

Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра терапевтичних дисциплін

«Допущено до захисту»
завідувач кафедри терапевтичних дисциплін

Максим ЗАК

_____ (підпис)

“ _____ ” _____ 2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти магістр

за освітньо-професійною програмою «Фізична терапія»
зі спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
за спеціалізацією 227.01 Фізична терапія

на тему: «Динаміка якості життя хворих на клінічну депресію під впливом методів фізичної реабілітації»

Виконав:

Здобувач VI курсу, групи 681
Андреева Марія Дмитрівна

_____ (підпис)

Науковий керівник:

кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичних дисциплін
Яблонська Тетяна Михайлівна

_____ (підпис)

Рецензент:

доктор медичних наук,
професор кафедри терапевтичних дисциплін
Зак Максим Юрійович

_____ (підпис)

Засвідчую, що в цій кваліфікаційній
роботі немає запозичень із праць
інших авторів без відповідних посилань
Здобувач _____

(підпис)

Миколаїв – 2024 р.

Роботу рекомендовано до захисту
на засіданні кафедри терапевтичних
дисциплін
Протокол №__ від «__»__20__ р.

Зав. кафедри _____

Роботу захищено на засіданні ДЕК з оцінкою
_____/_____/_____
(за національною шкалою / шкалою ECTS / бали)
Протокол №__ від «__»__20__ р.

Голова ДЕК _____

АНОТАЦІЯ

Андрєєва М. Д. Динаміка якості життя хворих на клінічну депресію під впливом методів фізичної реабілітації – Магістерська робота зі спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2024.

В результаті проведеного наукового дослідження встановлено, що фізична терапія є перспективним немедикаментозним методом лікування депресивних розладів. Вона показує ефекти, які перевищують за ефективністю інші методи лікування депресії. Фізичні вправи доступні фінансово, не мають побічних негативних ефектів та покращують емоційний стан, загальний стан здоров'я людини та якість їх життя. Враховуючи, що основна складність застосування вправ при депресії полягає у відсутності мотивації пацієнта, їх поєднання з психотерапією здається перспективним напрямком у відновному лікуванні таких розладів з розробкою пакету реабілітаційної допомоги для хворих на депресію.

Ключові слова: депресивний розлад, клінічна депресія, якість життя, рухові та когнітивні функції, фізична терапія, фізичні тренування.

ABSTRACT

Andreeva M. D. Dynamics of the quality of life of patients with clinical depression under the influence of physical rehabilitation methods - Master's thesis in specialty 227 Physical therapy, ergotherapy - Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024.

As a result of the research, it was found that physical therapy is a promising non-pharmacological method of treating depressive disorders. It shows effects that

exceed other methods of treating depression. Exercise is affordable, has no adverse side effects, and improves emotional well-being, overall health and quality of life. Given that the main difficulty of using exercises in depression is the lack of patient motivation, their combination with psychotherapy seems to be a promising direction in the restorative treatment of such disorders with the development of a rehabilitation package for patients with depression.

Keywords: depressive disorder, clinical depression, quality of life, motor and cognitive functions, physical therapy, physical training.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ.....	15
1.1. Теорії депресії, діагностичні критерії депресивного розладу.....	15
1.2. Вплив депресії на особистість та якість життя	22
1.3. Основи психо-фізичної реабілітації депресивних розладів.....	26
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	42
2.1. Методи наукових досліджень.....	42
2.2. Етапи проведення експериментального дослідження.....	57
2.3. Характеристика вибірки.....	61
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ВПЛИВОМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	73
3.1. Виявлення та аналіз ціннісно-мотиваційної сфери та індивідуальних психологічних якостей з депресивними розладами	73
3.2. Виявлення відмінностей у ціннісній системі, мотиваційній спрямованості та особистісних якостях між людьми з депресивними розладами та здоровими людьми.....	89
3.3. Результати застосування фізичної терапії та психологічного супроводу на якість життя у пацієнтів з клінічною депресією легкого та середнього ступеня.....	98
ВИСНОВКИ.....	107
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	109
ДОДАТКИ.....	118

ВСТУП

Актуальність. Ускладнення суспільної, економічної та політичної ситуацій, що призводить до змін умов життєдіяльності і шляхів досягнення найбільш важливих цілей, виявляється фруструючим чинником для великої кількості людей. Все це привертає особливу увагу до вивчення цінностей особистості, їх структури, ієрархії та динаміки змін.

Мабуть вже не існує таких галузей науки, які займаються вивченням людини, де спеціалісти не вивчали б і не розглядали б у різних аспектах та на різних рівнях проблеми різноманітних психічних станів, психологічної кризи; зміст та складну (до сих пір мало вивчену) структуру цих явищ. Розповсюдженість психічних розладів, їх зв'язок з факторами навколишнього середовища в значному ступені є відображенням того негативного впливу, який здійснюють на організм людини наслідки науково-технічного прогресу. Один з них – величезне емоційно-вольове навантаження, яке часто призводить до порушень компенсаторних механізмів вищої нервової діяльності. У наші дні з'являється все більше людей, які свідомо або несвідомо відчують внутрішнє духовне навантаження. Крім того, духовний розвиток сучасної людини, в силу її більшої різнобічності, і особливо внаслідок протидії, яке викликається його критичним розумом, стає більш важким та складним внутрішнім процесом.

Дослідження мотиваційної сфери, яку прийнято розглядати як стійке системне утворення особистості, її особливості та вплив на діяльність, поведінку та прояви особистості, актуальне насамперед тому, що дозволяє виявити чинники, відповідні за дисбаланс між системою цінностей особистості і реальною її поведінкою. Знання особливостей ціннісної системи та мотиваційної спрямованості на сфері життєдіяльності людини не тільки дає можливість проникнення в індивідуальний світ конкретної особистості, але й може стати основою для надання їй психологічної допомоги у стані

емоційного переживання (внутрішнього психологічного конфлікту), неможливості або нездатності втілення суб'єктивних життєвих цінностей, життєвих задумів у дійсність. Особливо актуальними є такі дослідження в кризові періоди життя особистості (до яких відносяться стрес, депресія, тощо), коли виникає несумісність мотивів, ідеалів, що призводить до того, що система людських цінностей стає усе більш відірваною від реальності, перестає виконувати свою регуляторну, адаптуючу функцію.

Проблемою вивчення ціннісної сфери та мотиваційної спрямованості особистості займалися багато зарубіжних та вітчизняних вчених. Але вивченню особливостей мотиваційної сфери особистості саме в критичних станах, таких як депресія, приділялося не так вже і багато уваги. Серед тих авторів, хто дійсно заслуговує на увагу, так це М. Рокіч, А. Бек, О.Т. Соколова, О.Б. Фанталова, Ф.Є. Василюк, Л.Ф. Шестопалова [49, 54,55]. Отже, актуальність вивчення проблеми побудови та динамічних змін мотиваційної сфери особистості визначається тим, що ціннісна система є сталим утворенням здорової особистості та значно змінюється під час психічних розладів різноманітної етіології.

Депресія є поширеним розладом, який вражає понад 120 мільйонів людей у всьому світі, тобто, як мінімум, 1 з кожних 5 людей протягом його життя. Цей розлад здійснює суттєвий вплив на організм людини, та, при відсутності лікування, може призвести до інвалідизації [7].

Класичним методом лікування, прийнятим у всьому світі, є використання антидепресантних засобів. При цьому і інші терапевтичні альтернативи отримали зростаючу увагу в останні роки. Зокрема, для пацієнтів з депресією можуть бути корисними методи фізичної активності, а саме, терапевтичні вправи, які можуть бути доповненням, а подекуди й альтернативою до медикаментозного лікування.

Так, Аравіцька М. Г. [1] зазначає, що депресія – це захворювання, яке характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи. Наприклад, в осіб, які страждають тривалий час від хронічних захворювань, зокрема діабету чи гіпертонії, удвічі частіше розвивається депресія, а у разі двох та більше тривалих періодів захворювання ймовірність розвитку депресії підвищується в 7 разів. В свою чергу, розвиток психічних захворювань спричиняє поступовий розвиток фізичних. В осіб, які хворіють на ожиріння, на 55 % частіше виникає депресія, а за наявності депресії на 58 % частіше розвивається ожиріння [1]. Також автор вказує, що депресія знижує комплаєнтність хворих, тобто ускладнює розвиток довірчих усвідомлених відносин між фахівцем і пацієнтом, в ході яких останній готовий рівноправно співпрацювати з спеціалістом, слідувати його розпорядженням і рекомендаціям на основі отриманої інформації. Депресивні пацієнти схильні до сумнівів, нерішучості, невіри в благополучний результат через почуття безвиході, провини, анергії та апатії [1].

Досить часто (в 50–85% випадків) у людей, які перенесли депресивний епізод, виникає рецидив. Про це говорить Т. І. Мюллер в статті «Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder», яка була опублікована в журналі «Archives of General Psychiatry» [5].

Ребрик Ю. Ю. та Ульяницька Н.Я. в своїй роботі дослідили, що фізична активність – фактор способу життя, який пов'язаний з імунною функцією, нейропротектором та енергетичним метаболізмом. Він модулює клітинні та молекулярні процеси в мозку, які життєво важливі для емоційного та когнітивного здоров'я. Фізична активність оптимізує реакцію на стрес, рівень і функцію, вироблення міокіну, рівні фактора транскрипції, мітохондріальну щільність, активність оксиду азоту, реактивне виробництво

кисню та активність білкінази, метаболітикінуреніну, регуляцію глюкози, астроцитарне здоров'я та фактори росту. Дисрегуляція цих взаємопов'язаних процесів може вплинути на депресію. Конвергентні дані свідчать про те, що фізична активність покращує емоційну та когнітивну функцію у людей з депресією, особливо у людей з супутніми неврологічними розладами [49].

Дослідники з Іранського дослідницького центру Спортивної медицини опублікували роботу, в якій розглядалась роль фізичних вправ у боротьбі з депресією зі спробою запропонувати програму фізичних вправ для людей, які страждають на депресію. Позитивна роль фізичних вправ у питанні профілактики та лікування депресій була доведена у багатьох попередніх роботах. В деяких з них ефект від занять фізичними вправами був дуже дієвим. Автори наголошують, що перевага фізичних вправ у тому, що їх можна поєднувати з іншими терапевтичними методами та ліками. Окрім цього, на відміну від ліків, вони не мають побічних ефектів, тому незамінні для вагітних жінок, дітей та підлітків.

