

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
Факультет педагогічних технологій та освіти впродовж життя
Кафедра психології та соціального забезпечення

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)
рівень вищої освіти

**МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ, ЩО
СТРАЖДАЮТЬ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

Галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність – 053 Психологія

Освітньо-професійна програма – «Клінічна та реабілітаційна психологія»

Виконала: студентка II курсу, групи КРПМ-1 _____ С.О. Співак
Підпис

Керівник:
Д.е.н., проф. _____ Д.П. Мельничук
Підпис

До захисту допускаю:
Зав. кафедри психології та
соціального забезпечення _____ М.О. Оксютович
Підпис

_____ 202_ р.

Житомир, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	7
1.1. Принципи, завдання та методи психологічної реабілітації.....	7
1.2. Характеристика, перебіг та прояви психічних порушень.....	17
1.3. Особливості реабілітаційного процесу при роботі з людьми, що страждають на психічні порушення.....	26
Висновки до 1 розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ У СФЕРІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	36
2.1. Методичні засади та етапи проведення психологічного дослідження.....	36
2.2. Характеристика вибірки та структури дослідження.....	39
Висновки до 2 розділу.....	53
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ ПРИ РОБОТІ З ЛЮДЬМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ.....	54
3.1. Аналіз та інтерпретація емпіричних даних психологічного дослідження.....	54
3.2. Методи, техніки та прийоми психологічної допомоги в реабілітаційному процесі осіб з психічними порушеннями.....	70
3.3. Розроблення програми психологічної реабілітації людей із психічними порушеннями та результати її апробації.....	77
Висновки до 3 розділу.....	86
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	92
ДОДАТКИ.....	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психічні порушення належать до факторів, які сприяють стійкому зниженню працездатності, потенційно призводять до інвалідизації. При цьому однією з причин падіння працездатності можуть бути зміни психіки, що виникають у осіб з такими порушеннями. Розгляду процесу реабілітації осіб із порушеннями психічного здоров'я і присвячена дана дипломна робота.

Психологічні проблеми людини з психічними порушеннями перебувають нині у центрі уваги психологів, завдяки зростаючій кількості різноманітних порушень психічного здоров'я, що характеризуються хронічним протіканням. Глобальним завданням психології у такому разі є збереження нормальної якості життя людини з хронічними психічними порушеннями.

За останнє десятиліття активно розроблялася концепція внутрішньої картини психічних порушень, були розроблені досить інформативні методи психологічної діагностики ставлення до того чи іншого порушення, виконано великий обсяг експериментально-психологічних робіт на пацієнтах, що мають порушення психічного здоров'я, особливо ті, що є хронічними або мають тривале протікання, супроводжуються нервово-психічними порушеннями, оскільки хронічне захворювання серйозно впливає на психологічний статус і особистісний розвиток індивіда.

Проблема особистості є однією з центральних проблем у теоретичній та прикладній психології; різним аспектам проблеми присвячені численні дослідження вітчизняних та зарубіжних психологів (Piaget J., Jung C., Cattell J., Eysenck H., Freud S., Rogers C., Анан'єв Б.Г., Божович Л. І., Виготський Л.С., Ковальов А.Т., Лісіна М.І., Петровський А.В, Фельдштейн Д.І., Ельконін Д.Б. та інші).

У той самий час представляється, що у психології поки що недостатньо вивчені основні чинники, умови функціонування особистості в особливих ситуаціях, однією з яких можлива наявність психічного порушення.

Дослідження особистості осіб з психічними порушеннями дозволяють розробити конкретні адресні програми корекції та розвитку особистості з урахуванням загальних закономірностей психічного розвитку та індивідуальних особливостей людей, що страждають на психічні порушення.

Зміст особливої, загостреної ситуації розвитку може бути обумовлено фізичною неповноцінністю людини, невиліковним чи хронічним захворюванням, перебуванням у спеціальних установах, відсутністю батьків на ранніх етапах онтогенезу тощо. Найбільш актуальним ми вважаємо вивчення основних чинників формування особистості в умовах порушень психічного здоров'я, так як по-перше, саме психічні порушення найчастіше зумовлюють формування загостреної соціальної ситуації розвитку.

По-друге, як показав аналіз доступної наукової літератури, психологічні дослідження проблем формування особистості за умов наявності порушень психіки проводяться переважно не стільки психологами, скільки медиками, тобто в основі психологічних досліджень перебувають теоретичні становища не психології, а медицини, що відбивається на інтерпретації результатів досліджень. Так, особливості особистості осіб з психічними порушеннями нерідко розглядаються лише як наслідок змін нервової системи в процесі захворювання, тобто переоцінюється роль біологічних факторів у формуванні особистості та недооцінюється роль соціальних та психологічних факторів.

Подальші психологічні дослідження особистості з психічними порушеннями вимагають застосування методологічних принципів психології, насамперед, принципу детермінізму, єдності свідомості та діяльності, принципу розвитку, системності (С.Л. Рубінштейн, А.М. Леонтьєв, Б.Ф. Ломов, Б.Г. Ананьєв, Л.С. Виготський).

Також варто зауважити, що людям із психічними порушеннями іноді потрібна допомога у різних аспектах їхнього життя – на роботі, у побуті, у соціальному та навчальному середовищі. Одним із методів лікування, який може допомогти таким людям впоратися із симптомами та краще функціонувати, є психологічна реабілітація.

Психологічна реабілітація спрямована на поліпшення життя людей із психічними порушеннями шляхом розвитку у них емоційних, когнітивних та соціальних навичок, необхідних для того, щоб жити та працювати у своєму суспільстві якомога незалежніше.

Психологічна реабілітація є міждисциплінарним процесом. Цей підхід визнає, що психічні порушення впливають на безліч сфер життя, включаючи біологічну, соціальну та психологічну системи.

Коли щось зачіпає одну область, це обов'язково позначиться і на інших. У світлі цього психологічна реабілітація використовує підхід, що враховує інтереси людини. Вона визнає, що в процес лікування можуть бути залучені інші фахівці у галузі психічного здоров'я та лікарі.

Наприклад, людині з психічним порушенням можуть знадобитися послуги психологічної реабілітації, спрямовані на навчання основним життєвим та соціальним навичкам. Крім того, їй може знадобитися лікування, що включає медикаменти та психотерапію. План лікування спрямований на усунення конкретних симптомів, а реабілітація – на відновлення і реінтеграцію.

Командний підхід забезпечує людині доступ до інструментів і ресурсів, необхідних для досягнення її цілей.

Проблема психологічної реабілітації тісно пов'язана з проблемою психічного здоров'я/хвороби. Цей континуум є невід'ємним від життєвого шляху особистості. Багатофункціональність та різноспрямованість життєвого шляху зумовлюють взаємозв'язок та взаємообумовленість процесів соматичного, особистісного та соціального функціонування. Таким чином, реабілітаційний процес включає різні рівні людської життєдіяльності.

Мета дослідження – вивчення особливостей психологічної реабілітації осіб, що страждають на психічні порушення.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання**:

1. Вивчити стан проблеми психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями.

2. Провести аналіз теоретико-методологічної літератури, пов'язаної із особливостями особистості людей, що страждають на психічні порушення.

3. Провести діагностичне дослідження особистості людей із психічними порушеннями.

4. Розробити та апробувати програму психологічної реабілітації людей, що мають психічні порушення.

Об'єкт дослідження – процес психологічної реабілітації.

Предмет дослідження – особливості психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями.

Гіпотеза дослідження. Люди, які страждають психічними порушеннями схильні до розладів когнітивної сфери та потребують комплексного підходу до їх психологічної реабілітації для можливості реадaptaції до звичних норм життя.

Структура дипломної роботи. Випускна кваліфікаційна робота написана на матеріалах Коростишівської центральної районної лікарні імені Д.І. Потехіна. Робота складається зі вступу, трьох розділів, кожен з яких має підрозділи (перший і третій розділи – по 3 підрозділи, другий розділ має два підрозділи), висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (58 найменувань, 4 з яких іноземні) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 110 сторінок, основний зміст роботи викладено на 86 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1.1. Принципи, завдання та методи психологічної реабілітації

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів корекційного та відновлювального характеру, метою яких виступає відновлення психічного здоров'я і корекція відхилень у розвитку особистості. Це цілий спектр різноманітних заходів, що дозволяють відновити психологічну рівновагу, усунути наслідки серйозного стресу, допомогти людині повернутися до повноцінного життя або зберегти здоров'я на поточному рівні. Психологічна реабілітація – невід'ємний інструмент лікування різноманітних залежностей, фобій, захворювань, що безпосередньо пов'язані з роботою нервової системи [5; 19].

Психологічні реабілітаційні заходи спрямовані на стабілізацію порушених/втрачених функцій психіки. Також сюди включені маніпуляції, що дозволяють повернути нормальний психоемоційний стан, пристосуватися до певних обставин, відновити чи знайти власне місце у соціумі.

Психологічна реабілітація є необхідною під час допомоги людині при [11]:

- подоланні наслідків травм чи стресу;
- розвитку адаптивних механізмів;
- відновленні соціальних зв'язків;
- бажанні людини поліпшити якість свого життя.

Психологічна реабілітація проводиться за індивідуальним планом, розробленим психологом на основі оцінки потреб клієнта.

Основні завдання психологічної реабілітації [32]:

1. Психологічна допомога – надання підтримки та консультацій, допомога в усвідомленні та прийнятті травм, розвиток coping-механізмів.
2. Терапія травми – робота з травматичними спогадами та емоціями, відновлення порушених зв'язків.

3. Соціальна реабілітація – допомога у поверненні до соціальних ролей та діяльності, розвиток навичок спілкування та взаємодії.

Психологічна реабілітація може бути показана у таких випадках:

- посттравматичний стресовий розлад;
- депресія;
- тривожні розлади;
- фобії;
- порушення адаптації;
- залежність;
- психічні порушення;
- посттравматичні соматичні розлади.

Психологічна реабілітація здійснюється у наступних напрямках [32]:

- відновлення й розвиток окремих інтелектуальних функцій (психомоторики, пам'яті, мислення тощо);
- згладжування (ліквідація) локальних емоційних розладів (збудливості, тривоги, страхів, емоційної нестабільності);
- розвиток комунікативних навичок;
- формування адекватних уявлень про міжособистісні взаємини;
- розвиток навичок психічної саморегуляції, здатності до вольових зусиль;
- розвиток здібностей, формування адекватної самооцінки;
- розвиток навичок креативності, творчого самовираження тощо.

Усі заходи з психологічної реабілітації ґрунтуються на результатах психодіагностики.

Основними методами психологічної реабілітації виступають: психологічне консультування (бесіда), психологічний тренінг, психокорекційні заняття у сенсорній кімнаті [34].

1. Психологічне консультування – це спосіб психологічного впливу на людину, що здійснюється безпосередньо через особистий контакт психолога і клієнта. Психокорекційні бесіди дають змогу конструктивно розв'язати

різноманітні психологічні колізії, які перешкоджають встановленню нормальних стосунків із соціальним оточенням.

2. Психокорекційні заняття у сенсорній кімнаті.

Сенсорна кімната – організоване в особливий спосіб оточуюче середовище, що складається з великої кількості стимуляторів, які, у свою чергу, впливають на органи зору, слуху, нюху, дотику, вестибулярні рецептори. В умовах цієї кімнати можна знизити дію страхів, невротичних станів, здійснювати корекцію поведінки. Її можна використовувати як для занять, так і просто для релаксації.

Сеанси у сенсорній кімнаті входять до складу системної реабілітації клієнтів з опорно-руховою патологією, розумовою відсталістю, затримками психологічного та емоційного розвитку, неврозами, порушеннями слуху, зору, мови.

3. Психологічний тренінг – цілеспрямоване відновлення розвитку, формування окремих психічних функцій, вмінь, навичок і якостей особистості. Зокрема, тренінги, націлені на вирішення проблем пізнання, психомоторного, соціального, емоційного, особистісного розвитку.

Психологічна реабілітація, як і будь-який інший вид діяльності, має свої якісні характеристики. Однією з найважливіших таких характеристик можемо вважати цілеспрямованість.

Цілеспрямованість психологічної реабілітації проявляється в тому, що весь процес цієї реабілітації вибудовується так, щоб була врахована чітко окреслена мета, яка визначається в залежності від того, на яку категорію клієнтів спрямовані певні реабілітаційні дії.

Психологічна реабілітація є наскрізним процесом, по суті, усіх аспектів роботи, спрямованих на:

- відновлення індивідуально-особистісного статусу людини;
- відновлення, розвиток та формування здібностей і якостей, які б дозволяли людині вільно себе почувати у різних соціальних ролях (сімейних, подружніх, батьківських, політичних та ін.);

- можливість включатися в різні сфери життєдіяльності та брати реальну участь в соціальних відносинах.

Змістовна сутність психологічної реабілітації полягає, перш за все, у відновленні оптимального функціонування психологічних механізмів, що забезпечують соціальну діяльність та соціальну інтеграцію.

Головне завдання фахівців, які займаються психологічною реабілітацією, полягає в тому, щоб забезпечити позитивні зміни клієнта як особистості, а також позитивні зміни в навколишньому середовищі клієнта. Для цього необхідні не разові та не односторонні заходи, а комплексний, системний підхід, що передбачає облік як зовнішніх, так і внутрішніх факторів, що впливають. Тому діяльність фахівців із соціально-психологічної реабілітації має бути багатоплановою і включати всі основні напрями соціально реабілітаційного процесу [4].

До таких напрямів можна віднести [4]:

1. Соціально-психологічна допомога та підтримка, соціальний патронаж на виробництві, у навчальних закладах, у сім'ї; виявлення проблем (діагностика) та надання необхідної допомоги (консультативного, організаційного, координуючого та посередницького характеру) у вирішенні нагальних проблем.

2. Інформування та консультування з питань прав та пільг, порядок їх реалізації, про установи та організації, що надають різну реабілітаційну та психологічну допомогу, а також сприяння у здійсненні соціальних гарантій та пільг.

3. Соціально-психологічна підтримка та робота з оточенням, психокорекція сімейно-побутових відносин.

- 4) Сприяння в реалізації потреб та інтересів у різних сферах життя – надання допомоги у працевлаштуванні, в організації дозвілля, кола спілкування та ін.

Таким чином, процес реабілітації включає п'ять взаємопов'язаних етапів [11]:

1. Діагностико-прогностичний (визначення вихідного реабілітаційного потенціалу, діагностика стану, складання індивідуальної комплексної програми реабілітації).

1. Етап вибору (розробки) оптимальних технологій, форм та методів роботи.

2. Етап безпосередньої підготовки до реалізації обраних способів реабілітаційної роботи.

3. Реалізаційний (реалізація комплексних проблем реабілітації, корекції, науково-методичного контролю).

4. Експертно-оцінний (систематизація, узагальнення та контроль результатів реабілітації).

Дослідники виділяють наступні способи психологічного реабілітаційного впливу.

1. Прищеплення або відновлення втрачених навичок – включає організацію життя та побуту реабілітаційної групи, чітке виконання розпорядку дня, цілеспрямовану організацію дозвілля та продуктивної діяльності, культурно-масових заходів. В основі лежить прищеплення та закріплення соціально-значущих навичок, умінь, форм поведінки, формування моральних основ особистості, естетичне виховання.

2. Терапія середовищем. Вплив на людину всієї сукупності умов її існування (у сім'ї, лікувальному закладі, установі освіти, на вулиці), в які він змушений включатися для реалізації цілей реабілітації. Терапія середовищем може виступити у формі організації спрямованого способу життя, метою якого є формування санітарно-гігієнічних та господарсько-побутових навичок, залучення клієнтів до суспільно корисної діяльності, активація їх діяльності, інтересів, спонукань та потреб. Сенс терапії середовищем полягає в тому, щоб вона стимулювала соціальні зв'язки, дозволяючи відтворювати реальні міжособистісні відносини в середовищі хворих, сприяла частковому відновленню та частковій активації комунікативних здібностей.

3. Терапія зайнятістю – метод відновлення втрачених функцій за допомогою різноманітних видів діяльності не обов’язково професійного характеру, при яких реалізуються індивідуальні інтереси та схильності клієнта.

Специфіка даного напрямку терапії полягає не в конкретних видах діяльності, а в тому, щоб незалежно від видів діяльності клієнт був би ним зайнятий безперервно – кожен даний момент часу, щоб і він сам, і його сім’я мали б чіткий план дії наскільки можна більш тривалий термін. В даний час виділяють такі типи зайнятості: трудова, громадська, дозвілля, спілкування та самообслуговування.

4. Психологічне пристосування до нових умов життя. Психотерапія здійснюється у трьох основних формах:

- індивідуальне консультування та індивідуальна психотерапія;
- групова психотерапія;
- сімейне консультування та сімейна психотерапія.

На різних етапах роботи з клієнтом виникає необхідність використання комплексу методів впливу, в здійсненні яких ключову роль відіграють психологічні працівники [40]:

- соціокультурні методи психотерапії: терапія мистецтвом і творчим самовираженням, музикотерапія, терапія літературою, терапія кіномистецтвом, арттерапія живописом, терапія мистецтвом театру, терапія цирковим мистецтвом, терапія спілкуванням з природою.
- психотерапевтичне формування соціальних навичок та видів діяльності: мобілізація колишніх захоплень з ресурсів підлітково-юнацьких етапів розвитку особистості, формування нових захоплень як компенсаторної діяльності.

На жаль, в даний час у багатьох програмах реабілітації осіб з психічними порушеннями застосовуються швидше технології лікування, ніж методи реабілітації. У багатьох реабілітаційних агентствах (наприклад, стаціонарні групи) існує тенденція використовувати як основний метод

фармакотерапію в комбінації з індивідуальною або груповою психотерапією (іноді прикривається назвою «групова дискусія»). Крім того, фахівці реабілітаційної діяльності часто зайво стурбовані психіатричним діагнозом, хоча дослідження з реабілітації свідчать: діагностичний ярлик сам по собі дає мало інформації, що стосується призначення реабілітаційних втручань або до прогнозу їхньої ефективності [27]. Більш того, персонал, який надає реабілітаційні послуги, часто підбирається з урахуванням його підготовки у використанні не технології психологічної реабілітації, а лікувальних методик.

При уважному вивченні реабілітаційних програм часто виявляється, що різницю між лікуванням і реабілітацією не демонструє те, що відбувається практично. Змінилися лише позиції гравців, правила гри залишаються тими самими. Фактично реабілітаційні програми часто оцінюються відповідно до використовуваної терапевтичної моделі. Оцінка схиляється у позитивний бік, якщо реабілітаційна програма включає психотерапію чи передбачає високооплачуваного консультанта з лікувальних питань, тобто лікування продовжує займати більш високий статус, ніж реабілітація. Нерідко професіонали, розробляючи програми психологічної реабілітації, змушені згадувати, що в доповнення до своїх буденних занять вони проводять ще й терапію.

Фахівець сфери реабілітації – психіатр, консультант з реабілітації, психолог, соціальний працівник, медична сестра, спеціаліст з трудотерапії або консультант з питань психічного здоров'я повинен знати відповідь на питання: що я насправді можу зробити для людей з психічними порушеннями? Сфера психологічної реабілітації має більше визначатися тим, що в ній є, а не тим, чого в ній немає. Унікальну ідеологію та технологію психологічної реабілітації необхідно прийняти для того, щоб спеціалісти сфери психічного здоров'я, які займаються реабілітацією, могли освоїти особливий комплекс навичок та умінь, заснованих на знанні процесу реабілітації [19].

У таблиці 1.1 представлено зведення традиційно виділених відмінностей між власне лікуванням та реабілітацією особистості. Дані у першому стовпці табл. 1.1 підтверджують, що мета реабілітації – поліпшення функціонування особистості у конкретному оточенні; що реабілітаційні втручання можуть проходити без обґрунтування їх теорією причинності; що реабілітаційне втручання спрямоване не на причини порушення, а на функціонування особистості на даний час та завдання для майбутнього; що реабілітаційний діагноз акцентує увагу на можливостях людини і підтримку їх ззовні; що реабілітаційне втручання ґрунтується на певному реабілітаційному діагнозі та має на меті розвинути можливості хворого та посилити його підтримку ззовні; що історичним корінням реабілітації є розвиток гуманних ресурсів, професійна реабілітація, спеціальне навчання, фізіотерапія та фізична реабілітація, а також клієнт-орієнтована терапія. У другій колонці таблиці 1.1 наведено основні риси лікувального підходу.

У минулому основні відмінності між психіатричним лікуванням та реабілітацією найчастіше намагалися втиснути у рамки ідеології. Реабілітація первинно була спрямована на розвиток якостей особистості з опорою на позитивні риси, що збереглися, для відновлення її здатності жити в суспільстві. Психіатричне лікування зазвичай прямувало на редукцію симптоматики особи з певним психічними порушенням з акцентом на обов'язковому пом'якшенні клінічної картини [4].

На жаль, ці ідеологічні відмінності не втілилися в відмінності практично. Практика психологічної реабілітації залишилася в основному подібною з практикою лікування. Програми підготовки фахівців сфери психологічної реабілітації, що передбачають включення унікальних методик та навичок реабілітаційної діяльності чи відсутні, чи висвітлюють в основному теорію та методики лікування. Ідеологічні відмінності між лікуванням та реабілітацією виявилися на практиці реабілітації лише тим, що реабілітація може проводитись і не в лікувальних закладах.

Таблиця 1.1.

**Традиційно виділені відмінності між
лікуванням та реабілітацією**

	Лікування	Реабілітація
Мета	«Лікарування», редукція симптоматики або розвиток терапевтичного інсайту	Поліпшення функціонування у специфічному оточенні
Основна теорія	Основається на безлічі теорій причинності, які визначають характер втручання	Немає теорій причинності
Спрямованість	Минуле, теперішнє, майбутнє	Теперішнє, майбутнє
Зміст діагнозу	Оцінює симптоми та можливі причини їх появи	Оцінює збережені можливості особи з порушеннями і надає підтримку ззовні
Основні методи	Психотерапія, фармакотерапія	Навчання навичкам, програмування навичок, координація ресурсів, модифікація ресурсів
Історичне коріння	Психодинамічна теорія, соматична медицина	Розвиток гуманітарних ресурсів, професійна реабілітація, фізична реабілітація, клієнт-орієнтована терапія, спеціальне навчання

Зауважимо, що у сфері охорони психічного здоров'я із появою реабілітаційного підходу відкрилося нове поле діяльності. Безліч потреб осіб із психічними порушеннями не охоплено існуючими службами. Однак, якщо сфера психологічної реабілітації призначена для принесення значної користі системі охорони психічного здоров'я, то зрештою для тих, кому ця система покликана служити, вона повинна ґрунтуватися не тільки на вдалому виборі часу або старанні окремих осіб. Бо ці останні фактори, хоч і є спонукаючими, не дають гарантії досконалого та ефективного обслуговування клієнтів. Кінцева ефективність сфери реабілітації буде ґрунтуватися на вдосконаленні співвідношення знань та умінь тих, хто в цій сфері працює, структурі програм, які вони розвивають, та характеристиках систем, що підтримують ці програми.

