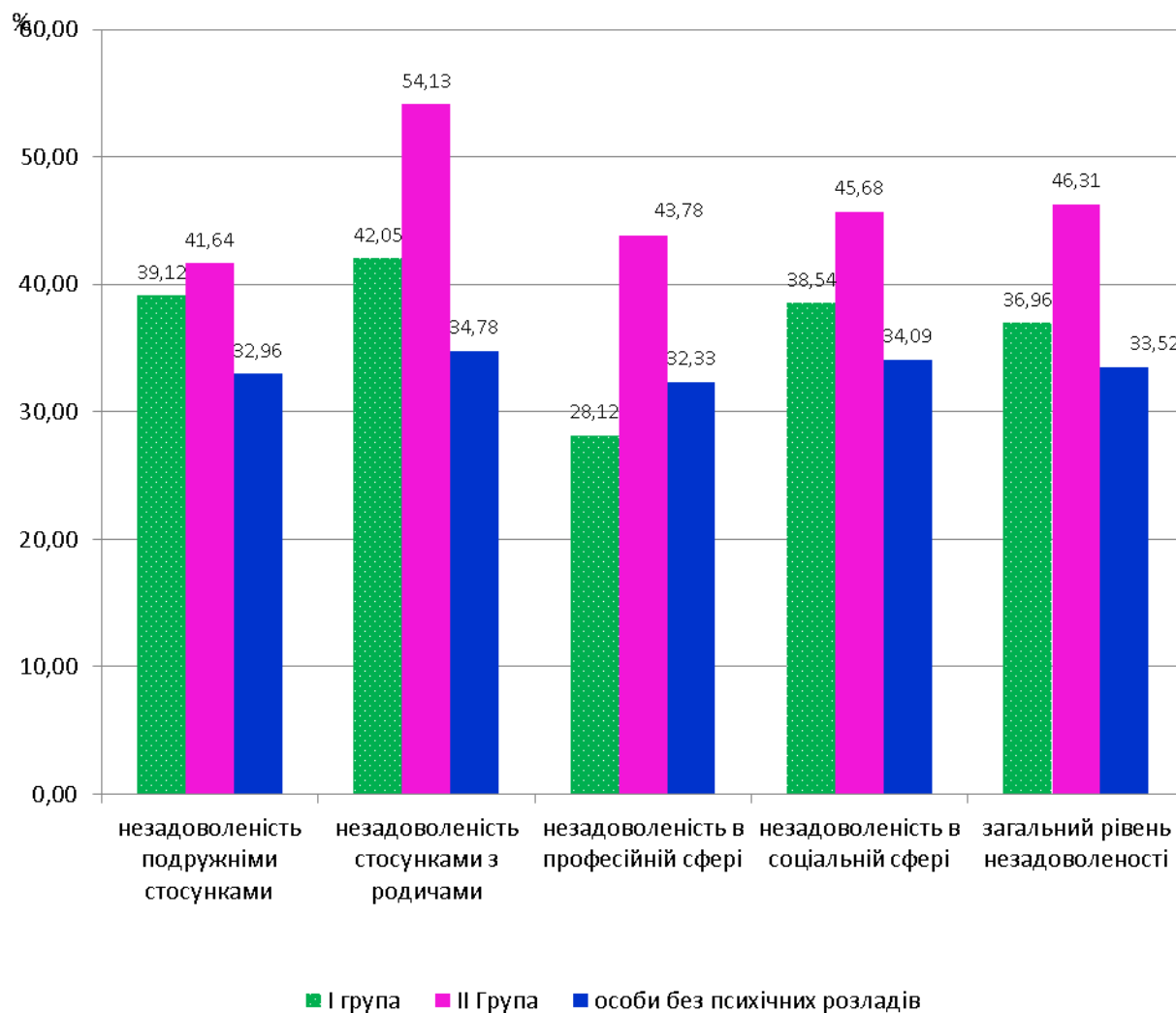


Рис. 4.27. Особливості соціального функціонування осіб з депресивними порушеннями ендогенної генези на різних етапах

У респондентів II групи визначався переважно середній та низький рівні інтересу до життя ( $40,98 \pm 5,25$  % та  $57,38$  %  $\pm 6,24$  відповідно), послідовності ( $45,90 \pm 5,63$  % та  $47,54$  %  $\pm 5,74$  відповідно) та узгодженості у досягненні цілей ( $45,90 \pm 5,63$  % та  $40,98$  %  $\pm 5,25$  відповідно), а також переважання низького рівню позитивної оцінки себе та загального фону на-

строю ( $78,69 \pm 6,05$  % та  $68,85$  %  $\pm 6,40$  відповідно). Тобто особи з повторними депресіями характеризувались песимістичним сприйняттям, зниженням інтересу до життя, пасивністю, зниженням самооцінки та віри у власні сили щодо подолання проблем.

Таблиця 4.9

**Особливості психологічного благополуччя у осіб з невротичними депресивними порушеннями на різних етапах (за результатами тесту «ІЖЗ»)**

Найменування показників	Рівень вираженості	Особи з невротичною депресією (N = 93)		Особи без психічних розладів N = 182
		I група	II група	
		N = 32	N = 61	
		% $\pm$ m%		
Індекс життєвої задоволеності	високий <sup>3</sup>	25,00 $\pm$ 6,98	4,92 $\pm$ 0,80	32,14 $\pm$ 3,19
	середній <sup>3</sup>	50,00 $\pm$ 11,40	34,43 $\pm$ 4,65	47,62 $\pm$ 4,15
	низький <sup>1,3</sup>	25,00 $\pm$ 6,98	60,66 $\pm$ 6,34	20,24 $\pm$ 2,18
Інтерес до життя	високий <sup>1,3</sup>	25,00 $\pm$ 6,98	1,64 $\pm$ 0,27	38,10 $\pm$ 3,61
	середній	46,88 $\pm$ 11,02	40,98 $\pm$ 5,25	45,24 $\pm$ 4,03
	низький <sup>1,3</sup>	28,13 $\pm$ 7,69	57,38 $\pm$ 6,24	16,67 $\pm$ 1,83
Послідовність у досягненні цілей	високий <sup>1,3</sup>	28,13 $\pm$ 7,69	6,56 $\pm$ 1,06	29,76 $\pm$ 3,01
	середній	31,25 $\pm$ 8,36	45,90 $\pm$ 5,63	46,43 $\pm$ 4,09
	низький <sup>2,3</sup>	40,63 $\pm$ 10,10	47,54 $\pm$ 5,74	23,81 $\pm$ 2,50
Узгодженість між цілями та досягненнями	високий <sup>1,3</sup>	34,38 $\pm$ 8,98	13,11 $\pm$ 2,04	34,52 $\pm$ 3,37
	середній	31,25 $\pm$ 8,36	45,90 $\pm$ 5,63	40,48 $\pm$ 3,76
	низький <sup>3</sup>	34,38 $\pm$ 8,98	40,98 $\pm$ 5,25	25,00 $\pm$ 2,61
Позитивна оцінка себе	високий <sup>1,3</sup>	21,88 $\pm$ 6,24	3,28 $\pm$ 0,54	23,81 $\pm$ 2,50
	середній <sup>1,3</sup>	62,50 $\pm$ 12,35	18,03 $\pm$ 2,72	61,90 $\pm$ 4,60
	низький <sup>1,3</sup>	15,63 $\pm$ 4,63	78,69 $\pm$ 6,05	14,29 $\pm$ 1,59
Загальний фон настрою	високий <sup>1,2,3</sup>	18,75 $\pm$ 5,45	3,28 $\pm$ 0,54	36,90 $\pm$ 3,53
	середній <sup>1,2,3</sup>	65,63 $\pm$ 12,41	27,87 $\pm$ 3,94	45,24 $\pm$ 4,03
	низький <sup>1,3</sup>	15,63 $\pm$ 4,63	68,85 $\pm$ 6,40	17,86 $\pm$ 1,95

*Примітка: Вірогідність розбіжностей на рівні  $p < 0,05$ : <sup>1</sup> - між особами I та II групи; <sup>2</sup> - між особами I групи та особами без психічних розладів; <sup>3</sup> - між особами II групи та особами без психічних розладів.*

Був проведений порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя, який дозволив визначити, що загальний індекс життєвої задоволеності був вищим у осіб I групи ( $p < 0,0008$ , ДК = 3,85, МІ = 0,69), що

проявлялось у більшій кількості осіб з високим рівнем інтересу до життя, послідовності та узгодженості у досягненні цілей ( $p < 0,0006$ , ДК = 11,83, МІ = 1,38;  $p < 0,005$ , ДК = 6,32, МІ = 0,68 та  $p < 0,01$ , ДК = 4,18, МІ = 0,44 відповідно), високим та середнім рівнем позитивної оцінки себе ( $p < 0,006$ , ДК = 8,24, МІ = 0,77 та  $p < 0,0001$ , ДК = 5,40, МІ = 1,20 відповідно) та загального фону настрою ( $p < 0,01$ , ДК = 7,57, МІ = 0,59 та  $p < 0,0003$ , ДК = 3,72, МІ = 0,70 відповідно), у той час коли особи II групи відрізнялись переважанням осіб з низьким рівнем інтересу до життя ( $p < 0,004$ , ДК = 3,10, МІ = 0,45), позитивної оцінки себе ( $p < 0,0001$ , ДК = 7,02, МІ = 2,21) та загального фону настрою ( $p < 0,001$ , ДК = 6,44, МІ = 1,71).

Були також отримані достовірні відмінності між особами з ендогенними депресіями та особами без психічних розладів, які полягали переважанням низького рівню послідовності у досягненні цілей та середнього рівню загального фону настрою серед осіб I групи ( $p < 0,037$ , ДК = 2,32, МІ = 0,20 та  $p < 0,024$ , ДК = 1,62, МІ = 0,16 відповідно), а у здорових – високого рівню загального фону настрою ( $p < 0,031$ , ДК = 2,94, МІ = 0,27), що свідчило про наявність нерішучості у досягненні цілей та зниженого фону настрою при первинних депресивних реакціях.

Особа II групи відрізнялись від здорових переважанням осіб з низьким рівнем індексу життєвої задоволеності ( $p < 0,0001$ , ДК = 4,77, МІ = 0,96), інтересом до життя ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,37, МІ = 1,09), послідовності та узгодженості цілей ( $p < 0,001$ , ДК = 3,00, МІ = 0,36 та  $p < 0,01$ , ДК = 2,15, МІ = 0,17 відповідно), позитивної оцінки себе ( $p < 0,0001$ , ДК = 7,41, МІ = 2,39) та загального фону настрою ( $p < 0,0001$ , ДК = 5,46, МІ = 1,49), а здорові – переважанням осіб з високим та середнім рівнями життєвої задоволеності ( $p < 0,0001$ , ДК = 8,15, МІ = 1,11 та  $p < 0,03$ , ДК = 1,41, МІ = 0,09 відповідно), впевненості та рішучості у досягненні цілей ( $p < 0,0002$ , ДК = 6,57, МІ = 0,76 та  $p < 0,001$ , ДК = 4,20, МІ = 0,45 відповідно), високого інтересу до життя ( $p < 0,0001$ , ДК = 13,66, МІ = 2,49), високого та середнього рівню позитивної оцінки себе ( $p < 0,0003$ , ДК = 8,61, МІ = 0,88 та  $p <$

0,0001, ДК = 5,36, МІ = 1,18 відповідно) та загального фону настрою ( $p < 0,0001$ , ДК = 10,57, МІ = 1,77 та  $p < 0,0001$ , ДК = 5,86, МІ = 1,49 відповідно), що свідчило про зниження психологічного благополуччя осіб з повторними депресіями.

Для розуміння впливу перебігу хвороби на міжособистісні комунікації були проаналізовані стосунки у сім'ї, як найбільш референтної зони соціального оточення (рис. 4.28).

Аналіз стосунків між членами родини, які були характерні для осіб з депресивними порушеннями ендogenous генезу показав, що, у хворих I групи відзначався знижений рівень згуртованості, експресивності та контролю ( $3,27 \pm 1,44$ ;  $3,15 \pm 1,65$  та  $3,79 \pm 2,09$  стенів відповідно), що вказувало на відсутність достатньої близькості між членами родини, зниження можливості відкритого вираження позитивних та негативних почуттів. У осіб II групи був встановлений низький рівень згуртованості та експресивності ( $1,38 \pm 0,94$  та  $2,07 \pm 1,13$  стенів відповідно) та знижений рівень конфліктності ( $3,02 \pm 1,65$  стенів), що свідчило про відчуття відчуженості між членами родини, уникнення вираження почуттів та конфліктів.

Аналіз можливостей та напрямків особистісного росту у межах сімейної системи продемонстрував, що особи I групи характеризувались зниженими показниками орієнтації на незалежність ( $3,15 \pm 1,15$  стенів), досягнення ( $3,07 \pm 1,08$  стенів), низькими показниками інтелектуально-культурної орієнтації ( $2,63 \pm 0,31$  стенів) та орієнтації на активний відпочинок ( $2,53 \pm 1,11$  стенів) та середніми показниками орієнтації на морально-етичні аспекти ( $5,23 \pm 2,71$  стенів). Тобто члени родини осіб з первинними депресивними порушеннями схильні були підтримувати моральні та етичні норми, однак недостатньо спонукали своїх членів до активного відпочинку, самостійності у прийнятті рішень, особистих досягнень та підтримання інтересів культурного, соціального та політичного життя. В II групі визначався низький рівень незалежності, орієнтації на досягнення, культурної орієнтації та активного відпочинку ( $1,57 \pm 0,24$ ;  $2,11 \pm 0,92$  та

1,15 ± 1,56 та 1,16 ± 2,65 стенів відповідно) та високий рівень орієнтації на морально-етичні аспекти (7,16 ± 3,82 стенів). Тобто родини осіб з повторними депресивними розладами ендогенного генезу не спрямовані на особистісний ріст їх членів у межах сімейної системи: члени родини не схвалювали самостійність осіб, не спонукали їх до активного проведення дозвілля, участі у інтелектуальному, культурному та політичному житті родини, але були орієнтовані на підтримання морально-етичних нормативів.

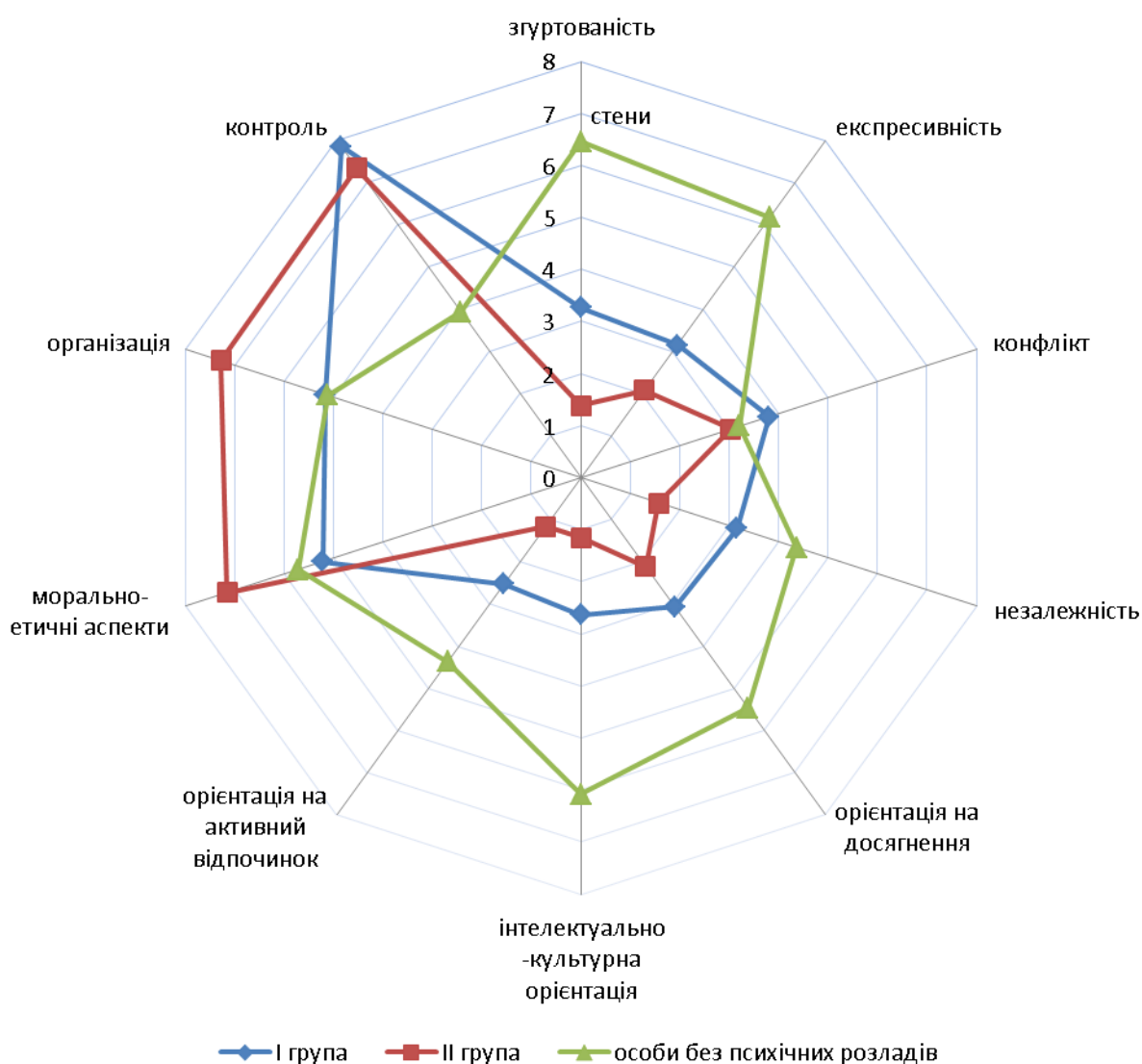


Рис. 4.28. Особливості сімейного оточення у осіб з депресивними порушеннями ендогенної генези на різних етапах

Аналіз особливостей управління сімейною системою дозволив визначити, що у осіб I групи визначався середній рівень організації ( $5,18 \pm 2,14$  стенів) та підвищений рівень контролю ( $7,86 \pm 3,42$  стенів), що характеризувало сімейну систему осіб як структуровану, з високим ступенем ієрархічності сімейної організації, ригідності сімейних правил і контролю членами родини один одного. В II групі були встановлені високі показники організації та контролю ( $7,28 \pm 3,76$  та  $7,35 \pm 4,07$  стенів відповідно).

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що показники згуртованості сімейної системи були вищими у осіб I групи ( $p < 0,025$ , ДК = 4,35, МІ = 0,16), а орієнтація на морально-етичні аспекти та організація сімейної системи були більш виражені серед осіб II групи ( $p < 0,025$ , ДК = 3,67, МІ = 0,18 та  $p < 0,01$ , ДК = 3,65, МІ = 0,67 відповідно). Тобто при первинних депресивних розладах в родині відчувалась більша близькість між членами родини, а у осіб з повторними депресивними розладами були виражені більш жорсткі границі сімейної системи та підтримання морально-етичних нормативів.

Також було визначено, що хворі з ендogenous депресіями в I та II групах відрізнялись від здорових відчуттям недостатньої близькості в родині ( $p < 0,001$ , ДК = 4,53, МІ = 0,51 та  $p < 0,0001$ , ДК = 6,78, МІ = 1,13 відповідно), наявності заблокованих емоцій по відношенню до членів родини ( $p < 0,025$ , ДК = 3,47, МІ = 0,73 та  $p < 0,001$ , ДК = 4,81, МІ = 0,66 відповідно), зниження орієнтації до особистісного росту ( $p < 0,025$ , ДК = 2,45, МІ = 0,34 та  $p < 0,001$ , ДК = 3,15, МІ = 0,38 відповідно) в інтелектуально-культурному ( $p < 0,01$ , ДК = 5,67, МІ = 0,85 та  $p < 0,001$ , ДК = 5,94, МІ = 0,93 відповідно) та дозвільному ( $p < 0,03$ , ДК = 1,67, МІ = 0,09 та  $p < 0,01$ , ДК = 3,25, МІ = 0,19 відповідно) аспектах та більш ригідному контролю ( $p < 0,001$ , ДК = 5,23, МІ = 0,67 та  $p < 0,001$ , ДК = 4,12, МІ = 0,67 відповідно).

Недостатнє спонукання до незалежності та висока структурованість сімейної системи відрізняла осіб з повторними депресивними розладами

від осіб без психічних розладів ( $p < 0,01$ , ДК = 3,18, МІ = 0,14 та  $p < 0,025$ , ДК = 1,78, МІ = 0,10 відповідно).

Отже, отримані дані свідчать, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливає на соціальне функціонування та міжособистісні стосунки осіб з депресивними розладами ендogenous генезу, що необхідно враховувати при створенні психокорекційних та реабілітаційних програм.

#### **Висновки до розділу 4**

У розділі визначено соціально-психологічні параметри, показники, тригерні та пролонговані механізми порушення процесу адаптації у осіб з депресивними розладами в структурі їх реабілітаційного потенціалу.

Виявлено, що у досліджуваних з депресивними розладами, незалежно від їх генези, відзначалися порушення процесу адаптації з низькими показниками за параметрами: життєстійкості, неадаптивних копінг-стратегій, зниженням адаптаційного потенціалу; вони відрізнялись спустошеністю мотиваційної сфери, зниженням спонукань та екзистенціальною невиконаністю (низький рівень самодистанціювання, самотрансценденції, свободи і персональності); високою емоційною лабільністю, тривожністю, депресивністю, напруженістю, самокритикою, інтровертованістю; низькими показниками експресивності, переважанням високого та дуже високого рівнів психічної ригідності, високого рівня ригідної поведінки під час стресу; переважанням дезадаптивних інтрапсихічних типів ставлення до хвороби (меланхолійного, апатичного, іпохондричного), що потребувало засобів соціально-психологічної допомоги.

Встановлено, що до тригерних механізмів порушення процесу адаптації у структурі реабілітаційного потенціалу досліджуваних основної групи належали:

- при *невротичних депресіях*: зниження життєстійкості (показників залученості, контролю та прийняття ризику); зниження адаптивності копінг-стратегій: актуалізація розгубленості, придушення емоцій, уникнення, пасивної кооперації, компенсації, емоційної розрядки та звернення; зменшення нервово-психічної стійкості та прояви дезадаптаційних порушень; зміна індивідуально-типологічних особливостей: вираженість імпульсивності, тривожності, напруженості, депресивності, емоційної лабільності, уникнення вражень і уваги від оточуючих та зменшення реалістичності; підвищення рівня психічної ригідності; переважання інтрапсихічного (тривожного та неврастенічного) та інтерпсихічного (сенситивного та егоцентричного) дезадаптивних типів ставлення до хвороби; зниження спонукальних мотивів: цінностей доброти, самостійності, гедонізму, стимуляції, універсалізму та екзистенціальної наповненості; зниження соціального функціонування: незадоволеність стосунками з подружжям та родичами та зниження загального фону настрою; наявність внутрішньоособистісних конфліктів, що виражались у зниженні узгодженості між цілями та досягненнями; особливості міжособистісних комунікацій: недостатня близькість між родичами, відсутність незалежності у прийнятті рішень, наявність заблокованих негативних емоцій до членів родини, зниження орієнтації на особистісний розвиток; ригідність сімейної системи та її орієнтації на досягнення;

- при *органічних депресіях*: зниження життєстійкості (відчуття невпевненості щодо подолання розладу); актуалізація відносно адаптивних копінг-стратегій: збереження самовладання, проблемного аналізу, протесту, емоційної розрядки, пасивної кооперації; поява дезадаптаційних порушень у вигляді астеничних реакцій; зміна індивідуально-типологічних особливостей: вираженість тривожності, напруженості, емоційної лабільності, довірливості, реалістичності та ригідності; підвищення рівня актуальної, зага-



льної, настановної ригідності та ригідної оцінки стресової ситуації; наявність анозогнозичного та неврастенічного типів ставлення до хвороби; зниження спонукальних мотивів: цінностей доброти, самостійності, гедонізму, стимуляції, універсалізму, досягнень, влади, підвищення потреби у підтримці традицій; зміна екзистенціальної наповненості: зниження здібності до емоційного залучення, відкритості до контактів та підвищена готовність до відповідальності; зниження соціального функціонування: незадоволеність стосунками з подружжям та родичами і зниження інтересу до життя; особливості міжособистісних комунікацій: зниження орієнтації до особистісного зростання в інтелектуально-культурному аспекті, ригідність сімейної системи;

- при *ендогенних депресіях*: зниження життєстійкості (показників залученості; середній рівень контролю та низький рівень прийняття ризику); зниження адаптивності копінг-стратегій: актуалізація розгубленості, агресивності, смирення, придушення емоцій та самозвинувачення; зменшення нервово-психічної стійкості; зниження комунікативного та адаптаційного потенціалу та поява дезадаптаційних порушень; зміна індивідуально-типологічних особливостей: вираженість тривожності, напруженості, депресивності, емоційної лабільності, самокритичності, уникнення вражень і уваги від оточуючих, підпорядкованості, замкнутості, консерватизму та ригідності; підвищення рівня психічної ригідності; зниження адаптивних типів ставлення до хвороби та переважання інтрапсихічного (тривожного та неврастенічного) дезадаптивного типу ставлення до хвороби; зниження спонукальних мотивів: цінностей доброти, самостійності, гедонізму, стимуляції, універсалізму, досягнення, влади та екзистенціальної наповненості; зниження соціального функціонування: незадоволеність стосунками з родичами, зниження рішучості та загального фону настрою; особливості міжособистісних комунікацій: недостатня близькість між родичами, наяв-

ність заблокованих негативних емоцій до членів родини, зниження орієнтації на особистісне зростання в інтелектуально-культурному та дозвіллевому аспектах; ригідність сімейної системи.

Виявлено пролонговані механізми порушення процесу адаптації у структурі реабілітаційного потенціалу досліджуваних основної групи:

- при *невротичних депресіях*: низький рівень життєстійкості (низькі показники залученості, контролю та прийняття ризику); актуалізація неадаптивних копінг-стратегій: ігнорування, компенсація, звернення до релігії, придушення емоцій, покірність, самозвинувачення; зниження адаптаційного потенціалу: астенічні порушення, зниження комунікативного потенціалу та моральної нормативності; зміна індивідуально-типологічних особливостей: вираженість консерватизму, ригідності, підпорядкованості та відчуженості; вираженість високого та дуже високого рівнів психічної ригідності (загальної, сенситивної, настановної та преморбідної) і помірного рівня ригідності як стану; вираженість дезадаптивних типів ставлення до хвороби (іпохондричного, меланхолійного, апатичного та дисфоричного); зниження спонукальних мотивів досягнення, задоволення, успіху, безпеки та підтримки доброзичливих стосунків та низький рівень екзистенціальної наповненості; низький рівень соціального функціонування: незадоволеність професійною та соціальною сферами, низький рівень життєвої задоволеності, знижений інтерес до життя; зниження загального фону настрою та рішучості; зміни у міжособистісних комунікаціях: зниження експресивності, орієнтації на досягнення та підвищення ригідності і контролю у сімейній системі, орієнтації на морально-етичні аспекти;

- при *органічних депресіях*: низький рівень життєстійкості (низькі показники залученості та контролю); актуалізація неадаптивних копінг-стратегій (смиріння, звернення до релігії, покірність, відносність та відступ); зниження адаптаційного потенціалу: астенічні порушення, зниження

нервово-психічної стійкості; зміна індивідуально-типологічних особливостей: вираженість замкнутості, байдужості, підозрливості, передбачливості; зниження самоповаги та наполегливості; вираженість високого рівня психічної ригідності (загальної, сенситивної, настановної); вираженість дезадаптивних типів ставлення до хвороби: іпохондричного, неврастенічного та апатичного; зниження спонукальних мотивів досягнення та соціального статусу, підвищення потреб у безпеці, зниження персональності, здібності відчувати себе вільним та екзистенціальної наповненості; зниження психологічного благополуччя та соціального функціонування: незадоволеність соціальною сферою, низький рівень життєвої задоволеності, знижений інтерес до життя, зниження загального фону настрою та рішучості; зміни у міжособистісних комунікаціях: зниження орієнтації сімейної системи на досягнення;

- при *ендогенних депресіях*: низький рівень життєстійкості (низькі показники залученості та контролю та середній рівень прийняття ризику); актуалізація неадаптивних копінг-стратегій: смирення, придушення емоцій, покірність, самозвинувачення та активне уникнення; зниження адаптаційного потенціалу: зниження комунікативного потенціалу та вираженість дезадаптаційних порушень; зміна індивідуально-типологічних особливостей: вираженість підозрливості, труднощів у розумінні інших, відсутність наполегливості, байдужість та пасивність; вираженість високого та дуже високого рівнів психічної ригідності (загальної, сенситивної та актуальної); вираженість дезадаптивних типів ставлення до хвороби: іпохондричного, меланхолійного та апатичного; зміна спонукальних мотивів: підвищення потреби у конформності та підтримці традицій, зниження потреби у доброзичливих стосунках, гедонізмі та безпеці та низький рівень екзистенціальної наповненості; низький рівень психологічного благополуччя: незадоволеність стосунками з родичами, професійною та соціальною сферами, ни-

зький рівень життєвої задоволеності, знижений інтерес до життя, негативна оцінка себе, зниження загального фону настрою та рішучості; зміни у міжособистісних комунікаціях: зниження згуртованості сімейної системи та орієнтації на незалежність, підвищення ригідності і контролю у сімейній системі та орієнтації на морально-етичні аспекти.

Отримані дані розглядалися як мішені психокорекційного та психотерапевтичного втручання у системі соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами.

## РОЗДІЛ 5

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ У ГЕНДЕРНОМУ ТА ВІКОВОМУ ВИМІРАХ

#### 5.1. Гендерні особливості реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами різної генези

З метою визначення гендерних складових ПРП осіб з депресивними розладами був проведений кореляційний аналіз адаптаційних, особистісних, мотиваційних, міжособистісних та патопсихологічних компонентів ПРП серед чоловіків та жінок з різними типами депресивних розладів. Так, за гендерними ознаками групи порівняння розподілилися наступним чином: при невротичних депресіях - 59 жінок та 32 чоловіки, при органічних депресіях – 46 жінок та 40 чоловіків, при ендогенних депресіях – 49 жінок та 44 чоловіка та в контрольній групі – 45 жінок та 39 чоловіків (рис. 5.1). Встановлення гендерних взаємозв'язків з адаптаційними, особистісними, мотиваційними, міжособистісними та патопсихологічними компонентами ПРП реалізовувався за допомогою кореляційного аналізу з розрахунками коефіцієнтів кореляції та створенням кореляційної матриці для усіх показників. З урахуванням обсягу досліджених вибірок достовірними вважали значення коефіцієнта кореляції 0,3 (на рівні  $p < 0,05$ ), силу зв'язку оцінювали традиційним чином (від  $0,3 < r < 0,4$  – слабкий кореляційний зв'язок,  $r = 0,4-0,6$  – зв'язок середньої сили,  $r > 0,7$  – високо достовірний, сильний зв'язок), негативні значення коефіцієнта кореляції свідчили про оборотний зв'язок між ознаками, позитивні – про прямий. Для простоти сприйняття кореляційні матриці представлені у вигляді таблиць, де вказані лише ті зна-

чення коефіцієнтів кореляцій, які мали достатній рівень достовірності, і лише ті показники, зв'язки між якими досягли граничної сили ( $r > 0,3$ ).

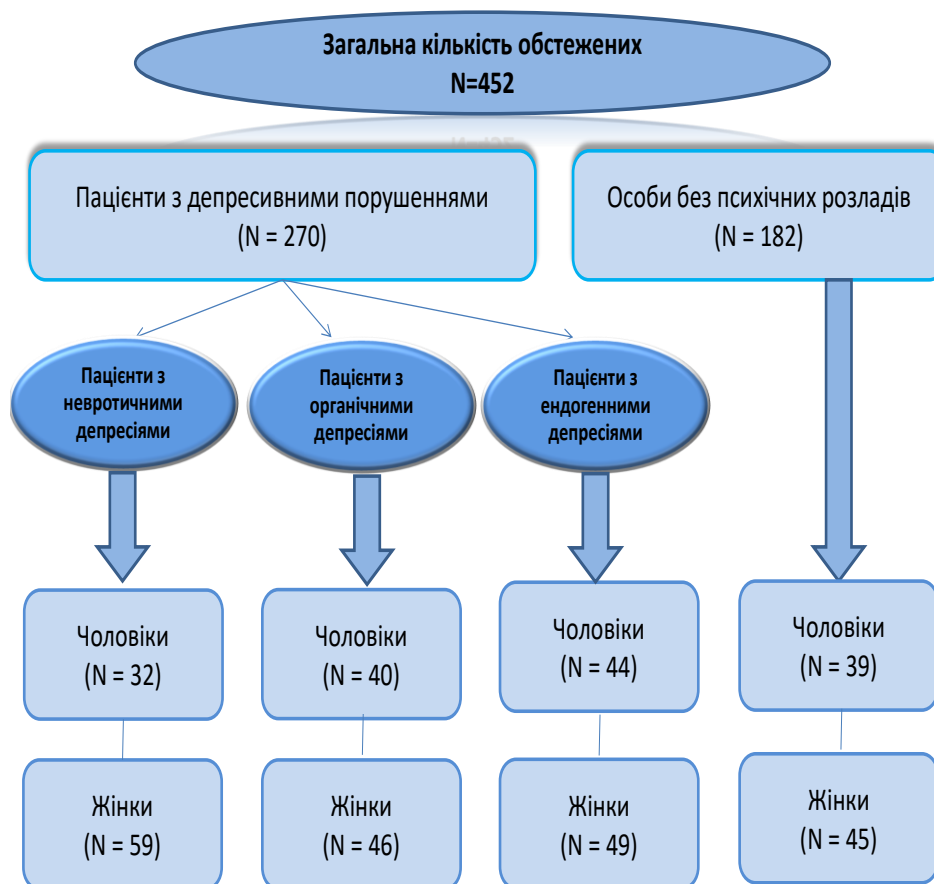


Рис. 5.2. Групи обстежених щодо гендерних особливостей реабілітаційного потенціалу

Аналіз гендерних адаптаційних особливостей продемонстрував, що при невротичних депресіях з чоловічою статтю були асоційовані показники життєстійкості ( $r = 0,53$ ) і контролю ( $r = 0,46$ ), послідовність у досягненні цілей ( $r = 0,43$ ), використання таких копінг стратегій як «агресивність» ( $r = 0,89$ ), «протест» ( $r = 0,87$ ), «самозвинувачення» ( $r = 0,52$ ), «придушення емоцій» ( $r = 0,45$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,39$ ), а також нерво-психічна нестійкість ( $r = -0,76$ ), дезадаптаційні порушення ( $r = 0,54$ ) та негативна оцінка себе ( $r = -0,67$ ) (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

**Адаптаційні гендерні компоненти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Особи з невротичною депресією		Особи з органічною депресією		Особи з ендогенною депресією		Особи без психічних розладів	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1		2	3	4	5	6	7	8	9
Рівень кореляції (r)									
показники життєвостійкості	залученість		0,49	0,47	0,51	-0,66		0,38	0,53
	контроль	0,46						0,56	
	прийняття ризику		-0,65		0,49		0,47		0,62
	життєвостійкість	0,53		0,58				0,47	0,48
показники адаптивного потенціалу	поведінкова регуляція	-0,76	-0,61	-0,50	-0,45	-0,69	-0,65	0,78	
	комунікативний потенціал		0,75		0,86				0,67
	моральна нормативність		0,33				0,57		
	астенічні реакції		0,67	0,48	0,67				
	психотичні реакції					0,45	0,39	-0,79	-0,46
	дезадаптаційні порушення	0,54		0,47		0,78		-0,66	-0,82
копінг-стратегії	ігнорування							0,44	
	смирнення				0,65	0,48			
	збереження самовладання							0,77	
	проблемний аналіз							0,49	
	відносність						0,39		0,88
	релігійність				0,79				
	розгубленість		0,67		0,61		0,77		
	додавання сенсу								0,56
	протест	0,87						0,72	
	емоційна розрядка		0,77		0,47				0,61
	придушення емоцій	0,45		0,49		0,56			
	оптимізм							0,54	0,69
	пасивна кооперація		0,54				0,35		
	покірність				0,44		0,49		
	самозвинувачення	0,52	0,33			0,73	0,66		
агресивність	0,89		0,73		0,55		0,45		
відволікання							0,73	0,56	

	активне уникнення	0,39	0,61		0,45	0,56	0,73		
	компенсація		0,53	0,71					0,68
	відступ		0,38		0,54	0,69			
	співпраця							0,45	
	звернення		0,78						0,79
Показники психологічного благополуччя	індекс життєвої задоволеності		-0,47		-0,65		-0,42		0,56
	інтерес до життя							0,78	
	послідовність у досягненні цілей	0,43		0,48					
	узгодженість між цілями та досягненнями		-0,76					0,87	
	позитивна оцінка себе	-0,67				-0,76			0,53
	загальний фон настрою							-0,37	

З жіночою статтю при невротичних депресіях були пов'язані залученість у життя ( $r = 0,49$ ), комунікативний потенціал ( $r = 0,75$ ), моральна нормативність ( $r = 0,33$ ), неготовність сприймати події як досвід ( $r = -0,65$ ), низька поведінкова регуляція ( $r = -0,61$ ), астеничні реакції ( $r = 0,67$ ), низький індекс життєвої задоволеності ( $r = -0,47$ ), неузгодженість між цілями та досягненнями ( $r = -0,76$ ), актуалізація таких копінг-стратегій як «звернення» ( $r = 0,78$ ), «емоційна розрядка» ( $r = 0,77$ ), «розгубленість» ( $r = 0,67$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,61$ ), «пасивна кооперація» ( $r = 0,54$ ), «компенсація» ( $r = 0,53$ ), «відступ» ( $r = 0,38$ ) та «самозвинувачення» ( $r = 0,33$ ).

Адаптаційні особливості чоловіків з депресивними розладами органічного генезу полягали в наявності кореляційних зв'язків з залученістю до життя ( $r = 0,47$ ), життестійкістю ( $r = 0,58$ ), послідовністю у досягненні цілей ( $r = 0,48$ ), наявністю низької поведінкової регуляції ( $r = -0,50$ ), астеничних реакцій ( $r = 0,48$ ) та дезадаптаційних порушень ( $r = 0,47$ ), актуалізацією копінгів «агресивність» ( $r = 0,73$ ), «компенсація» ( $r = 0,71$ ) та «придушення емоцій» ( $r = 0,49$ ). Адаптаційні компоненти ПРП жінок з органічною депресією були пов'язані з залученістю до життя ( $r = 0,51$ ), прийнят-



тям ризику ( $r = 0,49$ ), комунікативним потенціалом ( $r = 0,86$ ), нервово-психічною нестійкістю ( $r = -0,45$ ), астеничними реакціями ( $r = 0,67$ ), незадоволеністю життям ( $r = -0,65$ ), актуалізацією таких копінг-стратегій як «смирення» ( $r = 0,65$ ), «релігійність» ( $r = 0,79$ ), «розгубленість» ( $r = 0,61$ ), «емоційна розрядка» ( $r = 0,47$ ), «покірність» ( $r = 0,44$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,45$ ) та «відступ» ( $r = 0,54$ ).

При депресивних розладах ендogenous генезу було встановлено, що порушення адаптаційних компонентів ПРП у чоловіків були асоційовані з низькою залученістю ( $r = -0,66$ ), нервово-психічною нестійкістю ( $r = -0,69$ ), психотичними реакціями та дезадаптаційними порушеннями ( $r = 0,45$  та  $r = 0,78$  відповідно), негативною оцінкою себе ( $r = -0,76$ ) та використанням копінгів «самозвинувачення» ( $r = 0,73$ ), «агресивність» ( $r = 0,55$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,56$ ), «придушення емоцій» ( $r = 0,56$ ), «смирення» ( $r = 0,48$ ) та «відступ» ( $r = 0,69$ ). З жіночою статтю при ендogenous депресіях були пов'язані прийняття ризику ( $r = 0,47$ ), моральна нормативність ( $r = 0,57$ ), а також нервово-психічна нестійкість ( $r = -0,65$ ), психотичні реакції ( $r = 0,39$ ), незадоволеність життям ( $r = -0,42$ ), знижений настрій ( $r = -0,37$ ), актуалізація копінг-стратегій «розгубленість» ( $r = 0,77$ ), «самозвинувачення» ( $r = 0,66$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,73$ ), «покірність» ( $r = 0,49$ ), «пасивна кооперація» ( $r = 0,35$ ) та «відносність» ( $r = 0,39$ ).

У чоловіків без психічних розладів адаптаційні компоненти ПРП були пов'язані з залученістю у життя ( $r = 0,38$ ), контролем ( $r = 0,56$ ), життєстійкістю ( $r = 0,47$ ), нервово-психічною стійкістю ( $r = 0,78$ ), інтересом до життя ( $r = 0,78$ ), узгодженістю між цілями та досягненнями ( $r = 0,87$ ), відсутністю психотичних реакцій та дезадаптаційних порушень ( $r = -0,79$  та  $r = -0,66$  відповідно) та актуалізацією копінг-стратегій «збереження самовладання» ( $r = 0,77$ ), «протест» ( $r = 0,72$ ), «відволікання» ( $r = 0,73$ ), «оптимізм» ( $r = 0,54$ ), «проблемний аналіз» ( $r = 0,49$ ), «агресивність» ( $r = 0,45$ ),

«співпраця» ( $r = 0,45$ ) та «ігнорування» ( $r = 0,44$ ). У жінок без психічних розладів адаптаційні компоненти ПРП корелювали з залученістю у життя ( $r = 0,53$ ), прийняттям ризику ( $r = 0,62$ ), життєстійкістю ( $r = 0,48$ ), комунікативним потенціалом ( $r = 0,67$ ), задоволеністю життям ( $r = 0,56$ ), позитивною оцінкою себе ( $r = 0,53$ ), відсутністю психотичних реакцій та дезадаптаційних порушень ( $r = -0,46$  та  $r = -0,82$  відповідно), використанням копінгів «відносність» ( $r = 0,88$ ), «звернення» ( $r = 0,79$ ), «компенсація» ( $r = 0,68$ ), «оптимізм» ( $r = 0,69$ ), «емоційна розрядка» ( $r = 0,61$ ), «додавання сенсу» ( $r = 0,56$ ) та «відволікання» ( $r = 0,56$ ).