Також багатьма дослідженнями доведено, що аеробна програма навантажень дозволяє знизити рецидив, порівняно з медикаментозним лікуванням депресії. Фізичні вправи допомагають не тільки у боротьбі з депресією, зумовленою зовнішнім факторами, але й депресії в наслідок ослаблення організму.

Науковці Л. Ванкел і Б. Бергер аналізували зміни в емоційному стані та соціальній активності осіб, які займаються спортом. Учені спостерігали позитивні зміни в якості життя та пояснювали це тим, що заняття спортом є своєрідним випробуванням власних сил та здібностей, що допомагають розвинути різні компетентності [6].

Дослідники стверджують, що аеробні (наприклад, біг, плавання) і анаеробні (наприклад, силове тренування) вправи є ефективними для зниження симптомів депресії та покращання настрою у пацієнтів. Навіть

зміна розпорядку дня на користь збільшення фізичної активності вдома, на роботі, в транспорті, дає позитивний результат у боротьбі з депресією.

Американські вчені проаналізували дані 90 досліджень, в яких взяли участь понад 10,5 тис. пацієнтів з хронічними захворюваннями, які ведуть малорухливий спосіб життя, і виявили, що фізичні вправи допомагають боротися з депресивним станом.

Пацієнти, які протягом 17 тижнів виконували силові або аеробні вправи три рази на тиждень по 42 хв., відчували себе значно краще, ніж пацієнти, які виконували фізичні вправи середньої або високої інтенсивності.

Таким чином, пацієнтам з хронічними захворюваннями потрібні не просто фізичні вправи, а чітка програма регулярної фізичної активності.

Knubbenetal порівняв щоденні 30-хвилинні вправи або ходьбу протягом 10 днів (з інтервалами 3 хв між помірною і більш енергійною ходьбою на біговій доріжці) з розтяжкою і релаксаційними вправами в хворих з проявами легкої та помірної депресії. Через 10 днів група хворих показала значно нижчі депресивні симптоми порівняно з контрольною групою [3].

В іншому дослідженні Legrand і Neff терапевтичні вправи було додано протягом перших двох тижнів стаціонарного лікування депресії, і це показало значне зниження показників депресії в групах, що виконують легкі терапевтичні вправи або розтягування з найвищим ефектом, що відбувається в групі з активним фізичним навантаженням [7].

Шахар-Малах та ін. опублікували попередні результати дослідження в невеликій вибірці стаціонарних хворих (n=12), порівнюючи три тижні терапевтичних вправ з вправами на розтягування. Ці автори повідомили про значне зниження тяжкості симптомів тільки в групі де проводились терапевтичні вправи. Нарешті, Крөг і його колеги опублікували результати дослідження, порівнюючи три місяці терапевтичних вправ з розтягненням

в амбулаторному зразку з депресією (n=115). Вони виявили значне поліпшення депресії як в групі з терапевтичними вправами, так і в групі застосовували вправи на розтягування [4].

Дослідники з різних країн світу зазначають у своїх роботах, що при роботі з пацієнтами, які страждають на депресивний розлад, необхідно дотримуватись принципів дозування фізичної активності [11]. Проводити діагностичну оцінку функціональних можливостей пацієнта; звертати увагу на наявність суїцидальних думок; врахувати супутні соматичні захворювання та стани; аналізувати можливу побічну дію медикаментів; індивідуально підбирати засоби та методи активації фізичної активності [5, 16]. Під час занять обов'язково потрібно проводити моніторинг рівня артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Також фізичні терапевти повинні звертати увагу на мотивацію пацієнтів для отримання кращих терапевтичних результатів лікування [5, 11, 15, 16].

Таким чином, терапевтичні вправи є перспективним нефармакологічним методом лікування депресивних розладів, що показує ефекти, які можна порівняти або які можуть перевищувати інші методи лікування депресії першої лінії. При цьому фізичні вправи доступні фінансово, не мають побічних негативних ефектів та покращують загальний стан здоров'я. Враховуючи, що основна складність застосування вправ при депресії полягає у відсутності мотивації пацієнта, їх поєднання з психотерапією здається перспективним напрямком для покращення якості життя у людей з депресією.

Більшість національних систем охорони здоров'я ще недостатньо реагують на зміни у наданні необхідної допомоги пацієнтам із розладами психіки. Україна входить до числа держав, де кількість зафіксованих випадків постійно зменшується. За ініціативи ВООЗ в Україні затверджено

Постанову КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я на період до 2030 року» [8].

Одним із напрямів підвищення доступності психіатричної допомоги пацієнтам є децентралізація та розвиток позастаціонарної форми надання спеціалізованої допомоги, поліпшення допомоги на рівні первинної ланки, розвиток мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці, розширення програми реімбурсації ЛЗ для лікування пацієнтів в амбулаторних умовах [9].

Зараз в багатьох лікарнях України присутні відділення реабілітації або фізичні терапевти у штаті, проте, це не стосується психіатричних стаціонарів. Отже, оскільки методи фізичної активності мають позитивний вплив на фізичний та психоемоційний стан хворих з депресивними розладами, доцільно було б ініціювати розробку пакету реабілітаційної допомоги для хворих на депресію.

Отже, фізична терапія є перспективним немедикаментозним методом лікування депресивних розладів, що показує ефекти, які перевищують за ефективністю інші методи лікування депресії. Фізичні вправи доступні фінансово, не мають побічних негативних ефектів та покращують емоційний стан, загальний стан здоров'я людини та якість їх життя. Враховуючи, що основна складність застосування вправ при депресії полягає у відсутності мотивації пацієнта, їх поєднання з психотерапією здається перспективним напрямком у відновному лікуванні таких розладів з розробкою пакету реабілітаційної допомоги для хворих на депресію. Недостатня розробленість даної проблеми стримує розвиток досліджень механізмів впливу і допомоги людині, яка знаходиться в стані психологічної кризи, депресії, і яка зазнає труднощів при адаптації до умов навколишнього світу і соціуму.

Об'єкт дослідження: особистість у стані клінічної депресії.

Предмет дослідження: структурні особливості ціннісних орієнтацій та процес фізичної терапії у людей з клінічною депресією легкого ступеня.

Мета дослідження: дослідити вплив фізичної терапії на ступінь та спрямованість мотиваційних перетворень і особистісних якостей у людини під час депресивного розладу.

Виходячи з мети дослідження постають такі **завдання:**

1. Вивчити структуру та зв'язок структури ціннісних ієрархій зі станом депресії та дослідити та вивчити найбільш «конфліктні» сфери життєдіяльності у осіб із депресією;
2. Вивчити можливі мотиваційні зміни та їх спрямованість у людини під час депресії;
3. Співвіднести виявлені особливості хворих з депресією з особливостями та можливостями подолання цього розладу, застосовуючи фізичну терапію та фізичну активність для подальшої профілактики депресивних станів та покращення якості життя;
4. Розробити практичні рекомендації щодо покращення якості життя шляхом застосування методів фізичної терапії і психологічної реабілітації осіб з клінічною депресією.

Методи дослідження: Відповідно до досягнення мети нашого дослідження та вирішення задач було використано:

1. Аналіз та узагальнення літературних джерел .
2. Медико-біологічні методи дослідження морфо-функціонального стану організму.
3. Клінічну бесіду та спостереження; шкалу самооцінки депресії Цунга для виявлення наявності депресії та рівня її виразності; методику «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» у різноманітних життєвих сферах» для виявлення «конфліктних сфер» і ієрархічного розташування

цінностей та доступностей; 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла; та тест колірних виборів М. Люшера.

4. Метод математичної статистики.

За допомогою літературних джерел ми ознайомились з науково-методичною літературою по даній темі та розробили комплекс фізичної реабілітації для пацієнтів з клінічно встановленою депресією.

Гіпотеза полягає в припущенні, що запропонований комплекс заходів фізичної реабілітації та психологічного супроводу позитивно вплине на якість життя та функції організму хворих з депресією.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в доповненні існуючих відомостей про нові сучасні підходи до комплексної психо-фізичної реабілітації хворих з депресивними розладами в амбулаторних умовах, що покращує якість життя людей з депресивними розладами..

Практична значимість дослідження: проведене дослідження дасть змогу визначити новий науково обґрунтований комплекс психо-фізичної реабілітації хворих з депресією легкого та середнього ступеня на амбулаторному етапі і на цій основі розробити практичні рекомендації щодо застосування його у практиці.

Апробація результатів дослідження: результати дослідження представлені на 2-х науково-практичних конференціях викладачів, науковців, молодих учених, аспірантів та студентів ЧНУ імені Петра Могили “Могилянські читання 2022 і 2023”, опубліковані тези доповіді.

Структура та обсяг роботи: Робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Матеріали роботи викладені на 91 сторінці, загальний обсяг роботи -125 сторінок.

РОЗДІЛ 1. СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ДЕПРЕСИВНОМУ РОЗЛАДІ

1.1. Теорії депресії, діагностичні критерії депресивного розладу.

Депресивний афект являє собою одну з форм емоційного реагування людини, яка відрізняється від природних емоцій значно більшою тривалістю та суїцидальним ризиком, а також часто супроводжується іншими психопатологічними феноменами.

Як і будь який інший емоційний стан, депресія складається з трьох компонентів: суб'єктивні переживання негативного афекту та симптомів його прояву в поведінці, жестах, міміці; певні зміни у внутрішньому середовищі організму, які залежать від конституційно-особистісних особливостей індивіда; та патогенетичні механізми, які знаходяться в основі розладу. Звичайно ці механізми і визначають своєрідність депресії (її модальність, важкість протікання, додаткові психопатологічні симптоми, характер течії та ін.) у кожному окремому випадку, а також нозологічну специфічність депресивних станів [1, 57, 72].