На думку дослідників, психологічна реабілітація може досягатися тільки в результаті сукупності дій в рамках усіх названих вище напрямків, бо тільки в ході їх реалізації можливо повноцінне відновлення здатності індивіда до соціального функціонування [4].

Психологічна реабілітація не повинна бути спрямована на те, щоб сформувати утримання, який задовольняється соціальним статусом одержувача допомоги. Весь комплекс заходів соціальної реабілітації спрямований на відновлення та розвиток активного соціального суб'єкта, особистості, здатної до вольових зусиль, трудової мотивації, саморозвитку.

Психологічна реабілітація проводиться у індивідуальному чи груповому форматі.

Індивідуальна психологічна реабілітація – це робота з психологом віч-на-віч. Цей формат дозволяє психологу приділити увагу індивідуальним потребам клієнта та забезпечити максимальну конфіденційність.

Групова психологічна реабілітація – це робота з групою людей, які мають схожі проблеми. Цей формат дозволяє клієнтам отримати підтримку «колег» по групі, дізнатися про досвід інших людей і навчитися новому.

Тривалість психологічної реабілітації залежить від особистих потреб клієнта та його проблеми.

1.2. Характеристика, перебіг та прояви психічних порушень

Психічні порушення є складною та різноманітною групою медичних станів, які впливають на емоційний, психологічний та когнітивний стан особи. Ці порушення можуть виникати з численних причин, включаючи генетичні фактори, навколишнє середовище, стрес та травми [5].

Порушення психічного характеру представляють собою широкий спектр патологій, спровокованих зміною психіки людини. Ці зміни прямо чи опосередковано впливають на спосіб життя людини в соціумі, її працездатність, здатність виконувати щоденні завдання та адекватно сприймати події, що відбуваються навколо. Такі порушення здатні серйозно деструктивно впливати на загальну якість життя людини: її соціальні взаємодії, можливість самореалізації, виконання щоденних завдань і адекватне сприйняття того, що відбувається навколо. Без своєчасної та ефективної допомоги фахівців, психічні порушення та захворювання схильні до прогресування та посилення наслідків [13; 21].

З урахуванням широкого різноманіття психічних порушень, ознаки та симптоми їхнього прояву можуть суттєво відрізнятися. Вони залежать від типу порушення психіки, його тяжкості, індивідуальних особливостей пацієнта та інших обставин, здатних впливати на симптоматику в конкретний період часу. Тобто симптомокомплекс психічних порушень у чоловіків та жінок прямо залежить від типу та групи конкретного порушення. Визначити точний тип порушення можна лише після комплексного обстеження у психіатра.

У сучасній психіатрії наразі використовується етіопатогенетична класифікація психічних порушень. В її основі лежить наявність чи

відсутність в етіопатогенезі значущих екзогенних впливів та наявність чи відсутність органічного субстрату порушення ЦНС.

Детальніше розглянемо у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Етіопатогенетична класифікація психічних порушень

Група захворювань		Класифікуючі ознаки	Основні нозологічні форми
Ендогенні		* (-) ** (-)	Шизофренія Маніакально-депресивний психоз Функціональні психози пізнього віку
Ендогенно-органічні		* (-) ** (+)	Епілепсія Атрофічне захворювання головного мозку
Екзогенні		* (+) ** (-)	Симптоматичні психози (при «загальних» інфекціях, інтоксикаціях, соматичних захворюваннях)
Екзогенно-органічні		* (+) ** (+)	Психічні порушення при судинних захворюваннях, черепно-мозкових травмах, пухлинах, «мозкових» інфекціях
Психогенії		залежність від психотравмуючих впливів	Невротичні реакції Невротичні стани Реактивні психози
Патології розвитку	особистості	конституційно обумовлені стійкі патологічні стани	Психопатії
	інтелекту		Олігофренії
* - наявність (+) або відсутність (-) етіопатогенетичних значимих екзогенних впливів; ** - наявність (+) або відсутність (-) органічного субстрату ураження ЦНС.			

Таким чином, згідно цієї класифікації виділяють [14]:

1. Ендогенні захворювання (відсутні чіткі зовнішні причини, відсутні грубі органічні порушення ЦНС): шизофренія; маніакально-депресивний психоз; функціональні психози пізнього віку (інволюційна депресія, інволюційний параноїд).

2. Ендогенно-органічні (відсутні чіткі зовнішні причини, наявні органічні порушення ЦНС): епілепсія (генуїнна); атрофічні захворювання головного мозку (хвороба Альцгеймера, Піка).

3. Екзогенні (є зовнішній чинник, нема органічної патології ЦНС): симптоматичні психози при інфекціях, інтоксикаціях, соматичних хворобах.

4. Екзогенно-органічні (є і перше, і друге): при судинних, травматичних, пухлинних захворюваннях головного мозку, «мозкових» інфекціях).

5. Патології розвитку (конституційно зумовлені, стійкі патологічні стани) особистості (психопатії) інтелекту (олігофренії).

6. Психогенії (функціональні непсихотичні психічні розлади, пов'язані з негативними психологічними впливами – психотравмами).

Фахівці відзначають, що всі психічні порушення у жінок та чоловіків мають комплекс основних симптомів, зокрема [21]:

- гостре або часткове порушення мислення, поведінки чи настрою;
- спотворення логічного сприйняття дійсності, психічний розлад особистості;
- невідповідність подій до виражених емоцій: наприклад, коли трапляється трагедія, людина демонструє задоволення чи сміх;
- незначні чи явні відхилення загальноприйнятих норм поведінки;
- виразний психологічний дискомфорт;
- надмірна тривога, фобії, занепокоєння;
- розлади сну: сонливість вдень, безсоння вночі, пробудження вночі, складнощі із засинанням;
- галюцинації, маячні думки, параноя, психоз;
- зміна статевого потягу;

- низька самооцінка, невпевненість у собі;
- перманентне почуття пригніченості, смутку та розпачу;
- безконтрольне вживання наркотиків, алкоголю та інших токсичних речовин, що мають здатність змінювати свідомість;
- зниження концентрації уваги, проблеми із запам'ятовуванням, порушення мислення;
- низька стійкість до стресових ситуацій, проблеми з вирішенням повсякденних завдань.

Вищезазначені симптоми при нервово-психічних порушеннях можуть проявлятися як окремо, так і в комплексі.

Ознаки психічних порушень у чоловіків та жінок часто схожі, але в деяких випадках вони можуть відрізнятися – це пов'язано з біологічними особливостями обох статей, соціальними факторами та культурними впливами. Як правило, у чоловіків яскраво виражена агресивна поведінка, а у жінок істеричність і різкі зміни настрою.

Порушення психіки виникають у людей усіх вікових груп, незалежно від статі та соціального статусу. Вони можуть бути спровоковані різними факторами, а також поєднанням декількох причин, що ускладнює їх діагностику. Тому усунення першопричини та усунення наслідків, є основою успішного лікування всіх розладів психіки.

Психічні порушення та розлади поведінки можуть бути обумовлені широким спектром зовнішніх та внутрішніх факторів. Але у всіх випадках об'єктом ураження стає головний мозок [7].

До внутрішніх причин відносять:

- черепно-мозкові травми, доброякісні та злоякісні пухлини головного мозку;
- численні інфекційні захворювання, що прямо впливають на мозок або провокують його інтоксикацію;
- цукровий діабет, перенесений інсульт та інші патології, що вражають органи та системи організму – як правило, виникають у людей старшого віку;
- вроджені аномалії та вади.

До зовнішніх причин відносять:

- неправильне виховання дитини, наявність систематичних гострих конфліктів з однолітками, домашнє насильство;
- вплив на організм низки хімічних сполук, у тому числі: отруєння хімікатами, отрутами, лікарськими препаратами, алкоголем тощо;
- систематичні стресові ситуації, нервові перенапруги.

Визначити точну причину розвитку хронічного чи гострого психічного порушення може лише фахівець після комплексної діагностики організму.

Відповідно до чинного міжнародного класифікатора МКХ-10, існує кілька різновидів психічних порушень. До найпоширеніших відносять [39]:

- симптоматичні та органічні психічні розлади;
- розумова відсталість;
- розлади, пов'язані із вживанням психоактивних наркотичних речовин;
- порушення психічного розвитку;
- соматоформні, невротичні та стресові розлади;
- підліткові та дитячі емоційні порушення;
- широкий спектр порушень, пов'язаних із фізіологічними патологіями організму;
- пограничні психічні порушення;
- інші психічні порушення.

Кожна з вище представлених груп має власні причини виникнення та симптоматичні особливості.

Взагалі існує досить велика кількість різних психічних розладів, які мають власні унікальні характеристики та симптоми. Згідно зі статистикою, у 2022 році понад 25% населення України мали якісь психічні розлади різної виразності [15]. Найбільш розповсюдженими серед них є:

1. Депресивні розлади: сезонна, мажорна та хронічна депресія.
2. Тривожні порушення: неврози, психози, панічний, соціальний, загальний тривожний розлад та ПТСР (посттравматичний).

Супроводжуються слабко контрольованим чи неконтрольованим високим почуттям тривоги.

3. Фобічні порушення: небезпечні психічні розлади психіки, що супроводжуються гострим страхом перед конкретним предметом, твариною, об'єктом, річчю, особистістю тощо.

4. Біполярний розлад: 1-2 типи (з екстремальними коливаннями настрою), циклотимія.

5. Розлади особистості: гістріонічний, антисоціальний, межовий розлад особистості.

6. Соматоформні порушення: соматизований, розлад соматичної симптоматики;

7. Розлади харчової поведінки: булімія, анорексія (нервові).

Вище представлено лише частину різноманітності порушень психіки, які зустрічаються у пацієнтів в Україні. Лікування психічних порушень кожного виду потребує індивідуального підходу від фахівця, який врахує особливості пацієнта.

Гострі та хронічні психічні порушення можуть мати приступоподібну, безперервну та змішану течію. Особливості форм прояву:

1. Нападopodobний перебіг хвороби характеризується наявністю інтервалів здорового мислення, за якими відбувається порушення. Інтервали можуть мати різну тривалість, а напади інтенсивність.

2. Безперервний перебіг супроводжується постійним посиленням та ускладненням симптомів.

3. Змішана течія – найскладніша для діагностики форма, що характеризується наявністю змішаних фаз прояву захворювання. Дані фази можуть бути представлені афективними та афективно-маячними розладами.

Існує комплекс спеціалізованих діагностичних методів, спрямованих на визначення порушень психіки різних типів та складності. Діагностика може проводитись у стінах спеціального закладу або вдома у пацієнта (для цього замовляється послуга виїзду фахівця додому).

Основні методи діагностики психічних порушень та захворювань [35]:

1. Клінічне інтерв'ю – найважливіший метод діагностики патологій психіки, спрямований на виявлення особливостей мислення, емоційного стану, поведінки, і навіть об'єктивності сприйняття реальності пацієнтом.

2. Психометричні тести – допомагають виявити конкретні аспекти психологічного функціонування: тест на рівень тривожності, тест на настрій, тести особистості тощо.

3. Спостереження – лікар спостерігає за реакцією пацієнта на ті чи інші подразники/ситуації, отримує інформацію про поведінкові особливості хворого.

4. Лабораторні аналізи – крові, електроенцефалографія, комп'ютерна томографія, генетичні аналізи тощо.

Ускладнення психічних порушень можуть мати різні прояви та нести різний рівень небезпеки для психофізичного стану людини. При цьому вони, безперечно, призводять до погіршення психічного стану людини та зниження загальної якості її життя.

Ускладнення психічних захворювань:

- деградація особистості – характеризується зміною особистості людини, яка втрачає інтерес до речей, що раніше цікавили, знижується мотивація, втрачається контроль над поведінкою та емоційною регуляцією;
- зниження якості життя – обмежуються повсякденні активності, відбувається соціальна ізоляція, виникають проблеми у відносинах із близькими, на роботі чи навчанні;
- думки та спроби суїциду є частим ускладненням, здатним призвести до тяжких наслідків для фізичного здоров'я та життя людини.

Особливо уважними мають бути члени родини осіб, що мають порушення психіки, оскільки це саме ті люди, які бачать таку особу найчастіше, комунікують із нею та здатні помітити перші прояви тих чи інших психічних порушень задля вчасного звернення до спеціаліста.

Складність розпізнавання психічних порушень полягає в силі звички: спостерігаючи за членами сімей день у день, ми звикаємо до їхніх «дивацтв»; акцентуації та особливості розвитку сприймаються як милі примхи, що становлять особливість особистості. Іноді акцентуації та неврози переходять на рівень психічного порушення, що ускладнює функціонування людини в суспільстві, тоді особі вже потрібна допомога фахівця.

Звернутися по допомогу вчасно можна лише за умови, якщо родичі вміють відрізнити психоз від неврозу, а розлад особистості та невропатію – від проявів індивідуальності. Для цього не потрібно ставати експертом; питання діагностики слід надавати фахівцям, а в побуті достатньо розуміти, що з людиною відбувається щось не звичайне.

При гострих психозах утворюється продуктивна симптоматика: галюцинації, марення, ілюзії, сенестопатії тощо. При виявленні продуктивних симптомів показана термінова госпіталізація, оскільки пацієнт може завдати шкоди собі та оточуючим; при порушеннях допсихотичного рівня продуктивні симптоми відсутні.

Дефіцитарні, або негативні симптоми є проявами патопсихологічного процесу і вказують на порушення вищих психічних функцій. Наприклад, у дітей складно відрізнити порушення психічного розвитку від дефіцитарного стану; тут слід орієнтуватися на вікові норми, а в сумнівних випадках показати дитину дитячому неврологу чи психіатру [6].

Родичі осіб, що страждають на психічні порушення, мають пам'ятати та розуміти, що такі особи – не найприємніший у спілкуванні контингент: психотип, занурений у свою внутрішню реальність, може виявляти агресію, ображати домочадців, псувати речі, заперечувати свій діагноз та відмовлятися від лікування та реабілітації.

До негативних симптомів відносять апатію, астенію, абулію, асоціальність, мовленнєву та рухову загальмованість, порушення пам'яті, мислення, уваги та афекту. Залежно від порушеної функції симптоми

психічних порушень поділяються на функціональні групи, загальні для неврозів та психозів, що розглянемо у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Функціональні групи психічних порушень

Група порушень	Симптоми психічних порушень
Порушення мислення	прискорення та уповільнення мислення, непослідовні та безладні судження, маячні, нав'язливі та надцінні ідеї, втрата критичності, спотворені уявлення про себе, світ та людей
Порушення настрою	пригнічення, бурхливий вираз радості, зниження гостроти емоцій, різкі коливання настрою без видимих причин
Підвищена тривожність	іраціональні та невмотивовані страхи, напади паніки, постійне очікування неприємностей, погані передчуття
Порушення вольового спектру	підвищена або знижена мовна та рухова активність, посилення чи ослаблення спонукань, абулія, відмова від мовного контакту, ступор, стереотипні рухи, безглузде повторення чужих слів та дій, негативізм – відмова від взаємодії
Порушення сприйняття	галюцинації, ілюзії, дереалізація та деперсоналізація, незвичайні відчуття в тілі, порушення зорового сприйняття – спотворене сприйняття кольору, форми, розміру, руху та положення об'єктів у просторі
Поведінкові порушення	порушення громадських норм і правил пристойності, уникнення соціальних контактів, невмотивована агресія чи дурість, недоречні жести, слова та емоції, дивний одяг, залежності
Порушення уваги	порушення спрямованості та вибіркової, зниження обсягу та концентрації, підвищене відволікання та виснажуваність уваги
Соматичні та психогенні вегетативні розлади	скарги на дискомфорт та болючість у різних органах та частинах тіла, стиснене дихання, серцебиття та інші медичні проблеми без видимих ознак захворювання

Можливо, докази про необхідність проходження реабілітації будуть прийняті до уваги, якщо не тиснути на людину, шанобливо ставитись до її почуттів та страхів. Треба пропонувати, але не наполягати; особі з психічними порушеннями простіше повірити, що про неї піклуються, якщо замість нотацій вона отримує емоційну підтримку та всю інформацію про свій стан [28]:

- основні симптоми порушення;
- причини та фактори порушення психічного здоров'я;
- можливі методи реабілітаційної діяльності;
- застосовувані препарати та принцип їх дії.

Для мінімізації ризиків розвитку ускладнень психічних порушень лікування та реабілітаційні дії необхідно починати на ранніх етапах їх розвитку. Такий підхід дозволить суттєво знизити тяжкість наслідків або повністю запобігти їм. Наприклад, своєчасне лікування панічних атак дозволяє уникнути розвитку панічного розладу, у якому гостре відчуття паніки стає перманентним.

1.3. Особливості реабілітаційного процесу при роботі з людьми, що страждають на психічні порушення

Для успішного проведення реабілітаційних заходів та досягнення поставлених конкретних цілей у кожному конкретному випадку необхідно дотримуватися основних принципів реабілітації: комплексність, ранній початок, етапність, наступність, безперервність, послідовність, індивідуальний підхід, активна участь клієнта у реабілітаційному процесі [5]. Ці принципи були сформульовані та висвітлені у працях багатьох сучасних учених реабілітологів. Однак перш, ніж зупинитися на кожному з вищезазначених принципів слід сказати, що понад тридцять років тому вченими у сфері клінічної психології були сформульовані основні принципи реабілітації, які, поряд із їх значенням для теорії реабілітації, є практичним

орієнтиром для складання конкретних реабілітаційних програм. Звучать вони так [14; 44]:

1. Принцип різнобічності зусиль – здійснює облік всіх сторін реабілітації кожного хворого. Його основу складає реалізація медико-педагогічних та лікувально-відновлювальних завдань за умови перебудови відносин особистості на необхідному для реабілітаційних цілей напрямку.

2. Принцип єдності психосоціальних та біологічних методів впливу передбачає комплексність застосування лікувально-відновних заходів. При цьому забезпечується патогенетична дія не тільки на дефектну функцію, але і на патологічний процес, що лежить в її основі, а також на особистість хворого з метою мобілізації її ресурсів для корекції патологічних реакцій та вторинних нервово-психічних порушень.

Розуміння патофізіологічної сутності хвороби дозволяє регулювати вплив на процес відновлення, адаптації та компенсації.

3. Принцип ступінчастості (перехідності) проведених впливів доводить поетапне призначення відновлювальних заходів із урахуванням динаміки функціонального стану хворого.

4. Принцип партнерства передбачає співпрацю пацієнта та лікаря при керівній та направляючій ролі останнього. Дотримання цієї умови дозволяє здійснювати цілеспрямовану психологічну підготовку до відновного лікування, успіх якого значною мірою залежить від активності особи з певними порушеннями психічного здоров'я.

Зауважимо, що в останні два десятиліття реабілітація осіб, які страждають на психічні порушення стала одним із напрямів, що найбільш динамічно розвиваються в психологічній науці. У професійному середовищі цю сферу часто позначають психосоціальною реабілітацією. Серед причин значимості цього напрямку – необхідність розвитку служб медико-соціальної допомоги особам, які страждають на психічні порушення, альтернативних лікарняних, підвищення психологічної грамотності пацієнтів та членів їх сімей, населення загалом. У ряді наукових досліджень встановлено, що

заходи психосоціальної реабілітації мають значення в профілактиці загострень хвороб та дозволяють запобігти або зменшити частоту госпіталізацій [12; 27; 50].

У таблиці 1.4 розглянемо взаємозв'язок основних принципів психологічної реабілітації, визначених понад тридцять років тому та основних принципів реабілітації з позицій сучасних авторів.

Таблиця 1.4

Взаємозв'язок принципів реабілітації

Погляди попередників	Сучасні погляди
Принцип різнобічності зусиль	Комплексність Індивідуальний підхід
Принцип єдності психосоціальних та біологічних методів впливу	Індивідуальний підхід
Принцип ступінчастості (перехідності) проведених впливів	Ранній початок Безперервність Етапність Послідовність Спадкоємність
Принцип партнерства	Індивідуальний підхід Активна участь особи з порушенням психіки у реабілітаційній програмі

Варто відмітити, що в осіб, які страждають на психічні порушення, в силу специфічності захворювання виникає ряд серйозних проблем: знижується рівень адаптації, з'являються труднощі в результаті стигматизації з боку суспільства та самостигматизації, ускладнюється процес отримання освіти. Внаслідок психічного порушення людина може втратити роботу, змінюється її трудовий статус. Поміщення особи, яка страждає на психічні порушення, в лікарню на тривалий термін призводить до її ізоляції від суспільства та рідних, розриву соціальних зв'язків, обмеження соціального

функціонування. Маючи низькі адаптаційні здібності, велику вразливість з погляду матеріального благополуччя, рівня здоров'я, внутрішньо сімейного клімату, особи, які страждають на психічні порушення, опиняються перед безліччю невирішених проблем. Реабілітація таких осіб спрямована на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, спричинених порушенням психічного здоров'я, з метою покращення якості життя, їх соціальної адаптації та інтеграції у суспільство.

Реабілітацію осіб, які страждають на психічні порушення, можна визначити як систематичний процес повного або часткового відновлення здібностей до побутової, суспільної та професійної діяльності. Зважаючи на пильну увагу до питань соціального захисту осіб, які страждають на психічні порушення з боку держави, концепція реабілітації таких людей отримала останнім часом великий розвиток. Вона включає професійну, соціальну та медичну складові. Такий комплексний підхід торкається відразу усіх сторін життєдіяльності осіб з психічними порушеннями, і це вкрай важливо, оскільки використання лише однієї медичної моделі реабілітації означає односторонню оцінку явища [50].

Реабілітація людей, які мають психічні порушення має свої особливості, що пов'язані насамперед з тим, як ми зазначили вище, що при психічних порушеннях, як ні при яких інших, серйозно порушуються соціальні зв'язки й відносини. Реабілітація таких осіб подається як відновлення та збереження їх індивідуальної та суспільної цінності, їхнього особистого та соціального статусу. Основою всіх реабілітаційних заходів, усіх методів впливу є апеляція до особи з порушенням. Реабілітація є одночасно і метою відновлення або збереження статусу особистості, а також і процесом та методом підходу до людини, що страждає на психічні порушення [15; 21].

Усі реабілітаційні заходи мають бути націлені на залучення самої людини до лікувально-відновного процесу. Реабілітувати людину без її активної участі у цьому неможливо. Як ми вже зазначали, головним завданням лікувально-активуючих режимів є запобігання розвитку

госпіталізації та створення можливостей для успішної реадaptaції осіб з психічними порушеннями в амбулаторних умовах. До того ж, всі реабілітаційні заходи мають здійснюватись поетапно [32].

Перший етап – відновна терапія запобігання формуванню дефекту особистості.

Другий етап – реадaptaція різних психосоціальних впливів на особу з порушеннями.

Третій етап – можливе більш повне відновлення прав людини у суспільстві, створення оптимальних відносин її з оточуючими, надання допомоги у побутовому та трудовому устрої.

