**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичний аналіз дослідження проблеми реадаптації осіб із психічними розладами**

**1.1. Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми реадаптації осіб із психічними розладами**

У розділі проаналізовано основні теоретико-методологічні підходи до вивчення реадаптації осіб із психічними розладами; обґрунтовано теоретичну модель саморозвитку здібностей як особистісно-ціннісних чинників реадаптації осіб із психічними розладами.

Проаналізовано теоретичні засади й принципи надання психологічної допомоги особам із психічними розладами, які базуються на біопсихосоціальній моделі, що дозволяє з’ясувати сутність цілісної картини причин психічного розладу і розробляти релевантні методи надання медичної і психологічної допомоги (Дж. Енджел, Л. Сачмен, Р. М. Епстайн, Ф. БоррелКарріо, К. В. Аймедов).

Нормою є деінституалізація надання допомоги особам, що мають психічні розлади, із залученням фахівців різного профілю в ході реабілітації (М. Гельдер, Д. Гет, Р. Мейо, П. Д. Картінг, М. Коен, М. Перре, М. Фаркас, О. О. Хаустова).

Основні підходи психосоціальної реабілітації включають використання комплексних програм та індивідуального підходу, різносторонність зусиль і впливів, принцип партнерства у тріаді «пацієнт-лікар-психолог», необхідність раннього втручання і початку реабілітаційних заходів, психологічної освіти та консультування (Я. ван Вігель, І. Я. Гурович, М. М. Кабанов, І. І. Кутько, І. А. Марценківський).

Успішність реадаптації, як одного з етапів психосоціальної реабілітації, залежить як від розвиненої системи медико-соціальної допомоги, так і від типу психічного розладу та рівня вираженості патологічних змін особистості (Л. М. Балашова), соціальної активності людини (П. Б. Сичов), особистісних адаптаційних ресурсів та адаптаційного потенціалу, які забезпечують функціональну перебудову особистості на нові форми діяльності (Р. М. Войтенко, О. М. Кокун, О. Г. Маклаков, О. Л. Музика, С. В. Черм’янін).

У ході реадаптації людина має переглянути і частково або повністю відмовитися від деяких власних норм та установок (А. А. Налчаджян), набути здатності до розширення діапазону реагування та нових адаптивних способів поведінки, які проявляються і реалізуються в діяльності та системі міжособистісних стосунків (О. М. Богомолов), враховувати ґендерні особливості (І. Г. Малкіна-Пих, Л. Н. Ожигова).

З огляду на те, що в процесі реадаптації поряд із соціальними важливу роль відіграють особистісні чинники, можна надати визначення особистісної реадаптації осіб із психічними розладами як процесу повторного пристосування до життя, пов’язаного із усвідомленням змін у психіці, перебудовою і ствердженням на цій основі особистісної ідентичності в саморозвитку, в соціальних стосунках і в професійній діяльності.

Психологічним підґрунтям поняття особистісної реадаптації є вчення Ж. Піаже про адаптацію як єдність протилежно спрямованих процесів асиміляції (модифікації поведінки суб’єкта у відповідності з вимогами середовища) та акомодації (зміну окремих компонентів середовища).

Г. О. Балл доповнює цю схему характеристиками психологічної ситуації, яка характеризується не тільки своїм об’єктивним змістом, але й тим, як вона сприймається суб’єктом.

Внутрішні чинники особистісної реадаптації включають когнітивні процеси, емоційно-вольову та мотиваційну сфери і діють комплексно в цілісній системі особистості, що у свою чергу включена в систему соціуму. Відтак виникає необхідність в опорі на такі психологічні утворення, які б одночасно були і внутрішньо-особистісними, і спрямованими назовні.

Цим вимогам відповідають здібності, які за локалізацією є внутрішніми властивостями особистості, а їхні функції полягають у налагодженні взаємодії людини із зовнішнім світом через спілкування та діяльність.

У зарубіжній психології активно розробляються програми тренування навичок і соціальних навичок, що мають на меті розвиток самоконтролю хворобливих симптомів, покращення комунікативних навичок, вироблення вмінь справлятися з проблемами, що виникають у повсякденному житті, відновлення здатності людей з розладами до незалежного функціонування в суспільстві (W. Anthony, J. Carling, M. R. Cohen, R. Liberman, A. Kopelowicz, K. L. MacDonald-Wilson, P. B. Nemec, Ch. J. Wallace). Поняття «розвиток здібностей» точніше відображає сутність внутрішньоособистісних адаптаційних ресурсів, ніж «тренування навичок».

Здібностям властиво розвиватися в діяльності (Г. С. Костюк, О. М. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн, Б. М. Теплов), вони є функціональними системами психіки (В. Д. Шадріков) і проявами творчого застосування знань, новаторської позиції людини, її самостійності та свідомості (Б. Г. Ананьєв), що дозволяє розглядати їх як внутрішні чинники реадаптації осіб із психічними розладами.

За К. К. Платоновим, будь-які властивості особистості чи їх поєднання, що актуалізуються для здійснення певної діяльності, можуть розглядатися як здібності.

Таким чином, здібності є метакомпонентом у структурі особистості, що охоплює всі її рівні: біопсихічні властивості, особливості психічних процесів, досвід і спрямованість. Здібності можуть аналізуватися і в ширшому контексті, ніж успішність виконання діяльності, – як особистісні адаптаційні ресурси, як механізми творчого пристосування людини, яка змінюється і розвивається, до мінливого світу.

В основу дослідження було покладено уявлення про здібності як про внутрішній динамічний ресурс саморозвитку, що базується на індивідуально-своєрідному поєднанні особистісних властивостей і полягає:

1) у здатності суб’єкта вирішувати ситуаційні й життєві завдання з допомогою ефективних діяльностей;

2) в усвідомленій спроможності набувати цієї здатності (О. Л. Музика).

Для осіб із психічними розладами здібності набувають більшої ваги, оскільки з їхньою допомогою зберігаються старі соціальні та професійні зв’язки і встановлюються нові; зберігається цілісність і стійкість особистості; здібності, завдяки їх здатності до розвитку, усвідомлюються як інструменти саморозвитку особистості.

Важливою умовою особистісної реадаптації є формування ціннісного ставлення до власних здібностей, що має спиратися на ціннісний досвід особи, у якому її здібності розглядаються як індивідуальні способи задоволення життєвих потреб.

Професійні, комунікативні, творчі та рефлексивні здібності у процесі розвитку в діяльності можна розглядати як адаптаційні, що сприяють формуванню нових адаптивних способів поведінки.

Розвиток рефлексивних здібностей важливий для перебудови образу Я, усвідомлення змін ідентичності, що відбулися внаслідок психічного розладу, формування напрямків діяльності та життєвих векторів (Б. В. Зейгарнік, А. В. Карпов, Г. П. Щедровицький).

Першим кроком до особистісної реадаптації є усвідомлення особою змін, що виникли внаслідок психічного розладу.

Перед людиною, у якої діагностовано психічний розлад, постають питання про особистісну ідентичність: про зміст і характер змін; про прийняття нового образу Я і максимальне збереження самоідентичності.

Психологічна допомога має базуватися на врахуванні як типових, пов’язаних із особливостями того чи іншого психічного розладу, так і індивідуальних особливостей кожної людини.

Важливість рефлексивних здібностей полягає ще й у тому, що вони є основою для розвитку і саморозвитку всіх інших груп здібностей, необхідних для успішної реадаптації.

Розвиток комунікативних здібностей має бути спрямований на збереження і розширення кола спілкування, налагодження взаємин, оволодіння новими комунікативними навичками, подолання самостигматизації та самоізоляції.

Оскільки при психічних розладах в першу чергу змінюються і порушуються соціальні зв’язки, то реабілітація людей із психічними розладами – це ресоціалізація (М. М. Кабанов).

Соціалізація та соціальні здібності характеризують становлення людини як суб’єкта соціальних взаємостосунків (О. І. Власова, Ю. М. Швалб).

Комунікативні здібності важливі для оптимального функціонування людини в суспільстві.

У процесі спілкування значну роль відіграє гендерний чинник, оскільки для жінок взаємини з іншими людьми є більш суб’єктивно важливими (І. Г. Малкіна-Пих, Л. Н. Ожигова).

Саморозвиток професійних здібностей – один із найважливіших чинників реадаптації осіб із психічними розладами.

Професійні здібності у медичній психології розглядаються в контексті прогнозу збереження та відновлення трудової діяльності (І. Я. Гурович, Л. І. Круглова, Н. Г. Нєзнанов, О. О. Папсуєв, Я. А. Сторожакова, О. Б. Шмуклер).

Психологічний аналіз професійних здібностей має спрямовуватися на те, щоб визначити: чи існують прямі впливи виявленого психічного розладу на окремі компоненти професійної діяльності; чи пов’язані вони з когнітивними функціями, емоційновольовою або ж мотиваційною сферами; за яких умов людина може справлятися з професійними обов’язками і чи може взагалі.

Творчі здібності як особистісні ресурси використовуються в арт-терапії (Н. В. Бібікова, Д. Б. Богоявленська, О. І. Копитін). Вони забезпечують суб’єктивно оригінальні рішення не лише в мистецтві, а й в життєтворчості (В. О. Моляко, Л. В. Сохань).

Зміни в життєвій ситуації людей з психічними розладами потребують кардинально нових і вже тому суб’єктивно оригінальних рішень, які б дозволяли здолати перепони і давали бажаний ефект, іншими словами – творчих рішень.

Життєтворчість стає необхідністю для людини в аналізі життєвої ситуації та можливостей саморозвитку в ній; в окресленні перспектив саморозвитку, складанні реалістичних життєвих планів і їх корекції.

Сформоване ціннісне ставлення до власних здібностей, стверджене в діяльності, переконаність у можливості їх саморозвитку, вмонтованість здібностей у життєві плани, врахування ґендерних відмінностей у здібностях – усе це може розглядатися як показники успішної особистісної реадаптації та свідчити про відкриті можливості для досягнення оптимального рівня функціонування осіб із психічними розладами в суспільстві.

**1.2. Психологічна допомога особистості у різних парадигмах психологічної практики**

Відомо, що люди змінюються з двох причин: якщо їм до такої міри боляче, що вони готові на все, щоб це пройшло, або їм пропонують якийсь новий кращий шлях.

Психотерапія це система сприятливого лікувального впливу на психіку, а через психіку – на весь організм і поведінку людини.

Психотерапевтичне лікування засноване на психічних методах впливу на клінічні феномени і частково на страждання і тому стає точкою перетину ряду областей знань: медицини, психології, соціології, педагогіки і т.ін.

Психотерапевт працює з особистісними проблемами, на рівні переживання.

Різні види психотерапії спрямовані на зміну, підтримку, допомогу у вирішенні поточних проблем, на зменшення проявів хвороби.

Психотерапевти у своїй практиці виходять із припущення, що в основі будь-якого психічного порушення лежить життєвий досвід клієнта, тобто те, чому він навчився і чому він не навчився за своє життя.

Основна форма психологічної терапії – це бесіда, обмін думками, перспективами, поглядами на життя між пацієнтом і психотерапевтом.

Головне завдання психотерапії полягає у виявленні і корекції психологічного механізму страждань.

Внутрішня проблема вирішується за допомогою зміни способу мислення, ставлення до різних сторін життя і навчання новим поглядам і навичкам. З клієнтом укладається контракт, що включає конкретні описи того, що людина хоче змінити в собі для досягнення мети.

Важливо включити в контракт домовленість з боку клієнта не робити суїцидальних спроб і не завдавати собі фізичної шкоди, наприклад протягом 30 днів, пообіцявши, що протягом цього періоду обов’язково відбудуться зміни.

Наприклад: “Найкраще ще попереду. Все буде відбуватися можливо не так швидко, але швидше ніж Ви думаєте”.

Зазвичай заздалегідь встановлюється дата закінчення психотерапії, що підвищує її ефективність. Психолог ніколи не приймає рішення за клієнта, а тільки разом з ним. Він ніколи не забуває, що має право розпоряджатися тільки власним життям. Його завдання пропонувати, а клієнтові вибирати. Треба бути готовим до того, що людина може прийняти рішення саме в той момент, коли вона буде до цього готова.

Психотерапія повинна допомогти клієнту вирішити внутрішню проблему. Найважливіше значення має не здатність клієнта зробити щось, а бажання змінитися, провести велику, важку роботу над собою.

Часто найголовніше і найважче полягає в тому, щоб допомогти клієнту зрозуміти, що розлад викликано не стільки обставинами життя і зовнішніми конфліктами, скільки його внутрішніми проблемами. Клієнт повинен прийняти відповідальність за свої життєві труднощі, а не пояснювати їх несприятливими обставинами або “будувати оборонні редути”.

В даний час великого поширення набули недирективні методи терапії, оскільки покращання стає міцніше, якщо люди пов’язують його з факторами, що знаходяться під їх контролем.

Крім того, люди зазвичай отримують користь тільки з тих істин, які відкривають самі. Психологи, дотримуючись такого підходу, вважають за краще не давати поради, а створити умови для пошуку шляхів виходу самим клієнтом.

Найважливішим компонентом психотерапії є безумовна позитивна оцінка, прийняття, щира зацікавленість, розуміння емоційного стану клієнта (емпатія).

Професійна робота психолога є надзвичайно делікатною, оскільки існує реальна небезпека посилення проявів розладу і деформації особистості клієнта (вторинна травма). Розвіюючи ілюзії і руйнуючи психологічні захисні механізми, терапевт повинен дати клієнту щось замість цього.

Велика кількість методів психотерапії, що застосовуються у практиці, а зараз у світі налічується понад 450 видів психотерапевтичного впливу, мають обмежену ефективність.

Кожен з методів психотерапії спрямований на певний спектр розладів, при яких його доцільніше використовувати.

З іншого боку, більшій частині клієнтів може допомогти практично будьякий метод у разі, якщо психотерапевт має достатню кваліфікацію, використовуючи комбіновані прийоми з різних практик.

Проблема в результаті психологічного лікування часто не вирішується раз і назавжди, спеціаліст і клієнт можуть повертатися до проблеми, закріплюючи ефект лікування.

Психотерапія – це така ж лікарська спеціальність, що вимагає відповідної тривалої професійної підготовки під керівництвом досвідчених фахівців. Душа людини потребує надзвичайно делікатного і обережного поводження.

Психотерапевтичне лікування поки що є недостатньо доступним для багатьох клієнтів. Це пов’язано з матеріальними витратами і відсутністю інформації про можливості такої психологічної допомоги.