проводився кореляційний аналіз гендерних та особистісних типологічних характеристик осіб з різними типами депресивних розладів (табл. 5.2). При невротичних депресіях такі особливості особистості як домінування ( $r = 0,66$ ), підозрілість ( $r = -0,74$ ), тривожність ( $r = 0,63$ ), напруженість ( $r = 0,77$ ) і реалістичність ( $r = -0,75$ ), наявність загальної, актуальної, преморбідної ригідності та ригідної реакції на стресові події ( $r = 0,45$ ;  $r = 0,63$ ;  $r = 0,54$  та  $r = 0,77$  відповідно), а також ергопатичний, тривожний та іпохондричний типи ставлення до хвороби ( $r = 0,74$ ;  $r = 0,65$  та  $r = 0,53$  відповідно) були асоційовані з чоловічою статтю.

Жінки з невротичними депресіями характеризувались наявністю кореляційних зв'язків з такими особливостями особистості як підпорядкованість ( $r = -0,51$ ), безвідповідальність ( $r = 0,69$ ), депресивність ( $r = 0,68$ ), емоційна лабільність ( $r = 0,83$ ), артистичність ( $r = 0,56$ ), сенситивність ( $r = 0,78$ ), наявність сенситивної, загальної ригідності ( $r = 0,61$  та  $r = 0,39$  відповідно) і ригідної реакції на стрес ( $r = 0,89$ ), а також наявність егоцентричного, сенситивного, неврастенічного та іпохондричного ставлення до хвороби ( $r = 0,82$ ;  $r = 0,73$ ;  $r = 0,72$  та  $r = 0,67$  відповідно).

Чоловіки з органічними депресивним розладами характеризувались тривожністю ( $r = 0,63$ ) і напруженістю ( $r = 0,55$ ), самокритичністю ( $r =$

0,57), консерватизмом ( $r = -0,49$ ), ригідністю ( $r = -0,73$ ), (насамперед, актуальною ( $r = 0,65$ ), настановною ( $r = 0,68$ ) та як реакції на ситуацію ( $r = 0,39$ )), уникненням уваги оточуючих ( $r = -0,42$ ), наявністю апатичного, іпохондричного та анозогнозичного ставлення до хвороби ( $r = 0,72$ ;  $r = 0,69$  та  $r = 0,56$  відповідно). У жінок з органічними депресіями були виражені пасивність ( $r = -0,37$ ), підпорядкованість ( $r = -0,66$ ), уникнення вражень ( $r = -0,54$ ), труднощі у розумінні інших ( $r = -0,59$ ), відсутність наполегливості ( $r = -0,79$ ), тривожність ( $r = 0,74$ ), напруженість ( $r = 0,62$ ), депресивність ( $r = 0,61$ ), емоційна лабільність ( $r = 0,89$ ), сенситивність ( $r = 0,76$ ), почуття страху перед новим ( $r = 0,45$ ), наявність сенситивного, меланхолійного та неврастенічного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,64$ ;  $r = 0,59$  та  $r = 0,43$  відповідно).

Таблиця 5.2

**Гендерні особистісні компоненти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Особи з невротичною депресією		Особи з органічною депресією		Особи з ендогенною депресією		Особи без психічних розладів	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1		2	3	4	5	6	7	8	9
		Рівень кореляції (r)							
Особливості особистості	активність-пасивність				-0,37			0,47	
	домінування-підпорядкованість	0,66	-0,51		-0,66			0,78	
	товариськість - замкнутість					-0,73			0,73
	пошук вражень - уникнення вражень				-0,54	-0,59			
	привернення уваги - уникнення уваги			-0,42		-0,66			
	теплота - байдужість					-0,89			0,66
	довірливість - підозрілість	-0,74				-0,48			0,74



	анозогнозичний			0,56				0,63	
	тривожний	0,65				0,75	0,54		0,37
	іпохондричний	0,53	0,67	0,69		0,78			
	неврастенічний		0,72		0,43		0,43		
	меланхолійний				0,59	0,65	0,71		
	апатичний			0,72		0,52			
	сенситивний		0,73		0,64				0,38
	егоцентричний		0,82						
	паранойяльний					0,43			
	дисфоричний						0,51		

Чоловіки при ендогенних депресивних розладах характеризувались наявністю кореляційних зв'язків з такими особливостями особистості як замкнутість ( $r = -0,73$ ), уникнення вражень та уваги оточуючих ( $r = -0,59$  та  $r = -0,66$  відповідно), байдужість ( $r = -0,89$ ), підозрілість ( $r = -0,48$ ), тривожність ( $r = 0,54$ ), напруженість ( $r = 0,88$ ), самокритичність ( $r = 0,45$ ), консерватизм ( $r = -0,38$ ), ригідність ( $r = -0,55$ ): загальна, актуальна та настановна ( $r = 0,68$ ;  $r = 0,68$  та  $r = 0,77$  відповідно) та наявність тривожного, іпохондричного, меланхолійного, апатичного та паранойяльного ставлення до хвороби ( $r = 0,75$ ;  $r = 0,78$ ;  $r = 0,65$ ;  $r = 0,52$  та  $r = 0,43$  відповідно). З жінками були асоційовані наступні особливості особистості: імпульсивність ( $r = -0,63$ ), депресивність ( $r = 0,56$ ), самокритичність ( $r = 0,62$ ), емоційна лабільність ( $r = 0,49$ ), байдужість ( $r = -0,82$ ), відсутність артистичності ( $r = -0,66$ ), ригідність ( $r = -0,71$ ): загальна та сенситивна ( $r = 0,73$  та  $r = 0,65$  відповідно), а також наявність меланхолійного, тривожного, дисфоричного та неврастенічного ставлення до хвороби ( $r = 0,71$ ;  $r = 0,54$ ;  $r = 0,51$  та  $r = 0,43$  відповідно).

У чоловіків без психічних розладів були встановлені кореляційні зв'язки з такими рисами особистості як домінування ( $r = 0,78$ ), активність ( $r = 0,47$ ), самоповага ( $r = -0,67$ ), наполегливість ( $r = 0,78$ ), зацікавленість ( $r = 0,78$ ), особистісна ригідність ( $r = 0,38$ ), наявність ергопатичного та анозогнозичного ставлення до хвороби ( $r = 0,48$  та  $r = 0,63$  відповідно). Жінки

без психічних розладів характеризувались товариськістю ( $r = 0,73$ ), довірливістю ( $r = 0,74$ ), душевністю ( $r = 0,66$ ), зацікавленістю ( $r = 0,71$ ), наявністю сенситивної ригідності ( $r = 0,45$ ) та ригідної реакції на стресові події ( $r = 0,37$ ), гармонійним, тривожним та сенситивним ставленням до хвороби ( $r = 0,38$ ;  $r = 0,37$  та  $r = 0,38$  відповідно).

Особливості гендерної специфіки ціннісно-сислової сфери серед осіб з депресивними розладами різного генезу представлені у таблиці 5.3, з якої видно, що при невротичних депресіях чоловіки характеризувались важливістю цінностей «досягнення» і «влада» ( $r = 0,65$  та  $r = 0,43$  відповідно), а також у представників чоловічої статі визначались кореляції з самотрансценцією ( $r = 0,65$ ). У жінок при невротичних депресіях визначались цінності «конформність» ( $r = 0,73$ ), безпека ( $r = 0,68$ ), доброта ( $r = 0,64$ ), традиції ( $r = 0,51$ ) та кореляційні зв'язки з самотрансцендентністю та екзистенціальністю ( $r = 0,54$  та  $r = 0,45$  відповідно).

Таблиця 5.3

**Ціннісно-сислові гендерні компоненти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Особі з невротичною депресією		Особі з органічною депресією		Особі з ендогенною депресією		Особі без психічних розладів		
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	
1		2	3	4	5	6	7	8	9	
		Рівень кореляції ( $r$ )								
Ціннісно-сислова сфера	конформність		0,73	0,39	0,42				0,35	
	традиції		0,51		0,56	0,67	0,72			
	доброта		0,64				0,39		0,77	
	самостійність			0,65					0,98	
	стимуляція					0,44			0,45	0,46
	гедонізм								0,73	0,78
	досягнення	0,65							0,87	
	влада	0,43					0,37		0,56	
	безпека		0,68		0,72			0,75		0,67
внесі	самотрансценція	0,65		0,51		0,71		0,76		
	самотрансценденція		0,54		0,38	0,45	0,65		0,54	

свобода							0,57	
відповідальність			0,74				0,73	
персональність					0,55			0,51
екзистенціальність		0,45			0,46	0,53		
екзистенціальна наповненість			0,55	0,34				0,46

Тобто для чоловіків з невротичними депресіями було характерним прагнення до успіху та влади та знижена здатність відійти на дистанцію від себе та проаналізувати ситуацію, а жінки були схильні стримувати потреби, що не відповідають соціальним очікуванням, були орієнтовані на підтримку доброзичливих стосунків з оточуючими, прагнули безпеки та характеризувались зниженою здатністю емоційного відчуття власних ціннісних підстав та нерішучістю.

У чоловіків при органічних депресивних розладах визначались цінності «самостійність» ( $r = 0,65$ ) і «конформність» ( $r = 0,39$ ), а також кореляційні зв'язки з самодистанціюванням, відповідальністю та екзистенціальною наповненістю ( $r = 0,51$ ;  $r = 0,74$  та  $r = 0,55$  відповідно). Для жінок з органічними депресивними розладами були важливі цінності «безпека» ( $r = 0,72$ ), «традиції» ( $r = 0,56$ ) та «конформність» ( $r = 0,56$ ) та спостерігались кореляційні зв'язки з самотрансценденцією та екзистенціальною наповненістю ( $r = 0,38$  та  $r = 0,34$  відповідно). Тобто для чоловіків з органічними депресіями було характерним прагнення до самостійності, почуття обов'язку, знижена здатність аналізувати ситуацію та недостатність екзистенціальної наповненості, а жінки були схильні підтримувати традиції та стримувати потреби, що не відповідають соціальним очікуванням, прагнули безпеки та характеризувались зниженою здатністю емоційного відчуття власних ціннісних орієнтирів та екзистенціальною невиконаністю.

При ендогенних депресіях чоловіча стать була асоційована з такими цінностями як «традиції» ( $r = 0,67$ ), «стимуляція» ( $r = 0,44$ ) та «влада» ( $r = 0,37$ ), а також з самодистанціюванням ( $r = 0,71$ ), самотрансценденцією ( $r =$

0,45), персональністю ( $r = 0,55$ ) та екзистенціальністю ( $r = 0,46$ ). У жінок були встановлені зв'язки з такими цінностями як «безпека» ( $r = 0,75$ ), «традиції» ( $r = 0,72$ ) та «доброта» ( $r = 0,39$ ) та з показниками самотрансценденції ( $r = 0,65$ ) та екзистенціальності ( $r = 0,53$ ). Тобто для чоловіків з ендогенними депресіями було характерним прагнення до влади та підтримки традицій та знижена здатність емоційної та інтелектуальної оцінки ситуації, закритість та нерішучість, а жінки були орієнтовані на підтримку традицій та звичаїв, доброзичливих стосунків з оточуючими, прагнули безпеки та характеризувались зниженою здатністю емоційного відчуття власних ціннісних орієнтирів та нерішучістю.

У чоловіків без психічних розладів визначались цінності самостійності ( $r = 0,98$ ), досягнення ( $r = 0,87$ ), гедонізму ( $r = 0,73$ ), влади ( $r = 0,56$ ) та стимуляції ( $r = 0,45$ ) та зв'язок з самодистанціюванням ( $r = 0,76$ ), відповідальністю ( $r = 0,73$ ) та свободою ( $r = 0,57$ ). У жінок без психічних розладів встановлені цінності гедонізму ( $r = 0,78$ ), доброти ( $r = 0,77$ ), безпеки ( $r = 0,67$ ), стимуляції ( $r = 0,46$ ) і конформності ( $r = 0,35$ ), а також поєднання з самотрансценденцією ( $r = 0,54$ ), персональністю ( $r = 0,51$ ) та екзистенціальною наповненістю ( $r = 0,46$ ).

Оцінка гендерної специфіки соціального функціонування осіб з депресивними розладами різного генезу представлена у таблиці 5.4. Так, було встановлено, що чоловіки з невротичною депресією характеризувались наявністю незадоволеності професійною та соціальною сферами реалізації ( $r = 0,65$  та  $r = 0,43$  відповідно), здатністю до конфронтації у сімейних стосунках ( $r = 0,73$ ), орієнтацією родини осіб на досягнення ( $r = 0,48$ ) та ієрархічністю сімейної організації та контролю членами сім'ї один одного ( $r = 0,49$ ), труднощами в довірі ( $r = 0,48$ ) та розумінні позиції оточуючих ( $r = 0,56$ ). Жінки з невротичною депресією характеризувались незадоволеністю стосунками з подружжям та родичами ( $r = 0,76$  та  $r = 0,82$  відповідно),



зниженням загального рівню соціального функціонування ( $r = 0,65$ ), низьким рівнем експресивності ( $r = 0,55$ ) та згуртованості ( $r = 0,63$ ) в родині, високою організованістю та структурованістю сімейної системи ( $r = 0,56$ ), соціальним уникненням ( $r = 0,76$ ) та невпевненістю ( $r = 0,49$ ).

З чоловічою статтю при органічних депресіях поєднувались незадоволеність в професійній сфері ( $r = 0,67$ ), стимулювання родини до незалежності ( $r = 0,39$ ), автократичність ( $r = 0,78$ ) та труднощі з відстоюванням власних границь ( $r = -0,67$ ). З жіночою статтю при органічних депресивних розладах асоціювалось незадоволення в соціальній сфері реалізації ( $r = 0,53$ ), труднощі у вираженні власних почуттів ( $r = 0,54$ ), особливо негативних ( $r = 0,43$ ), орієнтація сімейної системи на підтримку морально-етичних аспектів ( $r = 0,67$ ), поступливість та турботливість ( $r = 0,53$  та  $r = 0,52$  відповідно).

Таблиця 5.4

**Соціальні гендерні аспекти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Особи з невротичною депресією		Особи з органічною депресією		Особи з ендогенною депресією		Особи без психічних розладів	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Рівень кореляції (r)									
Показники соціального функціонування	незадоволеність подружніми стосунками		0,76						0,54
	незадоволеність стосунками з родичами		0,82			0,45	0,67		
	незадоволеність в професійній сфері	0,65		0,67		0,49		0,67	
	незадоволеність в соціальній сфері	0,43			0,53				
	загальний рівень незадоволеності		0,65				0,48		
Особливості сімейних стосунків	згуртованість		0,63						
	експресивність		0,55		0,54	0,67	0,54		0,56
	конфлікт	0,73			0,43	0,56			

	незалежність			0,39				0,79	
	орієнтація на досягнення	0,48						0,67	
	інтелектуально-культурна орієнтація								0,55
	орієнтація на активний відпочинок							0,38	0,57
	морально-етичні аспекти				0,67		0,64		0,46
	організація		0,56				0,71		0,56
	контроль	0,49				0,45	0,39		0,65
Особливості міжособистісних відносин	автократичність	0,56		0,78		0,57			
	конкурентність	0,48						-0,56	
	холодність					0,75		-0,45	
	соціальне уникнення		0,76				0,43		
	невпевненість		0,49			0,38	0,67		
	поступливість				0,53				0,47
	турботливість			-0,67	0,52	-0,56			0,73
	експресія		0,73				0,46		-0,43

У чоловіків з ендегенними депресіями з факторами соціального функціонування асоціювались незадоволеність стосунками з родичами та професійною діяльністю ( $r = 0,45$  та  $r = 0,49$  відповідно), низькі показники експресивності та конфліктності в сімейних стосунках ( $r = 0,67$  та  $r = 0,56$  відповідно), ієрархічність сімейної системи та контролю членами родини один одного ( $r = 0,45$ ), автократичність ( $r = 0,57$ ), холодність ( $r = 0,75$ ), невпевненість ( $r = 0,49$ ) та труднощі у встановлюванні власних позицій ( $r = -0,56$ ). Жінки з ендегенними депресіями характеризувались незадоволеністю стосунками з родичами ( $r = 0,67$ ), загальним зниженням рівню соціального функціонування ( $r = 0,48$ ), труднощами у вираженні почуттів в родині ( $r = 0,54$ ), орієнтацією сімейної системи на підтримку морально-етичних аспектів ( $r = 0,64$ ) та високого рівню організації й контролю ( $r = 0,71$  та  $r = 0,39$  відповідно), соціальним уникненням ( $r = 0,43$ ) та невпевненістю ( $r = 0,67$ ).

Чоловіки без психічних розладів відзначались наявністю кореляційних зв'язків з орієнтацією сімейної системи на незалежність та досягнення членів родини ( $r = 0,79$  та  $r = 0,67$  відповідно), а також на активний відпочинок ( $r = 0,38$ ), схильність встановлювати теплі емоційні зв'язки та довіряти іншим ( $r = -0,56$  та  $r = -0,45$  відповідно), наявність незадоволеності професійною діяльністю ( $r = 0,67$ ).

Жінки характеризувались незадоволеністю стосунками з подружжям ( $r = 0,54$ ), можливістю відкрито висловлювати власні почуття ( $r = 0,56$ ), орієнтацією сімейної системи на активний відпочинок ( $r = 0,57$ ), інтелектуально-культурні та морально-етичні аспекти ( $r = 0,55$  та  $r = 0,46$  відповідно), високим рівнем ієрархічності та контролю сімейної системи ( $r = 0,56$  та  $r = 0,65$  відповідно), поступливістю та турботливістю ( $r = 0,47$  та  $r = 0,73$  відповідно).

Аналізувались також гендерні особливості патопсихологічних порушень при депресивних розладах. Так, при невротичних депресіях у чоловіків були встановлені кореляційні зв'язки з наявністю депресивного і тривожного настрою ( $r = 0,37$  та  $r = 0,54$  відповідно), напруги ( $r = 0,77$ ), страхів ( $r = 0,49$ ), апатії ( $r = 0,46$ ), збудженості і психічної тривоги ( $r = 0,76$  та  $r = 0,82$  відповідно), obsесивно-компульсивних, шлунково-кишкових, серцево-судинних та сечостатевого симптомів ( $r = 0,56$ ;  $r = 0,66$ ;  $r = 0,56$  та  $r = 0,57$  відповідно) (табл. 5.5).

У жінок з невротичними депресіями спостерігались кореляційні зв'язки з загальмованістю ( $r = 0,56$ ), тривожним настроєм ( $r = 0,67$ ), почуттям страху ( $r = 0,55$ ), частими пробудженнями вночі ( $r = 0,43$ ), вегетативними, геніальними та загальними соматичними симптомами ( $r = 0,76$ ;  $r = 0,67$  та  $r = 0,53$  відповідно), а також тривожною поведінкою при бесіді ( $r = 0,66$ ).

Таблиця 5.5

**Патопсихологічні гендерні аспекти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Особи з невротичною депресією		Особи з органічною депресією		Особи з ендогенною депресією	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1		2	3	4	5	6	7
		Рівень кореляції (r)					
Депресивні прояви	депресивний настрій	0,37			0,56	0,65	0,58
	почуття провини					0,67	
	суїцидальні наміри					0,78	
	інсомнія рання			0,74			0,45
	інсомнія середня		0,43				
	інсомнія пізня					0,64	
	робота та діяльність	0,46		0,53		0,65	
	загальмованість		0,56		0,44		0,53
	збудженість	0,76				0,49	
	психічна тривога	0,82					0,48
	соматична тривога			0,65	0,76	0,55	
	травневі соматичні порушення	0,39		0,46			
	загальні соматичні симптоми		0,53		0,73		
	генітальні симптоми		0,67			0,66	0,73
	іпохондричний розлад			0,54		0,65	
	втрата ваги (фактична)					0,39	
	критичність				0,38	0,63	0,56
	добові коливання					0,46	
	добові коливання (ступінь)						0,65
	деперсоналізація/дереалізація					0,45	0,51
параноїдні симптоми					0,43		
обсесивні та компульсивні симптоми	0,56						
Тривожні прояви	тривожний настрій	0,54	0,67		0,66		
	напруга	0,77		0,78		0,56	
	страхи	0,49	0,55				0,68
	інсомнія		0,49				
	інтелектуальні порушення						0,44
	депресивний настрій	0,37		0,56	0,63	0,67	0,35

	соматичні скарги (м'язові)			0,48			
	соматичні скарги (чутливі)		0,66		0,75		
	серцево-судинні симптоми	0,56			0,55		0,43
	респіраторні симптоми			0,49			
	шлунково-кишкові симптоми	0,66		0,39		0,61	
	сечостатеві симптоми	0,57				0,47	
	вегетативні симптоми		0,76		0,55		0,72
	поведінка при бесіді		0,66				
Когнітивні прояви	альтернативні навички			0,65			
	зорово-просторові навички				0,56		
	зорово-конструктивні навички				0,39		
	зворотній цифровий ряд				0,45		
	швидкість мови			0,62		0,56	
	відстрочене згадування			0,38			

Чоловіки з органічними депресіями характеризувались труднощами при засинанні ( $r = 0,74$ ), апатією ( $r = 0,53$ ), наявністю напруги ( $r = 0,78$ ), соматичної тривоги ( $r = 0,65$ ), депресивного настрою ( $r = 0,56$ ), травневими порушеннями ( $r = 0,46$ ), м'язовими соматичними скаргами ( $r = 0,48$ ), респіраторними симптомами ( $r = 0,49$ ) та іпохондричними розладами ( $r = 0,54$ ), а також порушеннями альтернативних навичок ( $r = 0,65$ ). Жінки з органічною депресією характеризувались депресивним і тривожним настроєм ( $r = 0,63$  та  $r = 0,66$  відповідно), загальмованістю ( $r = 0,44$ ), наявністю соматичної тривоги ( $r = 0,76$ ), загальними соматичними, серцево-судинними та вегетативними симптомами ( $r = 0,73$ ;  $r = 0,55$  та  $r = 0,55$  відповідно), зниженням критичності ( $r = 0,38$ ), зниженням зорово-просторових та зорово-конструктивних навичок ( $r = 0,56$  та  $r = 0,39$  відповідно) та уваги ( $r = 0,45$ ).

Чоловіки з ендогенними депресивними розладами мали кореляційні зв'язки з такими патопсихологічними проявами як депресивний настрій ( $r = 0,65$ ), почуття провини ( $r = 0,67$ ), суїцидальні наміри ( $r = 0,78$ ), раннє пробудження ( $r = 0,64$ ), апатія ( $r = 0,65$ ), напруга ( $r = 0,56$ ), збудженість ( $r = 0,49$ ), соматична тривога ( $r = 0,55$ ), генітальні, шлунково-кишкові та сечостатеві та параноїдні симптоми ( $r = 0,66$ ;  $r = 0,61$ ;  $r = 0,47$  та  $r = 0,43$  відповідно), симптоми дереалізації/деперсоналізації ( $r = 0,45$ ), іпохондричний розлад ( $r = 0,65$ ), фактична втрата ваги ( $r = 0,39$ ), порушення критичності ( $r = 0,63$ ) та добові коливання ( $r = 0,46$ ). Жіноча стать при ендогенних депресіях була асоційована з наявністю страхів ( $r = 0,68$ ), депресивного настрою ( $r = 0,58$ ), труднощів при засинанні ( $r = 0,45$ ), загальмованістю ( $r = 0,53$ ), психічної тривоги ( $r = 0,48$ ), втратою лібідо ( $r = 0,73$ ), зниженням критичності та інтелектуальних здібностей ( $r = 0,56$  та  $r = 0,44$  відповідно), вираженістю добових коливань ( $r = 0,65$ ), симптомами дереалізації/деперсоналізації ( $r = 0,51$ ), серцево-судинними та вегетативними симптомами ( $r = 0,43$  та  $r = 0,72$  відповідно).

## **5.2. Вікові особливості реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами різної генези**

З метою визначення вікових складових ПРП осіб з депресивними розладами був проведений кореляційний аналіз адаптаційних, особистісних, мотиваційних, міжособистісних та патопсихологічних компонентів ПРП різних вікових груп з різними типами депресивних розладів. Усі випробувані були розподілені за віком на три групи: I група включала вікову категорію 20-29 років, II група – 30-39 років та III група – 40-49 років. Особи старші за 50 років у порівняння не включались, оскільки кількість

осіб не дозволяла статистично зіставляти їх з іншими групами. При невротичних депресіях I групу склав 31 респондент, II групу – 30 осіб та III групу – 27 осіб. При органічних депресіях – 18, 27 та 32 особи відповідно. При ендогенних депресіях – 13, 34 та 39 осіб відповідно. В контрольній групі осіб без психічних розладів I групу склали 28 осіб, II групу – 29 осіб та III групу – 25 осіб (рис. 5.2).

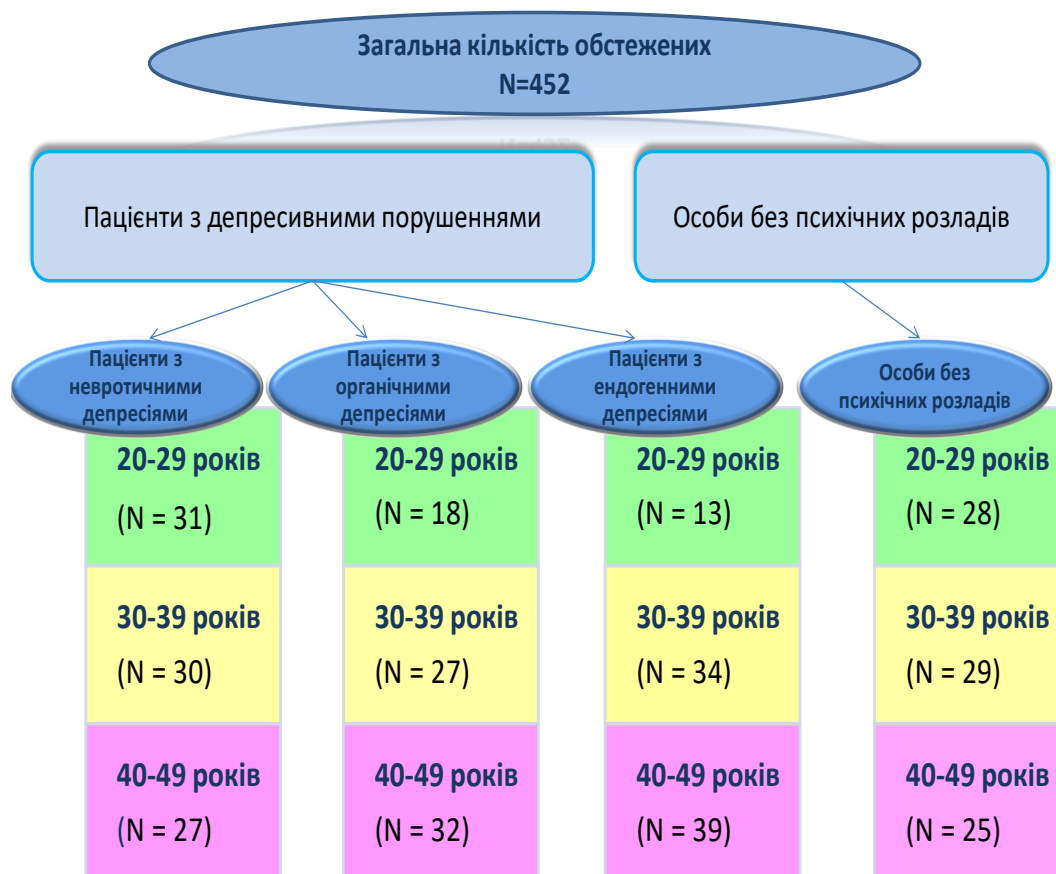


Рис. 5.2. Групи обстежених щодо вікових особливостей реабілітаційного потенціалу

Встановлення вікових взаємозв'язків з адаптаційними, особистісними, мотиваційними, міжособистісними та патопсихологічними компонентами ПРП реалізовувався за допомогою кореляційного аналізу з розрахунками коефіцієнтів кореляції та створенням кореляційної матриці для усіх

показників. З урахуванням обсягу досліджених вибірок достовірними вважали значення коефіцієнта кореляції 0,3 (на рівні  $p < 0,05$ ), силу зв'язку оцінювали традиційним чином (від  $0,3 < r < 0,4$  – слабкий кореляційний зв'язок,  $r = 0,4-0,6$  – зв'язок середньої сили,  $r > 0,7$  – високо достовірний, сильний зв'язок), негативні значення коефіцієнта кореляції свідчили про оборотний зв'язок між ознаками, позитивні – про прямий. Для простоти сприйняття кореляційні матриці представлені у вигляді таблиць, де вказані лише ті значення коефіцієнтів кореляцій, які мали достатній рівень достовірності, і лише ті показники, зв'язки між якими досягли граничної сили ( $r > 0,3$ ).

Аналіз адаптаційних компонентів ПРП у осіб з депресивними розладами продемонстрував, що у хворих на невротичні депресії віковий діапазон 20-29 років був асоційований з залученістю і інтересом до життя ( $r = 0,65$  та  $r = 0,72$  відповідно), впевненістю у власних силах ( $r = 0,72$ ), неготовністю до відповідальності ( $r = -0,88$ ), неузгодженістю між цілями та досягненнями ( $r = -0,59$ ), зниженням психологічного благополуччя ( $r = -0,48$ ) нервово-психічною нестабільністю ( $r = -0,43$ ), моральною нормативністю ( $r = 0,64$ ), дезадаптивними порушеннями ( $r = 0,38$ ) та актуалізацією копінг-стратегій «розгубленість» ( $r = 0,82$ ), «протест» ( $r = 0,71$ ), «звернення» ( $r = 0,79$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,66$ ), «емоційна розрядка» ( $r = 0,58$ ) та «відволікання» ( $r = 0,47$ ) (Табл.5.6). Особи віком 30-39 років характеризувались астеничними реакціями ( $r = 0,79$ ), впевненістю у власних силах ( $r = 0,62$ ), зниженням загального фону настрою ( $r = 0,79$ ), життєстійкості ( $r = -0,47$ ), послідовності у досягненні цілей ( $r = -0,66$ ) і моральної нормативності ( $r = 0,36$ ) та актуалізацією наступних копінг-стратегій: «відступ» ( $r = 0,78$ ), «агресивність» ( $r = 0,67$ ), «збереження самовладання» ( $r = 0,62$ ), «відносність» ( $r = 0,59$ ), «емоційна розрядка» ( $r = 0,59$ ), «придушення емоцій» ( $r = 0,54$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,43$ ) та «протест» ( $r = 0,44$ ).



Таблиця 5.6

**Вікові адаптаційні компоненти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб з невротичною депресією			Вік осіб з органічною депресією			Вік осіб з ендогенною депресією		
		20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49
		Рівень кореляції (r)								
показники життєвостійкості	залученість	0,65			0,56				-0,55	-0,78
	контроль	0,72	0,62	-0,79		-0,77	-0,68		-0,67	-0,72
	прийняття ризику	-0,88		-0,38			0,44			
	життєстійкість		-0,47						-0,79	-0,66
показники адаптивного потенціалу	поведінкова регуляція	-0,43			-0,55	-0,56	-0,63			
	комунікативний потенціал	0,64			0,59					
	моральна нормативність		-0,36							
	адаптаційний потенціал особистості			-0,44		-0,49	-0,77	-0,57	-0,66	-0,84
	астенічні реакції		0,79			0,79	0,86			0,58
	психотичні реакції								0,45	0,52
	дезадаптаційні порушення	0,38		0,56		0,43	0,54	0,66	0,68	0,44
копінг-стратегії	ігнорування			0,39						
	смирнення			0,52			0,62			0,78
	збереження самовладання		0,62							
	проблемний аналіз									
	відносність		0,59				0,47			
	релігійність					0,58				
	розгубленість	0,82			0,77			0,77	0,83	
	протест	0,71	0,44							
	емоційна розрядка	0,58	0,59			0,37				
	придушення емоцій		0,54				0,68		0,49	0,63
	пасивна кооперація			0,54	0,62	0,49				
	покірність						0,73			0,69
	самозвинувачення			0,49					0,88	0,89
	агресивність		0,67					0,43		
	відволікання	0,47			0,38	0,55				
	активне уникнення	0,66	0,43					0,59	0,72	
компенсація			0,64		0,58					
відступ		0,78	0,68			0,48		0,57	0,76	
звернення	0,79									
психологічного благополуччя	індекс життєвої задоволеності	-0,48			0,48			-0,55	-0,49	-0,77
	інтерес до життя	0,72				-0,45	-0,48		-0,89	-0,69
	послідовність у досягненні цілей		-0,66					-0,72	-0,73	

узгодженість між цілями та досягненнями	-0,59				0,34	0,36			
позитивна оцінка себе			-0,66		-0,48	-0,88	-0,83	-0,89	-0,83
загальний фон настрою		0,79	0,81	0,53	-0,51	-0,74	-0,71	-0,84	-0,67

Респонденти з невротичними депресіями 40-49 років характеризувались відсутністю впевненості ( $r = -0,79$ ), неготовністю до прийняття ризику ( $r = -0,38$ ), зниженням адаптаційного потенціалу особистості ( $r = -0,44$ ) та загального фону настрою ( $r = 0,81$ ), наявністю дезадаптаційних порушень ( $r = 0,56$ ), негативною оцінкою себе ( $r = -0,66$ ) та актуалізацією копінгів «відступ» ( $r = 0,68$ ), «компенсація» ( $r = 0,64$ ), «смирнення» ( $r = 0,52$ ), «пасивна кооперація» ( $r = 0,54$ ), «самозвинувачення» ( $r = 0,49$ ) та «ігнорування» ( $r = 0,39$ ).

У осіб з органічною депресією також були визначені вікові особливості адаптаційних компонентів ПРП. Так, у віці 20-29 років у осіб відзначались залученість у життя ( $r = 0,56$ ), високий комунікативний потенціал ( $r = 0,59$ ), нервово-психічна нестабільність ( $r = -0,55$ ), зниження психологічної задоволеності життям ( $r = 0,48$ ) та загального фону настрою ( $r = 0,53$ ), а також актуалізація таких копінгів як «розгубленість» ( $r = 0,77$ ), «пасивна кооперація» ( $r = 0,62$ ) та «відволікання» ( $r = 0,38$ ). Вік хворих 30-39 років асоціювався зі зниженням контролю ( $r = -0,77$ ), нервово-психічної стійкості ( $r = -0,56$ ), адаптаційного особистісного потенціалу ( $r = -0,49$ ), інтересу до життя ( $r = -0,45$ ), позитивної оцінки себе ( $r = -0,48$ ) і загального фону настрою ( $r = -0,51$ ), з астеничними реакціями ( $r = 0,79$ ), узгодженістю між цілями та досягненнями ( $r = 0,34$ ), дезадаптаційними порушеннями ( $r = 0,43$ ) та актуалізацією копінгів «релігійність» ( $r = 0,58$ ), «компенсація» ( $r = 0,58$ ), «відволікання» ( $r = 0,55$ ), «пасивна кооперація» ( $r = 0,49$ ) та «емоційна розрядка» ( $r = 0,37$ ). Особи з органічними депресіями у віці 40-49 років харак-

теризувались зниженням адаптаційного особистісного потенціалу ( $r = -0,77$ ), поведінкової регуляції ( $r = -0,63$ ), загального фону настрою ( $r = -0,74$ ), позитивної оцінки себе ( $r = -0,88$ ) і впевненості у власних силах ( $r = -0,68$ ), астеничними та дезадаптаційними порушеннями ( $r = 0,86$  та  $r = 0,54$  відповідно), узгодженістю між цілями та досягненнями ( $r = 0,36$ ), прийняттям ризику ( $r = 0,44$ ) та актуалізацією копінг-стратегій «покірність» ( $r = 0,73$ ), «смирення» ( $r = 0,62$ ), «придушення емоцій» ( $r = 0,68$ ), «відносність» ( $r = 0,47$ ) та «відступ» ( $r = 0,48$ ).

Особи з ендогенними депресіями також мали специфічні вікові особливості адаптаційних компонентів ПРП. Так у хворих у віці 20-29 років були встановлені кореляційні зв'язки з низьким адаптаційним потенціалом ( $r = -0,57$ ), наявністю дезадаптаційних порушень ( $r = 0,66$ ), зниженням позитивної оцінки себе ( $r = -0,83$ ), послідовності в досягненні цілей ( $r = -0,72$ ), загального фону настрою ( $r = -0,71$ ) та індексу життєвої задоволеності ( $r = -0,55$ ) та використанням таких копінгів як «розгубленість» ( $r = 0,77$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,59$ ) та «агресивність» ( $r = 0,43$ ). Вік осіб з ендогенними депресіями 30-39 років був асоційований з низьким рівнем життєстійкості ( $r = -0,79$ ), контролю ( $r = -0,67$ ), залученості у життя ( $r = -0,55$ ), зниженням адаптаційного потенціалу особистості ( $r = -0,66$ ), послідовності у досягненні цілей ( $r = -0,72$ ), позитивної оцінки себе ( $r = -0,89$ ), загального фону настрою ( $r = -0,84$ ) та наявністю дезадаптаційних порушень ( $r = 0,68$ ) та психотичних реакцій ( $r = 0,45$ ) і актуалізацією копінг-стратегій «розгубленість» ( $r = 0,83$ ), «самозвинувачення» ( $r = 0,88$ ), «активне уникнення» ( $r = 0,72$ ), «відступ» ( $r = 0,57$ ) та «придушення емоцій» ( $r = 0,49$ ). Вік осіб 40-49 років був асоційований з низьким рівнем життєстійкості ( $r = -0,66$ ), контролю ( $r = -0,72$ ), залученості у життя ( $r = -0,78$ ), зниженням адаптаційного потенціалу особистості ( $r = -0,84$ ), позитивної оцінки себе ( $r = -0,83$ ) і загального фону настрою ( $r = -0,63$ ) та наявністю дезадап-

таційних порушень ( $r = 0,44$ ), астенічних реакцій ( $r = 0,58$ ) та психотичних реакцій ( $r = 0,52$ ) і актуалізацією копінг-стратегій «смирнення» ( $r = 0,78$ ), «самозвинувачення» ( $r = 0,89$ ), «відступ» ( $r = 0,76$ ), «покірність» ( $r = 0,69$ ) та «придушення емоцій» ( $r = 0,63$ ).

Для розуміння вікових особливостей адаптаційних компонентів ПРП були встановлені кореляційні зв'язки у осіб без психічних розладів (табл. 5.7). Так, було визначено, що вік 20-29 років асоційований з залученістю і інтересом до життя ( $r = 0,76$  та  $r = 0,77$  відповідно), комунікативним потенціалом ( $r = 0,99$ ), впевненістю у власних силах ( $r = 0,82$ ), позитивною оцінкою себе ( $r = 0,63$ ), психологічним благополуччям ( $r = 0,37$ ), життєстійкістю ( $r = 0,56$ ), узгодженістю між цілями та досягненнями ( $r = 0,89$ ), відсутністю дезадаптаційних порушень та психотичних реакцій ( $r = -0,88$  та  $r = -0,56$  відповідно), нервово-психічною нестійкістю ( $r = -0,38$ ) та актуалізацією копінг-стратегій «протест» ( $r = 0,84$ ), «емоційна розрядка» ( $r = 0,55$ ), «оптимізм» ( $r = 0,67$ ), «відволікання» ( $r = 0,39$ ) та «звернення» ( $r = 0,58$ ).

Особи у віці 30-39 років мали кореляційні зв'язки з залученістю і інтересом до життя ( $r = 0,44$  та  $r = 0,69$  відповідно), комунікативним потенціалом ( $r = 0,44$ ), впевненістю у власних силах ( $r = 0,67$ ), нервово-психічною стійкістю ( $r = 0,67$ ), життєстійкістю ( $r = 0,63$ ), позитивною оцінкою себе ( $r = 0,45$ ), адаптаційним потенціалом особистості ( $r = 0,45$ ), узгодженістю між цілями та досягненнями ( $r = 0,41$ ), відсутністю психотичних реакцій ( $r = -0,44$ ) та актуалізацією копінг-стратегій «ігнорування» ( $r = 0,44$ ), «збереження самовладання» ( $r = 0,43$ ), «додавання сенсу» ( $r = 0,34$ ), «пасивна кооперація» ( $r = 0,49$ ), «компенсація» ( $r = 0,66$ ) та «співпраця» ( $r = 0,66$ ).