Таким чином, можемо констатувати, що реабілітаційні впливи мають бути різноплановими та різнобічними – це другий принцип реабілітації. Розрізняють психологічну, професійну, сімейно-побутову, культурно-освітню та інші сфери реабілітації.

Діалектична єдність соціально-психологічних та біологічних методів у подоланні психічного порушення – третій принцип реабілітації: біологічні методи лікування, соціо- та психотерапія, реабілітація мають проводитися в комплексі.

Четвертий принцип реабілітації – принцип ступінчастості перехідності – зводиться до того, що всі реабілітаційні впливи повинні поступово наростати і нерідко перемикатися з одного на інший.

Психосоціальна реабілітація є відновленням чи формуванням недостатніх або втрачених внаслідок хвороби навичок, знань, умінь взаємодіяти, вирішувати проблеми, які забезпечують їх інтеграцію у суспільство. Поняття психосоціальної реабілітації засноване на біопсихосоціальній моделі захворювання в психіатрії [39; 53]. Це означає, що особа, яка страждає на психічні порушення, розглядається тепер не тільки як хворий, який потребує медичної допомоги, але і як повноправний член суспільства, який потребує соціального захисту. Таким чином, на

сьогоднішній день соціальний компонент реабілітації набуває важливого значення.

Соціалізація осіб, які страждають на психічні порушення, можлива завдяки проведенню комплексу заходів у системі соціальної реабілітації. Соціальна частина психосоціальної реабілітації включає різні її форми, які можуть бути зведені в дві групи [22]:

- 1) надані психіатричними та іншими соціальними установами або їх структурними підрозділами;
- 2) функціонально пов'язані з певними установами, але надані безпосередньо у суспільстві.

Перші з названих форм можуть бути умовно названі спеціальними, а другі – загальними. У першу групу входять такі заходи:

1. Групові та індивідуальні форми психосоціальної терапії в медичних установах;
2. Освіту у загальних чи спеціальних освітніх установах;
3. Підготовче самотійне проживання у виділеній квартирі при лікувальному закладі;
4. Гуртожитки для осіб, які втратили соціальні зв'язки;
5. Різні варіанти групових будинків – з медичним, з соціальним обслуговуванням та ін.

До другої групи можна віднести:

1. Сімейну терапію;
2. Тренінг соціальних навичок;
3. Особистісну терапію;
4. Групи взаємодопомоги пацієнтів та їх родичів та ін.

Найбільш істотне значення щодо соціальної реабілітації мають заходи спеціального характеру, здійснювані психіатричними, психоневрологічними чи іншими соціальними установами.

Зауважимо, що серед осіб, що мають порушення психічного здоров'я досить багато людей, які у зв'язку з хронічним перебігом захворювання,

тривалим перебуванням у лікарні, поступово втрачають соціальні зв'язки, позбавляються соціально-побутового устрою, потрапляючи до категорії осіб без певного місця проживання. У зв'язку з цим організація гуртожитків для проживання та адаптації осіб, які страждають на хронічні психічні порушення, є важливим напрямом діяльності відповідних суб'єктів у сфері соціальної реабілітації категорій громадян, які могли б знайти тут притулок та підтримку, проживали б у прийнятних соціальних та житлово-побутових умовах, поверталися до трудової діяльності, відновлювали або встановлювали нові соціальні зв'язки. Гуртожитки можуть організовуватися при психіатричній лікарні, психоневрологічному диспансері, інших лікувально-профілактичних установах, які надають допомогу таким особам, на правах його структурного підрозділу [26].

Головною метою організації гуртожитків є устрій побуту із поверненням осіб, що страждають на психічні порушення до активного життя в суспільстві, формування у них позитивних соціальних установок за допомогою реабілітаційних програм, психосоціального лікування, працевлаштування.

Установи для соціального обслуговування осіб із психічними порушеннями можуть мати різні назви (будинки-інтернати, пансіонати тощо). Поміщення у психоневрологічній установі соціального обслуговування повнолітньої дієздатної особи здійснюється за її особистою заявою, тобто є виключно добровільною. Для неповнолітніх віком до 18 років та осіб, визнаних в установленому порядку недієздатними, поміщення до такої установи здійснюється за рішенням органу опіки та піклування [18; 49].

Таким чином, сучасні реабілітаційні підходи націлені насамперед на особистість людини, що має психічні порушення, розвиток втрачених навичок та активацію компенсаторних механізмів. Якщо ж ступінь неспроможності особи не дозволяє їй функціонувати без сторонньої допомоги, то піклування про неї беруть держава і суспільство. У такому разі держава або уповноважені нею суб'єкти (наприклад, органи опіки та

підкування) повинні здійснювати координацію діяльності громадських організацій, що об'єднують осіб, які страждають на психічні порушення та членів їх сімей, а також контроль за дотриманням прав та інтересів таких осіб.

Висновки до 1 розділу

Отже, проаналізувавши теоретичний матеріал, викладений у першому розділі, можемо зробити наступні висновки.

Реабілітація осіб, що страждають на психічні порушення є найважливішим етапом у лікуванні таких людей, їх відновленні та поверненні до соціуму, зниження ризику рецидиву. Ефективність реабілітаційної діяльності багато в чому залежить від інтенсивності та якості, оскільки саме ця діяльність стала невід'ємною частиною психологічної допомоги у світовій практиці.

Концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і подальше пристосування людини до життя та праці.

Реабілітація осіб з психічними порушеннями має свої особливості, що відрізняють її від реабілітації, наприклад, при алко- та наркозалежностях або при реабілітації осіб з серцево-судинними захворюваннями. Ці особливості пов'язані в першу чергу з тією обставиною, що при психічних захворюваннях, як ні за яких інших, серйозно порушуються соціальні зв'язки та стосунки з оточуючими. Тому реабілітація осіб з психічними порушеннями є, передусім, їх ресоціалізацією, яка має на меті відновлення (збереження) індивідуальної та суспільної цінності таких людей, їхнього особистого та соціального статусу.

Важливим принципом реабілітаційних заходів є те, щоб включити саму людину до лікувально-відновного процесу, залучити її якнайбільше до співучасті у відновленні тих чи інших порушених функцій (наприклад, пам'яті чи уваги) чи соціальних зв'язків: трудових, сімейних та ін. Реабілітацію осіб, що страждають на психічні порушення можна назвати принципом партнерства. Ресоціалізувати таку людину без її активної участі неможливо. Добре відомо, що навіть лікарське лікування краще допомагає, коли хворий у нього вірить, довіряє авторитету лікаря, який призначив йому ті чи інші ліки. Тим більше авторитет психолога чи психіатра для людей із

психічними порушеннями, який заслуговується не просто, дає безперечні позитивні результати протягом усього курсу реабілітаційної роботи.

Паралельно з роботою з пацієнтом проводиться психокорекційна робота з найближчими родичами (батьками, дружиною, чоловіком та ін.) спрямована на створення адекватних уявлень про порушення та особливості особистості, уміння своєчасно пом'якшити конфліктні напружені ситуації. Така робота забезпечує в результаті більш тривалі ремісії, покращує сімейну атмосферу, а також дає більш ясну і чітку картину майбутнього і підвищує рівень якості життя.

В даний час встановилася міцна тенденція розглядати проблеми психічного здоров'я та можливої внаслідок цього психіатричної інвалідності у контексті найближчого оточення пацієнта. Сім'я безперечно є найбільш значущим джерелом підтримки у досягненні успішного соціального пристосування та ефективного функціонування особи.

При цьому на найближчих родичів покладається велика відповідальність, оскільки в їхніх руках виявляється можливість суттєво допомогти такій людині, покращивши якість життя як її самої, так і всіх людей, що її оточують.

Таким чином, реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні осіб, що страждають на психічні порушення будь-якого спектру, при цьому має свої особливості, що відрізняють її від інших видів реабілітації.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ У СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

2.1. Методичні засади та етапи проведення психологічного дослідження

Принципові положення методології дослідження осіб з психічними порушеннями зберігають своє значення незалежно від того, чи стаціонарується хворий у психіатричну лікарню чи потребує активного динамічного спостереження поза її межами.

Загальним принципом обстеження осіб із психічними порушеннями є комплексне використання клінічних та параклінічних методів. Щодо цього немає принципових відмінностей між обстеженням психічно та соматично хворих. Зміст клінічного та параклінічного обстеження осіб, що страждають на психічні порушення, природно, відрізняється переважною спрямованістю; при цьому мають на увазі насамперед стан психічної діяльності, проте ця спрямованість не виключає, а передбачає не менш ретельне дослідження всієї соматичної сфери [37].

Загальні правила обстеження людей із психічними порушеннями припускають індивідуалізацію методів дослідження у кожному даному випадку.

Клінічне обстеження осіб із психічними порушеннями починається з уважного вивчення деталей їх поведінки з того часу, як така людина увійшла до кабінету лікаря. У особи збирають анамнез, складовими розділами якого мають бути: а) спадковість, дані про близьких родичів (по прямій та бічній лінії); б) історія життя, включаючи формування характеру у різні періоди життя (дитинство, пубертатний, зрілий вік, період еволюції), етапи інтелектуального становлення, перенесені захворювання; детально висвітлюються періоди трудової діяльності; в) історія виникнення порушення та його динаміка [28; 37].

Анамнез за словами особи обов'язково доповнюється об'єктивним анамнезом, зібраним у родичів, товаришів по службі та інших осіб, які добре знають хворого. Після цього хворий піддається ретельному соматичному обстеженню. У соматичному статусі відзначається зовнішній вигляд хворого, стан внутрішніх органів. Неврологічне обстеження проводиться з такою ж ретельністю і послідовністю, як у осіб, які страждають на неврологічне захворювання і обстежуються у невропатологів. Необхідність цих досліджень визначається тим, що ряд психічних порушень виникає в результаті хронічного соматичного страждання або органічного ураження головного мозку та деякі з них діагностуються за наявності типових та специфічних симптомів. Прикладом може бути симптом Арджиль-Робертсона та інших неврологічних порушень, характерних для сифілітичного ураження центральної нервової системи. Виразність вегетативної лабільності має значення при діагностиці ревматичного ураження головного мозку. При судинних психозах відзначається низка соматичних розладів, що підтверджують генезис захворювання.

При описі психічного статусу методично правильно об'єктивно викладати отримані дані, уникаючи їхньої кваліфікації. Наприклад, неправильно писати: «У обстежуваного галюцинації і марення переслідування». Слід писати: «обстежуваний розповів про те, що чує голоси всередині голови неприємного змісту. Впевнений, що голоси належать його переслідувачам...» тощо. При цьому важливо описати і додаткові симптоми, що свідчать про наявність галюцинацій та марення: поведінка людини, вираз обличчя, особливості афективної сфери тощо [40].

Заключна частина опису огляду містить висновки лікаря про попередній або, якщо це досить очевидно, остаточний діагноз з рекомендаціями необхідних досліджень, організаційних та лікувальних заходів.

Як метод, що доповнює клініко-психопатологічне обстеження осіб з психічними порушеннями у статичній та динамічній використуються основи патопсихології, що знайшла свій розвиток у працях багатьох вітчизняних

патопсихологів. Методики складені із серії експериментальних завдань, що дозволяють уточнити глибину та характер порушень різних сторін психічної діяльності. Методи класифікації предметів, виключення з групи споріднених предметів, предмета, з ними не пов'язаного, дослідження розуміння переносного сенсу прислів'їв та приказок, порівняння та визначення понять, метод опосередкованого запам'ятовування використовуються для виявлення інтелектуальних розладів. Для дослідження емоційно-вольових порушень та процесу уваги застосовуються метод встановлення рівня домагань, коректурна проба та інші методики. Асоціативний експеримент дозволяє отримати важливі дані щодо як емоційної, так і інтелектуальної сфер. Психологічні дослідження проводяться в окремому кабінеті, без сторонніх подразників, які можуть спотворювати результат. Оцінка даних проводиться фахівцем в обов'язковому поєднанні з даними клініки.

Дослідження в рамках нашої дипломної роботи проводилося індивідуально з кожним обстежуваним в окремому кабінеті. Перед початком дослідження відбувалося знайомство з обстежуваним та отриманням від нього добровільної згоди на участь у дослідженні. Також з кожним пацієнтом погоджувався час, зручний для нього, оскільки з низки причин не всі могли одразу розпочати участь. Пацієнту повідомлялося про цілі дослідження та про конфіденційність отриманої інформації.

На першому етапі відбувалося отримання інформації про соціо-демографічні характеристики обстежуваного. Далі обстежуваному пропонувалося виконати методики, спрямовані на оцінку стану когнітивних функцій (HVLТ-R, таблиці Шульте, субтести «Повторення цифр» і «Шифрування» WAIS). На другому етапі пацієнт відповідав на питання клініко-психологічного інтерв'ю, а також на питання SCoRS, проводилися Методика Кеттелла для визначення рівня емоційної стійкості і емоційної чутливості та Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації В.В.Бойка. Нарешті, на завершальному етапі відбулася зустріч з лікарями досліджуваних

респондентів, яким пропонувалося оцінити комплаєнтність пацієнтів шляхом відповіді на запитання «Шкали медикаментозного комплаєнсу».

Після закінчення дослідження кожному обстежуваному та його лікарю було висловлено подяку за участь. За бажанням учасникам надавався зворотний зв'язок за результатами дослідження.

2.2. Характеристика вибірки та структури дослідження

Дослідження проводилося на базі Коростишівської центральної районної лікарні імені Д.І. Потехіна. Вибірку дослідження склали 70 осіб віком від 23 до 74 років, серед яких 38 жінок (54,3%) та 32 чоловіки (45,7%). Середню освіту мають 19 осіб (27,1%); середню спеціальну – 40 особа (57,1%); вищу (в тому числі незакінчену вищу) – 11 осіб (15,7%). Щодо сімейного стану обстежуваних, то 17 з них (24,3%) проживають на самоті; 31 особа (44,3%) проживають у батьківських сім'ях (за відсутності партнера); а спільно з партнером проживають 22 особи (31,4%). Третю групу інвалідності мають четверо пацієнтів (5,7%), другу – 21 пацієнт (30%), а не мають інвалідності відповідно 45 обстежуваних (64,3%). Щодо величини трудового стажу медіана становила 28,0 [1,0; 56,0]. Медіана за загальною кількістю рецидивів становила 5,0 [0,0; 31,0], медіана за середньою кількістю рецидивів за 2 роки захворювання становила 1,05 [0,0; 2,4], а медіана за тривалістю захворювання становила 8,5 [0,0; 53,0].

Критеріями включення до дослідження були: наявність діагнозу, що потрапляє в список МКХ-10 «Інші психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби» (F06) – всього 39 осіб; в список «Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, пошкодження або дисфункції головного мозку» (F07) – 21 особа; також до дослідження увійшли десять учасників, чиї діагнози не потрапляють до зазначених категорій, але клінічна картина захворювання яких обумовлена наявністю органічного фону. Критерієм включення була наявність поінформованої згоди пацієнтів щодо участі у дослідженні.

Як нами вже зазначалося вище, у дослідженні використовувалися клініко-психологічний та експериментально-психологічний методи.

Клініко-психологічний метод.

Напівструктуроване клініко-психологічне інтерв'ю (у формі анкети), що використовується в нашому дослідженні, складалося з питань, до більшості з яких було запропоновано кілька варіантів відповіді. Респондентам пропонувалося самостійно відповісти на кожне поставлене питання, а за наявності труднощів пропонувалося вибрати один або кілька варіантів відповіді.

В інтерв'ю торкнулися такі теми:

- симптоми порушення, найбільш тяжкі для людини;
- взаємини з лікуючим лікарем;
- побоювання щодо лікування та очікування від нього;
- ступінь задоволеності призначеним лікарським режимом;
- суб'єктивна оцінка ефективності лікування.

Також за допомогою інтерв'ю збиралася інформація про соціо-демографічні характеристики пацієнта, такі як вік, сімейний стан, рівень освіти на момент обстеження, наявність трудового стажу.

Крім клініко-психологічного інтерв'ю здійснювався аналіз карток медичних відомостей пацієнтів з метою отримання інформації про діагноз, тривалість захворювання, кількість рецидивів, наявність групи інвалідності. Також було отримано експертну оцінку лікарів про прихильність до лікування обстежених пацієнтів.

З експериментально-психологічних методик було використано такі:

1. Тест вербального навчання Хопкінса (Hopkins Verbal Learning Test - Revised, HVLT-R) був використаний для оцінки процесів вербального (слухомовного) навчання (швидкості, якості та ефективності засвоєння, запам'ятовування та відстроченого відтворення нової інформації);
2. Таблиці Шульте з метою оцінки обсягу, концентрації, стійкості уваги;
3. Субтести шкали оцінки інтелекту дорослих Д. Векслера (WAIS):

- субтест 5 «Повторення цифр» – для оцінки якості оперативної пам'яті та визначення об'єму пам'яті;

- субтест 7 «Шифрування» – для оцінки концентрації, розподілу та перемикання уваги, здатності утримувати зорові стимули в оперативній пам'яті;

4. Структуроване інтерв'ю з оцінки когнітивних функцій (SCoRS) – рейтингова шкала, що враховує когнітивні порушення та ступінь їх впливу на повсякденне функціонування;

5. «Шкала медикаментозного комплаєнсу», призначена для отримання експертної оцінки рівня дотримання лікарських рекомендацій пацієнтами;

6. Методика Кеттелла для визначення рівня емоційної стійкості і емоційної чутливості;

7. Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації В.В.Бойка.

Нижче наведено коротку інформацію про проведені методики.

1. Тест вербального навчання Хопкінса (Hopkins Verbal Learning Test - Revised, HVLT-R).

Методика HVLT була розроблена J. Brandt в 1990 р., і призначалася для оцінки вербального (слухомовного) навчання (швидкості, ефективності, якості засвоєння та запам'ятовування щодо нової інформації). Методика має 6 рівнозначних варіантів. Перевірка еквівалентності варіантів методики проводилася на вибірці, що складається з 129 здорових респондентів у віці від 19 до 77 років і мають принаймні середню освіту. Також було обстежено 45 пацієнтів з ознаками хвороби Альцгеймера, внаслідок чого було виявлено статистично значущі відмінності у показниках цих груп.

Кожен із 6 варіантів HVLT являє собою список з 12 слів, що відносяться до трьох семантичних категорій по 4 слова в кожній. У використовуваній нами версії слова ставилися до категорій «тварини», «дорогоцінне каміння» та «житло». Слова, що стосуються різних категорій, перемішані між собою. Обстежуваному дається інструкція, згідно з якою він повинен уважно слухати, поки експериментатор зачитує список слів, а потім відтворювати в

будь-якому порядку ті, які запам'ятав. Тест складається із трьох спроб. Після того, як респондент відтворив слова в 3-й раз, йому зачитується список із 24 слів, що включають 12 слів початкового списку, і ті слова, яких у ньому не було. Причому половина слів із тих, яких не було у списку, відноситься до тих же семантичних категорій. Обстежуваний повинен говорити «так», якщо слово, що пред'являється, було в первинному списку, і «ні» – якщо не було (Brandt J., 1991). Версія методики, розроблена J. Brandt, згодом була модифікована R. Benedict з співавторами, вони додали етап відстроченого відтворення 12 слів без попереднього пред'явлення, в результаті чого методика отримала назву HVLT-R.

При оцінюванні результатів загальна кількість слів, відтворених за три спроби, зіставляється з тією віковою категорією, до якої належить досліджуваний. Отримані бали переводять у проценти. Ступінь вираженості порушень короткочасної слухомовної пам'яті можна оцінити так: якщо показник більше 50% – норма, 20-50% – діапазон легкого зниження, менше 20% – діапазон помірного зниження, менше 5% – вираженого зниження, менше 0,1% – діапазон грубого зниження.

2. Таблиці Шульте.

Ця методика, розроблена Е. Шульте, запозичена з психології праці та використовується «для виявлення швидкості орієнтовно-пошукових рухів погляду, для дослідження обсягу уваги (до зорових подразників)». Також методика дозволяє оцінити концентрацію та стійкість уваги обстежуваного. Методика включає 5 таблиць розміром 60х60 см (або 50х50 см), на яких числа від 1 до 25 розташовані не по порядку, при цьому на кожній таблиці розташування чисел показано по-різному. Під час проведення дослідження спеціаліст повинен мати при собі секундомір та вказівку, довжиною трохи більше 30 см. Процедура проведення дослідження виглядає так: спеціаліст на декілька секунд демонструє обстежуваному таблицю, говорячи про те, що у цій таблиці числа перебувають у різному порядку. Потім таблиця прикривається, а обстежуваному дають інструкцію показувати за допомогою

вказівки та називати вголос усі числа по порядку від 1 до 25 якнайшвидше і при цьому постаратися не помилятися. Далі таблицю тримають вертикально перед обстежуваним, і за сигналом спеціаліста клієнт починає виконувати завдання. Час виконання роботи з таблицею фіксується спеціалістом за допомогою секундоміра. Після 1-ї таблиці обстежуваному пропонується без повторення інструкції виконати решту.

Оцінюючи результати, звертають увагу на час, протягом якого обстежуваний виконує кожну таблицю. Зазначається, що психічно здорові молоді люди витрачають на виконання однієї таблиці в середньому 40-45 секунд. Легкий ступінь розладів – 60-90 секунд, помірний – 90-120 секунд, а виражений ступінь – більше 120 секунд. Однак досвід роботи з даною методикою дозволяє зауважити, що показники, що наводяться, завищені, і діапазон норми можна зменшити приблизно до 25-35 секунд. У нормі виконання кожної таблиці має йти приблизно однаковий час. Іноді на виконання наступних таблиць обстежуваний витрачає менше часу, що свідчить про напрацьованість, тоді як уповільнення швидкості відшукування чисел може говорити про стомлюваність. Можна говорити про достатню концентрацію уваги, якщо час виконання обстежуваним кожної з таблиць відповідає нормативному, і про недостатню концентрацію – якщо час виконання таблиць перевищує нормативне. Якщо таблиці виконуються обстежуваним приблизно за однаковий час, можна говорити про те, що увага стійка, а якщо від таблиці до таблиці спостерігаються виражені коливання часу, що витрачається на них, можна говорити про низьку стійкість уваги.

Таблиці Шульте мають однаковий ступінь труднощів, а їх перевагою є можливість їх повторного використання, оскільки вони практично не запам'ятовуються. Проте недоліком даної методики є слабка опрацьованість критеріїв відхилення одержаних показників від норми.

3. Субтести «Повторення цифр» та «Шифрування» шкали оцінки інтелекту дорослих Д. Векслера (WAIS).