Розглянемо найбільш апробовані і популярні психотерапевтичні методи психологічної допомоги в різних парадигмах психологічної практики.

Зупинимося на характеристиці можливих підходів до практики психологічної допомоги (консультування і психотерапії), що склалися у даний час в психології, узявши за основу її основні напрями:

• глибинна (психодинамічна) психологія – психоаналіз (3. Фрейд), індивідуальна психологія (А. Адлер), аналітична психологія (К. Юнг), трансакційний аналіз (Е. Берн), психодрама (Дж. Морено) та ін.;

• бихевіорально-когнітивний напрям – соціальне научіння (А. Бандура), тренінг соціальної компетентності; самонавчання (Д. Уотсон і Б. Скіннер); когнітивна терапія (А. Бек); раціональноемотивна терапія (А. Елліс) та ін.;

• гуманістичний напрям – гештальттерапія (Ф. Перлз), клієнто-центрована терапія (К. Роджерс), екзистенційна терапія, логотерапія (В. Франкл).

Виділимо основні поняття, що використовуються в кожному напрямі, і основні методи дії на клієнта (за Г.С. Абрамовою, О.Ф. Бондаренком):

1. Глибинна психологія, або психодинамічна теорія 3. Фрейда існує в безлічі модифікацій і представлена в роботах А. Адлера, Е. Еріксона, Е. Фрома, К. Хорні, К. Юнга, В. Райха, Е. Берна.

Головним завданням психоаналізу є виявлення і вивчення підсвідомої сфери, яка управляє людиною, а метою – усвідомлення клієнтом своїх підсвідомих процесів і навчання впливати на них, подолати стереотипність поведінки і мислення, яка визначається минулим.

Також завданням допомоги є збереження балансу між зовнішніми (соціальними) і внутрішніми силами, що діють на особистість. Розпізнавання емоційних і поведінкових стереотипів можна провести через вивчення захисних механізмів особистості.

В процесі інтерв’ю психолог, який працює на основі ортодоксальної психодинамічної теорії, використовує основну техніку – вільне асоціювання, аналіз символів повсякденності; аналіз помилок, описок, обмовок клієнта, які розкривають його підсвідомі почуття (“Фрейдівська помилка”); аналіз сновидінь; аналіз опору як прояву більш широкого механізму витіснення; аналіз змісту перенесення клієнта.

Основу концепції психодинамічної терапії складає припущення про те, що психопатологічні симптоми і поведінка обумовлені неусвідомлюваними конфліктами, що зазвичай виникають у дитячому віці.

Мета терапії полягає в усвідомленні виникнення витіснених подій минулого життя, їх повторне переживання, яке і повинно привести до полегшення стану і зміни поведінки.

Психіка розглядається як структура, що складається з компонентів “Воно” (“Ід”), “Я” (“Его”) і “Над-Я” (“Супер-Его”). “Воно” представляє собою сукупність біологічних потягів та інстинктів і має підсвідому природу.

“Над-Я” формується під впливом навколишнього середовища і включає систему цінностей і норм поведінки в суспільстві.

“Я” регулює реалізацію підсвідомих потреб відповідно до обмежень, що накладаються зовнішнім світом, норм поведінки в суспільстві.

При порушенні реалістичного розв’язання конфлікту між “Воно” і “Над-Я” з’являються різні невротичні розлади, в основі яких лежать неусвідомлювані механізми психологічного захисту.

Зазвичай конфлікти раннього дитинства, наприклад сексуальні, придушуються, і ці проблематичні ситуації повторно програються в подальшому житті.

Тривога та її прояви допомагають уникнути усвідомленого виявлення в себе неприйнятних інстинктивних імпульсів. З. Фрейд і К. Абрахам також займалися вивченням проблем, пов’язаних із залежністю і втратою.

Вчені знайшли подібність між депресивним розладом і горем, що переживають люди, які втратили близьку людину: порушення апетиту, сну, втрата інтересу, зниження соціальної активності та інше.

Коли вмирає найдорожча людина, то той, хто переживає скорботу, повертається до оральної стадії розвитку і починає ідентифікувати себе з померлим. Таким чином, людина спрямовує свій смуток і гнів “всередину”.

Для більшості людей цей процес протікає тимчасово. Але є і ті, кому не вдається самостійно справитися зі своїм станом.

Вони відчувають спустошеність, зменшують кількість комунікації до мінімуму і їх стан втрати посилюється. Настає період депресії.

З. Фрейд вважав, що до депресивних розладів схильні два типи людей:

1) люди, чиї потреби в оральній стадії дитинства не були задоволені повністю;

2) люди, чиї потреби в оральній стадії дитинства задовольнялися понадміру.

Головна мета даної групи людей - отримання любові і схвалення. Випадок, коли депресія настає навіть у тому випадку, якщо ніхто не вмирає, З. Фрейд називав символічної втратою.

Символічна втрата - це втрата об’єкта високої цінності, яка підсвідомо сприймається як втрата близької людини.

Незважаючи на те, що багато положень психодинамічного підходу піддавалися обґрунтованій критиці, вона продовжує використовуватися в сучасній практиці.

В основі психоаналізу лежить перенесення дитячих почуттів пацієнтів по відношення до батьків або осіб, які їх заміняють, на аналітика.

Класичний аналіз проводиться наступним чином.

Пацієнт лежить на кушетці, а психотерапевт знаходиться ззаду хворого частково або повністю поза увагою пацієнта.

Пацієнт розповідає все, що приходить на розум (вільні асоціації) без будьякого контролю, незалежно від важливості і прийнятності.

Важливу інформацію дає і аналіз сновидінь. При цьому пацієнту потрібно бути чесним, що є обов’язковою умовою лікування.

Наявність коливань, замовчувань в розповіді пацієнта (опір) дає підставу говорити про наявність витіснених і неприйнятних для свідомості ідей, основного конфлікту.

Саме ці ситуації повинні аналізуватися особливо ретельно. Аналітик виступає, так би мовити, в якості “екрана”, на який пацієнт спрямовує свої думки, і дає хворому інтерпретацію психічних явищ, які той не розуміє.

Наприклад, якщо пацієнтка відчуває злість до психотерапевта чоловіка, то це може свідчити про нестачу уваги, яку приділяв їй батько в ранньому дитинстві. Часто у пацієнтів настає інсайт – раптове усвідомлення неоптимальних способів переживання, що виникли в дитячому віці.

Лікар дотримується правила утримання і не повинен показувати співчуття, втішати, висловлювати свою думку, давати поради. Правда, на даний час деякі терапевти допускають використання емпатії.

Важливо знати, що настання першого полегшення нетривале (“медовий місяць психоаналізу”), а потім часто розвивається загострення розладу. Зазвичай психодинамічна терапія застосовується при тривалих невротичних розладах, таких як фобія, обсесивно-компульсивний розлад, дистимія, істерія, розлади особистості, сексуальні дисфункції.

Лікування зазвичай не проводять дітям і дорослим старше 40 років, людям з недостатнім інтелектом, близьким (друзі, родичі, знайомі).

Неофрейдистські концепції, зокрема трансакційний аналіз Е. Берна, в теоретичних конструктах близький до ортодоксального психоаналізу, але у практиці роботи з клієнтами застосовуються техніки когнітивно-поведінкового напрямку, гештальттерапії тощо.

2. Біхевіорально-когнітивний напрям у психологічній допомозі спрямований на те, щоб дати пацієнту можливість контролю над своїми діями, викликати конкретні зміни його поведінки (Е. Толмен, К. Халл, Д. Уотсон, Б. Скіннер). Робиться акцент на тому, що навколишнє середовище впливає на особистість людини.

Психолог разом з пацієнтом намагається втрутитися в життєві умови пацієнта з метою їх зміни.

Це будується на наступних основних складових біхевіоральної психології.

1. Заохочується активність пацієнта.

2. Визначається проблема пацієнта через операціоналізацію поведінки (переклад неясних слів в конкретні, спостережувані дії).

3. Розуміння контексту проблеми через функціональний аналіз (причинно-наслідкові зв’язки).

4. Встановлення соціально важливої мети для пацієнта (конкретний план дій).

Також використовуються процедури зміни:

а) тренування наполегливості (допомагає подолати безпорадність і неадекватність) через питання, рольові ігри, перелік альтернатив для ухвалення рішення;

б) тренування релаксації (цілеспрямоване зменшення тривожності, засноване на навчанні глибокої релаксації, побудові ієрархії страхів і пов’язання об’єкту тривоги з цією ієрархією на фоні вправ на релаксацію);

в) моделювання поведінки і заохочення за бажану поведінку в поєднанні з веденням записів;

г) підтримка у пацієнта потрібної поведінки – запобігання рецидивів, що дає контроль над власною поведінкою.

Стратегії запобігання рецидивів розділяються за наступними категоріями: передбачення важких ситуацій, регулювання думок і відчуттів, виявлення потрібних додаткових навиків, вибудовування сприятливих послідовностей.

Техніка запобігання рецидиву важлива не тільки для психології біхевіоризму.

Проблема рецидивів існує в роботі психологів всіх напрямів, рішення її психологами-біхевіористами заслуговує величезної уваги всіх практичних психологів. Прихильники когнітивного підходу пов’язують розлад почуттів і поведінки людини не з самими подіями, а з неадекватною інтерпретацією та осмисленням події (Ellis A.; Beck А.Т.).

На відміну від більшості інших методів, тут не шукають причинного психологічного конфлікту. Мета когнітивної терапії полягає в зміні сприйняття, способу оцінки себе, оточуючих і майбутнього.

Найбільш ефективна когнітивна терапія при депресивних розладах.

Депресія трактується як розлад мислення, що приводить до афективних і фізичних симптомів.

В результаті змінюється сприйняття:

- себе – як дефективної, нікчемної людини;

- оточуючих – як негативно налаштованих, непомірні вимоги світу, нездоланні перешкоди;

- майбутнього – несе неприємності, невдачі, страждання.

Дана когнітивна тріада депресії пояснюється клієнту з прикладами помилковості його логіки.

Серед різновидів некоректного мислення виділяють:

Максималізм. Люди бачать багатозначний, невизначений світ в чорно-білому кольорі і погано переносять ситуації невизначеності, неясності. Їм властиві максималістичні цілі і характерні наступні установки: “всі оточуючі повинні полюбити тебе”, “необхідно завжди бути компетентним”, “будь-яке починання повинно бути доведене до завершення”.

Надмірне узагальнення. По одному факту робиться висновок про цілий клас подій. Якщо в житті трапляється неприємна подія, то пацієнти можу зробити висновок, що “життя огидне”, “я ні на що не здатний”, “всі баби – дури” або “всі мужики – сволочі”.

Безпідставні висновки. На підставі невеликого числа фактів робляться помилкові негативні висновки. Наприклад, якщо людина мовчить, значить, вона злиться на вас. Однак, навіть дуже спостережливі психологи і психотерапевти можуть помилятися в інтерпретації поведінки людини.

Вибіркове сприйняття. Схильність до концентрації уваги на певних негативних фактах при ігноруванні позитивних сторін. Наприклад, студент, який відповів невірно на 10 запитань зі 100, постійно думає про неправильні відповіді і вважає, що погано впорався із завданням.

Висновки, засновані на емоціях. Пояснювати, що відбувається за допомогою суб’єктивних почуттів часто є помилкою. Наприклад, неправильним є вислів “мені здається, що ця людина не любить мене, тому я погано до неї ставлюся”. Якщо можна було б краще дізнатися про цю людину, то на основі достатньої інформації можна було зробити інші висновки.

Твердження “я повинен”. Перебільшене почуття відповідальності перед іншими людьми, прийняття критеріїв успіху і цінностей, встановлених іншими людьми, часто призводить до відчуття провини. Людині самій потрібно знати і поважати свої інтереси, вирішувати, наскільки реальними і доречними є вимоги оточуючих.

Персоналізація. Проявляється в прийнятті відповідальності за незалежні від тебе події. Наприклад, мати, спостерігаючи погані оцінки у дитини, може зробити висновок, що вона погана мати. Психотерапевт демонструє неправильність подібної інтерпретації і, спільно з клієнтом, шукає новий погляд на життя. Внаслідок змін мислення формується більш адаптивна поведінка.

Показаннями для когнітивної терапії є: депресія, панічний розлад, обсесивно-компульсивний розлад, соматоформні розлади, соціальна фобія.

У поведінковій терапії неадекватна поведінка розглядається як засвоєна людиною внаслідок позитивного або негативного підкріплення навколишніми факторами.

Психотерапевти намагаються сформувати спочатку оптимальну поведінку, що повинна привести до позитивних внутрішніх змін.

Методи поведінкової терапії: аверсивна терапія, заснована на покаранні за небажану поведінку, методика позитивного підкріплення, що включає заохочення бажаної поведінки, систематична десенсибілізація, що полягає в поступовому наближенні до лякаючої ситуації в поєднанні з антитривожними заходами, та імплозивна терапія із зануренням клієнта в ситуацію страху.

Більш детально розглянемо самокоригуючу терапію, запропоновану D.L. Watson і R.G. Tharp.

Мета даної методики полягає в самокорекції небажаної поведінки, особливо за наявності залежності від шкідливих речовин за допомогою поведінкових методів.

Дана методика включає наступні етапи (кроки):

1 крок: визначення форми поведінки, що потрібно змінити;

2 крок: збір основних даних про фактори, що впливають на неоптимальну поведінку, наприклад, фіксується число цигарок, що клієнт випалює щодня протягом певного періоду часу, фактори, що провокують паління, наслідки паління;

3 крок: розробка програми самоконтролю, що включає способи зміни поведінки:

а) самопідкріплення – заохочення себе за бажану поведінку;

б) самопокарання – позбавлення будь-яких благ за небажану поведінку;

в) планування навколишнього оточення – зміна цього оточення з метою зміни стимулів, що передують неоптимальній поведінці. Наприклад, використовуються альтернативні способи зниження емоційної напруги (релаксація, медитація).

4 крок: виконання і оцінка програми самоконтролю. Дієвим засобом є договір із самим собою – письмова угода з обіцянкою дотримуватися бажаної поведінки і використовувати відповідне заохочення і покарання. Краще, щоб в програмі брала участь ще одна людина, наприклад, дружина або друг.

Найбільш частими помилками є: спроба виконати занадто багато і швидко, постановка нереальних цілей, тривале відтермінування заохочення або слабкі заохочення;

5 крок: завершення програми самоконтролю.