Особи 40-49 років асоціювались з такими адаптаційними компонентами як нервово-психічна стійкість ( $r = 0,77$ ), позитивна оцінка себе ( $r = 0,76$ ), впевненість у власних силах ( $r = 0,76$ ), прийняття ризику ( $r = 0,61$ ), життєстійкість ( $r = 0,55$ ), моральна нормативність ( $r = 0,39$ ), адаптаційний

потенціал особистості ( $r = 0,61$ ), психологічне благополуччя ( $r = 0,62$ ), послідовність та узгодженість в досягненні цілей ( $r = 0,66$  та  $r = 0,88$  відповідно), відсутність дезадаптаційних порушень ( $r = -0,67$ ) та актуалізація копінг-стратегій «проблемний аналіз» ( $r = 0,67$ ), «відносність» ( $r = 0,55$ ), «відволікання» ( $r = 0,54$ ), «конструктивна активність» ( $r = 0,45$ ) та «співпраця» ( $r = 0,39$ ).

Таблиця 5.7

**Вікові адаптаційні компоненти реабілітаційного потенціалу у осіб без психічної патології (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб без психічних розладів		
		20-29	30-39	40-49
1		Рівень кореляції (r)		
		2	3	4
показники життєвостійкості	залученість	0,76	0,44	
	контроль	0,82	0,67	0,76
	прийняття ризику			0,61
	життєстійкість	0,56	0,63	0,55
показники адаптивного потенціалу	поведінкова регуляція	-0,38	0,67	0,77
	комунікативний потенціал	0,99	0,44	
	моральна нормативність			0,39
	адаптаційний потенціал особистості		0,45	0,61
	астенічні реакції			
	психотичні реакції	-0,56	-0,44	
	дезадаптаційні порушення	-0,88		-0,67
копінг-стратегії	ігнорування		0,44	
	збереження самовладання		0,43	
	проблемний аналіз			0,67
	відносність			0,55
	додавання сенсу		0,34	
	протест	0,84		
	емоційна розрядка	0,55		
	оптимізм	0,67		
	пасивна кооперація		0,49	
	відволікання	0,39		0,54
	компенсація		0,66	
	конструктивна активність			0,45
	співпраця		0,66	0,39
	Звернення	0,58		
Показники психологічного благополуччя	індекс життєвої задоволеності	0,37		0,62
	інтерес до життя	0,77	0,69	
	послідовність у досягненні цілей			0,66

	узгодженість між цілями та досягненнями	0,89	0,41	0,88
	позитивна оцінка себе	0,63	0,45	0,76

Аналіз особистісних особливостей дозволив встановити вікові аспекти, що сприяють або перешкоджають ресоціалізації та реадаптації осіб з депресивними розладами (табл. 5.8).

Так, було визначено, що при невротичних депресіях вік осіб 20-29 років поєднувався з такими характерологічними рисами як домінування ( $r = 0,76$ ), товариськість ( $r = 0,54$ ), пошук вражень та уваги від оточуючих та ( $r = 0,56$  та  $r = 0,34$  відповідно), відсутність відповідальності ( $r = -0,67$ ), імпульсивність ( $r = -0,45$ ), тривожність ( $r = 0,67$ ), напруженість ( $r = 0,79$ ), мрійливість ( $r = -0,38$ ) та артистичність ( $r = 0,43$ ), а також з психічною ригідністю (актуальною, сенситивною та преморбідною) ( $r = 0,66$ ;  $r = 0,72$  та  $r = 0,38$  відповідно) та ергопатичним, егоцентричним, тривожним і сенситивним типами ставлення ( $r = 0,76$ ;  $r = 0,76$ ;  $r = 0,76$  та  $r = 0,76$  відповідно).

Вік осіб 30-39 років був асоційований з уникненням вражень ( $r = -0,43$ ), довірливістю ( $r = 0,40$ ), імпульсивністю ( $r = -0,78$ ), безвідповідальністю ( $r = -0,66$ ), тривожністю ( $r = 0,43$ ), напруженістю ( $r = 0,38$ ), депресивністю ( $r = 0,62$ ), емоційною лабільністю ( $r = 0,65$ ), сенситивністю ( $r = 0,44$ ), наявністю психічної ригідності (сенситивної, настановної, преморбідної та ригідності як реакції на стрес) ( $r = 0,67$ ;  $r = 0,82$ ;  $r = 0,45$  та  $r = 0,39$  відповідно), а також сенситивного, іпохондричного та егоцентричного ставлення до хвороби ( $r = 0,87$ ;  $r = 0,73$  та  $r = 0,45$  відповідно).

Таблиця 5.8

### Особистісні компоненти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)

Найменування показників	Вік осіб з невротичною депресією			Вік осіб з органічною депресією			Вік осіб з ендогенною депресією		
	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49
	Рівень кореляції (r)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Особливості особистості	активність-пасивність								-0,46	-0,74
	домінування-підпорядкованість	0,76				-0,45	-0,72		-0,55	-0,72
	товариськість - замкнутість	0,54		-0,55				0,47	-0,44	-0,82
	пошук вражень - уникнення вражень	0,56	-0,43	-0,81		-0,43	-0,76		-0,39	-0,56
	привернення уваги - уникнення уваги	0,34					-0,44		-0,48	-0,62
	теплота - байдужість									-0,76
	довірливість - підозрілість		0,40				-0,52	0,45		-0,55
	розуміння - нерозуміння інших			-0,43		-0,39	-0,77		-0,39	-0,41
	наполегливість - слабівілля			-0,38	0,49	-0,55			-0,58	-0,66
	відповідальність - безвідповідальність	-0,67	-0,66							
	самоконтроль - імпульсивність	-0,45	-0,78		0,37		-0,55	-0,39		
	тривожність - безтурботність	0,67	0,43	0,67	0,88		0,37	0,77	0,62	
	напруженість - розслабленість	0,79	0,38	0,49	0,67	0,71			0,78	0,81
	депресивність - емоційна комфортність		0,62	0,77			0,80		0,38	0,82
	самокритика - самодостатність					0,38	0,49	0,53	0,36	0,62
	емоційна лабільність - емоційна стабільність		0,65		0,76	0,83	0,87			
	цікавість - консерватизм						-0,44			-0,55
	мрійливість - реалістичність	0,38			0,54		-0,66			
	артистичність - неартистичність	0,43								-0,52
	сенситивність - байдужість		0,44		0,56		-0,49		-0,45	-0,77
пластичність – ригідність			-0,38		-0,56	-0,72		-0,39	-0,61	
Показники психічної ригідності	загальна ригідність					0,66	0,89	0,56	0,49	0,62
	актуальна ригідність	0,66			0,44	0,58				
	сенситивна ригідність	0,72	0,67							
	настановна ригідність		0,82	0,63			0,49	0,39	0,66	0,53
	ригідність як стан		0,39	0,79				0,42		
	преморбідна ригідність	0,38	0,45		0,62	0,84		0,55	0,82	0,88
Тип ставлення до хвороби	ергопатичний	0,83			0,39					
	анозогнозичний				0,47					
	тривожний	0,56			0,77			0,76	0,63	
	іпохондричний		0,73			0,82	0,85		0,75	
	неврастенічний			0,65		0,64				0,46
	меланхолійний			0,81			0,66			0,62
	апатичний			0,74			0,71			0,77
	сенситивний	0,54	0,87			0,88		0,49	0,58	
	егоцентричний	0,73	0,45							
	паранойяльний									0,69
дисфоричний									0,88	

Вік осіб 40-49 років був асоційований з замкнутістю ( $r = -0,55$ ), уникненням вражень ( $r = -0,81$ ), труднощами в розумінні інших ( $r = -0,43$ ), від-

сутністю наполегливості ( $r = -0,38$ ), депресивністю ( $r = 0,77$ ), тривожністю ( $r = 0,67$ ) та напруженістю ( $r = 0,49$ ), ригідністю (настановною та як реакції на ситуацію) ( $r = 0,63$  та  $r = 0,79$  відповідно) та меланхолійним, апатичним та неврастенічним типами ставлення до хвороби ( $r = 0,81$ ;  $r = 0,74$  та  $r = 0,65$  відповідно).

Були визначені вікові особливості вираженості особистісних рис у осіб з органічними депресіями. Так, вік 20-29 років був пов'язаний з наполегливістю ( $r = 0,49$ ), самоконтролем ( $r = 0,37$ ), тривожністю ( $r = 0,88$ ), напруженістю ( $r = 0,71$ ), самокритичністю ( $r = 0,38$ ), емоційною нестабільністю ( $r = 0,76$ ), мрійливістю ( $r = 0,54$ ), сенситивністю ( $r = 0,56$ ), наявністю актуальної та преморбідної ригідності ( $r = 0,44$  та  $r = 0,62$  відповідно), переважанням тривожного, анозогнозичного та ергопатичного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,77$ ;  $r = 0,47$  та  $r = 0,39$  відповідно). Вік 30-39 років асоціювався з підпорядкованістю ( $r = -0,45$ ), уникненням вражень ( $r = -0,43$ ), відсутністю наполегливості ( $r = -0,55$ ), труднощами в розумінні інших ( $r = -0,39$ ), напруженістю ( $r = 0,71$ ), самокритичністю ( $r = 0,38$ ), емоційною лабільністю ( $r = 0,83$ ), ригідністю (загальною, актуальною та преморбідною) ( $r = 0,66$ ;  $r = 0,58$  та  $r = 0,84$  відповідно), наявністю іпохондричного, сенситивного та неврастенічного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,82$ ;  $r = 0,88$  та  $r = 0,64$  відповідно). У віковій категорії 40-49 років спостерігались кореляційні зв'язки з підпорядкованістю ( $r = -0,72$ ), уникнення вражень та уваги від оточуючих ( $r = -0,76$  та  $r = -0,44$  відповідно), труднощами в довірі та розумінні інших ( $r = -0,52$  та  $r = -0,77$  відповідно), імпульсивністю ( $r = -0,55$ ), депресивністю ( $r = 0,80$ ) і тривожністю ( $r = 0,37$ ), самокритичністю ( $r = 0,49$ ), емоційною лабільністю ( $r = 0,87$ ), байдужістю ( $r = -0,49$ ), реалістичністю ( $r = -0,66$ ), консерватизмом ( $r = 0,44$ ), ригідністю (загальною ( $r = 0,89$ ) та настановною ( $r = 0,49$ )), вираженістю іпохондричного, апатичного



та меланхолійного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,85$ ;  $r = 0,71$  та  $r = 0,66$  відповідно).

Були визначені вікові особистісні компоненти ПРП у хворих з ендogenous депресіями. Так, вік 20-29 років був асоційований з товаришкістю ( $r = 0,47$ ), довірливістю ( $r = 0,45$ ), імпульсивністю ( $r = -0,39$ ), тривожністю ( $r = 0,77$ ), наявністю самокритики ( $r = 0,53$ ), загальної, настановної, преморбідної ригідності та ригідності як реакції на ситуацію ( $r = 0,56$ ;  $r = 0,39$ ;  $r = 0,55$  та  $r = 0,42$  відповідно), а також тривожного та сенситивного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,67$  та  $r = 0,67$  відповідно). Вік осіб 30-39 років був пов'язаний з пасивністю ( $r = -0,46$ ), підпорядкованістю ( $r = -0,55$ ), замкнутістю ( $r = -0,44$ ), уникненням вражень та уваги оточуючих ( $r = -0,39$  та  $r = -0,48$  відповідно), відсутністю наполегливості ( $r = -0,58$ ), труднощами в розумінні інших ( $r = -0,39$ ), тривожністю ( $r = 0,62$ ), напруженістю ( $r = 0,78$ ), депресивністю ( $r = 0,38$ ), самокритичністю ( $r = 0,36$ ), байдужістю ( $r = -0,45$ ), ригідністю (загальної, настановної та преморбідної) ( $r = 0,49$ ;  $r = 0,66$  та  $r = 0,82$  відповідно), вираженістю іпохондричного, тривожного та сенситивного ставлення до хвороби ( $r = 0,75$ ;  $r = 0,63$  та  $r = 0,58$  відповідно). Вік осіб 40-49 років був асоційований з пасивністю ( $r = -0,74$ ), підпорядкованістю ( $r = -0,72$ ), замкнутістю ( $r = -0,82$ ), уникненням вражень та уваги оточуючих ( $r = -0,56$  та  $r = -0,62$  відповідно), байдужістю ( $r = -0,76$ ), підозрілістю ( $r = -0,55$ ), відсутністю наполегливості ( $r = -0,66$ ), труднощами в розумінні інших ( $r = -0,41$ ), напруженістю ( $r = 0,81$ ), депресивністю ( $r = 0,82$ ), самокритичністю ( $r = 0,62$ ), консерватизмом ( $r = 0,55$ ), відсутністю артистичності ( $r = -0,52$ ), ригідністю (загальною, настановною та преморбідною) ( $r = 0,62$ ;  $r = 0,53$  та  $r = 0,88$  відповідно), вираженістю дисфоричного, апатичного, меланхолійного, паранойяльного та неврастенічного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,88$ ;  $r = 0,77$ ;  $r = 0,62$ ;  $r = 0,69$  та  $r = 0,46$  відповідно).

Для розуміння вікових особливостей особистісних компонентів ПРП були встановлені кореляційні зв'язки у осіб без психічних розладів (табл. 5.9). Так, з молодим віком 20-29 років були асоційовані наступні характерологічні риси: активність ( $r = 0,56$ ), домінування ( $r = 0,44$ ), товарицькість ( $r = 0,56$ ), пошук вражень ( $r = 0,37$ ), теплота ( $r = 0,56$ ), довірливість ( $r = 0,37$ ), наполегливість ( $r = 0,58$ ), зацікавленість ( $r = 0,56$ ), мрійливість ( $r = 0,38$ ), артистичність ( $r = 0,45$ ), настановна та преморбідна ригідність ( $r = 0,45$  та  $r = 0,39$  відповідно), вираженість ергопатичного, анозогнозичного, егоцентричного та неврастенічного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,76$ ;  $r = 0,79$ ;  $r = 0,63$  та  $r = 0,38$  відповідно).

Вік 30-39 років поєднувався з активністю ( $r = 0,38$ ), товарицькістю ( $r = 0,62$ ), теплотою ( $r = 0,71$ ), готовністю до взаємодії ( $r = 0,36$ ), повагою до інших ( $r = 0,45$ ), наполегливістю ( $r = 0,62$ ), відповідальністю ( $r = 0,44$ ), сенситивністю ( $r = 0,56$ ), ригідною реакцією на стресові події ( $r = 0,67$ ), вираженістю гармонійного, анозогнозичного та сенситивного типів ставлення до хвороби ( $r = 0,53$ ;  $r = 0,59$  та  $r = 0,38$  відповідно). Особи у віці 40-49 років характеризувались теплотою ( $r = 0,66$ ), відповідальністю ( $r = 0,59$ ), самоконтролем ( $r = 0,35$ ), передбачливістю ( $r = 0,77$ ), самокритичністю ( $r = 0,34$ ), настановною ригідністю ( $r = 0,49$ ) та ригідною реакцією на стресові події ( $r = 0,77$ ), вираженістю гармонійного, іпохондричного та сенситивного ставлення до хвороби ( $r = 0,63$ ;  $r = 0,62$  та  $r = 0,44$  відповідно).

Таблиця 5.9

**Вікові особистісні компоненти реабілітаційного потенціалу у осіб без психічних розладів (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб без психічних розладів		
		20-29	30-39	40-49
		Рівень кореляції (r)		
1		2	3	4
Особливості особистості	активність-пасивність	0,56	0,38	
	домінування-підпорядкованість	0,44		
	товарицькість - замкнутість	0,56	0,62	

	пошук вражень - уникнення вражень	0,37		
	теплота - байдужість	0,56	0,71	0,66
	співпраця - суперництво		0,36	
	довірливість - підозрілість	0,37		
	повага інших - самоповага		0,45	
	наполегливість - слабовілля	0,58	0,62	
	відповідальність - безвідповідальність		0,44	0,59
	самоконтроль - імпульсивність			0,35
	передбачливість - безтурботність			0,77
	самокритика - самодостатність			0,34
	цікавість - консерватизм	0,56		
	мрійливість - реалістичність	0,38		
	артистичність - неартистичність	0,45		
	сенситивність - байдужість		0,56	
	пластичність - ригідність		0,54	0,63
психічна ригідність	настановна ригідність	0,45		0,49
	ригідність як стан		0,67	0,77
	преморбідна ригідність	0,39		
Тип ставлення до хвороби	гармонійний		0,53	0,63
	ергопатичний	0,76		
	анозогнозичний	0,79	0,59	
	іпохондричний			0,62
	неврастенічний	0,38		
	сенситивний		0,38	0,44
	егоцентричний	0,63		

Для оцінки ціннісно-сміслових компонентів ПРП також був проведений кореляційний аналіз вікових діапазонів та встановлені їх специфічні особливості для осіб з депресивними розладами (табл. 5.10).

Було встановлено, що у осіб з невротичними депресіями молодий вік (20-29 років) асоціювався з такими цінностями як доброта ( $r = 0,67$ ), гедонізм ( $r = 0,67$ ), досягнення ( $r = 0,53$ ) та стимуляція ( $r = 0,45$ ) та з такими екзистенціальними поняттями як свобода ( $r = 0,65$ ), персональність ( $r = 0,45$ ), самодистанціювання ( $r = 0,39$ ) та низький рівень відповідальності ( $r = -0,67$ ). Особи у віці 30-39 років характеризувались прагненням до підтримки доброзичливих стосунків з оточуючими ( $r = 0,63$ ), безпеки ( $r = 0,53$ ) та конформності ( $r = 0,56$ ) та відрізнялись низькими показниками самотрансценденції ( $r = -0,52$ ), свободи ( $r = -0,44$ ), відповідальності ( $r = -0,69$ ), екзистенціальності ( $r = -0,45$ ) та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,72$ ). Вік 40-49 років був пов'язаний з цінностями у підтримці конформності ( $r = 0,72$ ) та традицій ( $r = 0,56$ ) та низькими показниками персональності ( $r = -$

0,77), езистенціальності ( $r = -0,72$ ) та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,49$ ).

При органічних депресіях вік 20-29 років був асоційований з такими цінностями як доброта ( $r = 0,57$ ), самостійність ( $r = 0,52$ ), стимуляція ( $r = 0,66$ ), гедонізм ( $r = 0,61$ ) та досягнення ( $r = 0,56$ ) та такими екзистенціальними показниками як персональність ( $r = 0,33$ ), низькі показники самодистанціювання та трансценденції ( $r = -0,55$  та  $r = -0,49$  відповідно). З віковим діапазоном 30-39 років поєднувались цінності безпеки ( $r = 0,59$ ), конформності ( $r = 0,59$ ), підтримки традицій та доброзичливих стосунків ( $r = 0,44$  та  $r = 0,38$  відповідно), а також почуття обов'язку ( $r = 0,49$ ) і низькі показники самотрансценденції ( $r = -0,71$ ), свободи ( $r = -0,55$ ), екзистенціальності ( $r = -0,62$ ) та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,48$ ). Вік 40-49 років був асоційований з цінностями безпеки ( $r = 0,63$ ), конформності ( $r = 0,66$ ) та підтримки традицій ( $r = 0,34$ ), а також з почуттям обов'язку ( $r = 0,66$ ) і низькими показниками свободи ( $r = -0,72$ ), персональності ( $r = -0,63$ ) та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,62$ ).

Таблиця 5.10

**Вікові ціннісно-сміслові компоненти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб з невротичною депресією			Вік осіб з органічною депресією			Вік осіб з ендогенною депресією			Вік осіб без психічних розладів		
		20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49
		Рівень кореляції (r)											
Ціннісно-сміслова сфера	конформність		0,56	0,72		0,59	0,66			0,66			
	традиції			0,56		0,44	0,34		0,49	0,53			
	доброта	0,67	0,63		0,57	0,38		0,45			0,78		
	універсалізм												0,67
	самостійність				0,52						0,54		
	стимуляція	0,45			0,66			0,52			0,77		0,57
	гедонізм	0,67			0,61						0,86	0,66	0,67
	досягнення	0,53			0,56						0,85	0,71	0,83
	влада											0,56	
	безпека		0,58			0,59	0,63		0,59	0,66		0,45	0,66

Екзистенціальна наповненість	самодистанціювання	0,39			-0,55			-0,53				0,38	0,55
	самотрансценденція		-0,52		-0,49	-0,71		-0,60				0,54	0,71
	свобода	0,65	-0,44			-0,55	-0,72		-0,55	-0,62	0,83		
	відповідальність	-0,67	-0,69			0,49	0,66					0,77	0,34
	персональність	0,45		-0,77	0,33		-0,63		-0,45	-0,83	0,69	0,56	0,73
	екзистенціальність		-0,45	-0,72		-0,62			-0,39	-0,52			
	екзистенціальна наповненість		-0,72	-0,49		-0,48	-0,62	-0,43	-0,76	-0,80	0,37	0,66	0,64

Серед осіб з ендегенними депресіями також були визначені ціннісно-сміслові компоненти ПРП, пов'язані з віком. Так, вік 20-29 років корелював з важливістю цінностей доброти ( $r = 0,45$ ) і стимуляції ( $r = 0,52$ ), а також з низькими показниками самодистанціювання, самотрансценденції та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,53$ ;  $r = -0,60$  та  $r = -0,43$  відповідно). Вік 30-39 років був асоційований з цінностями безпеки ( $r = 0,59$ ) та підтримки традицій і почуття обов'язку ( $r = 0,49$  та  $r = 0,47$  відповідно) та низькими показниками свободи, персональності, екзистенціальності та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,55$ ;  $r = -0,45$ ;  $r = -0,39$  та  $r = -0,76$  відповідно). У осіб більш старшого віку (40-49 років) спостерігався кореляційний зв'язок з важливістю цінностей безпеки ( $r = 0,66$ ), конформності ( $r = 0,66$ ) та традицій ( $r = 0,53$ ), підтримкою почуття обов'язку ( $r = 0,74$ ) та низькими показниками свободи, персональності, екзистенціальності та екзистенціальної наповненості ( $r = -0,62$ ;  $r = -0,83$ ;  $r = -0,52$  та  $r = -0,80$  відповідно).

У осіб без психічних розладів молодий вік (20-29 років) був поєднаний з цінностями «гедонізм» ( $r = 0,86$ ), «досягнення» ( $r = 0,85$ ), «стимуляція» ( $r = 0,77$ ), «доброта» ( $r = 0,78$ ), «самостійність» ( $r = 0,54$ ), з важливістю свободи ( $r = 0,83$ ), персональності ( $r = 0,69$ ) та екзистенціальної наповненості ( $r = 0,37$ ). Вік 30-39 років був асоційований з цінностями «досягнення» ( $r = 0,71$ ), «гедонізм» ( $r = 0,66$ ), «влада» ( $r = 0,56$ ) та «безпека» ( $r = 0,45$ ), а також з такими екзистенціальними показниками як самодистанціювання ( $r = 0,38$ ), самотрансценденція ( $r = 0,54$ ), відповідальність ( $r = 0,77$ ), персональність ( $r = 0,56$ ) та екзистенціальна наповненість ( $r = 0,66$ ). У осіб

40-49 років спостерігалось поєднання з такими цінностями як «досягнення» ( $r = 0,83$ ), «універсалізм» ( $r = 0,67$ ), «гедонізм» ( $r = 0,67$ ), «стимуляція» ( $r = 0,57$ ) та «безпека» ( $r = 0,66$ ) і з такими екзистенціальними показниками як самодистанціювання ( $r = 0,55$ ), самотрансценденція ( $r = 0,71$ ), відповідальність ( $r = 0,34$ ), персональність ( $r = 0,73$ ) та екзистенціальна наповненість ( $r = 0,64$ ).

Оцінка вікової специфіки соціального функціонування осіб з депресивними розладами різного генезу представлена у таблиці 5.11. Так, було встановлено, що особи з невротичною депресією молодого віку (20-29 років) характеризувались незадоволеністю стосунками з подружжям та родичами ( $r = 0,78$  та  $r = 0,82$  відповідно), зниженням загального рівню соціального функціонування ( $r = 0,38$ ), експресивністю та згуртованістю в сім'ї ( $r = 0,48$  та  $r = 0,34$  відповідно), орієнтацією родини на досягнення ( $r = 0,76$ ), високим рівнем контролю сімейної системи ( $r = 0,66$ ), конкурентністю ( $r = 0,73$ ) та невпевненістю ( $r = 0,79$ ). Особи у віці 30-39 років характеризувались наявністю незадоволеності професійною сферою реалізації ( $r = 0,83$ ), а також стосунками з подружжям та родичами ( $r = 0,55$  та  $r = 0,72$  відповідно), зниженням загального рівню соціального функціонування ( $r = 0,46$ ) і показників згуртованості родини ( $r = -0,65$ ), здатністю до конфронтації у сімейних стосунках ( $r = 0,66$ ), ієрархічністю сімейної організації ( $r = 0,66$ ), труднощами у відстоюванні власних позицій та в довірі ( $r = 0,66$  та  $r = 0,38$  відповідно).

Вік 40-49 років при невротичних депресіях поєднувався з незадоволеністю подружніми стосунками ( $r = 0,53$ ), професійною та соціальною сферами реалізації ( $r = 0,67$  та  $r = 0,43$  відповідно), низьким рівнем експресивності та згуртованості в родині ( $r = -0,52$  та  $r = -0,49$  відповідно), низькою конфліктністю ( $r = -0,73$ ), структурованістю сімейної системи ( $r = 0,82$ ) та високим рівнем контролю членами родини один одного ( $r = 0,47$ ), соціаль-

ним уникненням ( $r = 0,49$ ), невпевненістю ( $r = 0,55$ ), труднощами у відстоюванні власних позицій та експресивності ( $r = 0,72$  та  $r = -0,61$  відповідно).

При органічних депресіях вік 20-29 років був асоційований з незадоволеністю стосунками з подружжям та родичами ( $r = 0,45$  та  $r = 0,62$  відповідно), зниженням загального рівню соціального функціонування ( $r = 0,55$ ), згуртованістю та структурованістю сімейної системи ( $r = 0,38$  та  $r = 0,38$  відповідно), орієнтацією родини на незалежність ( $r = 0,66$ ), можливістю вираження негативних почуттів в сім'ї ( $r = 0,55$ ), труднощами з довірою та в розумінні інших ( $r = 0,74$  та  $r = 0,46$  відповідно) та невпевненістю ( $r = 0,38$ ).

Таблиця 5.11

**Вікові соціальні аспекти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб з невротичною депресією			Вік осіб з органічною депресією			Вік осіб з ендогенною депресією		
		20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49
Рівень кореляції (r)										
Показники соціального функціонування	незадоволеність подружніми стосунками	0,78	0,55	0,53	0,45			0,66	0,73	
	незадоволеність стосунками з родичами	0,82	0,72		0,62	0,56			0,67	0,79
	незадоволеність в професійній сфері		0,83	0,67		0,61	0,58		0,55	0,61
	незадоволеність в соціальній сфері			0,43			0,54			0,73
	загальний рівень незадоволеності	0,38	0,46		0,55	0,73			0,67	0,61
Особливості сімейних стосунків	згуртованість	0,34	-0,65	-0,49	0,38	0,66		-0,67	-0,71	-0,64
	експресивність	0,48		-0,52		-0,62	-0,73		-0,44	-0,72
	конфлікт		0,66	-0,73	0,55	-0,49	-0,52	0,66		
	незалежність				0,66	-0,49	-0,73			
	орієнтація на досягнення	0,76								
	морально-етичні аспекти						0,55		0,69	0,46
	організація		0,66	0,82	0,38	0,46	0,55	0,64		
	контроль	0,66		0,47		0,57	0,72	0,77	0,36	0,71
Особливості міжособистісних відносин	автократичність				0,46	0,73			0,44	0,51
	конкурентність	0,73			0,74					
	холодність							0,49	0,66	0,72
	соціальне уникнення		0,38	0,49		0,56	0,62		0,54	0,58
	невпевненість	0,79		0,55	0,38	0,73		0,45		
	поступливість					0,55			0,56	0,72

	турботливість		0,66	0,72			0,38			-0,66
	експресія			-0,61		-0,38	-0,43	-0,45	-0,49	-0,39

Особи 30-39 років характеризувались незадоволеністю в професійній сфері та стосунками з родичами ( $r = 0,61$  та  $r = 0,56$  відповідно), зниженням загального рівню соціального функціонування ( $r = 0,73$ ), згуртованістю сімейної системи ( $r = 0,66$ ), низькими рівнями експресивності та конфліктності ( $r = -0,62$  та  $r = -0,49$  відповідно) та зниженням орієнтації родини до незалежності ( $r = -0,49$ ), високим контролем та структурованістю сімейної системи ( $r = 0,57$  та  $r = 0,46$  відповідно), автократичністю ( $r = 0,73$ ), соціальним уникненням ( $r = 0,56$ ), невпевненістю та поступливістю ( $r = 0,73$  та  $r = 0,55$  відповідно). Вік 40-49 років у осіб з органічною депресією був пов'язаний з незадоволеністю професійною та соціальною сферами реалізації ( $r = 0,58$  та  $r = 0,54$  відповідно), низькими рівнями експресивності та конфліктності ( $r = -0,73$  та  $r = -0,52$  відповідно) та зниженням орієнтації родини до незалежності ( $r = -0,73$ ), орієнтацією родини на підтримку морально-етичних аспектів ( $r = 0,55$ ), високим контролем та структурованістю сімейної системи ( $r = 0,72$  та  $r = 0,55$  відповідно), соціальним уникненням ( $r = 0,62$ ) та турботливістю ( $r = 0,38$ ).

У осіб з ендогенною депресією молодий вік (20-29 років) був пов'язаний з незадоволеністю стосунками з подружжям ( $r = 0,66$ ), зниженням згуртованості в родині ( $r = -0,67$ ), вираженістю конфліктності членів родини ( $r = 0,66$ ), високим контролем та структурованістю сімейної системи ( $r = 0,77$  та  $r = 0,64$  відповідно), холодністю ( $r = 0,49$ ), невпевненістю ( $r = 0,45$ ) та зниженням експресивності ( $r = -0,45$ ) у стосунках з іншими. Вік 30-39 років був асоційований з незадоволеністю в стосунках з подружжям, родичами, професійною діяльністю ( $r = 0,73$ ;  $r = 0,67$  та  $r = 0,55$  відповідно) та загальним рівнем соціального функціонування ( $r = 0,67$ ), зниженням згуртованості та експресивності ( $r = -0,71$  та  $r = -0,44$  відповідно), орієнта-



цією сімейної системи на морально-етичні аспекти ( $r = 0,69$ ), високий контроль членів родини один одного ( $r = 0,36$ ), автократичністю ( $r = 0,44$ ), холодністю ( $r = 0,66$ ), соціальним уникненням ( $r = 0,54$ ) та поступливістю ( $r = 0,56$ ) у стосунках з оточуючими. Вік 40-49 років пов'язаний з незадоволеністю стосунками з родичами ( $r = 0,79$ ), в професійній та соціальній сфері ( $r = 0,61$  та  $r = 0,73$  відповідно) та загальним рівнем соціального функціонування ( $r = 0,61$ ), зниженням згуртованості та експресивності ( $r = -0,64$  та  $r = -0,72$  відповідно), орієнтацією сімейної системи на морально-етичні аспекти ( $r = 0,46$ ), високий контроль членів родини один одного ( $r = 0,71$ ), автократичністю ( $r = 0,51$ ), холодністю ( $r = 0,72$ ), соціальним уникненням ( $r = 0,58$ ), поступливістю ( $r = 0,72$ ) та байдужістю ( $r = -0,66$ ) у стосунках з оточуючими.

Для розуміння вікових особливостей соціального функціонування були встановлені кореляційні зв'язки у осіб без психічних розладів (Табл.5.12). Так, молодий вік (20-29 років) у осіб без психічних розладів асоціювався з орієнтацією сімейної системи на досягнення ( $r = 0,88$ ) та активний відпочинок ( $r = 0,94$ ), згуртованістю та експресивністю ( $r = 0,66$  та  $r = 0,78$  відповідно), можливістю виражати негативні почуття ( $r = 0,55$ ) та встановлювати близькі теплі стосунки ( $r = -0,78$ ), високим рівнем контролю та організованості сімейної системи ( $r = 0,47$  та  $r = 0,38$  відповідно), а також конкурентністю ( $r = 0,34$ ), невпевненістю ( $r = 0,37$ ) та незадоволеністю подружніми стосунками ( $r = 0,38$ ).

Таблиця 5.12

**Вікові соціальні аспекти реабілітаційного потенціалу у осіб без психічних розладів (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб без психічних розладів						
		20-29	30-39	40-49				
		Рівень кореляції (r)						
Р	н	о	д	о	незадоволеність подружніми стосунками	0,38		

	незадоволеність стосунками з родичами		0,44	
	незадоволеність в професійній сфері		0,38	0,35
	незадоволеність в соціальній сфері			0,37
Особливості сімейних стосунків	згуртованість	0,66		
	експресивність	0,78	0,66	
	конфлікт	0,55		
	незалежність		0,57	0,34
	орієнтація на досягнення	0,88	0,83	0,84
	інтелектуально-культурна орієнтація		0,66	
	орієнтація на активний відпочинок	0,94		
	організація	0,38	0,67	
Особливості міжособистісних відносин	контроль	0,47		-0,66
	конкурентність	0,34		-0,63
	холодність	-0,78	-0,56	
	невпевненість	0,37		
	поступливість		0,49	0,79
	турботливість		0,38	
	експресія	0,78		

Вік 30-39 років був пов'язаний з незадоволеністю стосунками з родичами та в професійній сфері ( $r = 0,44$  та  $r = 0,38$  відповідно), експресивністю у вираженні почуттів ( $r = 0,66$ ), орієнтацією сімейної системи на незалежність ( $r = 0,57$ ), досягнення ( $r = 0,83$ ) та інтелектуально-культурний аспект ( $r = 0,66$ ), з високим рівнем структурованості сімейної системи ( $r = 0,67$ ), поступливістю, турботливістю та можливістю встановлювати близькі емоційні зв'язки ( $r = 0,49$ ;  $r = 0,38$  та  $r = -0,56$  відповідно).

Для розуміння патопсихологічних особливостей, пов'язаних з віком осіб з депресивними розладами, також був проведений кореляційний аналіз, який дозволив встановити певні вікові особливості (табл. 5.13).

Таблиця 5.13

**Вікові патопсихологічні аспекти реабілітаційного потенціалу при депресивних розладах різної генези (за результатами кореляційного аналізу)**

Найменування показників		Вік осіб з невротичною депресією			Вік осіб з органічною депресією			Вік осіб з ендогенною депресією		
		20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49	20-29	30-39	40-49
		Рівень кореляції (r)								
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10
прояви	депресивний настрій	0,45			0,34		0,69	0,43	0,56	0,71
	почуття провини			0,54					0,44	0,76

	суїцидальні наміри	0,64	0,43			0,76	0,52	0,49	0,51	
	інсомнія рання	0,39					0,64	0,67	0,73	
	інсомнія середня					0,39			0,55	
	інсомнія пізня						0,73			0,44
	робота та діяльність		0,68	0,75	0,66	0,54	0,83	0,48	0,51	0,69
	загальмованість		0,71			0,43	0,67		0,78	0,91
	збудженість	0,78			0,55	0,62		0,65		
	психічна тривога	0,63	0,36					0,74		
	соматична тривога		0,56			0,64	0,71		0,63	0,67
	травневі соматичні порушення			0,59	0,55	0,63		0,43		
	загальні соматичні симптоми	0,46				0,55	0,62	0,43	0,50	0,49
	генітальні симптоми	0,52	0,44		0,38					
	іпохондричний розлад		0,76	0,62		0,47	0,52		0,76	0,78
	втрата ваги	0,43								0,63
	критичність			0,48		-0,57	-0,84			-0,56
	добові коливання								0,55	0,73
	деперсоналізація/ дереалізація				0,37	0,41			0,69	0,72
	параноїдні симптоми								0,66	0,73
обсесивні та компульсивні симптоми	0,76	0,53					0,55			
Тривожні прояви	тривожний настрій	0,68			0,73	0,56		0,56	0,62	
	напруга	0,44	0,59			0,71	0,59	0,77	0,83	0,67
	страхи	0,69	0,62		0,44			0,64	0,72	0,45
	інсомнія		0,78	0,53			0,62	0,46	0,53	0,58
	інтелектуальні порушення					0,72	0,85			
	депресивний настрій		0,43	0,66		0,62	0,71	0,67	0,72	0,63
	соматичні скарги (м'язові)		0,54	0,62		0,77				
	соматичні скарги (чутливі)			0,43	0,43	0,56	0,69		0,45	0,67
	серцево-судинні симптоми	0,55	0,39		0,39	0,72	0,83	0,66	0,54	
	респіраторні симптоми		0,45			0,46		0,45	0,72	
	шлунково-кишкові симптоми		0,62			0,62	0,67		0,68	
	сечостатеві симптоми	0,36			0,49			0,63	0,65	
вегетативні симптоми	0,87	0,33	0,45	0,67	0,62	0,66	0,66	0,73	0,69	
Когнітивні прояви	альтернативні навички					0,58	0,71			0,38
	зорово-просторові навички					0,48	0,61			
	зорово-конструктивні навички						0,62			
	зворотний цифровий ряд						0,72			
	уважність	0,44			0,44	0,51	0,73	0,35	0,39	0,47
	серійне віднімання					0,34	0,52			
	повторення фрази						0,56			
	швидкість мови			0,35	0,45	0,61	0,67	0,62	0,58	0,76
	абстракція			0,56			0,66			0,52
відстрочене згадування				0,54	0,67	0,81				

Особи без психічних розладів у віці 40-49 років характеризувались орієнтацією сімейної системи на досягнення та незалежність ( $r = 0,84$  та  $r =$

0,34 відповідно), низьким рівнем контролю в родині ( $r = -0,66$ ), наявністю незадоволеності в професійній та соціальній сферах реалізації ( $r = 0,35$  та  $r = 0,37$  відповідно), поступливістю ( $r = 0,79$ ) та довірливістю ( $r = -0,63$ ).

При невротичних депресіях в молодому віці (20-29 років) були встановлені кореляційні зв'язки з наявністю депресивного і тривожного настрою ( $r = 0,45$  та  $r = 0,68$  відповідно), напруги ( $r = 0,44$ ), страхів ( $r = 0,69$ ), суїцидальних намірів ( $r = 0,64$ ), труднощів при засинанні ( $r = 0,39$ ), втратою ваги ( $r = 0,43$ ), наявністю збудженості і психічної тривоги ( $r = 0,78$  та  $r = 0,63$  відповідно), наявності obsесивно-компульсивних, вегетативних, серцево-судинних геніальних та сечостатевих симптомів ( $r = 0,76$ ;  $r = 0,87$ ;  $r = 0,55$ ;  $r = 0,52$  та  $r = 0,36$  відповідно) та зниженням уважності ( $r = 0,44$ ). У віці 30-39 років при невротичних депресіях спостерігались кореляційні зв'язки з апатією ( $r = 0,68$ ), загальмованістю ( $r = 0,71$ ), психічною та соматичною тривогою ( $r = 0,36$  та  $r = 0,56$  відповідно), депресивним настроєм ( $r = 0,43$ ), суїцидальними намірами ( $r = 0,43$ ), почуттям страху і напруги ( $r = 0,62$  та  $r = 0,59$ ), порушеннями сну ( $r = 0,78$ ), obsесивно-компульсивними, вегетативними, геніальними, шлунково-кишковими, респіраторними, серцево-судинними та м'язовими соматичними симптомами ( $r = 0,76$ ;  $r = 0,33$ ;  $r = 0,44$ ;  $r = 0,62$ ;  $r = 0,45$ ;  $r = 0,39$  та  $r = 0,54$  відповідно), а також іпохондричним розладом ( $r = 0,76$ ).

У віці 40-49 років відмічались кореляції з апатією ( $r = 0,75$ ), депресивним настроєм ( $r = 0,66$ ), почуттям провини ( $r = 0,54$ ), порушеннями сну ( $r = 0,53$ ), травневими соматичними порушеннями ( $r = 0,59$ ), соматичними скаргами (м'язовими та чуттєвими) ( $r = 0,62$  та  $r = 0,43$  відповідно) та вегетативними симптомами ( $r = 0,45$ ), іпохондричним розладом ( $r = 0,62$ ), критичністю ( $r = 0,48$ ), зниженням швидкості мовлення ( $r = 0,35$ ) та рівню абстрагування ( $r = 0,56$ ).