Шкала інтелекту дорослих (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS) була розроблена Д. Векслер у 1955 році. Методика використовується для визначення коефіцієнта інтелекту – IQ, що відбиває рівень розвитку здібностей обстежуваного зараз щодо його вікових норм. Для отримання нормативних даних Д. Векслер обстежив за допомогою WAIS вибірку з 1700 осіб з рівною кількістю жінок і чоловіків, що до неї входять. Оцінки за субтестами нормувалися виходячи з даних, отриманих від 500 випробуваних у віковій групі 20-34 років із загальної кількості обстежуваних. Виробляючи розподіл вибірки на вікові групи, Векслер ґрунтувався на уявленні про інтелект як нелінійну функцію віку: діапазон 16-24 років він розділив на 3 вікові групи, в діапазоні 25-64 року виділив 4 групи, а в діапазоні 65-75 років (і старше) – 3 групи. Коефіцієнти надійності у цій методиці рівні для вербального IQ – 0,96, для невербального – 0,93-0,94, а загального показника IQ – 0,97. Також WAIS має високу кореляцію із показниками інших тестів інтелекту.

Методика складається з 11 субтестів: вербальних («Поінформованість», «Розуміння», «Арифметичний», «Подібність», «Повторення цифр», «Словесний») та невербальних («Шифрування», «Деталі, що бракують», «Кубики Коса», «Послідовні картинки», «Складання фігур»). Субтести пред'являються обстежуваному в порядку їх нумерації, при цьому на виконання частини з них (головним чином, невербальних, а також субтесту «Арифметичний») відведено певну кількість часу. Спеціаліст повинен заздалегідь вивчити можливі відповіді досліджуваного, щоб під час проведення тесту одразу виставляти кількісні оцінки відповіді. У субтестах вербального розділу допускається ставити уточнюючі питання респонденту у разі, якщо його відповідь не може бути однозначно оцінена. Суми балів, набрані досліджуваним за субтестами, заносяться спеціалістом до стовпчика «попередні дані», а потім переводяться в шкальні оцінки. Шкальні оцінки за вербальними і невербальними субтестами підсумовуються, а їх сума, у свою чергу вписується у рядок «загальна оцінка». Далі, за допомогою спеціальних

таблиць тієї вікової групи, до якої належить досліджуваний, суми вербальних, невербальних оцінок та загальна оцінка переводять у відповідні показники IQ.

У своїй роботі ми використовували два субтести WAIS: субтест 5 «Повторення цифр» та субтест 7 «Шифрування».

Субтест 5 «Повторення цифр» спрямований на визначення обсягу пам'яті, а також оцінює якість оперативної пам'яті та активної уваги. Субтест складається з двох частин, що пред'являються досліджуваному окремо: повторення цифр у прямому та у зворотному порядку. Перед кожною частиною субтесту спеціаліст зачитує досліджуваному інструкцію, згідно з якою останній повинен відтворювати цифри після того, як спеціаліст закінчує зачитувати кожен числовий ряд. Кожна частина складається із рядів цифр, об'єднаних у серії по 2 спроби з однаковим числом цифр у кожній. У кожній серії числовий ряд продовжується на одну цифру. У першій частині завдання досліджуваний повинен повторювати цифри у тій послідовності, як вони були йому пред'явлені, у другій – відтворювати цифри у порядку. Якщо він правильно відтворює 1-у пробу цієї серії, спеціаліст одночасно переходить до 1-ї проби наступної серії; якщо ж випробуваний припускається помилки в 1-й пробі, йому пред'являється 2-а проба цієї серії. Якщо ж з нею обстежуваний не справляється, тестування припиняється. Результат виконання першої частини субтесту (повторення цифр у прямому порядку) дає інформацію щодо обсягу короткочасного запам'ятовування, а результат виконання другої частини (повторення цифр у зворотному порядку) дозволяє зробити висновки про обсяг оперативної пам'яті.

Оцінка кожної частини субтесту дорівнює кількості цифр у найдовшій серії, відтвореній безпомилково в 1-й або 2-й пробі. У першій частині максимальна оцінка – 9, у другій – 8. Оцінки за кожен частину підсумовуються і, таким чином, загальна максимальна оцінка за субтест дорівнює 17.

Результати відтворення цифр у прямому порядку трохи погіршуються з віком, а відтворення у зворотному порядку – більш значно.

Субтест 7 «Шифрування» дозволяє отримати інформацію про цілу низку інтелектуальних функцій випробуваного, оскільки успішність виконання завдання залежить від властивостей сприйняття, уваги (концентрації, перемикання, розподілу), візуально-моторної координації, а також швидкості формування нових навичок.

Стимульний матеріал субтесту представлений на спеціальному бланку, вгорі якого знаходиться ключ: прямокутники, поділені на дві частини, у верхній з яких знаходиться цифра, а в нижній – відповідний знак. Під ключем розташовані ряди прямокутників, у верхній частині яких дані цифри, а завданням піддослідного є послідовне вписування під цифри відповідних їм знаків. Перші 10 прямокутників – тренувальні, і досліджуваному пропонується спочатку заповнити їх. Далі, за сигналом спеціаліста, що проводить обстеження протягом 1,5 хвилин заповнює клітинки основної частини завдання знаками. За кожну правильно заповнену клітинку нараховується 1 бал, а за будь-яку зміну знака – 0,5 бала. Максимальна оцінка – 90.

Результати цього субтесту погіршуються після 40 років.

4. Структуроване інтерв'ю з оцінки когнітивних функцій (SCoRS)

SCoRS (The Schizophrenia Cognition Rating Scale) – шкала, яка враховує когнітивні порушення та ступінь, в якому вони впливають на повсякденне функціонування пацієнта. Ця шкала, розроблена R. Keefe із співавторами (2006), включає 20 питань, що дозволяють дати оцінку стану уваги, пам'яті (в тому числі оперативної), навичок вирішення проблем, мовленнєвої продуктивності, рухових навичок. Незважаючи на те, що ця шкала призначалася, в основному, для пацієнтів із шизофренією, при складанні питань автори спиралися на деякі пункти, які використовуються для оцінки когнітивного функціонування пацієнтів з деменцією та помірними когнітивними порушеннями (Brief Cognitive Scale).

Валідизація методики здійснювалася за участю 60 пацієнтів із діагнозом шизофренії. Було виявлено статистично значущий взаємозв'язок результатів, отриманих по SCoRS, з оцінками когнітивного функціонування (за допомогою Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS), функціональних можливостей (Performance-Based Skills Assessment, UPSA) та оцінками повсякденного функціонування). Внутрішня узгодженість для SCoRS розраховувалася з використанням коефіцієнта б-Кронбаха, який становив 0,79.

Кожне з питань оцінюється за 4-бальною шкалою: більш високі оцінки відображають більш виражений ступінь порушення (1 – «трудності відсутні», 2 – «легкі труднощі», 3 – «помірні труднощі», 4 – «виражені труднощі»). Крім цього, у кожному питанні передбачена оцінка «Н/П», яку можна використовувати тоді, коли з якихось причин оцінка не застосовна (наприклад, якщо пацієнт неграмотний, цю оцінку можна поставити у питанні про труднощі концентрації уваги під час читання). Пацієнту пропонується відповісти на кожне з питань, оцінивши труднощі, які він відчував протягом останніх двох тижнів. Також передбачено заповнення даної шкали інформантом (родичем/близьким пацієнта/соціальним працівником тощо) та об'єктивна оцінка впливу когнітивних порушень на функціонування пацієнта самим інтерв'юером (Keefe RS E. et al., 2006).

Дані, отримані за допомогою SCoRS у цьому дослідженні, ґрунтувалися лише на суб'єктивних оцінках пацієнтів. Мінімальний бал, який міг бути отриманий за цією методикою, становив 20 балів, максимальний – 80 балів.

5. «Шкала медикаментозного комплаєнсу»

«Шкала медикаментозного комплаєнсу» (ШМК) – клінічна шкала, призначена для кількісної оцінки поведінки пацієнтів психіатричного профілю при виконанні призначень з прийому медикаментів, а також дозволяє виявити фактори, що впливають на цю поведінку, на пацієнтів, отриманих на підставі даних анамнезу, оцінки клінічного стану, даних про поведінку пацієнта, пов'язану із прийомом ліків у лікарняних та

нелікарняних умовах. Відмінною рисою ШМК є відсутність суб'єктивних спотворень, що вносяться пацієнтами при заповненні подібних шкал. При розробці враховувалися фактори, що впливають на формування комплаєнсу, а у формулюванні пунктів шкали брали участь експерти, які мають багатий клінічний досвід.

З метою визначення надійності ШМК було обстежено 147 пацієнтів, внаслідок чого було зроблено висновок про високу надійність методики (наприклад, для сумарного балу ШМК коефіцієнт б-Кронбаха = 0,8307). Кореляційні зв'язки шкал ШМК та об'єктивних даних про дотримання пацієнтом лікарського режиму, отриманих методом спостереження, виявились досить високими, що говорить про гарну зовнішню валідність методики. Високі кореляційні зв'язки між субшкалами самої ШМК, зокрема між субшкалами та загальним показником ШМК, свідчать про наявність внутрішньої валідності. Нарешті, отримано підтвердження придатності ШМК як інструменту прогнозування поведінки хворих під час терапії: обстеження 82 хворих із розладами психотичного кола не виявило значних відмінностей між рівнями комплаєнса під час виписки зі стаціонару й у катамнезі.

ШМК складається з 25 питань, об'єднаних у групи згідно з основними підсистемами, що впливають на дотримання терапевтичного режиму: фактори, пов'язані зі ставленням до прийому ліків; фактори, пов'язані із пацієнтом; фактори, пов'язані з близьким оточенням; фактори, пов'язані з лікарем. Кожен пункт шкали має кілька змістовно описаних варіантів, що характеризують ту чи іншу поведінку, установки пацієнта і кожен з яких оцінюється у відповідну кількість балів. У кожному пункті необхідно вибрати лише один потрібний варіант. Загальний бал за шкалою розраховується шляхом додавання балів, отриманих за кожним пунктом. Чим вище отриманий бал, тим вищий рівень комплаєнтності пацієнта.

Оскільки автором методики допускається використовувати неповний перелік питань, для отримання експертної оцінки про прихильність пацієнтів до лікування лікарям-психіатрам пропонувалося заповнити шкалу, що

складається з 18 питань (замість початкових 25), так як частина питань була схожа з тими, що містилися в клініко-психологічному інтерв'ю.

6. Методика Кеттелла для визначення рівня емоційної стійкості і емоційної чутливості.

Опитувальник Кеттела одна із найпоширеніших анкетних методів оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості. Він розроблений під керівництвом Р.Б. Кеттелла і призначений для опису широкої сфери індивідуально-особистісних відносин. Відмінною рисою даного опитувальника є його орієнтація на виявлення щодо 16 незалежних факторів (шкал, первинних рис) особистості. Дана їх якість була виявлена за допомогою факторного аналізу з найбільшого числа поверхневих характеристик особистості, виділених спочатку Кеттеллом. Кожен фактор утворює кілька поверхневих рис, об'єднаних навколо однієї центральної межі.

Існує 4 форми опитувальника: А та В (187 питань) і С та Д (105 питань). Найбільшого поширення опитувальник отримав у медичній психології при діагностиці професійно важливих якостей, у спорті та наукових дослідженнях.

Опитувальник Кеттела включає всі види досліджень: і оцінку, і проходження тестування, і ставлення до будь-якого явища.

Процедура проведення: перед початком опитування респонденту дають спеціальний бланк, у якому він повинен робити певні позначки, читаючи твердження. Попередньо надається відповідна інструкція, що містить інформацію про те, що повинен робити досліджуваний. Контрольний час дослідження складає 25-30 хвилин. У процесі відповідей на питання спеціаліст контролює час роботи досліджуваного і, якщо респондент відповідає повільно, попереджає його про це. Дослідження проводиться індивідуально у спокійній, діловій обстановці.

Мета – оцінка індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Тест складається з 187 питань та 3 варіантів відповідей. Він дозволяє з'ясувати особливості характеру, нахилів та інтересів особистості.

Інструкція: «Вам пропонується низка питань, які допоможуть визначити деякі властивості Вашої особистості. Тут не може бути відповідей «правильних» чи «помилкових».

Відповідаючи на кожне запитання, ви зможете вибрати одну з трьох пропонованих відповідей – ту, яка найбільше відповідає вашим поглядам, вашій думці про себе. Намагайтеся не витратити багато часу на обмірковування. Давайте першу відповідь, яка спаде вам на думку.

Намагайтеся не захоплюватися проміжними, невизначеними відповідями, крім випадків, коли ви дійсно не можете вибрати жоден з крайніх варіантів. Намагайтеся відповідати якомога щиро. Не треба намагатися справити гарне враження своїми відповідями, вони мають відповідати дійсності.

Деякі питання можуть здатися надто особистими, пам'ятайте, що відповіді на кожне окреме запитання ніде не зберігаються, і ніхто (навіть ви самі) не зможе їх побачити після закінчення тесту. Опитувальник містить кілька логічних питань, у яких ви повинні вибрати єдину правильну відповідь».

Обробка результатів: бали за кожною зі шкал нараховуються відповідно до ключа, по таблиці відповідно до статі та віку визначаються чинники, які відповідають опису первинних факторів тесту Кеттелла.

Чинник С: «Емоційна стійкість»:

- 1-3 стени – є низький поріг щодо фрустрації, мінливий та пластичний, що уникає вимог дійсності, невротично стомлюваний, дратівливий, емоційно збудливий, що має невротичну симптоматику.

Низький поріг властивий усім формам невротичних та деяким психічним розладам.

- 4 стен – чутливі, емоційно менш стійкі, легко засмучуються.

- 7 стен – емоційно стійкий, тверезо оцінює дійсність, активний, зрілий.

- 8-10 стени – емоційно зрілий, стійкий, незворушний. Висока здатність до дотримання суспільних моральних норм. Іноді смиренна покірність перед невирішеними емоційними проблемами.

Хороший рівень «С» дозволяє адаптуватися навіть за психічних розладів.

Чинник Д: «Емоційна чутливість».

- 1-3 стени – практичний, реалістичний, мужній, незалежний, має почуття відповідальності, але скептично ставиться до суб'єктивних та культурних аспектів життя. Іноді безжальний, жорстокий, самовдоволенний. Керуючи групою, змушує її працювати на практичній та реалістичній основі.

- 4 стени – сильний, незалежний, реалістичний, не терпить безглуздості.

- 7 стени – слабкий, залежний, недостатньо самостійний, безпорадний.

- 8-10 стени – слабкий, мрійливий, розбірливий, примхливий, жіночний, іноді вимогливий до уваги, допомоги, залежний, непрактичний. Не любить грубих людей та важких професій. Схильний уповільнювати діяльність групи та порушувати її моральний стан нереалістичним копанням у дрібницях, деталях.

7. Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації В.В.Бойка.

Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації В.В.Бойка призначена для визначення рівня особистісної фрустрації. Анкета складається із 12 питань. Автор запропонованої методики зазначає, що стан фрустрації негативно впливає на життєдіяльність організму, поступово підточує його сили, послаблює нервову систему. Фрустрована людина зазвичай видає себе жорсткою експресією, схильністю зривати зло на товаришах, грубістю, недобррозичливим зверненням.

Інструкція для роботи: «Ознайомившись із наступними ситуаціями, дайте відповідь, чи згодні ви з ними (поставте поряд з номером знак «плюс») чи «мінус»».

Кожна позитивна відповідь оцінюється в 1 бал, а негативна – 0 балів. Підраховується загальна сума балів.

Про рівень соціальної фрустрації можна судити за такими показниками:

- 10-12 балів – дуже високий рівень фрустрації;
- 5-9 балів – стійка тенденція до фрустрації;
- 4 бали та менше – низький рівень.

В якості описової статистики використовувалися середнє арифметичне та медіана. Для вивчення взаємозв'язку показників пам'яті та уваги з рівнем прихильності до лікування використовувався коефіцієнт кореляції r -Спірмена. Для вивчення взаємозв'язку соціодемографічних та клініко-психологічних характеристик пацієнтів з рівнем прихильності до лікування використовувався множинний регресійний аналіз. Для порівняння досліджуваних показників у групах пацієнтів в залежності від кількості рецидивів за останні два роки та в групах, залежно від рівня прихильності до лікування, застосовувався критерій U Манна-Уїтні. Для порівняння двох груп за ознакою, виміряною в номінативній шкалі, використовувалися таблиці спряженості та критерій χ^2 Пірсона. Для виділення факторів, що найбільше впливають на рівень прихильності до лікування у пацієнтів з органічними психічними розладами, використовувався множинний регресійний аналіз.

Висновки до 2 розділу

Таким чином, можемо підсумувати матеріал, викладений у другому розділі.

Методи психологічного дослідження – прийоми та засоби спостереження і вивчення особливостей роботи психіки людей, а також аналізу отриманої інформації та формулювання гіпотез та висновків на його основі. Дослідження проводяться на вирішення певних психологічних завдань, розробки ефективних клінічних рекомендацій.

Технології психологічних досліджень використовуються для розгляду психічних явищ та поведінки людей. Дослідники хочуть зрозуміти та проаналізувати процес сприйняття людиною інформації: на підставі чого приймаються рішення, які ми відчуваємо почуття, емоції та як взаємодіємо один з одним та з навколишнім середовищем.

Вивчаються як внутрішні чинники (особливості людини, захворювання), і зовнішні (вікові особливості, навколишнє оточення, установки з дитинства).

Психологічні дослідження дозволяють вивчити особливості особистості, оцінюючи її розвиток у сферах сприйняття, пізнання та емоцій.

Що стосується методології дослідження психологічного стану осіб з психічними порушеннями, то тут загальним принципом є комплексне використання клінічних та параклінічних методів. Щодо цього немає принципових відмінностей між обстеженням психічно та соматично хворих. Зміст клінічного та параклінічного обстеження осіб, що страждають на психічні порушення, природно, відрізняється переважною спрямованістю, при цьому мають на увазі насамперед стан психічної діяльності.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ ПРИ РОБОТІ З ЛЮДЬМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ

3.1. Аналіз та інтерпретація емпіричних даних психологічного дослідження

Проаналізуємо клініко-психологічні характеристики обстежуваних, щоб розуміти ситуацію щодо залежності перебігу психічних порушень від віку, проаналізувати частоту рецидивів у респондентів, тривалість порушень. Ці дані наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Клініко-психологічні характеристики обстежуваних

	Середнє М	Медіана Md	Середньоква дратичне відхилення σ	Дисперс ія D	Міні мум Min	Макс имум Max
Вік	47,05	51,2	16,8	276,12	23	74
Співвідношення величини трудоного стажу та віку	0,42	0,5	0,2	0,05	0	0,8
Тривалість порушення	12,03	8,5	12,5	157,82	0	52
Частота рецидивів	0,51	0,5	0,4	0,13	0	1,3
Кількість рецидивів за останні два роки	2,3	2	1,4	2,41	0	8

Для кращого розуміння розглянемо кількісне співвідношення респондентів за статтю на рисунку нижче.

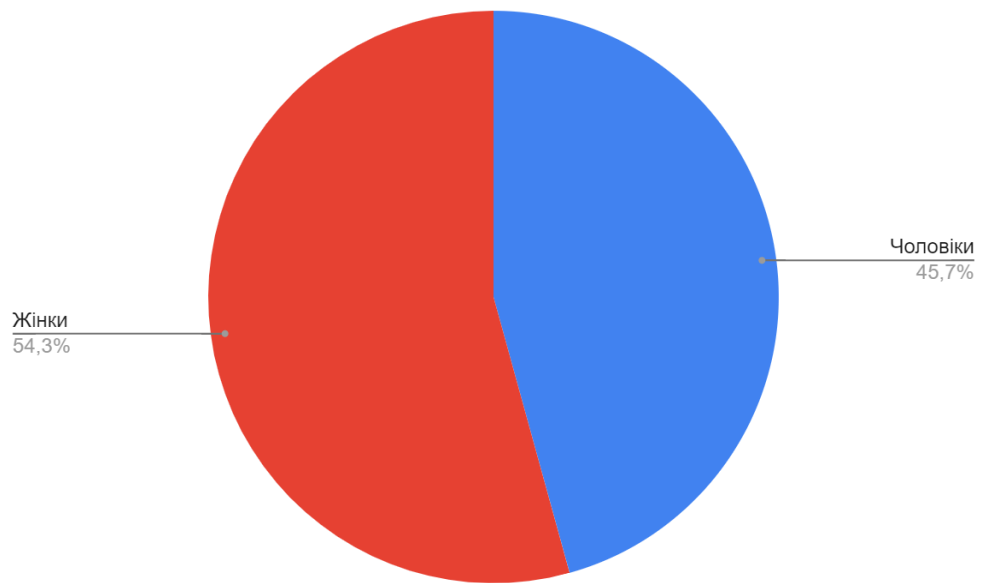


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за статтю

Далі пропонуємо розглянути соціо-демографічні характеристики обстежуваних, що наведені у наступній таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Соціо-демографічні характеристики обстежуваних

		Частота	Відсотки
Сімейний стан	проживають на самоті	17	24,3
	проживають у батьківських сім'ях (за відсутності партнера)	31	44,3
	проживають спільно з партнером	22	31,4
Рівень освіти	середня освіта	19	27,1
	середня спеціальна освіта	40	57,1
	вища освіта (в т.ч. незакінчена)	11	15,7
Група інвалідності	відсутня	45	64,3
	3 група	4	5,7
	2 група	21	30