Потрібно точно визначити цілі і умови завершення. Показаннями для поведінкової терапії є: нікотинова залежність, алкогольна залежність, переїдання, порушення поведінки, фобічні розлади. Часто застосовується поєднання когнітивних і поведінкових методів терапії.

3. Гуманістичний напрям у психології (К. Роджерс, Ф. Перлз, В. Франкл, Р. Мей та ін.).

Основна методологічна позиція полягає в тому, що призначення людини – жити і діяти, визначаючи свою долю, зосередження контролю і рішень знаходиться всередині самої людини, а не в її оточенні; початкова наявність в людині прагнення до максимальної соціальної самоактуалізації, зростанню особистості.

Задача клієнта і психолога полягає в тому, щоб якомога повніше зрозуміти світ клієнта і підтримати його під час прийняття відповідального рішення за допомогою “творчого, активного, точного, емпатійного неосуджуючого слухання” (К. Роджерс).

Основне поняття, з яким працюють психологи даного напряму, – світовідчування конкретного клієнта.

Психолог повинен уміти працювати з протиріччям реального та ідеального образу “Я”, бути конгруентним та безумовно приймати клієнта.

Особливе місце займає гештальттерапія, яка відрізняється різноманітністю технік: сприйняття “тут і тепер”, директивність; мовні зміни; метод порожнього крісла: бесіди з частиною свого “Я”; діалог “собаки зверху” – авторитарний, директивний і “собаки знизу” – пасивний з відчуттям провини, шукаючий прощення; фіксоване відчуття; робота зі снами.

Крім того, завдяки роботам В. Франкла в гуманістичній психології використовуються техніки зміни відношення; парадоксальні інтенції; перемикання; метод переконань (заклику).

Реалізація цих технік вимагає від психолога красномовства, точності словесних формулювань, орієнтації на світовідчування клієнта.

Гуманістична парадигма є досить популярною серед вітчизняних фахівців, які використовують її в своїй практичній діяльності.

Особливо це стосується роджеріанського консультування і психотерапії, які приваблюють початківців своєю оманливою простотою: зрозумілі принципи, майже повна 67 відсутність складних психотехнічних прийомів тощо. Однак, треба враховувати, що клієнт-центроване консультування і психотерапія вимагають від фахівця, найперше, особистісної зрілості, усвідомлення власних проблем і обмежень, готовності бути щирим і відкритим у взаємодії з клієнтом.

У консультуванні і психотерапії центрованих на клієнті стверджується, що в людині від початку закладено прагнення до особистісного зростання і самоактуалізації.

Головним завданням консультанта є створення умов, які сприяють зростанню клієнта.

Для цього необхідно, щоб консультант акцептував (безумовно приймав) клієнта, був емпатійним і автентичним (справжнім).

Передбачається, що клієнт здатний ставити перед собою мету, він мотивований до змін і у нього достатньо бажання, щоб працювати над собою.

Тому консультант, перш за все, почав би з віри в здатність клієнта знайти свій власний шлях у житті і достатньо сил слідувати цією дорогою.

Інакше кажучи, ця парадигма акцентує не діагноз, і не інформацію про минуле клієнта, а, перш за все, припускає вільний вислів ним актуальних почуттів – неадекватності, фрустрації, безнадійності тощо.

Консультант надає свободу і безпеку для дослідження клієнтом загрожуючих аспектів свого особистого буття, утримуючись від оцінок і критики.

Тут мало простого віддзеркалення відчуттів клієнта шляхом вербалізації. Консультант прагне повністю пережити у нинішній момент, що це значить – жити в світі клієнта.

Справжні відносини з ним включають: доброту, глибоке розуміння, безумовне схвалення і теплоту, а також бажання дозволити клієнту проявляти будь-які його почуття в ході консультації.

Психолог повинен передати клієнту основні установки розуміння і схвалення, і через це позитивне відношення він отримав би шанс відкинути свої побоювання і більш повно і вільно дослідити свої особисті занепокоєності.

Клієнт росте особистісно у взаємостосунках з терапевтом, який повинен залишатися щирим.

Клієнт використовує ці відносини, щоб навчитися більше приймати себе зі своїми достоїнствами і обмеженнями. Йому надається можливість відкритого виразу почуття страху, відчуття себе невдахою і “слабаком” тощо і, головне, – можливість досліджувати, як він себе відчуває, коли його оцінюють інші.

Він отримує можливість виразити почуття провини, самотності, безнадії тощо. Ділячись своїми почуттями, клієнт перестав би відчувати свою самотність, бо він ризикнув би впустити в свій приватний світ іншого, тобто психолога.

За допомогою таких відносин з консультантом клієнт поступово зміг би зосередитися на своїх переживаннях і прояснити свої відчуття і установки. А консультант побачив би його як людину, здатну розвинути свої власні сили і ухвалювати самостійні рішення.

Віра і турбота консультанта збільшили б його власну віру і упевненість в своїй здатності долати труднощі і відкривати нові шляхи буття.

Душевний дискомфорт (страждання, горе, тривога, страх) є природнім, неминучим і навіть необхідним супутником в житті кожної людини. У випадках, коли психоемоційна реакція виходить за прийнятний діапазон, викликаючи надмірні страждання, проблеми для оточуючих або серйозні труднощі в житті і роботі, людині потрібна допомога.

Існує три способи зменшення стресового впливу на людину.

Перший пов’язаний з виявленням причини дистресу і її усуненням.

Другий передбачає уникнення стресової ситуації.

Однак у більшості випадків неможливо усунути вплив негативної ситуації, і тоді може допомогти система психоемоційної саморегуляції.

Людина можливо і повинна самостійно вирішувати виникаючі в її житті проблеми, знаходити і виробляти оптимальні форми регуляції емоційного дистресу.

Звичайно, свідоме регулювання емоційного стану може знизити гостроту, безпосередність і природність емоційної відповіді, створює небезпеку усунення негативних емоцій. І, тим не менше, ризик важких наслідків може виправдати управління емоціями.

Вважається, що система психоемоційного регулювання повинна не тільки швидко знижувати емоційну реакцію на несприятливу подію за допомогою прийомів психологічного захисту, але й включати методи підвищення загальної стійкості людини до стресу.

Психологічний захист – це сукупність прийомів, спрямованих на зміну сприйняття несприятливих ситуацій та таких, що дозволяють людині, на деякий час, зменшити напругу і дискомфорт.

Існують неусвідомлювані форми психологічного захисту, вперше описані З. Фрейдом. Наприклад, конфлікт витісняється в підсвідомість і людина наче забуває про його існування.

В подальшому витіснений конфлікт може проявитися тривогою, депресією або соматизованими симптомами. Для швидкого і короткочасного зменшення впливу стресової ситуації запропоновано багато різних психологічних прийомів.

Зниження значимості проблеми. Негативний вплив поточних проблем часто перебільшується і для більш реальної оцінки значущості проблеми корисно задати собі наступні питання: “Чи буде ця проблема хвилювати мене через 5 років?” Або “Що може статися найгірше, якщо я з цим не справлюся?”.

Включення. Переоцінка значущості психотравмуючої ситуації на фоні інших, більш важких подій. “Наскільки нестерпна ця ситуація порівняно з дійсно важкими трагедіями (смерть близької людини, пожежа в домі)?” Зниження власних вимог. Доцільно змінити нерозумні вимоги до оточуючих, наприклад, що “люди, які знаходяться навколо, повинні любити тебе” або “бути чесними”, а також до себе, наприклад, “не помилятися” або “бути завжди першим”.

Позитивне трактування події. Втрату роботи можна трактувати, з одного боку, як поразку чи відсутність справедливості в житті, а, з іншого боку, як можливість все почати спочатку або необхідність самовдосконалення.

Підвищення самооцінки і впевненості в собі. Корисним може виявитися самонавіювання з формулами типу “я обов’язково впораюся з цією проблемою”, “я бував у важких ситуаціях і раніше, і все добре закінчувалось”.

Відволікання. При невдачі в певній діяльності можна тимчасово переключитися на іншу діяльність.

Сповідь. Розповідь людині, яка вам симпатизує і співчуває дозволяє “пережити і переробити подію емоційно”. З одного боку, відбувається засвоєння і прийняття інформації, яка пов’язана з кризовою ситуацією. З іншого боку, емоційний резонанс співрозмовника робить почуття більш керованими, оскільки інша людина змогла відчути, пережити і впоратися з емоційною реакцією.

Катарсис – перетворення агресивної енергії в іншу форму. “Випускання пари” в соціально прийнятній формі послаблює переживання негативної емоції. Невдача може дати новий імпульс у самовдосконаленні і досягненні інших цілей.

Прогноз несприятливої події зменшує силу її впливу, тому корисно планувати різні результати розвитку події, включаючи найгірші. Крім того, впоратися зі стресом можуть допомогти різні психофізіологічні методи, серед яких медитація, фізичне навантаження, музикотерапія тощо.

Медитація. Метод медитації заснований на досягненні максимальної зосередженості, заглибленості в себе, відстороненості від навколишнього.

М’язова релаксація за допомогою масажу (міжбрівної області, задньої частини шиї, щелеп, плечей, ступней ніг і особливо спини), гарячої ванни, дихальних вправ (повільний глибокий вдих протягом 7 секунд і повільних видих за 11 секунд), аутогенного тренування.

Фізичне навантаження. Потрібно “увігнати пристрасть у м’язи”, як говорив І.П. Павлов. Фізичне навантаження, особливо в ігровій формі, допомагає зменшити психоемоційне напруження.

Музикотерапія є корисною, але тільки не серед музикантів, оскільки вони починають зараз же аналізувати музичний твір.

Крім того, існує безліч інших способів, наприклад, відвідування сауни або лазні, прогулянка по мальовничій місцевості, секс і т.д. Багато з перерахованих вище прийомів, наприклад, сповідь і медитація, використовуються в різних релігіях. Підвищення загальної стійкості до стресів Усвідомлення сенсу життя, наявність важливої стратегічної мети дозволяє впоратися з багатьма життєвими труднощами.

При формуванні довготривалих життєвих цілей важливо враховувати наступне.

1) Відповідність реальним бажанням і включення діяльності, яка не тільки приносить задоволення і фінансове благополуччя, а й наповнена духовним змістом (розвиток особистості, пізнання світу, допомога оточуючим).

2) Цілі повинні бути досить високі, щоб забезпечувалося духовне зростання і задоволення при їх реалізації. “Якщо ви навмисно збираєтесь бути меншим, ніж ви можете бути, я попереджаю вас, що ви будете нещасним все ваше життя” (А. Маслоу).

3) Конкретність і реалістичність цілей.

4) Досягнення цілей повинно залежати більшою мірою від самої людини, а не від сукупності сприятливих обставин.

5) Оптимальне число цілей.

З одного боку, необхідно максимально зменшити кількість цілей, щоб не розпорошувати свої сили, а, з іншого боку, єдина мета може привести особистість до катастрофи в разі невдачі.

Імовірність стресових розладів багато в чому зумовлена поставленою метою життя.

У разі вертикальної цілі – досягнення більш високої соціальної сходинки (кар’єра), – часто мають місце конкурентні відносини, оскільки більш висока посада, зазвичай, дає великі матеріальні блага.

Краще, коли цілі горизонтальні, спрямовані на розвиток особистості і професійне вдосконалення, тоді просування по кар’єрних сходах буде природним і потребуватиме менших зусиль.

Поведінка, спрямована на допомогу іншим людям, пов’язана з кращим станом душевного здоров’я. Має значення темп досягнення мети, оскільки дуже повільне розв’язання завдання часто призводить до застою і втрати інтересу.

З іншого боку, максимальна концентрація зусиль для якнайшвидшого досягнення мети може вимагати величезних затрат, що перевищують ресурси особистості. У процесі розвитку людського суспільства були сформульовані абстрактні мета-цілі життя людини, реалізовані в релігійних і філософських системах.

Усвідомлення і формування сенсу життя становить основу деяких психотерапевтичних методик, наприклад, екзистенціальної терапії або логотерапії, розробленої В. Франклом.

Релігія має беззаперечний психотерапевтичний ефект. Ідеї життя після смерті і прощення гріхів, без сумніву, дозволяють краще переносити труднощі мирського життя. Ідея загробного життя зі звільненням від страждань становить основу християнської ідеології. У буддизмі для звільнення від життєвих страждань людині пропонується шлях, що складається з восьми послідовних ступенів.

Разом з тим, не можна виключити і вплив релігії на соматичну патологію. Позитивний вплив релігії на здоров’я людини пояснюють меншою частотою куріння, надією, активним самовладаючим типом поведінки, більш оптимальним відношенням до здоров’я, частими соціальними контактами, стабільним шлюбом і душевним благополуччям.

Помірна релігійна активність і відвідування релігійних служб пов’язані з меншою частотою і вираженістю депресивних симптомів. Прихильність до релігії може знизити ризик суїцидів у пацієнтів з депресією внаслідок засудження такої поведінки, а також низькою агресивності.

**1.3. Теоретичні засади й принципи надання психологічної допомоги особам із психічними розладами**

Психічні розлади не завжди розпізнаються психологами-консультантами і часто стають об’єктом недоцільного втручання з несприятливими наслідками, як для клієнта, так і для психолога.

Це пов’язано з тим, що на початку свого розвитку психічні розлади проявляються симптомами, які психолог може прийняти за ознаки пов’язані зі складністю адаптації, індивідуально-особистісними особливостями, дивною поведінкою, конфліктністю та інші.

Наслідки надання “психологічної допомоги” в таких випадках можуть виявитися плачевними.

Кваліфікований психолог повинен вміти оцінити душевний стан клієнта, ідентифікувати, тобто своєчасно виявити серед тих, хто звернувся по допомогу або кого направили на діагностику, клієнтів з психопатологічними синдромами, психічними розладами, і, в разі необхідності, направити їх до профільного спеціаліста – психіатра або медичного психотерапевта.

У зв’язку з великою поширеністю стресових розладів, негативними психодинамічними та психосоціальними тенденціями, частотою та тяжкістю наслідків перенесених психічних травм у формі посттравматичних стресових станів, які досягають максимальної інтенсивності в розвитку посттравматичних стресових розладів та хронічних психопатологічних змін особистості, по-новому постало питання про місце і роль психологів у реабілітаційному процесі, суттєво збільшилась кількість завдань, що стоять перед ними.

Особливого значення набула участь психологів не тільки в діагностичному процесі, але і в проведенні психотерапевтичної та психокорекційної роботи, якій відводиться важлива роль в системі відновлювального лікування.