При органічних депресіях молодий вік (20-29 років) асоціювався з наявністю тривожного та депресивного настрою ( $r = 0,73$  та  $r = 0,34$  відповідно), зниженням зацікавленості в роботі та діяльності ( $r = 0,66$ ), збудженістю ( $r = 0,55$ ), почуттям страху ( $r = 0,44$ ), наявністю травневих соматичних порушень ( $r = 0,55$ ), симптомів дереалізації/деперсоналізації ( $r = 0,37$ ), геніальних ( $r = 0,38$ ), серцево-судинних ( $r = 0,39$ ), сечостатевої ( $r = 0,49$ ), вегетативних ( $r = 0,67$ ) симптомів та зниження уваги, швидкості мовлення та відстроченого згадування ( $r = 0,44$ ;  $r = 0,45$  та  $r = 0,54$  відповідно). Вік 30-39 років був асоційований з суїцидальними намірами ( $r = 0,76$ ), частими пробудженнями вночі ( $r = 0,39$ ), апатією ( $r = 0,54$ ), збудженістю та загальмованістю ( $r = 0,62$  та  $r = 0,43$  відповідно), наявністю соматичної тривоги ( $r = 0,64$ ), депресивними та тривожним настроєм ( $r = 0,62$  та  $r = 0,56$  відповідно), напругою ( $r = 0,71$ ), зниженням критичності ( $r = -0,57$ ), наявністю соматичних (м'язових та чутливих) симптомів ( $r = 0,77$  та  $r = 0,56$  відповідно), симптомів дереалізації/деперсоналізації ( $r = 0,41$ ), вираженістю загальносоматичних, серцево-судинних, респіраторних, шлунково-кишкових та вегетативних симптомів ( $r = 0,55$ ;  $r = 0,72$ ;  $r = 0,46$ ;  $r = 0,62$  та  $r = 0,62$  відповідно), іпохондричним розладом ( $r = 0,47$ ), інтелектуальними порушеннями ( $r = 0,72$ ), порушеннями альтернативних навичок ( $r = 0,58$ ), зорово-просторових функцій ( $r = 0,48$ ), серійного віднімання ( $r = 0,34$ ), зниження уважності ( $r = 0,51$ ), швидкості мовлення ( $r = 0,61$ ) та відстроченого згадування ( $r = 0,67$ ). У осіб 40-49 років були встановлені кореляційні зв'язки з порушеннями в когнітивній сфері ( $r > 0,52$ ) та інтелектуальними порушеннями ( $r = 0,85$ ), наявністю депресивного настрою ( $r = 0,69$ ), апатії ( $r = 0,83$ ), суїцидальних намірів ( $r = 0,52$ ), інсомнії (труднощів при засинанні та раннього пробудження ( $r = 0,64$  та  $r = 0,73$  відповідно)), загальмованості ( $r = 0,67$ ), соматичної тривоги ( $r = 0,71$ ), напруги ( $r = 0,59$ ), зниження критичності ( $r = -0,82$ ), вираженості загальних соматичних ( $r = 0,62$ ), серцево-судинних ( $r = 0,83$ ), шлунково-кишкових ( $r = 0,67$ ), вегетативних ( $r = 0,66$ ) симптомів та іпохондричного розладу ( $r = 0,52$ ).

При ендогенних депресіях молодий вік (20-29 років) корелював з депресивним та тривожним настроєм ( $r = 0,67$  та  $r = 0,56$  відповідно), суїцидальними намірами ( $r = 0,49$ ), труднощами при засинанні ( $r = 0,67$ ), апатією ( $r = 0,48$ ), збудженістю ( $r = 0,65$ ), психічною тривогою ( $r = 0,74$ ), напругою ( $r = 0,77$ ), почуттям страху ( $r = 0,64$ ), вираженістю obsесивно-компульсивних, вегетативних, серцево-судинних, сечостатевого, респіраторних, травневих та загально соматичних симптомів ( $r = 0,55$ ;  $r = 0,66$ ;  $r = 0,66$ ;  $r = 0,63$ ;  $r = 0,45$ ;  $r = 0,43$  та  $r = 0,43$  відповідно), зниженням уважності та швидкості мовлення ( $r = 0,35$  та  $r = 0,62$  відповідно). Вік 30-39 років осіб з ендогенними депресіями був асоційований з депресивним та тривожним настроєм ( $r = 0,56$  та  $r = 0,72$  відповідно), напругою та відчуттям страху ( $r = 0,83$  та  $r = 0,72$  відповідно), почуттям провини ( $r = 0,44$ ), суїцидальними намірами ( $r = 0,51$ ), труднощами при засинанні та частими пробудженнями вночі ( $r = 0,73$  та  $r = 0,55$  відповідно), апатією ( $r = 0,51$ ), загальмованістю ( $r = 0,78$ ), соматичною тривогою ( $r = 0,63$ ), добовими коливаннями ( $r = 0,55$ ), соматичними проявами тривоги ( $r > 0,45$ ), симптомами дереалізації/деперсоналізації та параноїчними симптомами ( $r = 0,69$  та  $r = 0,66$  відповідно), іпохондричним розладом ( $r = 0,76$ ), зниженням уважності та швидкості мовлення ( $r = 0,39$  та  $r = 0,58$  відповідно). Вік 40-49 років був пов'язаний з загальмованістю ( $r = 0,91$ ), депресивним настроєм ( $r = 0,71$ ), почуттям провини ( $r = 0,76$ ), раннім пробудженням ( $r = 0,44$ ), апатією ( $r = 0,69$ ), соматичною тривогою ( $r = 0,67$ ), напругою та страхами ( $r = 0,67$  та  $r = 0,45$  відповідно), втратою ваги ( $r = 0,63$ ), порушеннями критичності ( $r = -0,56$ ), добовими коливаннями ( $r = 0,73$ ), симптомами дереалізації/деперсоналізації ( $r = 0,72$ ), параноїчними симптомами ( $r = 0,73$ ), вегетативними, загальними соматичними симптомами ( $r = 0,69$  та  $r = 0,49$  відповідно), іпохондричним розладом ( $r = 0,78$ ), порушеннями альтернативних навичок ( $r = 0,38$ ), зниженням рівню абстрагування ( $r = 0,52$ ), уважності та швидкості мовлення ( $r = 0,47$  та  $r = 0,76$  відповідно).

## Висновки до розділу 5

У розділі визначено соціально-психологічні особливості реабілітаційного потенціалу досліджуваних та їх психологічного реабілітаційного дефіциту у гендерному та віковому вимірах при різних формах депресивних розладів.

Встановлено, що соціальне функціонування, психологічне благополуччя, життєстійкість, особистісний адаптаційний потенціал, копінг-стратегії, особливості міжособистісних та сімейних комунікацій, індивідуально-типологічні особливості та специфіка ціннісно-мотиваційної сфери є вагомими складовими, які визначають реабілітаційний потенціал досліджуваних з депресивними розладами, та відрізняються за їх гендерними і віковими особливостями.

Виокремлено та диференційовано складові реабілітаційного потенціалу, які є внутрішніми ресурсами та мають гендерну специфіку:

- при *невротичних депресивних розладах*:

- у *чоловіків*: послідовність у досягненні цілей; життєстійкість; впевненість у власних силах; актуалізація копіngu «протест»; домінування; реалістичність; ергопатичний тип ставлення до хвороби; важливість цінностей «досягнення» та «влада»; орієнтація сімейної системи на досягнення;

- у *жінок*: залученість у життя; комунікативний потенціал; моральна нормативність; використання копінг-стратегій: «звернення», «емоційна розрядка», «пасивна кооперація» та «компенсація»; артистичність; важливість цінностей: «доброта», «безпека» та «конформність»; структурованість сімейної системи;

- при *органічних депресивних розладах*:

- у *чоловіків*: залученість у життя; послідовність у досягненні цілей; життєстійкість; відповідальність; актуалізація копіngu «компенсація»; ано-

зогнозичний тип ставлення до хвороби; важливість самостійності; орієнтація сімейної системи на незалежність;

- у жінок: залученість у життя; прийняття ризику; комунікативний потенціал; використання копінг-стратегій «релігійність» та «емоційна розрядка»; важливість цінностей «безпека» та «конформність»; поступливість та турботливість; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти;

- при *ендогенних депресивних розладах*:

- у чоловіків: важливість цінностей «стимуляція» та «влада»;

- у жінок: прийняття ризику; моральна нормативність; використання копінг-стратегій: «пасивна кооперація» та «відносність»; важливість цінностей «безпека» та «доброта»; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти; високий рівень організації та контролю сімейної системи.

Визначено та проведено диференціацію компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту при депресивних розладах, що потребують корекційних заходів та мають гендерну специфіку:

- при *невротичних депресивних розладах*:

- у чоловіків: нервово-психічна нестійкість; збудження; психічна тривога; напруженість; негативна оцінка себе; дезадаптаційні порушення; почуття страху, апатія; актуалізація копінг-стратегій «агресивність», «придушення емоцій» та «активне уникнення»; підозрілість, труднощі у довірі та розумінні оточуючих; конфліктність; ригідність (як особистісна характеристика і реакція на нові події та стрес); тривожний та іпохондричний типи ставлення до хвороби; зниження здатності до аналізу ситуації; незадоволеність професійною та соціальною сферами; підвищений контроль членів родини один одного;

- у жінок: неготовність до прийняття ризику; нервово-психічна нестійкість; астеничні реакції; загальмованість; депресивний та тривожний настрій; почуття страху; неузгодженість між цілями та досягненнями; ак-



туалізація копінг-стратегій: «розгубленість», «активне уникнення», «відступ» та «самозвинувачення»; підпорядкованість; безвідповідальність; нерішучість; соціальне уникнення; невпевненість; емоційна лабільність; сенситивність; ригідна реакція на нові та стресові ситуації; знижена здатність до відчуття власних потреб; егоцентричний, сенситивний та неврастенічний типи ставлення до хвороби; незадоволеність стосунками з подружжям та родичами; зниження соціального функціонування та індексу життєвої задоволеності; знижена згуртованість та експресивність у родині;

- при *органічних депресивних розладах*:

- у *чоловіків*: нервово-психічна нестійкість; астенічні реакції; дезадаптаційні порушення; апатія; напруга; тривога; депресивний настрій; наявність іпохондричного розладу; актуалізація копінг-стратегій «агресивність» та «придушення емоцій»; самокритичність; консерватизм; ригідність (актуальна, настановна та як реакція на стрес); уникнення уваги оточуючих; апатичний та іпохондричний типи ставлення до хвороби; зниження здатності до оцінки ситуації; недостатня екзистенціальна наповненість; незадоволеність професійною сферою; автократичність; труднощі з відстоюванням власних границь;

- у *жінок*: нервово-психічна нестійкість; астенічні реакції; актуалізація копінг-стратегій: «розгубленість», «самозвинувачення», «активне уникнення» та «покірність»; пасивність; підпорядкованість; уникнення вражень; труднощі у розумінні інших; відсутність наполегливості; тривожність, напруженість, депресивність, емоційна лабільність, сенситивність, почуття страху перед новим; сенситивний, меланхолійний та неврастенічний типи ставлення до хвороби; знижена здатність до відчуття власних потреб; екзистенціальна невиконаність; незадоволеність соціальною сферою; труднощі у вираженні негативних почуттів; загальмованість; зниження критичності;

- при *ендогенних депресивних розладах*:

- у *чоловіків*: знижена залученість у життя; нервово-психічна нестійкість; дезадаптаційні порушення; психотичні реакції; негативна оцінка себе; актуалізація копінг-стратегій: «самозвинувачення», «агресивність», «активне уникнення», «придушення емоцій», «смирнення» та «відступ»; уникнення вражень та уваги оточуючих; замкнутість; байдужість; підозрілість; тривожність, напруженість; самокритичність; консерватизм; нерішучість; автократизм; холодність; невпевненість; ригідність (загальна, актуальна та настановна); тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний та паранойяльний типи ставлення до хвороби; знижена здатність до емоційної та інтелектуальної оцінки ситуації; незадоволеність професійною сферою та стосунками з родичами; знижена експресивність у вираженні почуттів та відстоюванні власних позицій; висока організація та контроль сімейної системи; почуття провини; суїцидальні наміри; напруга; збудження; добові коливання; зниження критичності;

- у *жінок*: нервово-психічна нестійкість; психотичні реакції; знижений настрій; актуалізація копінг-стратегій: «розгубленість», «самозвинувачення», «активне уникнення» та «покірність»; імпульсивність, самокритичність, емоційна лабільність, байдужість, відсутність артистичності, нерішучість; ригідність (загальна та сенситивна); меланхолійний, тривожний, дисфоричний та неврастенічний типи ставлення до хвороби; знижена здібність до відчуття власних потреб; незадоволеність стосунками з родичами; зниження соціального функціонування та індексу життєвої задоволеності; соціальне уникнення; невпевненість; труднощі у вираженні почуттів; зниження критичності та інтелектуальних здібностей; добові коливання.

Визначено та диференційовано складові реабілітаційного потенціалу, які є внутрішніми та зовнішніми (середовищними) ресурсами та мають вікову специфіку:

- при *невротичних депресивних розладах*:

- у досліджуваних *20-29 років*: залученість та інтерес до життя; комунікативний потенціал, упевненість у власних силах; актуалізація адаптивних та відносно адаптивних копінг-стратегій: «протест», «емоційна розрядка», «відволікання» та «звернення»; типологічні особливості: домінування, товарицькість; пошук вражень, мрійливість, артистизм; ергопатичний та егоцентричний типи ставлення до хвороби; важливість цінностей: «досягнення», «доброта», «стимуляція»; «гедонізм», «свобода», відкритість досвіду та оточуючим; орієнтація сімейної системи на досягнення, контроль членів родини один одного; згуртованість та експресивність у вираженні почуттів у родині;

- у досліджуваних *30-39 років*: впевненість у власних силах; актуалізація адаптивних та відносно адаптивних копінг-стратегій: «збереження самовладання», «емоційна розрядка», «відносність» та «протест»; важливість цінностей: «доброта», «безпека» та «конформність»; структурованість сімейної системи, турботливість, здатність виражати негативні емоції;

- у досліджуваних *40-49 років*: актуалізація відносно адаптивних копінг-стратегій: «пасивна кооперація» та «компенсація»; важливість збереження традицій та звичаїв, що відповідають соціальним нормам;

- при *органічних депресивних розладах*:

- у досліджуваних *20-29 років*: залученість у життя; комунікативний потенціал; використання відносно адаптивних копінг-стратегій: «пасивна кооперація» та «відволікання»; індивідуально-типологічні особливості: наполегливість, самоконтроль, мрійливість; ергопатичний та анозогнозичний типи ставлення до хвороби; важливість цінностей: «самостійність», «доброта», «стимуляція», «гедонізм», «досягнення» та відкритість досвіду і

оточуючим; орієнтація сімейної системи на незалежність; згуртованість та експресивність родини;

- у досліджуваних *30-39 років*: актуалізація відносно адаптивних копінг-стратегій: «релігійність», «емоційна розрядка», «компенсація», «пасивна кооперація» та «відволікання»; узгодженість між цілями та досягненнями; відповідальність; важливість цінностей: «доброта», «конформність», «традиції» та «безпека»; структурованість та згуртованість сімейної системи і поступливість у відносинах;

- у досліджуваних *40-49 років*: прийняття ризику; актуалізація копінгу «відносність»; узгодженість між цілями та досягненнями; реалістичність; поступливість; важливість цінностей: «конформність», «традиції» та «безпека»; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти;

- при *ендогенних депресивних розладах*:

- у досліджуваних *20-29 років*: залученість у життя; комунікативний потенціал; моральна нормативність; використання адаптивного копінгу «звернення»; індивідуально-типологічні особливості: товаришність, довірливість; важливість цінностей «доброта» та «стимуляція»; можливість виражати негативні почуття у родині; структурованість та високий контроль у сімейній системі;

- у досліджуваних *30-39 років*: актуалізація адаптивних та відносно адаптивних копінг-стратегій: «збереження самовладання» та «компенсація»; важливість цінностей «традиції» та «безпека»; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти;

- у досліджуваних *40-49 років*: актуалізація копінгу «відносність»; важливість цінностей: «конформність», «традиції» та «безпека»; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти та поступливість у відносинах.

Встановлено та проведено диференціацію компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту при депресивних розладах, що потребують психотерапевтичного втручання та мають вікову специфіку:

- при *невротичних депресивних розладах*:

- у досліджуваних *20-29 років*: неготовність до прийняття ризику; дезадаптаційні порушення; актуалізація неадаптивних копінг-стратегій «розгубленість» та «активне уникнення»; зниження психологічного благополуччя та соціального функціонування; неузгодженість між цілями та досягненнями; індивідуально-типологічні особливості: бажання привертати увагу, безвідповідальність, імпульсивність, тривожність, напруженість, актуальна та сенситивна ригідність; сенситивний та тривожний типи ставлення до хвороби; незадоволеність стосунками з близькими;

- у досліджуваних *30-39 років*: зниження життєстійкості, моральної нормативності та загального фону настрою; непослідовність у досягненні цілей; актуалізація копінг-стратегій: «придушення емоцій», «агресивність», «активне уникнення» та «відступ»; астеничні реакції; уникнення вражень; безвідповідальність, імпульсивність, тривожність, напруженість, депресивність, емоційна лабільність; вираженість настановної, сенситивної та преморбідної ригідності; іпохондричний та егоцентричний типи ставлення до хвороби; зниження показників екзистенціальної наповненості; знижена згуртованість у родині; незадоволеність стосунками з подружжям; соціальне уникнення, зниження соціального функціонування;

- у досліджуваних *40-49 років*: невпевненість та неготовність до прийняття ризику; зниження адаптаційного потенціалу; дезадаптаційні порушення; негативна оцінка себе; знижений фон настрою; актуалізація копінг-стратегій: «ігнорування», «смиріння», «самозвинувачення» та «відступ»; індивідуально-типологічні особливості: замкнутість, уникнення вражень, нерозуміння інших, відсутність наполегливості, турботливість, три-

вожність, напруженість, депресивність, ригідність; неврастенічний, меланхолійний та апатичний типи ставлення до хвороби; зниження показників екзистенціальної наповненості; незадоволеність подружніми стосунками, зниження згуртованості, експресивності та здібності виражати негативні почуття у сімейній системі, соціальне уникнення;

- при *органічних депресивних розладах*:

- у досліджуваних *20-29 років*: актуалізація копінгу «розгубленість»; зниження настрою, психологічного благополуччя та соціального функціонування; індивідуально-типологічні особливості: автократичність, тривожність, напруженість, емоційна лабільність; актуальна ригідність; тривожний тип ставлення до хвороби; зниження здатності до емоційного та когнітивного аналізу ситуації; незадоволеність стосунками з близькими;

- у досліджуваних *30-39 років*: зниження впевненості у власних силах; нервово-психічна нестійкість; зниження адаптаційного потенціалу, соціального функціонування, інтересу до життя та настрою; астеничні реакції, дезадаптаційні порушення, негативна оцінка себе; індивідуально-типологічні особливості: підпорядкованість, автократичність, уникнення вражень, нерозуміння інших, відсутність наполегливості, напруженість, самокритичність, емоційна лабільність, актуальна та преморбідна ригідність; іпохондричний та неврастенічний типи ставлення до хвороби; зменшення показників екзистенціальної наповненості; зниження здатності виражати почуття у родині, особливо негативні; відсутність орієнтації на незалежність; соціальне уникнення; високий рівень контролю членів родини один одного;

- у досліджуваних *40-49 років*: невпевненість у власних силах; нервово-психічна нестійкість; зниження адаптаційного потенціалу, соціального функціонування, інтересу до життя та настрою; астеничні реакції, дезадаптаційні порушення, негативна оцінка себе; актуалізація неадаптивних ко-

пінг-стратегій: «смирення», «придушення емоцій», «покірність» та «відступ»; індивідуально-типологічні особливості: підпорядкованість, автократичність, холодність, уникнення вражень та соціальне уникнення, підозрілість, нерозуміння інших, імпульсивність, тривожність, депресивність, самокритичність, емоційна лабільність, консерватизм, байдужість, ригідність; меланхолійний та апатичний типи ставлення до хвороби; зменшення показників екзистенціальної наповненості; незадоволеність стосунками з родичами; зниження згуртованості та експресивності у сімейній системі; високий рівень контролю членів родини один одного;

- при *ендогенних депресивних розладах*:

- у досліджуваних *20-29 років*: знижений адаптаційний потенціал; дезадаптаційні порушення; актуалізація неадаптивних копінг-стратегій: «розгубленість», «агресивність» та «активне уникнення»; зниження психологічного благополуччя; непослідовність у досягненні цілей; негативна оцінка себе; знижений фон настрою; індивідуально-типологічні особливості: імпульсивність, холодність, тривожність, самокритичність, ригідність; тривожний та сенситивний типи ставлення до хвороби; зниження здатності аналізу ситуації (когнітивного та емоційного); зниження згуртованості родини;

- у досліджуваних *30-39 років*: низька залученість у життя; невпевненість у власних силах; зниження інтересу до життя, життестійкості в цілому, адаптаційного потенціалу, психологічного благополуччя, соціального функціонування та загального фону настрою; дезадаптаційні порушення; психотичні реакції; актуалізація неадаптивних копінг-стратегій: «розгубленість», «придушення емоцій», «самозвинувачення», «активне уникнення» та «відступ»; негативна оцінка себе; непослідовність у досягненні цілей; індивідуально-типологічні особливості: пасивність, підпорядкованість, замкнутість, холодність, автократичність, уникнення вражень та со-

ціальне уникнення, нерозуміння інших, відсутність наполегливості, тривожність, напруженість, депресивність, самокритичність, байдужість, загальна, настановна та преморбідна ригідність; тривожний та іпохондричний типи ставлення до хвороби; знижені показники свободи, персональності та екзистенціальної наповненості; незадоволеність подружніми стосунками, зниження згуртованості та експресивності у родині та підвищений контроль членів родини один одного;

- у досліджуваних *40-49 років*: низька залученість у життя; невпевненість у власних силах; зниження інтересу до життя, життєстійкості, адаптаційного потенціалу, психологічного благополуччя, соціального функціонування та загального фону настрою; дезадаптаційні порушення; астеничні та психотичні реакції; актуалізація неадаптивних копінг-стратегій: «смирення», «придушення емоцій», «самозвинувачення», «покірність» та «відступ»; негативна оцінка себе; індивідуально-типологічні особливості: пасивність, підпорядкованість, замкнутість, холодність, автократичність, уникнення вражень та соціальне уникнення, підозрілість, нерозуміння інших, відсутність наполегливості, напруженість, депресивність, самокритичність, консерватизм, байдужість, відсутність артистичності, загальна та преморбідна ригідність; неврастенічний, апатичний, меланхолійний, паранойяльний та дисфоричний типи ставлення до хвороби; знижені показники свободи, персональності та екзистенціальної наповненості; незадоволеність у соціальній сфері, зниження згуртованості та експресивності у родині та підвищений контроль членами родини один одного.

Отримані дані щодо вікової та гендерної специфіки реабілітаційного потенціалу особистості було враховано при визначенні концептуальних соціально-психологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості та забезпечення ефективності цього процесу.



## РОЗДІЛ 6

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОЦЕСУ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ

#### 6.1. Визначення рівнів реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами

Аналіз наукової літератури відносно психологічної реабілітації осіб з депресивними розладами продемонстрував відсутність комплексних диференційованих програм щодо їх корекції. Між тим, поширеність депресивних розладів серед населення, їх резистентність та схильність до хроніфікації, показує, що існуючі психотерапевтичні та реабілітаційні програми є недосить ефективними, оскільки не враховують ПРП осіб.

Метою наступного етапу дослідження стало розробка диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості з визначенням та урахуванням рівню ПРП. З метою визначення рівню ПРП та встановлення її складових компонентів в залежності від рівня ПРП було досліджено 270 осіб з депресивними порушеннями: 91 пацієнт з депресивними порушеннями невротичного генезу, 86 осіб – з депресивними порушеннями органічного генезу та 93 пацієнта з депресивними порушеннями ендогенного генезу (рис. 6.1). Відповідно до завдання визначення рівня ПРП була проведена класифікація осіб з депресивними порушеннями з використанням багатовимірного статистичного методу - дискримінантного аналізу, який дозволив виявити відмінності між трьома перед-

бачуваними підгрупами (за рівнем ПРП) і дав можливість класифікувати об'єкти за принципом їх максимальної подібності. За допомогою дискримінантного аналізу вдалося якісно класифікувати осіб з депресивними порушеннями за рівнем ПРП (табл. 6.1).



Рис. 6.1. Групи обстежених осіб з депресивними порушеннями щодо визначення рівнів їх реабілітаційного потенціалу

Таким чином, до першої підгрупи (особи з депресивними порушеннями з високим рівнем ПРП) було віднесено 42 осіб, до другої підгрупи (особи з депресивними порушеннями з задовільним рівнем ПРП) - 118 осіб і до третьої підгрупи (особи з депресивними порушеннями з низьким рівнем ПРП) – 110 осіб.

Таблиця 6.1

#### Класифікаційна матриця (за результатами дискримінантного аналізу)

Найменування показників	Групи осіб						Всього
	невротичні депресії		органічні депресії		ендогенні депресії		
	Асб.кількість	%	Асб.кількість	%	Асб.кількість	%	
Низький рівень ПРП	21	19,09	37	33,64	52	47,27	110
Задовільний рівень ПРП	43	36,44	38	32,20	37	31,35	118
Високий рівень ПРП	27	64,28	11	26,19	4	9,52	42

Як видно з табл. 6.1, більшість осіб з високим рівнем ПРП склали хворі з депресивними розладами невротичного генезу (64,28 %), а більшість хворих з низьким рівнем – особи з депресивними розладами ендogenous генезу (47,27 %). Середній рівень ПРП складався з 36,44 % хворих з невротичною депресією, з 32,20 % осіб з органічною депресією та 31,35 % хворих з ендogenous депресією.

Також було визначено, що серед осіб з невротичною депресією у 23,07 % хворих визначався низький, у 47,25 % – середній та у 29,67 % – високий рівень ПРП (табл. 6.2). У осіб з органічними депресивними порушеннями у 43,02 % був визначений низький, у 44,18 % - середній та у 12,79 % - високий рівень ПРП. У хворих на ендogenous депресії переважали особи з низьким рівнем ПРП ( $55,91 \pm 4,04$  %), 39,78 % осіб характеризувались середнім рівнем ПРП, а лише 4,30 % хворих – низьким. Проведений статистичний аналіз за допомогою точного методу Фішера дозволив визначити, що особи з невротичними розладами відрізнялись меншою кількістю хворих з низьким рівнем ПРП ( $p < 0,0023$ , ДК=2,71, МІ = 0,27 та  $p < 0,0001$ , ДК=3,84, МІ = 0,63 відповідно) та більшою кількістю осіб з високим рівнем ПРП ( $p < 0,003$ , ДК=3,65, МІ = 0,31 та  $p < 0,0001$ , ДК=8,39, МІ = 1,06 відповідно) у порівнянні з хворими на органічні та ендogenous депресії.

Таблиця 6.2

**Представленість рівнів реабілітаційного потенціалу серед осіб з депресивними порушеннями**

Рівні	Невротичні депресії (N=91)	Органічні депресії (N=86)	Ендogenous депресії (N=93)
	% ± m%		
Низький рівень ПРП	23,08 ± 2,25*	43,02 ± 3,82***	55,91 ± 4,04**
Задовільний рівень ПРП	47,25 ± 3,81	44,19 ± 3,88	39,78 ± 3,36
Високий рівень ПРП	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 ендogenous депресіями; \*\*\* - відмінності вірогідні на рівні  $p < 0,05$  між особами з ендogenous депресіями та органічними депресіями.

При цьому слід зазначити, що кількість осіб з високим рівнем ПРП була більшою серед осіб з органічними депресіями ( $p < 0,027$ , ДК=4,73, МІ = 0,20), у той час коли у хворих на ендогенні депресії переважали особи з низьким рівнем ПРП ( $p < 0,027$ , ДК=1,14, МІ = 0,07).

На наступному етапі дослідження визначався вплив психологічних чинників на рівень ПРП. З цією метою усі особи з депресивними розладами були розділені відповідно до рівню ПРП та для оцінки факторів, пов'язаних з високим, середнім та низьким рівнями ПРП був використаний метод факторного аналізу. За результатами факторизації ознак було виявлено п'ять факторів, що характеризували високий, середній та низький рівні ПРП (табл. 6.3). Слід зазначити, що сумарна інформативність факторів, що характеризували високий рівень ПРП, дорівнювала сумі власних значень, поділеній на кількість змінних, і становила 0,729; при середньому рівні – 0,621, а при оцінці низького рівню сумарна інформативність визначених факторів становила 0,797. Іншими словами, виділені фактори пояснюють 72,9 %; 68,1 % та 79,7 % сумарної дисперсії відповідно, що вважається прийнятним результатом.

Таблиця 6.3

**Фактори, пов'язані з високим рівнем реабілітаційного потенціалу у осіб з депресивними розладами (за результатами факторного аналізу)**

Найменування показників/ факторів		Факторне навантаження/ інформативність
<b>Високий рівень реабілітаційного потенціалу</b>		
1	2	3
<b>ФАКТОР «Адаптаційні здібності»</b>		<b>18,16 %</b>
Адаптаційний потенціал	- Комунікативні 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
Життєстійкість	- Середній рівень життєстійкості;	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
<b>ФАКТОР «Мотиваційний компонент»</b>		<b>11,67 %</b>
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
<b>ФАКТОР «Особистісні особливості»</b>		<b>12,69 %</b>
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
<b>ФАКТОР «Психопатологічні особливості»</b>		<b>14,58 %</b>
Емоційні дисфункції	- Легкий рівень депресії;	0,612
	- Фобічна та ажитована депресія;	0,623 та 0,408
	- Знижений фон настрою;	0,688
	- Тривожність;	0,711
	- Напруженість;	0,398
	- Критичне ставлення до хвороби.	0,406
Когнітивні дисфункції	- Зниження концентрації уваги.	0,389
<b>ФАКТОР «Міжособистісні компоненти»</b>		<b>15,36 %</b>
Особливості міжособистісної комунікації	- Поступливість;	0,313
	- Турботливість;	0,465
	- Експресивність.	0,433
Особливості сімейних стосунків	- Згуртованість та організованість сімейної системи;	0,524 та 0,457
	- Орієнтація сім'ї на досягнення;	0,487
	- Незадоволеність стосунками з подружжям.	0,598
<b>Середній рівень ПРП</b>		
<b>ФАКТОР «Адаптаційні здібності»</b>		<b>17,76 %</b>
Адаптаційний потенціал	- Зниження інтересу до життя;	0,381
	- Зниження нервово-психічної стійкості;	0,476
	- Астенічні реакції;	0,448
	- Емоційна лабільність;	0,511
	- Відсутність наполегливості;	0,621
	- Низька узгодженість між цілями та досягненнями.	0,609
Життєстійкість	- Середній/низький рівень життєстійкості;	0,398/0,533
	- Середній рівень прийняття ризику;	0,477
	- Низький та середній рівень контролю.	0,754
Копінг-стратегії	- Ігнорування;	0,623
	- Пригнічення емоцій;	0,387
	- Розгубленість;	0,833

	- Релігійність;	0,502
	- Активне уникнення.	0,599
<b>ФАКТОР «Мотиваційний компонент»</b>		<b>13,50 %</b>
Ієрархія цінностей	- Важливість потреби в конформності;	0,376
	- Важливість потреби в безпеці;	0,455
	- Почуття обов'язку;	0,711
	- Зниження спонукальних мотивів.	0,532
Показники екзистенціальної наповненості	- Знижений рівень свободи;	0,465
	- Низький рівень персональності;	0,498
	- Низький рівень самотрансценденції;	0,501
	- Зниження екзистенціальної наповненості.	0,432
<b>ФАКТОР «Особистісні особливості»</b>		<b>13,05 %</b>
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
<b>ФАКТОР «Психопатологічні особливості»</b>		<b>11,12 %</b>
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
<b>ФАКТОР «Міжособистісні компоненти»</b>		<b>12,67 %</b>
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
<b>Низький рівень ПРП</b>		
<b>ФАКТОР «Адаптаційні здібності»</b>		<b>18,43 %</b>
Адаптаційний потенціал	- Низький інтерес до життя;	0,678
	- Пасивна життєва позиція;	0,734
	- Нервово-психічна нестійкість;	0,822

	- Песимістичне сприйняття; - Низький комунікаційний потенціал; - Астенічні/психотичні реакції; - Відсутність наполегливості; - Низька узгодженість між цілями та досягненнями; - Негативна оцінка себе та власних вчинків; - Низька послідовність у досягненні цілей.	0,562 0,644 0,413/0,398 0,512 0,492 0,588 0,482
Життєстійкість	- Низький рівень життєстійкості: залученості, відповідальності та контролю.	0,698
Копінг-стратегії	- Смирення; - Пригнічення емоцій; - Самозвинувачення; - Покірність.	0,644 0,523 0,611 0,411
<b>ФАКТОР «Мотиваційний компонент»</b>		<b>15,83 %</b>
Ієрархія цінностей	- Зниження спонукальних мотивів; - Спустошення цілісно-мотиваційної сфери.	0,783 0,798
Показники екзистенціальної наповненості	- Низький рівень екзистенціальної наповненості: свободи, відповідальності, персональності.	0,667
<b>ФАКТОР «Особистісні особливості»</b>		<b>15,46 %</b>
Внутрішня картина хвороби	- Апатичний, меланхолійний, параноїдний типи ставлення до хвороби.	0,578/0,672/0,702
Особистісні риси	- Підпорядкованість; - Байдужість; - Інтровертованість; - Відособленість; - Негативна оцінка себе та власних вчинків; - Підозрілість; - Пасивність; - Високий рівень психічної ригідності.	0,371 0,487 0,398 0,518 0,733 0,498 0,663 0,684
<b>ФАКТОР «Психопатологічні особливості»</b>		<b>15,11 %</b>
Емоційні дисфункції	- Тяжкий та помірний рівень депресії; - Адинамічна депресія; - Знижений фон настрою; - Загальмованість; - Іпохондрія; - Напруженість; - Апатія; - Добові коливання; - Втрата ваги; - Почуття провини; - Суїцидальні наміри.	0,671 0,609 0,521 0,772 0,427 0,533 0,712 0,398 0,365 0,377 0,403
Когнітивні дисфункції	- Зниження концентрації уваги; - Зниження здібності до абстрагування; - Зниження запам'ятовування; - Зниження швидкості мовлення;	0,412 0,547 0,433 0,677

	- Порушення виконавчих функцій.	0,541
<b>ФАКТОР «Міжособистісні компоненти»</b>		<b>14,87 %</b>
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
	- Знижена орієнтація родини на незалежність, досягнення, інтелектуальне-культурне життя та активний відпочинок;	0,456/0,623/0,318 та 0,411
	- Ригідність сімейної системи;	0,776
	- Незадоволеність стосунками з подружжям, родичами, в професійній та соціальній сферах.	0,723/0,472/0,376/0,458

Як видно з табл. 6.3, визначено п'ять основних факторів, що впливали на рівень ПРП: адаптаційні можливості пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні особливості, наявність емоційних та когнітивних порушень та особливості міжособистісних комунікацій. Отримані дані були враховані при створенні КДППР.

Виділені основні фактори, що детермінують процеси адаптивності та відновлення особистості осіб з депресивними розладами, до яких належали: ступінь нервово-психічної стійкості, вираженість когнітивних та емоційних дисфункцій, комунікативний потенціал особистості, ступінь активності та наполегливості, рівень самооцінки, рівень залученості у життя, відповідальності та ригідності, наповненість ціннісно-сміслової сфери, адекватність типу ставлення до хвороби, ступінь послідовності у досягненні цілей, ефективність копінг-стратегій.

## **6.2. Система соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості**

Метою наступного етапу дослідження стала розробка диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості в системі соціально-психологічного забезпечення ефек-



тивності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Психологічна допомога досліджуваним з депресивними розладами була спрямована на підвищення їх ПРП та особистісного адаптаційного потенціалу, в тому числі, за рахунок зменшення когнітивних та емоційних дисфункцій, підвищення мотиваційної складової особистості, вдосконалювання навичок усвідомленої регуляторної діяльності, розвитку особистісних і міжособистісних ресурсів адаптації, переведенні їх з латентного стану в активний, підвищення якості життя та суб'єктивного благополуччя осіб в умовах хронічного захворювання. Все це можливо ефективно здійснювати не тільки при наявності конкретних і диференційованих уявлень про особливості клінічної картини захворювання і психічного статусу, але і з обов'язковим урахуванням специфіки структури адаптаційного потенціалу особистості, особливостей її актуального психологічного статусу. Отримана в попередніх розділах інформація характеризує особливості структури адаптаційного потенціалу особистості.

Отримана в ході проведеного дослідження інформація про психологічні характеристики осіб з депресивними розладами, особливості їх ПРД та ПРП, актуального психологічного статусу лягла в основу розробки комплексного диференційованого підходу до надання психологічної допомоги пацієнтам з депресивними порушеннями.

Центральною ланкою диференційованого підходу до надання психологічної допомоги є мішені психологічної корекції і психотерапії (мішені психологічного впливу), вплив на які передбачає прямий або опосередкований вплив на особистість хворого. Мішенями психологічного впливу були обрані п'ять основних факторів, що визначали рівень ПРП: адаптаційні можливості пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні особливості, наявність емоційних та когнітивних порушень та особливості міжособистісних комунікацій та більш детально представлені в табл. 6.3.

Згідно вищезначених результатів було сформовано провідні задачі, принципи та обґрунтовано методи психологічної реабілітації хворих на депресивні розлади.

В основу КДППР покладена важлива мета, що полягала у пошуку та активації ресурсних можливостей (зовнішніх та внутрішніх) осіб з депресивними порушеннями як факторів, що сприяють подоланню депресії.

Враховуючи компоненти ПРД та ПРП у осіб з депресивними порушеннями була запропонована диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, основними завданнями якої були:

- 1 Підвищення залученості у життя;
- 2 Актуалізація адаптивних копінг-стратегій;
- 3 Відновлення комунікативного потенціалу особистості;
- 4 Спонування до емоційної експресії;
- 5 Підвищення нервово-психічної стійкості;
- 6 Корекція дезадаптивних типів ставлення до хвороби;
- 7 Підвищення самооцінки;
- 8 Корекція когнітивних та емоційних дисфункцій;
- 9 Підвищення осмисленості життя;
- 10 Корекція міжособистісних стосунків;
- 11 Відновлення ціннісно-мотиваційної сфери.

При виборі стратегії та тактики психотерапевтичного втручання ми керувалися загальними тенденціями сучасної психотерапії, які полягають в пошуку концептуальних моделей психотерапевтичної інтеграції. Основою такої інтеграції має бути єдиний клініко-психологічний підхід, що має своєю метою підвищення ефективності лікування, а також забезпечення вторинної і третинної психопрофілактики.

Реалізація виділених завдань здійснювалась поетапно за рахунок комплексного підходу з застосуванням інтеграції психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренінгів життєстійкості, когнітивних та соціальних навичок). Кожен з методів психокорекції виконував свою роль в терапевтичному процесі і доповнював інші.

В ході реалізації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості були виділені наступні етапи:

I – діагностичний етап;

II – психокорекційний етап;

III – реконструктивний етап.

Запропонована програма передбачала поєднання індивідуальної та групової форм роботи. Зміст кожного з визначених етапів був наступним.

*Діагностичний етап* був спрямований на визначення рівню та особливостей ПРП осіб з депресивними розладами та відображення їх порушених особистісних ресурсів та адаптаційних можливостей, що слугувало визначенню мішеней психотерапевтичного втручання.

*Психокорекційний етап* був спрямований на стабілізацію психоемоційного стану осіб, формування мотивації до лікування, психологічну перебудову ставлення до хвороби, до себе, зміну дисфункціональних переконань респондента на більш адаптивні, а також на корекцію мотиваційної сфери та самосвідомості осіб з депресивними розладами. Даний етап був реалізований за допомогою інтеграції когнітивно-поведінкової, екзистенціально-аналітичної психотерапії та арт-терапії.

Робота з мотивацією базувалась за принципами та методами мотиваційної терапії (В. Ялтонський). Основна задача мотиваційної терапії – пробудження внутрішньої готовності до роботи над проблемою за рахунок

усвідомлення наявності депресивної симптоматики, причини повторення депресивного розладу та роз'яснення респонденту необхідності його лікування. Респондент повинен бути обізнаним та розуміти своє захворювання, необхідність його лікування та оцінювати прогноз терапевтичних заходів. Основними принципами в запропонованій мотиваційній роботі є центрованість на пацієнті, емпатійність, рефлексивність та підтримка особистості пацієнта. Особлива увага лікарем приділяється ролі самого хворого в процесі терапії, підкреслюється необхідність його «внутрішньої» роботи, зміни поведінкових стереотипів, міжособистісних стосунків. Окрім усвідомлення, важливим методом в роботі з мотивацією є формування підтримуючих відносин з пацієнтом. Підтримуючі відносини повинні забезпечувати турботу, підтримку, розуміння, прийняття і базуються на «відкритих запитаннях» та рефлексивному слуханні. Сесії складались з 4-5 щоденних індивідуальних занять тривалістю по 40 хвилин.

Арт-терапія була спрямована на усунення наявних поведінкових і емоційних порушень у осіб з депресивними розладами, на формування позитивної самооцінки, розвиток навичок комунікації, здатності до самостійного прийняття рішень і прояву ініціативи, навичок психічної саморегуляції і здатності до конструктивного вираження емоцій, що сприяють їх більш успішної адаптації, самовираженню, внутрішньої інтеграції особистості. Арт-терапевтичні техніки (малювання, ліплення та ін.) давали можливість на безболісний доступ до глибинного психологічного матеріалу, стимулюють опрацювання несвідомих переживань, забезпечують додаткову захищеність і знижують опір змінам. Доцільність застосування арт-терапії при лікуванні депресивних розладів обумовлена низкою причин:

По-перше, арт-терапевтичний матеріал дозволяє висловлювати почуття; він також викликає різноманітні емоційні реакції, що сприяють психологічним змінам. По-друге, образи зачіпають минулий і поточний досвід

пацієнта, а також дозволяють висловлювати уявлення про майбутнє; нові ситуації і моделі поведінки можуть бути змодельовані і програні в образній формі, перш, ніж вони знайдуть своє вираження в реальній поведінці і будуть осмислені. По-третє, образи дозволяють висловлювати ті думки і почуття, які важко висловлювати в словах тощо.

Для осіб з депресивними розладами нами був розроблений і втілений курс арт-терапевтичних заходів, особливістю якого був регламент проведення арт-терапевтичних сесій і особливості завдань для цієї групи осіб. Арт-терапевтичні сесії проводилися 3 рази на тиждень протягом 60 хвилин кожна. Тривалість курсу – 3-6 місяців. Структура кожної арт-терапевтичної сесії складалася з двох основних частин:

1 – невербальна, творча, неструктурована. Основний засіб самовираження - образотворча діяльність (малюнок, ліплення). Використовувалися різні механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (80 % сесії).