У повній відповідності з загальновизнаною думкою про те, що самою поширеною негативною емоцією є печаль, вчені розглядають депресію як одну з найбільш поширених психологічних або психопатологічних проблем. В найбільш поширених та життєздатних теоріях депресія розглядається як комплексне явище, яке пов'язане з нейрофізіологічними та біологічними факторами, з рядом афектів та з різноманітними когнітивними структурами.

Існує величезна кількість фактів, які підкреслюють зв'язок між соціокультурними факторами і наявністю депресії. Наприклад в Англії випадки захворювання на депресію зустрічаються значно частіше, ніж в

Ірландії та на африканському континенті. За даними деяких дослідників, африканці страждають на депресію не так часто, як європейці [45 .49]. Однак не можна забувати, що такі соціокультурні фактори, як етнічна належність, сімейне оточення та ін., майже неможливо відокремити від факторів спадковості.

Вичерпна когнітивна теорія депресії була розроблена Аароном Беком [5]. Згідно його теорії, особливості пізнання, які визначають когнітивну структуру особистості, є причиною емоцій, настроїв і поведінки. Яким чином людина сприймає себе, навколишній світ і своє майбутнє - триада когнітивних причин депресивного розладу. Зрозуміло, що у особистості з депресією погляди на світ, що його оточує, та на своє майбутнє - негативні, а себе сприймає як неповноцінну, як таку, що не заслуговує на краще.

А. Бек вважає когнітивну організацію, котра є визначальною в тому як об'єкт або ідея будуть сприйняті і концептуалізовані, основною причиною депресії. Когнітивні прояви представлені в його концепції схильністю людини, що перебуває у стані депресії, розглядати себе як неповноцінну стосовно того, що є для неї найбільш вагомим. Бек провів всебічний аналіз симптомів та проявів депресії. Він виділив чотири основні групи характеристик депресивного стану: емоційні (печаль, пригнічений настрій), когнітивні (схильність до відмові собі в тих якостях, які є для нього найбільш важливими), мотиваційні (проявляються в пасивності, в залежності) та фізіологічні (втрата апетиту та порушення сну).

Селігмен та його колеги експериментально дослідили депресію як явище, що зумовлене безпорадністю [45]. Вони стверджували, що неможливість контролювати ситуацію і уникати негативних подразників, а також відчуття безпорадності є тими факторами, які спричиняють депресію.

Згідно теорії Клінгера, процес виникнення депресії проходить через три фази. Спочатку індивід відповідає на втрату об'єкта енергійними реакціями і

спробами повернути те, що було втрачено. Наступна фаза, оскільки спроби виявилися невдалими, характеризується агресією та гнівом. Коли ж активність у перших двох фазах не дає бажаного результату, суб'єкт стає повністю відстороненим від спонукань і стимулів, уникає спроб змінити ситуацію на краще, стає пасивним (плач, тужіння, роздратування, стогін), відчуває себе безпорадним, що і призводить до виникнення депресії.

Причини виникнення депресії також можуть бути приховані у оточенні. Якщо оточення змінюється таким чином, що реакції, котрі раніше підкріплювались, більше не мають підкріплення, то вони зникають з репертуару індивіда, і одночасно з цим може виникнути депресія.

Згідно психоаналітичної концепції, страждання є результатом дійсної або уявної втрати, котра загрожує самоповазі, впевненості в собі й емоційній безпеці індивіда. Усі психоаналітики сходяться в тому, що емоція суму, гнів, страх, тривога та почуття провини є частиною депресивного переживання [55, 66,67,73]. Сум виникає в результаті дійсної або вигаданої втрати, що загрожує самоповазі і самовпевненості індивіда. Гнів і ворожість, що спостерігаються при депресії, беруть початок із тенденції до фіксації на ранній оральній стадії психосексуального розвитку. Тривога, страх і провинність виступають як емоції, котрі безпосередньо пов'язані з депресією. Тривогу і страх психоаналітична теорія розглядає як такі, що зумовлені побоюванням втрати сексуальної потенції. Страх зумовлюється почуттям неадекватності і неспроможності перед загрозою чи небезпекою. Починаючи з З. Фрейда, більшість психоаналітиків сьогодення також вважають, що втрата самоповаги, впевненості в собі і почуття власної гідності є яскравими складовими депресії [73, 74].

Відповідно до теорії диференційних емоцій, суб'єктивне переживання депресії являє собою мінливу комбінацію афектів і афективно-когнітивних структур. Переживання депресії містить у собі такі фундаментальні емоції:

сум, гнів, відроза, презирство, страх, провина і зніжковілість. Отже, активація великого числа емоцій підвищує можливість конфліктів в емоційній динаміці. В цій теорії депресія трактується як складний патерн базових емоцій, який складається перш за все з емоції суму, а також з різноманітних комбінацій гніву, відроза та презирства, емоцій страху, провини та зніжковілісті. Крім того, враховується роль інших афективних факторів, таких як зніження сексуального інтересу, підвищення стомлюваності й погіршення фізичного самопочуття.

Діагностика депресії як синдрому або захворювання здійснюється на основі ряду психопатологічних критеріїв, головним із яких є депресивний настрій. При цьому вважається, що в основі кожної з відокремлених синдромологічних або нозологічних одиниць знаходяться однорідні патогенетичні механізми.

Критерії, які використовуються для групування депресивних станів:

- наявність або відсутність фактору, який призводить до психотравми та, який пов'язаний з початком депресивного розладу (реактивно-ендогенна депресія);
- наявність соматичної провокації, виникнення депресії при соматичному захворюванні (онкологічне захворювання, атеросклероз мозкових судин тощо);
- виникнення депресії внаслідок медикаментозного впливу (резерпін, кортикостероїди та ін.);
- наявність попередніх епізодів іншого психічного захворювання, збіг депресії з іншим „функціональним психозом”, наприклад, шизофренією;
- пізній або ранній початок та ін.

На основі цих критеріїв психотичні депресії діляться на первинні та вторинні (до останніх належать депресії, які виникають в рамках шизофренії або інших психозів, внаслідок нервових або соматичних захворювань, під

впливом медикаментів тощо), функціональні (ендогенні, психогенні вторинні в рамках шизофренії) та органічно-токсичні (соматогенні – при органічних, судинних, інфекційних захворюваннях центральної нервової системи; і соматичні – під впливом лікарських засобів).

На сьогоднішня усіма прийнята та підтримується багаторівнева оцінка картини депресивних розладів. Це різноманіття видів розладів і потенційно обумовлюючих факторів суттєво ускладнює визначення понять та класифікацію депресій. Якщо ж узяти саме загальне визначення, то під депресією розуміється пригнічення настрою, яке іноді може включати у себе тривогу та дратівливість; поняття депресії у розумінні клінічного синдрому охоплює поряд з цими ознаками емоційного розладу цілий перелік симптомів у когнітивно-емоційній сфері, у поведінковій сфері та у соматичній сфері.

Депресивні розлади багато разів намагалися класифікувати за різними критеріями – за етіологією, за симптоматикою, за протіканням хвороби та іншими критеріями. При цьому до уваги приймаються як багатofакторні класифікаційні підходи, так і класифікаційні підходи дихотомічного типу. В останній час найбільшу увагу привертають такі дихотомії, як ендogenous/невротично-реактивні; первинні/вторинні; та уніполярні/біполярні.

У популярних сьогодні підходах до класифікації депресій, наведених у МКБ-10 або DSM –IV, визначення підтипів базується переважно на описових оперативно визначених ознаках.

Звичайний перелік симптомів, які зустрічаються при ендogenous депресії, включає в себе депресивний (тужливий) настрій, рухова та психічна загальмованість, зниження інтересів та рівня спонукань, ідеї малоцінності, суїцидальні тенденції, тривогу, ауто- та соматопсихічну деперсоналізацію, порушення сну, втрату апетиту та низку інших вегетосоматичних проявів.

Однією з провідних психопатологічних ознак ендогенної депресії є хворобливо занижений настрій, який хворі характеризують як важкість на душі, пригніченість, відсутність надії та ін.

Як правило, при опитуванні хворі відмічають, що сум, який вони відчують, відрізняється від звичайного горя або печалі, але чим саме – вони не в змозі пояснити. Приємні новини або події звичайно суттєво не змінюють настрою. Саме цей компонент вітальності відрізняє ендогенну депресію від ситуаційно обумовленої.

У патопсихологічній картині клінічної депресії тривога може проявлятися досить великою кількістю ознак: у важких випадках – ажитацією або „тривожною загальмованістю”, майже до повного ступору, панічним відчуттям катастрофи, що наближається, смерті, відчуттям нестачі кисню.

Розрізнення тривоги та туги часто викликає величезні труднощі не тільки для хворого, але і для спеціалістів, тим більше, що „чиста тривога”, яка виникає поза межами афективного психозу, завжди супроводжується заниженням настрою. На відміну від нормального, депресивно змінений настрій визначається застійними патологічними афектами. Тому зовнішні впливи не можуть змінити характер настрою, і лише іноді вони можуть, до якогось ступеню, посилити або послабити його.

Відмінною рисою настрою при ендогенній депресії є його добові коливання, коли в перші ранкові години відчувається особлива інтенсивний сум, а пізно ввечері вона трохи пом'якшується. Коли хворі намагаються дати цьому феномену своє пояснення, то спираються на те, що ближче до вечора вони більше усвідомлюють, що закінчився ще один жахливий день, можна хоча б на якийсь час забути сном.

Важливим симптомом ендогенної депресії, який Крепелін включив у триаду провідних ознак є психічна загальмованість, яка виявляється у вигляді зменшення темпу мислення та мовлення. Хворі не відразу усвідомлюють

питання, відповідають на них з великою затримкою, з важкістю знаходять необхідні слова та формулювання. Вони зазначають, що думки стають повільними, адинамічними, вони якби „не чіпляються одна за одну”. Особливо швидко відмічають навіть легке уповільнення темпу мислення люди інтелектуального спрямування праці [39].

Справжню депресивну загальмованість мислення інколи важко відокремити від проявів астенії. У першому випадку темпи мислення однаково уповільнені на початку, і у кінці бесіди, у той час як у другому, він поступово загальмовується в процесі бесіди по мірі виснаження людини.