Необхідність правильного розуміння своїх професійних можливостей стає особливо актуальною, коли мова йде про психічні розлади, які не завжди розпізнаються психологами-консультантами і нерідко стають об’єктом необґрунтованого і недоцільного втручання з несприятливими наслідками не тільки для стану хворого, але і для професійної самооцінки психолога.

Сучасний досвід показав, що за умови належної цільової підготовки і правильної орієнтації, психологи успішно справляються з вирішенням цих завдань.

Основним завданням психолога є його участь у діагностиці, корекції і подальшій соціальній адаптації особистості – у співпраці з лікарями та іншими профільними фахівцями.

Психолог привносить в діагностичний і лікувальний процеси свої професійні знання про закономірності психічної діяльності і поведінку людини в нормальних умовах і в стресовій ситуації, про їхню залежність від взаємин людини з її оточенням і про методи, які дозволяють їх виявити і психологічно коригувати.

Внесок психолога в діагностичний процес складається як з виявлення особливостей структури характеру, рівня психічного розладу, нормалізації психічного стану, відновлення порушених, втрачених психічних функцій до рівня, який дасть їм можливість ефективно виконувати обов’язки, так і з встановлення психологічного аспекту порушення і механізмів компенсації, оцінки особистості клієнта і системи його значущих відносин.

Психолог надає лікарю (в разі необхідності) додаткову психологічну інформацію, що є важливою для уточнення діагнозу, розуміння сутності розладів і можливих підходів до реабілітації.

Діагностика та класифікація є важливим завданням як для психолога, так і для клієнта. Під час спостереження за клієнтом і в реальному спілкуванні з ним вміння ідентифікувати ознаки хворобливого стану є надзвичайно важливим для практикуючого психолога, ймовірно, навіть важливішим за знання психіатричних класифікацій та спеціальної психіатричної термінології.

Психолог у своїй роботі користується Міжнародною класифікацією хвороб (10-перегляду), опублікованою Всесвітньою організацією охорони здоров’я, а також “Інструкцією з діагностики і статистики психічних розладів”, опублікованою Американською психіатричною асоціацією.

Умовою ефективності психологічної роботи є правильне розуміння як психологами, так і психіатрами алгоритму їх професійної взаємодії.

Психолог є самостійним у виборі методів психологічного обстеження.

Від психолога потрібні не тільки професійні знання по своїй спеціальності, але і достатня обізнаність у питаннях психіатрії, а за необхідності, тісна комунікація з психіатром в процесі роботи, обговорення як ходу обстеження, так і його результатів.

Лікар, який знає розвиток, перебіг і прояв захворювання, може з усією повнотою оцінити значення психологічної інформації, отриманої від психолога.

Ще більш необхідною така тісна співпраця є під час проведення психокорекційної роботи, коли психолог і психіатр, який визначає завдання і напрямок психологічної корекції, повинні, кожен зі своїх професійних позицій, взаємно доповнювати один одного.

Конкретний зміст роботи психолога може широко варіювати в залежності від контингенту клієнтів.

Основні завдання роботи психолога визначаються його участю у вирішенні завдань диференціальної діагностики – оцінці структури і ступеня вираженості нервово-психічних розладів, діагностиці психічного розвитку, дослідженні особистості, соціального середовища і соціальних позицій з метою отримання даних для функціонального діагнозу, оцінці динаміки нервово-психічних порушень і обліку ефективності терапії; експертній роботі; психокорекційній роботі та участю в реабілітаційному процесі.

Зазначений розподіл завдань багато в чому є умовним. Так, вирішення питань диференціальної діагностики неможливе без оцінки структури і ступеня нервово-психічних розладів, а встановлення функціонального діагнозу вимагає одночасного врахування клінічних, психологічних і соціальних даних і визначення співвідношення порушених і збережених функцій і їх динаміки.

Функціональний діагноз – стан клієнта описується в рамках триєдиного підходу і передбачає “стереоскопічну” оцінку, кожна з яких формулюється в характерних для неї діагностичних категоріях: клініко-біологічних, психологічних і соціальних.

Характеристики клініко-біологічного блоку спрямовані на виявлення особливостей захворювання у конкретного пацієнта і визначають стратегію щодо клінічного прогнозу та напрямку психофармакологічного впливу.

Параметри психологічного блоку орієнтовані на уточнення психологічних характеристик пацієнта, особливостей функціонування психодинамічних особистісних механізмів, його внутрішніх і зовнішніх конфліктів, що визначає спрямованість психокорекційних заходів.

У соціальному блоці функціонального діагнозу фіксуються особливості соціального статусу хворого і наявних у нього психосоціальних проблем, а також ресурси його соціальної підтримки: дані про родину та позародинне оточення.

Ці дані визначають обсяг та особливості необхідних соціотерапевтичних заходів. Функціональний діагноз дає спеціалісту не тільки “назву” хвороби, але і дозволяє відповісти на питання про те, у кого (якої особистості) і в якому середовищі (соціальне мікросередовище) виникає хвороба.

Дані трьох блоків функціонального діагнозу відображаються в інтеграційних показниках, що дозволяють дати цілісну, всебічну оцінку функціонального стану пацієнта:

-характеристика біологічної адаптації – динаміка психічного стану;

-характеристика психологічної адаптації – особливості пристосувальної поведінки і якість життя;

-характеристика соціальної адаптації – рівень функціонування в різних соціальних сферах.

Інтегративні характеристики є головними узагальнюючими показниками функціонального діагнозу і можуть бути надійними індикаторами ефективності терапевтичного втручання, дозволяють конструювати сучасні програми реабілітації та ресоціалізації психічно хворих.

Ставлення фахівців до поняття “психологічний діагноз” є неоднозначним.

Окремі автори вважають, що пряме використання його в психологічній практиці є не зовсім коректним, тому що за ним стоїть певний клінічний контекст, стереотип сприйняття, а наскільки б кваліфіковано не було проведено обстеження психологом, до рівня лікарського діагнозу його результати не піднімаються.

У той же час, існуючі визначення поняття “психологічний діагноз” не диференціюють його досить чітко від “психологічного висновку”, що видно з наступного визначення: психологічний діагноз – це формулювання висновків про основні характеристики досліджуваних компонентів психічного розвитку або формування особистості.

Психологічний діагноз є основною метою і кінцевим результатом психодіагностики.

Психологічний діагноз може встановлюватись на різних рівнях.

1. Симптоматичний або емпіричний діагноз обмежується констатацією особливостей або симптомів, на підставі яких, безпосередньо, складаються практичні висновки. Такий діагноз не є власне науковим (і професійним), оскільки, як було сказано вище, встановлення симптомів ніколи автоматично не призводить до діагнозу.

2. Етіологічний діагноз враховує не тільки наявність певних характеристик і симптомів, а й причини їх появи.

3. Типологічний діагноз (вищий рівень) полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик у цілісній, динамічній картині особистості, в загальній картині психічного життя клієнта.

Діагноз не просто ставиться за результатами обстеження, але й обов’язково передбачає співвіднесення отриманих даних з тим, як виявлені особливості проявляються в життєвих ситуаціях.

Не рекомендується використовувати в психологічному діагнозі медичні (нозологічні) поняття, такі як “психопатія”, “невротичні стани” та ін.

Цим психолог не тільки порушує деонтологічні принципи, а й виходить за межі змісту свого професійного простору.

Як підкреслював К. Роджерс, необхідно розуміти, що отримані психологічні дані відрізняються і повинні відрізнятися певним, допустимим ступенем неточності.

Висновки завжди відносні, оскільки робляться на підставі експериментів або спостережень, проведених за однією або кількома з можливих методик і з використанням одного з можливих способів інтерпретації даних.

Краще недооцінити, ніж переоцінити ступінь тяжкості порушення.

Значні труднощі в постановці діагнозу (психологічного висновку) можуть бути пов’язані з недостатньо чітким уявленням психолога про межі своєї професійної компетенції.

Важливо, щоб в тих випадках, коли виникають сумніви в характері виявлених порушень, психолог не намагався сам поставити діагноз, а співпрацював з відповідними фахівцями.

Те саме стосується і проблеми соціальних факторів, що обумовили ту чи іншу психологічну характеристику клієнта (наприклад, у випадках наркотичної залежності).

Психологічний діагноз повинен ставитися психологом в суворій відповідності з професійною компетенцією і на тому рівні, на якому може здійснюватися конкретна психологічна корекція або інша психологічна допомога.

Формулювання діагнозу обов’язково повинно містити і психологічний прогноз.

Прогноз повинен враховувати:

а) умови проведення з клієнтом своєчасної необхідної роботи;

б) умови відсутності такої своєчасної роботи.

Рекомендується розбивати прогноз на окремі періоди і вдаватися до повторних спостережень.

Одним з найважливіших аспектів складання прогнозу є розуміння загальної динаміки розвитку захворювання, уявлення про компенсаторні можливості клієнта.

Клінічний і психологічний діагнози не повинні конкурувати один з одним.

А. Левицький, підкреслюючи необхідність співпраці лікаря та психолога, відзначає, що в ряді випадків психологічний діагноз повинен ґрунтуватися на клінічному.

У клінічному діагнозі психолог знаходить відомості про ті чи інші розлади, які можуть “психологічним шляхом” вплинути на порушення поведінки.

У свою чергу, лікар повинен враховувати дані, отримані психологом.

Це дозволяє подолати досить типовий для медичного мислення прямий перехід від властивостей нервової або ендокринної системи, конституції, темпераменту до особливостей особистості, відновити найважливіші з втрачених при такому переході ланки – формування психічних властивостей особистості.

Так, виявлене у хворого на епілепсію органічне ураження головного мозку (клінічний діагноз) нерідко розглядається в якості причини наявних у нього змін особистості.

При цьому ігнорується те, що хворий знаходиться в складній соціальній ситуації, соромиться проявів хвороби, порушується його контакт з людьми, що поряд з іншими факторами і визначає риси так званої “епілептичної особистості”.

У психологічному діагнозі, на відміну від медичного, ми стикаємося з необхідністю з’ясування в кожному окремому випадку того, чому дані прояви виявляються в поведінці обстежуваного, які їхні причини і наслідки.

Психологічний діагноз не обмежується констатацією, а включає прогноз і рекомендації, аналізуючи всю сукупність даних, отриманих в ході обстеження відповідно до його завдань.

Таким чином, психологічний діагноз – кінцевий результат діяльності психолога, спрямованої на опис і з’ясування суті індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінки їх актуального стану, прогнозу подальшого розвитку та розробки рекомендацій.

Часом не завжди досягається в психологічному діагнозі однозначність, визначеність, а також помилки вважаються наслідком недосконалості психодіагностичних методик.

Слід погодитися з А. Левицьким стосовно того, що це джерело помилок не відіграє визначальної ролі, бо практично жодна з діагностичних методик не застосовується ізольовано, без використання інших.

В якості джерел неточностей, помилок в діагнозі цим автором вбачаються: недостатність часу на обстеження, відсутність надійних джерел інформації про досліджуваного і низький рівень наших знань.

Більш повний аналіз причин діагностичних помилок наводить 3. Плевицька, яка виділила їх в дві основні групи.

Це помилки, пов’язані зі збором даних та їх переробкою.

До першої групи помилок відносяться:

- помилки спостереження, наприклад, “сліпота” на важливі для діагнозу риси, прояви особистості; спостереження рис в якісно або кількісно спотвореній формі;

- помилки реєстрації (наприклад, емоційна забарвленість записів у протоколі, яка свідчить швидше про ставлення психолога до обстежуваного, ніж про особливості його поведінки; випадки, коли абстрактна оцінка видається за предметну; відмінності в розумінні одних і тих же термінів різними людьми);

- помилки інструментальні виникають внаслідок невміння користуватися апаратурою та іншою вимірювальною технікою, як в технічному, так і в інтерпретаційному аспекті.

Основні помилки в процесі обробки, інтерпретації даних:

- ефект “першого враження” – помилка, заснована на переоцінці діагностичного значення первинної інформації;

- помилка атрибуції – приписування обстежуваному рис, яких у нього немає, або розгляд нестабільних рис як стабільних;

- помилка хибної причини;

- пізнавальний радикалізм – тенденція до переоцінки значення робочих гіпотез і небажання шукати кращі рішення;

- пізнавальний консерватизм – гранично обережне формулювання гіпотез.

Постановка діагнозу є невід’ємною частиною пошуку ефективного плану корекції або лікування.

Факт постановки діагнозу зовсім не означає якусь позначку або штамп, постановка діагнозу означає пошук вирішення проблеми, а також пов’язаних з ним технік і процедур.

**РОЗДІЛ 2**

**Емпіричне дослідження самоідентичності осіб із психічними розладами**

**2.1. Організація та порядок проведення емпіричного дослідження**

У розділі описано особливості організації та порядку проведення емпіричного дослідження, наведено методику дослідження самоідентичності та особистісних змін, які відбулися внаслідок психічного розладу, виявлено особливості образу Я, самооцінки та самоставлення жінок із різними типами психічних розладів.

Психологічне обстеження складалося з наступних етапів:

1. Бесіда з респондентами, вивчення історії хвороби, конкретизація завдання обстеження.

Психолог знайомиться з історією захворювання, особливостями психічного стану клієнта, конкретизує для себе завдання обстеження і алгоритм допомоги, визначає його хід, вибір методик та порядок їх пред’явлення.

Психолог повинен відповідним чином пояснити клієнту мету психологічного обстеження і сприяти виробленню у нього позитивної мотивації для роботи, попередньо заповнивши протокол.

Протокол скринінгу може заповнюватися як в присутності клієнта, так і (певні позиції) в телефонному режимі перед візитом до психолога.

2. Проведення медико-психологічного обстеження.

Успіх обстеження і достовірність його результатів в значній мірі залежать від ставлення клієнта до цієї процедури і, багато в чому, визначаються умінням психолога встановити контакт з клієнтом, знайти правильний тон у спілкуванні з ним.

Лише після того, як психолог переконається, що необхідний контакт встановлено, що клієнт зрозумів мету обстеження і усвідомив завдання, можна приступати до роботи.

Завдання повинно бути змістовним, а інструкція – чіткою і вмотивованою.

В ході обстеження необхідно здійснювати спостереження за поведінкою клієнта, результати спостереження необхідно враховувати при інтерпретації результатів.

Тривалість безперервного медико-психологічного обстеження не повинно перевищувати двох годин, а за умови підвищеної втомлюваності 30 - 40 хвилин.