2 – вербальна, яка була аперцептивно і формально більш структурована. Вона передбачала вербальне обговорення, а також інтерпретацію намальованих об'єктів і асоціацій, які виникли. Використовувались механізми вербального самовираження та візуальної комунікації (20% сесії).

Когнітивна-поведінкова психотерапія (КПТ) включала 10-12 індивідуальних занять тривалістю 50 хв. та була спрямована на встановлення та усвідомлення хворобливих уявлень та переконань пацієнта та їх зміни на більш адаптивні та продуктивні. Метою терапії є зміна емоційного стану та настрою хворого завдяки раціонально-логічній переробці пацієнтом суб'єктивного погляду на себе та світ, що досягається раціональним переконанням психолога пацієнта щодо необґрунтованості негативної та зниженої оцінки себе та своїх досягнень як у минулому, так і в теперішній час та майбутньому. КПТ дозволяла інтегрувати когнітивні,

поведінкові та емоційні стратегії для змін особистості, а також встановити та показати хворому вплив когніцій і поведінки на емоційну сферу і функціонування організму в цілому.

Терапевтичні техніки, які використовуються в рамках даного підходу, спираються на когнітивну модель психопатології депресій і дозволяють виявити, проаналізувати і скоректувати помилкові концептуалізації і дисфункціональні переконання осіб. Особи навчаються вирішувати проблеми і знаходити виходи з ситуацій, які раніше здавалися їм непереборними, переосмислюючи їх і коректуючи своє мислення. КПТ допомагає пацієнтам мислити і діяти більш реалістично та адаптивно, і тим самим, усувати симптоми, що турбують їх. Ключовим у когнітивному підході є надання об'єктивної інформації, яка стосується причинно-наслідкових зв'язків розвитку депресивних порушень, позитивізація щодо уявлень хворого про себе та свої можливості, формування оптимістичного настрою щодо майбутнього.

Використання екзистенціально-аналітичної терапії було спрямовано на допомогу пацієнтові повністю усвідомити себе як особистість, побачити нові життєві перспективи, зрозуміти сенс теперішнього та майбутнього життя, допомогти пацієнту впоратися з його життєвими проблемами, навчити його розуміти і приймати життя таким, яким воно є, з усіма її труднощами і парадоксами, розвинути у нього здатності краще орієнтуватися в реальному житті, навчити його використовувати свободу вибору і приймати на себе відповідальність за цей вибір і його наслідки. Екзистенціально-аналітична психотерапія проводилась в формі групової роботи. Групові заняття проводилися щодня тривалістю 1,5 години (20–25 сесій).

Екзистенціальна терапія в групах ґрунтується на тих же принципах екзистенціальної філософії і психології, що й індивідуальна. Відомо, що екзистенціальна терапія спрямована не на особистість як ізольовану психі-

чну цілісність, а на людину як буття-в-світі, тобто на його життя. В екзистенціально-аналітичній психотерапії життя людини сприймається як сукупність його відносин зі світом (дане визначення служить основною передумовою як індивідуальної, так і групової екзистенціальної терапії). В рамках екзистенціальної терапії говориться про чотири основні виміри буття-в-світі: фізичний, соціальний, психологічний та духовний. Людина зустрічається з миром одночасно в кожному з названих вимірів, формуючи на цій основі свої провідні життєві установки, смисли і цінності.

Інша фундаментальна особливість екзистенціальної терапії (поряд з розумінням людини як буття-в-світі) – прагнення зрозуміти людське життя через призму універсальних екзистенціальних чинників. Як і специфічні, індивідуальні екзистенційні чинники, що обумовлюють унікальність кожного з нас, універсальні – утворюють свого роду межу розуміння життя конкретної людини.

Терапевтична група являє собою структуровану життєву ситуацію, в якій кожен учасник має можливість для багатовимірного самовираження, – особисті події, взаємодії учасників між собою і з терапевтом створюють життя групи. Учасники виступають не під кутом зору пережитих ними проблем або типів характеру, а також клінічних категорій, за якими вони можуть бути розділені, а як люди, по-різному будують своє життя і підтримують специфічні стосунки зі світом. Тому групу екзистенційного досвіду (ГЕД) можна назвати мікрокосмом, в якому знаходить відображення макрокосм життя. Екзистенціальна група є живим і терапевтичним досвідом для всіх учасників. Будь-людський досвід – свідомий і несвідомий, раціональний і ірраціональний, емоційний і когнітивний, особистісний та міжособистісний, інтрапсихічний і трансперсональний – відноситься до феноменів реальності. У ГЕД досвід не оцінюється як хороший або поганий, змістовний або безглуздий. Значущий будь-який життєвий досвід, а

ще важливіше, що з цим досвідом робить сама людина. Відомий письменник О. Хакслі зазначив, що досвід – це не те, що відбувається в житті людини, а то, що людина робить з тим, що відбувається в її житті. ГЕД надає пацієнтам з депресивними розладами унікальну можливість самодослідження – на очах у інших і з їх допомогою – з метою терапевтичної зміни. Головна мета ГЕД – допомогти учасникам зрозуміти надані їм життям можливості і закладені в ній обмеження як результат дії індивідуальних і універсальних екзистенціальних чинників. У групі вся увага концентрується на розумінні процесу життя як самої групи, так і окремих її учасників, на розкритті її протиріч і парадоксів. Усе спрямовано на те, щоб члени групи, краще бачили реалії життя, звільнялися від ілюзій і самообману, точніше визначали свої прагнення, бажання, цілі, базисні установки і вміли знаходити напрям життя, який буде їх задовольняти.

Основні цілі ГЕД можна конкретизувати таким чином:

1. Розширення меж свідомості і саморозуміння;
2. Підвищення активної життєвої позиції особистості;
3. Розвиток здатності сприймати реальність. Якщо людина бачить реальність не спотвореною, він позбувається ілюзій і самообману, виразніше бачить своє покликання і свої цілі в житті, бачить сенс у повсякденних турботах, знаходить в собі мужність бути вільним і відповідальним за цю свободу;
4. Прийняття та підвищення особистої відповідальності за події власного життя;
5. Розвиток здатності встановлювати і підтримувати близькі стосунки;
6. Розвиток здатності бажати і отримувати без відчуття провини;
7. Розвиток здатності вільно вибирати і ризикувати, приймаючи неминучість переживання тривоги і провини;



8. Розвиток здатності виявляти ресурси, механізми та способи вирішення конфліктів з минулого досвіду і формувати нові адаптивні поведінкові стратегії їх вирішення.

Об'єктом групової психотерапії при цьому, як і психотерапевтичних впливів в цілому, були психологічні фактори патогенезу захворювання (інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, «внутрішня картина хвороби», в тому числі патологічна реакція особистості на захворювання, система значущих відносин хворого, включаючи порушені в результаті захворювання соціальні зв'язки пацієнта).

В проведенні ГЕД використовувались певні підходи до основної особистісної та екзистенціальної проблематики:

1. Акцент на розвиток самосвідомості. Самосвідомість, що включає в себе усвідомлення «Я»; усвідомлення власних мотивів, виборів (переваг), системи цінностей, цілей, смислів. В контексті екзистенціальної парадигми упор робиться на ціннісне переживання свого «Я», відкриття для себе значущості і цінності власного життєвого світу. Дати клієнту усвідомити і пережити свої обмеження, свою потенційну свободу від минулого, цінність свого «Я» і цінність життя в теперішньому.

2. Культивування свободи і відповідальності. Психотерапевт прагне надати клієнту допомогу у виявленні способів ухилення від відповідальності і свободи та заохочень до прийняття ризику щодо цих цінностей. Роз'яснення тієї обставини, що у клієнта завжди є вибір, заохочення відкритого визнання власної відмови від прийняття відповідальності, підбадьорювання у відстоюванні власної незалежності (автономності) і акцент на особистих бажаннях і переживаннях пацієнта, на його особистісному виборі в тій чи іншій життєвій ситуації – ось основні передумови реалізації даної настанови.

3. Допомога у відкритті або створенні сенсу. У реалізації даної на-

станови корисна техніка «фіксування на змісті», запропонована

Ю. Джендлін. Зміст її полягає в зосередженні на тілесних відчуттях в процесі будь-яких дій. Клієнта просять помовчати і спробувати відчутти і зрозуміти свої справжні переживання, їх значущість для нього. Важливим моментом в застосуванні техніки є відкриття «екзистенціального вакууму» (В. Франкл) і конфронтація з клієнтом або полегшення його можливих переживань в зв'язку з цим. Психотерапевт не вказує, в чому сенс життя клієнта, а лише створює умови для відкриття або творення клієнтом своїх смислів.

4. Унікальність і ідентичність. Ключ до реалізації даного «механізму» психотерапії – заохоченні відкритого висловлювання клієнтом своїх почуттів і усвідомлення диференціювання між почуттями і переживаннями реактивними, ситуативними і глибинними, особистісними. Основна лінія реалізації даної психотерапевтичної передумови – відкриття власного «аутентичного» «Я» і – «Я» несправжнього, коли пацієнт робить, говорить або відчуває не те, що властиво або хочеться йому, а то, що пов'язано з імітацією життя, з іграми, а не справжніми відносинами близькості або відчуження з іншим. Власна ідентичність (де «Я», «Мое», де – «не Я», «не мое») і переживання своєї ідентичності, свого «Я» як унікального, неповторного життєвого світу – основний орієнтир даної психотерапевтичної передумови.

5. Відносини з часом. Хоча головна увага приділяється актуальним переживанням, відносини з часом (з майбутнім, з минулим) – важливий момент і прийом психотерапевтичної роботи. Просте запитання: «Як ви уявляєте собі нашу зустріч через 10 років?» – може викликати цілу гаму переживань, пов'язаних не тільки з осмисленням власного життя, а й з опрацюванням її можливих смислів. Крім того, проєктивне дослідження

можливих шляхів самоздійснення часом підвищує ступінь особистісної реалізації в сьогоденні.

*Реконструктивний етап* був спрямований на корекцію міжособистісних стосунків, на формування навичок соціальної взаємодії і комунікацій та на підвищення життєстійкості при подоланні трудних життєвих ситуацій особами з депресивними розладами. Даний етап реалізовувався за допомогою тренінгу когнітивних та соціальних навичок та тренінгу життєстійкості. Тренінгові заняття проводились з особами, що пройшли курс когнітивно-поведінкової психотерапії та ГЕД, та були мотивовані для наступного етапу реабілітації.

Тренінг когнітивних та соціальних навичок був спрямований на:

- ✓ корекцію пам'яті шляхом її переструктурування і інтеграції з іншими когнітивними функціями (сприйняттям, мисленням), використовуючи різні мнемотехнічні прийоми;
  - ✓ активізацію процесів мимовільної і довільної уваги;
  - ✓ розвиток і тренування навичок логічного мислення, що формують цілеспрямованість, послідовність, гнучкість умовиводів;
  - ✓ розвиток образного мислення, що є необхідним ресурсом асоціативної пам'яті;
  - ✓ вдосконалення вербальних навичок за рахунок збільшення обсягу активного словникового запасу;
  - ✓ залучення осіб до творчої діяльності, що стимулює пошук креативних когнітивних і поведінкових стратегій;
  - ✓ навчання осіб навичкам перемикання уваги з тривожно-тужливих спогадів і уявлень на корисну діяльність;
  - ✓ створення позитивної емоційної атмосфери, відчуття задоволеності виконаної роботи для подолання інтелектуальної і соціальної ангедонії у хворих;

- ✓ тренування регуляторних функцій в результаті дотримання режиму розумової активності, що чергується з відпочинком та іншими формами активної діяльності;

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

- ✓ розширення загального кругозору, що визначає можливості включення в нові форми ділової та дозвільної активності;

- ✓ формування мотиваційної установки на самостійну роботу;

- ✓ посилення комунікативної спрямованості та когнітивної диференційованості мислення (оперування поняттями з орієнтацією на іншу людину, спільна діяльність в парах і групі для досягнення спільної мети);

- ✓ розвиток когнітивної точності і диференційованості соціального сприйняття (тренування в розпізнаванні невербальних комунікацій – міміки, пози, жестів, аналізі та кваліфікації міжособистісних ситуацій, точності відтворення мовної поведінки партнера);

- ✓ розвиток регуляції своїх емоційних станів, мислення і поведінки за допомогою розвитку здатності до самостереження, самоінструктування;

- ✓ відпрацювання навичок соціальної поведінки (тренування в комунікації на різні теми в групі, моделювання та розігрування реальних життєвих ситуацій);

- ✓ навчання ефективним стратегіям вирішення міжособистісних проблем (розчленування проблеми на більш дрібні, виділення етапів її рішення і конкретних завдань, способів вирішення цих завдань).

Участь в когнітивному тренінгу дає можливість пацієнтам, використовуючи власні когнітивні ресурси, повернутися до повноцінного активного життя, яка потребує сторонньої допомоги, виконання професійних обов'язків, реалізації кар'єрних устремлінь. Тяжкість когнітивних розладів

враховувалася при формуванні групи, однак навмисно допускалося, що тренінги одночасно будуть відвідувати хворі з різним ступенем когнітивного зниження. При цьому передбачуване переживання неуспішності-неспроможності деякими особами попереджалося індивідуальним підходом до кожного у виборі запропонованих завдань. Різний за рівнем когнітивних можливостей склад учасників породжував природну конкуренцію в групі, стимулюючи до активної роботи (важливо було не перейти допустимий поріг емоційної напруги).

Тренінг життєстійкості заснований на припущенні, що життєстійкість не є вродженою якістю, а формується протягом життя (S. Maddi). Це система переконань, яка може бути розвинена. Можна виділити дві основні мети, переслідувані даним тренінгом:

1. Досягнення більш глибокого розуміння стресових обставин, шляхів подолання них та знаходження шляхів активного вирішення проблем.
2. Постійне використання зворотного зв'язку, за рахунок чого поглиблюється самосприйняття включеності, контролю і прийняття ризику.

Тренінг включав в себе три основних техніки:

1. Реконструкція ситуацій (situational reconstruction). При використанні цієї техніки акцент ставиться на уяву і вирішення проблеми. Визначаються ситуації, які сприймаються як стресові; стресові обставини розглядаються в розширеній перспективі. Реконструюючи ситуації, пацієнт дізнається про сформовані ним самим латентні допущення, які визначають, наскільки обставини сприймаються як стресові і які кроки можуть полегшити ситуацію. У рамках реконструкції ситуацій використовувалося уявлення кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування (focusing). Застосовується в разі неможливості прямої трансформації стресових обставин. Техніка розроблена Ю. Джендлін і являє собою пошук погано усвідомлюваних емоційних реакцій (що перешко-

джають прийняттю рішення) шляхом звернення до «внутрішнього змісту». Метою є емоційний інсайт, що сприяє трансформації стресових ситуацій в можливості.

3. Компенсаторное самовдосконалення (compensatory self-improvement). Якщо трансформації ситуації статися не може, робиться акцент на іншій проблемі, яка якимось пов'язана з цією. Її рішення спонукає людину приділяти увагу тому, що можна змінити (бо неможливо контролювати все).

Оптимальна чисельність тренінгових груп – 12-15 осіб. Групи змішані з гендерної представленості. Тривалість одного заняття становила 75-90 хв. 2 рази на тиждень. У тренінгах реалізовувався принцип «відкритого функціонування», що передбачає самодостатність і закінченість кожного заняття, що давало можливість учасникам включатися в роботу групи на будь-якому етапі.

В цілому основним результатом запропонованої диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості є усвідомлення психологічних механізмів розвитку депресивних порушень, підвищення адаптаційних ресурсів особистості, особистісної відповідальності за події власного життя, свій психоемоційний стан, свій вибір та взаємовідносини, що виявляється вагомим фактором мотивації щодо подолання хвороби. Визначення в процесі терапії ресурсних можливостей пацієнта надає додаткову пацієнту підтримку та допомогу в подоланні депресивних проявів.

### **6.3. Результати формульованого етапу дослідження та їх узагальнення**

З метою оцінки ефективності розробленої КДППР хворих з депресивними порушеннями, в порівнянні з традиційними методами лікування, була проведена її апробація. В апробації розробленої системи брало участь

98 осіб з депресивними порушеннями. До I групи увійшли 52 респондента, які взяли участь у диференційованій соціально-психологічній програмі розвитку реабілітаційного потенціалу. II група складалася з 46 досліджуваних, до яких були задіяні традиційні заходи реабілітації. Відбір досліджуваних у групі відбувався за принципом добровільності.

Критеріями оцінки ефективності диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості були обрані: виразність особливостей реабілітаційного потенціалу (за результатами методики «Реабілітаційний потенціал особистості» І. Кулагіної, Л. Сенкевич), індексу життєвої задоволеності (за результатами шкали «Індекс життєвої задоволеності» Н. Паніної), а також результати оцінки ступеню поліпшення стану за загальним клінічним враженням згідно наступних критеріїв: одужання, значне покращення, покращення, відсутність ефекту та погіршення стану. Оцінка за цими шкалами проводилась двічі: до та після проходження курсу лікування.

Результати оцінки індексу життєвої задоволеності відображені на рис. 6.2, з якого видно, що у осіб з депресивними порушеннями були низьким показники інтересу до життя (20,34 балів для I групи та 21,08 балів для II групи), позитивної оцінки себе (20,09 та 21,45 балів відповідно), загального фону настрою (21,76 та 22,45 балів відповідно), узгодженості між цілями та досягненнями (23,56 та 23,04 балів відповідно) та загального індексу життєвої задоволеності (22,66 та 23,62 балів відповідно).

Після проходження реабілітації спостерігалась позитивна динаміка в обох групах, однак в I групі динаміка була вірогідно значущою за показниками «інтерес до життя» ( $t=2,345$ ,  $p < 0,01$ ), «загальний фон настрою» ( $t=2,176$ ,  $p < 0,025$ ), «позитивна оцінка себе» ( $t=3,512$ ,  $p < 0,0001$ ) та «загальний індекс життєвої задоволеності» ( $t=2,112$ ,  $p < 0,05$ ). Тобто можна сказати, що ди-

ференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу особистості впливала на покращення суб'єктивного благополуччя, що полягало в підвищенні інтересу до життя як позитивної оцінки власних якостей і вчинків та загального фону настрою.

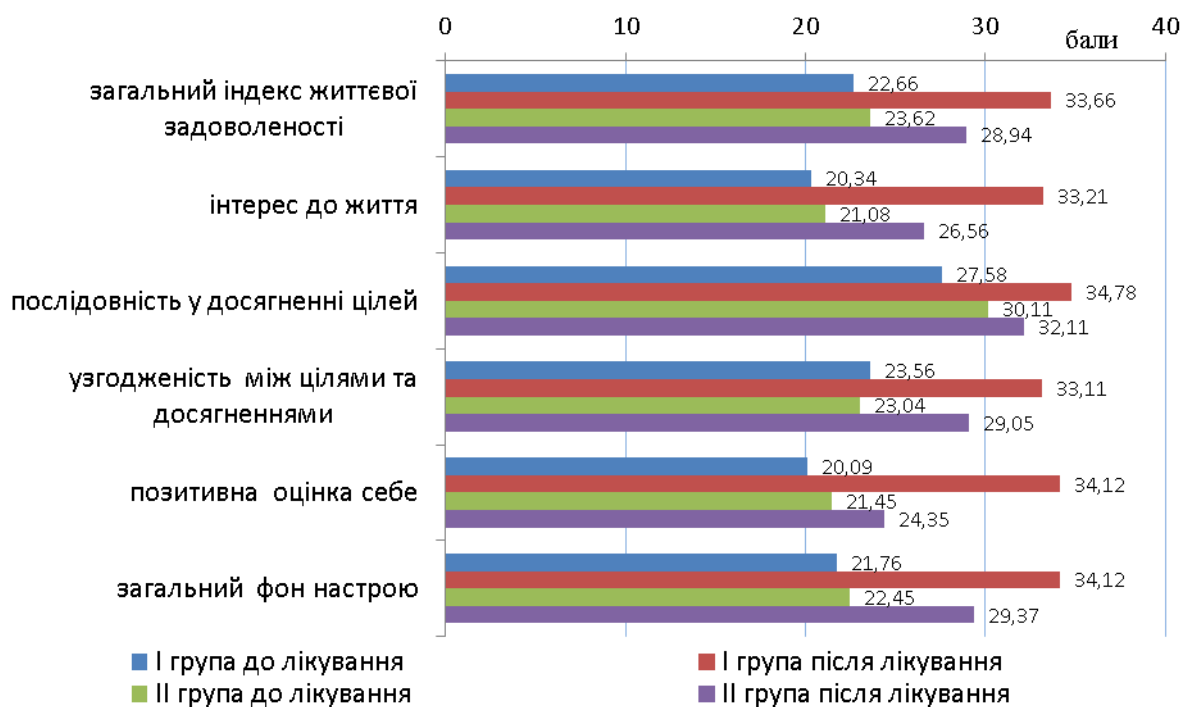


Рис. 6.2. Динаміка психологічного благополуччя у осіб з депресивними розладами

Динаміка реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами оцінювалась за допомогою шкали «Реабілітаційний потенціал особистості», яка оцінювала мотиваційний, емоційний, комунікативний, самооціночний компоненти реабілітаційного потенціалу та внутрішню картину хвороби. Початкові показники РП в обох групах осіб з депресивними порушеннями були низькими та практично ідентичними (рис. 6.3).

Після проходження реабілітації в обох групах спостерігалась позитивна динаміка. Так, підвищився мотиваційний компонент РП, який відображає широту інтересів і ступінь активності респондента, який включається в рішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних



зі збереженням (відновленням) здоров'я: в I групі на 21,9 % ( $p < 0,0001$ ), в II групі - на 9,01 %; підвищився загальний емоційний фон життя хворого: в I групі на 29,93 % ( $p < 0,0001$ ), в II групі – на 10,04 % ( $p < 0,05$ ); покращились уявлення про власні якості і ставлення до себе як до хворої людини: в I групі на 24,56 % ( $p < 0,0001$ ), в II групі – на 11,75 % ( $p < 0,025$ ); покращилась готовність осіб до соціальних зв'язків та комунікацій: в I групі на 31,46 % ( $p < 0,0001$ ), в II групі – на 9,95 %.

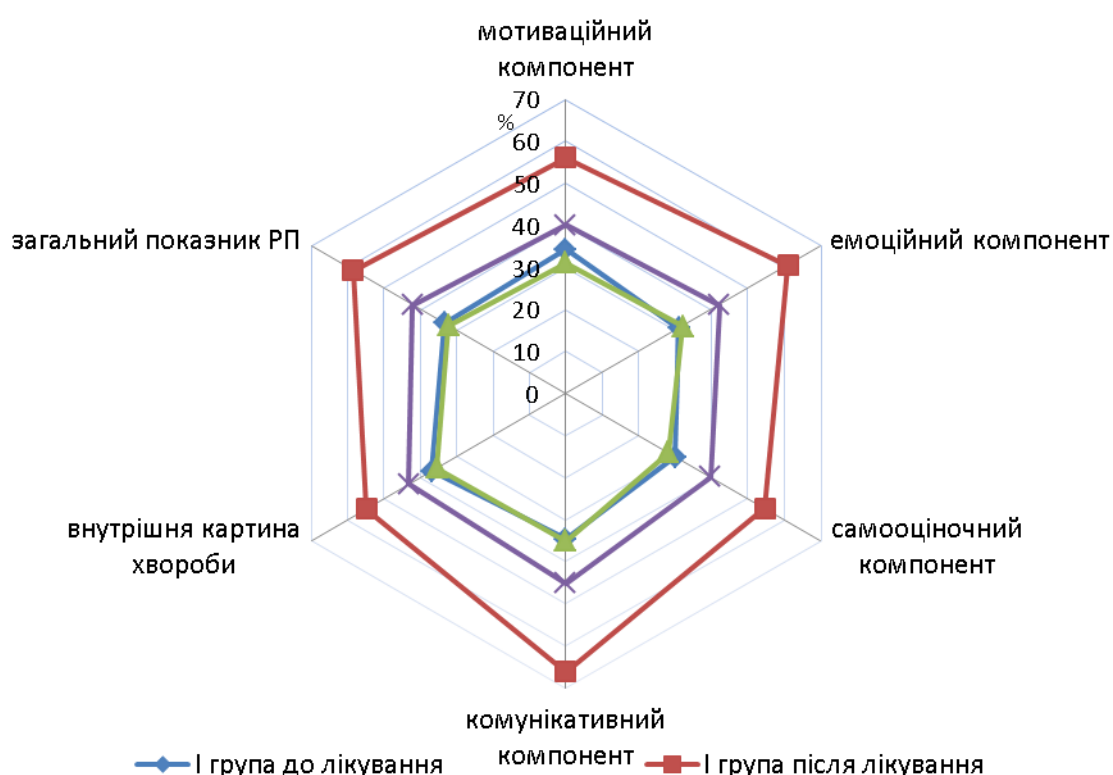


Рис. 6.3. Динаміка реабілітаційного потенціалу у осіб з депресивними розладами

Також змінилось ставлення до хвороби, знизилась фіксація на негативних аспектах хвороби: в I групі – на 17,98 % ( $p < 0,0001$ ), в II групі – на 7,77 %. Були отримані вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні позитивної динаміки загального показника РП в I групі, який покращив-

ся на 25,16 % ( $p < 0,0001$ ), у той час коли в II групі позитивна динаміка не набувала вірогідних значень та дорівнювала 9,7 %.

Оцінка ступеню поліпшення стану за загальним клінічним враженням проводилась через 6 місяців після проведеного курсу лікування (табл. 6.4). Встановлено, що в групі хворих на депресивні порушення, що пройшли диференційовану соціально-психологічну програму розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, достовірно частіше відзначалось повне одужання (34,62 %), порівняно з особами контрольної групи (17,39 %), при  $p < 0,029$ . При цьому у хворих контрольної групи найчастіше відзначалось лише покращення стану (47,83 %), порівняно з респондентами, що були залучені до програми (26,92 %), при  $p < 0,017$ . Відсутність ефекту від терапії реєструвалася у 6,52 % осіб в групі порівняння.

Таблиця 6.4

**Оцінка ступеню покращення стану досліджуваних за загальними параметрами самопочуття**

Критерії оцінки	I група (n=52)	II група (n=46)	P	ДК	МІ
	Абс. кількість / %				
Одужання	18 (34,62 %)	8 (17,39 %)	0,0291*	-2,99	0,26
Значне покращення	20 (38,46 %)	13 (28,26 %)	0,0974	-1,34	0,07
Покращення	14 (26,92 %)	22 (47,83 %)	0,0173*	2,50	0,26
Відсутність ефекту	0	3 (6,52 %)	0,0998	-	-

*Примітка: \*- достовірні відмінності на рівні  $p < 0,05$ .*

Таким чином, результати апробації розробленої програми психологічної реабілітації осіб з депресивними порушеннями, свідчать про її високу ефективність та результативність в порівнянні з традиційними програмами лікування депресивних розладів.

З метою створення диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості був проведений аналіз рівню ПРП серед осіб з депресивними розладами. Встановлено, що визначено, що особи з невротичними розладами відрізнялись меншою кількістю хворих з низьким рівнем ПРП ( $p < 0,0023$ , ДК=2,71, МІ = 0,27 та  $p < 0,0001$ , ДК=3,84, МІ = 0,63 відповідно) та більшою кількістю осіб з високим рівнем ПРП ( $p < 0,003$ , ДК=3,65, МІ = 0,31 та  $p < 0,0001$ , ДК=8,39, МІ = 1,06 відповідно) у порівнянні з хворими на органічні та ендогенні депресії.

Отже, в результаті проведеного аналізу були визначені п'ять основних факторів, що впливали на рівень ПРП: адаптаційні можливості пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні особливості, наявність емоційних та когнітивних порушень та особливості міжособистісних комунікацій та визначені їх складові. Отримані дані були враховані при визначенні мішеней психотерапевтичного впливу та використовувались при створенні диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості.

Враховуючи компоненти ПРД та ПРП у осіб з депресивними порушеннями в розробленій програмі були визначені задачі психологічного впливу: підвищення залученості у життя; актуалізація адаптивних копінг-стратегій; відновлення комунікативного потенціалу особистості; спонукання до емоційної експресії; підвищення нервово-психічної стійкості; корекція дезадаптивних типів ставлення до хвороби; підвищення самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; корекція міжособистісних стосунків; відновлення ціннісно-мотиваційної сфери.

Запропонована програма реабілітації представляє собою комплексний підхід до лікування з застосуванням інтеграції психотерапевтичних пі-

дходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренінгів життєстійкості, когнітивних та соціальних навичок).

В ході реалізації програми були виділені наступні етапи: I – діагностичний етап (діагностика ПРП та ПРД осіб з депресивними розладами); II – психокорекційний етап (етап психологічної перебудови мотиваційної сфери та самосвідомості); III – реконструкційний етап (етап формування навичок, що сприяють підвищенню адаптаційних можливостей пацієнта та реконструкції міжособистісних відносин). Запропонована програма передбачала поєднання індивідуальної та групової форм роботи.

В апробації розробленої програми брало участь 98 осіб з депресивними порушеннями. До I групи увійшли 52 особи, які пройшли курс психологічної реабілітації за розробленою системою, II група складалася з 46 хворих, які отримували традиційне лікування. Було доведено, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу особистості суттєво впливала на підвищення інтересу до життя ( $t=2,345$ ,  $p < 0,01$ ), загального фону настрою ( $t=2,176$ ,  $p < 0,025$ ), позитивної оцінки себе ( $t=3,512$ ,  $p < 0,0001$ ), збільшенню загального індексу життєвої задоволеності ( $t=2,112$ ,  $p < 0,05$ ) та реабілітаційного потенціалу ( $p < 0,0001$ ) осіб з депресивними порушеннями.

Катамнестичні дослідження, проведені протягом 6 місяців після проходження диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, підтвердили стійкість терапевтичного ефекту у I групі. За результатами апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості при депресивних розладах підтверджена її висока ефективність у порівнянні з традиційними програмами реабілітації.

## Висновки до розділу 6

У розділі запропоновано систему соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; наведено результати апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; проведено аналіз результатів формувального етапу дослідження та здійснено їх узагальнення.

На формувальному етапі дослідження взяли участь 98 досліджуваних з депресивними порушеннями.

До I групи увійшли 52 респондента, які взяли участь у диференційованій соціально-психологічній програмі розвитку реабілітаційного потенціалу. II група складалася з 46 досліджуваних, до яких були задіяні традиційні заходи реабілітації. Відбір досліджуваних у групи відбувався за принципом добровільності.

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

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

II – психокорекційний (психологічна перебудова мотиваційної сфери та самосвідомості);

III – реконструкційний етап (формування навичок, що сприяють підвищенню адаптаційних можливостей та реконструкції міжособистісних відносин у структурі реабілітаційного потенціалу).

Аналіз складових реабілітаційного потенціалу досліджуваних I групи, проведений на діагностичному етапі впровадження програми формувального впливу, показав, що серед обстежених з невротичними розладами ви-

явлено меншу кількість осіб з низьким рівнем реабілітаційного потенціалу ( $p < 0,0023$ , ДК=2,71, МІ=0,27 та  $p < 0,0001$ , ДК=3,84, МІ=0,63 відповідно) та більшу кількість осіб з високим рівнем реабілітаційного потенціалу ( $p < 0,003$ , ДК=3,65, МІ=0,31 та  $p < 0,0001$ , ДК=8,39, МІ=1,06 відповідно) у порівнянні з досліджуваними з органічними та ендогенними депресіями.

Визначено основні чинники, що впливали на рівень розвитку реабілітаційного потенціалу: адаптаційні можливості, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні особливості, наявність/відсутність емоційних та когнітивних дисфункцій та особливості міжособистісних комунікацій. Отримані дані були враховані на II етапі диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу при визначенні мішеней психокорекційного та психотерапевтичного втручання.

Враховуючи складові реабілітаційного потенціалу та компоненти психологічного реабілітаційного дефіциту у досліджуваних з депресивними порушеннями були визначені завдання соціально-психологічної роботи у системі забезпечення ефективності процесу розвитку їх реабілітаційного потенціалу: підвищення залученості у життя; актуалізація адаптивних копінг-стратегій; відновлення комунікативного потенціалу; спонукання до емоційної експресії; підвищення нервово-психічної стійкості; корекція дезадаптивних типів ставлення до хвороби; підвищення самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; корекція міжособистісних стосунків.

Запропонована диференційована соціально-психологічна програма, задіяна у системі забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу досліджуваних, була побудована на засадах комплексного підходу до психокорекції із задіянням інтеграції психотерапевтичних

підходів (поєднання арт-терапії, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії; тренінгів життєстійкості, підвищення мотивації, розвитку когнітивних та соціальних навичок) та поєднанням індивідуальної та групової форм роботи.

Доведено, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу суттєво вплинула на підвищення інтересу до життя у досліджуваних I групи ( $t=2,345$ ,  $p<0,01$ ), загального позитивного фону настрою ( $t=2,176$ ,  $p<0,025$ ), позитивної оцінки себе ( $t=3,512$ ,  $p<0,0001$ ); сприяла збільшенню загального індексу життєвої задоволеності ( $t=2,112$ ,  $p<0,05$ ) та реабілітаційного потенціалу ( $p<0,0001$ ) загалом.

У діагностиці депресивних розладів різного генезу визначені діагностичні маркери:

а) при невротичних депресіях: виражена пасивна позиція при подоланні складних ситуацій; переважання неадаптивних копінг-стратегій («ігнорування», «розгубленість», «пригнічення емоцій» та «активне уникнення»); виражена нервово-психічна нестійкість; зниження моральної нормативності; відсутність наполегливості, відповідальності та самоконтролю; високий рівень актуальної, сенситивної та загальної ригідності і помірний рівень настановної ригідності; вираженість тривожного, неврастенічного, сенситивного та егоцентричного ставлення до хвороби; наявність потреби в безпеці; позиція невтручання та очікування (ухилення від відповідальності); незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність факторів психічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних стосунків, неузгодженість у розподілі обов'язків, фінансів та наміру мати дітей); у стосунках з родичами (незадоволеність сімейно-побутовою ситуацією, стосунками з батьками дружини та з роди-

чами, що проживають на одній території); в професійній сфері (напружені стосунки з керівництвом та колегами, недостатність визнання, невідповідність роботи професійним інтересам); в соціальній сфері (відмінності у світоглядних позиціях); наявність міжособистісних проблем: труднощі у розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відказі та відстоюванні власних границь, напруженість та скутість у прояві почуттів; особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижений фон настрою, низький рівень інтересу до життя, відсутність узгодженості між цілями та досягненнями, низький рівень впевненості у власних силах та пасивна життєва позиція; особливості сімейних стосунків: відсутність відчуття згуртованості сімейної системи, труднощі у прояві почуттів, насамперед, негативних, спонукання членів родини до досягнень при відсутності орієнтації до самостійності, низький рівень спрямованості до інтелектуально-культурного життя, низький рівень структурованості сімейної системи при високому рівні контролю; патопсихологічні особливості: наявність легкої рівню депресії, переважання фобічної та ажитованої форм депресивного розладу, вираженість obsесивно-компульсивних, вегетативних та серцево-судинних симптомів, психічної тривоги, почуття страху, травневих порушень та іпохондрії.

б) при органічних депресіях: відчуття безсилля при зіткненні зі складними ситуаціями; переважання неадаптивних копінг-стратегій: «смирення», «пригнічення емоцій», «покірність», «активне уникнення» та «відступ»; виражені астеничні реакції/стани та нервово-психічна нестійкість; зниження зацікавленості; високий рівень настановної ригідності; вираженість неврастенічного та сенситивного ставлення до хвороби; виражене почуття обов'язку; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність факторів психічної травма-



тизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння); в професійній сфері (невідповідність роботи професії та кваліфікації, перевантаженість та монотонність роботи); в соціальній сфері (відсутність суспільної активності); особливості психологічного благополуччя: знижений фон настрою, пасивність у досягненні цілей; особливості сімейних стосунків: високий рівень орієнтації членів родини до досягнень, низький рівень спрямованості до інтелектуально-культурного життя, низький рівень орієнтації на активний відпочинок; патопсихологічні особливості: переважання легкого та помірною рівню депресії, домінування соматизованої форми депресивного розладу, вираженість соматичних та серцево-судинних симптомів, соматичної тривоги, раннього пробудження та інтелектуальних порушень.

в) при ендогенних депресіях: відчуття відчуженості життя; відчуття безсилля у подоланні складних ситуацій; переважання когнітивних копінгів «смирнення» та «розгубленість»; переважання емоційних копінгів «пригнічення емоцій», «самозвинувачення» та «покірність»; переважання поведінкових копінгів «активне уникнення», та «відступ»; виражена нервово-психічна нестійкість та напруженість; зниження комунікативного потенціалу; виражені дезадаптаційні порушення у вигляді астенічних та психотичних реакцій; переважання підпорядкованості, замкнутості, байдужості, відсутності бажання до співпраці, інтровертованості та відособленості; високий рівень актуальної, сенситивної, настановної та загальної ригідності; вираженість тривожного та параноїдного ставлення до хвороби; зниження потреби у гедонізмі та владі; закритість власного «Я» від себе та інших; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність факторів психічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості); у сто-

сунках з родичами (непорозуміння з батьками та родичами дружини); в професійній сфері (монотонність роботи); в соціальній сфері (невідповідність моральних настанов оточення власним); наявність міжособистісних проблем: уникання соціальних контактів, труднощі у розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відказі та відстоюванні власних границь, напруженість та скутість у прояві почуттів; особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижена самооцінка, пригнічений настрій, низький рівень інтересу до життя, низький рівень впевненості у власних силах.

Отже, за результатами апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу, підтверджена її висока ефективність у порівнянні з традиційними реабілітаційними заходами.

Діагностичні зрізи, проведені через 6 місяців після проходження програми, підтвердили стійкість психокорекційного ефекту у I групі респондентів.

У цілому ефективність запропонованої системи соціально-психологічного забезпечення процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості доведена підвищенням показників життєстійкості; психологічного благополуччя; актуалізацією адаптивних копінг-стратегій; відновленням комунікативного потенціалу; зростанням нервово-психічної стійкості; самооцінки; виправленням когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищенням осмисленості життя; покращенням міжособистісних стосунків та соціального функціонування загалом.

## ВИСНОВКИ

У дослідженні наведено теоретичне узагальнення та нове розв'язання проблеми вивчення реабілітаційного потенціалу особистості. Запропонована концепція дослідження забезпечила можливість системного розкриття соціально-психологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості з урахуванням психо- та соціогенези. Узагальнення отриманих у дослідженні результатів дозволило зробити такі висновки.

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз і узагальнення наукових підходів до проблеми вивчення соціально-психологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості та з'ясовано стан її розробки.

Розкрито провідні напрями досліджень реабілітаційного потенціалу особистості, які, здебільшого, мають прагматичний характер і полягають у розробці та впровадженні програм з його підтримки, усунення негативних наслідків процесу його розвитку. Констатовано, що програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості спрямовані на підвищення продуктивності її життєдіяльності через покращення фізичного і психічного стану, а зміцнення психологічного здоров'я у напрямку розвитку реабілітаційного потенціалу особистості зводиться до розробки програм health management, stress management, що включають інформаційно-діагностичні та відновлювально-профілактичні модулі. Наголошується, що значне місце у програмах health management щодо розвитку реабілітаційного потенціалу займають переважно медичні аспекти відновлення психосоматичного стану. З'ясовано, що соціально-психологічні вектори розвитку реабілітаційного потенціалу особистості лише частково розглядаються у програмах stress management і wellness.

Зазначене обумовило необхідність розробки концептуальних соціально-психологічних засад вивчення реабілітаційного потенціалу особистості, що дозволить ефективно вирішувати питання, пов'язані з його розвитком.

2. Запропоновано концептуальні соціально-психологічні основи дослідження реабілітаційного потенціалу особистості на засадах системно-інтегрованого підходу.

Розроблено концептуальну модель розвитку реабілітаційного потенціалу особистості та встановлено, що цей процес постає у динаміці, ґрунтується на природничо-науковій й гуманітарній соціально-психологічній парадигмах, пов'язаний з особливостями сприйняття соціальної ситуації розвитку і її можливих (позитивних/негативних) наслідків для особистості та визначається специфікою адаптаційних можливостей, характером соціального функціонування і міжособистісних комунікацій, емоційних й когнітивних дисфункцій особистості, що реалізується як теоретико-методологічна стратегія системного і цілісного процесу у напрямку забезпечення спрямованості на результат, поданий у вигляді образу особистості, яка відповідально управляє власним здоров'ям і реалізує себе у соціумі, самостійно ставить цілі формування та збереження психологічного здоров'я, обирає оптимальні способи й засоби їх досягнення. Розроблена концептуальна модель розвитку реабілітаційного потенціалу забезпечує якісно новий рівень особистісної, фізичної, професійної й соціальної готовності особистості до самореалізації й успішної інтеграції у соціум.

3. Визначено соціально-психологічні складові реабілітаційного потенціалу особистості: соціальне функціонування; психологічне благополуччя; життєстійкість; особистісний адаптаційний потенціал; копінг-стратегії; міжособистісні і сімейні комунікації; індивідуально-типологічні особливості; специфіка ціннісно-мотиваційної і емоційно-вольової сфер.

Виявлено та проведено диференціацію компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту та визначено особливості емоційних і когнітивних дисфункцій реабілітаційного потенціалу особистості за депресивним кластером розладів її афективної сфери.