Для клінічної депресії характерно загальне зниження психічного тону. Різко падає рівень інтересів; події, які раніше викликали зацікавленість, привертали увагу хворого, стають „начебто порожніми”, хворий намагається уникнути спілкування з оточуючими. Прагнення до уникнення від будь-яких контактів і діяльності обумовлене також тим, що повсякденно виникаючі звичайні задачі та питання, які зазвичай у здоровому стані вирішуються майже автоматично, в депресивному стані набувають значення складних, тяжких, нерозв'язних проблем. Тому, поруч з загальним зменшенням кола інтересів, окремі, часто незначні, питання та події повністю захоплюють увагу та думки, роблячись об'єктом постійних важких переживань.

Порушення концентрації уваги, яке спостерігається при депресії, скоріш за все залежить від ряду причин: зниження психічного тону, ідеаторної загальмованості, тривоги, сконцентрованості на емоційно значущих депресивних думках. Цими ж причинами обумовлені скарги хворих на погіршення пам'яті. Зазначені вище „ядерні” симптоми депресії, безпосередньо обумовлені порушеннями функціонування мозку, породжують базу для „депресивного світосприйняття”. Перш за усе це відноситься до туги. Отже, туга та тривога визначають афективну структуру депресивного синдрому. Цей афективний стрижень, також як і порушення психомоторної активності,

складають головне ядро психопатологічної симптоматики депресії. Очевидно, „депресивне світосприйняття”, призводить до формування деяких симптомів, котрі, в значному ступені залежать від особистісних, культуральних та соціальних характеристик хворого. До цих симптомів перш за все відносяться суїцидальні тенденції та ідеї малоцінності.

1.2. Вплив депресії на особистість та якість життя.

Патологічний матеріал дозволяє простежити закономірності зміни мотиваційної сфери людини, що призводять до зміни позицій, інтересів, цінностей особистості. Як нам здається, найбільше чітко ці закономірності можна виявити у хворих психічними захворюваннями, при яких процес порушення мотивів, установок і цінностей відбувається достатньо розгорнуто, дозволяючи простежити його окремі етапи [41].

Неможливість реалізації певних життєвих цінностей або задоволення основних потреб особистості – це відсутність особистісного сенсу, що проявляється у відчаї, безнадії, стражданні. Виникає ситуація психологічної кризи [21].

Психологічна криза – поворотний пункт життєвого шляху особистості. Сам цей життєвий шлях у своїй феноменологічній перспективі є задумом життя. Задум конкретизується в проекти, плани, завдання, цілі [61]. Коли в результаті тих чи інших подій реалізація життєвого задуму стає суб’єктивно неможливою, виникає кризова ситуація.

Під життєвими подіями, які призводять до психологічної кризи, розуміють „події, які створюють потенційну або активну загрозу задоволення фундаментальних потреб та які ставлять перед людиною проблему, від якої вона не може втекти і яку не може вирішити за короткий проміжок часу та звичайними засобами” [21, 34].

Коли намічені шляхи стають занадто важкими або коли людина не бачить шляху, вона не може більше залишатися у цьому світі, настільки вимогливому і важкому. Всі шляхи перекриті, проте потрібно діяти. Тоді вона намагається змінити світ, тобто „пережити” його, як якби відношення до їхніх потенційних властивостей регулювалися не детерміністськими процесами, а якимись вищими силами.

Внаслідок переживання психологічної кризи мають місце певні зміни у ставленні до себе та навколишнього світу. Справа в тому, що наша свідомість сформована оціночно-відносно. Свідомість та особистість мають таку сутність, яка поза оцінками та поза переживаними відносинами не можуть існувати. Це стосується не тільки відношення і оцінки іншої людини, а і будь-якого об'єкту, який сприймається, в тому числі і самого себе.

Різноманіття зв'язків людини є взаємодіючим різноманіттям, за яким відчиняється мотиваційна ієрархія, що визначається міжмотиваційними відношеннями і зв'язками. За допомогою встановлення співвідношення мотивів відбувається їхній розподіл у різноманітні мотиваційні одиниці (життєві одиниці). Мотиваційна ієрархія відповідає життєвим відношенням особистості і пов'язана з аксіологічною структурою світу, а мотиваційні сили людини - це динамічні сили існування людини у світі. Аксіологічна структура світу створює валентне поле, енергетично згущене навколо спонукальних цінностей; і в ньому ж прокладаються визначені шляхи прямування людини до ціннісних стримувань [69]. Між мотиваційною ієрархією особистості й аксіологічною структурою світу утворюються мотиваційні лінії, або мотиваційна мережа життєвих відношень. Другий важливий параметр особистості пов'язаний із роботою ієрархізації. У ході цієї роботи ієрархії мотивів утворюють самостійні ієрархізовані одиниці життя, що можуть бути об'єднані в рамках єдиної мотиваційної системи або можуть залишатися роз'єднаними, не створюючи єдність [73].

При розгляді кризових станів дуже важливо і необхідно звернути увагу на ієрархію потреб, цінностей, тобто на ціннісні орієнтації особистості, так як фрустрація стимулює розвиток кризи. До фрустрації призводить така ситуація, коли з одного боку, є виражена мотивація до задоволення певної потреби, а з другого – фактори, які роблять перешкоди на шляху цього досягнення [36].

Прагнення людини зберігати честь і гідність, підтримувати свою самоповагу і багато інших подібних прагнень відповідають мотивації самозбереження особистості, але не індивіда як біологічної цілісності. Самозбереження, як ми будемо тут його трактувати, це „само-збереження”, тобто зберігання самого себе, своєї самоідентичності. Мотивація самозбереження, у визначеному змісті, є нарцистичною мотивацією. Її предметний зміст насичується різноманітними інтересами самосвідомості. Тому прагнення до зберігання самого себе, своєї самоідентичності, самодостатності й інших аналогічних тенденцій є найважливішими складовими цієї мотивації [70].

Мотиваційна аперцепція - це сприйняття особистістю подій через призму мотиваційної ієрархії, що обумовлює перебіг психічних процесів. Завдяки подібній оцінці визначається, наприклад, особистісний зміст стресора. Визнання існування докогнітивних процесів мотиваційної аперцепції, що створюють дорефлексивні, довербалізовані змісти, призводить нас до ідеї про беззупинний особистісний механізм слідкування за оточенням у рамках, такзваного, тестування реальності [25].

Саме існування в екстремальній ситуації обумовлює домінування мотивації самозбереження в мотиваційній ієрархії особистості. Екстремальний травматичний стрес пред'являє людині граничні вимоги, пов'язані із загрозою небуття. Існування в цій ситуації носить характер виживання, що потребує подолання загрози небуття. Навіть розвиток особистості, що проходить в аномальному світі спрямовано на підтримку буття в умовах небуття. Тут ми

маємо приклад мотиваційної трансформації особистості, що відображається, у свою чергу, у змінах сфери, що має найбільше значення для неї.

У критичній ситуації одночасно порушується психологічне майбутнє, сенс і цілісність життя. Свідомість не може прийняти буття в такому його вигляді. Внаслідок переживання кризи мають місце певні зміни у ставленні до себе й навколишнього світу [36]. Отже, в ситуації безпосереднього зіткнення з зовнішніми перешкодами, в плані продуктивності переживання, у конкретної особистості існують два протилежні напрями подолання цієї кризи. Рух в середину себе, спрямований на досягнення власного щастя, благополуччя і безпеки. Цей шлях може реалізовуватися через зміну форм і методів реалізації задуму або через пошук нової системи цінностей. Рух від себе, спрямований на служіння вищій цінності. Кінцева точка такого руху – стан абсолютного очищення від будь-яких егоїстичних фіксацій і проявів.

В ситуації конфлікту часто неможливо ні відмовитися від реалізації антагоністичних життєвих цінностей, котрі знаходяться в протиріччі між собою, ні вибрати одну з них. Інший тип критичної ситуації характеризується неможливістю задоволення певної потреби або мотиву, конфліктом між прагненням задовольнити потребу та усвідомлення неможливості цього досягти [21]. І це порушує психологічне майбутнє або навіть знищує його.

Задача визначення психологічного поняття конфлікту досить складна. Якщо задатися ціллю знайти дефініцію, що не суперечила б жодному з наявних поглядів на конфлікт, вона звучала б психологічно абсолютно беззмістовно: конфлікт - це сутичка чогось із чимось. Два основних питання теорії конфлікту - що саме зштовхується в ньому і який характер цієї сутички - вирішуються цілком по-різному у різних авторів.

Рішення першого з цих питань пов'язане з загальною методологічною орієнтацією дослідника. Прихильники психодинамічних концептуальних схем визначають конфлікт як одночасну актуалізацію двох або більшої кількості

мотивів [17, 21]. Біхевіористськи орієнтовані дослідники стверджують, що про конфлікт можна говорити тільки тоді, коли є альтернативні можливості реагування [12]. Нарешті, із погляду когнітивної психології в конфлікті зіштовхуються ідеї, бажання, цілі, цінності - словом, феномени свідомості [61].

За цими зазначеними парадигмами легко прослідковуються три фундаментальні для розвитку сучасної психології категорії - мотив, дія й уява, [38] що в ідеалі повинні органічно поєднуватися у кожній конкретній теоретичній конструкції.

Не може підлягати сумнівам той факт, що існують перетворення у ціннісній сфері особистості під час психологічної кризи, так і той факт, що ці перетворення спрямовані або на встановлення психологічної стабільності, або на процес „продуктивного переживання”.

Так як ціннісні орієнтації відносяться до найважливіших компонентів структури особистості, то за ступенем їх сформованості, спрямованості та їх ієрархічного розташування можна судити не тільки про рівень сформованості особистості, а й про глибину психічного розладу, а також передбачати можливі наслідки та стратегії розв’язання життєвих криз особистості. А знання цього буде сприяти ефективному спрямовуванню психокорекційних та психотерапевтичних заходів.

Визначення поняття якість життя, що пов’язана зі здоров’ям та методи оцінки ЯЖ.