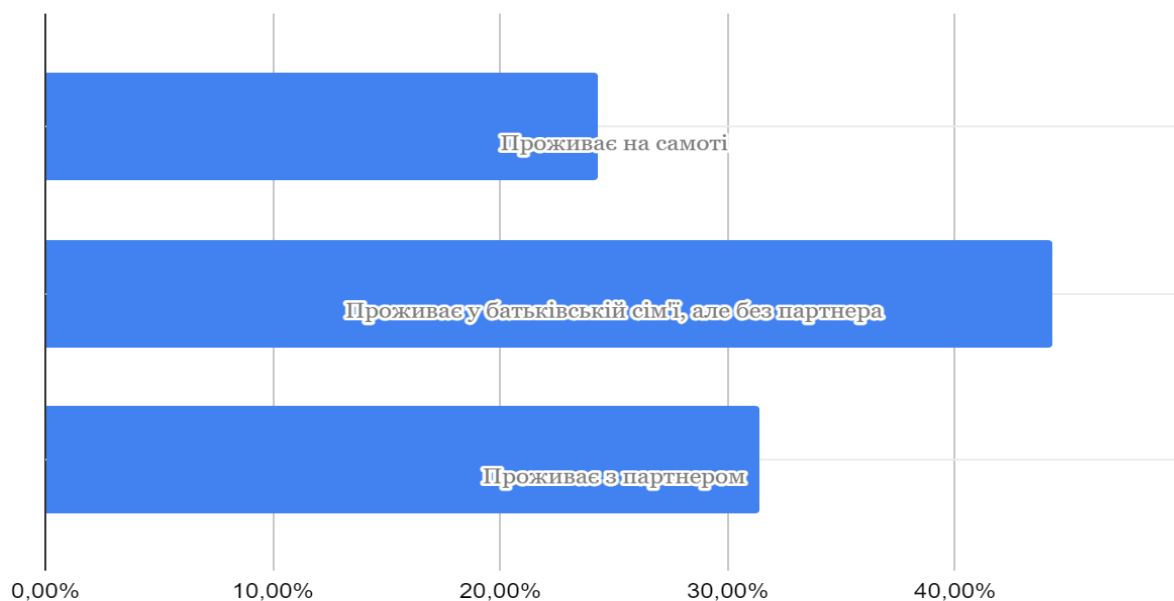


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за сімейним станом

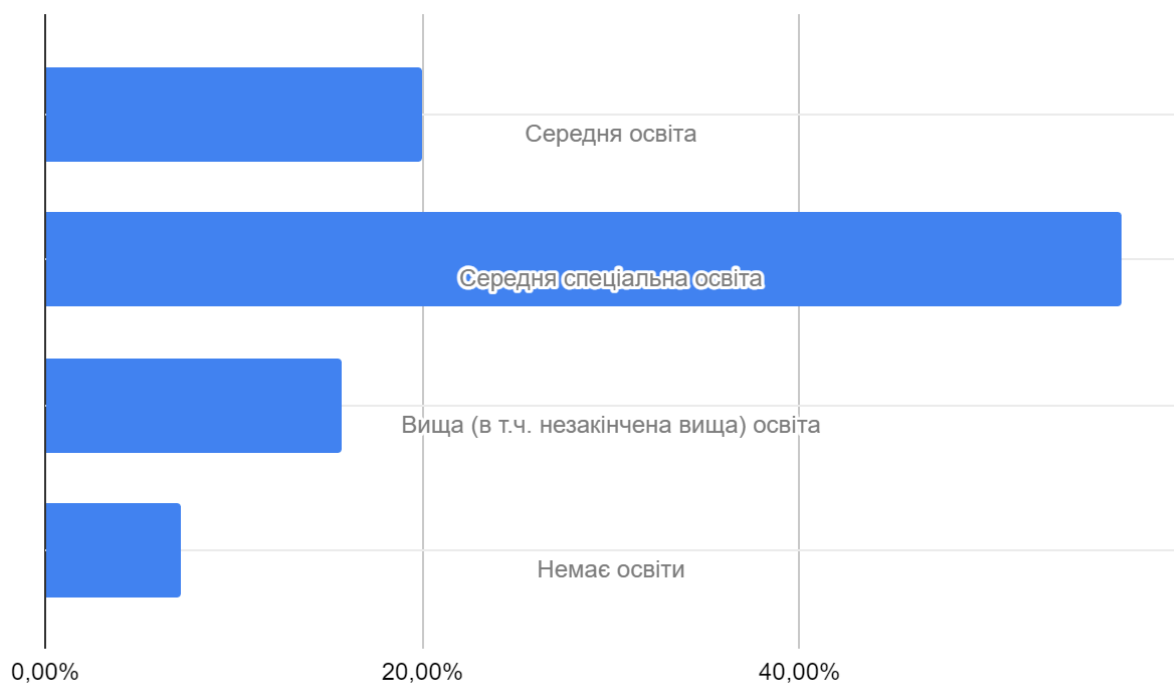


Рис. 3.3. Розподіл респондентів за рівнем освіти

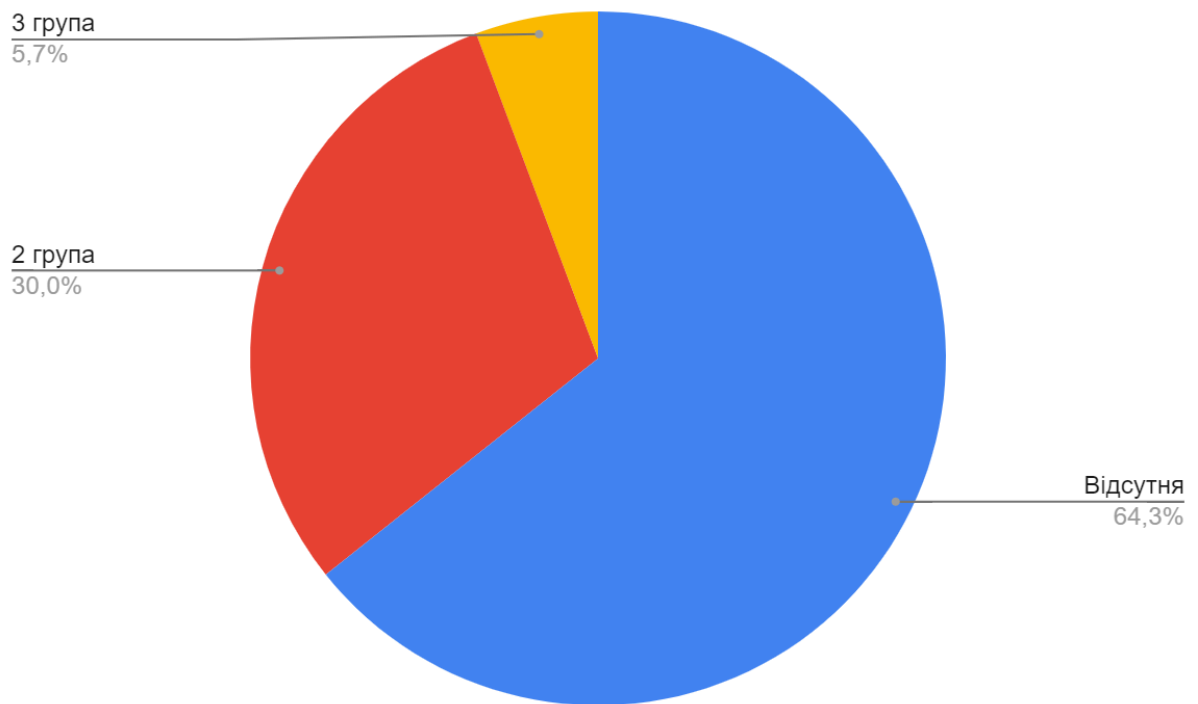


Рис. 3.4. Розподіл респондентів за групою інвалідності

Таким чином, у дослідженні взяли участь 70 осіб віком від 23 до 74 років (38 жінок та 32 чоловіки), середній вік яких становив 47,05 року ($Md=51,2$). Більше половини обстежуваних мають середню спеціальну освіту (57,1%), 27,1% мають середню освіту, 15,7% мають вищу (в т.ч. незакінчену вищу) освіту. Щодо сімейного стану, то 44,3% учасників дослідження проживають у батьківській сім'ї, але за відсутності партнера, 24,3% проживають на самоті, а ще 31,4% – спільно з партнером. Середнє значення показника співвідношення трудового стажу та віку обстежуваних (використання цього коефіцієнта обумовлено тим, що порівнювати за величиною трудового стажу осіб різного віку було б некоректно) становило 0,42 ($Md=0,5$). Середнє значення тривалості захворювання – 12,03 ($Md = 8,5$); середня частота рецидивів – 0,51 ($Md = 0,5$); середнє значення кількості рецидивів протягом останніх двох років захворювання становило 2,3 ($Md=2$). Більшість учасників дослідження

(64,3%) не мають інвалідності, 30% мають другу групу інвалідності, а найменше обстежуваних (5,7%) мають третю групи інвалідності.

Результати клініко-психологічного методу.

У результаті вивчення отриманих у ході клініко-психологічного інтерв'ю даних, можна виділити ряд загальних моментів у відповідях обстежуваних на поставлені питання.

Відповіді на питання про найбільш тяжкі для пацієнта симптоми захворювання (що передбачає вибір декількох варіантів відповідей) розподілилися наступним чином: забудькуватість була відзначена 32 респондентами (45,7% відповідей); труднощі у виконанні повсякденних обов'язків спостерігалися в 11 пацієнтів (15,7%); проблеми у сприйнятті нової інформації відзначили 9 пацієнтів (12,9%); складнощі в спілкуванні з оточуючими – десять обстежуваних (14,3%). Нарешті, найчастіше (у 80% відповідей) поряд із будь-яким з перших чотирьох варіантів відповіді учасниками дослідження відзначався пункт «інше», що позначає симптоми, що не увійшли до запропонованих варіантів, такі як почуття тривоги, дратівливість, безсоння, пригніченість, апатія, стомлюваність, головний біль, запаморочення, тобто скарги, що відносяться не до когнітивно-пізнавальної сфери, а до емоційної.

Питання, що стосуються взаємовідносин пацієнта з лікарем: завжди радяться з лікарем перед тим, як почати приймати нові ліки, 34 опитуваних (48,6%), досить часто – 27 (38,6%), періодично – 9 обстежуваних (12,9%). Перед тим, як припинити приймати якийсь із призначених препаратів, з лікарем завжди радяться 62,9% опитаних (тобто 44 особи), досить часто – 7,1% (це 5 осіб), періодично – 20% (тобто 14 опитаних), і досить рідко – 10% (тобто 7 досліджуваних). Щодо відповідності дотримуваного респондентом того режиму, який призначив йому лікар, то про повну відповідність повідомили 37 людей, що становить 52,9% всіх обстежуваних; 19 осіб (27,1% від загальної кількості респондентів) повідомили про те, що більшою мірою дотримання ними лікарського режиму відповідає запропонованому; 8

обстежуваних (13,3%) повідомили про часткову відповідність, а 6 респондентів (8,6%) вказали на те, що здебільшого не дотримуються призначеного режиму.

Задоволеність терапевтичним режимом висловили більшість учасників дослідження – 45 осіб (64,3%); 23 респонденти (32,9%) здебільшого задоволені, і лише двоє обстежуваних (2,8%) висловили своє невдоволення призначеним режимом.

Нарешті, на запитання про очікування щодо лікування (допускалося вибрати кілька варіантів відповідей) у 90% відповідей (63 відповіді) був варіант «покращення самопочуття», 48,9% відповідей (34 вибори) містили варіант «зміни у поведінці», і 12,9% (9 виборів) – варіант «отримання нової інформації про свою хворобу».

Результати експериментально-психологічного дослідження.

Виконавши дослідження по таблицям Шульте з метою оцінки обсягу, концентрації, стійкості уваги, можемо побачити наступні результати, що продемонстровані в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Розподіл учасників дослідження, залежно від ступеня зниження концентрації уваги

	Частота	Відсотки
Норма	26	37,2
Легке зниження	29	41,4
Помірне зниження	8	11,4
Виражене зниження	7	10

З таблиці видно, що показники концентрації уваги найбільшої кількості обстежуваних перебувають у діапазоні легкого зниження. Середнє значення рівня концентрації уваги дорівнює 52,8 ($\sigma = 27,3$), що відповідає діапазону легкого зниження. Графічне зображення розподілу обстежуваних залежно від

діапазону показників концентрації уваги за результатами даної методики представлено на Рисунку 3.5.

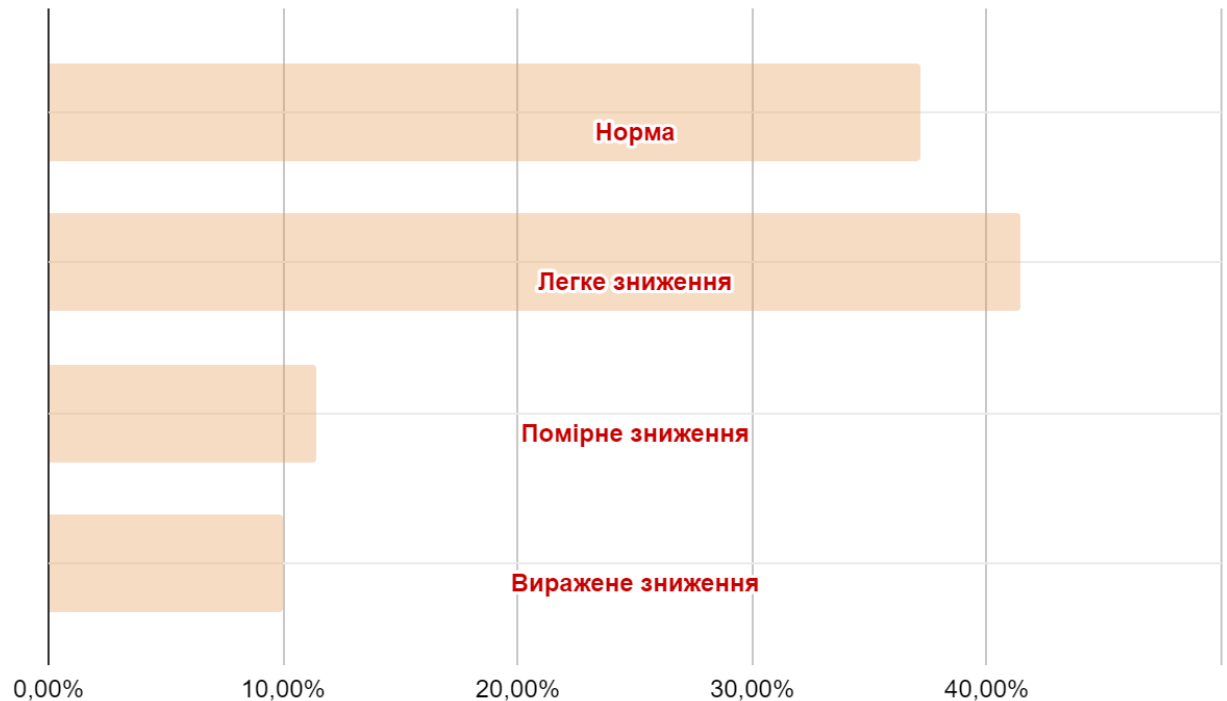


Рис. 3.5. Розподіл учасників дослідження в залежності від діапазону показників концентрації уваги (за результатами виконання таблиць Шульте)

Як ми можемо бачити з даної діаграми, найменша кількість респондентів продемонстрували виражене зниження об'єму та концентрації уваги, також досить невелика кількість опитаних показали помірне зниження. Не може не радувати той факт, що варіант норми продемонстрували майже такий відсоток опитаних, як і варіант легкого зниження. Це свідчить про те, що середній показник по даній групі досліджуваних також знаходиться в межах «легкого зниження» і більш того, такі результати демонструють практично нормотиповість збереження об'єму та концентрації уваги опитаних.

Обсяг короткочасної пам'яті досліджувався за допомогою першої частини субтесту «Повторення цифр» (повторення цифр у прямому порядку) та методики HVLT-R. Середнє значення за субтестом «Повторення цифр»

дорівнює 5,2 ($\sigma = 1,3$), що свідчить про зниження обсягу короткочасної пам'яті у більшості обстежуваних. Середнє значення показника за методикою HVLT-R становило 18,9 ($\sigma = 20,6$), що відповідає помірному зниженню короткочасної пам'яті. Детальніше описано в таблиці 3.4. А з побудованого графіка (Рисунок 3.6) також видно, що третина обстежуваних мають порушення короткочасної пам'яті, що потрапляють в діапазон вираженого зниження.

Таблиця 3.4

**Описові статистики показників обсягу короткочасної пам'яті (КП)
та оперативної пам'яті (ОП) (за результатами виконання субтесту
«Повторення цифр»)**

	Середнє М	Медіана Md	Мода Mo	Середньо квадратич не відхиленн я σ	Диспер сія D	Мінімум Min	Максим ум Max
Об'єм КП	5,2	5,4	6	1,3	1,4	3	9
Об'єм ОП	3,7	3,9	4	0,8	0,7	2	7

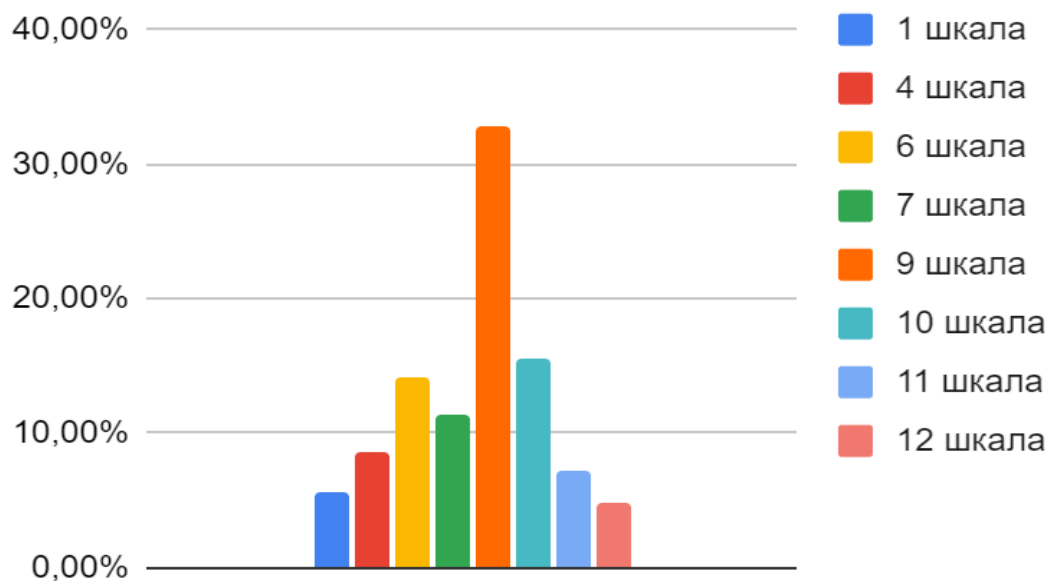


Рис. 3.6. Розподіл учасників дослідження залежно від загального показника обсягу пам'яті

Обсяг оперативної пам'яті досліджувався за допомогою другої частини субтесту «Повторення цифр» (повторення цифр у зворотному порядку). Середнє значення цього показника становило 3,7 ($\sigma = 0,8$), що також говорить про зниження обсягу оперативної пам'яті у більшості учасників дослідження. Детальніше у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Описові статистики показників обсягу короткочасної пам'яті (за результатами виконання методики HVLT-R)

Середнє (M)	Медіана (Md)	Мода (Mo)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Дисперсія D	Мінімум Min	Максимум Max
18,9	12,3	4	20,6	469,8	1	76

Візуалізуємо інформацію по методиці HVLT-R на наступному рисунку.

Розподіл учасників дослідження, залежно від діапазону показників короткочасної пам'яті (за результатами виконання методики HVLT-R)

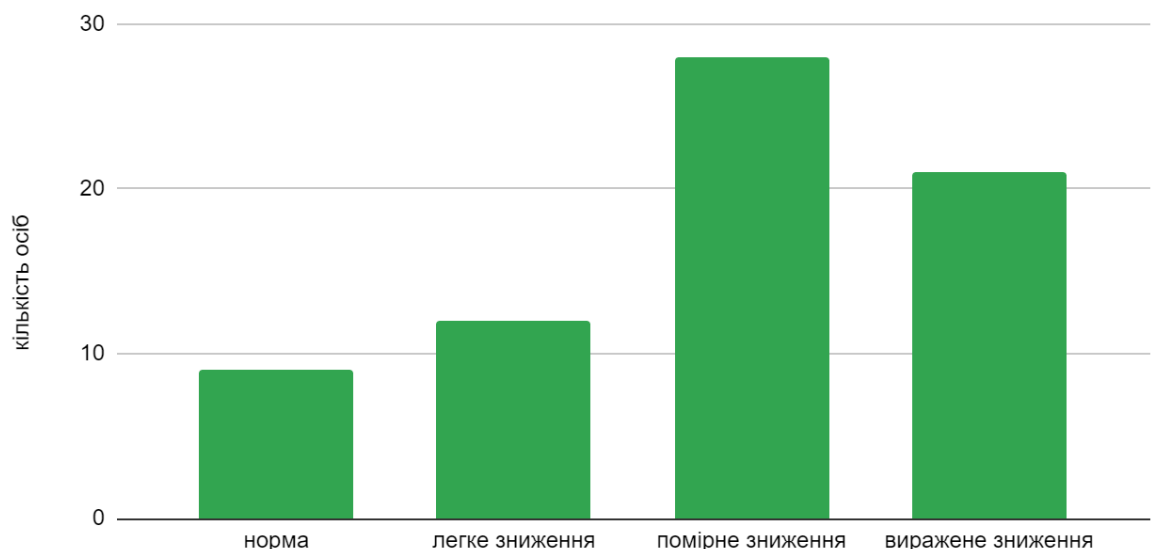


Рис. 3.7. Діапазон показників короткочасної пам'яті серед обстежуваних

Для кількісної оцінки поведінки пацієнтів психіатричного профілю при виконанні призначень з прийому медикаментів, а також дозволяє виявити фактори, що впливають на цю поведінку, на пацієнтів, отриманих на підставі даних анамнезу, оцінки клінічного стану, даних про поведінку пацієнта, пов'язану із прийомом ліків у лікарняних та нелікарняних умовах було проведено методику «Шкала медикаментозного комплаєнса» (ШМК). Але оскільки в цьому дослідженні ШМК використовувалася не повністю, максимальний бал, який міг бути отриманий за даною шкалою, становить 45 балів (замість 55 балів в оригінальній версії). Як видно з наведеної нижче таблиці, середній бал ШМК дорівнює 31,7 балів ($y = 4,4$), що відповідає середньому рівню прихильності до лікування.

Таблиця 3.6

Описові статистики показника прихильності до лікування (за результатами ШМК)

Середнє (M)	Медіана (Md)	Мода (Mo)	Середньоквадратичне відхилення (y)	Дисперсія D	Мінімум Min
31,7	32,8	30	4,4	23,7	19

Можна виділити такі тенденції в експертних оцінках прихильності до лікування: згідно з отриманими результатами, 84,2% обстежуваних самостійно приймають призначені ліки. 50% пацієнтів мають активне ставлення до терапії, розуміючи її необхідність, а трохи менше половини згодні на прийом препаратів за наявності сумнівів у їх ефективності. 60% учасників дослідження не мають жодних побоювань щодо лікування, в той час як 37,1% побоюються можливих побічних дій препаратів та отруєння організму в результаті їх тривалого прийому. У 78,6% обстежуваних відсутнє психологічно обумовлене саботування лікування, у 10% воно пов'язане з особливостями внутрішньої картини хвороби пацієнта, у 5,7% воно може бути пов'язане з недостатнім суб'єктивним стражданням від захворювання і у стільки ж – може бути обумовлене недовірою до лікаря. У 58,6% пацієнтів відсутні порушення комплаєнсу в минулому, у 12,8% спостерігалось

самостійне зменшення дозувань препаратів, у стільки ж нерегулярність їх прийому, а 10% припиняли прийом медикаментів без відома лікаря. 45,7% учасників дослідження позитивно ставляться до лікування, в той час як 31,4% оцінюють його як нейтральне, а 22,9% пацієнтів мають негативне відношення. Високо оцінюють лікування, що проводиться 52,9% обстежуваних, середню оцінку лікуванню дають 32,6%, а низько його оцінюють 14,5%. Цілком задоволені режимом прийому ліків, на думку лікарів, 60% обстежених пацієнтів; 38,6% мають нейтральне відношення, а один пацієнт (1,4%) не задоволений режимом. 42,6% обстежуваних мають критику до симптомів захворювання, часткова критика спостерігається у 30%, 17,4% пацієнтів мають повне уявлення про механізми захворювання, а у 10% обстежуваних критика до захворювання відсутня. Низьку частоту рецидивів мають, за оцінками лікарів, 84,2% учасників дослідження, 5,8% – середню, а 10% – високу. Суїцидальні та інші тенденції до аутодеструктивної поведінки не властиві 70% пацієнтам, у 18,6% вони середньовиражені, а у 11,4% – високі. Коморбідність захворювання із застосуванням психоактивних речовин (і/або особистісними розладами) є у 35,7% обстежуваних і відсутня – у 64,3%. Рівень соціального функціонування оцінюється як низький більш ніж у половини пацієнтів (54,3%), у 30% – як середній та у 15,7% – як високий. Когнітивні порушення є, за оцінками лікарів, у 78,6% обстежуваних. Рівень соціальної підтримки у 65,7% пацієнтів оцінюється як середній, у 18,6% – як низький і лише у 15,7% – як високий. Що стосується ставлення близьких і родичів пацієнтів до лікування, то адекватне ставлення характерне для 91,4% обстежуваних.