Розкрито особливості функціонування складових реабілітаційного потенціалу і їх трансформації при зміні соціальних умов, зокрема при депресивних розладах за їх різновидами: при невротичних депресіях (віра у власні сили щодо можливості подолання складних ситуацій; відчуття залученості до життя; представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «емоційна розрядка», «пасивна кооперація», «компенсація» та «звернення»; артистизм; наявність цінності «досягнення»); при органічних депресіях (готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід; відчуття залученості до життя; представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «релігійність», «компенсація», «пасивна кооперація» та «відносність»; повага до інших; низький рівень актуальної ригідності, помірний рівень сенситивної та загальної ригідності; наявність цінностей «традиції» та «самостійність»); включеність у життя (завдяки почуттю обов'язку); збереженість міжособистісних комунікацій: контактність, можливість відкрито виражати власні емоції, насамперед, негативні); при ендогенних депресіях (готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід; представленість адаптивних копінг-стратегій: «співпраця» та «альтруїзм»; наявність цінності «традиції»).

4. Визначено соціально-психологічні параметри, показники та механізми порушення процесу адаптації у структурі реабілітаційного потенціалу особистості. Встановлено, що у досліджуваних з депресивними розладами, незалежно від їх генези, відзначалися порушення процесу адаптації з низькими показниками за параметрами: життестійкості, неадаптивних ко-

пінг-стратегій, зниженням адаптаційного потенціалу; вони відрізнялись спустошеністю мотиваційної сфери, зниженням спонукань та екзистенціальною невиконаністю (низький рівень самодистанціювання, самотрансценденції, свободи і персональності); високою емоційною лабільністю, тривожністю, депресивністю, напруженістю, самокритикою, інтровертованістю, низькими показниками експресивності, переважанням високого та дуже високого рівнів психічної ригідності, високого рівня ригідної поведінки під час стресу; переважанням дезадаптивних інтрапсихічних типів ставлення до хвороби (меланхолійного, апатичного, іпохондричного), що потребувало засобів соціально-психологічної допомоги у системі забезпечення ефективності процесу розвитку їх реабілітаційного потенціалу.

Виокремлено тригерні (пускові) та пролонговані механізми порушення процесу адаптації у осіб з депресивними розладами в структурі їх реабілітаційного потенціалу.

5. Виявлено соціально-психологічні особливості реабілітаційного потенціалу особистості при різних формах депресивних розладів, що мають гендерну специфіку: при *невротичних розладах у чоловіків*: послідовність у досягненні цілей; життестійкість; упевненість у власних силах; актуалізація копінгу «протест»; домінування; реалістичність; важливість цінностей «досягнення» та «влада»; орієнтація сімейної системи на досягнення; у *жінок*: залученість у життя; комунікативний потенціал; моральна нормативність; використання копінг-стратегій «звернення», «емоційна розрядка», «пасивна кооперація» та «компенсація»; артистичність; важливість цінностей: «доброта», «безпека» та «конформність»; структурованість сімейної системи; при *органічних розладах у чоловіків*: залученість у життя; послідовність у досягненні цілей; життестійкість; відповідальність; актуалізація копінгу «компенсація»; анозогностичний тип ставлення до хвороби; важли-

вість самостійності; орієнтація сімейної системи на незалежність; у *жінок*: залученість у життя; прийняття ризику; комунікативний потенціал; використання копінг-стратегій «релігійність» та «емоційна розрядка»; важливість цінностей «безпека» та «конформність»; поступливість та турботливість; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти; при *ендогенних розладах у чоловіків*: важливість цінностей «стимуляція» та «влада»; у *жінок*: прийняття ризику; моральна нормативність; використання копінг-стратегій «пасивна кооперація» та «відносність»; важливість цінностей «безпека» та «доброта»; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти; високий рівень організації та контролю сімейної системи.

Визначено та диференційовано складові реабілітаційного потенціалу, які обумовлюють його специфіку у молоді та осіб зрілого віку, до яких належать: ступінь нервово-психічної стійкості, вираженість когнітивних та емоційних дисфункцій, комунікативний потенціал особистості, ступінь активності та наполегливості, рівень самооцінки, рівні залученості у життя, відповідальності та ригідності; наповненість ціннісно-сислової сфери; адекватність типу ставлення до хвороби; ступінь послідовності у досягненні цілей, ефективність копінг-стратегій.

6. Запропоновано систему соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості з визначенням методологічних і змістовно-процесуальних засад впровадження диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу на діагностичному, психокорекційному та реконструкційному її етапах у напрямку адаптивного інжинірингу та моніторингу психологічного здоров'я.

Дієвість запропонованої системи соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особис-

тості доведена підвищенням показників життєстійкості; психологічного благополуччя; актуалізацією адаптивних копінг-стратегій; відновленням комунікативного потенціалу; підвищенням нервово-психічної стійкості; самооцінки; виправленням когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищенням осмисленості життя; покращенням міжособистісних стосунків та соціального функціонування в цілому.

**Перспективи подальшого дослідження.** Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів вивчення проблеми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Перспективи подальшого дослідження полягають у вивченні специфіки реабілітаційного потенціалу осіб з психосоматичними та соматоформними розладами. Важливим напрямом подальших досліджень вбачаємо також вивчення особливостей розвитку реабілітаційного потенціалу у осіб з особливими потребами. Науковий інтерес викликає проведення розгалужених емпіричних студій щодо вікових і статевих особливостей в оптимізації процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, розробки і запровадження інноваційних психотехнологій оптимізації цього процесу в умовах постійно оновлюваного життєвого контексту.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янова Г.М. Особливості соціалізації молоді в умовах трансформації суспільства / Г.М. Авер'янова, Н.М. Дембицька, В.В. Москаленко. – К. : «ППП», 2005. – 307 с.
2. Адамова О.С. Подолання кризи в особистісних відносинах: окремі практичні аспекти / О.С. Адамова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – № 2(52). – С. 65-75.
3. Александрова Л.А. Психологические ресурсы личности и социально-психологическая адаптация студентов с ОВЗ в условиях профессионального образования / Л.А. Александрова, А.А. Лебедева, В.В. Бобожей // Психологическая наука и образование. – 2014. – Т.19. – №1. – С. 50 – 62.
4. Андріяш М.О. Особливості волі та вольових якостей в юнацькому віці / М.О. Андріяш // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – № 3(53). – Т.3. – С. 95-105.
5. Андрусів Л.С. Обумовленість певного стандарту поведінки особистості соціокультурними умовами життєдіяльності / Л.С. Андрусів // Зб. наук. праць Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. – Серія : Філософія. Соціологія. Психологія. – Івано-Франківськ : Вид-во Плай. – Вип. 9, Ч. 2. – С. 11 – 19.
6. Агарков В. Ожидания пациентов от психотерапии (обзор литературы) / В. Агарков, А. Асмолов // Психическое здоровье. – 2013. – № 8. – С. 52 – 60.
7. Антоненко Т.Л. Основні принципи становлення ціннісно-сислової сфери особистості / Т.Л. Антоненко // Духовність особистості: методологія, теорія і практика. – 2018. – Вип. 5. – С. 6 – 19.
8. Арнаутова В.В. Забезпечення соціально-психологічного супроводу вихованців закладів соціальної реабілітації / В.В. Арнаутова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – 2020. – № 2(52). – С. 76-85.

нального університету ім. В. Даля. – № 2(37). – Т. 3. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 15 – 25.

9. Арнаутова В.В. Інтегративний підхід до проблеми соціалізації особистості неповнолітніх в умовах депривації / В. В. Арнаутова // Матеріали ХХІІІ міжнар. наук. конф. студентів і молодих учених «Наука і вища освіта», 23 квіт. 2015 р., м. Запоріжжя. – Запоріжжя : КПУ, 2015. – С. 459 – 460.

10. Арнаутова В.В. Психологічні аспекти соціалізації десоціалізованої особистості в освітньому просторі / В.В. Арнаутова // Матеріали Х міжнар. наук.-практ. конф. «Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність», 11-13 верес. 2015 р., м. Мелітополь / за заг. ред. М. М. Радевої. – Мелітополь : ТОВ «Колор Принт», 2015. – С. 4 – 6.

11. Арнаутова В.В. Психологічні засади соціалізації особистості в умовах освітньої взаємодії / В.В. Арнаутова // Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : монографія / Під ред. В.Й. Бочелюка та ін. – [2-е вид. перероб. і доп.]. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – С. 18 – 40.

12. Арнаутова В.В. Системний підхід до проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасного соціуму / В.В. Арнаутова, В.Ю. Завацький, // Психогенеза особистості: норма і девіація : зб. наук. статей [гол. ред. Я.О. Гошовський]. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. – С. 78 – 85

13. Афанасенко Л.А. Психологічні основи програми оптимізації самоідентифікації / Л.А. Афанасенко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – № 2(46). – С. 22 – 30.

14. Ахтирська Ю.І. Соціокультурні та психологічні виміри розвитку саморегуляції молоді в освітньому просторі / Ю.І. Ахтирська // Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. «Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті», 20 жовт. 2017 р., м. Чернівці. – Чернівці : ІППОЧО, 2017. – С. 11 – 13.

15. Ахтирська Ю.І. До проблеми соціально-психологічних особливостей цілісності особистості та її антиципації / З.Я. Ковальчук, Є.В. Гейко, Ю.А. Завацький, І.Є. Жигаренко, Ю.І. Ахтирська // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – № 3 (47). – Т. 3. – С. 82 – 90.
16. Ахтирська Ю.І. Соціально-вікові періоди онтогенезу у становленні особистості / Ю.І. Ахтирська // Соціально-психологічні складові розвитку обдарованої особистості : [монографія] / Н.А. Добровольська, Н.Є. Завацька, Ю.А. Завацький та ін. – К. : ПВТП «LAT&K», 2019. – С. 37 – 42.
17. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – М. : Наука, 1967. – 166 с.
18. Ананьев В.А. Психология здоровья / В.А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
19. Андросович К.А. Аналіз результативності програми соціальної адаптації [Текст] / К.А. Андросович // Наука і освіта : наук.-практ. журнал Південного наукового центру НАПН України. – Одеса : Південноукраїнський НПУ ім. К. Д. Ушинського, 2014. – № 5 (СХХІІ) – С. 112 – 118.
20. Андросович К. А. Аналіз емпіричного вивчення соціальної адаптації учнів професійно-технічних навчальних закладів [Текст] / К.А. Андросович // Освіта та розвиток обдарованої особистості : щомісячний наук.-метод. журн. – К. : Інститут обдарованої дитини, 2015. – № 5 (36). – С. 42 – 45.
21. Аршава І.Ф. Суїцидальна поведінка: діагностика та корекція : [навчальний посібник] / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко. – Д. : РВВ ДНУ, 2019. – 80 с.
22. Аршава І.Ф. Особливості формування Я-концепції осіб з фізичними вадами в контексті соціально-психологічної адаптації / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко, Т.В. Єрошкіна // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2013. – Вип.19. – С. 35 – 44.

23. Аршава І.Ф. Роль активних стратегій подолання стресу у прогнозуванні емоційної стійкості батьків важкохворих дітей / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць ДВНЗ «Запорізький національний університет» ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – №1(7). – Запоріжжя : ЗНУ, 2015. – С. 13 – 22.
24. Аршава І.Ф. Особливості гармонізації «образу Я» підлітків з патологією опорно-рухового апарату / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Вип. 32, Ч. 2. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – С. 264 – 271.
25. Аршава І.Ф. Соціально-психологічна реабілітація дітей з психофізичними порушеннями засобами арт-терапії / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко, К.С. Тороп // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Вип. 30. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – С. 211 – 218.
26. Аршава І.Ф. Специфіка психологічної складової реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів хворих на депресивні розлади різного генезу / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Journal of Psychology Research. – V-?1. 24(7). – Дніпро : Вид-во ДНУ імені Олеса Гончара, 2018. – С. 3 – 18.
27. Аршава І.Ф. Методологічні підходи вирішування педагогічних проблем адаптації та дезадаптації при здобутті вищої освіти молодими інвалідами в Україні / І.Ф. Аршава, П.П. Бачинський, В.В. Корнієнко // Матеріали Всеукр. наук. конф. «Освіта і наука в Україні», 21-22 черв. 2013 р., м. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ : Роял Принт, 2013. – Ч. I. – С. 121 – 124.
28. Балл Г.О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах) / Г.О. Балл. – Житомир : Волинь, 2008. – 232 с.
29. Бабатенко О.В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем діяльності / О.В. Бабатенко, О.В. Шевяков та ін. // Фундаментальні та прикладні психологічні дослідження в практиках провідних наукових шкіл: реалії та перспективи : міжнар. кол. монографія / за ред. акад.

Л.Ф. Бурлачука, акад. Т.П. Вісковатової, проф. В.М. Синельникова. –? - ?ЕН-Institution Is Certified by International Education Society, London, Great Britain ; Nord-Press, 2012. – С. 208 – 228.

30. Білецький П.С. Соціально-психологічні проблеми професійного здоров'язбереження в сучасному соціуму / П.С. Білецький // Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір : [монографія] / Н.Є. Завацька, І.В. Ващенко, П.С. Білецький, О.В. Кованда та ін. – К. : ПВТП «LAT&K», 2019. – С. 25 – 35.

31. Білецький П.С. Управління освітніми медико-соціальними технологіями в умовах модернізації сучасного соціуму / П.С. Білецький // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Т. IX, Вип. 12. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2019. – С. 352 – 360.

32. Блинова О.Є. Криза ідентичності особистості у нестабільні періоди розвитку суспільства / О.Є. Блинова // Вісник Одеського національного університету. – Одеса : Астропринт, 2013. – Т.18. – Вип. 22, Ч. 1. – С. 30 – 38.

33. Блискун О.О. Соціально-психологічні чинники агресивної поведінки молоді у мережах Internet: автореф. дис. ...канд. психол. наук : 19.00.05 / Олена Олександрівна Блискун. – Луганськ, 2013. – 20 с.

34. Блискун О.О. Соціально-психологічні засади реінтеграції молоді в умовах трансформаційного соціуму : [монографія] / О.О. Блискун. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – 320 с.

35. Блискун О.О. До проблеми психологічних принципів поведінки людини (генетико-моделюючий підхід С. Максименка) / О.О. Блискун // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. – № 2 (34). – С. 34 – 42.

36. Блискун О.О. Психологічні особливості прояву агресії та форми агресивної поведінки молоді / О.О. Блискун, Ю.О. Бохонкова, О.В. Пелешенко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володими-

ра Даля. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. – № 3 (50). – Т. 3. – С. 33 – 44.

37. Блискун О.О. Психологічні особливості комплексної реабілітації молоді «групи ризику» / О.О. Блискун, О.В. Пелешенко // Perspectives of world science and education. – Series : Psychology, Sociology, Political Science. – Vol. 2. – Osaka : CPN Publishing Group, 2019. – P. 87 – 96.

38. Блискун О.О. Психологічна безпека молоді у просторі смисложиттєвих орієнтирів / О.О. Блискун // Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. «Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті», 20 жовт. 2017 р., м. Чернівці. – Чернівці : ІППОЧО, 2017. – С. 6 – 8.

39. Богучарова О.І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості / О.І. Богучарова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 454 – 462.

40. Бондарчук О. Ключи к благополучию / О. Бондарчук. – М. : Время, 2009. – 192 с.

41. Борисюк А.С. Професійна ідентичність медичного психолога: соціально-психологічний аналіз / А.С. Борисюк. – Чернівці : Книги – ХХІ, 2010. – 440 с.

42. Бондаренко Н.Б. Психологічні особливості соціальної підтримки осіб з проблемами психічного здоров'я у групах самопомоги: дис. ...к. психол. наук : 19.00.05 / Наталія Борисівна Бондаренко. – К., 2017. – 279 с.

43. Бочарова Е.Е. К вопросу о внутренних детерминантах субъективного благополучия личности / Е.Е. Бочарова // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. – 2008. – № 10. – С. 226 – 231.

44. Бохонкова Ю.О. Психологія випереджальної стратегії поведінки особистості в ситуації життєвих змін: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.05 / Юлія Олександрівна Бохонкова. – К., 2013. – 40 с.

45. Бохонкова Ю.О. Системність на синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму / Ю.О. Бохонкова // Теоретичні і прикладні про-

блеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 2(37). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 104-157.

46. Брушлинский А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами / А. Брушлинский // Медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 45 – 49.

47. Бондаренко О.Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги / О.Ф. Бондаренко // Педагогіка і психологія. – 2002. – № 4. – С. 4 – 12.

48. Бурлакова И.А. Сравнительный анализ структуры совладающего поведения в системе психодиагностических и коррекционных мероприятий / И.А. Бурлакова, А.Е. Логунцева, А.В. Пенявская. – СПЖ. – 2007. – № 26. – С. 141 – 143.

49. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Л.Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.

50. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.

51. Бочелюк В.Й. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : монографія / Під ред. В.Й. Бочелюка, Н.Є. Завацької. – [2-е вид. перероб. і доп.]. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – 280 с.

52. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування / С.В. Васьківська. – К. : Ніка-центр, 2011. – 424 с.

53. Васютинський В.О. Інтеракційні виміри особистісного і соцієтального буття / В.О. Васютинський // Соцієльна психологія. – 2005. – № 3 (11). – С. 8 – 19.

54. Ващенко І.В. Психологічні технології професійного самозбереження особистості та її соцієльної підтримки в епоху суспільних трансформацій / І.В. Ващенко, Н.Є. Завацька // Розвиток особистості в різних умовах соцієлізації : монографія / за наук. ред. Л.О. Калмикової, Г.О. Хомич. – ТК. : Видавничий Дім «Слово», 2016. – С. 405 – 421.

55. Ващенко І.В. Конфлікти великих соцієльних груп / І.В. Ващенко, С.П. Гиренко. – Х. : Бурун Книга, 2006. – 208 с.

56. Вірна Ж. Концепція реабілітології. Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації / Ж. Вірна // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. – К., 2011. – 376 с.
57. Вірна Ж.П. Формування особистісного простору: оцінка, тенденції і закономірності / Ж.П. Вірна, В.В. Коширець // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 75 – 94.
58. Волошин П.В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23. – Вип. 1 (82). – С. 5 – 11.
59. Віденєєв І.О. Стресостійкість в контексті психологічних ресурсів особистості / І.О. Віденєєв // Матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 24 – 27.
60. Вольнова Л.М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю / Л.М. Вольнова. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2012. – 275 с.
61. Выготский Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский. – М. : Эксмо, 2003. – 1136 с.
62. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. / Под ред. А.В. Запорожца. – Т. 4. – М. : Педагогика, 1984. – 432 с.
63. Галецька І.І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки / І.І. Галецька // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – Серія психологічна : зб. наук. праць. – Львів : ЛьвДУВС, 2012. – Вип. 2 (1). – С. 49 – 58.
64. Галецька І.І. Психологія здоров'я: теорія і практика / І.І. Галецька, Т. Сосновський. – Львів : Видавничий центр Львівського національного університету імені Івана Франка, 2006. – 338 с.



66. Галь И.Г. Опыт организации психотерапевтической помощи на региональном уровне / И.Г. Галь, А.Ю. Бойко // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 2. – С. 93 – 96.
67. Ганзен В.А. Системные описания в психологии / В.А. Ганзен. – Л. : Лениздат, 1984. – 146 с.
68. Гейко Є.В. Психологія цілісності особистості : монографія / Є.В. Гейко. – Кропивницький : Центрально-Українське видавництво, 2016. – 384 с.
69. Гейко Є.В. Соціально-психологічні особливості корекції полісистемної цілісності особистості / Є.В. Гейко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – № 3 (41). – С. 6 – 15.
70. Гейко Є.В. Функціональна структура полісистемної цілісності особистості зрілого віку / Є.В. Гейко // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка. – Т. IX, Вип. 7. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – С. 85 – 92.
71. Гейко Є.В. Цілісність особистості з афективними розладами у вимірі системного підходу / Є.В. Гейко // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2018. – Том IX. – Вип. 11. – С. 56 – 68.
72. Гарькавець С.О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі / С.О. Гарькавець – Луганськ : Ноулідж, 2010. – 343 с.
73. Гарькавець С.О. Мотиваційна сфера особистості та правовий конформізм як прояв впливу соціальних утворень / С.О. Гарькавець // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2005. – № 1 (9). – С. 71 – 79.
74. Гейко Е. Рефлексия как адаптивный ресурс личности / Е. Гейко // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 14. – С. 145 – 147.

75. Гинзбург М. Механизмы личностного реагирования на болезнь у пациентов с депрессивными расстройствами / М. Гинзбург // Вестник психологии. – 2016. – Т. 3. – № 2 (13). – С. 43 – 45.
76. Голяченко А.А. Медицинская реабилитация в Украине: достижения и проблемы / А.А. Голяченко // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2007. – № 1. – С. 57 – 61.
77. Гордеева Т.О. Оптимизм как составляющая личностного потенциала / Т.О. Гордеева // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2011. – С. 131 – 177.
78. Гордеева Т.О. Самоэффективность как составляющая личностного потенциала / Т.О. Гордеева // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2011. – С. 241.
79. Груб'як О.М. Психологічне благополуччя особистості у період ранньої дорослості: дис. ...к. психол. наук : 19.00.07 / Оксана Михайлівна Груб'як. – К., 2016. – 219 с.
80. Гулько Г.А. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. ...к. психол. наук : 19.00.01 / Ганна Олександрівна Гулько. – К., 2017. – 249 с.
81. Глухова О.Г. Ідеальне як «соціо-культурна» теорія психіки в концепції Л.С. Виготського / О.Г. Глухова // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук праць. Серія «Психологічні науки». – № 1, Т. III. – К. : Вид-во «Гнозис», 2012. – С. 145 – 152.
82. Глухова О.Г. Проблема ідеального образу в сучасній методології наукового пізнання / О.Г. Глухова // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Серія «Психологія і педагогіка». – Острог : Вид-во нац. ун-ту «Острозька академія», 2012. – Вип. 19. – С. 71 – 76.
83. Глухова О.Г. Ідеальне як соціокультурна модель свідомості / О.Г. Глухова // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Серія «Психологія і педагогіка». – Острог : Вид-во нац. ун-ту «Острозька академія», 2012. – Вип. 20. – С. 85 – 94.

84. Горностай П. Групові захисні механізми як форма реагування на колективні травми / П. Горностай // Проблеми політичної психології. – № 22(1). – С. 89 – 114.
85. Горностай П.П. Колективна травма та групова ідентичність / П.П. Горностай // Психологічні перспективи : [наук. журн.]. – 2012. – Спец. вип. «Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп». – Т. 2 : Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – С. 89 – 96.
86. Гусев А.И. Толерантность к неопределенности как составляющая личностного потенциала / А.И. Гусев // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2011. – С. 300 – 329.
87. Гуссерль Э. Логические исследования / Э. Гуссерль. – Т. 2. – М. : ДИК, 2001. – С. 395 – 396.
88. Дворніченко Л.Л. Справедливість як фундаментальна вимога адаптації особистості до критичних ситуацій життя / Л.Л. Дворніченко // Матеріали І міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 19-20 лют. 2015 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – С. 27 – 30.
89. Добровольська Н.А. Соціально-психологічні особливості самообмеження особистості: інтернальний та екстернальний виміри / Н.А. Добровольська, Л.В. Боярин // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2018. – № 1(45). – С. 327 – 334. (Особистий внесок автора полягає у розкритті
90. Добровольська Н.А. Становлення обдарованості особистості в сучасному соціумі / Н.А. Добровольська // Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. праць Класичного приватного університету. – Запоріжжя : КПУ, 2019. – № 4. – Т. 1. – С. 114 – 117.
91. Добровольская Н.В. Психологическое здоровье личности в контексте возрастного развития / Н.В. Добровольская // Развитие личности. – 2015. – № 2. – С. 67 – 95.
92. Дріга Т.Г. Соціально-психологічний аспект адаптаційного процесу особистості / Т.Г. Дріга // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-

ституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. – Т. VII. – Вип. 33. – С. 143 – 152.

93. Дріга Т. Г. Асертивність як чинник оптимізації соціально-психологічної адаптації студентської молоді / Т. Г. Дріга // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. – Т. VIII. – Вип. 34. – С. 131 – 138.

94. Евдокимова Н.А. Психологическое здоровье как значимый ресурс информационно-психологической безопасности личности / Н.А. Евдокимова // Гуманитарный вектор. – Серия : Педагогика, психология. – 2012. – № 1. – С. 205 – 210.

95. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці сімейної медицини / Б. В. Михайлов [та ін.]. – Х. : ХМАПО, 2014. – 285 с.

96. Журба А.М. Визначення відмінностей соціально-психологічних проявів кризи залежно від гендерних особливостей / А.М. Журба // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – № 2 (37). – С. 369 – 377.

97. Журба А.М. Криза та її вплив на виникнення особистісних деструкцій / А.М. Журба // Психологічні засади подолання особистісних деструкцій в умовах тимчасової втрати працездатності : монографія / А.М. Журба. – Тернопіль : ТНЕУ, 2016. – С. 27 – 37.

98. Журба М.А. Лабіринти віртуального: Тесей у пошуках Аріадни : монографія / М.А. Журба та ін. – Х. : Точка, 2016. – 332 с.

99. Завацька Н. Є. Психологічні основи розвитку особистості : монографія / Н.Є. Завацька, Ю.А. Завацький та ін. / За заг. ред. В.В. Бочелюка. – Запоріжжя : Просвіта, 2019. – Т.6. – 416 с.

100. Завацька Н.Є. Дослідження адаптаційного потенціалу особистості / Н.Є. Завацька // Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. – 2003. – № 599. – С. 98 – 101. – (Серія : Психологія).

101. Завацька Н.Є. Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: дис. ...д. психол. наук : 19.00.05 / Наталія Євгенівна Завацька. – К., 2010. – 455 с.
102. Зеер Е. Психологическая реабилитация в структуре медико-социальной помощи наркозависимым / Е. Зеер // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 17. – С. 212 – 215.
103. Завацький В.Ю. Особливості опанувальної поведінки молоді та її здатність до антиципації в посттравматичній ситуації / В.Ю. Завацький, Н.Є. Завацька, Л.В. Спицька // Наука і освіта : наук.-практ. журн. Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. – Серія: Психологія. – Одеса : Вид-во Південноукраїнського нац. пед. ун-ту імені К.Д. Ушинського, 2017. – Вип. 7. – С. 136 – 142.
104. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» в осіб, що переживають травму втрати / Л.Д. Заграй // Психологія особистості. – Івано-Франківськ, 2016. – С. 42 – 51.
105. Заграй Л.Д. Молодіжна субкультура: гендерний досвід : монографія / Л.Д. Заграй. – Івано-Франківськ : Нова зоря, 2012. – 376 с.
106. Заїка В.М. Динамічна модель особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів особистості / В.М. Заїка // Соціальна психологія. – 2009. – № 1. – С. 69 – 76.
107. Засекіна Л.В. Психолінгвістична діагностика / Л.В. Засекіна, С.В. Засекін. – Луцьк : Вежа, 2008. – 188 с.
108. Златова Л.С. Соціально-психологічні особливості розвитку адаптаційного потенціалу молоді як чинника збереження її психологічного здоров'я: дис. ...канд. психол. н. : 19.00.05 / Людмила Степанівна Златова. – Сєверодонецьк, 2020. – 258 с.
109. Златова Л.С. Адаптаційний потенціал особистості як аспект цілісного здоров'я людини / Л.С. Златова // Fundamental and applied researchers in practice of leading scientific schools. – London, Covent Garden : Igos-group, 2019. – Vol. 34. – № 4. – P. 92 – 94.

110. Злобіна О. Поведінкові стратегії населення як чинник модернізації (до-свід емпіричного дослідження) / О. Злобіна. – К. : ІС НАНУ, 2012. – 160 с.
111. Зоткина М.Н. Изучение роли личностных особенностей в реабилитационном потенциале / М.Н. Зоткина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2017. – Т.5. – № 3. – С. 407 – 419.
112. Исурин Г.Л. Психотерапия и психологическое консультирование как виды клиничко-психологического вмешательства / Г.Л. Исурин // Медицинская психология. – 2017. – № 3. – С. 4.
113. Інформаційний бюлетень ВОЗ № 369 від лютого 2017 року.
114. Калашникова О. Личностные ресурсы и суицидальная идеация в опосредствовании суицидального поведения / О. Калашникова, Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, М. Черняева // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 55 – 57.
115. Казмиренко В.П. Засади когнітивної психології спілкування / В.П. Казмиренко // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. ст. Інституту соціальної та політичної психології АПН України ; за ред. С.Д. Максименка, М.М. Слюсаревського [та ін.]. – К. : Міленіум, 2009. – Вип. 23 (26). – С. 140 – 164.
116. Каленська Г.Ю. Патопсихологічні особливості хворих на депресивні розлади невротичного генезу // Український вісник психоневрології. – 2003. – №2. – С. 47 – 49.
117. Капська А.Й. Соціальна робота / А.Й. Капська. – К. : Центр навч. літ-ри, 2005. – 328 с.
118. Калинина Н.В. Социальные и личностные ресурсы преодоления трудных жизненных ситуаций / Н.В. Калинина // Научный вестник. – 2011. – №1(3). – С. 96 – 101.
119. Капиева К.Р. Психический ресурс личности: паттерны и детерминанты развития / К.Р. Капиева // Гуманизация образования. – 2015. – № 3. – С. 75 – 81.
120. Карамушка Л.М. Класифікація видів соціальної напруженості / Л.М. Карамушка // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інсти-

туту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Організаційна психологія. Економічна психологія. – Вип. 1(12). – 2019. – С. 44 – 56.

121. Карамушка Л.М. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я / Л.М. Карамушка та ін. // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Т. 55, № 1. – К. : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. – С. 23 – 30.

122. Карамушка Л.М. Особистісна та професійна самоактуалізація особистості: рівень значущості, розуміння сутності та умов для здійснення у соціумі / Л.М. Карамушка та ін. // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Т. 53, № 1. – К. : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019. – С. 15 – 22.

123. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості як вагомий чинник демографічної ситуації. Демографічна ситуація в Карпатському регіоні: реальність, проблеми, прогнози на XXI століття / Л.М. Карамушка, М.Є. Андрос // Тези міжнар. наук.-практ. конф. – Чернівці. – К. ; Чернівецький держ. ун-т ім. Ю. Федьковича, 1996. – С. 370 – 372.

124. Капустина Н.Г. Толерантность как внутренний ресурс личности / Н.Г. Капустина // Психологический журнал. – 2008. – № 30. – С. 64 – 69.

125. Кириченко А.Г. Недостатки существующей системы реабилитации инвалидов вследствие болезней нервной системы в Украине / А.Г. Кириченко // *Universum*. – 2014. – № 2 (3). – С. 7.

126. Клемешева Ю.Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы / Ю.Н. Клемешева, О.Н. Воскресенская // Научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5. – № 1. – С. 120 – 123.

127. Коваленко А.Б. Психологічне благополуччя особистості: сутність, чинники та структура / А.Б. Коваленко // Гуманітарний корпус : зб. наук. статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії. – Вип. 16. – К. : Нілан Лтд, 2018. – С. 80 – 83.

128. Ковальчук З.Я. Генетично-психологічні засади оптимізації педагогічної взаємодії в освітніх закладах різного типу: дис. ...д-ра психол. наук : 19.00.05 / Зоряна Ярославівна Ковальчук. – К., 2014. – 300 с.
129. Кокун О.М. Психофизиологические пути повышения эффективности профессиональной деятельности / О.М. Кокун. – К. : Либідь, 2004. – 340с.
130. Комар Т.В. Інтегративно-цілісний підхід до формування професійної зрілості спеціаліста в системі «людина – людина» / Т.В. Комар // Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 12. Психологічні науки : зб. наук. праць. – Вип. 5 (50). – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. – С. 198 – 204.
131. Кононенко О.И. Жизнестойкость, стрессоустойчивость и результативность – ресурсные характеристики личности в современном обществе / О.И. Кононенко, А.О. Кононенко // Диалог. – 2020. – № 1(53). – С. 26 – 33.
132. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М.С Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна / Заг. ред. М.С. Корольчука. – К. : Фірма «ІНКОС», 2002. – 272 с.
133. Корнієнко О.Ю. Структурні особливості сиблінгового симптомокомплексу як чинника невротичних станів особистості: дис. ...к. психол. наук : 19.00.01 / Ольга Юріївна Корнієнко. – К., 2016. – 227 с.
134. Корнієнко В.В. Про особливості соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Педагогіка здоров'я як основа розвитку потенціалу особистості : [монографія] / В.А. Гладуш, Н.В. Зимівець, З.П. Бондаренко, Л.М. Ніколенко та ін. – Дніпро : Ліра, 2020 – С. 106 – 117.
135. Корнієнко В.В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості : [монографія] / В.В. Корнієнко. – К. : ПВТП «LAT&K», 2021. – 320 с.
136. Корнієнко В.В. Особливості соціально-психологічної адаптації осіб з депресивними розладами / В.В. Корнієнко, Н.В. Фоменкова, Ю.В. Ніканорова // Психологічні ресурси адаптаційного потенціалу особистості : [монографія] / за наук. ред. проф. І.Ф. Аршава. – Дніпро :



Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, 2021. – С. 156 – 170.

137. Корнієнко В.В. Проблема формування особистості з фізичними вадами / В.В. Корнієнко // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / [за ред. С.Д. Максименка]. – К. : Логос, 2011. – Т. XII, Ч.2. – С. 244 – 252.

138. Корнієнко В.В. Про ефективність засобів соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату з орієнтацією на гармонізацію «образу-Я» / В.В. Корнієнко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2011. – Вип.14. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2011. – С. 381 – 392.

139. Корнієнко В.В. Про психологічні механізми дезадаптації осіб з фізичними вадами / В.В. Корнієнко // Вісник Дніпропетровського університету : наук. журн. – № 9/1, Т. 19. – Серія : Педагогіка і психологія. – Вип. 17. – Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ, 2011. – С. 99 – 105.

140. Корнієнко В.В. Інтернет-залежність як чинник порушення міжособистісного спілкування / В.В. Корнієнко, Ю.В. Ніканорова, Т.В. Кулешова // Вісник Дніпропетровського університету : наук. журн. – Серія : Педагогіка і психологія. – Вип. 18. – Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ, 2013. – С. 87 – 93.

141. Корнієнко В.В. Подружні конфлікти як чинник формування психосоматичних захворювань / В.В. Корнієнко, С.Д. Алексеєнко, Д.Д. Алексеєнко // Вісник Дніпропетровського університету : наук. журн. – № 9/1, Т. 22. – Серія : Педагогіка і психологія. – Вип. 20. – Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ імені Олеся Гончара, 2014. – С. 67 – 73.

142. Корнієнко В.В. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій як складові психологічного реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними порушеннями / В.В. Корнієнко // Journal of Psychology Research. – Vol. 25(8). – Дніпро : Вид-во ДНУ імені Олеся Гончара, 2019. – С. 33 – 41.

143. Корнієнко В.В. Патопсихологічна характеристика осіб з депресивними розладами різного генезу / В.В. Корнієнко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць ДВНЗ «Запорізький національний університет» ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – №1(15). – Запоріжжя : ЗНУ, 2019. – С. 59 – 66.
144. Корнієнко В.В. Особливості соціально-психологічної адаптації дітей молодшого шкільного віку з органічними ураженнями головного мозку / В.В. Корнієнко, А. Хуссейн // Наука і освіта : наук.-практ. журн. Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. – № 3. – 2021. – С. 22 – 29.
145. Корнієнко В.В. Концептуалізація вивчення проблеми соціально-психологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості / В.В. Корнієнко // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 2. – С.36-45
146. Корнієнко В.В. Система соціально-психологічного супроводу процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості / В.В. Корнієнко // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 3. – С. 15-24.
147. Корнієнко В.В. Про зв'язок мовленнєвих порушень та емоційної сфери у дітей старшого дошкільного віку / В.В. Корнієнко // Materialy VIII międzynarodowej naukowe-partycyznej konferencji «Wykształcenie i nauka bez granic», 05-12 grudnia, 2011. – Przemyśl : Nauka i studia, 2011. – S. 44 – 47.
148. Корнієнко В.В. Про вплив емоційності на психічне здоров'я підлітків в процесі навчання / В.В. Корнієнко // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. «Створення психологічних умов для збереження здоров'я молоді в процесі навчання», 25 жовт. 2011 р., м. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ, 2011. – С. 52 – 54.

149. Корнієнко В.В. Особливості дослідження впливу емоційної сфери на формування ВСД у підлітків / В.В. Корнієнко, Т.Д. Алейникова, Н.В. Зозуля, Г.О. Гречка // Material Y Mielzynarodowej Naukowi-praktycznej konferencji «Aktualne problemyno woczesnych nauk – 2013», 07-15 czerwca 2013 r., Przemyśl. – Vol. 23. – Przemyśl : Nauka i studia, 2013. – P. 32 – 34.
150. Корнієнко В.В. Про особливості мислення дітей старшого дошкільного віку з соматичними захворюваннями / В.В. Корнієнко, В.Ю. Мікеєв // Materialy IX Mezinarodni vedecko-prakticka conference «Predni Vedecke Novinky-2013», 27 srpna – 05 zari 2013 r., Praha. – Praha : Publishing House «Education and science», 2013. – Dil. 6. – С. 38 – 41.
151. Корнієнко В.В. Про роль інклюзивного навчання у формуванні рівня особистісного здоров'я дітей / В.В. Корнієнко, Н.В. Фоменкова // Materialy IX miedzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Naukowa przestrzeń Europy-2013», 07-15 kwietnia 2013 r., Przemyśl. – Przemyśl : Nauka i studia, 2013. – С. 34 – 36.
152. Корнієнко В.В. Філософські аспекти стандартів освіти та дій учасників навчально-виховного процесу при здобутті вищої освіти в Україні / П.П. Бачинський, С.А. Безбородько, В.В. Корнієнко, І.Л. Рожнева, О.П. Татаровський, В.А. Шевченко, Т.М. Шевченко // Матеріали II Всеукр. наук. конф. «Актуальні проблеми соціально-гуманітарних наук», 29-30 лист. 2013 р., м. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ : Роял Принт, 2013. – Ч.ІІ. – С. 57 – 62.
153. Корнієнко В.В. Психологічні складові копінг-стратегій юнаків / В.В. Корнієнко, Н.В. Фоменкова // Матеріали X Міжнар. наук.-практ. конф. «Эффективные инструменты современных наук-2014», 27 квіт.-05 травн. 2014 р., Прага, Чехія. – С. 24 – 27.
154. Корнієнко В.В. Проблема затримки психічного розвитку дітей та шляхи її подолання / В.В. Корнієнко, Ю.В. Ніканорова // Матеріали XI Міжнар. наук.-практ. конф. «Бъдещите ищледвония-2015», 17-25 февруари 2015, София. – Т. 11. – София : «БелГРАД-БГ» ООД, 2015. – С. 24 – 27.
155. Корнієнко В.В. Залежність психологічного благополуччя старших школярів від структури їх Я-концепції / В.В. Корнієнко // Матеріали Все-

укр. наук.-практ. конф. «Провідна роль освітнього досвіду в становленні особистості», 05-25 квітня 2015 р., м. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ : Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара, 2015. – С. 106 – 109.

156. Корнієнко В.В. Аналіз проблеми психологічного благополуччя лікарів, які надають довготривалу допомогу / В.В. Корнієнко, В.А. Кузнецов // Materials of XII International research and practice conference «Scientific horizons-2016», 30 september – 7 october, 2016, Sheffield. – Vol. 7. Psychology and sociology. – Sheffield : Science and Education Ltd, 2016. – P. 9 – 13.

157. Корнієнко В.В. Про особливості соціальної ідентифікації осіб з органічним ураженням головного мозку/ В.В. Корнієнко // Матеріали Міжнар. наук.-практ. заоч. конф. «Аспекти гуманізуючого впливу освіти на особистість», 25 жовт. – 3 лист. 2017 р., м. Дніпро. – Д. : ДНУ, 2017. – Режим доступу : [http://distance.dnu.dp.ua/ukr/index\\_ukr.html](http://distance.dnu.dp.ua/ukr/index_ukr.html)

158. Корнієнко В.В. Особливості психологічного здоров'я викладачів вищих навчальних закладів / В.В. Корнієнко, Ю.В. Ніканорова // Materiały XIII Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Strategiczne pytania światowej nauki – 2017», 07-15 lutego 2017, Przemyśl. – Т. 7. Psychologia i socjologia. – Przemyśl : Nauka i studia, 2017. – S. 42 – 45.

159. Корнієнко В.В. Про необхідність визначення механізму психологічної складової адаптаційного потенціалу особистості з депресивними розладами / В.В. Корнієнко // Materials of XIII International research and practice conference «Areas of Scientific Thought – 2017», 30 desember 2017 – 7 january 2018, Sheffield. – Sheffield : Science and Education Ltd, 2018. – Vol. 9. – Psychology and sociology. – P. 87 – 90.

160. Корнієнко В.В. Про необхідність психопрофілактичних реабілітаційних заходів щодо осіб з психічними розладами / В.В. Корнієнко, Ю.В. Ніканорова // Materiály XIV Mezinárodní vědecko-praktická konference «Věda a vznik – 2018», 22-30 prosincú, 2018, Praha. – Praha : Publishing House «Education and Science» s.r.o., 2018. – Vol. 9. – Psychologie a sociologie. – P. 72 – 75.