Якість життя (ЯЖ) — порівняно нове для медицини поняття, запозичене з соціології, де під ним розуміють здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого положення і отримувати задоволення від цього. Ще у 1948 році ВООЗ визначила здоров'я не лише як відсутність хвороби, але й як наявність фізичного, психологічного та соціального

благополуччя [10]. Згідно з рекомендаціями секції ВООЗ, що вивчає проблеми ЯЖ, при її оцінці необхідно враховувати наступні критерії:

1. фізичний (сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок);
 2. психологічний (емоції, мислення, зовнішній вигляд, переживання);
 3. рівень самостійності (повсякденна активність, працездатність, залежність від лікування та ліків);
 4. громадське життя (особисті стосунки, сексуальна активність, суспільна цінність
- 2 / 9 Психосоматична медицина та загальна практика Том 3 № 4 (2018), e0304172 Огляди суб'єкта);
5. навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність та якість медичної та соціальної допомоги, забезпеченість, екологічна ситуація, можливість навчання, доступність інформації);
 6. духовність(релігія, особисті переконання).

В сучасних дослідженнях найчастіше звертають увагу на наступні компоненти ЯЖ: вплив «related quality of life» - якість життя, що пов'язана зі здоров'ям (ЯЖПЗ) розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування. Діапазон оцінки ЯЖПЗ коливається від негативних аспектів (включаючи смерть) до більш позитивних (рольова функція, щастя), і оцінює функціонування в трьох основних сферах: психологічне (благополуччя і емоційний стан), соціальне та фізичне функціонування [11].

Вимірювання ЯЖПЗ Незважаючи на те, що диференціація об'єктивних та суб'єктивних критеріїв ЯЖ залишається суперечливим питанням, основним інструментом для «кількісного» визначення цього показника вважається опитувальник. Низкою досліджень доведена більша надійність опитувальників, вони зручні у використанні. В теперішній час, спеціальні опитувальники розроблені для більшості захворювань.

За призначенням виділяють загальні та спеціальні опитувальники. Перші з них застосовують для оцінки ЯЖ як у здорових людей, так і у хворих, вони допомагають порівняти ЯЖ при певних захворюваннях з аналогічними показниками в популяції.

Загальні опитувальники для оцінки ЯЖПЗ:

Серед загальних опитувальників часто використовують: Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, EuroQoL-5D, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36) [12].

Найбільш апробованим та валідизованим з усіх загальних опитувальників вважається "SF-36 Health Status Survey", він широко використовується в США і країнах Європи при проведенні досліджень якості життя [13].

Опитувальник SF-36 був нормований для загальної популяції США і репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії. У США і країнах Європи були проведені дослідження окремих популяцій і отримані результати за нормами для здорового населення і для груп хворих з різними хронічними захворюваннями (з урахуванням груп за статтю та віком). Усі 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 1 і 100, де 100 представляє повне здоров'я, всі шкали формують два показники: психічне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами які складені таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ, симптомів на самопочуття та активність, тип відношення до хвороби, самооцінка загального стану здоров'я, ступінь фізичного, психічного, соціального благополуччя, обмеження соціальних функцій, зниження енергійності, інтелектуальний та емоційний фон, втрати або прибуток від хвороби тощо. У медицині під терміном «health-».

Очевидно, „депресивне світосприйняття”, призводить до формування деяких симптомів, котрі, в значному ступені залежать від особистісних, культуральних та соціальних характеристик хворого. До цих симптомів перш за все відносяться суїцидальні тенденції та ідеї малоцінності.

Методи оцінки депресії.

Встановлення діагнозу психічного розладу відповідно до закону України «Про психічну допомогу» є виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Лікарі інших спеціальностей мають компетенцію запідозрити наявність психічного розладу, встановити синдромальний діагноз або діагноз синдромального розладу. З цією метою використовують скринінгові шкали для депресивного розладу, що дозволяють також оцінити ступінь його важкості.

Для виявлення депресії серед обстежуваних можуть бути використані як об'єктивні шкали, які заповнюються клініцистом, що має досвід у оцінці психічного здоров'я (шкала Гамільтона для оцінки депресії), так і суб'єктивні – самоопитувальники, що заповнюються пацієнтом, найбільш поширені:

- шкала депресії Бека
- шкала самооцінки депресії Цунга
- шкала депресії, тривоги, стресу DASS-21
- шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) запропонована А.Т. Беком, розроблена на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг [34]. З допомогою субшкал (когнітивно-афективної та субшкали соматичних проявів депресії) градуально оцінюється вираженість 21 симптому депресії. Дана шкала проста та швидка у використанні. Шкала Цунга для самооцінки депресії (Z-SDS), розроблена в Університеті Дюка доктором Уільямом Цунгом для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, з метою попередньої, долікарської діагностики в

загальномедичній практиці [35]. Шкала Цунга має високу чутливість і специфічність і дозволяє уникнути додаткових економічних і тимчасових витрат, пов'язаних з медичним обстеженням, етичних проблем. За допомогою "Шкали Цунга" пацієнт або лікар можуть призвести скринінг депресії, визначити ступінь тяжкості симптомів, проте повна процедура тестування з обробкою займає 20-30 хвилин [36]. Шкала депресії, тривоги, стресу Depression Anxiety Stress Scales (DASS) - це сукупність трьох шкал для самооцінки, призначених для вимірювання негативних емоційних станів депресії, тривоги та стресу. DASS був розроблений Сід Ловібонд і Пітер Ловібонд в Університеті Нового Південного Уельсу в 1995 році [37, 38]. Кожна з трьох шкал DASS містить 14 позицій, поділених на шкали з 2-5 позицій зі схожим змістом. Шкала депресії оцінює дисфорію, безнадійність, девальвацію життя, самознищення, відсутність інтересу / залучення, ангедонію та інерцію. Шкала тривожності оцінює вегетативне збудження, ефекти скелетних м'язів, ситуаційну тривогу та суб'єктивний досвід тривожного впливу. Шкала стресу оцінює рівень хронічного неспецифічного збудження. Вона оцінює труднощі розслаблення, нервові збудження, а також можливість легко засмучуватись /збуджуватись, бути роздратованим/надмірно реактивним і нетерплячим. Оцінки депресії, тривоги та стресу розраховуються шляхом підрахунку підсумків відповідних пунктів [38].

Шкала Гамільтона для оцінки депресії, HDRS – була розроблена в 1960 році в університеті Лідса, Великобританія для кількісної оцінки стану пацієнтів з депресивними розладами до, під час і після лікування [39]. Заповнюється клініцистом, що має досвід у оцінці психічного здоров'я. Шкала Гамільтона для оцінки депресії складається з 21 пункту та заповнюється при проведенні клінічного інтерв'ю, що займає приблизно 20-25 хвилин [40]. Пункти шкали повинні відображати стан пацієнта протягом останніх декількох днів або попереднього тижня. За допомогою повторного і послідовного використання

шкали клініцист може документувати результати проведеного лікування (медикаментозного або психотерапевтичного).

Застосування опитувальників допоможе клініцистам оцінити психологічний та фізичний стан пацієнтів, що надасть змогу підібрати найбільш ефективну тактику та стратегію ведення пацієнтів з депресивними розладами.

1.3. Основи психо-фізичної реабілітації депресивних розладів.

Поведінкові підходи до лікування депресії.

Підхід Левінсона. Теоретична основа цієї концепції, які базуються на теорії підкріплення в симптоматичному плані, враховують характерну для депресії редукцію поведінки, яка при клінічному опису картини депресивного стану виявляється у пасивності, втраті інтересу і нестачі спонукань [53]. Це пов'язується з відсутністю або зменшенням позитивного зворотного зв'язку з боку зовнішнього світу - з відсутністю або зменшенням позитивного підкріплення, частіше за все соціальної природи, тобто повна відсутність підкріплення і дефіцит підкріплення на основі процесів вгасання веде до редукції поведінки і разом з тим сприяє виникненню емоційних, когнітивних і соматичних симптомів депресії.

В терапевтичному відношенні мова йде про вплив на патерни депресивної поведінки шляхом зміни неадекватних умов підкріплення, а саме шляхом модифікації несприятливих умов навколишнього середовища і модифікації певних засобів поведінки пацієнта, які перешкоджають використанню потенціально існуючого підкріплення. До основних стратегій інтервенції Левінсона відносяться: а) зміна несприятливих умов підкріплення у взаємодіях пацієнта з партнером або рідними, за допомогою методу, який модифікує взаємозв'язок поведінки та його підкріплення; б) тренінг основних загальних

навичок, які повинні дозволити пацієнту ефективно використовувати стимули, які потенційно підкріплюються; в) підвищення частоти позитивного підкріплення в соціальній сфері та під час праці та відпочинку.

Підхід Вольпе. На передній план при лікуванні ставиться роль процесів емоційного кондиціювання. При цьому виокремлюється гіпотеза, згідно якій певні (невротичні) форми депресивних розладів розвиваються на основі вираженої та довготривалої тривоги, перш за все у соціальній сфері.

Терапевтичні дії спрямовані на те, щоб соціальна базисна тривога пацієнтів з депресією переборювалася завдяки різним методам кондиціювання, наприклад методу систематичної десенсибілізації та тренінгу впевненості у собі. Але в останні роки в сучасній мультимодальній терапії депресій найважливіше місце займають методи асертивного тренінгу, які часто інтерпретуються без згадування концепції Вольпе [53].

Когнітивні підходи до терапії депресії. [45,53] розробив на основі спочатку психоаналітичних, а пізніше - поведінкових терапевтичних підходів особливу форму терапевтичної бесіди з депресивним хворим, так називану „когнітивну терапію”. Отже, така терапія особливим чином спрямована на негативний світогляд і пов’язані з ним перекручування реальності у депресивних особистостей. Така форма ведення бесіди являє собою виражене протистояння депресивному хворому, тому що вона не передбачає глибокої переробки подій біографії і внаслідок керівної ролі терапевта в бесіді вимагає її закінчення, чому депресивні хворі вдячні. Крім того, цей терапевтичний метод впливає на тенденцію багатьох депресивних хворих до самоконтролю.