Дослідження суб'єктивної оцінки пацієнтами впливу когнітивних порушень на їхнє повсякденне функціонування було виконано за допомогою опитувальника SCoRS.

За результатами даного опитувальника, середній бал, отриманий за результатами відповідей пацієнтів на запитання опитувальника SCoRS, становив 36,3 бала ($u = 11,2$), що дозволяє зробити висновок про те, що

когнітивні порушення, на думку більшості пацієнтів, не суттєво впливають на їх повсякденне функціонування.

Таблиця 3.7

Описові статистики показника рівня впливу когнітивних порушень на повсякденне функціонування пацієнтів (за результатами SCoRS)

Середнє (M)	Медіана (Md)	Мода (Mo)	Середньоквадратичне відхилення (y)	Дисперсія D	Мінімум Min
35,9	33	30	11,4	123,8	21

За результатами аналізу отриманих відповідей можна назвати сфери, у яких учасники дослідження найчастіше стикаються з труднощами. Так, легкі труднощі при запам'ятовуванні імен як знайомих, так і малознайомих людей відчувають 34,3% обстежуваних, 45,7% кваліфікували як помірковані, а 20% – як виражені. Наявність легких труднощів при запам'ятовуванні того, як дістатись потрібного місця, відзначили у себе 25,7% пацієнтів, 58,6% – наявність помірних труднощів, а 15,7% – виражених. При запам'ятовуванні того, куди кладуть свої речі, 37,1% обстежуваних зазнають помірних труднощів, 57,1% – легкі і 5,8% – виражені. Освоєння технічних новинок та обладнання викликає легкі труднощі у 44,2% учасників дослідження, у 48,7% – помірні, а у 7,1% – виражені. При запам'ятовуванні нещодавно отриманої інформації 40% обстежуваних зазнають помірних труднощів, 40% – легкі, а 20% – виражені. Труднощі при запам'ятовуванні того, що збиралися сказати, 40% пацієнтів оцінюють як помірні, 44,3% як легкі і 15,7% як виражені. 22,6% обстежуваних відзначили у себе наявність легких труднощів під час розмови (слова плутаються, зливаються один з одним), 71,4% відзначили помірні труднощі в цій галузі, а 6% – виражені труднощі. Наявність помірних труднощів з концентрацією уваги під час читання відчувають 22,6% обстежених пацієнтів, 68,6% відчувають легкі труднощі, а 8,8% – виражені. При необхідності зосередитися на виконанні будь-якої діяльності 30% обстежуваних мають труднощі помірного ступеня, 45,7% – легкі труднощі, 24,3% – виражені. Наявність легких труднощів при засвоєнні нової

інформації відзначили в себе 50% учасників дослідження, поміркованих труднощів – 38,6%, а виражених – 11,4% обстежуваних. При необхідності швидко виконувати будь-які дії 41,4% пацієнтів зазнають легких труднощів, 40% – помірних труднощів і 18,6% – виражених. Внесення змін до звичного режиму дня викликає помірну скруту у 55,7% обстежуваних, легкі – у 37,1%, а виражені – у 7,2%. Легкі труднощі у сенсі адресованих слів відчують 54,3% пацієнтів, а ще 17,1% оцінюють ці труднощі як помірні. Нарешті, 30% обстежуваних зазнають помірних труднощів при необхідності брати участь і стежити за бесідою в групі людей, 50% зазнають легких труднощів, а 20% – виражені.

Варто також зазначити, що деякі пацієнти під час відповідей на питання SCoRS, що стосуються запам'ятовування нової інформації (імен, адрес, телефонних номерів) та місцезнаходження речей у будинку, зазначали, що як допоміжні засоби використовують запис необхідної інформації на папір, а також заносять інформацію на мобільний телефон чи фотографують її.

В результаті проведення тестування респондентів з використанням методики 16-ти факторного опитувальника Кеттелла для визначення емоційної стійкості (шкала C) ми отримали наступні результати.

Емоційну стійкість можна відзначати як здатність людини протистояти несприятливим чинникам, долати стан емоційного порушення, стресових ситуацій, й у стислі терміни знову приходити у стан душевної рівноваги. Низька емоційна стійкість виявляється у відсутності контролю за своїми емоціями, почуттями і поведінкою, нездатністю адекватно реагувати на стресову ситуацію.

Респонденти показали такі результати: 35,7% осіб мають високу емоційну стійкість, низька емоційна стійкість – у 50% досліджуваних, середню емоційну стійкість мають 14,3% пацієнтів. Якщо візуалізувати дану інформацію, то побачимо наступне (Рисунок 3.8):

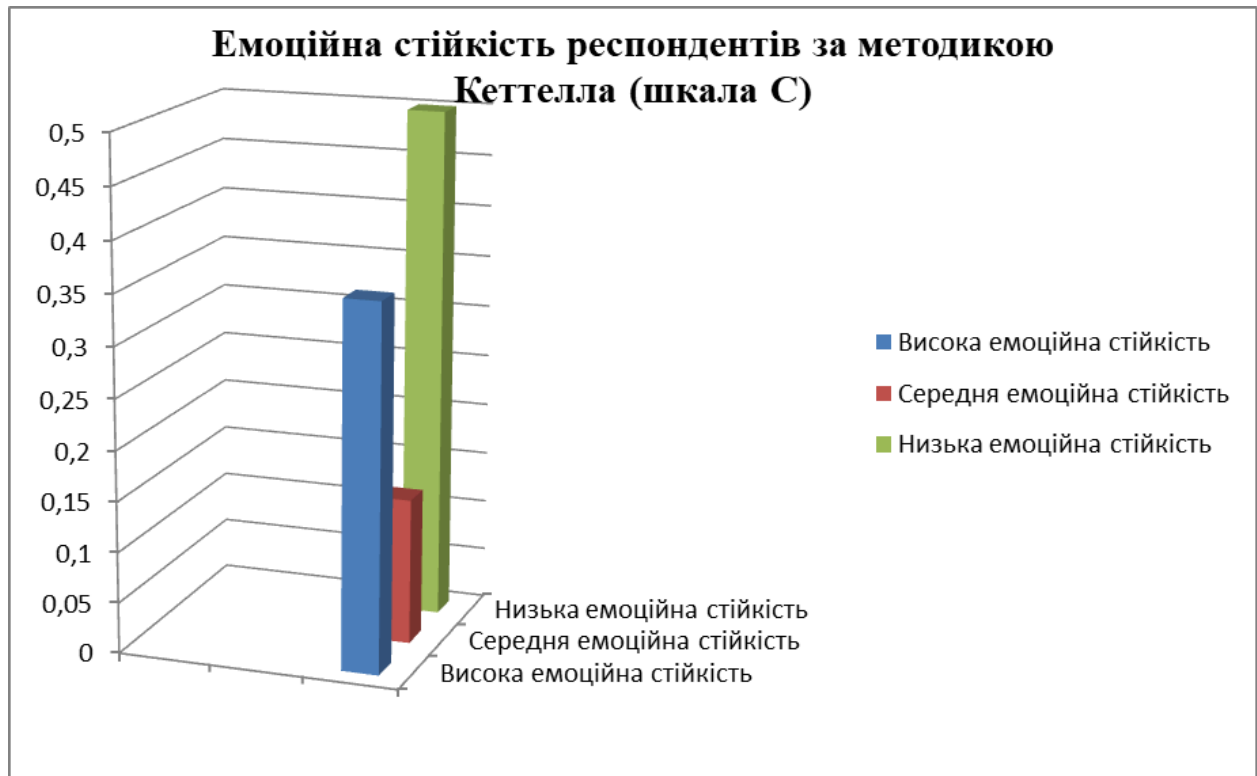


Рис. 3.8. Емоційна стійкість (методика Кеттелла)

Як ми бачимо, найменша кількість респондентів має середню емоційну стійкість, а найбільша кількість опитаних – низьку емоційну стійкість. Це свідчить про те, що наявність певних психічних розладів впливає на емоційну лабільність та ригідність людини, що в свою чергу сприяє істотним змінам в емоційній сфері загалом.

В результаті проведення тестування респондентів з використанням методики «16-ти факторний опитувальник Кеттелла» також для визначення емоційної чутливості (блок «I») ми отримали наступні результати.

Емоційна чутливість буває двох видів: соціальна та предметна, залежно від характеру спрямованості. Предметна чутливість визначає ставлення до задуманого та реального, впевненість у виконанні дій, ставлення до невдач, соціальна проявляється за цими показниками у соціальних контактах особистості. Під низькою емоційною чутливістю можна розглядати байдужість, а під високою – значне перебільшення значущості ситуації. Вміння контролювати свою емоційну чутливість сприяє досягненню позитивного результату в адаптації особи до соціуму, в якому вона

знаходиться і дозволяє балансувати між тонкістю сприйняття та впевненістю в собі, наполегливістю та здоровим глуздом.

Досліджувані пацієнти і за цим показником відрізняються один від одного: 40% респондентів мають низьку емоційну чутливість; середній рівень емоційної чутливості продемонстрували 60% опитаних, високий рівень відсутній. Розглянемо дані результати на Рисунку 3.9.



Рис. 3.9. Емоційна чутливість пацієнтів (методика Кеттелла)

Як ми бачимо, більшість опитаних пацієнтів мають середній рівень емоційної стійкості, що дає нам змогу зрозуміти, що вплив зовнішнього середовища залишає неабиякий відбиток на емоційному фоні не лише осіб з певними психічними розладами, але і просто пересічних людей. Тому важливо дбати про своє ментальне здоров'я, яке буде відповідати за емоційну сферу особистості. Зрозуміло, що в умовах лікування це зробити практично неможливо, але при інтеграції у звичайне життя, вже у процесі ремісії, на нашу думку, кожен респондент має, скажімо так, «привести до ладу» свій емоційний фон, принаймні на такому рівні, на якому це буде можливо.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтвердили існуюче припущення про існування відмінностей в емоційній сфері осіб з психічними розладами, відповідно до виду та типу такого розладу, за деякими характеристиками емоційної сфери.

Розглянемо результати діагностики з методики визначення рівня соціальної фрустрації В.В. Бойко. Було встановлено, що у досліджуваній вибірці пацієнтів переважає високий рівень фрустрації. Такий результат можна пояснити емоційною нестабільністю респондентів. Низький рівень фрустрації продемонстрували здебільшого респонденти віком від 23 до 31 року (12 осіб, тобто 17,1% від загальної кількості опитаних), а стійку тенденцію до фрустрації більше всього мають опитані від 40 до 50 років, таких осіб 14, що у відсотковому значенні дорівнює 20% від загальної кількості опитаних.

У досліджуваних переважає високий рівень фрустрації 87,1%, стійку тенденцію до фрустрації показали 12,9% респондентів, що дозволяє припустити про складнощі в адаптації до соціального життя значної частини респондентів. Розглянемо дані результати на Рисунку 3.10.

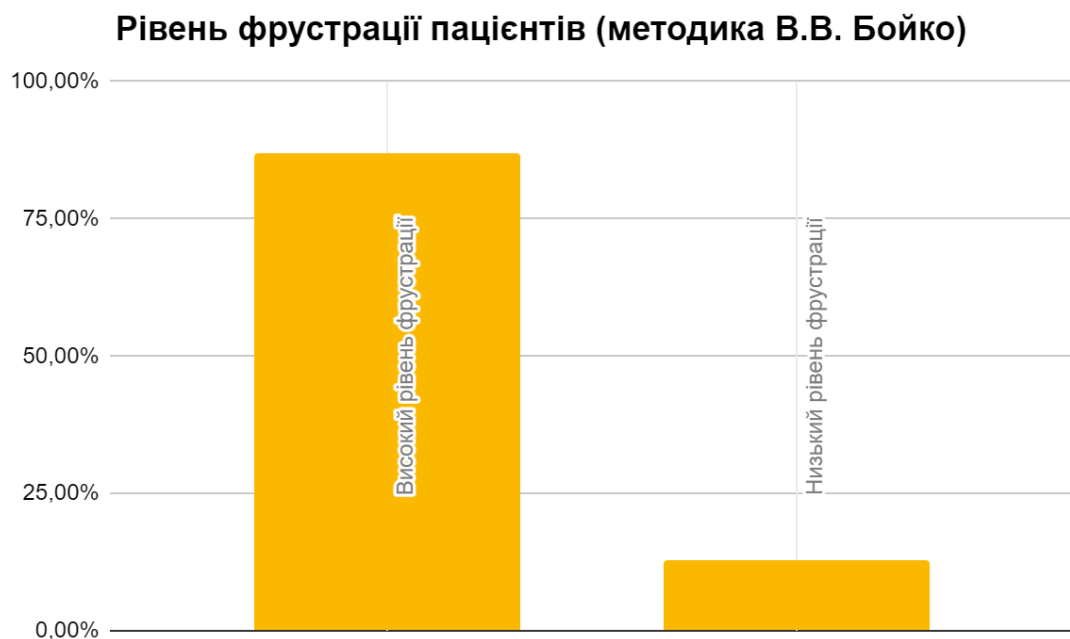


Рис. 3.10. Рівень фрустрації респондентів

Соціальна фрустрація має середній вираз у групі. Під соціальною фрустрацією можна розуміти психологічний стан, що виражається у характерних переживаннях і поведінці, викликане об'єктивною чи суб'єктивною перепорою перед досягненням бажаного результату. Високий рівень соціальної фрустрації говорить про те, що навіть незначні негативні події або ситуації можуть вибити людину зі звичного ритму, низький рівень соціальної фрустрації навпаки допомагає людині залишатися в емоційній рівновазі навіть при значних невдачах.

Таким чином, зважаючи на результати нашого дослідження, гіпотеза кодифікаційної роботи про те, що люди, які страждають психічними порушеннями схильні до розладів когнітивної сфери та потребують комплексного підходу до їх психологічної реабілітації для можливості реадаптації до звичних норм життя, є доведеною.

3.2. Методи, техніки та прийоми психологічної допомоги в реабілітаційному процесі осіб з психічними порушеннями

За останні десятиріччя у лікуванні психічних порушень було досягнуто надзвичайних успіхів. В результаті сьогодні багато психічних порушень можуть лікуватися майже так само успішно, як і фізичні порушення.

Більшість методів лікування психічних порушень може бути віднесено до однієї з двох категорій [51]:

- соматичні;
- психотерапевтичні.

Соматичні методи лікування включають лікарські препарати, електросудомну терапію та інші методи лікування, які стимулюють мозок (наприклад, транскраніальну магнітну стимуляцію та стимуляцію блукаючого нерва).

Психотерапевтичні методи лікування включають психотерапію (індивідуальну, групову, сімейну або шлюбну), методи поведінкової терапії

(наприклад, навчання релаксації або експозиційну терапію), а також гіпнотерапію.

Варто відмітити, що саме реабілітаційна психологія є ключовим напрямом у клінічній психології, орієнтованим на допомогу людям, які пережили тяжкі фізичні чи психологічні травми, психічні порушення, розлади, захворювання чи хронічні стани. Цей вид психології фокусується на відновленні функціональності, покращенні якості життя, підвищенні рівня самостійності та соціальної адаптації пацієнтів.

У реабілітаційній психології особлива увага приділяється розробці та застосуванню індивідуальних стратегій, спрямованих на допомогу пацієнтам у адаптації до нових життєвих умов після травми чи захворювання. Вона включає як психотерапевтичну роботу, так і різні методики психологічного консультування.

Професіонали у цій галузі працюють у тісній взаємодії з медичними фахівцями, фізіотерапевтами, соціальними працівниками та іншими експертами, щоб забезпечити комплексний підхід до лікування та реабілітації. Основна мета тут – не тільки фізичне одужання, а й психологічне відновлення, включаючи розвиток стійкості, управління емоціями та повернення до активного соціального життя.

Реабілітаційна психологія також охоплює дослідження, спрямовані на розуміння найкращих способів підтримки людей у процесі їх відновлення, та розвиток нових методик, які можна застосовувати у клінічній практиці. Ці дослідження допомагають постійно покращувати підходи до психологічної реабілітації, роблячи їх більш ефективними та цілеспрямованими [8; 25].

Значення реабілітаційної психології в сучасному світі величезне, особливо у світлі збільшення кількості людей, які стикаються з хронічними психічними розладами, захворюваннями, бойовими діями та травмами. Цей напрямок відіграє важливу роль у покращенні якості життя та сприяє більш швидкому та повному відновленню пацієнтів після різних життєвих потрясінь.

Можна з упевненістю сказати, що реабілітаційна психологія відіграє ключову роль у сучасній медицині та соціальній роботі, допомагаючи людям відновлюватися після важких випробувань та повертатися до повноцінного життя.

Більшість досліджень показують, що для основних психічних порушень метод лікування як з використанням препаратів, так і психотерапії є більш ефективним порівняно з методом лікування, що використовується поодиночі.

Психіатри є єдиними кваліфікованими фахівцями з лікування психічних розладів у сфері охорони психічного здоров'я. Лікуванням психічних розладів також займаються клінічні психологи, які практикують психіатричні медсестри та соціальні працівники. Тим не менш, психіатри (і психіатричні медсестри в деяких штатах) є єдиними фахівцями з охорони психічного здоров'я, які мають ліцензію на виписку ліків. Інші фахівці у сфері охорони психічного здоров'я практикують переважно психотерапію. Багато лікарів загальної практики та лікарів інших спеціальностей прописують препарати для лікування психічних розладів [22].

Зауважимо, що за останні роки в галузі психотерапії, яку іноді називають терапевтичними бесідами, досягнуто значних успіхів. Створюючи атмосферу емпатії та заохочення, психотерапевт часто здатний допомогти людині визначити джерело проблем та розглянути можливі шляхи їх вирішення. Емоційна поінформованість та розуміння, які пацієнт отримує через психотерапію, часто призводять до зміни життєвої позиції та поведінки, що дозволяє людині жити більш повним та задовільним життям.

Психотерапія є відповідним та ефективним методом лікування широкого спектру захворювань. Навіть люди, які не мають психічних порушень, можуть знайти психотерапію корисною у боротьбі з такими проблемами, як труднощі з роботою, втрата близької людини або хронічна хвороба в сім'ї. Групова психотерапія, терапія подружніх пар та сімейна терапія також широко використовуються.

Психологічна та психіатрична реабілітація, збагачена глибоким розумінням людського розуму та поведінки, пропонує широкий спектр методів та технік для підтримки та покращення життя людей, які зіткнулися з різними викликами. Ці різноманітні та багатоаспектні методи є результатом десятиліть досліджень та практичного досвіду, накопиченого в цій галузі. Вони охоплюють широкий спектр підходів, від традиційних психотерапевтичних технік до більш інноваційних та спеціалізованих методів, адаптованих до конкретних потреб та обставин [37].

Важливість цих методів і технік полягає в їх здатності забезпечувати індивідуалізований підхід до відновлення та реабілітації. Кожен пацієнт є унікальною історією, що вимагає особливої уваги та підходу. У цьому контексті реабілітаційна психологія демонструє свою гнучкість та адаптивність, пропонуючи спеціальні стратегії та техніки, націлені на задоволення індивідуальних потреб.

Використання цих методів та технік у клінічній практиці потребує не лише глибоких знань, а й творчого підходу. Реабілітаційні психологи мають бути здатними інтегрувати теоретичні знання з практичними навичками, а також вміти гнучко застосовувати різні підходи залежно від конкретної ситуації. Це допомагає створювати максимально продуктивні та персоналізовані програми реабілітації.

Ефективність цих методів та технік підтверджується багаторічною практикою та дослідженнями в галузі реабілітаційної психології. Вони сприяють не тільки поліпшенню фізичного стану пацієнтів, але й позитивно впливають на їх емоційний добробут, соціальну адаптацію та загальну якість життя.

Психологічна реабілітація включає безліч різноманітних методів і технік, кожен з яких має свої унікальні переваги і області застосування. Ці методи допомагають пацієнтам відновлюватися після травм, хвороб та психологічних труднощів, покращуючи їх якість життя та сприяти адаптації до нових умов.

Більшість фахівців у галузі психології та психіатрії практикують один із шести видів психотерапії [5; 18]:

- поведінкова терапія;
- когнітивна терапія;
- міжособистісна терапія;
- психоаналіз;
- психодинамічна терапія;
- підтримуюча психотерапія.

Ці методи і техніки є лише частиною різноманіття інструментів, доступних реабілітаційним психологам. Вони можуть бути адаптовані та комбіновані в залежності від специфічних потреб та цілей кожного пацієнта, забезпечуючи глибоко персоналізований підхід до реабілітації.

Розглянемо кожен з цих видів детальніше.

1. Поведінкова терапія

Поведінкова терапія включає низку втручань, які розроблені для того, щоб допомогти людині забути неадекватну поведінку (наприклад, залежність та нездатність переносити фрустрацію) у процесі навчання адаптивній поведінці (відкритість новому досвіду та сумлінність). Експозиційна терапія, що часто використовується для лікування фобій, є одним із прикладів поведінкової терапії. При експозиційній терапії людей піддають впливу ситуацій, подій чи об'єктів, яких вони бояться, у безпечному середовищі.

Мета полягає в тому, щоб зменшити страх і допомогти людям припинити уникати ситуацій, яких вони бояться.

Поведінкова терапія пов'язана з когнітивною терапією. Іноді використовується поєднання цих двох видів терапії, відоме як когнітивно-поведінкова терапія. Теоретичною основою поведінкової терапії є теорія навчання, яка говорить, що відхилення у поведінці є наслідком неправильного навчання.

2. Когнітивна терапія

Когнітивна терапія допомагає людям виявити спотворення у мисленні та зрозуміти, як ці спотворення призводять до проблем у їхньому житті. Наприклад, у людей можуть бути думки з категорії «все чи нічого» («якщо я не досягну стовідсоткового успіху, я зазнаю повної невдачі»). Передумова полягає в ідеї, що те, як люди відчують і поведуться, визначається тим, як вони інтерпретують свій досвід. Через ідентифікацію основних переконань та припущень люди вчаться по-новому розмірковувати про свій досвід, зменшуючи симптоми та досягаючи покращення поведінки та почуттів.