161. Корнієнко В.В. Про характерологічні особливості осіб з тривожними розладами / В.В. Корнієнко, Ю.В. Ніканорова // Матеріали Міжнар. наук.-практ. заоч. конф. «Особистісні ресурси досягнення життєвого успіху: психолого-педагогічний аспект», 21-22 лист. 2019 р., м. Дніпро. – Д. : ДНУ, 2019. – С. 152 – 155.
162. Корнієнко В.В. Психологічні особливості особистості хворих на туберкульоз легенів в залежності від стадії захворювання / В.В. Корнієнко, Н.В. Фоменкова, Т.Д. Олейнікова // Nauka i studia. – Przemysl, 2019. – №3 (192). – С. 74 – 80.
163. Корнієнко В.В. Про використання рівня когнітивних функцій при депресивних розладах різного генезу в адаптаційних заходах / В.В. Корнієнко // Materiály XV Mezinárodní vědecko-praktická konference «Efektivní nástroje moderních věd-2019», 22-30 dubna 2019 r., Praha. – Psychologie a sociologie. – Vol.10. – Praha : Publishing House «Education and Science», 2019. – S. 73 – 77.
164. Корнієнко В.В. Психологічний супровід підготовки дітей до шкільного навчання / В.В. Корнієнко, В.А. Кузнецов // Materialy VIII miedzynarodowej naukowe-partycyznej konferencji «Nauka – 2019», 28 february-7 march, 2019, Sheffield. – Vol. 13. – Pedagogical sciences. – Sheffield : Science and education LTD, 2019. – P. 83 – 88.
165. Корнієнко В.В. Адаптаційні можливості та копінг-стратегії осіб з депресивними розладами органічного генезу на ініціальному та хронічному етапі хвороби / В.В. Корнієнко, Н.В. Зозуля, З.В. Прілоус // Матеріали за XVI Международна научна практична конференция «Бъдещите изследвания-2020», 15-22 февруари 2020, София. – Психология и социология. – Vol. 8. – София : «Бял ГРАД-БГ» ОДД, 2020. – P. 36 – 37.
166. Корнієнко В.В. Індивідуально-психологічні особливості навіюваності в умовах інформаційної пропаганди / В.В. Корнієнко, К.В. Колодка // Молодий вчений : наук. журн. – 2020. – №2(78). – С. 80 – 84.
167. Корнієнко В.В. Особливості взаємозв'язку перфекціонізму та копінг-стратегій у студентів / В.В. Корнієнко, А.К. Іванова // Молодий вчений : наук. журн. – 2020. – №1(77). – С. 34 – 37.

168. Корнієнко В.В. Залежна поведінка як один з проявів психічної дезадаптації у юнацькому віці / В.В. Корнієнко, М.Ю. Косенко // Молодий вчений : наук. журн. – 2021. – №2(90). – С. 52 – 57.
169. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
170. Личностный потенциал: структура и диагностика / Под. ред. А. Лиманкина, Д. Лифинцева, Г. Ложкина. – М. : Смысл, 2011. – 680 с.
171. Ломов Б.Ф. Психологические проблемы деятельности в особых условиях / Б.Ф. Ломов, Ю.М.Забродин. – М. : Наука, 1985. – 231 с.
172. Лосієвська О.Г. Соціально-психологічні аспекти дослідження процесу розвитку комунікативних компетенцій професіоналізму майбутнього фахівця гуманітарного профілю / О.Г. Лосієвська // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 1. – С. 172 – 183.
173. Лоуэн А. Депрессия и тело / А. Лоуэн. – М. : Психотерапия, 2010. – 312 с.
174. Максименко С.Д. Структура та особистісні детермінанти професійної самореалізації суб'єкта / С.Д. Максименко, В.І. Осьодло // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського Національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України. – Вип. 8. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2010. – С. 3 – 19.
175. Максименко С.Д. Методологічні і теоретичні питання психології / С.Д. Максименко // Актуальні проблеми психології : Наукові записки інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України. – К., 1999. – Вип. 19. – С. 5 – 13.
176. Максименко К.С. Семейная терапия. Справочник практического психолога / К.С. Максименко. – К. : Эксмо, 2015. – 150 с.
177. Максимова Н.Ю. Психологія соціальної роботи із проблемними сім'ями / Н.Ю. Максимова. – К., 2017. – 324 с.

178. Малышев И.В. Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации / И.В. Малышев // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 12. – С. 23.
179. Марунич В.В. Совершенствование деятельности учреждений медико-социальной экспертизы по реализации социальной политики Украины по вопросам реабилитации инвалидов / В.В. Марунич, А.В. Ипатов, Е.В. Сергиени и др. // Здоровоохранение Украины. – 2008. – № 2. – С. 34 – 37.
180. Марута Н.О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) / Н.О. Марута, Д.О. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24. – Вип. 1 (86). – С. 5 – 11.
181. Марута Н.О. Трансформація особливостей особистості та копинг-стратегій залежно від тривалості рекурентного депресивного розладу / Н.О. Марута, В.Ю. Федченко, Г.Ю. Каленська, Т.В. Панько // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2018. – Т. 3. – № 1. – С. 8.
182. Марута Н.О. Генетичні передумови депресивних розладів / Н.О. Марута, В.Ю. Федченко, К.І. Лінська // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25. – Вип. 3 (92). – С. 39 – 44.
183. Медведовская Н.В. Современное состояние здоровья населения трудоспособного возраста в Украине / Н.В. Медведовская // Украина. Здоровье нации. – 2010. – № 2. – С. 24 – 33.
184. Мілютіна К.Л. Траєкторії життєвого шляху особистості у динамічному середовищі : монографія / К.Л. Мілютіна. – Ніжин : ТОВ Аспектполіграф, 2012. – 298 с.
185. Михайлишин У.Б. Вплив ціннісних орієнтацій на формування особистості та розвиток її реабілітаційного потенціалу / У.Б. Михайлишин, Н.Є. Завацька, М.В. Тоба, О.О. Смирнова // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 2. – С. 112 – 121.

186. Михайлишин У.Б. Індивідуально-типологічні особливості особистості в аспекті прояву потенціалу реабілітації / У.Б. Михайлишин, Н.Є. Завацька, Л.Б. Царенок, О.А. Савчук // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 3. – С. 128 – 138.
187. Михайлишин У.Б. Становлення та розвиток цінностей особистості в контексті впливу ситуації глобалізації / У.Б. Михайлишин // Матеріали наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті професора С.П. Бочарової «Бочаровські читання», 18 берез. 2016 р., м. Харків. – Х. : ХНУВС, 2016. – С. 315 – 317.
188. Моляко В.О. Розвиток ціннісно-сислової сфери особистості / В.О. Моляко, О.В. Лемещенко. – К. : ЕКСМО, 2005. – 350 с.
189. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А.А. Налчаджян. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Эксмо, 2010. – 338 с.
190. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования / А.Д. Наследов // Анализ и интерпретация данных. – СПб. : Речь, 2012. – 392 с.
191. Найдьонов М.І. Формування системи рефлексивного управління в організаціях / М.І. Найдьонов. – К. : Міленіум, 2008. – 484 с.
192. Найдьонова Л.А. Медіапсихологія як нова галузь соціально-психологічного знання: проблеми і перспективи / Л.А.Найдьонова // Наук. студії із соц. та політ. Психології : зб. ст. / АПН України, Ін-т соц. та політ. психології. – К. : Міленіум, 2009. – Вип. 23 (26). – С. 218 – 230.
193. Напрямки реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні / Моїсеєнко Р.О., Терещенко О.В., Глузман С.Ф. та ін. // Український вісник психоневрології. – К., 2012. – Т.20. – Вип. 1 (70) Дод. – С. 9.
194. Новицька Л.В. Аналіз динаміки стратегій адаптації особистості в контексті розвитку афективних розладів / Л.В. Новицька // Матеріали IV між-нар. наук.-практ. конф. «Virtual Man: New Horizons», 20-21 берез. 2017 р., – Montreal : СРМ «ASF», 2017. – Ч. 1. – С. 172 – 174.



195. Новицька Л.В. Вплив гендерних стереотипів на розвиток та самореалізацію особистості / Л.В. Новицька // Матеріали XIII наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства», 24-25 берез 2017 р., м. Сєверодонецьк. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ імені В. Даля, 2017. – С. 161 – 164.
196. Новицька Л.В. Проблематика самореалізації та самопрезентації особистості у вітчизняних наукових дослідженнях / Л.В. Новицька // Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : [монографія] / В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, А.О. Кононенко, Л.В. Новицька. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – С. 33 – 47.
197. Новицька Л.В. Психопрофілактика афективних розладів особистості в період криз / Л.В. Новицька // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Inovačné výskum v oblasti sociológie, psychológie a politológie», 10-11 marca 2017 r., Sládkovičovo. – Vydal : Vysoká škola Danubius, 2017. – S. 115 – 118.
198. Новицька Л.В. Сучасні підходи до попередження і корекції стресових розладів особистості / Л.В. Новицька // Медико-психологічні основи здоров'язбереження та фізичної реабілітації особистості в умовах сучасних трансформаційних змін : [монографія] / За наук. ред. проф. В.А. Шаповалової. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – С. 27 – 48.
199. Олефір В.О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг – стратегій та психологічного благополуччя / В.О. Олефір // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. – Серія : Психологія. – 2011. – № 981, Вип. 47. – С. 168 – 172.
200. Основи соціальної психології / О.А. Донченко, М.М. Слюсаревський, В.О. Гатенко, Т.М. Титаренко, Н.В. Хазратова та ін. ; [за ред. М.М. Слюсаревського]. – К. : Міленіум, 2008. – 496 с.
201. Орап М.О. Наративні технології у подоланні критичних ситуацій життя / М.О. Орап // Матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р.,

м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 279 – 282.

202. Овсяник О.А. Социально-психологические особенности адаптации личности / О.А. Овсяник // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 1. – С. 686 – 696.

203. Олешкевич В.И. Методологический анализ процессов психологической реабилитации в наркологической клинике / В.И. Олешкевич // Психолог. – 2013. – № 1. – С. 1 – 37.

204. Олійник О.П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних осіб / О.П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23. – №1 (88). – С. 56 – 60.

205. Онуфрієва Л.А. Дослідження психологічних детермінант розвитку професійної самосвідомості та особистісної зрілості / Л.А. Онуфрієва // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О. Сухомлинського : зб. наук. праць. – Серія «Психологічні науки». – Т.2. – Вип. 10(91). – Миколаїв : МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2013. – С. 227 – 233.

206. Онуфрієва Л.А. Теоретико-методологічний аналіз мотиваційно-сислової регуляції особистісної реалізації / Л.А. Онуфрієва // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О. Сухомлинського : зб. наук. праць. – Серія «Психологічні науки». – Вип. 2.12(103). – Миколаїв : МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2014. – С. 140 – 145.

207. Онуфрієва Л.А. Самооцінка як складова Я-концепції особистості / Л.А. Онуфрієва // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2013. – Вип. 22. – С. 396 – 412.

208. Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика / Е.Н. Осин // Психологическая диагностика. – 2007. – № 3. – С. 22 – 40.

209. Осипенко В.А. Поняття адаптації в соціальній психології / В.А. Осипенко // Зб. наук. праць Прикарпатського національного універси-

тету імені Василя Стефаника. – Серія: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ : Вид-во Плай, 2002. – Вип. 7. – Ч.1. – С. 154 – 160.

210. Осипенко В.А. Соціально-психологічна адаптація як чинник психічного здоров'я сільської молоді / В.А. Осипенко // Формування мотивації та установок на збереження психічного та психологічного здоров'я сільської молоді : [колективна монографія]; за заг. ред. доц. Н. І. Зорій. – Чернівці : Технодрук, 2015. – С. 46 – 61.

211. Осипенко В.А. Ставлення до психологічного здоров'я як чинника успішної адаптації студентської молоді / В.А. Осипенко, О.М. Пендерецька // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова : зб. наук. праць. – Серія 12: Психологічні науки. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – №26 (50). – Ч. 1. – С. 322 – 326.

212. Осипович Т.А. Исследование личностных копинг-ресурсов, влияющих на выбор стратегии совладающего поведения в ситуации потери работы / Т.А. Осипович // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2012. – Т.5. – № 2. – С. 28 – 36.

213. Панько Т.В. Патопсихологічні особливості тривожних розладів ендogenous походження / Т.В. Панько, Г.Ю. Каленська, В.Ю. Федченко, М.М. Денисенко // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, Вип. 1(82). – С. 90 – 95.

214. Пілецька Л.С. Асертивна поведінка як чинник реабілітаційного потенціалу особистості / Л.С. Пілецька // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 2. – С. 184 – 194.

215. Пілецька Л.С. Емоційне вигорання в сім'ї як чинник неконструктивних життєвих стратегій подружжя / Л.С.Пілецька // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – № 2. – С. 224 – 231.

216. Пілецька Л.С. Психологічна структура реабілітаційного потенціалу особистості / Л.С. Пілецька // Теоретичні і прикладні проблеми психології

та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. – № 3 (56). – Т. 3. – С. 192 – 201.

217. Панов М.С. Соціально-психологічні особливості адаптації, дезадаптації та реадaptaції як основа розвитку особистості / М.С. Панов // Психологічні основи розвитку особистості : монографія / М.С. Панов, В.Й. Бочелюк, О.Є. Блинова, М.А. Дергач та ін. – Запоріжжя : Просвіта, 2018. – Т. 3. – С. 254 – 278.

218. Панов М.С. Адаптація особистості з обмеженими можливостями здоров'я в системі психологічної реабілітації / М.С. Панов // Психолого-педагогічні умови розвитку особистості в освітньо-реабілітаційному просторі : монографія / М.С. Панов, В.Й. Бочелюк, І.Ю. Антоненко, А.В. Турубарова. – Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2019. – С. 101 – 180.

219. Попович І.С. Вплив соціально-психологічних очікувань на професійне зростання та професійне здоров'я фахівців / І.С. Попович // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного ун-ту імені В. Даля. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ імені В. Даля, 2018. – № 2 (46). – С. 129 – 139.

220. Попович І.С. Психологічні виміри соціальних очікувань особистості : монографія / І.С. Попович. – Херсон : ПАТ «ХМД», 2017. – 504 с.

221. Попович І.С. Роль соціальних очікувань в саморегуляції поведінки особистості / І.С. Попович // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – Вип. 28. – С. 481 – 490.

222. Попович І.С. Соціальні очікування особистості як процес психічної регуляції поведінки / І.С. Попович // Психологічні перспективи : зб. наук. праць Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, Ін-ту соціальної і політичної психології НАПН України / за наук. ред.

М.М. Слюсаревського, Л.В. Засекіної. – Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2016. – Вип. 27. – С. 184 – 194.

223. Попович І. С. Соціальні очікування особистості як регулятор соціально-психологічної реальності / І. С. Попович // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психол. імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. – Т. 1: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія : Вип. 44 / Інститут психол. імені Г. С. Костюка НАПН України – К. : Фенікс, 2016. – С. 138 – 143.

224. Психологические ресурсы жизненного пути. Структура, содержание, методика исследования / М.В. Клементьева // LAP Lambert Academic Publishing, 2012. – 156 с.

225. Побокіна Г.М. Реабілітація осіб, які постраждали в наслідок військового конфлікту / Г.М. Побокіна, Т.Є. Лігус // Матеріали XV наук.-практ. конф. з проблем вищої освіти з міжнар. участю «Соціально-психологічні проблеми трансформації сучасного суспільства», 16-17 лист. 2018 р., м. Сєверодонецьк. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – С. 159 – 162.

226. Побокіна Г.М. Актуалізація адаптивного потенціалу молоді в умовах інтенсивних соціальних змін / Г.М. Побокіна, Т.М. Бучко // Матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний вимір», 5-6 груд. 2019 р., м. Сєверодонецьк. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. – С. 166 – 168.

227. Піковець Н.В. Результати дослідження емоційно-регулятивного компоненту психічного здоров'я особистості / Н.В. Піковець // Balkan Scientific Review. – Т. 4. – № 2(8). – 2020. – Р. 40 – 45.

228. Піковець Н.В. Категорія ресурсності як критерію психічного здоров'я особистості / Н.В. Піковець // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи», 22-23 лист. 2018 р., м. Вінниця. – Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2018. – С. 149 – 152.

229. Піковець Н.В. Проблема взаємозв'язку психічного здоров'я особистості та професійної діяльності / Н. В. Піковець // Матеріали методологічного семінару, присвяченого 47-річчю лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України «Раціогуманістичні студії», 18-19 трав. 2020 р., м. Київ. – К. : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. – С. 83 – 86.
230. Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М. Титаренко. – К. : Агрпро видав України, 1998. – 348 с.
231. Піддубняк С.В. Методологічні засади формувального впливу при роботі з аутоагресивною молоддю / С.В. Піддубняк // Матеріали XIII міжнар. наук.-практ. конф. «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти», 29-30 груд. 2016 р., м. Сєвєродонецьк. – Монреаль, Канада : СРМ «ASF», 2016. – С. 74 – 76.
232. Піддубняк С.В. Соціально-психологічні засоби корекції аутоагресивної поведінки молоді / С.В. Піддубняк // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Вип. 4. – Херсон : Гельветика, 2018. – С. 210 – 215. (Серія «Психологічні науки»).
233. Рассказова Е.И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала / Е.И. Рассказова, Д.А. Леонтьев // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2011. – С. 178 – 209.
234. Реан А.А. Психология адаптации личности / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб. : Прай-Еврознак, 2008. – 479 с.
235. Ревенко С.П. Психологічне благополуччя як показник розвитку та становлення особистості / С.П. Ревенко / Соціокультурні та психологічні вектори становлення особистості : колективна монографія / О.Є. Блинова, С.І. Бабатіна, Т.М. Дудка, А.М. Одінцова та ін. / відпов. ред. О.Є. Блинова. – Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2018. – С. 135 – 158.
236. Ревенко С.П. Особливості набуття зрілої ідентичності особистості як необхідної умови психологічного здоров'я / С.П. Ревенко // Вісник Одесь-

кого національного університету. – Серія : Психологія. – Т. 17. – Вип. 8(20). – Одеса : Астропринт, 2012. – С. 160 – 167.

237. Розов В.И. Психология экстремальных ситуаций. Адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение / В.И. Розов. – К. : КНТ, 2012. – 480 с.

238 Роменець В.А. Основи психології / За заг. ред. В.А. Роменця. – К. : Либідь, 2006. – 632 с.

239. Рубинштейн С.Л. Принципы и пути развития психологии / С.Л. Рубинштейн. – М. : Наука, 1959. – 240 с.

240. Ряполова Т.Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (био-психосоциальная модель): автореф. дисс. ...д-ра мед. наук : 14.01.16 / Татьяна Леонидовна Ряполова. – Х., 2010. – 35 с.

241. Сафін О. Сучасні принципи медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади / О. Сафін // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15. – Вип. 1 (50). – С. 235.

242. Селигман М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия / М. Селигман. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 440 с.

243. Самкова О.М. Соціальні стереотипи і стереотипізація: аналіз сучасних теоретичних підходів / О.М. Самкова // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Серія : Психологічні науки. – Вип. 1. – Херсон : Гельветика, 2013.– С. 67 – 71.

244. Самкова О.М. Рефлексія та психологічне подолання кризових ситуацій / О.М. Самкова // Матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми практичної психології», 10-11 квіт. 2014 р., м. Херсон / редкол. : І.В. Шапошникова, Н.І. Тавровецька та ін. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2014. – С. 222 – 230.

245. Самкова О.М. Психологічні умови для розвитку особистісної рефлексії при подоланні кризових ситуацій / О.М. Самкова // Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм», 25-26 квіт. 2014 р., м. Северодонецьк / За заг. ред. проф. Н.Є. Завацької. – Северодонецьк : Вид-во Схід-

ноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, 2014. – С. 185 – 187.

246. Сербін Ю.В. Особистісні чинники та адаптивність в проектуванні та прогнозуванні особистісного розвитку / Ю.В. Сербін // Психологічні засади проектування та прогнозування розвитку особистості : [монографія] ; за заг. ред. проф. Н. Є. Завацької. – Северодонецьк : Ноулідж, 2014. – С. 125 – 143.

247. Сербін Ю.В. Адаптаційні можливості молодого людини / Ю.В. Сербін // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. – Серія : Психологічні науки. – Чернігів : Вид-во ЧНПУ, 2011. – Т. 1. – Вип. 94. – С. 88 – 95.

248. Сербін Ю.В. Студентське середовище та його вплив на адаптаційні ресурси особистості / Ю.В. Сербін // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огнієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 17. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2012. – С. 96 – 103.

249. Сербін Ю.В. Психологічна парадигма взаємодії особистості і соціуму / Ю.В. Сербін // Матеріали III міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм», 23-24 січн. 2015 р., м. Северодонецьк : зб. наук. праць / За заг. ред. проф. Н.Є. Завацької. – Северодонецьк : Вид-во Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, 2015. – С. 138 – 140.

250. Семке В.Я. Клинические и реабилитационные аспекты экологической психиатрии / В.Я. Семке, В.А. Рудницкий // Экология человека. – 2010. – № 6. – С. 46 – 51.

251. Соколова Е.Т. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида / Е.Т. Соколова, П.В. Цыганкова // Вопросы психологии. – 2011. – № 2. – С. 90 – 100.

252. Сокольская М.В. Личностное здоровье человека: теоретический анализ / М.В. Сокольская // Психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 69 – 73.



253. Склярчук А.В. Сучасний стан наукової концептуалізації категорії «проблемна сім'я» / А.В. Склярчук // Психологія особистості : наук. журн. – Івано-Франківськ : Вид-во Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2013. – №1(4). – С. 270 – 280.
254. Склярчук А.В. Зовнішні та внутрішні фактори (ресурси) сім'ї, як складові її соціально-психологічного потенціалу / А.В. Склярчук // Проблеми сучасної педагогічної освіти. – Серія : Педагогіка і психологія. – 2013. – Вип. 39, Ч. IV. – С. 226 – 233.
255. Склярчук А.В. Виховний потенціал сучасної родини / А.В. Склярчук // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі», м. Київ, 4-5 верес. 2015 р. – К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2015. – С. 95 – 98.
256. Склярчук А.В. Соціально-психологічний супровід проблемної сім'ї / А.В. Склярчук // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Наукова дискусія: питання педагогіки та психології», м. Київ, 30 лист.-1 груд. 2018 р. – Ч. 2. – К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2018. – С. 71 – 73.
257. Склярчук А.В. Сімейна соціалізація під впливом соціально-економічних чинників проблемності / А.В. Склярчук // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. «Психологія в контексті сучасних досліджень проблем розвитку особистості», м. Запоріжжя 7-8 груд. 2018 р. – 2018. – С. 67 – 72.
258. Спицька Л.В. Аналіз наукових підходів до визначення соціально-психологічних особливостей стресових розладів особистості зрілого віку / Л.В. Спицька // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Вип. 4. – Т. 1. – Херсон : Гельветика, 2017. – С. 183 – 187. (Серія «Психологічні науки»).
259. Спицька Л.В. Аналітично-орієнтована корекція афективних розладів особистості зрілого віку / Л.В. Спицька // Матеріали XIII Міжнар. наук.-практ. конф. «Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність», 14 верес. 2018 р., м. Мелітополь. – Мелітополь : ТОВ «Колор Принт», 2018. – С. 82 – 84.

260. Спицька Л.В. Афективні розлади особистості зрілого віку в кризові періоди життя: соціально-психологічні аспекти [монографія] / Л.В. Спицька. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – 327 с.
261. Спицька Л.В. Етичні правила психологічного консультування / Л.В. Спицька // Етика психологічної роботи : навч. посіб. / В.Й. Бочелюк, О.А. Черепехіна, Л.В. Спицька. – Запоріжжя : Просвіта, 2016. – С. 228 – 242.
262. Спицька Л.В. Методологія наукового дослідження в психології / Л.В. Спицька // Методика та організація наукових досліджень з психології : навч. посіб. / В.Й. Бочелюк, Л.В. Спицька. – Запоріжжя : Просвіта, 2017. – С. 75 – 146.
263. Спицька Л.В. Основні школи сімейної терапії / Л.В. Спицька // Психологія любові та сексуальності : навч. посіб. / В.Й. Бочелюк, Л.В. Спицька. – Запоріжжя : Просвіта, 2016. – С. 294 – 322.
264. Спицька Л.В. Особливості освітньої взаємодії в аспекті генези психічних властивостей особистості / Л.В. Спицька // Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. «Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті», 20 жовт. 2017 р., м. Чернівці. – Чернівці : ІППОЧО, 2017. – С. 45 – 47.
265. Сороко С.И. Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях / С.И. Сороко, А.А. Алдашева // Физиология человека. – 2012. – Т. 38. – № 6. – С. 78 – 86.
266. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // Інформаційно-аналітичний огляд. – К., 2013. – 202 с.
267. Татенко В.О. Соціально-психологічні механізми впливу людини на людину / В.О. Татенко // Соціальна психологія. – 2003. – № 1. – С. 60 – 72.
268. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу : [монографія] / Л.Г. Терлецька. – К. : ВПЦ «Київський університет», 2003. – 150 с.
269. Тимофієва М.П. Духовність як чинник формування психічного здоров'я особистості / М.П. Тимофієва // Науковий вісник Чернівецького уні-

верситету : зб. наук. праць. – Вип. 414–415. – Філософія. – Чернівці : Рута, 2008. – С. 23 – 27.

270. Титаренко Т. Особистість у кризових життєвих ситуаціях / Т. Титаренко, М. Тоба // Актуальні проблеми психології : Наукові записки інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України. – К., 1999. – Вип. 19. – С. 240 – 247.

271. Тоба М.В. Оцінка ефективності соціальної адаптації особистості в умовах сімейної депривації / М.В. Тоба, В.Ю. Завацький, І.Є. Жигаренко, В.О. Мартинюк // Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – Т. 2. – С. 265 – 273.

272. Толочек В.В. Современные подходы к категории "адаптационный потенциал" / В.В. Толочек // Известия ТулГУ. – Серия : Гуманитарные науки. – 2011. – № 1. – С. 493 – 496.

273. Ткач Т.В. Окремі аспекти психічного здоров'я особистості / Т.В. Ткач // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник тез Всеукраїнської наук.-практ. конф., 21 жовт. 2016 р., м. Львів / упор. Н.М. Бамбурак. – Львів : ЛьвДУВС, 2016. – С. 271 – 276.

274. Турбан В. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности / В. Турбан // Вопросы психологии. – 2013. – № 155. – С. 71 – 83.

275. Турбан В.В. Становлення етичної свідомості в онтогенезі: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Вікторія Вікторівна Турбан. – К., 2013. – 38 с.

276. Фінів О.Я. Феномен особистісної безпеки та його кореляція із психозахистом / О.Я. Фінів // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 414 – 422.

277. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия / В. Франкл. – СПб. : Речь, 2000. – 286 с.

278. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень / Д.М. Харченко. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. – 280 с.
279. Хлівна О. Індивідуально-психологічні характеристики психічного здоров'я студентської молоді / О. Хлівна // Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації. – 2011. – №3. – С. 257 – 262.
280. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральна психотерапія // Основные направления современной психотерапии / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян / Под ред. А.М. Боковикова. – М. : Когито-Центр, 2000. – С. 224 – 267.
281. Холмогорова А.Б. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, П. Шайб, М. Виршинг // Медицинская психология : электрон. науч. журн. – 2011. – № 1. – URL : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
282. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К. Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18. – Вип. 3 (64). – С. 10 – 14.
283. Циба В.Т. Контури системної соціальної психології / В.Т. Циба // Соціальна психологія. – 2003. – № 1. – С. 27 – 39.
284. Чабан О.С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009. – № 3 (23). – С. 13 – 22.
285. Чернобровкіна В.А. Автономність особистості у контексті проблеми співвідношення внутрішніх і зовнішніх умов психічного розвитку / В.А. Чернобровкіна // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України ; за ред. С.Д. Максименка. – К., 2003. – Т. 5, Ч. 5. – С. 314 – 318.
286. Чепелева Н.В. Характеристика процесів розуміння та інтерпретації у контексті психотерапії / Н.В. Чепелева // Наук. записки Ін-ту психол. ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. акад. С.Д. Максименка. – К., 2001. – Вип. 21. – С. 25 – 31.

287. Чепелева Н.В. Теоретико-методологические основы разработки нормативной модели самопроектирования личности / Н.В.Чепелева // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К., 2018. – Т. 2. – Вип.10 – С. 4 – 19.
288. Чернобровкіна В.А. Психологія особистісної свободи у дорослому віці: дис. ...д. психол. наук : 19.00.07 / Віра Андріївна Чернобровкіна. – К., 2012. – 425 с.
289. утигіна А.В. Особливості фрустрації особистості в ранній зрілості / А.В. Чутигіна // Проблеми заг. та пед. психол. : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2006. – Т. 8. – Ч. 8. – С. 366 – 369.
290. Швалб Ю.М. Целеполагающее сознание. Психологические модели и исследования / Ю.М. Швалб. – К : Милленум, 2003. – 152 с.
291. Швалб Ю.М. Информативность некоторых эколого-психологических критериев состояния организма / Ю.М. Швалб // Вопросы профессиональной психологии. – К. : Экспо, 2014. – С. 27 – 28.
292. Шевяков О.В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем / О.В. Шевяков. – Дн. : Січ, 2010. – 450 с.
293. Штепа О.С. Трансформація особистості у тренінгах особистісного зростання та способи її вимірювання / О.С. Штепа // Практична психологія та соціальна робота. – № 1. – 2005. – С. 53 – 57.
294. Шумна Л. Соціальна підтримка як організаційно-правова форма соціального забезпечення [Електронний ресурс] / Л. Шумна. – 2014. – Режим доступу:  
<http://library.univer.kharkov.ua/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice:823008/Source:default>
295. Щербина Л.Ф. Методологія психологічної допомоги / Л.Ф. Щербина // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2007. – Т. IX. – Ч. 7. – С. 317 – 329.
296. Щедровицький Г.П. Теорія і практика групової роботи / Г.П. Щедровицький, Л.П. Щедровицький. – Х. : Вища школа, 1984. – 679 с.

297. Ямницький В.М. Розвиток життєтворчої активності особистості: теорія та експеримент : монографія / В.М. Ямницький ; АПН України, ПНЦ АПН України, Рівнен. держ. гуманіт. ун-т. – Одеса : ПНЦ АПН України. – СВД Черкасов, 2004. – 253 с.
298. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції / Т.С. Яценко. – К. : Вища школа, 2006. – 382 с.
299. Adler A. Understanding the influence of resilience on psychological outcomes - Comparing results from acute care nurses in Canada and Singapore / A. Adler, D. Hemsworth, T. Uthaman et al. // *Appl Nurs Res.* – 2018. – Vol. 43. – P. 105 –113.
300. Appleton A.A. A prospective study of positive early-life psychosocial factors and favorable cardiovascular risk in adulthood / A.A. Appleton, S.L. Buka, E.B. Loucks et al. // *Circulation.* – 2013. – Vol. 127. – № 8. – P. 905 – 912.
301. Arshava I. Influence of personal and pathopsychological characteristics on adaptation possibilities of patients with depression in the process of medical-psychological rehabilitation / I. Arshava, V. Kornienko, A. Baratynska // *Psychological perspectives on health and disease : [Collective monograph] / Malgorzata Tatala. – Rīga : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2019. – P. 1 – 18. – 272 p.*
302. Arshava I.F. Age aspect of psychological rehabilitation potential of patients with depressive disorders and its influence on the process of rehabilitation / I.F. Arshava, V.V. Kornienko // *Science and education a new dimension. – Series : Pedagogy and Psychology. – Vol. VII (77), Issue: 188. – Budapest : Society for Cultural and Scientific Progress in Central and Eastern Europe, 2019. – P. 77 – 79.*
303. Attoe C. Psychosocial adjustment following burns: An integrative literature review / C. Attoe, E. Pounds-Cornish // *Burns.* – 2015. – Vol. 41(7). – P. 1375 – 1384.
304. Arshava I. The development of positive self-image in adolescents with myopathy / I. Arshava, E. Nosenko, V. Kornienko // *25 European Health Psycholo-*

gy Conference «Enqaqinq with Other Professionals: Challenqes and Perspectives», 20-24 September, 2011, Hersonissos, Crete, Greece. – S. 77 – 79.

305. Arshava I.F. Domain – Specific Self – concept Enhancing Interventions as a Means of Preventinq A Victimisation Stiqmain Physically – Disabled Adolescents / I.F. Arshava, E.L. Nosenko, V.V. Kornienko, I.O. Arshava // Abstract of the 12 European Congress of Psychology, July 4-8. – 2011. – Istambul, Turkey. – P. 814.

306. Bath B. Biopsychosocial predictors of short-term success among people with low back pain referred to a physiotherapy spinal triage service / B. Bath, S.L. Grona // J. of Pain Research. – 2015. – № 8. – P. 189 – 202.

307. Bengel J. Education, advanced and further training in the field psychology in rehabilitation / J. Bengel, H. Gall, G. Grande et al. // Rehabilitation (Stuttg). – 2014. – Vol. 53(2). – P. 124 – 130.

308. Bennabi D. Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: A systematic review / D. Bennabi, B. Aouizerate, W. El-Hage et al. // J. Affect. Disord. – 2015. – Vol. 171. – P. 137 – 141.

309. Bertalanphy L. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD) / L. Bertalanphy // Science: Theory, Research and Practice. – 2008. – Vol. 81, Issue 3. – P. 247 – 259.

310. Biesecker B.B. Development and validation of the Psychological Adaptation Scale (PAS): use in six studies of adaptation to a health condition or risk / B.B. Biesecker, L.H. Erby, S. Woolford et al. // Patient Educ Couns. – 2013. – Vol. 93(2). – P. 248 – 254.

311. Bjørkløf G.H. Coping and depression in old age: a literature review / G.H. Bjørkløf, K. Engedal, G. Selbæk et al. // Dement Geriatr Cogn Disord. – 2013. – Vol. 35(3-4). – P. 121 – 154.

312. Bleys D. Gene-environment interactions between stress and 5-HTTLPR in depression: a meta-analytic update / D. Bleys, P. Luyten, B. Soenens, S. Claes // J. Affect Disord. – 2018. – Vol. 226. – P. 339 – 345.

313. Bohlmeijer E. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in

a randomized controlled trial / E. Bohlmeijer, M. Fledderus, M. Pieterse et al. // Behav Res Ther. – 2011. – Vol. 49(1). – P. 62 – 67.

314. Bonanno G.A. The temporal elements of psychological resilience: an integrative framework for the study of individuals, families, and communities / G.A. Bonanno, S.A. Romero, S.I. Klein // Psychological Inquiry. – 2015. 26(2). – P. 139 – 169.

315. Bonanno G.A. Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities / G.A. Bonanno // Social Science & Medicine. – 2012. – Vol. 74. – P. 753 – 756.

316. Bonanno G.A. Clarifying and extending the construct of adult resilience / G.A. Bonanno // American Psychologist. – 2005. – Vol. 60. – № 3. – P. 265 – 267.

317. Boniwell I. A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples / I. Boniwell, E. Osin, A. Linley, G.V. Ivanchenko // The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice. – 2010. – Vol. 5, № 1. – P. 24 – 40.

318. Boudrias J. Modeling the experience of psychological health at work: the role of personal resources, social-organization resources, and job demands / J. Boudrias, P. Desrumaux, P. Gaudreau et al. // International Journal of Stress Management. – 2011. – Vol. 18. – № 4. – P. 372 – 395.

319. Braunstein-Bercovitz H. The role of personal resources in work-family conflict: Implications for young mothers' well-being / H. Braunstein-Bercovitz, S. Frish-Burstein, B.A. Benjamin // Journal of Vocational Behavior. – 2012. – Vol. 80. – P. 317 – 325.

320. Brown B.T. A biopsychosocial approach to primary hypothyroidism: treatment and harms data from a randomized controlled trial / B.T. Brown, P.L. Graham, R. Bonello, H. Pollard // Chiropr. Man. Therap. – 2015. – Vol. 20. – P. 23 – 24.

321. Bryan C. Psychological flexibility as a dimension of resilience for post-traumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel / C. Bryan, B. Ray-Sannerud, E. Heron // J. Contextual Behav Sci. – 2015. – Vol. 4(4). – P. 263 – 268.



322. Burlingame G.M. Psycho-educational group treatment for the severely and persistently mentally ill: how much leader training is necessary? / G.M. Burlingame, D. Earnshaw, N.W. Ridge et al. // *J. Group. Psychother.* – 2007. – Vol. 57. – №2. – P. 187 – 218.
323. Campbell-Sills L. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults / L. Campbell-Sills, S.L. Cohan, M.B. Stein // *Behav Res Ther.* – 2006. – Vol. 44(4). – P. 585 – 599.
324. Caza A. Psychological capital and authentic leadership / A. Caza, R.P. Bagozzi, L. Woolley, L. Levy, B.B. Caza // *Asia-Pacific Journal of Business Administration.* – 2010. – Vol. 2, №.1. – P. 53 – 70.
325. Carver C.S. Optimism / C.S. Carver, M.F. Scheier // *Handbook of Positive Psychology* / C.R. Snyder, S.J. Lopez (ed.). – New-York : Oxford University Press, 2002.
326. Cheshire A. Influences on GP coping and resilience: a qualitative study in primary care / A. Cheshire, D. Ridge, J. Hughes et al. // *Br J. Gen Pract.* – 2017. – Vol. 67(659). – P. 428 – 436.
327. Christian A. Coping style as a mediator of the relationship between depressive symptoms and deliberate self-harm / A. Christian, K. McCabe // *Crisis.* – 2011. – Vol. 32, № 5. – P. 272 – 279.
328. Chung J. Relationships among resilience, self-esteem, and depressive symptoms in Chinese adolescents / J. Chung, K. Lam, K.Y. Ho et al. // *J. Health Psychol.* – 2018. – Vol. 19. – P. 13 – 59.
329. Clarkin F.J. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders / F.J. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard. – A Clinical handbook // Washington, London : American Psychiatric Publishing, 2010. – P. 486.
330. Cole K. Good for the soul: The relationship between work, wellbeing and psychological capital / K. Cole, A. Daly, A. Mak // *The Journal of Socio-Economics.* – 2009. – Vol. 28. – P. 464 – 474.
331. Constand M.K. et al. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare / M.K. Constand, J.C. MacDermid, V. Dal Bello-Haas et al. // *BMC Health Serv Res.* – 2014. – Vol. 14. – P. 271.

332. Coventry P. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease / P. Coventry, K. Lovell, C. Dickens et al. // *BMJ*. – 2015. – Vol. 350. – P. 638.
333. Crum A.J. Rethinking stress: the role of mindsets in determining the stress response / A.J. Crum, P. Salovey, S. Achor // *J. Personality Soc. Psychol.* – 2013. – Vol. 104. – P. 716 – 733.
334. Culbertson S. Feeling good and doing great: The relationship between psychological capital and well-being / S. Culbertson, C.J. Fullagar, M.J. Mills // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2010. – Vol.15. – № 4. – P. 421 – 433.
335. Damian R.I. Integrating post-traumatic growth into a broader model of life experiences and personality changes / R.I. Damian, B.W. Roberts // *European Journal of Personality*. – 2014. – Vol. 28. – P. 334 – 336.
336. De Maat S.M. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis / S.M. De Maat // *Eur. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22, № 1. – P. 1 – 8.
337. Demissie M. Psychological interventions for bipolar disorder in low and middle-income countries: systematic review / M. Demissie, C. Hanlon, R. Birhane et al. // *BJPsych Open*. – 2018. – Vol. 4(5). – P. 375 – 384.
338. Depression as a Major Social Issue. Anika Foundation. Supporting research into adolescent depression. 2012: [http://www.anikafoundation.com/social\\_issue.shtml](http://www.anikafoundation.com/social_issue.shtml)
339. DeTerte I. The development of a three part model of psychological resilience / I. DeTerte, C. Stephens, L. Huddleston // *Stress Health*. – 2014. – Vol. 30(5). – P. 416 – 424.
340. Diehl M. Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: The role of age, self-concept incoherence, and personal control / M. Diehl, E.L. Hay // *Developmental Psychology*. – 2010. – Vol. 46. – P. 1132 – 1146.
341. Diener E. Subjective well-being: a general overview / E. Diener, K. Ryan // *South African Journal of Psychology*. – 2009. – Vol. 39. – P. 391 – 406.

342. Diener E. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings / E. Diener, D. Wirtz, W. Tov et al. // *Social Indicators Research*. – 2010. – Vol. 1. – P. 143 – 156.
343. Dinenberg R.E. Social support may protect against development of post-traumatic stress disorder: Findings from the heart and soul study / R.E. Dinenberg, S.E. McCaslin, M.N. Bates, B.E. Cohen // *Am J. Health Promot.* – 2014. – Vol. 28. – P. 294 – 297.
344. Drageset J. The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey / J. Drageset, B. Espehaug, M. Kirkevold // *J. Clin Nurs.* – 2012. – Vol. 21. – P. 965 – 974.
345. Dubois C.M. Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions / C.M. Dubois, S.R. Beach, T.B. Kashdan et al. // *J. Psychosomatics*. – 2012. – Vol. 53, № 4. – P. 303 – 318.
346. Dunkley D.M. Perfectionism dimensions and dependency in relation to personality vulnerability and psychosocial adjustment in patients with coronary artery disease / D.M. Dunkley // *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. – 2012. – Vol. 19, № 2. – P. 211 – 223.
347. Ekman I. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study / I. Ekman, A. Wolf, L.E. Olsson et al. // *Eur Heart J.* – 2012. – Vol. 33(9). – P. 1112 – 1119.
348. Engel J.H. Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults / J.H. Engel, F. Siewerdt, R. Jackson et al. // *J. Am Geriatr Soc.* – 2011. – Vol. 59. – P. 482 – 487.
349. Erikson E. The meaning of the future: Toward a more specific definition of possible selves / E. Erikson // *Review of General Psychology*. – 2007. – Vol. 11(4). – P. 348 – 358.
350. Fava G.A. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression / G.A. Fava // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161, № 10. – P. 1872 – 1876.