З депресивними хворими можлива глибока когнітивна терапія, яка спирається на когнітивну модель Бека. Згідно цієї моделі депресивний синдром розглядається як слідство активізації негативних когнітивних патернів. Бек підкреслює, що якщо пацієнт невиправдано вважає, що його відхиляють, то він відчуває такий же реальний сум, як якби його відхиляли

насправді. Параліч волі відбувається через песимізм. Якщо людина припускає негативний результат, вона не буде його з ентузіазмом домагатися.

Концепція когнітивної триади А. Бека.

1. Негативна оцінка себе. Пацієнт сприймає себе дефектним, неадекватним, неспроможним. Йому властива тенденція пояснювати всі неприємні епізоди своєю психологічною, моральною і фізичною діяльністю. Через цю діяльність він, як йому здається, не потрібний людям. І нарешті, він думає, що в нього немає якостей, що допомогли б йому досягти щастя.

2. Схильність до негативної інтепретації поточних подій. Особистості, яка знаходиться під владою хвороби, здається, що світ складається з непомірних вимог і непереборних перешкод. Можна спостерігати, як пацієнт негативно тлумачить обставини, у той час, як можливі більш достовірні тлумачення. Їх можливо довести до свідомості хворого і, отже, показати йому, що він підганяє факти під заздалегідь зроблені негативні висновки.

3. Негативне сприйняття майбутнього. Хвора людина прогнозує незкінченне продовження труднощів і страждань у майбутньому. Йому здається, що якщо він розпочне якийсь починання, то його чекає невдача.

У різних випадках мішенню психотерапевтичних зусиль, за допомогою яких вирішується конфлікт, може бути або сама особистість, що переживає психологічну кризу, або змістовна структура соціальної, сенсорної й інших видів інформації, наявної в її розпорядженні. У першому випадку проводиться спрямоване удосконалення і виправлення несприятливих для адаптації особистісних рис людини; у другому - орієнтоване розширення, поглиблення і коригування суджень, зведень, критеріїв, засобів і методів дії, необхідних для зміцнення (або відновлення) соціально-психологічної адаптації особистості, тобто у випадках необхідності проводиться не тільки психотерапія з приводу актуальної психологічної кризи, але і психокорекція, яка покликана запобігти

можливі подальші внутрішні конфлікти, критичні стани і виникнення ситуаційних реакцій [13].

Декілька окремо постає одна з найбільше складних і тонких психокорекційних операцій, потреба в якій може виникнути при будь-якому варіанті динаміки конфлікту і ситуаційної реакції. Маються на увазі ті випадки, коли в утворенні підґрунтя для соціально-психологічної дезадаптації й оформленні психологічної кризи грають неправильності (або неповноцінності) у системі цінностей людини. Багато які з цих неправильностей вивчені й описані. Вони визначають звичайно стратегію розвитку та можливість підтримки аксіопсихотерапевтичних зусиль. Така неоформленість системи особистісних цінностей, її недостатність для повноцінної адаптації (вужкість, обмеженість) гальмують нормальну соціальну адаптацію людини, а те і зовсім провокують швидку і глибоку дезадаптацію. Є варіанти дискордантно побудованої (сформованої) системи цінностей, що включає несумісні одне з одним поняття-цінності, і у той же час поняття-цінності, які мають однакову високу значимість. Існування подібних цінностей в одній і тій же системі неминуче спричиняє за собою утворення різноспрямованих, більш того - полярно спрямованих потреб і тенденцій, сама природа котрих (при суміщенні їх) явно конфліктна [43].

Проте, хотілося б звернути увагу ще на одну значиму особливість системи цінностей деяких особистостей. Мова йде про цінності, що не мають властивості несумісності з якимись іншими цінностями, про цінності, що не характеризуються ні асоціальністю, а ні неконформністю. Проте, їхній руйнівний вплив на діяльність системи особистісних цінностей дуже впливовий, оскільки, володіючи цілком нормальною адаптивною природою, вони в той же час випадають із системи інших цінностей за причини надзвичайно перебільшеної своєї значимості, мають як би непомірну питому вагу в порівнянні з іншими складовими цієї системи. Тому цілком впливу, що

корегує, при проведенні аксіопсихотерапії в цьому випадку є не зміна складу системи цінностей (девальвація, дезактивація якихось цінностей, введення й актуалізація інших), а набагато більш н'юансована операція: регуляція інтенсивності значущості і відносної ваги елементів системи цінностей при зберіганні незмінними її структури і складу.

Підхід Селігмена. У первинній трактуванні моделі „вивченої безпорадності” Селігман виходив з того, що у витоків реактивно-депресивних процесів стоїть досвід втрати контролю, що повторюється. На основі такого досвіду розвивається установка, що між власними діями та важливими зовнішніми подіями відсутній будь-який зв'язок, тобто розвивається генералізоване очікування відсутності контролю, яке створює основу мотиваційних, емоційних та поведінкових депресивних симптомів.

Самостійним терапевтичним напрямом у вузькому розумінні цього слова ця концепція до сих пір не стала, але все ж були розвинені конкретні терапевтичні стратегії, які базуються на основній гіпотезі „вивченої безпорадності” [17].

Підходи самоконтролю та приборкування стресу в терапії депресії.

Підхід Рема. У своїй моделі Рем відштовхується від особливостей депресивних переживань і поведінки, які виявляються у встановленні неадекватних стандартів власної продуктивності та у низькій кількості заохочення самого себе.

У відповідності з цією гіпотезою терапевтичні дії спрямовані на таку зміну процесів самоконтролю пацієнта, щоб була досягнута більш високий ступінь незалежності від екстернальних підкріплюючих стимулів або більш високий ступінь саморегулювання.

Підхід Макліна. Когнітивно-поведінкова концепція Макліна також виявляє багаточисленні зв'язки з підходами, які базуються на теорії підкріплення, але Маклін більш виразно підкреслює інтерперсональні аспекти

депресивних розладів і одночасно спирається на концепції й емпіричні дані дослідження стресу.

Для зміцнення неадекватних стратегій приборкання стресу використовується мультимодальна терапевтична програма, у ході якої завдяки різноманітним когнітивним і поведінковим методам намагаються знищити дефіцити у наступних сферах: комунікація, поведінкова продуктивність, соціальна взаємодія, самоствердження, вміння приймати рішення і вирішувати проблеми, когнітивний самоконтроль [17,28].

Інтерперсональні підходи до терапії депресії.

Підхід Клермана і Вейсман. Клерман і Вейсман спираються на концепцію, яка базується на психології розвитку та соціальній психології. На цій теоретичній базі були висунуті наступні положення: а) інтерперсональні відношення виконують найважливішу функцію у попередженні депресивних розладів; б) втрати та проблеми інтерперсонального рівня мають суттєве значення для розвитку та (або) підтримки депресії.

Ядро терапевтичних заходів складає розробка разом з пацієнтом більш ефективних стратегій приборкання актуальних життєвих проблем та труднощів; при цьому особливо підкреслюється, що перш за усе пацієнтів слід звільнити від „тиску симптомів”, запропонувавши їм адекватну інформацію відносно виду та прогнозу перебігу їхнього розладу [17]. Потім разом з пацієнтом виявляють, яка з чотирьох інтерперсональних тем (сум, інтерперсональні конфлікти, зміна соціальної ролі та інтерперсональні дефіцити) пов'язана з початком депресивного розладу. Наступне лікування концентрується у першу чергу на відповідному колі проблем, причому в центрі терапевтичної бесіди стоїть ідентифікація і зміна емоцій та когніцій, релевантних для проблеми. На відміну від когнітивно-поведінкової терапії цих цілей намагаються досягти в основному шляхом навчання головним

провідним принципам, у той час як конкретні тренінгові методи використовуються тільки час від часу і є допоміжними.

Інтегративний підхід до психотерапії депресії.

Останнім часом досить розповсюдженою точкою зору на депресію є інтегративно-еволюційний підхід [53, 57]. А саме, депресивна реакція у визначених ситуаціях і при визначених особистісних особливостях з'являється як досить хворобливий, але захисний процес.

Відповідно до такої точки зору, доти, поки депресія буде розглядатися з погляду причини, що її викликала, їй буде бракувати обсягу, що необхідний для біологічних станів недостатності, соціальних труднощів або особистісних проблем.

Кожний депресивний хворий, навіть якщо мова йде про важку депресію, може випробувати полегшення, і крок за кроком, за допомогою психолога, просуватися до виходу з депресії. Для цього необхідні визначені засоби допомоги.

Хворі в стані глибокої депресії з вираженою загальмованістю безумовно мають потребу в лікарських препаратах для прийому усередину і парентерально.

При легких депресіях і депресіях середньої важкості хід думок хворого приймає більш спокійний характер, ніж при важкій депресії, але вони усе ще негативного змісту. У такому стані допомогти людині можуть обґрунтовані заперечення його депресивним уявленням.

Питаючи у сократівській манері про негативні судження хворого, психолог стимулює хворого до міркування про необхідність самостійного ухвалення рішення по життєво важливим для нього проблемам.

Дбайливий, лагідний стиль когнітивної бесіди, яку запропонував А. Бек, не знецінює суджень пацієнта, а приймає їх за основу експерименту з метою побудови недепресивної поведінки. Зміцнення активної позиції важливо для

хворого і тому, що наявність депресивних симптомів спочатку викликає в його близьких дбайливе співчуття, а надалі може збільшити ризик розвитку затяжної депресії. Співчуття близьких піддає хворого небезпеці підтримувати в собі і надалі депресивний стан. На більш віддалену перспективу депресивна поведінка діє подвійно: вона блокує не тільки його, але і поведінку його близьких. Отже, психолог, перепитуючи хворого про його депресивні судження, підштовхує хворого до виконання їм повсякденних обов'язків і, тим самим, сприяє руйнуванню негативних думок і вчинків. Це відповідає третьому кроку, сформульованому в таблиці 1.3.1

Лікування депресивного хворого - це не механічні дії і не ініційовані ззовні зміни особистості. У цілому, якщо описувати стратегію лікування хворого депресією, то її можна охарактеризувати не як щасливу подію, а як шлях, що веде від страждання.

Таблиця 1.3.1.