Зазвичай, медико-психологічне обстеження займає в середньому 3,5- 4 години. Тому його проводять протягом 2-х днів. Іноді, коли мають місце труднощі включення клієнтів в обстеження і спостерігається підвищене виснаження, загальний час обстеження може бути скорочено за рахунок зменшення числа запропонованих методик.

Так, час дослідження інтелектуальної діяльності за допомогою стандартизованого набору може бути скорочено вдвічі за рахунок пред’явлення тільки парних або непарних завдань тесту, результати застосування яких, як відомо, високо корелюють між собою.

З метою зменшення часу обстеження можна використовувати проективні методики. Обстеження необхідно проводити в спеціально виділеному приміщенні, переважно в першій половині дня.

Психолог повинен намагатися підтримувати у клієнта рівномірний інтерес до обстеження, обговорювати з ним його хід і отримані результати, давати необхідні роз’яснення.

3. Обробка і аналіз даних медико-психологічного обстеження.

При використанні методик, як стандартизованих, так і нестандартизованих, спочатку проводиться кількісна обробка даних, оцінка написаних розповідей, виконаних малюнків і т.д.

Після аналізу результатів обстеження, психолог може внести певні 49 корективи в роботу, в разі необхідності, наприклад, включити додаткові методики і процедури.

Кількісні оцінки, отримані при використанні методик, є імовірнісними, тобто вказують лише на велику ймовірність, наприклад, наявності у клієнта зниження інтелекту або вираженої тривоги.

Під час складання остаточного висновку психолог враховує всі фактори, включаючи освіту клієнта, його стан під час обстеження, ставлення до обстеження, тобто всі показники, які містяться в стандартизованому інтерв’ю.

4. Опис результатів, медико-психологічний висновок за результатами психологічного обстеження.

За характером опрацьованості психологічний висновок може бути: первинний і підсумковий, уточнений. За аналогією з медичними варіантами первинного і уточненого діагнозу спочатку формулюється тільки первинний висновок, після обробки всього комплексу даних – підсумковий.

Підсумковий психологічний висновок є або кінцевим етапом діагностичного процесу діяльності психолога, або тільки складовою частиною загального висновку “діагнозу” в тому, наприклад, випадку, коли психологічне обстеження проведено для уточнення клініко-психологічної структури порушення.

Виділення варіантів психологічного висновку є, до певної міри, умовним, оскільки підсумковий психологічний висновок при будь-якому повторному обстеженні або зверненні клієнта переходить в розряд первинного уточненого.

Психологічна реальність не є в повному обсязі стабільною і незмінною. Навіть при складних діагнозах, завдяки правильній корекційній роботі, можуть спостерігатися позитивні зрушення.

Психологічний висновок повинен бути коротким, але, по можливості, найбільш повно відображати характер виявлених порушень відповідно до цілей обстеження.

Психологічний висновок може бути написаний і у вільній формі, однак використання різних схем його складання, як показує практика, об’єктивує та уніфікує роботу психолога, допомагаючи виділяти ключові факти серед отриманих, диференціювати значуще і другорядне.

Варіанти схеми складання психологічного висновку розроблені різними авторами. Схематично її можна представити наступним чином.

А. Загальна частина висновку

1. Основні паспортні дані клієнта.

2. Основні скарги клієнта, або осіб, що супроводжували клієнта на консультацію.

3. Найбільш важливі анамнестичні дані.

4. Специфіка зовнішності і поведінки клієнта в процесі обстеження, в тому числі його емоційне реагування, загальна мотивація, ставлення до обстеження (критичність і адекватність).

5. Сформованість регуляторних функцій.

6. Загальна оцінка операціональних характеристик діяльності в різні моменти обстеження (в тому числі і її динамічний аспект).

7. Особливості розвитку різних компонентів когнітивної сфери.

8. Характеристики емоційно-особистісної сфери, включаючи міжособистісні відносини.

Б. Спеціальна частина висновку

9. Психологічний діагноз.

10. Імовірнісний прогноз розвитку.

11. Рекомендації щодо подальшого супроводу клієнта.

Висновок, складений за певним планом, дозволяє послідовно викласти результати обстеження в спеціальному бланку.

Виклад основних результатів обстеження починається з опису поведінки клієнта під час обстеження і його відношення до нього.

Далі в стислій формі наводяться результати, отримані в результаті тестування, причому висновки в кожному випадку ілюструються конкретними прикладами.

Поряд з якісним аналізом виконання клієнтом різних завдань наводяться і кількісні характеристики: число правильних і помилкових рішень, підсумкові статистичні оцінки, типи профілів, отримані при використанні стандартизованих методик.

Опис отриманих даних повинен дати відповідь на основне питання, поставлене перед психологом. Додаткові дані наводяться в тому випадку, якщо вони містять додаткову діагностично значущу інформацію.

Висновок формується за результатами обстеження, проведеної психологічної роботи та має містити конкретну відповідь на поставлені питання: особливості особистості, наявність характерних змін мотиваційної сфери, порушення різних сторін мислення, розлади психічної продуктивності, ознаки виснаження і т.і.; в інших випадках психолог констатує, наприклад, рівномірне зниження уваги і пам’яті, переважно короткочасної, лабільність вольового зусилля, стомлюваність.

Однак, приходячи до висновку про наявність тих чи інших розладів пізнавальних процесів або особистісно-мотиваційної сфери, характерних для окремих захворювань, психолог не має права ставити діагноз, що відноситься до компетенції лікаря, який спирається на облік всього комплексу даних вивчення анамнезу, об’єктивного статусу хворого, динаміки хвороби і результатів клінічних досліджень, включаючи дані психологічного експерименту, але розуміти клінічний діагноз психолог зобов’язаний.

Тільки за умови, що фахівці повністю інформовані про психологічні особливості клієнта і використовують ці знання в своїй роботі, можна побудувати дійсно ефективну корекційну роботу, засновану на цілісному інтегративному підході.

Проте “відкритість” інформації повинна відповідати деонтологічному принципу її нерозголошення, враховуючи інтереси клієнта і його близьких.

Психологічний висновок і комплексний клінікопсихологічний діагноз стану є “дефініціями внутрішнього користування”.

Варіанти комплексного (колегіального) висновку, призначені для неспеціалістів, формулюються і оформляються відповідно до прийнятих в організації рекомендацій.

Межі компетенції психолога помітно розширюються при постановці функціонального діагнозу.

Якщо для диференціальної діагностики він представляє лише додаткову діагностичну інформацію, то особистісний і соціальний аспекти функціонального діагнозу формулюються їм самим.

Він грає також вагому роль і при визначенні клініко-психопатологічного аспекту функціонального діагнозу, оскільки цей аспект ґрунтується багато в чому на вивченні структури нервово-психічних розладів, в оцінці якої вагоме місце займає медико-психологічне обстеження.

У практичній роботі психолог, за умови необхідності, як зазначалося вище, може використовувати Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), основний діагностичний стандарт в європейських країнах, включаючи Україну.

У цій класифікації для опису психічної патології використовується термін “розлад”. Кожний психічний розлад має чітко визначені діагностичні критерії, клінічні ознаки.

Клінічний (нозологічний) діагноз вимагає констатації, опису і відомостей щодо тієї чи іншої діагностичної формули, що виявляє у клієнта симптоми, які структуруються в певному синдромі і розміщені в рубриках “діагностичних вказівок” необхідних для достовірної діагностики.

Ретельне обстеження повинно проводитись фахівцем, обізнаним у питаннях психопатології, клінічної психології та в інших суміжних галузях знань.

Відсутність у психолога знань з психопатології, диференціальної діагностики і клінічної психології не дозволяє йому правильно зрозуміти психіатричний або соматичний діагноз (за його наявності), оцінити психічний стан пацієнта в медичній документації (щоденниках або етапних епікризах історій хвороби або амбулаторної картки) і професійно надати психологічну допомогу.

Психологу доцільно направити пацієнта до психіатра в наступних випадках: суїцидальні ідеї, наміри і плани; ідеї або плани вбивства; гостре порушення; хронічне або персистуюче психічне захворювання з супутньою соматичною патологією; зловживання психоактивними речовинами; постійне відчуття небезпеки, що насувається; виражений спротив до надання допомоги або відмова від лікування; когнітивні порушення; оцінка значимості депресії, тривоги, гострого або хронічного болю, персистуючих соматичних скарг з підозрою на психогенну етіологію; складні коморбідні психічні стани.

У разі необхідності консультації психіатра важливо підготувати клієнта. З цією метою психолог або психотерапевт може підкреслити наявність дистресу у клієнта, викликаного хронічним захворюванням, і доцільність консультації експерта в цій області.

**2.2. Методика дослідження самоідентичності та особистісних змін, які відбулися внаслідок психічного розладу**

Для вивчення самоідентичності жінок із психічними розладами було використано тест «20 тверджень» М. Куна і Т. Макпартленда.

Проаналізовано такі показники, як рівень загальної рефлексії та диференціації самоідентичності, складники самоідентичності (соціальне, комунікативне, фізичне, матеріальне, діяльнісне, перспективне та рефлексивне Я), співвідношення соціальних ролей та індивідуальних характеристик, часовий аспект ідентичності та представленість різних сфер життя.

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що в цілому у вибірці переважає середній рівень рефлексії, тобто жінки із психічними розладами мають здатність до рефлексивного аналізу.

Установлено, що особистісні зміни, які відбулися внаслідок появи та прогресування розладу, призводять до спотворення образу Я, мотивів та цінностей, неадекватно завищеної самооцінки або самознецінення.

Рівень і характер змін залежать від типу психічного розладу. Жінки із РШС некритично ставляться до своїх можливостей та обмежень, не завжди реалістично сприймають і усвідомлюють особистісні зміни, реальну і бажану ситуації.

Поряд з індивідуальними характеристиками вони описували хворобливі переживання, наприклад, маячні ідеї, химерні формулювання, прояви деперсоналізації.

У цій групі достатньо вираженими є соціальний, діяльнісний, комунікативний та перспективний складники самоідентичності.

Значно менше представлені матеріальний та фізичний складники. Образ Я жінок із РАС залежить від поточної фази розладу: під час манії в образі Я переважають позитивні характеристики, під час депресії – негативні.

На достатньому рівні виражені соціальний, діяльнісний, комунікативний та фізичний складники, дещо менше – матеріальний та перспективний. У жінок із РНС переважають ті ж самі складники самоідентичності, що і в жінок із РАС (соціальний, діяльнісний, комунікативний, фізичний).

Найбільша з-поміж усіх груп вираженість фізичного Я свідчить про те, що жінки переймаються своїм здоров’ям та зовнішнім виглядом, а матеріального Я – про ставлення до природи та навколишнього середовища. У цій групі спостерігається зниження мотивації до навчально-професійної діяльності, занурення у власний внутрішній світ, наявність кризових переживань.

З-поміж усіх досліджуваних виділяються жінки із РОС, які мають значно нижчі, ніж інші групи досліджуваних, показники рефлексивного Я, але вищі – соціального і діяльнісного Я (майже на рівні контрольної групи), що свідчить про прагнення зберегігати соціальну активність.

За допомогою контент-аналізу було виявлено, що в усіх групах найвираженішою є тенденція до актуалізації рефлексивного складника образу Я. Жінкам, у яких діагностовано психічний розлад, життєво важливо зрозуміти, що саме з ними відбулося, і як це позначиться на різних сферах їхнього життя.

Високі показники рефлексивних, соціальних, діяльнісних і комунікативних складників образу Я свідчать про пріоритетність сфер, у яких жінки з розладами намагаються зберегти самоідентичність. Оскільки комунікативне Я представлене практично на однаковому рівні в усіх групах, то можна стверджувати, що сфера комунікації є важливою для жінок незалежно від того, чи мають вони психічні розлади.

Про труднощі у взаємостосунках свідчать конструкти з негативним емоційним забарвленням.

У ході аналізу соціального складника ідентичності встановлено, що найбільш вираженими у дискурсі самоідентичності є сімейна та навчальнопрофесійна ролі.

Найчастіше описували сімейну роль жінки із РОС, найменше – жінки із РАС.

Навчально-професійна роль найбільше представлена у КГ порівняно з іншими групами, на другому місці – у жінок із РОС і РШС, найменше – у жінок із РАС і РНС. Групова роль найбільш виражена у КГ, дещо менше – у жінок із РШС, що свідчить про важливість належності до певних соціальних груп, прагнення до саморозвитку, більш широке коло інтересів.

Невисокі показники групової та світоглядної ролей у жінок із РАС, РНС і РОС свідчать про те, що вони не завжди можуть виконувати соціальні ролі, не виявляють інтересу до участі в громадському житті.

Вони часто обирають стратегію уникнення соціальної активності, обмежуються безпосередніми професійними обов’язками та домашнім господарством.

Вираженість світоглядної ролі у жінок із РАС і РНС може свідчити про їхній інтерес до пошуку сенсу життя, духовних переживань, про потребу в зовнішній підтримці.

Пряме позначення статево-рольової ідентичності зустрічається у 31,8% жінок із РНС, 36,1% жінок із РШС, 40% із РОС, 42,8% жінок із РАС. У КГ цей показник сягає 60,8%.

Різниця може свідчити про формування захисних механізмів або про недооцінку жінками власної здатності до виконання своїх ґендерних ролей.

Аналіз конструктів за смисловою подібністю дозволив виокремити п’ять тем у дискурсі самоідентичності жінок із психічними розладами. Теми, що виражені більшою мірою: сім’я, спілкування, навчання чи професія; меншою мірою – ментальні здібності, творчість.

Досягнення у різних сферах представлені в поодиноких випадках.

Для вивчення специфіки самоставлення жінок із психічними розладами було використано тест самоставлення В. В. Століна, С. Р. Пантієєва.

Одним із важливих показників самоідентичності є ставлення людини до себе, структуру якого за шкалами аутосимпатії, самоінтересу, самоповаги та очікуваного ставлення від інших.

Жінки із психічними розладами мають значно нижчі інтегральні показники ставлення до себе, ніж у контрольній групі: РШС – 64,1; РАС – 61,4; РНС – 62,3; РОС – 51,3; КГ – 81,4.

Статистично значущі відмінності виявлено за шкалою аутосимпатії у жінок із РАС, РНС і РОС, за шкалою самоповаги у жінок усіх чотирьох груп, за шкалою очікуваного ставлення від інших – у жінок із РШС та РОС.