3. Міжособистісна терапія

Міжособистісна терапія була спочатку задумана як коротке психологічне лікування депресії та покликана покращити якість відносин людини, яка перебуває у стані депресії, з іншими людьми. Вона зосереджена на таких проблемах, як:

- не вирішене горе;
- конфлікти, що виникають, коли люди повинні виконувати ролі, що відрізняються від очікуваних (наприклад, коли жінка вступає у стосунки, збираючись бути матір'ю та домогосподаркою, і з'ясовує, що вона також має утримувати сім'ю);
- зміни соціальних ролей (наприклад, перехід від активної роботи до перебування на пенсії);
- проблеми під час спілкування з іншими людьми.

Психотерапевт вчить людину покращувати аспекти міжособистісних відносин, наприклад, долати соціальну ізоляцію та реагувати на інших людей менш звичним способом.

4. Психоаналіз

Психоаналіз – це найстаріша форма психотерапії, розроблена Зигмунд Фрейдом в першій половині XX століття. Людина, як правило, відвідує психотерапевта 4 або 5 разів на тиждень і, лежачи на кушетці в його кабінеті, намагається говорити все, що спадає на думку – практика, яка називається вільною асоціацією. Здебільшого акцент робиться на тому, щоб допомогти

людині зрозуміти те, як минулі моделі стосунків повторюються у сьогоденні. Відносини між пацієнтом та психотерапевтом є ключовою частиною даного підходу. Розуміння того, як минуле впливає на сьогодення, допомагає людині розвивати нові більш адаптивні способи функціонування у сфері взаємовідносин та у робочій обстановці.

5. Психодинамічна терапія

Психодинамічна терапія подібно до психоаналізу робить акцент на ідентифікації несвідомих схем у поточних думках, почуттях і поведінці. Тим не менш, пацієнт, як правило, сидить, а не лежить на кушетці, і відвідує психотерапевта лише від 1 до 3 разів на тиждень. Крім того, менший акцент робиться на стосунках між пацієнтом та психотерапевтом.

6. Підтримуюча психотерапія.

Підтримуюча терапія, яка використовується найчастіше, покладається на чуйні та близькі відносини між пацієнтом та психотерапевтом. Вона заохочує вираження почуттів, і психотерапевт надає допомогу у вирішенні проблем. Проблемно-орієнтована психотерапія (форма підтримуючої терапії) можуть успішно використовувати лікарі загальної практики.

Ми вважаємо, що у майбутньому психологічна реабілітація осіб з психічними розладами, як окремий напрямок діяльності реабілітаційних психологів та психотерапевтів безперечно, продовжуватиме розвиватися та інтегрувати нові технології та підходи. Одним із важливих напрямів є впровадження цифрових інновацій, таких як мобільні програми для здоров'я, віртуальна та доповнена реальність, які зможуть запропонувати нові способи лікування та реабілітації. Ці технології дозволяють створювати більш персоналізовані та доступні програми лікування, покращуючи доступність послуг для різних груп населення.

Розвиток нейронаук також має ключову роль у майбутньому реабілітаційної психології. Розуміння мозкових механізмів, що лежать в основі різних психологічних та фізичних станів, дозволить розробляти ефективніші методи лікування та відновлення.

3.3. Розроблення програми психологічної реабілітації людей з психічними порушеннями та результати її апробації

На основі проаналізованого теоретичного матеріалу, ми вирішили розробити та експериментально впровадити власну Програму соціально-психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями, якій ми дали назву «Ефективна адаптація осіб з порушеннями психічного здоров'я до звичайного життя».

Мета програми: сприяння комфортному поверненню осіб з психічними порушеннями до норм звичайного життя та їх реінтеграції у суспільстві.

Завдання програми:

- проведення профілактично-просвітницької роботи з людьми, що страждають на психічні розлади та членами їх сімей, надання необхідних інформаційних матеріалів, що можуть допомогти таким особам полегшити процес їх реабілітації;
- здійснення психологічного та соціального супроводу військовослужбовців на кожному етапі їх реабілітації для полегшення даного процесу;
- проведення тематичних групових заходів, індивідуальної роботи, групової (сімейної) роботи з особами, що мають психічні розлади та членами їх сімей;
- надання консультативної допомоги при необхідності звернення до лікарів, вузькопрофільних спеціалістів, а також при пошуку роботи чи поверненні на попереднє місце працевлаштування у випадку втрати роботи.

Очікувані результати програми: комфортна адаптація та соціалізація осіб з психічними порушеннями до нормального життя; успішне звикання до можливих нових соціальних ролей, розуміння різниці між прийняттям рішень і дотриманням певних правил під час перебування у домашніх умовах та в умовах реабілітаційного закладу; сприяння членів родини за допомогою

спілкування та підтримки продуктивної інтеграції до звичайного життя людей з певними порушеннями психічного здоров'я.

Основні етапи даної експериментальної програми соціально-психологічної реабілітації осіб, що страждають на психічні розлади включають наступні етапи:

1. Підготовчий етап:

- зняття психічної напруги (аутотренінг, м'язова релаксація, ТОТ (тілесно-орієнтована терапія), холотропне дихання);
- створення сприятливої психічної атмосфери (ігро-технічні засоби, трудотерапія, натуро-естето-терапія (єднання з природою), раціональна психотерапія).

2. Корекційно-розвивальний етап:

- гармонізація особистості;
- корекція поведінки (логотерапія, поведінкова реконструктивна психотерапія).

3. Інтеграція в соціум:

- підвищення соціально-психічної компетентності;
- підвищення комунікативної активності;
- закріплення ефективних схем поведінки (соціально-психологічні тренінги, залучення у громадську діяльність, створення реадаптуючого середовища).

Вибір конкретних методик та технік соціально-психологічної реабілітації осіб з психічними розладами у нашій програмі визначався глибиною та змістом психічних порушень пацієнтів та динамікою їх розвитку. Якщо методика, що застосовується, не давала бажаного результату, була підібрана та використовувалася інша методика та інші технічні прийоми.

У роботі з такими особами за Програмою ми використовували такі психокорекційні методи станів осіб з психічними розладами:

1. Метод раціональної психокорекції. У його основі лежить логічне, доступне розумінню людини трактування характеру та причин виникнення

таких розладів. Основними методами тут є роз'яснення, логічна аргументація, навіювання, емоційний вплив авторитетом.

Мета психокорекційної роботи полягає у роз'ясненні людині характеру, причин, механізмів психічних розладів для того, щоб переконати її, що такі стани можуть коригуватися та підлягають реабілітації при систематичній та послідовній роботі.

2. Дебрифінг стресу критичних ситуацій (так званий психологічний дебрифінг) є екстремальною роботою із психічними розладами.

Дебрифінг проводиться з групами, що максимально складаються з десяти-п'ятнадцяти осіб, які мають однакові або схожі психічні розлади.

Завданнями дебрифінгу є:

- надання можливості кожному учаснику висловити свої переживання та реакції та оцінити їх характер у групі;
- організація психологічної підтримки кожного учасника групою;
- мобілізація особистісних ресурсів, спрямованих на подолання стресу, який може виникати в людини з психічними розладами, створення умов для самовираження та набуття впевненості в собі.

Зауважимо, що дебрифінг допомагає краще зрозуміти природу психічного розладу, його симптоми, опанувати способи ефективного їх подолання, попередити можливість виникнення відстрочених негативних наслідків таких розладів.

3. Методи психічної саморегуляції. Особливо потрібні на ранніх етапах розвитку психічного розладу такі методи саморегуляції, як нервово-м'язова релаксація, гіпносугестивна терапія з елементами саморегуляції, аутогенне тренування.

Методи саморегуляції ефективні, коли спостерігаються симптоми порушення балансу вегетативної нервової системи, саме це можуть бути порушення сну, загальна м'язова скутість, тремор кінцівок, головний біль тощо.

4. Методи особистісно-орієнтованої психотерапії. Її основою є положення про те, що людина сама відповідальна за зроблений вибір, і якщо вона обирає шлях бути нещасним і жити в минулому, то це її право. За такого підходу основна мета психотерапії полягає у зміні відношення особи до наявності в її житті певного порушення психічного здоров'я.

Крім того, ми використовували різні методи та техніки психодинамічної, поведінкової, когнітивної, гештальт-терапії, нейролінгвістичного програмування, терапії мистецтвом та творчим самовираженням, трансактного аналізу, психодрами та інші психотерапевтичні підходи.

При цьому всі психотерапевтичні підходи були орієнтовані:

- на усвідомлення та осмислення тих подій, які спричинили актуальний психічний стан;
- на прийняття того, що сталося, як невід'ємної частини життєвого досвіду;
- на актуалізацію власної поведінки, необхідної для подолання негативних наслідків психічних розладів та адаптації до змінених внутрішніх і зовнішніх умов життєдіяльності.

Після початкових етапів індивідуальної психотерапії рекомендується розпочати проведення групових форм психотерапії. Їх психотерапевтичними цілями є:

- емоційна стимуляція, соціальна активація та налагодження комунікацій;
- вироблення адекватних стереотипів поведінки, тренування спілкування та підвищення соціальної впевненості в собі;
- досягнення правильного уявлення про певний розлад та порушення поведінки, корекція установок та відносин, оптимізація спілкування;
- розкриття змістовної сторони психологічного конфлікту, перебудова системи відносин та вироблення адекватних форм психологічної компенсації.

Для проведення групової кризової психотерапії ми опиралися на такі показники:

- виражена потреба в психологічній підтримці та практичній допомозі, у встановленні значних відносин замість втрачених;
- необхідність створення оптимістичної життєвої перспективи, розробки та випробування нових способів адаптації;
- готовність обговорювати свої проблеми у групі, розглядати та сприймати думки учасників групи з метою терапевтичної перебудови, необхідної для вирішення стресової ситуації, що стала наслідком психічного розладу та профілактики її рецидиву в майбутньому.

Основне значення в груповій психотерапії надавалося таким факторам, як: згуртованість, емоційна підтримка, універсальність, ідентифікація, самоврядування та емоційне реагування у групі.

У процесі здійснення соціально-психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями було виявлено, що однією з найгостріших проблем для них є переживання гами різних емоцій, які можуть швидко змінюватися та приносять дискомфорт як психологічний, так і фізичний пацієнтам, оскільки практично всі з них не розуміють причини та наслідки таких станів. У ході роботи з усунення больових відчуттів були практично апробовані такі методики, як «Малюнок болю», «Образ болю», «Перевантаження», «Контекст» та деякі інші методи.

Методика «Малюнок болю» передбачає в момент ескалації больового відчуття детальне зображення образу болю на папері. Відволікання уваги від больового відчуття є у цій методиці психологічним механізмом усунення болю.

Методика «Образ болю» передбачає роботу із субмодальностями – якостями образу болю. Для цього проводиться послідовна зміна таких якостей образу болю, як температура, колір, матеріал від неприємних до приємних. На останньому етапі рекомендується представити саму біль. Наприклад, у вигляді повітряної кулі, що відлітає від болючого місця.

Методика «Контекст». Методика передбачає подання такого контексту переживання болю, у якому людина перестає про неї думати. Наприклад, при

переживанні больового відчуття можна уявити ситуацію надзвичайної небезпеки (наприклад, поява в кімнаті тигра). При проведенні цієї методики важливо рефлексивно закріпити («заякорити») больове відчуття із ситуацією небезпеки.

Методика «Перевантаження» передбачає під час переживання болю детально описувати всі предмети, що знаходяться в приміщенні, послідовно переміщаючись з одного кута в інший кут кімнати.

Також осіб з психічними порушеннями часто турбують нічні кошмари, для них є характерними розлади сну, пов'язані з труднощами засинання та частими пробудженнями.

Для позбавлення від нічних кошмарів ми застосовували такі методики, як «Малюнок сну», «Оповідання про сон», «Діалог зі сном», «Модифікація сну», «Завершення сну». Головним психокорекційним механізмом у цих методиках є інсайт, а саме вихід на розуміння функції сну, його визнання та прощання з ним.

Методика «Малюнок сну» полягає у детальному промальовуванні сну та «розумінні» його з позиції «художника».

Методика «Оповідання про сон» передбачає детальну вербалізацію сну з виходом на розуміння його «місії» у житті особи з певними порушеннями психічного здоров'я.

Методика «Модифікація сну» полягає у такій зміні деталей сну, які роблять його нетравмуючим. Наприклад, у накладенні на сон заспокійливої музики.

Методика «Завершення сну» передбачає таке його уявне закінчення, що дозволяє закінчити психологічну проблему. Наприклад, можна клієнта попросити уявити, що його сон насправді – зйомка фільму і вона успішно завершена.

Отже, як можна зрозуміти, методики саморегуляції станів спрямовані на формування адекватних внутрішніх засобів, що дозволяють особам з психічними порушеннями здійснити спеціально-спрямовану діяльність щодо

зміни свого стану та подолання наслідків психічних розладів. За змістом і спрямованості ці методи є формами активного самовпливу.

Таким чином, можемо відмітити, що на сьогоднішній день сучасна психологічна наука дозволяє підібрати великий вибір технік і методик психологічної допомоги особам з психічними розладами. До них можна віднести такі методи корекції: метод раціональної психокорекції, психологічний дебрифінг, методи психічної саморегуляції, методи особистісно-орієнтованої психокорекції. Групова психотерапія також може розглядатися в рамках психологічної реабілітації як один з основних методів надання психологічної допомоги особам, які страждають на психічні порушення.

Для того щоб зрозуміти чи була дана програма ефективною та з якісно підібраними методиками та техніками, ми повторно провели такі дослідження: дослідження по таблицям Шульте та дослідження обсягу короткочасної пам'яті за допомогою першої частини субтесту «Повторення цифр» (повторення цифр у прямому порядку) та методики HVLT-R.

Таблиця 3.8

**Розподіл учасників дослідження, залежно від ступеня зниження
концентрації уваги**

	Частота	Відсотки
Норма	33	47,1
Легке зниження	28	40
Помірне зниження	7	10
Виражене зниження	2	2,9

З таблиці видно, що показники концентрації уваги найбільшої кількості обстежуваних перебувають у діапазоні норми, а до впровадження програми здебільшого перебували у діапазоні легкого зниження. Середнє значення рівня концентрації уваги дорівнює 71,9 ($\sigma = 36,5$), що відповідає діапазону норми. Графічне зображення розподілу обстежуваних залежно від діапазону

показників концентрації уваги за результатами даної методики представлено на Рисунку 3.11.

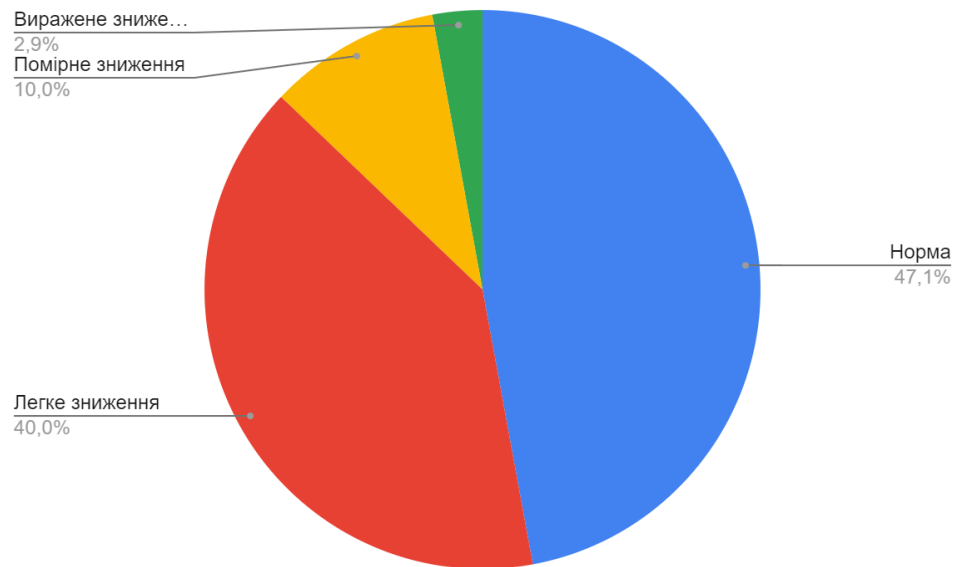


Рис. 3.11. Розподіл учасників дослідження в залежності від діапазону показників концентрації уваги (за результатами виконання таблиць Шульте)

Також ми провели повторне дослідження обсягу короткочасної пам'яті за допомогою першої частини субтесту «Повторення цифр» (повторення цифр у прямому порядку) та методики HVLT-R. Середнє значення показника за методикою HVLT-R становило 23,6 ($\sigma = 29,1$), що відповідає легкому зниженню короткочасної пам'яті. Детальніше описано в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Описові статистики показників обсягу короткочасної пам'яті (КП) та оперативної пам'яті (ОП)

	Середнє (M)	Медіана (Md)	Мода (Mo)	Середньо квадратич не відхиленн я (σ)	Диспер сія D	Мінімум Min	Максим ум Max
Об'єм КП	6,4	5,8	7	1,1	1,1	5	9
Об'єм ОП	5,5	4,2	5	0,6	0,5	4	8

Як ми можемо бачити, показники обстежуваних за даною методикою стали кращими та ближчими до норми, тобто обсяг як оперативної, так і короткочасної пам'яті підвищився.

Повторні результати дослідження свідчать про те, що розроблена нами Програма психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями є дієвою та справді позитивно впливає на психічний стан обстежуваних та дає хороші результати.

Висновки до розділу 3

Підсумовуючи результати дослідження, варто відзначити важливість вивчення впливу психічного порушення на здатність дотримання запропонованого режиму реабілітації пацієнтами різних нозологічних груп. Незважаючи на очевидний взаємозв'язок цих показників, суперечливі дані, отримані в ході зростання кількості досліджень у цій галузі, свідчать про необхідність проведення більш поглибленого вивчення цієї проблеми. Наявність психічних порушень може виступати як самостійний фактор, що зумовлює низьку відданість реабілітації, так і поєднуватися з іншими факторами, які, часом, можуть мати на формування комплаєнтності пацієнта більший вплив.

Метою цього дослідження була оцінка взаємозв'язку порушень уваги та пам'яті та можливості дотримання режиму реабілітаційної діяльності у пацієнтів з психічними порушеннями. На першому етапі відбувалося отримання інформації про соціо-демографічні характеристики обстежуваного. Далі обстежуваному пропонувалося виконати методики, спрямовані на оцінку стану когнітивних функцій (HVLT-R, таблиці Шульте, субтести «Повторення цифр» і «Шифрування» WAIS). На другому етапі пацієнт відповідав на питання клініко-психологічного інтерв'ю, а також на питання SCoRS, проводилися Методика Кеттелла для визначення рівня емоційної стійкості і емоційної чутливості та Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації В.В.Бойка. Нарешті, на завершальному етапі відбулася зустріч з лікарями досліджуваних респондентів, яким пропонувалося оцінити комплаєнтність пацієнтів шляхом відповіді на запитання «Шкали медикаментозного комплаєнсу», після якого ми визначили для себе цікавий факт – не варто применшувати значення феномену соціальної бажаності: деякі пацієнти під час обстеження висловлювали занепокоєння з приводу передачі отриманої в ході дослідження інформації лікарям.

Після проведення дослідження та отримання всіх необхідних результатів, ми вирішили розробити та експериментально впровадити власну Програму психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями, якій ми дали назву «Ефективна адаптація осіб з порушеннями психічного здоров'я до звичайного життя», метою якої було сприяння комфортному поверненню осіб з психічними порушеннями до норм звичайного життя та їх реінтеграції у суспільстві.

По завершенню впровадження нашої Програми психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями, ми провели повторне обстеження пацієнтів та визначили, що їх психічний стан покращився, показники пам'яті та уваги стали вищими, а самі люди стали більш врівноваженими та емоційно стабільними. Саме завдяки цьому ми зробили висновок, що наша Програма є дієвою та коректною.

ВИСНОВКИ

Отже, за результатами теоретичного та практичного аналізу проблеми психологічної реабілітації осіб, що страждають на психічні порушення, можемо зробити наступні висновки.

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів корекційного та відновлювального характеру, метою яких виступає відновлення психічного здоров'я і корекція відхилень у розвитку особистості. Це цілий спектр різноманітних заходів, що дозволяють відновити психологічну рівновагу, усунути наслідки серйозного стресу, допомогти людині повернутися до повноцінного життя або зберегти здоров'я на поточному рівні.

Цілеспрямованість психологічної реабілітації проявляється в тому, що весь процес цієї реабілітації вибудовується так, щоб була врахована чітко окреслена мета, яка визначається в залежності від того, на яку категорію клієнтів спрямовані певні реабілітаційні дії.

Психологічна реабілітація є наскрізним процесом, по суті, усіх аспектів роботи, спрямованих на:

- відновлення індивідуально-особистісного статусу людини;
- відновлення, розвиток та формування здібностей і якостей, які б дозволяли людині вільно себе почувати у різних соціальних ролях (сімейних, подружніх, батьківських, політичних та ін.);
- можливість включатися в різні сфери життєдіяльності та брати реальну участь в соціальних відносинах.

Змістовна сутність психологічної реабілітації полягає, перш за все, у відновленні оптимального функціонування психологічних механізмів, що забезпечують соціальну діяльність та соціальну інтеграцію.

Порушення психічного характеру представляють собою широкий спектр патологій, спровокованих зміною психіки людини. Ці зміни прямо чи опосередковано впливають на спосіб життя людини в соціумі, її працездатність, здатність виконувати щоденні завдання та адекватно сприймати події, що відбуваються навколо. Такі порушення здатні серйозно

деструктивно впливати на загальну якість життя людини: її соціальні взаємодії, можливість самореалізації, виконання щоденних завдань і адекватне сприйняття того, що відбувається навколо. Без своєчасної та ефективної допомоги фахівців, психічні порушення та захворювання схильні до прогресування та посилення наслідків.

Порушення психіки виникають у людей усіх вікових груп, незалежно від статі та соціального статусу. Вони можуть бути спровоковані різними факторами, а також поєднанням декількох причин, що ускладнює їх діагностику. Тому усунення першопричини та усунення наслідків, є основою успішного лікування всіх розладів психіки.

Для успішного проведення реабілітаційних заходів та досягнення поставлених конкретних цілей у кожному конкретному випадку необхідно дотримуватися основних принципів реабілітації: комплексність, ранній початок, етапність, наступність, безперервність, послідовність, індивідуальний підхід, активна участь клієнта у реабілітаційному процесі.

Варто відмітити, що в осіб, які страждають на психічні порушення, в силу специфічності захворювання виникає ряд серйозних проблем: знижується рівень адаптації, з'являються труднощі в результаті стигматизації з боку суспільства та самостигматизації, ускладнюється процес отримання освіти. Внаслідок психічного порушення людина може втратити роботу, змінюється її трудовий статус. Саме тому реабілітація таких осіб спрямована на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, спричинених порушенням психічного здоров'я, з метою покращення якості життя, їх соціальної адаптації та інтеграції у суспільство.