**Послідовність постановки лікувальної мети при концепції східчастої
(поетапної) терапії**

1. Розвантаження і симптоматичні заходи з метою зменшення психічного болю (при типових депресивних станах);
2. Поступова активізація, упорядкування денного режиму (при поліпшені стану або при неглибоких депресивних станах);
3. Закріплення недепресивного поведіння (коли депресія відзвучала);
4. Вироблення (за допомогою психотерапії) рис у структурі особистості, здатних протистояти ризику депресії, а також протистояння депресії в повсякденному житті;
5. Зміна за власною ініціативою факторів навколишнього середовища, що сприяють розвитку депресії (при очевидному біологічному ризику:

медикаментозна профілактика).

Німецький психіатр-клініцист і фахівець в області вивчення депресій Гюнтер Холе [53] сформулював шість послідовних етапів, що можуть бути застосовані для лікування конкретної стадії депресії. Звернення до почуттів хворого займає центральне місце при лікуванні депресивних пацієнтів. Депресивний хворий у процесі терапії повинен відчувати, що його висловлення і почуття зустрічають адекватну відповідну реакцію і розуміються психологом приблизно так, як він сам їх розуміє. У такому випадку пацієнт приймає підтримку, відчуваючи, що психолог дуже серйозно відноситься до його переживань та, відповідно, до нього самого.

Отже, депресія як процес, який деякі експерти у галузі вивчення порушень психічної діяльності людини відносять до патології, а деякі до граничних порушень, торкається різноманітних сфер психічної діяльності особистості та, представляє собою одну з найбільш суттєвих психологічних проблем сучасності. Однак, слід зазначити, що саме цей психологічний аспект вивчення депресії є найменш розробленим та найменш вивченим.

Виходячи з сучасних уявлень про психіку як багаторівневу систему, можна зробити певне припущення, що фон, на якому виникає депресія, представляє собою складне багаторівневе поєднання достатньо різноманітних факторів. Практична неможливість будь-якого урахування особливостей фону, є основною причиною того, що виділені експериментальним шляхом параметри психічних процесів можуть виявитися недостатньо інформативними, якщо досліднику невідома їх якість поза депресивним приступом.

Всі перераховані вище особливості протікання депресії, характеристики особистості, велика кількість людей з депресивними розладами та недостатня

розробленість теорій виникнення, протікання, лікування та профілактики депресії вказують на величезну актуальність та необхідність проведення експериментально-психологічного дослідження депресивних хворих з ендогенною етіологією у стані відсутності ремісії та порівняння результатів з дослідженням особливостей людей з відсутніми ознаками депресивного розладу. Результат порівняння двох досліджень у вигляді специфічного депресивного профілю, який дасть нам змогу продемонструвати спрямованість та ступінь зміни психологічних параметрів особистості, під час ендогенної депресії, які досліджуються, розглядаються у якості психологічного вираження депресії та вказують на етапи психологічної реабілітації, дозволяючи спростити та оптимізувати психокорекційний процес.

Висновки до Розділу I:

1. Депресивний епізод – один із видів психічних захворювань, при якому виражаються такі симптоми: знижений настрій, зменшення енергійності і падіння активності, знижена здатність радіти, отримувати задоволення, цікавитися, зосереджуватися. Звичайною є виражена втома навіть після мінімальних зусиль, порушений сон і знижений апетит. Самооцінка і упевненість в собі майже завжди знижені, навіть при легких формах захворювання. Часто присутні думки про власну винність і некорисність. Залежно від кількості та вираженості симптомів класифікують депресивний епізод легкої, середньої та важкої міри.

2. Ураховуючи наявні дослідження, ми можемо говорити про обґрунтованість включення клінічних програм фізичної реабілітації для профілактики та лікування психічних захворювань. При проведенні нашого дослідження ми довели, що впровадження терапевтичних вправ до стандартного лікування депресивних епізодів покращує якість життя і є дієвим методом лікування та профілактики даних захворювань. Для легкої та

помірної депресії ефект терапевтичних вправ можна порівняти з антидепресантами та психотерапії. При важкій депресії терапевтичні вправи є ефективною додатковою терапією до традиційних методів лікування. Більше того, в групах хворих з додавання терапевтичних вправ до стандартного стаціонарного лікування позитивний терапевтичний ефект досягається швидше в порівнянні з контрольними групами.

РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

2.1. Методи дослідження:

Відповідно до досягнення мети нашого дослідження та вирішення задач було використано:

1. Аналіз та узагальнення літературних джерел .

За допомогою аналізу літературних джерел ми ознайомились з науково-методичною літературою по даній темі та розробили комплекс фізичної реабілітації для пацієнтів з клінічно встановленою депресією.

2. Педагогічні методи дослідження.

3. Медико-біологічні та психологічні методи дослідження стану організму:

- клінічну бесіду та спостереження;

- шкала оцінки якості життя (ЯЖ) SF-36 (Додаток Г)

- шкалу самооцінки депресії Цунга для виявлення наявності депресії та рівня її виразності;

-методику «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» у різноманітних життєвих сферах» для виявлення «конфліктних сфер» і ієрархічного розташування цінностей та доступностей;

- факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла;

- тест колірних виборів М. Люшера.

4. Метод математичної статистики.

Однією з головних задач при проведенні нашого експериментального дослідження є необхідність та важливість урахування особливостей депресивного захворювання, а точніше характерних ознак людини, яка перебуває у стані депресії. Відомо, що депресивний розлад ендогенного

походження характеризується такими ознаками як депресивний (хворобливо пригнічений) настрій, рухова та психічна загальмованість, зниження інтересів та рівня побуджень, ідеями малоцінності, суїцидальними тенденціями, тривожністю, ауто- та соматопсихічною деперсоналізацією, порушеннями сну, втратою апетиту та іншими вегетосоматичними проявами.

Обираючи методики для нашого дослідження ми, по-перше, будемо намагатися враховувати особливості особистості, яка знаходиться в депресивному стані, і тому відберемо методики, які найбільш оптимально, на нашу думку, підходять для дослідження хворого в стані депресивного розладу викликаного причинами ендогенного походження.

По-друге, буде враховуватися стан піддослідного, на момент проведення тестування. А саме, якщо людина, з будь яких особистісних причин, відмовиться від проведення заздалегідь запланованого тестування, або буде знаходитися у дуже пригніченому стані, або в стані неадекватності, то тестування перенесеться на більш сприятливий для цього період. Крім цього, під час проведення тестування, час від часу, нашою задачею буде намагання переключати увагу досліджуваного. Це буде можливе завдяки перемінному застосуванню методик, збору анамнестичних даних та психотерапевтичних заходів.

Відібраним для дослідження методикам притаманні такі особливості:

- високий рівень інформативності;
- відносно невеликий об'єм тестового матеріалу;
- незначна складність виконання завдань;
- мінімальний рівень соціальної бажаності.

Одним з головних завдань нашого дослідження є визначення особливостей ціннісної системи особистості, яка знаходиться у стані депресії легкого та середнього ступеня. Це стає можливим завдяки виявленню опосередкованої структури системи цінностей. Цей критерій є достатньою

підставою для побудови структури ціннісних орієнтацій без використання методу багатомірного шкалювання, тому що на основі підрахунку числа преваг при попарному порівнянні цінностей можна встановити структуру ціннісних орієнтацій особистості, знявши обмеження методу лінійного ранжування. Даний засіб опрацювання використовується в бланковому варіанті методики.

Опишемо власне психологічні особливості даного методу. По-перше, так як критерій значимості понять-цінностей, що порівнюються, задається самим досліджуваним, а не ситуацією, то методику, яка заснована на цьому методі та яку ми будемо використовувати, можна віднести до особистісної. По-друге, за допомогою методики, яку ми будемо використовувати, можна оцінити не тільки усвідомлені, але і неусвідомлені ціннісні спрямування. Це пов'язано з тим, що задача досліджуваного полягає у попарному порівнянні запропонованих понять-цінностей між собою. Побудувати ж ієрархію цінностей і ранжувати їх самому досліджуваному не потрібно. Опрацювання отриманих даних буде проводитися за непрямими характеристиками - за кількістю преваг відповідного поняття-цінності. Таким чином, в експериментальній ситуації відбувається заміна основної цілі - побудови системи ціннісних орієнтацій – кількома приватними задачами, що необхідно буде вирішити досліджуваному. Іншими словами, для досліджуваного задача дослідження з особистісної, соціально значимої і надзвичайно відповідальної перетворюється, швидше за все, в інтелектуальну. А за результатами опитування, сама задача дослідження, оцінюється досліджуваним як більш проста, чим при лінійному ранжуванні тих же понять-цінностей. При цьому послаблюється свідомий контроль за можливими варіантами відповідей і зростає вплив на відповіді емоційних і неусвідомлених компонентів поведінки досліджуваного. Знижується також число соціально бажаних відповідей. Все це говорить про те, що методику, яку ми будемо використовувати як базову у

нашому дослідженні, при вивченні особливостей ціннісної сфери у людей з ендогенною депресією, можна віднести до проєктивних методів дослідження особистості.

Клінічна бесіда.

Як відомо, дослідження особистості, у тому числі із психічними розладами різного походження, не тільки не обмежується інструментальними методами, такими як тести та анкети, а починається саме з методу спостереження і бесіди. Проводячи експеримент та обираючи стратегію наших подальших дій та клінічної бесіди з досліджуваними ми спиратимемося на задачі, які поставили перед собою у ході нашого дисертаційного дослідження.

Бесіда, яка проводиться для виявлення деяких особливостей людини називається „спрямованою”, „клінічною” або „бесіда з досліджуваним” [41]. Така бесіда, як правило, складається з двох частин. Першу частину бесіди ми будемо проводити до та після експериментальної роботи (тестування) з досліджуваним. Під час проведення такої бесіди ми спробуємо встановити особистісний контакт з досліджуваним, що є важливим та дуже необхідним елементом подальшого процесу дослідження та терапії.

За словами Блюми Вульфовни Зейгарнік: „експеримент – це завжди спілкування з хворим” [21,25]. Тому друга частина нашої бесіди буде проводиться саме під час експериментального дослідження. Усім відомо яке значення у житті людини займають особливості невербального спілкування, тому і у наших бесідах ми будемо використовувати як елементи вербального, так і невербального спілкування.