Важливо, що у жінок із психічними розладами показники інтегрального ставлення до себе є вищими, ніж інші часткові показники самоставлення.

Це можна розглядати як свідчення готовності змінювати на краще ставлення до себе спочатку в окремих сферах, а відтак і в цілому.

Низькі показники очікуваного ставлення від інших людей свідчать про труднощі з комунікацією.

Ресурсом для надання психологічної допомоги є пікові значення за шкалою «самоінтерес».

Досліджувані внутрішньо здебільшого готові до рефлексії свого стану і розуміння тих змін, які з ними відбуваються.

Дослідження самооцінки було здійснено за допомогою методики Т. Дембо і С. Рубінштейн у модифікації П. В. Яньшина за шкалами «розумові здібності», «практичні вміння», «авторитет», «впевненість», «здоров’я», «характер».

Жінки із психічними розладами переживають кризу самоідентичності, одним із показників якої є самознецінення, що підтверджується результатами самооцінки жінок із різними типами психічних розладів та із контрольної групи.

У жінок із психічними розладами спостерігається нерівномірність самооцінки, тобто надмірно завищені або занижені показники за різними шкалами. Це свідчить про певні проблеми, неблагополуччя, емоційну нестійкість, загальне зниження настрою, прагнення до компенсації негативних переживань.

Установлено суттєві відмінності у самооцінці залежно від типу психічного розладу.

Так, вищі показники самооцінки майже за всіма шкалами демонструють жінки із РШС та РАС.

Завищеною є самооцінка умінь жінками з РОС, що може свідчити про компенсацію та некритичне розуміння своїх можливостей.

У жінок із РОС та РНС спостерігається нерівномірність у структурі самооцінки, що є ознакою емоційної нестійкості та проблем у сфері комунікації й міжособистісного спілкування, схильність до компенсації за рахунок високих показників за шкалами «розумові здібності» та «вміння робити руками».

У КГ в цілому самооцінка має близькі значення за окремими шкалами, що є ознакою більш стійкої та рівномірної самооцінки. Аналіз шкал «розум і здібності» та «практичні вміння» свідчить про достатньо високу самооцінку розумових здібностей в усіх групах досліджуваних.

Очевидно, що в сучасних умовах підходи до професійної реадаптації мають враховувати інтелектуальний потенціал людини.

Результати ідеографічних досліджень засвідчують як кризу самоідентичності та самознецінення, так і потребу й готовність жінок із психічними розладами максимально зберегти самоідентичність.

Як показав теоретичний аналіз, особистісними ресурсами для цього можуть стати рефлексивні, комунікативні, професійні та творчі здібності.

**РОЗДІЛ 3**

**Саморозвиток здібностей як чинників особистісної реадаптації осіб із психічними розладами**

**3.1. Програма особистісної реадаптації осіб із психічними розладами**

У розділі розроблено програму особистісної реадаптації жінок із психічними розладами, реконструйовано суб’єктивні картини актуальних здібностей, здійснено ціннісну підтримку саморозвитку адаптаційних здібностей у жінок із різними типами психічних розладів.

У психології наукова проблема здібностей як чинників реадаптації розглядається в контексті проблеми розвитку і розпаду вищих психічних функцій та патологічних змін особистості, що виникають внаслідок появи і прогресування психічного розладу.

У багатьох випадках після появи розладу люди втрачають частину своїх здібностей, змушені змінювати професійну діяльність та звичне коло спілкування.

З огляду на те, що реадаптація є одним із етапів психосоціальної реабілітації, то навчання тому, як відновити свої втрачені здібності, є запорукою оптимального функціонування людини в суспільстві.

Не всі люди із психічними розладами можуть займатися повноцінною трудовою діяльністю, контролювати хід її виконання, бути конкурентоспроможними на ринку праці, самостійно визначати життєві цілі та плани на майбутнє.

Чим більше сформувалися патологічні зміни особистості, тим більше людина потребує підтримки і психологічного супроводу [23]. Частково цього можна досягти за допомогою тренінгів, спрямованих на розвиток когнітивних, соціальних та комунікативних здібностей, навичок побутового самообслуговування, навчання методам розпізнавання психотичних симптомів, налагодження міжособистісних стосунків [17].

За допомогою тренінгової роботи вдається підвищити метакогнітивну компетентність, коригувати дезадаптивні установки та специфічні когнітивні порушення сприйняття соціального середовища, стратегії поведінки, які призводять до помилкових суджень (О. О. Папсуєв, Л. Г. Мовіна), розвивати когнітивні (А. І. Рижова, А. Б. Холмогорова), комунікативні та соціальні навички (Л. О. Петровська, В. С. Ястребов, О. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова), здатність до саморегуляції (R. P. Bentall, P. Kindermann) та антиципації (прогностичної компетентності) (В. Д. Мендєлєвич), розкрити потенційні можливості та сфери розвитку, стимулювати розвиток творчих здібностей, процесів самопізнання, саморегуляції (Є. П. Ільїн).

Однак у психологічній практиці недостатньо методик, спрямованих на виявлення адаптаційних ресурсів та усвідомлення особистісних змін, що відбулися внаслідок психічного розладу.

Для цього в ході дослідження нами була розроблена програма особистісної реадаптації жінок із психічними розладами. Теоретичною основою програми є генетично-моделювальний метод С. Д. Максименка, який базується на положенні про суб’єктні витоки генези особистості.

Цілісна особистість є складною системою, що саморозвивається, тобто сама моделює і реалізує власну генезу [9]. Мається на увазі, що технологія методу (принцип єдності генетичної й експериментальної ліній розвитку) передбачає проведення дослідження в максимально природних умовах існування особистості та створення актуального простору реалізації самою особистістю численних можливостей моделювання власного розвитку та існування.

Основні положення програми кореспондуються з такими принципами генетично-моделювального методу:

1) Аналіз за одиницями, якими є як «рухлива й енергетична єдність біологічного і соціального» та особистісні потреби.

Цей принцип реалізується нами через потребовий підхід до особистісних цінностей і формування ціннісного ставлення до здібностей як до засобів задоволення потреб.

2) Принцип єдності біологічного і соціального реалізується через ціннісну підтримку саморозвитку здібностей референтними особами.

3) Принцип креативності у нашому дослідженні відображено в стимулюванні творчих здібностей, що включає не лише спрямування на творчі види діяльності, а й включає питання життєтворчості.

4) Принцип рефлексивного релятивізму врахований нами у структурі здібностей: рефлексивні здібності розглядаються як окремий чинник особистісної реадаптації, як передумова саморозвитку здібностей, необхідних у життєвій ситуації, що змінилася.

5) Єдність експериментальної і генетичної ліній розвитку, введений на противагу існуючій традиції психологічних експериментів, в яких часто формуються локальні функції за логікою, визначною дослідницькою моделлю.

Як стверджує С. Д. Максименко, «наука повинна вивчати об’єкт за його логікою, а не власну логіку дослідника в об’єкті, що ним же й створюється.

Відповідно до принципу єдності генетичної й експериментальної ліній, дослідження планується так, щоб не порушувати звичних умов саморозвитку особистості.

При цьому окремі дослідницькі етапи, процедури і методи надання психологічної допомоги мають вибудовуватися в такий спосіб, щоб слідувати за саморозвитком досліджуваних.

У дослідженні, особливо у тій частині, де обґрунтовувалося надання психологічної допомоги, ми спиралися на унікальні та структурні характеристики ресурсних здібностей жінок із психічними розладами як основи для формування ціннісного ставлення до власних здібностей як до засобів реадаптації.

Це передбачає використання ідеографічно орієнтованих методик та індивідуального підходу.

Програма особистісної реадаптації жінок із психічними розладами складається з трьох наскрізних блоків і реалізується у формі клінічної бесіди.

Перший блок програми особистісної реадаптації «Емпіричне дослідження здібностей як адаптаційних ресурсів» реалізується за допомогою методики вивчення динаміки здібностей О. Л. Музики, адаптованої до використання у клінічній практиці.

Експериментальна діагностика здібностей є досить складним завданням, оскільки, як стверджував Б. М. Теплов, важливою є не ступінь досконалості нервової системи, а своєрідність її можливостей: однакової успішності в діяльності можуть досягти люди з різним ступенем вираженості тієї чи іншої властивості.

Вивчення здібностей у контексті збереження працездатності є досить вузьким і не вичерпує всього обсягу проблеми.

І. Дослідження здібностей як адаптаційних ресурсів

Теоретична основа: генетико-моделювальний метод.

Організаційна форма: клінічна бесіда

•наповненість структури адаптаційних здібностей (об’єктивний показник);

•реалістичність планів саморозвитку здібностей (оцінка психолога);

•збільшення кола референтних стосунків;

•відгуки пацієнтів на різних етапах ціннісної підтримки.

ІІ. Ціннісна підтримка саморозвитку здібностей. Суб’єктивна картина здібностей уміння дії, операції референтні особи особистісні якості.

Етапи ціннісної підтримки

•з’ясування ресурсного потенціалу увідомлюваних здібностей;

•розширення ресурсного потенціалу відповідно до структури адаптаційних здібностей на основі:

- актуалізації ціннісного досвіду особистості;

- доповнених здібностей;

•рефлексія реконструйованих здібностей і формування ціннісного ставлення до них як до основи особистісної ідентичності;

•долання самознецінення і самостигматизації на основі складання реалістичних планів саморозвитку здібностей

ІІІ. Зворотний зв’язок і критерії ефективності.

Адаптаційні здібності рефлексивні професійні комунікативні творчі здібностей, а саме:

1) уявлення про власні вміння як засоби адаптації у певній життєвій ситуації;

2) уявлення про складники цих умінь, тобто про окремі дії та операції, які актуалізуються тоді, коли виникає необхідність удосконалити вміння чи зробити їх елементами нових умінь;

3) уявлення про референтних осіб, які можуть бути зразками для наслідування і соціальними валідизаторами й фасилітаторами як для окремих умінь, що вдосконалюються, так і для тих перспектив особистісного розвитку, які це вдосконалення відкриває;

4) уявлення про власні особистісні якості, які співвідносяться з можливістю успішного виконання діяльності та самооцінкою перспектив подальшого особистісного розвитку [12].

Структурно-операціональна модель здібностей включає уявлення про власні здібності як засоби адаптації у певній життєвій ситуації та уявлення про складові умінь, тобто про окремі дії та операції, які актуалізуються тоді, коли виникає необхідність удосконалити окремі вміння чи зробити їх елементами нових умінь [10].

Відповідаючи на запитання «Якими знаннями, вміннями і навичками ви володієте?», людина рефлексує у самосвідомості свої здібності та особистісні зміни, оцінює рівень володіння ними, окреслює й оцінює реалістичність намічених бажаних змін у здібностях і в стилі життя загалом.

Усвідомлення втрачених і збережених здібностей є першим кроком до формування нової парадигми цінностей, смислів, видів діяльності, які будуть відповідними новій життєвій ситуації.

Для цього МВДЗ була адаптована до роботи із особами із психічними розладами. Сутність адаптації полягала в тому, що було додано запитання «Чи змінилися Ваші здібності після появи психічного розладу? Якщо так, що саме змінилося?» Актуалізовані компоненти суб’єктивної картини здібностей досліджуваних зіставлялися зі структурою адаптаційних здібностей і учасницям було запропоновано скласти реєстр здібностей, яких не вистачає для реадаптації у ситуації, що виникла після появи психічного розладу.

Другий блок програми особистісної реадаптації – «Ціннісна підтримка саморозвитку здібностей». Це «різновид психологічної допомоги, спрямований на гармонізацію особистісних цінностей людини, їх актуалізацію, видозміну чи розвиток з метою підтримання самоідентичності в процесі вирішення життєвих завдань і саморозвитку особистості» (О. Л. Музика).

Ціннісна підтримка здійснюється поетапно:

1. На першому етапі відбувається з’ясування ресурсного потенціалу усвідомлюваних здібностей. Рефлексивний аналіз сприяє актуалізації у самосвідомості феномену здібностей, розуміння їх як цінність.

Ціннісна підтримка саморозвитку здібностей спрямована на рефлексію актуальних і розвитку нових здібностей, виявлення втрачених, можливостей їх відновлення або компенсації, вироблення ціннісного ставлення до них як до ресурсів підтримання особистісної самоідентичності.

Важливо підтримувати не лише розвиток умінь, дій та операцій, референтних стосунків та особистісних якостей, а й провідні потреби, які спрямовують особистісний розвиток. До них належать потреба у визнанні та поцінуванні, самоідентичності, розвитку та в реалізації суб’єктності. І тільки тоді, коли методи ціннісної підтримки сприяють задоволенню цих потреб, психолог може досягти поставленої мети.

2. На другому етапі робота психолога спрямована на розширення ресурсного потенціалу здібностей на основі актуалізації ціннісного досвіду особистості та доповнених цінностей.

Важливо зробити аналіз, якими знаннями, вміннями і навичками володіє особа, та які відповідають її цінностям і мотивам.

На основі збережених складників особистості необхідно відшукати ті адаптаційні ресурси, за допомогою яких можливе максимально можливе збереження самоідентичності. За словами Р. М. Войтенко, відновлення адаптації можливе завдяки збереженим складникам структури особистості з урахуванням інтелектуального, мотиваційного і реабілітаційного потенціалів, а також функціональній перебудові особистості на нові форми діяльності.

3. Рефлексія реконструйованих здібностей і формування ціннісного ставлення до них як до основи особистісної ідентичності.

Основні умови надання ціннісної підтримки саморозвитку здібностей передбачають опору на ціннісний досвід суб’єкта і його здатність до свідомої регуляції власного особистісного розвитку; сприймання суб’єктом отриманих показників як динамічних, а не константних, як ресурсів саморозвитку, які можуть змінюватися під впливом докладених зусиль; контроль діагностичних показників з точки зору їх включення в регуляційні механізми особистісного розвитку через структуру суб’єктних цінностей [13].

4. Долання самознецінення і самостигматизації на основі складання реалістичних планів саморозвитку здібностей.

Як стверджувала Т. М. Титаренко, відновлення психологічного здоров’я – це можливість знову відчути власну значущість; це відбудова віри в себе, без якої неможливо ефективно себе підтримувати і зцілювати; це можливість оновлення власної цілісності та безперервності шляхом реконструкції каузального зв’язку минулого, теперішнього і майбутнього і вибудовування нових життєвих перспектив.

Третій блок програми особистісної реадаптації «Зворотний зв’язок і критерії ефективності» здійснюється впродовж усієї бесіди, на всіх стадіях реалізації програми.