351. Femke L. Identifying depressive subtypes in a large cohort study: results from the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA) / L. Femke // *J. Clin Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71 (12). – P. 1582 – 1589.
352. Flaxman P. Worksite stress management training: moderated effects and clinical significance / P. Flaxman, F. Bond // *J. Occup Health Psychol*. – 2010. – Vol. 15(4). – P. 347 – 358.
353. Fledderus M. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial / M. Fledderus, M. Bohlmeijer, M. Pieterse, K. Schreurs // *Psychol Med*. – 2012. – Vol. 42(3). – P. 485 – 495.
354. Fletcher D. Psychological resilience / D. Fletcher, M. Sarkar // *Eur Psychol*. – 2013. – Vol. 18(1). – P. 12 – 23.
355. Fors A. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care - A randomised controlled trial / A. Fors, I. Ekman, C. Taft et al. // *International Journal of Cardiology*. – 2015. – Vol. 187(1). – P. 693 – 699.
356. Fors A. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care / A. Fors, K. Ulin, C. Cliffordson et al. // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2015. – Vol. 14(6). – P. 536 – 543.
357. Fox S. A systematic review of interventions to foster physician resilience / S. Fox, S. Lydon, D. Byrne et al. // *Postgrad Med J*. – 2017. – Vol. 94(1109). – P. 162 – 170.
358. Frövenholt J. How do experiences of psychiatric care affect the perceived credibility of different forms of psychotherapy? / J. Frövenholt, M. Bragesjö, D. Clinton, R. Sandell // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2007. – Vol. 80. – P. 205 – 215.
359. Fuller-Iglesias H. Resilience in old age: Social relations as a protective factor / H. Fuller-Iglesias, B. Sellas, T.C. Antonucci // *Research in Human Development*. – 2008. – Vol. 5(3). – P. 181 – 193.
360. Garrosa E. Role of stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement / E. Garrosa, B. Moreno-jimez, A. Rodriguez-Munoz, R. Rodriguez-Garvajal // *International Journal of Nursing Studies*. – 2011. – Vol. 48. – P. 479 – 489.

361. Gordeeva T.O. Optimistic Attributional Style as a predictor of Well-Being and performance in different academic settings / T.O. Gordeeva, E.N. Osin // *The Human Pursuit of Wellbeing*. – 2011. – P. 159 – 174.
362. Gotlib I.H. Cognition and depression: current status and future directions / I.H. Gotlib, J. Joormann // *Rev. Clin. Psychol.* – 2010. – Vol. 6. – P. 285 – 312.
363. Grande G. Type D personality and heart disease: walking the line between enthusiasm and disbelief / G. Grande // *Ann. Behav. Med.* – 2012. – Vol. 44, № 1. – P. 138.
364. Greenglass E. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly / E. Greenglass, L. Fiksenbaum, J. Eaton // *Anxiety Stress Coping*. – 2006. – Vol. 19. – P. 15 – 31.
365. Groth-Marnat G. *Handbook of psychological assessment* / G. Groth-Marnat. – Hoboken, N.-J. : John Wiley & Sons, 2009. – P. 231.
366. Grumer S. Percieved changes in personal circumstances related to social change / S. Grumer, M. Pinguart // *European Psychologist*. – 2011. – Vol. 16, № 1. – P. 68 – 78.
367. Haapamäki J. The impact of an adaptation course on health-related quality of life and functional capacity of patients with inflammatory bowel disease / J. Haapamäki, E. Heikkinen, T. Sipponen et al. // *Scand J Gastroenterol.* – 2018. – Vol. 2. – P. 1 – 5.
368. Hagger M.S. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis / M.S. Hagger, C. Wood, C. Stiff, N.L.D. Chatzisarantis // *Psychological Bulletin*. – 2010. – Vol. 136, № 4. – P. 495 – 525.
369. Hakanen J.J. The job demands-resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement / J.J. Hakanen, W.B. Schaufeli, K. Aholaa // *Work & Stress*. – 2008. – Vol. 22, № 3. – P. 224 – 241.
370. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // *Br J. Med Psychol.* – 1959. – Vol. 32. – P. 50 – 55.
371. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 1960. – Vol. 23. – P. 56 – 62.

372. Harvey S. Depression and work performance: an ecological study using web-based screening / S. Harvey, N. Glozier, M. Henderson et al. // *Occup Med (Lond)*. – 2011. – Vol. 61(3). – P. 209 – 211.
373. Hasan A.A. Occupational stress, coping strategies and psychological-related outcomes of nurses working in psychiatric hospitals / A.A. Hasan, S. Elsayed, H. Tumah // *Perspect Psychiatr Care*. – 2018.
374. Hastings P.D. Introduction to the Special Section: biopsychosocial processes in the etiology and development of internalizing problems / P.D. Hastings // *J. of Abnormal Child Psych*. – 2015. – Vol. 43(5). – P. 803 – 805.
375. Heckman T.G. Biopsychosocial aspects of HIV and ageing / T.G. Heckman et al. // *Behav Med*. – 2014. – Vol. 40(3). – P. 81 – 84.
376. [Helgeson V.S.](#) Halkitis Personal projects and psychological well-being: emerging adults with and without diabetes / [V.S. Helgeson](#) // [J. Pediatr Psychol](#). –2018.
377. Herrman H. What is resilience? / H. Herrman, D.E. Stewart, N. Diaz-Granados et al. // *J. Psychiatr*. – 2011. – Vol. 56(5). – P. 258 – 265.
378. Hobfoll S. Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience / S. Hobfoll // *The Oxford handbook of stress, health, and coping* / ed. by S. Folkman. – New York : Oxford University Press, 2011. – P. 127 – 147.
379. Hobfoll S.E. Conservation of resource caravans and engaged settings / S.E. Hobfoll // *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. – 2011. – Vol. 84. – P. 116 – 122.
380. Hofmann S. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review / S. Hofmann, A. Sawyer, A. Witt, D. Oh // *J. Consult Clin Psychol*. – 2010. – Vol. 78(2). – P. 169 – 183.
381. Høifødt R.S. Cortisol levels and cognitive profile in major depression: A comparison of currently and previously depressed patients / R.S. Høifødt, K. Waterloo, C.E.A. Wang et al. // *Psychoneuroendocrinology*. – 2018. – Vol. 99. – P. 57 – 65.

382. Hoyle R. Future orientation in the self-system: Possible selves, self-regulation, and behavior / R. Hoyle, M. Sherrill // *Journal of Personality: Journal Compilation*. – 2006. – Vol. 74(6). – P. 1673 – 1696.
383. Huang F.F. A survey on postoperative rehabilitation self-efficacy and its influencing factors of patients with lung cancer / F.F. Huang, J. Zhang, L. Xie, J.P. Zhang // *Chin J. Nurs Educ.* – 2017. – Vol. 14. – P. 619 – 624.
384. Infurna F.J. Resilience to major life stressors is not as common as thought / F.J. Infurna, S.S. Luthar // *Perspectives on Psychological Science*. – 2016. – Vol. 11. – P. 175 – 194.
385. Isaeva E.R. Psychological adaptation resources of the individual in terms of health and disease / E.R. Isaeva // *Медицинская психология*. – 2015. – №1 (30). – С. 8.
386. Jackson D. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review / D. Jackson, A. Firtko, M. Edenborough // *J. Adv Nurs.* – 2007. – Vol. 60(1). – P. 1 – 9.
387. Jaeger J.A. Factors associated with choice of exposure therapy for PTSD / J.A. Jaeger, A. Echiverri, L.A. Zoellner et al. // *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. – 2009. – Vol. 5, № 3. – P. 294 – 310.
388. Jayawickreme E. Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies, and future directions / E. Jayawickreme, L.E.R. Blackie // *European Journal of Personality*. – 2014. – Vol. 28. – P. 312 – 331.
389. Levina J. Anomia as a factor predicting subjective well-being / J. Levina, K. Martinsone // *Медицинская психология*. – 2015. – №. 3 (32). – P. 67 – 91.
390. Jorn A.C. Elements of the Biopsychosocial interview of the chronic pain patient: a new expanded model using rational emotive behavior therapy / A.C. Jorn // *J. of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. – 2015. – Vol. 2. – P. 10.
391. Joyce S. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review / S. Joyce, M. Modini, H. Christensen et al. // *Psychol. Med.* – 2016. – Vol. 46(4). – P. 683 – 697.
392. Kahn J. Veterans and their partners improve mental health outcomes with a self-directed mobile and web-based wellness training program: a randomized

controlled trial / J. Kahn, W. Collinge, R. Soltysik // J. Med. Internet Res. – 2016. – Vol. 18(9). – P. 255.

393. Kamper S.J. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis / S.J. Kamper, A.T. Apeldoorn, A. Chiarotto et al. // BMJ online. – 2015. – Vol. 350. – P. 444.

394. Karademas E.C. The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health / E.C. Karademas, C. Tsalikou, M.C. Tallarou // J. Health. Psychol. – 2011. – Vol. 16, № 3. – P. 510 – 519.

395. Kashdan T.B. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health / T.B. Kashdan // Clinical Psychological Review. – 2010. – Vol. 30, № 7. – P. 865 – 878.

396. Kerling A. Effects of adjunctive exercise on physiological and psychological parameters in depression: a randomized pilot trial / A. Kerling, U. Tegtbur, E. Gützlaff et al. // J. Affect Disord. – 2015. – Vol. 177. – P. 1 – 6.

397. Kessing L.V. Severity of depressive episodes during the course of depressive disorder / L.V. Kessing // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 192. – P. 3.

398. Khaustova O.O. Depression in elderly patients / O.O. Khaustova // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, № 3 (74). – С. 68.

399. Kinderman P. Understanding and addressing psychological and social problems: the mediating psychological processes model / P. Kinderman // International Journal of Social Psychiatry. – 2009. – № 55. – P.123

400. Klein D.M. Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients / D.M. Klein, C.L. Turvey, C.J. Pies // J. Aging Health. – 2007. – Vol. 19. – P. 22 – 38.

401. Kobasa S.C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness / S.C. Kobasa // Journal of Personality and Social Psychology. – 1979. – Vol. 37. – P. 1 – 11.

402. Kocabas N.A. Brain-derived neurotrophic factor gene polymorphisms: influence on treatment response phenotypes of major depressive disorder /



N.A. Kocabas, I. Antonijevic, C. Faghel, C. Forray et al. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2011. – Vol. 26, №1. – P. 1 – 10.

403. Kong F. Neural correlates of psychological resilience and their relation to life satisfaction in a sample of healthy young adults / F. Kong, X. Wang, S. Hu, J. Liu // *Neuroimage.* – 2015. – Vol. 123. – P. 165 – 172.

404. Kornienko V. Value-motivational components of psychological rehabilitation potential of patients with depressive disorders / V. Kornienko // *Norwegian journal of development of the international science. – Psychological Sciences.* – № 27, Vol. 3. – University of Oslo, Norway, 2019. – P. 65 – 70.

405. Kornienko V.V. Peculiarities of coping strategies of patients with depressive disorders / V.V. Kornienko // *Polish journal of science. – Psychological Sciences.* – № 12, Vol. 2. – Warszawa : Kozminski University, 2019. – P. 43 – 49.

406. Kornienko V.V. Dynamics of medical and psychological characteristics of patients with depression of different genesis in the process of complex differentiated rehabilitation program / V.V. Kornienko // *The scientific method. – Humanitarian Sciences.* – №28. – Warszawa : Adam Mickiewicz University, 2019. – P. 3 – 7.

407. Kornienko V.V. Features of cognitive dysfunction in patients with depressive disorders of different genesis / V.V. Kornienko // *Fundamentalis scientiam : Spanish Scientific journal.* – №27. – Vol. 1. – Psychological Science. – Madrid, Spain, 2019. – P. 65 – 69.

408. Kornienko V. Quality of life as the key prerequisite of the individual's psychological health» / E. Nosenko, I. Arshava, V. Kornienko, A. Baratynska, I.O. Arshava // *33<sup>rd</sup> Annual Conference of the European Health Psychology Society, 3-7 September 2019, Dubrovnik, Croatia.* – P. 43 – 46.

409. Kusikova S.I. An exploration of posttraumatic growth, loneliness, depression, resilience, and social capital among survivors of Hurricane Katrina and the Deepwater Horizon Oil Spill / S.I. Kusikova, B.J. Blackmon, J.Y. Lee et al. // *J. Community Psychol.* – 2018.

410. Leka S. Consensus paper. EU compass for action on mental health and well-being : eu health programme / S. Leka, A. Jain. – 2017. – URL

: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/2017\\_workplace\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_workplace_en.pdf).

411. Leondari A. Religiosity and psychological well-being / A. Leondari, V. Gialamas // *Int J. Psychol.* – 2009. – Vol. 44, №4. – P. 241 – 248.

412. Leppin A.L. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol / A.L. Leppin, M.R. Gionfriddo, A. Sood et al. // *Syst Rev.* – 2014. – Vol. 3. – P. 20.

413. Leventhal H. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. *Applied Psychology* / H. Leventhal, P.A. Mora // *An International Review.* – 2008. – Vol. 57, № 1. – P. 51 – 65.

414. Li X.H. Effects of systematic rehabilitation programs on quality of life in patients undergoing lung resection / X.H. Li, J.L. Zhu, C. Hong, L. Zeng, L.M. Deng, L.Y. Jin // *Mol Clin Oncol.* – 2013. – Vol. 1. – P. 200 – 208.

415. Liu H. Biological and Psychological Perspectives of Resilience Is It Possible to Improve Stress Resistance? / H. Liu, C. Zhang, Y. Ji, L. Yang // *Front Hum Neurosci.* – 2018. – Vol. 12. – P. 326.

416. Loprinzi C.E. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial / C.E. Loprinzi, K. Prasad, D.R. Schroeder, A. Sood // *Clin Breast Cancer.* – 2011. – Vol. 11(6). – P. 364 – 368.

417. Lucas R.E. Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies / R.E. Lucas // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 2007. – Vol. 92. – P. 717 – 730.

418. Luthans F. Experimental analysis of a web-based training intervention to develop positive psychological capital / F. Luthans, J.B. Avey, J.L. Patera // *Academy of Management Learning & Education.* – 2008. – Vol. 7. – P. 209 – 221.

419. Maksimova O. The Personality construct of hardiness: relationships with repression, innovativeness, authoritarianism and performance / O. Maksimova, L. Onufrieva, A. Sklaruk, S. Cymbal // *Journal of Personality.* – 2006. – Vol. 74, № 32. – P. 575 – 598.

420. Mahmoud J. The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles / J. Mahmoud [et al.] // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2012. – Vol. 33, № 3. – P. 149 – 156.
421. Mastenbroek N.J.J.M. The role of personal resources in explaining well-being and objective performance: a study among young veterinary professionals / N.J.J.M. Mastenbroek, A.D.C. Jaarsma, A.J.J.A. Scherpbier et al. // *European Journal of Work and Organizational Psychology.* – 2014. – Vol. 23, № 2. – P. 190 – 202.
422. McCraty R. Resilience training program reduces physiological and psychological stress in police officers / R. McCraty, M. Atkinson // *Glob Adv Health Med.* – 2012. – Vol. 1(5). – P. 44 – 66.
423. McDougall L. Personal resources moderate the relationship between work stress and psychological strain of submariners / L. McDougall, P.D. Drummond // *Military Psychology.* – 2010. – Vol. 22. – P. 385 – 398.
424. McEwen B.S. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease / B.S. McEwen, P.J. Gianaros // *Ann. N.-Y. Acad. Sci.* – 2010. – Vol. 1186. – P. 190 – 222.
425. McEwen B.S. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain / B.S. McEwen, J. D. Gray, C. Nasca // *Neurobiology of Stress.* – 2015. – Vol. 1. – P. 1 – 11.
426. McEwen B.S. Stress, sex, and neural adaptation to a changing environment: mechanisms of neuronal remodeling / B.S. McEwen // *Ann. NY Acad.* – 2010. – Vol. 1204. – P. 38 – 59.
427. McGinnis D. Resilience, life events, and well-being during midlife: examining resilience subgroups / D. McGinnis // *J. Adult Dev.* – 201. – Vol. 25(3). – P. 198 – 221.
428. Mealer M. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses / M. Mealer, D. Conrad, J. Evans et al. // *Am J Crit Care.* – 2014. – Vol. 23(6). – P. 97 – 105.
429. Melchert T.P. Biopsychosocial practice: A science-based framework for behavioural healthcare / T.P. Melchert. – Amer Psychol Assoc, 2014. – 352 p.

430. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, 2013.
431. Messer E.P. Treatment of maternal depression with in-home cognitive behavioral therapy augmented by a parenting enhancement: A Case Report / E.P. Messer, R.T. Ammerman, A.R. Teeters et al. // *Cogn Behav Pract.* – 2018. – Vol. 25(3). – P. 402 – 415.
432. Mezzich J.E. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassic perspective / J.E. Mezzich, Y.P. Zinchenko, V.N. Krasnov et al. // *Psychology. State of Art.* – 2013. – Vol. 5(1). – P. 95.
433. Mills J. Resilience: why it matters and how doctors can improve it. / J. Mills, J. McKimm // *Br J. Hosp Med.* – 2016. – Vol. 77(11). – P. 630 – 633.
434. Moll M.F. Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center / M.F. Moll, T. Saeki // *Rev Lat Am Enfermagem.* – 2009. – Vol. 17, № 6. – P. 995 – 1000.
435. Munoz R.F. Prevention of major depression / R.F. Munoz, P. Cuijpers, F. Smit et al. // *Annu Rev Clin Psychol.* – 2010. – Vol. 6. – P. 181 – 212.
436. Murphy K. Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community / K. Murphy, A. Cooney, E.O. Shea, D. Casey // *Journal of Advanced Nursing.* – 2009. – Vol. 65(3). – P. 606 – 615.
437. Mykletun A. Prevention of mental disorders: a new era for workplace mental health / A. Mykletun, S.B. Harvey // *Occup Environ Med.* – 2012. – Vol. 69(12). – P. 868 – 869.
438. Nasreddine Z.S. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment / Z.S. Nasreddine, N.A. Phillips, V. Bedirian et al. // *J. Am Geriatr Soc.* – 2005. – Vol. 53(4). – P. 695 – 696.
439. Niitsu K. A systematic review of genetic influence on psychological resilience / K. Niitsu, M.J. Rice, J.F. Houfek et al. // *Biol Res Nurs.* – 2018 Sep 17.
440. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy / E. Nikolaev // *The International Journal of Person Centered Medicine.* – 2011. – Vol. 1, № 3. – P. 482 – 485.
441. Nosenko E. Metatraits of the successful university-level students / E. Nosenko, I. Arshava, V. Kornienko, K. Kutovyy, I.O. Arshava // *9th World*

Conference on Learning, Teaching & Educational Leadership (WCLTA-2018), 26-28 October 2018, Roma, Italy. – Roma : Quality Hotel Rouge et Noir Congress Center, 2018. – Vol. 5. – Issue 3 (2018). – P. 165 – 172.

442. Nurenberg J.R. Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior / J.R. Nurenberg, S.J. Schleifer, T.M. Shaffer // *Psychiatr Serv.* – 2015. – Vol. 66(1). – P. 80 – 86.

443. O'Dowd E. Stress, coping, and psychological resilience among physicians / E. O'Dowd, P. O'Connor, S. Lydon et al. // *BMC Health Serv Res.* – 2018. – Vol. 18(1). – P. 730.

444. Olport G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis / G. Olport // *Behav Res Ther.* – 2008. – Vol. 46(3). – P. 296 – 321.

445. Pargament K. Religion and coping. In S. Folkman (Ed.) *The oxford handbook of stress, health, and coping* / K. Pargament. – N.-Y. : Oxford University Press. – 2011. – P. 269 – 288.

446. Patel V. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: An imperative for person-centered care / V. Patel, S. Chatterji // *Health Affairs.* – 2015. – Vol. 34(9). – P. 1498 – 1505.

447. Paykel E.S. Depression: major problem for public health. *Epidemiol* / E.S. Paykel // *Psychiatry Soc.* – 2006. – Vol. 15, № 1. – P. 4 – 10.

448. Piko B. Is religiosity a protective factor? Social epidemiologic study of adolescent psychological health / B. Piko, E. Kovacs // *Orv Hetil.* – 2009. – Vol. 150, № 41. – P. 1903 – 1908.

449. Polyakova G.U. Independent components of the cognitive induced potentials in patients with depressive disorder / G.U. Polyakova // *Abstract book of 4th international Medical Congress for Students and Young Doctors.* – Chisinau, Republic of Moldova. – 2012. – P. 62.

450. Popovych V. Development of social and communicative paradigm of public administration in the field of social networks / V. Popovych, F. Ragimov, V. Kornienko, I.B. Ivanova, Z. Buryk // *International Journal of Data and Network Science : Quarterly Publication.* – 2020. – Vol. 4. – P. 319 – 328.

451. Prince M. No health without mental health / M. Prince, V. Patel, S. Saxena et al. // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – P. 859 – 877.
452. Pugh T. Depression characterization and race among stroke survivors receiving inpatient rehabilitation / T. Pugh, M.A. Hirsch, V.Q.C. Nguyen et al. // *Am J. Phys Med Rehabil*. – 2018 Sep 11.
453. Ramos Z. Cultural adaptation and health literacy refinement of a brief depression intervention for Latinos in a low-resource setting / Z. Ramos, M. Alegría // *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. – 2014. – Vol. 20(2). – P. 293 – 301.
454. Razzini C. Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality / C. Razzini, F. Bianchi, R. Leo et al. // *J. Cardiovasc. Med. (Hagerstown)*. – 2008. – Vol. 9, № 8. – P. 761 – 768.
455. Richardson K. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors / K. Richardson, M. Barkham // *J. Ment Health*. – 2017. – Vol. 6. – P. 1 – 13.
456. Richter-Levin G. How could stress lead to major depressive disorder? / G. Richter-Levin, L. Xu // *IBRO Rep*. – 2018. – Vol. 4. – P. 38 – 43.
457. Roberson R.B. Exploratory factor analysis in rehabilitation psychology: a content analysis / R.B. Roberson, T.R. Elliott, J.E. Chang, J.N. Hill // *Rehabil Psychol*. – 2014. – Vol. 59(4). – P. 429 – 438.
458. Rochette A. Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses / A. Rochette, G. Bravo, J. Desrosiers, D. Tribble, A. Bourget // *Clin Rehabil*. – 2007. – Vol. 21. – P. 554 – 562.
459. Romanyshyn M.J. Основы построения реабилитационного диагноза в клинической практике физическим реабилитологом / M.J. Romanyshyn // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2012. – № 1. – С. 94 – 96.
460. Roy D. Depression after traumatic brain injury: a biopsychosocial cultural perspective / D. Roy, G. Jayaram, A. Vassila et al. // *Asian J. of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13. – P. 56 – 61.

461. Sullivan G. Argumentation and persuasion in patient-centred communication / G. Sullivan // *Patient Educ Couns.* – 2015. – Vol. 98(5). – P. 543 – 544.
462. Sandell R. Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy / R. Sandell, D. Clinton, J. Frövenholt, M. Bragesjö // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* – 2011. – Vol. 84, № 3. – P. 123 – 125.
463. Sarkar M. Psychological resilience in sport performers: a review of stressors and protective factors / M. Sarkar, D. Fletcher // *J. Sports Sci.* – 2014. – Vol. 32(15). – P. 1419 – 1434.
464. Shevchenko R. Adaptation of the social media disorder scale in adolescents / R. Shevchenko // Noro Psikiyatr Ars. – 2018. – Vol. 55(3). – P. 248 – 255.
465. Sheviakov O. Cognitive Approach to corporate well-being management / O. Sheviakov, I. Burlakova, T. Kondes // *International conference on Economics, Accounting and Finance «Modern aspects of economic development of the state and enterprises»*, 2020-07-02. – Praga, Chechia : Scientific Center of Innovative Researches. – P. 48 – 54.
466. Seery M.D. Resilience: A silver lining to experiencing adverse life events? / M.D. Seery // *Current Directions in Psychological Science.* – 2011. – Vol. 20. – P. 390 – 394.
467. Seitz D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review / D. Seitz, N. Purandare, D. Conn // *Int Psychogeriatr.* – 2010. – Vol. 22. – P. 1025 – 1039.
468. Seligman M. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy / M. Seligman // *Handbook of positive psychology* / ed. by C.R. Snyder, S. Lopez. – 2002. – Vol. 2. – P. 3 – 12.
469. Serra F. Improving major depressive episode assessment: a new tool developed by formal psychological assessment / F. Serra, A. Spoto, M. Ghisi, G. Vidotto // *J. Frontiers in Psychology.* – 2017. – Vol. 8. – P. 214.
470. Stoyanova I.Ya. Predictors of psychological security in patients of depressive spectrum / I.Ya. Stoyanova, N.S. Smirnova // *Med. psihol. Ross.* – 2018. – Vol. 10. №. 1. – P. 6.

471. Levinson C.A. Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? / C.A. Levinson, T.L. Rodebaugh, E.K. White et al. // *Appetite*. – 2013. – Vol. 67. – P. 125 – 133.
472. Cruwys T. Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse / T. Cruwys, G.A. Dingle, J. Jetten et al. // *Soc Sci Med*. – 2013. – Vol. 98. – P. 179 – 186.
473. Song J. Bipolar disorder and its relation to major psychiatric disorders: a family-based study in the Swedish population / J. Song, S.E. Bergen, R. Kuja-Halkola, H. Larsson et al. // *Bipolar Disord*. – 2015. – Vol. 17. – P. 184 – 193.
474. Songprakun W. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial / W. Songprakun, T.V. McCann // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12. – P. 12.
475. Spahni S. Patterns of psychological adaptation to spousal bereavement in old age / S. Spahni, D. Morselli, P. Perrig-Chiello, K.M. Bennett // *Gerontology*. – 2015. – Vol. 61(5). – P. 456 – 468.
476. Stafford L. Cognitive-personality style as vulnerability to depression in patients with coronary artery disease: roles of sociotropy and autonomy / L. Stafford // *Psychosom. Med*. – 2009. – Vol. 71, № 1. – P. 63 – 69.
477. Stainton A. Resilience as a multimodal dynamic process / A. Stainton, K. Chisholm, N. Kaiser et al. // *Early Interv Psychiatry*. – 2018 Aug 20.
478. Suárez-Orozco C. An integrative risk and resilience model for understanding the adaptation of immigrant-origin children and youth / C. Suárez-Orozco, F. Motti-Stefanidi, A. Marks, D. Katsiaficas // *Am Psychol*. – 2018. – Vol. 73(6). – P. 781 – 796.
479. Sullivan K.J. Model of disablement and recovery: knowledge translation in rehabilitation research and practice / K.J. Sullivan // *Physical Therapy*. – 2011. – Vol. 91. – P. 1892 – 1904.
480. Swift J. Early psychotherapy processes: an examination of client and trainee clinician perspective convergence / J. Swift, J. Callahan // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2009. – Vol. 16. – P. 228 – 236.



481. Swift J.K. The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis / J.K. Swift, J.L. Callahan // *Journal of Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 65, № 4. – P. 368 – 381.
482. Syrtsova L. Medical and social efficiency evaluation of school of health for patients with psychical and narcological disorders / L. Syrtsova, E. Zimina, D. Chirkova // *Journal of biomedical and clinical research*. – 2010. – Vol. 3(1). – P. 23 – 24.
483. Takamoto M. Examination of role of personality and the effects of stress coping in stress process as within process / M. Takamoto // *Shinrigaku Kenkyu*. – 2015. – Vol. 86(4). – P. 302 – 312.
484. Taratukhin E.O. Biopsychosocial approach: a modern demand for interdisciplinarity / E.O. Taratukhin // *J. Cardiol*. – 2015. – Vol. 9. – P. 80 – 83.
485. Trivedi M.H. Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression / M.H. Trivedi, E.H. Lin, W.J. Katon // *CNS Spectr*. – 2007. – Vol. 12. – P. 1 – 27.
486. Unantenne N. The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease / N. Unantenne, N. Warren, R. Canaway et al. // *J. Relig. Health*. – 2011. – Vol. 16. – P. 13.
487. Valladares A. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease / A. Valladares, T. Dilla, J.A. Sacristan // *Actas. Esp. Psiquiatr*. – 2009. – Vol. 37(1). – P. 49 – 53.
488. Van H.L. Patient preference compared with random allocation in short-term psychodynamic supportive psychotherapy with indicated addition of pharmacotherapy for depression / H.L. Van, J. Dekker, J. Koelen et al. // *Psychotherapy Research*. – 2009. – Vol. 19(2). – P. 205 – 212.
489. Villanueva R. Neurobiology of major depressive disorder / R. Villanueva // *Neural. Plast*. – 2013.
490. Wade D. Rehabilitation – a new approach. Overview and Part One: the problems / D. Wade // *Clin. Rehabil*. – 2015. – Vol. 29(11). – P. 1041 – 1050.
491. Wallace M.L. Coping with health stresses and remission from late-life depression in primary care: a two-year prospective study / M.L. Wallace,

- A.Y. Dombrovski, J.Q. Morse et al. // *Int J. Geriatr Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27. – P.178 – 186.
492. Warren A.M. Rehabilitation psychology's role in the level I trauma center / A.M. Warren, K. Stucky, J.J. Sherman // *J. Trauma Nurs*. – 2014. – Vol. 21(3). – P. 139 – 45.
493. WHO: Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization. – Geneva, 2009. – 62 p.
494. Wild J. A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression / J. Wild, K.V. Smith, E. Thompson, F. Béar et al. // *Psychol Med*. – 2016. – Vol. 46(12). – P. 2571 – 2582.
495. World Health Organization. World report on disability. – 2011. – Available at: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf?ua=1)
496. Wright M.O'D. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity / M.O'D. Wright, A.S. Masten, A.J. Narayan // *Handbook of resilience in children* / S. Goldstein, R.B. Brooks (Eds.). – New-York : Springer, 2013. – P. 15 – 37.
497. Yatsenko T. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care / T. Yatsenko // *Int J. Geriatr Psychiatry*. – 2008. – Vol. 23(11). – P. 1141 – 1147.
498. Yoshimura R. 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 / R. Yoshimura, T. Kishi, A. Suzuki // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 35., №4. – P. 1022 – 1025.
499. Yu H. The role of BDNF in depression on the basis of its location in the neural circuitry / H. Yu, Z.Y. Chen // *Acta Pharmacol*. – 2011. – Vol. 32, №1. – P. 3 – 11.
500. Yung K.G. A pilot randomized controlled trial to decrease adaptation difficulties in Chinese new immigrants to Hong Kong / K.G. Yung // *Behav Ther*. – 2014. – Vol. 45(1). – P. 137 – 152.

501. Zagozdzon P. Religiosity and health in epidemiological studies / P. Zagozdzon // Pol. Merkur. Lekarski. – 2012. – Vol. 32, № 191. – P. 349 – 353.
502. Zhang T.Y. Effects of coping styles on depression and quality of life of cancer patients / T.Y. Zhang, R.Z. Liu, B. An // Chin J Rehabil Theory Pract. – 2014. – Vol. 5. – P. 477 – 480.
503. Zhang X. Effect of progressive muscle relaxation training on coping style and emotion of patients with lung cancer / X. Zhang, J.P. Zhang, A. Wang et al. // J. Chongqing Med University. – 2015. – Vol. 40. – P. 1457 – 1460.
504. Zielinska-Wieczkowska H. The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A) / H. Zielinska-Wieczkowska, W. Ciemnoczólowski, K. Kedziora-Kornatowska, M. Muszalik // Arch Gerontol Geriatr. – 2012. – Vol. 54. – P. 238 – 241.

### Практичні рекомендації з розвитку реабілітаційного потенціалу

1. У діагностиці депресивних розладів різного генезу необхідно враховувати визначені діагностичні маркери:

а) при невротичних депресіях: виражена пасивна позиція при подоланні складних ситуацій; переважання неадаптивних копінг-стратегій («ігнорування», «розгубленість», «пригнічення емоцій» та «активне уникнення»); виражена нервово-психічна нестійкість; зниження моральної нормативності; відсутність наполегливості, відповідальності та самоконтролю; високий рівень актуальної, сенситивної та загальної ригідності і помірний рівень настановної ригідності; вираженість тривожного, неврастенічного, сенситивного та егоцентричного ставлення до хвороби; наявність потреби в безпеці; позиція невтручання та очікування (ухилення від відповідальності); незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність факторів психічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних стосунків, неузгодженість у розподілі обов'язків, фінансів та наміру мати дітей); у стосунках з родичами (незадоволеність сімейно-побутовою ситуацією, стосунками з батьками дружини та з родичами, що проживають на одній території); в професійній сфері (напружені стосунки з керівництвом та колегами, недостатність визнання, невідповідність роботи професійним інтересам); в соціальній сфері (відмінності у світоглядних позиціях); наявність міжособистісних проблем: труднощі у розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відказі та відстоюванні власних границь, напруженість та скутість у прояві почуттів; особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижений фон настрою, низький рівень інтересу до життя, відсутність узгодженості між цілями та досягненнями, низький рівень впевненості у власних силах та пасивна життєва позиція; особливості сімейних стосунків: відсутність відчуття згуртованості сімейної системи, труднощі у прояві почуттів, насамперед, негативних, спонукання членів родини до досягнень при відсутності орієнтації до самостійності, низький рівень спря-

мованості до інтелектуально-культурного життя, низький рівень структурованості сімейної системи при високому рівні контролю; патопсихологічні особливості: наявність легкого рівню депресії, переважання фобічної та ажитованої форм депресивного розладу, вираженість obsесивно-компульсивних, вегетативних та серцево-судинних симптомів, психічної тривоги, почуття страху, травневих порушень та іпохондрії.

б) при органічних депресіях: відчуття безсилля при зіткненні зі складними ситуаціями; переважання неадаптивних копінг-стратегій: «смирення», «пригнічення емоцій», «покірність», «активне уникнення» та «відступ»; виражені астеничні реакції/стани та нервово-психічна нестійкість; зниження зацікавленості; високий рівень настановної ригідності; вираженість неврастенічного та сенситивного ставлення до хвороби; виражене почуття обов'язку; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність факторів психічної травмизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння); в професійній сфері (невідповідність роботи професії та кваліфікації, перевантаженість та монотонність роботи); в соціальній сфері (відсутність суспільної активності); особливості психологічного благополуччя: знижений фон настрою, пасивність у досягненні цілей; особливості сімейних стосунків: високий рівень орієнтації членів родини до досягнень, низький рівень спрямованості до інтелектуально-культурного життя, низький рівень орієнтації на активний відпочинок; патопсихологічні особливості: переважання легкого та помірного рівню депресії, домінування соматизованої форми депресивного розладу, вираженість соматичних та серцево-судинних симптомів, соматичної тривоги, раннього пробудження та інтелектуальних порушень.

в) при ендогенних депресіях: відчуття відчуженості життя; відчуття безсилля у подоланні складних ситуацій; переважання когнітивних копінгів «смирення» та «розгубленість»; переважання емоційних копінгів «пригнічення емоцій», «самозвинувачення» та «покірність»; переважання поведінкових копінгів «активне уникнення», та «відступ»; виражена нервово-психічна нестійкість та напруженість; зниження комунікативного потенці-

алу; виражені дезадаптаційні порушення у вигляді астеничних та психотичних реакцій; переважання підпорядкованості, замкнутості, байдужості, відсутності бажання до співпраці, інтровертованості та відособленості; високий рівень актуальної, сенситивної, настановної та загальної ригідності; вираженість тривожного та параноїдного ставлення до хвороби; зниження потреби у гедонізмі та владі; закритість власного «Я» від себе та інших; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах; наявність факторів психічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості); у стосунках з родичами (непорозуміння з батьками та родичами дружини); в професійній сфері (монотонність роботи); в соціальній сфері (невідповідність моральних настанов оточення власним); наявність міжособистісних проблем: уникання соціальних контактів, труднощі у розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відказі та відстоюванні власних границь, напруженість та скутість у прояві почуттів; особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижена самооцінка, пригнічений настрій, низький рівень інтересу до життя, низький рівень впевненості у власних силах та пасивність у досягненні цілей; особливості сімейних стосунків: відсутність відчуття згуртованості сімейної системи, труднощі у прояві почуттів, насамперед, негативних, відсутність орієнтації до самостійності, незалежності та досягнень членів родини, низький рівень спрямованості до інтелектуально-культурного життя та активного відпочинку, важливість ієрархічності сімейної системи; патопсихологічні особливості: переважання помірною та важкою рівню депресії, домінування адинамічної форми депресивного розладу, вираженість загальмованості, напруженості, наявності добових коливань.

2. Для розвитку реабілітаційного потенціалу у осіб з депресивними розладами необхідно спрямовувати реабілітаційні заходи на: підвищення залученості хворих у життя; актуалізацію адаптивних копінг-стратегій; відновлення комунікативного потенціалу особистості; спонукання до емоційної експресії; підвищення нервово-психічної стійкості; корекцію дезадаптивних типів ставлення до хвороби; відновлення ціннісно-мотиваційної

сфери; підвищення самооцінки; корекцію когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя та на корекцію міжособистісних стосунків.

3. Підвищення ефективності диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості має базуватися на принципах: етапності (діагностичий, психокорекційний, реконструкційний етапи), використанні інтегрованих психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренінгів життєстійкості, когнітивних та соціальних навичок) та спрямованості на ресурсні можливості (зовнішні і внутрішні) особистості.

4. Враховувати особливості функціонування соціально-психологічних складових реабілітаційного потенціалу особистості: соціальне функціонування; психологічне благополуччя; життєстійкість; особистісний адаптаційний потенціал; копінг-стратегії; міжособистісні і сімейні комунікації; індивідуально-типологічні особливості; специфіка ціннісно-мотиваційної і емоційно-вольової сфер, а також диференціацію компонентів психологічного реабілітаційного дефіциту та особливостей емоційних і когнітивних дисфункцій реабілітаційного потенціалу особистості за депресивним кластером розладів її афективної сфери.

5. Враховувати особливості функціонування складових реабілітаційного потенціалу і їх трансформації при зміні соціальних умов, зокрема при депресивних розладах за їх різновидами: при невротичних депресіях (віра у власні сили щодо можливості подолання складних ситуацій; відчуття залученості до життя; представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «емоційна розрядка», «пасивна кооперація», «компенсація» та «звернення»; артистизм; наявність цінності «досягнення»); при органічних депресіях (готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід; відчуття залученості до життя; представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «релігійність», «компенсація», «пасивна кооперація» та «відносність»; повага до інших; низький рівень актуальної ригідності, помірний рівень сенсорної та загальної ригідності; наявність цінностей «традиції»

та «самостійність»; включеність у життя (завдяки почуттю обов'язку); збереженість міжособистісних комунікацій: контактність, можливість відкрито виражати власні емоції, насамперед, негативні); при ендогенних депресіях (готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід; представленість адаптивних копінг-стратегій: «співпраця» та «альтруїзм»; наявність цінності «традиції»).

б. Спиратися на тригерні (пускові) та пролонговані механізми порушення процесу адаптації у осіб з депресивними розладами в структурі їх реабілітаційного потенціалу, а також на особливості реабілітаційного потенціалу особистості при різних формах депресивних розладів, що мають гендерну специфіку: при невротичних розладах у чоловіків: послідовність у досягненні цілей; життєстійкість; упевненість у власних силах; актуалізація копінгу «протест»; домінування; реалістичність; важливість цінностей «досягнення» та «влада»; орієнтація сімейної системи на досягнення; у жінок: залученість у життя; комунікативний потенціал; моральна нормативність; використання копінг-стратегій «звернення», «емоційна розрядка», «пасивна кооперація» та «компенсація»; артистичність; важливість цінностей: «доброта», «безпека» та «конформність»; структурованість сімейної системи; при органічних розладах у чоловіків: залученість у життя; послідовність у досягненні цілей; життєстійкість; відповідальність; актуалізація копінгу «компенсація»; анозогностичний тип ставлення до хвороби; важливість самостійності; орієнтація сімейної системи на незалежність; у жінок: залученість у життя; прийняття ризику; комунікативний потенціал; використання копінг-стратегій «релігійність» та «емоційна розрядка»; важливість цінностей «безпека» та «конформність»; поступливість та турботливість; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти; при ендогенних розладах у чоловіків: важливість цінностей «стимуляція» та «влада»; у жінок: прийняття ризику; моральна нормативність; орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти; високий рівень організації та контролю сімейної системи.



Наукове видання

**Корнієнко Вікторія Володимирівна**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ  
ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО  
ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ**

Монографія

Оригінал-макет *І.Є. Жигаренко*

Підписано до друку 04.03.2021 р.  
Формат 60×841/16 Папір типограф. Гарнітура Times.  
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 13,6 Обл.-вид. арк. 15,4  
Тираж 300 прим. Вид. № 75. Замов № \_\_\_\_\_. Ціна договірна.

Видавництво Східноукраїнського національного  
університету імені Володимира Даля

Свідоцтво про реєстрацію: серія ДК № 1620 від 18.12.2003  
Адреса видавництва: 93406, м. Сєвєродонецьк, пр-кт Центральний, 59а  
Тел. (06452) 4-03-42  
e-mail: uni.snu.edu@gmail.com; <http://www.snu.lg.ua>