Загальним принципом обстеження осіб із психічними порушеннями є комплексне використання клінічних та параклінічних методів. Щодо цього немає принципових відмінностей між обстеженням психічно та соматично хворих. Зміст клінічного та параклінічного обстеження осіб, що страждають на психічні порушення, природно, відрізняється переважною спрямованістю; при цьому мають на увазі насамперед стан психічної діяльності.

Дослідження в рамках нашої дипломної роботи проводилося індивідуально з кожним обстежуваним в окремому кабінеті. Перед початком дослідження відбувалося знайомство з обстежуваним та отриманням від нього добровільної згоди на участь у дослідженні. Також з кожним пацієнтом погоджувався час, зручний для нього, оскільки з низки причин не всі могли одразу розпочати участь. Пацієнту повідомлялося про цілі дослідження та про конфіденційність отриманої інформації.

На першому етапі відбувалося отримання інформації про соціо-демографічні характеристики обстежуваного. Далі обстежуваному пропонувалося виконати методики, спрямовані на оцінку стану когнітивних функцій (HVLT-R, таблиці Шульте, субтести «Повторення цифр» і «Шифрування» WAIS). На другому етапі пацієнт відповідав на питання клініко-психологічного інтерв'ю, а також на питання SCoRS, проводилися Методика Кеттелла для визначення рівня емоційної стійкості і емоційної чутливості та Експрес-діагностика рівня особистісної фрустрації В.В.Бойка. Нарешті, на завершальному етапі відбулася зустріч з лікарями досліджуваних респондентів, яким пропонувалося оцінити комплаєнтність пацієнтів шляхом відповіді на запитання «Шкали медикаментозного комплаєнсу».

Після закінчення дослідження кожному обстежуваному та його лікарю було висловлено подяку за участь. За бажанням учасникам надавався зворотний зв'язок за результатами дослідження.

Вибірку дослідження склали 70 осіб віком від 23 до 74 років, серед яких 38 жінок та 32 чоловіки. Критеріями включення до дослідження були: наявність діагнозу, що потрапляє в список МКХ-10 «Інші психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби» (F06) – всього 39 осіб; в список «Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, пошкодження або дисфункції головного мозку» (F07) – 21 особа; також до дослідження увійшли десять учасників, чиї діагнози не потрапляють до зазначених категорій, але клінічна картина захворювання яких обумовлена наявністю органічного фону.

Після проведення дослідження та отримання всіх необхідних результатів, ми вирішили розробити та експериментально впровадити власну Програму психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями, якій ми дали назву «Ефективна адаптація осіб з порушеннями психічного здоров'я до звичайного життя», метою якої було сприяння комфортному поверненню осіб з психічними порушеннями до норм звичайного життя та їх реінтеграції у суспільстві.

Вибір конкретних методик та технік соціально-психологічної реабілітації осіб з психічними розладами у нашій програмі визначався глибиною та змістом психічних порушень пацієнтів та динамікою їх розвитку. Якщо методика, що застосовується, не давала бажаного результату, була підібрана та використовувалася інша методика та інші технічні прийоми.

По завершенню впровадження нашої Програми психологічної реабілітації осіб з психічними порушеннями, ми провели повторне обстеження пацієнтів та визначили, що їх психічний стан покращився, показники пам'яті та уваги стали вищими, а самі люди стали більш врівноваженими та емоційно стабільними. Саме завдяки цьому ми зробили висновок, що наша Програма є дієвою та коректною.

Таким чином, завдання роботи були виконані, мета досягнута, гіпотеза дослідження доведена.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами // Збірник наукових праць / (за заг. ред. П. М. Таланчука). – К. : Університет «Україна». – Випуск № 11 (13). – 2014. – 277 с.
2. Ахтирська Ю. І. До проблеми соціально-психологічних особливостей цілісності особистості та її антиципації. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2018. № 3 (47). С. 82-90.
3. Блискун О. О. До проблеми психологічних принципів поведінки людини (генетико-моделюючий підхід С. Максименка). Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2014. № 2 (34). С. 34-42.
4. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2015. № 3(38). С. 454-462.
5. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.
6. Бондаренко Н. Б. Психологічні особливості соціальної підтримки осіб з проблемами психічного здоров'я у групах самодопомоги: дис. ... к. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2017. 279 с.
7. Бондаренко О. Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги. Педагогіка і психологія. 2002. № 4. С. 4-12.
8. Бохонкова Ю. О. Психологія випереджальної стратегії поведінки особистості в ситуації життєвих змін: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05. Київ, 2013. 40 с.
9. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування. К. : Ніка-центр, 2011. 424 с.
10. Віденєєв І. О. Стресостійкість в контексті психологічних ресурсів особистості. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми, 18-19 лютого 2016 р.). Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. С. 24-27.

11. Вірна Ж. Концепція реабілітології. Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації. Актуальні проблеми психологічної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Київ, 2011. 376 с.
12. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015. № 1(82). С. 5-11.
13. Вольнова Л. М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю. К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. 275 с.
14. Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Коростій В.І. Пропедевтика психіатрії. – Харків: Регіон-інформ, 2003.
15. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2012. № 2 (1). С. 49-58.
16. Гарькавець С. О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі. Луганськ : Ноулідж, 2010. 343 с.
17. Гейко Є. В. Соціально-психологічні особливості корекції полісистемної цілісності особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2016. № 3 (41). С. 6-15.
18. Гольдблат Ю.В. Медико-соціальна реабілітація в неврології. Санкт-Петербург : Політехніка, 2006. С. 65–67.
19. Гридковець Л. М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабілітаційна психологія». – Київ : КІБіТ, 2012. – 80 с.
20. Дитяча та юнацька психотерапія. Теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях /за заг. редакцією Г. Католик [колективна монографія]. – Львів : Астролябія, 2012. – 312 с.
21. Завацька Н. Є. Психологічні основи розвитку особистості: монографія. Запоріжжя : Просвіта, 2019. Т. 6. 416 с.
22. Кечур Р., Деякі спільні терапевтичні фактори як ілюстрація психотерапевтичної дії.: науково-практичний журнал «Форум психіатрії і психотерапії», «Простір-М», Львів 2001. 64 с.

23. Кісарчук, З. Г. (Ред.). (2017). Особливості стосунків “психотерапевт – клієнт” у сучасному соціокультурному середовищі. Київ: Видавничий дім “Слово”.
24. Кобильченко В.В. Спеціальна психологія на сучасному історичному етапі: пошук власної наукової ідентичності» Педагогіка і психологія, №2. С 64- 70. 2016.
25. Коваленко А. Б. Психологічне благополуччя особистості: сутність, чинники та структура. Гуманітарний корпус. 2018. № 16. С. 80-83.
26. Корнієнко В. В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості: монографія. К. : ПВТІП «LAT&K», 2021. 320 с.
27. Корнієнко В. В. Особливості соціально-психологічної адаптації осіб з депресивними розладами. Психологічні ресурси адаптаційного потенціалу особистості: монографія. Дніпро : ДНУ ім. Олеса Гончара, 2021. С. 156-170
28. Корнієнко В. В. Патопсихологічна характеристика осіб з депресивними розладами різного генезу. Проблеми сучасної психології. 2019. № 1(15). С. 59-66.
29. Корнієнко В. В. Концептуалізація вивчення проблеми соціальнопсихологічних основ розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3 (56). С. 36-45.
30. Корнієнко В. В. Система соціально-психологічного супроводу процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3(56). С. 15-24.
31. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Харків : НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
32. Маруніч В.В., Шевчук В.І., Яворовенко О.Б. Методичний посібник із питань реабілітації інвалідів. Київ, 2006. 212 с.

33. Марута Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція). Український вісник психоневрології. 2016. № 1(86). С. 5-11.
34. Михайлишин У. Б. Вплив ціннісних орієнтацій на формування особистості та розвиток її реабілітаційного потенціалу. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3(56). С. 112-121.
35. Михальчук Н.О., Поташнюк Р.З., Івашкевич Е.З. Основи психологічної реабілітації. Навчальний посібник для студентів Вузу. – Рівне: РДГУ, Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, РДГУ, 2006. – 192с.
36. Михальчук Н.О., Івашкевич Е.З. Психологічна реабілітація хворих з особистісними розладами. Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Рівне: РДГУ, МЕГУ імені академіка Степана Дем'янчука, 2011. – 56 с.
37. Михальчук Н.О., Хупавцева Н.О. Методичні аспекти реабілітації психічно хворих з інтелектуальними розладами в умовах стаціонарного лікування. Гуманітарний вісник державного вищого навчального закладу “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди” : Збірник наукових праць. – Переяслав-Хмельницький, 2012. – Вип. 25. – С. 398–403.
38. Михальчук Н.О., Івашкевич Е.З. Психологічна реабілітація хворих з розладами інтелекту. Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Рівне: РДГУ, МЕГУ імені академіка Степана Дем'янчука, 2017. – 78 с.
39. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: [https:// mkh10.com.ua/](https://mkh10.com.ua/).
40. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Вінниця : Міленіум, 2007. – 295 с.

41. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. - 199 с.
42. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Т. 2. Київ, 2018. 240 с. URL : <https://www.osce.org/uk/projectcoordinator-in-ukraine/430829?download=true> (дата звернення: 23.04.2020).
43. Орбан-Лембрик Л. Є. Соціальна психологія: Підручник: У 2кн. Кн.2: Соціальна психологія груп. Прикладна соціальна психологія. – К.: Либідь, 2006. – 560 с.
44. Пілецька Л. С. Асертивна поведінка як чинник реабілітаційного потенціалу особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2021. № 3 (56). С. 184-194.
45. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: “Академвидав”, 2006. – 424 с.
46. Пріб Г.А. Психологічна реабілітація як складова комплексної медико-соціальної реабілітації психічнохворих. Етіологія, патогенез, клініка та лікування психічних розладів. URL: <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/535/535453bf0ca73d611a8714fa3f60a3d5.PDF>.
47. Ревука Т., Крайніков Е. Особливості ресоціалізації та реадaptaції осіб, хворих на психічні розлади// Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. 1(7).2013.
48. Турчінська В.Є. Про організацію соціально-психологічної підтримки розумово відсталих. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, С. 23-25
49. Чепелева Н. В. Характеристика процесів розуміння та інтерпретації у контексті психотерапії. Наук. записки Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України. 2001. № 21. С. 25-31.
50. Черненко М.І., Аршава І.Ф. Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів; Дніпропетровськ, 2007. - 606 с.

51. Чубко О.Б., Романченко Л.В. Роль та місце психосоціальної реабілітації в системі психіатричної допомоги. *Нейро News*. 2012. № 3 (38). URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/3%2838%29/article-636/rol-ta-misce-psihsocialnoyi-reabilitaciyi-vsistemi-psihiatrichnoyi-dopomogi#gsc.tab=0>.
52. Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я : монографія / А. Г. Шевцов. – К. : Соцінформ, 2004. – 200 с.
53. Шевяков О. В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем. Дніпропетровськ : Січ, 2010. 450 с.
54. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції. К. : Вища школа, 2006. 382 с.
55. Bath B. (2015). Biopsychosocial predictors of short-term success among people with low back pain referred to a physiotherapy spinal triage service. *J. of Pain Research*, 8, 189-202.
56. Garvin D.A. Teaching executives and teaching MBAs: reflections on the case method. *Academy of Management Learning & Education*. 2007. (Vol. 6. Is. 3, pp. 364–374)
57. Wild J. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychol Med.*, 46(12), 2571-2582.
58. Yoshimura R. (2011). The brain-derived neurotrophic factor (BDNF) polymorphism Val66Met is associated with neither serum BDNF level nor response to selective serotonin reuptake inhibitors in depressed Japanese patients. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 35(4), 1022-1025.

ДОДАТКИ

Таблиці Шульте

Суть роботи з таблицями Шульте полягає у швидкому послідовному знаходженні всіх чисел, або інших об'єктів, розташованих у таблиці. Причому акцент робиться саме на швидкість знаходження, підвищити яку і дозволяють спеціальні методики роботи з таблицями.

Ефект від вправи. Зазвичай Shultz tables застосовуються для розвитку темпу сприйняття інформації, а також в якості тесту для вивчення поточного стану цього темпу. Постійна робота з таблицями Шульте допомагає розширити периферійний зір. Широке поле зору скорочує час пошуку інформаційних частин тексту. Також за рахунок роботи з такими таблицями зростає швидкість зорових пошукових рухів, що є важливою складовою навичок швидкого читання.

Крім того, таблиці Шульте часто застосовуються у тренінгах з Нейролінгвістичного програмування (НЛП) для отримання так званого стану високої продуктивності, який здійснюється за рахунок перемикання свідомості від критичного сприйняття до певної апатії та можливості ефективно виконувати логічні і послідовні операції. В принципі, цей ефект також важливий і для швидкочитання. Тому можна сказати, що робота з таблицями Шульте чинить подвійний ефект на збільшення швидкості читання.

Методика виконання вправи. Для того щоб ефективно збільшувати швидкість читання, шукати числа потрібно беззвучним рахунком, тобто про себе, у зростаючому порядку від 1 до 25. Знайдені числа фіксуються тільки поглядом. Однак є своя особливість цього пошуку. Для того щоб правильно виконати вправу, і отже, швидше знайти всі числа, тренуючи периферійний зір, потрібно сфокусуватися на центральній клітинці таблиці так, щоб бачити таблицю повністю.

Найкраще тренування зорових навичок швидкочитання при роботі з таблицями Шульте досягається при максимальній відсутності горизонтального і вертикального руху очей. Для цього необхідно дотримуватися правильної відстань від очей до таблиці. Чим далі таблиця, тим зручніше дивитися на всі клітинки відразу. Оптимальна відстань до таблиці має відповідати зручній відстані до книги або до монітора при читанні. Зазвичай це 40-50 сантиметрів, але не потрібно відводити очі занадто далеко, тільки в тому випадку, якщо вам складно бачити всю таблицю.

Шкала інтелекту Векслера

Шкала інтелекту Векслера є найточнішим тестом на інтелект, що існує сьогодні, як для дорослих (WAIS-IV), так і в дитячій версії (WISC-V).

1. Індекс вербального розуміння призначений для вимірювання формування концепцій та вербального мислення. Він складається з чотирьох підтестів:

Схожості: де потрібно знайти спільні аспекти двох слів. Наприклад, що робить апельсини та банани схожими?

Словниковий запас: вам потрібно придумати найбільш відповідні слова.

Інформація: ви проходите тест на загальні знання. Наприклад, яка столиця Японії?

Розуміння: необов'язковий підтест у форматі вибору з кількох варіантів, щоб перевірити, чи все добре зрозуміло. Це дуже допомагає у виявленні проблем з особистістю.

2. Індекс перцептивного мислення призначений для вимірювання того, як добре ви працюєте з фігурами та формами, виявляєте шаблони та міркуєте про них. Він складається з п'яти підтестів:

Блокове проектування: вам потрібно знайти частини, які складають фігуру.

Матриця міркування: ви бачите матрицю з кількома фігурами, але одна відсутня. Вам потрібно вибрати, яка фігура доповнить матрицю, найкраще підходячи до можливих шаблонів.

Візуальні головоломки: зрозуміло, правда?

Ваги фігур: ви бачите незбалансовані ваги, і вам потрібно знайти, яка фігура їх відновить. Додатково.

Завершення малюнка: необов'язкові підтести, де потрібно знайти відсутній фрагмент для малюнка.

3. Індекс робочої пам'яті вимірює здатність зберігати та оперувати числами і літерами. Він складається з трьох підтестів:

Арифметика: вам потрібно вирішити якомога більше базових задач в межах відведеного часу. Складних математичних задач немає.

Цифровий рядок: ви читаєте послідовності чисел (наприклад, 1,3,5,2,7) і повинні запам'ятати їх вперед або навіть назад. Це завдання дуже корисне для виявлення низького IQ та клінічних проблем.

Послідовності літер і цифр: те ж саме, але також з літерами. За бажанням.

4. Індекс швидкості обробки, як впливає з назви, вимірює швидкість обробки інформації. Він складається з трьох підтестів:

Пошук символів: ви повинні просканувати і знайти Валі :). Звісно, що ні. Вам надається символ, і ви повинні перевірити, чи він є в групі.

Кодування: перевіряє здатність копіювати символи.

Скасування: те ж саме, що й символ-пошук, але з формами. Необов'язково.

Підсумовуючи чотири індекси, ви отримуєте Загальний коефіцієнт інтелекту (FSIQ). Якщо ви не хочете враховувати робочу пам'ять і швидкість обробки, ви можете обчислити Загальний індекс доступності (GAI), підсумувавши перші два індекси. Також можна обчислити індекси короткочасної та довгострокової пам'яті.

Методика Кеттелла

Методика представляє собою варіант адаптованого особистісного опитувальника Р. Кеттелла, призначеного для вимірювання шістнадцяти особистісних факторів, позначених відповідними латинськими буквами, - в зв'язку з назвами цих факторів. Наприклад, фактор А – це фактор «аффектотімія - сізотімія». Біполярність (двополюсної) фактора – відносна; вона не має якого-небудь позитивного або негативного морального або патологічного значення, відсутнє також мимоволі припускають між полюсами область невизначених і нульових значень. Щоб виключити такі припущення, спеціально наводиться варіант інтерпретації сенсу факторів, що містить опис безперервного зміни цього сенсу від одного «полюса» до іншого: це збігається з уявленнями про безперервність зміни характерологічних чеснот особистості по параметру її активності. При цьому у самого Р. Б. Кеттелла розрізнення особистісних властивостей і якостей характеру лише помічено теоретично і зовсім не вирішувалося практично, оскільки не було достатніх підстав для об'єднання сенсу, ідей безперервної і безперервного і відповідних їм підходів, - «від типів» і «від чорт »: необхідно було мати інтегральну модель особистості, формування якої присвячені зараз багато досліджень.

«С» - опитувальник Р. Кеттелла містить 105 положень, що стосуються різних властивостей особистості, установок і інтересів, і заповнюється так, що випробуваний повинен вибрати один з можливих відповідей: а, б, с. Для оцінки сирих результатів їх треба перевести в систему, яка встановлює зв'язок між результатом випробуваного і результатами, отриманими у інших людей в певній популяції. Таблиці стандартизації перетворюють сирі результати в стіни.

Стени 5 і 6 будуть вважатися середніми, 4 і 7 злегка відхиляється (відповідно нижче або вище) 2, 3, 8, 9-сильно відхиляються, а 1 і 10-крайніми випадками. Все це визначає положення даної особи по відношенню до певної популяції, на якій базується стандартизація. Зміст двох нормувальних

таблиць допускає перетворення будь-якого «сирого» результату для кожного з 16-ти факторів в стіни.

Відомо, що 16 факторів можна обробити так, щоб отримати 4 комплексних фактора другого порядку:

1. Пристосованість (адаптованість) на відміну від тривоги.
2. Інтроверсія на відміну від екстраверсія.
3. Сензитивність, емоційність на відміну від реактивної врівноваженості.
4. Підпорядкованість на відміну від незалежності.

Бали другого порядку отримують не з «сирих» первинних балів, а зі стенів, в які перші попередньо перетворюють. Якщо первинні стени скомбінувати, надаючи їм зазначений в спеціальних таблицях вага, то вони безпосередньо дадуть стіни другого порядку. Слід звернути увагу, що крім множення стени на вагу до загальної суми додається константа (щоб привести його до остаточної цифри 5,5-середньої для всіх шкал стіною).

Експрес діагностика В.В. Бойка

Інструкція. На кожне із запропонованих нижче суджень дайте відповідь «так» чи «ні».

Текст опитувальника

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.
2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплота у взаємодії з партнерами дуже залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує професійний обов'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Трапляється, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.

17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою наділові контакти.
18. Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
19. Я так стомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втому та напруження часто приділяю партнеру менше уваги, ніж потрібно.
21. Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
24. При згадці про деяких партнерів та колег, у мене псується настрій.
25. Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил та емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все як потрібно, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюся обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу «не роби людям добра – не отримаєш зла».
31. Я з радістю розповідаю домашнім про свого роботу.
32. Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображається на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.
34. Я дуже хвилююся за свою роботу.

35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.
36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.
37. У мене добрі (в цілому задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом мене переслідують невдачі па роботі.
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.
41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) менше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити час спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, в доброму настрої.
46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі бажаєш їм чогось недоброго.
48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного та психічного самопочуття.
49. На роботі я постійно відчуваю психічне та фізичне перевантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.

- 53. Впродовж останнього року траплялися скарги па мене з боку партнерів.
- 54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не беру близько до серця.
- 55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
- 56. Я часто працюю через силу.
- 57. Раніше я був більш співчутливим та уважним до партнерів, ніж тепер.
- 58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.
- 59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
- 60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.
- 61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
- 62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
- 63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.
- 64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.
- 65. Іноді я поводжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.
- 66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.
- 67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.
- 68. Часто я підганяю час: швидше б закінчився робочий день.
- 69. Стан, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.
- 70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю екран, що захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
- 71. Робота з людьми (з партнерами) дуже розчарувала мене.
- 72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.
- 73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
- 74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через певні обставини.

75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую з приводу того, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів би бачити й чути.
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), нехтуючи власними інтересами.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало або взагалі не відображається на спілкуванні з домашніми і друзями.
80. За можливості, я віддаю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається тієї роботи, я втратив зацікавленість, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на фахівця — зробила знервованим, злим, притупила емоції.
84. Робота з людьми вочевидь підриває моє здоров'я.

Обробка та інтерпретація результатів

Кожен варіант відповіді попередньо оцінений компетентними суддями тим чи іншим числом балів — зазначається в «ключі» поруч із номером судження в дужках. Це зроблено тому, що ознаки, які включені в симптом, мають різне значення для визначення його складності. Максимальну оцінку — 10 балів — отримала від суддів та ознака, яка є найбільш показовою для симптому.

Відповідно до «ключа» здійснюють такі підрахунки:

- 1) визначають суму балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання»;
- 2) підраховують суму показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання»;
- 3) знаходять підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» — сума показників за всіма 12 симптомами.

У «ключі» поряд із номерами суджень у дужках вказаний бал, встановлений експертами, який показує «вагу» цієї ознаки симптому.

«Ключ»

Фаза «Напруження»

1. Переживання психотравмуючих обставин: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)
2. Незадоволеність собою: -2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)
3. «Загнаність у кут»: +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)
4. Тривога і депресія: +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

Фаза «Резистенція»

1. Неадекватне вибіркове емоційне реагування: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)
2. Емоційно-моральна дезорієнтація: +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)
3. Розширення сфери економії емоцій: +7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)
4. Редукція професійних обов'язків: +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

Фаза «Виснаження»

1. Емоційний дефіцит: +9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)
2. Емоційне відчуження: +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)
3. Особистісне відчуження (деперсоналізація): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)
4. Психосоматичні та психовегетативні порушення: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)