Його основна функція – встановлення й підтримання взаємостосунків психолога й пацієнтів, що засновані на довірі й порозумінні.

У процесі зворотного зв’язку виявляються дані, які є показниками ефективності реалізації програми, які можна розділити на дві групи:

1) Об’єктивні показники – наповненість структури адаптаційних здібностей, розширення кола референтних стосунків.

Вона реалізується за допомогою рефлексивного аналізу комунікативних, професійних та творчих здібностей, що, в свою чергу, сприяє розвитку рефлексивних здібностей.

При цьому забезпечується розширення уявлення про складники здібностей та окремі дії й операції, необхідні для вдосконалення різних умінь та навичок.

Окремої уваги заслуговує розширення уявлення про референтних осіб, які можуть бути зразками для наслідування та здатні надати необхідну підтримку в процесі саморозвитку здібностей.

2) Показники, засновані на оцінці психолога, а саме: реалістичність планів саморозвитку здібностей, відгуки пацієнтів на різних етапах ціннісної підтримки.

Важливо виявити суб’єктивне сприйняття індивідом ступеню особистісних змін, мотивів і цінностей, адже психічні розлади спричиняють зміни ідентичності із руйнуванням колишньої ціннісно-смислової ієрархії та побудовою нової [8].

Під час аналізу реалістичності планів саморозвитку здібностей важливо враховувати те, наскільки людина здатна впоратися з хворобливими переживаннями, чи має вона дієві копінг-стратегії, за допомогою яких може пом’якшувати періоди загострення психотичних симптомів.

Під час усього процесу надання ціннісної підтримки важливо отримувати відгуки пацієнтів, на основі яких коригувати проходження подальшої програми.

Необхідно дотримуватися принципу оптимальної стимуляції, тобто слідувати за пацієнтом у його спроможності розвивати власні здібності, а не нав’язувати йому певні стандарти і критерії успішності виконання діяльності. У цьому контексті важливою є теорія відновлення, розроблена американською вченою Патрісією Діган (Patricia Deegan).

Вона сама страждає на психічний розлад, однак навчилася контролювати хворобу і розробила власну концепцію її подолання.

На думку Патрісії Діган, недостатня кількість наукових досліджень із проблеми відновлення спричинена тим, що цей феномен неможливо чітко вловити та неможливо повно описати за допомогою традиційної наукової психіатричної або психологічної мови.

Він не стосується кінцевого продукту чи результату, тобто не означає, що паралізований чоловік або людина з шизофренією будуть повністю зцілені. За словами, П. Діган, наше відновлення позначається як глибоке прийняття наших обмежень. Але замість розпачу ми розуміємо, що наші обмеження – це основа, з якої виростають наші унікальні можливості.

У цьому полягає парадокс відновлення: прийнявши те, чого ми не можемо робити і ким ми не можемо стати, ми починаємо розуміти, ким ми можемо стати і що здатні зробити.

Процес відновлення можна описати як серію маленьких починань і маленьких кроків. Люди із розладами повинні бути готові до того, щоб починати робити спроби, зазнавати невдачі, і продовжувати знову.

Як стверджує П. Діган, часто реабілітаційні програми не сприяють відновленню, оскільки мають дуже чіткі вказівки для виконання і тенденцію до створення лінійних програм, в яких людина має увійти в точку А, далі рухатися через серію послідовних кроків і досягти точки Б. Невдача на якомусь із кроків означає повернення на початковий рівень.

Для того, щоб забезпечити відновлення, реабілітаційні програми повинні мати гнучкі критерії оцінки та бути легкодоступними, структура має бути нелінійною, з багатьма точками і рівнями входу в програму.

Програми повинні включати модель допущення невдачі (fail-proof model), коли учасники мають право повернутися на попередній рівень, зібратися силами і продовжити далі.

Ще одним важливим аспектом теорії відновлення є розуміння того, що досвід кожної людини є унікальним. Звичайно, є певні спільні тенденції, через які проходить багато людей, наприклад, перехід від розпачу до надії, готовності та відповідальних дій.

Людина із психічним розладом – це особистість, яка може віднайти свою власну формулу відновлення. Важливо запропонувати якомога більше реабілітаційних програм, серед яких людина може обрати ту, яка підходить саме їй.

До таких належать програми підтримки працевлаштування, соціальні клуби, групи взаємної підтримки, навчання поведінки у різних ситуаціях у суспільстві, майстер-класи, тренування навичок, навчання у коледжі та інші. До того ж, важливо проаналізувати цінності, на яких базуються реабілітаційні програми.

На думку Патрісії Діган, дуже часто традиційні американські цінності – жорсткий індивідуалізм, конкуренція, персональні досягнення, самодостатність – проектуються на людей із психічними розладами, однак для багатьох із них є стресовими та гнітючими.

Важливо віднайти саме ті персональні ресурси, на основі яких людина зможе вибудовувати своє життя. Таким чином, можна зробити висновок, що кожна людина із психічними розладом – унікальна особистість, яка потребує індивідуального підходу у процесі реабілітації.

Окремим аспектом саморозвитку здібностей є оцінка отриманих результатів. На відміну від педагогічної та вікової психології, де оцінка здібностей відбувається за допомогою визначення кількісних показників і успішності виконання діяльності, у медичній психології визначення результативності базується на інших критеріях.

Оскільки психічні розлади призводять до розпаду вищих психічних функцій та втрати працездатності, то більшість зарубіжних дослідників наголошує на пріоритетності ситуаційної оцінки результатів, ніж умовної (conventional assessment methodologies) [19].

Іншими словами, потрібно зосередитися на оцінюванні рівня актуального функціонування людини в умовах її проживання, а не на кількісних показниках тестів. Наприклад, ситуаційна оцінка професійної діяльності вивчає поведінку людини у конкретній діяльності [9].

Р. П. Ліберман розробив методологічний аналіз можливостей оцінювання результатів тренування соціальних навичок, зазначивши при цьому, що технологія оцінки знаходиться на ранній стадії розвитку і вимагає особливої уваги через багатомірний фокус оцінювальних інструментів.

Він пропонує здійснювати оцінку дефіциту соціальних навичок у топографічному, функціональному та інформаційнопроцесуальному вимірах.

У сфері соціальних навичок оцінка в першу чергу концентрується на суб’єктивних відповідях, очевидній поведінці та її наслідках. Крім виявлення прогресу в образі життя та змін у суб’єктності та повсякденній поведінці, дослідника цікавить узагальнення (generalization) навичок у нових ситуаціях і стійкість навичок, що тренувалися.

Мета фінальної оцінки – визначити, чи отримані навички посилюють особистість і роблять її менш вразливою до тих життєвих подій і стресорів, які можуть спровокувати рецидив.

Стратегія оцінювання спрямована на визначення таких параметрів:

1) які рівні соціальних навичок змінюються під час тренування, чи ці зміни є достатніми для того, щоб особа ефективно взаємодіяла з іншими людьми в стресових ситуаціях;

2) чи може пацієнт використовувати щойно отримані навички в нових ситуаціях для вирішення міжособистісних проблем;

3) чи ці навички залишаються у досвіді пацієнта протягом тривалого періоду часу;

4) чи ці навички захищають пацієнта від рецидивів та погіршення психічного стану.

Під час розроблення стратегії оцінки соціальних навичок, виникає багато запитань. Серед прикладів можна навести наступні: Які типи реакцій мають бути оцінені? Внутрішні стани та суб’єктивний досвід; вербальні й невербальні елементи поведінки; визначення і досягнення функціональних інтерперсональних цілей і завдань; частота взаємодії та тривалість уникнення; соціальна тривога і дискомфорт; рівень узгодження із соціальними правилами.

Які ситуації можуть бути використані для оцінки? Взаємодія з близькими людьми, інструментальні ситуації або такі, що потребують виконання завдань, ситуації вирішення проблем, ініціювання та підтримання взаємодії. Яка основа може бути використана для оцінювальної технології?

Серед інструментів – опитувальники, самозвіти, інтерв’ю, спостереження у природній ситуації, тести, рольові ігри та інші.

Проблема оцінки соціальних навичок дуже часто ускладнюється економічними й етичними аспектами. В ідеалі потрібно було б оцінювати соціальні ситуації тоді, коли вони спонтанно виникають у природних ситуаціях, але, на думку Р. П. Лібермана, така технологія є важко здійсненою. Виникнення багатьох важливих соціальних ситуацій неможливо передбачити через виклики щоденного життя в суспільстві, що змінюється.

Деякі ситуації не можуть бути легко і ретельно досліджені через інтимність та приватність, що передбачає недоступність для сторонніх спостерігачів.

**3.2. Реконструкція суб’єктивних картин актуальних здібностей та ціннісна підтримка саморозвитку адаптаційних здібностей у осіб із різними типами психічних розладів**

Теоретичною основою програми особистісної реадаптації є генетико-моделювальний метод (С. Д. Максименко).

Він базується на положенні про суб’єктні витоки генези особистості, яка сама моделює і здійснює власний розвиток.

Відповідно до принципу єдності генетичної й експериментальної ліній, дослідження планується так, щоб не порушувати звичних умов саморозвитку особистості.

При цьому окремі дослідницькі етапи, процедури і методи надання психологічної допомоги мають вибудовуватися в такий спосіб, щоб не привертати особливої уваги досліджуваних.

Перший блок – дослідження здібностей як адаптаційних ресурсів – реалізується за допомогою методики вивчення динаміки здібностей (Музика О. Л.), адаптованої до використання у клінічній практиці.

За допомогою МВДЗ реконструювалася суб’єктивна картина здібностей, а саме:

1) уявлення про власні вміння як засоби адаптації у певній життєвій ситуації;

2) уявлення про складники цих умінь, тобто про окремі дії та операції, які актуалізуються тоді, коли виникає необхідність удосконалити вміння чи зробити їх елементами нових умінь;

3) уявлення про референтних осіб, які можуть бути зразками для наслідування і соціальними валідизаторами й фасилітаторами як для окремих умінь, що вдосконалюються, так і для тих перспектив особистісного розвитку, які це вдосконалення відкриває;

4) уявлення про власні особистісні якості, які співвідносяться з можливістю успішного виконання діяльності та самооцінкою перспектив подальшого особистісного розвитку.

Актуалізовані компоненти суб’єктивної картини здібностей досліджуваних зіставлялися зі структурою адаптаційних здібностей і було створено реєстр здібностей, які потрібні особі для адаптації у ситуації, що склалася після появи психічного розладу.

Зміст другого блоку – ціннісна підтримка саморозвитку здібностей. Це вид психологічної допомоги, яка надається в процесі взаємодії психолога і пацієнта та спрямована на рефлексію актуальних і розвиток нових здібностей, вироблення ціннісного ставлення до них як до ресурсів підтримання особистісної самоідентичності, підвищення якості життя й досягнення жінками з психічними розладами оптимального рівня незалежного функціонування в суспільстві.

Ціннісна підтримка здійснювалася поетапно:

1) з’ясування ресурсного потенціалу увідомлюваних здібностей;

2) розширення ресурсного потенціалу відповідно до структури адаптаційних здібностей на основі актуалізації ціннісного досвіду особистості та доповнених цінностей;

3) рефлексія реконструйованих здібностей і формування ціннісного ставлення до них як до основи особистісної ідентичності;

4) долання самознецінення і самостигматизації на основі складання реалістичних планів саморозвитку здібностей.

Зворотний зв’язок і критерії ефективності – це третій наскрізний блок програми особистісної реадаптації жінок із психічними розладами.

Зворотний зв’язок здійснювався впродовж усієї бесіди, на всіх стадіях реалізації програми.

Його основна функція – встановлення й підтримання довірчих стосунків психолога й пацієнтів.

У процесі зворотного зв’язку було виявлено дані, які є показниками ефективності реалізації програми.

Вони діляться на дві групи:

1) об’єктивні показники – наповненість структури адаптаційних здібностей, розширення кола референтних стосунків;

2) показники, основані на оцінці психолога – реалістичність планів саморозвитку здібностей, відгуки пацієнтів на різних етапах ціннісної підтримки.

У процесі дослідження здібностей було виявлено, що суб’єктивна картина здібностей жінок із психічними розладами залежить від типу розладу та патологічних змін особистості.

В усіх групах досліджуваних актуальні здібності переважають над потенційними.

Більшість жінок вбачали можливості для самореалізації переважно у сімейно-побутовій сфері, дозвіллі, покращенні здоров’я, загальному саморозвитку.

Лише окремі з них прагнули до професійної самореалізації, хоча не ставили собі за мету досягнення значних успіхів в обраній сфері діяльності.

Жінкам із РШС було складно описати й оцінити власні професійні здібності, оскільки багато з них не працювали або ж не встигли набути професійного досвіду через прогресування психічного розладу.

Незважаючи на це, їм притаманна тенденція до високої самооцінки професійних здібностей, що свідчить про недостатнє розуміння власних можливостей та обмежень.

Жінкам з цієї групи властиві завищені очікування, невизначеність життєвих перспектив, поверховість суджень, неспроможність оцінити час та сили, потрібні для отримання різних видів професій, завершення розпочатої справи і досягнення результату.

Жінки із РАС через самостигматизацію схильні до згортання активної діяльності у період депресії, обмеження кола спілкування, змін місця роботи, обрання професій, що не вимагають високої кваліфікації.

Їхня активність залежить від поточного періоду розладу – депресії чи манії.

У жінок із РНС проявилася тенденція до рефлексії тих сфер професійної діяльності, у яких вони були зайняті до розладу й мали певні досягнення.

У них спостерігається зниження професійної мотивації, невизначеність життєвих цілей і пріоритетів, відсутність прагнення до активної участі в суспільному житті, схильність до занять сімейно-побутовим справами.

Вони занурені у власні переживання, мають схильність до саморефлексії.

Жінки із РОС здебільшого вважають, що через психічний розлад не можуть залишитися в попередній професії.

Їм важко визначитися з планами й перспективами на майбутнє, спостерігаються зниження мотивації, прояви почуття меншовартості, безнадії, вивченої безпорадності.

З-поміж особистісніх якостей як компонентів здібностей, жінки з психічними розладами виокремлюють вольові, моральні та комунікативні, меншою мірою – професійні та емоційні.

Актуалізація вольових якостей свідчить про те, що досліджувані прагнуть вирішити проблеми із самоконтролем та саморегуляцією поведінки.

Слабка представленість конструктів з інтелектуально-мнемічної сфери засвідчує, що розвиток інтелектуальних здібностей не є пріоритетним у системі життєвих цінностей.

Додатковим підтвердженням є низький рівень актуалізації професійно значущих якостей.

Сукупно ці дані показують, що для жінок із психічними розладами пріоритетними є комунікативна сфера та саморегуляція, на другому місці – професійний та особистісний саморозвиток.

З’ясовано, що серед референтних стосунків для досліджуваних важливими є сім’я (52%) та близькі друзі (31%), значно менше – люди із професійної спільноти (8%), зовсім мало – люди із віртуальних груп (4%).

Це засвідчує тенденцію до самоізоляції, звуження кола інтересів, низьку мотивацію до професійного та особистісного саморозвитку.

Для жінок із РШС характерні прояви амбівалентності, максималізму і схильність до полярних оцінок у стосунках, що проявляється у спотвореному розумінні контактів у референтних групах.

У тих випадках, коли жінки мали визначені плани на майбутнє і продовжували професійну діяльність, вибір референтних груп відповідав їхнім життєвим цінностям.

У жінок із РАС спостерігалися прояви самостигматизації, потреба у розумінні з боку близьких людей.

Жінки із РНС та РОС вважають, що сімейно-родинні та дружні референтні стосунки важливіші, ніж професійні.

Описано особливості суб’єктивної картини збережених і втрачених здібностей та виявлено, що не всі жінки із психічними розладами достатньо розуміють сутність особистісних змін, які відбуваються з ними внаслідок розладу.

Було виокремлено чотири групи досліджуваних:

1) не усвідомлюють змін (36%) – переважно жінки, у яких розлад діагностовано нещодавно, а також ті, у кого почали формуватися апатія і абулія, вони втратили працездатність, однак не вбачають у цьому проблеми;

2) зміни усвідомлюють, проте не пов’язують їх із появою та прогресуванням психічного розладу, а пояснюють змінами у характері або негативним ставленням до них родичів та близьких людей (22,7%);

3) усвідомлюють зміни, що відбулися внаслідок появи розладу (27,2%), розуміють, що не можуть продовжувати професійну діяльність, якою займалися раніше, мають проблеми у спілкуванні з іншими людьми, повідомляють про труднощі з самоконтролем і саморегуляцією;

4) усвідомлюють і наділяють появу розладу певним життєвим смислом (13,6%).

Вони не розуміють причини появи психічного розладу, не знають, як справлятися із симптомами і вибудовувати своє життя, враховуючи зміни, що відбулися.

Практична реалізація другого блоку, а саме, ціннісна підтримка саморозвитку здібностей, включала:

1) створення індивідуального плану саморозвитку здібностей і визначення життєвих цілей;

2) рефлексивний аналіз збережених і втрачених здібностей і пошук особистісно-ціннісних адаптаційних ресурсів;

3) розвиток різних видів здібностей із використанням спеціальних вправ.

Спочатку пацієнткам було запропоновано скласти індивідуальний план саморозвитку здібностей із врахуванням індивідуальних особливостей, психічного і фізичного стану, наявних ресурсів, визначити загальні життєві цілі, конкретні строки досягнення.

Рефлексивний аналіз за розробленою методикою особистісної реадаптації включав індивідуальну роботу щодо виявлення особистісно-ціннісних адаптаційних ресурсів за чотирма напрямками саморозвитку здібностей: рефлексивних, комунікативних, професійних та творчих.

Жінки мали змогу проранжувати збережені здібності за рівнем значущості, виявити можливості, ресурси та референтні стосунки для реалізації поставлених життєвих цілей.

Після цього пацієнткам були запропоновані вправи для розвитку окремих здібностей. Заняття проводилися індивідуально та в групах.

Кількість занять залежала від психічного стану пацієнток, тривалості перебування у стаціонарному закладі та варіювалася від 5 до 20.

Після завершення надання ціннісної підтримки з пацієнтками було проведено клінічну бесіду з метою реалізації третього блоку програми – виявлення зворотнього зв’язку і критеріїв ефективності.

Результати роботи за програмою особистісної реадаптації засвідчили, що в цілому жінки із психічними розладами демонструють готовність до співпраці з психологом щодо саморозвитку здібностей.

Результативність співпраці залежала від типу психічного розладу, тривалості його перебігу, рівня сформованості патологічних змін особистості.

Ті особи, які розуміють особистісні зміни, що відбулися внаслідок психічного розладу, демонстрували позитивну динаміку у розвитку окремих видів здібностей, які необхідні їм для оптимального функціонування в конкретному середовищі проживання.

Жінки більше потребують розвитку професійних, комунікативних здібностей та побутових навичок, менше – творчих здібностей.

Виявлено, що розвиток рефлексивних здібностей є основою для розвитку інших видів адаптаційних здібностей.

Значна частина пацієнток демонструвала готовність переосмислити життєвий і професійний досвід і вибудувати реалістичний план з саморозвитку здібностей.

Пацієнтки відмічали позитивні результати із розвитку комунікативних та творчих здібностей, але мали труднощі з розвитком професійних та практичних побутових навичок.

У ході дослідження було відмічено збільшення наповненості структури адаптаційних здібностей, тому видається доцільним продовжувати розвиток здібностей після завершення курсу стаціонарного лікування.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Гончарук О. В. Психофізіологічні фактори діагностики обдарованості у школярів. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. 6 : Психологія обдарованості. Вип. 11. Київ-Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. С. 299–310.
2. Гончарук О. В. Розвиток творчих здібностей як спосіб психосоціальної реабілітації осіб з психічними розладами. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. 6 : Психологія обдарованості. Вип. 12. Київ-Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. С. 263–272.
3. Гончарук О. В. Здібності як адаптаційний ресурс жінок із психічними розладами. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. 6 : Психологія обдарованості. Вип. 13. Київ-Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2017. С. 228–241.
4. Гончарук О. В. Особливості рефлексії здібностей у жінок із психічними розладами. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України: Т. 6 : Психологія обдарованості. Вип. 14. Київ-Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2018. С. 296–307.
5. Гончарук О. В. Особливості рефлексії та самооцінки професійних здібностей жінок із психічними розладами. Технології розвитку інтелекту. 2017. №7.
6. Гончарук О. В. Особливості рефлексії комунікативних здібностей у жінок із психічними розладами. Технології розвитку інтелекту. 2018. №8.
7. Гончарук О. В. Психологічний аналіз суб’єктивної картини адаптаційних здібностей жінок, хворих на шизофренію. Медична психологія. 2018. №2. С. 23– 20.
8. Гончарук О. В. Референтні стосунки як чинник соціальної реадаптації жінок із психічними розладами. Медична психологія. 2019. №1. С. 73–78.
9. Діагностика, терапія та профілактика медикопсихологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. / Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. [та ін.] Харків, 2014. 79 с.
10. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. Харків : Арсіс, 2001. 303 с.
11. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків : Клінічний посібник. Харків : Фоліо, 2001. 271 с.
12. Музика О. Л., Гончарук О. В. Генетико-моделювальний метод як теоретична основа надання ціннісної підтримки й реадаптації жінок із психічними розладами. Ціннісна взаємодія обдарованої особистості в освітньому просторі: тези доп. ІХ наук.-практ.семінару, м. Київ, 24 жовт. 2019 р. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2019. С. 16– 17.
13. Музика О. Л., Гончарук О. В. Здібності як особистісно-ціннісні ресурси реадаптації жінок із психічними розладами. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України: Т. 6: Психологія обдарованості. Вип. 16. Київ-Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2019. С. 56–71.
14. Посттравматичні стресові розлади : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. Харків, 2002. 47 с.
15. Практика психологічної допомоги військовослужбовцям : Методичний посібник / Копаниця О. В., Пішко І. О., Хоружий С. М. К. : НДЦ ГПЗ СУ, 2012. 160 с.
16. Психіатрія особливого періоду : навч. посібник / 2-е вид., перероб і доп. К. : “МП Леся”, 2015. 228 с.
17. Розлади адаптації : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. Харків, 2009. 32 с.
18. Руль Ю. В., Гончарук О. В., Давидова О. В. Вплив ґендерного чинника на успішність учнів з математики. Електронний журнал МАУП «Медпсихологія». URL: http://medpsyhology.pp.ua/gender-matematik
19. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. К. : ТОВ Видавничий дім “Калита”, 2014. 92 с.
20. Шестопалова Л. Ф. Посттравматичні стресові розлади у осіб, що пережили екстремальні події : соціально-психологічні фактори формування та профілактика / Шестопалова Л. Ф. // Постчорнобильський соціум : 20 років по аварії. Чорнобиль і соціум. Київ, 2006. Вип. 11. С. 171–185.
21. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій : медикопсихологічні аспекти / Шестопалова Л. Ф. // Гуманітарний часопис. 2005. № 1. С. 103–108.
22. Шестопалова Л. Ф. Загальні принципи та підходи лікувально-реабілітаційних заходів для осіб, що пережили різні екстремальні події / Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Болотов Д. М. // Український вісник психоневрології. 2007. Т.15, вип. 1 (50), додаток.
23. Albus C., Jordan J., Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart diseaserecommendations for clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2004; 11 (1): 75-9. 307
24. Bech С. What Do You Tell Children? http://www. hospicenet.org/html/what-tell.html.
25. Becker M. R. Last touch: Preparing for a parent’s death. Oakland, CA : New Harbinger Publications, 1992.
26. Byrne С. How Can I Help Young Surviving Children? http://www.hospicenet.org/html/survive.html.
27. Children and Grief, http://www.hospicenet. org/html/chili1dren. html.
28. Clark Sh., Goldney R. Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide // Crisis, v. 16 (1), 1995, Р. 27–33.
29. Clerico A., Ragni G. et al. Behaviour after cancer death in offspring : Coping attitude and replacement dynamics // New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. Apr-Sep., v. 11 (2–3), 1995, Р. 87–89.
30. Colgrove M., Bloomfield H., Mc Williams P. How to survive the loss of a love. New York: Bantam Books, 1976.
31. Coping with grief and loss / Composed by A. Reith.

http://www.csustan.edu/counseling/grieflosshandout.html.

1. Coping with grief and loss following a traumatic event. http://www.uscg.mil.
2. Cornish U. Switchboard or on-the-spot helper? The educational psychologist’s task in the face of sudden death in schools // Educational Psychology in Practice. Jul., v. 11 (2), 1995, Р. 24–29.
3. Finkbeiner A. K. After the Death of a Child : Living With Loss Through the Years. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
4. Folkman S., Chesney M. et al. Postbereavement depressive mood and its prebereavment predictors in HIV + and HIV - gay men // Journal of Personality and Social Psychology. Feb., v. 70 (2), 1996, Р. 336–348.
5. Freudenberger., Gallagher K. Emotional consequences of loss for our adolescents. Special Issue : Adolescent treatment: New frontiers and new dimensions // Psychotherapy, Spr., v. 32 (1), 1995, Р. 150–153.
6. Friedman R., James J. W. “Killer Cliches” About Loss. http://www.grief.net.
7. Friedman R., James J. W. Are There Actual Stages of Grieving? http://www.grief-recovery.ca.
8. Friedman R., James J. W. Conclusionary Rituals : Things you need to know about Funerals and Memorial Services. http://www.griefrecovery.ca.
9. Friedman R., James J. W. Good Pets, Like Good People, Are Irreplaceable. <http://www.grief.net>
10. Friedman R., James J. W. Is It Ever to Soon to Recover? http://www.grief-recovery.ca.
11. Garlock J. Coping with grief and loss, http://users2.evl.net.
12. Gilbar O., Dagan A. Coping with loss : Differences between widows and widowers of deceased cancer patients // Omega Journal of Death and Dying, v. 31 (3), 1995, Р. 207–220.
13. Hindmarch С Secondary losses for siblings // Child Care, Health and Development, Nov., v. 21 (6), 1995, Р. 425–431.
14. Holland JC, Passik S., Kash KM, et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. Psychooncology. 1999; 8 (1): 14-26).
15. Lang A., Gottlieb L., Amsel R. Predictors of husbands’ and wives’ grief reactions following infant death : The role of marital intimacy // Death Studies, Jan-Feb., v. 20 (1), 1996, Р. 33–57.
16. Lewis С. S. A Grief Observed. New York : Bantam Books, 1983.
17. Meissner W. W. In the shadow of death // Psychoanalytic Review, Aug., v. 82 (4), 1995, Р. 535–557.
18. Mildner C. Coping with death, grief and loss. http: //www.uiowa.edu/~ucs/griefloss.html.
19. Myers D. Helping Younger People Cope with Cancer Deaths and Funerals,http://www.hospicenet.org/html/younger.html.
20. Myers D. What You Can Do To Be a Supportive Caregiver. http: //www.hospicenet.org/html/supportive\_how.html.
21. Rando T. A. How to Go on Living When Someone You Love Dies. New York : Bantam, 1991.
22. Saindon C. Grief : a normal and natural response to loss.http://depression.about.com/gi/dynamic/offsite.htm.
23. Silvio J. George Bernard Show’s Pygmalion : A creative response to loss after early childhood trauma // Journal of the American Academy of Psychoanalysis, Sum., v. 23 (2), 1995, Р. 323–334.
24. Solary Т., Phyllis A. et al. The Pinwheel Model of Bereavement // IMAGE Journal of Nursing Scholarship, Win., v. 27 (4), 1995, Р. 323–326.
25. Stahl’s essential psychopharmacology : the prescriber’s guide. Antidepressants – 4th ed. Cambridge University Press, 2011. 279 p.
26. Staudacher C. Beyond Grief : A Guide for Recovering from the Death of a Loved One. Oakland, CA : New Harbinger Publications, 1987.
27. When a Parent Dies : A guide for patients and their familieshttp://www.hospicenet.org/html/parent.html.
28. Williams M., Frangesch B. Developing strategies to assist sudden-death families: A 10-year perspective // Death Studies, Sep-Oct., v. 19 (5), 1995, Р. 475–487.
29. Wolfelt A, D. Helping Teenagers Cope with Grief, http://www.hospicenet.org/html/teenager.html.
30. Wolfelt A. D. Understanding Grief : Helping Yourself Heal. Levittown, PA : Accelerated Development, 1992. (http://www.psc. uc.edu/sh/SH\_Grief.htm.)
31. Worden J. W. Talking To Children About Death. 1991.http://www.hospicenet.org/html/talking.html.
32. World federation of Society of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post. – Traumatic Stress Disorders. – First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry. 2008. 9 (4). Р. 248–312.