Метою нашого дослідження, а відповідно і клінічної бесіди, є виявлення особливостей ціннісної сфери та мотиваційної спрямованості особистості у стані депресії ендогенного походження. Тому клінічна бесіда з досліджуваним надасть нам можливість виявити ставлення хворої людини до свого поточного

стану, її самосприйняття самої себе, її самоусвідомлення на поточний період часу.

Головною особливістю нашого випадку в організації та проведенні дослідження буде необхідність якомога більш коректно підійти до питання про теперішній стан досліджуваного з депресією. Як правило, у таких випадках спеціалісти у даній галузі (психологи, психотерапевти) не рекомендують починати бесіду з хворим з питань про його теперішній стан, тобто про депресію та її вплив на фізичне та психічне самопочуття. Отже і ми будемо намагатися підійти до цього питання більш-менш опосередковано, підводячи досліджуваного до того, щоб він сам почав розмову про свій стан та особливості самопочуття під час своєї депресії. Особливим моментом у проведенні експериментального дослідження є згода хворого на проведення дослідження. Тому ми завжди, перш за все, будемо задавати питання, про те, чи не буде важко цій людині сьогодні, саме на цей час, відповісти на деяку кількість питань з деяких методик. Якщо ж буде категорична відмова, то час проведення дослідження, по можливості, перенесеться на більш сприятливий для цього момент.

Також нам необхідно буде враховувати преморбідні особливості хворого, тобто особливості, які були притаманні даній особистості до початку депресії. Такі дані ми знайдемо в історії хвороби, або ж безпосередньо при спілкуванні з членами сім'ї досліджуваного. Крім того, ми будемо виявляти особливості суб'єктивних особистісних змін безпосередньо у досліджуваного, так як нам дуже важливий саме погляд особистості з депресивним розладом ендогенної етіології на свій стан та його імовірні зміни (трансформацію) в усіх сферах життєдіяльності.

Таким чином, і бесіда і експеримент, які ми будемо проводити паралельно, не відокремлюючи одне від одного, з самого початку будуть включати у себе елементи психокорекції.

Педагогічні методи дослідження

Педагогічне спостереження. При проведенні занять фізичної терапії ми вели лікарсько-педагогічні спостереження для оцінки функціонального стану організму пацієнта, для дозування фізичного навантаження та оцінювання впливу занять на стан пацієнтів. Педагогічні спостереження необхідні для коригування засобів втручання фізичної терапії для пацієнтів після мозкового інсульту.

Педагогічний експеримент. Нами проводився педагогічний експеримент, в якому ефект від введення експериментально досліджуваного чинника виявляється шляхом порівняння певних показників, реєстрованих одночасно у двох групах пацієнтів.

Педагогічний експеримент проводився в м. Миколаїв в рамках виконання соціального проекту благодійною організацією “Світлі справи” та міжнародною організацією МДМ “Лікарі світу” по наданню соціальної та гуманітарної допомоги переселенцям, що постраждали від військових дій внаслідок російської агресії. Для цієї роботи були задіяні волонтери, лікарі різних спеціальностей, в тому числі психотерапевти і психіатри, медичні сестри, а також команда психологів і спеціалістів з фізичної реабілітації у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Спостереження за поведінкою.

Експеримент та клінічна бесіда завжди включають в себе такий невід’ємний елемент дослідження особистості як спостереження за поведінкою досліджуваного.

Звичайний перелік симптомів, які зустрічаються при ендогенній депресії, містить депресивний (тужливий, сумливий) настрій, моторну та психічну загальмованість, зниження інтересів та рівня спонукань, ідеї малоцінності, суїцидальні тенденції, тривогу, ауто- і соматопсихічну деперсоналізацію, порушення сну, втрату апетиту та деякі інші

вегетосоматичні прояви. Спираючись на дані, які можна отримати під час спостереження за поведінкою людини, яка знаходиться у депресивному стані, можна визначити ступінь депресивного розладу, фаз протікання захворювання (маніакальна чи депресивна при маніакально-депресивному психозі, добові коливання настрою), спрямованість та схоронність комунікативних зв'язків зі знайомими та рідними людьми, наявність чи відсутність комунікацій з іншими людьми, які перебувають на обстеженні чи лікуванні, рівень збереженості моторної активності та психічної адекватності. Тому ми будемо звертати увагу на особливості ставлення до контакту (хода, погляд, пози та міміка) та на особливості безпосереднього спілкування (репліки, впевненість мовлення, спрямованість уваги та ін.). Крім того, враховуючи те, що ми будемо проводити з досліджуваними лише незначну кількість часу, ми будемо спиратися на дані про поведінку цих людей з історій хвороб а також із безпосередньої бесіди з медперсоналом лікувального закладу. Особливості поведінки ми будемо враховувати для отримання загальної картини про стан хворого на час проведення дослідження.

Оцінка якості життя за допомогою інструментів, таких як SF-36

Анкета Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey). Ці питання з'ясовують Ваші погляди щодо Вашого здоров'я. Ця інформація допоможе спостерігати за тим, як Ви почуваетесь, та наскільки добре Ви можете впоратись зі своїми звичайними справами. Дякуємо Вам за те, що Ви дали відповіді на ці питання! Для кожного з наступних питань, будь ласка, виберіть одну позицію, що найкращим чином відповідає Вашій відповіді.

Опитувальник SF-36 оцінює якість життя, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» якістю життя. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень.

Проте результати опитувальника SF-36 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливість якості життя і 100% вказує на повну якість життя (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-36 вказують на кращу якість життя. Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки якість життя є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої якості життя. Якщо опитувальник SF36 використовується, щоб визначити зміни в якості життя, то збільшення кількості балів означає поліпшення якості життя. Результати подаються у вигляді 8 шкал (вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя) [1]:

- фізичне функціонування (Physical Functioning - PF);
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP);
- інтенсивність болю (Bodily pain - BP);
- загальний стан здоров'я (General Health - GH);
- життєва активність (Vitality - VT);
- соціальне функціонування (Social Functioning - SF);
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE);
- психічне здоров'я (Mental Health - MH).

Шкали групуються у два показники: РН («фізичний компонент здоров'я») та МН («психологічний компонент здоров'я»)

Шкала Цунга для самооцінки депресії.

Стисла і зручна шкала Цунга [22] для самооцінки депресії являє собою інструмент для кількісного і якісного виміру наявності депресії та ступеня її виразності, що відповідає поставленим цілям і задачам нашого дослідження. Ця методика буде використовуватися нами для проведення попереднього тестування, яке необхідне для підтвердження наявності депресивного розладу та ступеня її виразності на момент проведення дослідження.

Оригінальна версія шкали вперше була опублікована у Великій Британії, а згодом перекладена на 30 мов.

Шкала Цунга вимірює депресію на основі самооцінки пацієнта.

Інструмент розроблений на основі діагностичних критеріїв депресії і результатів аналізу клінічних опитувань пацієнтів із депресією з метою уточнення формулювань питань у пунктах шкали. Створенню зазначеної шкали сприяли дослідження Грінкер, Оверолл та Фрідмана, присвячені симптомології розладів настрою.

Відповідно до результатів факторного аналізу дана методика виявляє сім чинників: почуття душевної спустошеності, розлади настрою, загальні соматичні симптоми, психомоторні симптоми, суїцидальні думки і показник виразності „дратівливість-нерішучість”.

Структура шкали доволі проста, містить 20 пунктів (додаток А), кожний із яких виражає характерні симптом депресії у формі твердження (пункти 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) або заперечення (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

При заповненні бланку шкали досліджуваний відзначає хрестиком (галочкою) осередки тих варіантів відповідей, які, на його думку, найбільш точно відповідають його стану на момент проведення тестування („ніколи”, „іноді”, „часто”, „завжди”).

Дослідження з валідизації даної методики виконано її автором за участю пацієнтів із депресією, як в амбулаторних умовах, так і в стаціонарі, які страждали психічними або органічними захворюваннями. Зовнішня валідність шкали підтверджена клінічними даними і результатами факторного аналізу.

Цунгом встановлено порівняльну валідність з іншими шкалами які виявляють вираженість ознак депресивного розладу: шкалою Гамільтона, методикою Бека, анкетною Любіна (для оцінки депресивного статусу) і Мінесотським багатофакторним особистісним опитувальником (ММРІ).

Чутливість шкали підтверджена порівнянням результатів тестування пацієнтів із депресивним і недепресивним станом до і після терапії, а також груп пацієнтів, що різняться за статевою ознакою, віком, расовій приналежності, рівнем освіти, соціальним і матеріальним становищем.

Методика „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах”.

Дійсна методика була створена О. Б. Фанталовою [57] відповідно до поставленої нею гіпотези про імовірно різноманітний рівень узгодженості-розлагодженості в мотиваційній сфері у людей, які хворі гіпертонічною хворобою (відноситься до групи психосоматичних захворювань) у порівнянні з хворими симптоматичною артеріальною гіпертонією (непсихосоматичне захворювання) і здоровими людьми. У методиці використовуються поняття-цінності, що означають в основному „термінальні цінності”, які були виділені в такому вигляді Мілтоном Рокічем, адаптований варіант методики якого застосовувався у вітчизняних дослідженнях [37], і техніка їхнього попарного ранжування [60-64] у модифікованому варіанті.

Процедура дослідження полягає в наступному. Досліджуваному на спеціальному бланку з інструкцією (додаток Б.1) пропонуються 12 понять-цінностей, що означають різноманітні життєві цінності:

- 1) активне, діяльне життя;
- 2) відсутність скарг на стан здоров'я (фізичного та психічного);
- 3) наявність цікавої роботи;
- 4) можливість сприймати та відчувати красу природи та мистецтва;
- 5) кохання (як духовна та фізична близькість з коханою людиною);
- 6) матеріально забезпечене життя (відсутність труднощів матеріального характеру);
- 7) наявність справжніх, вірних друзів;

- 8) впевненість у собі (свобода від внутрішніх протиріч та сумнівів);
- 9) пізнання (можливість навчатися, розширення світогляду, інтелектуальний розвиток);
- 10) свобода, як незалежність у вчинках та діях;
- 11) щасливе сімейне життя;
- 12) творчість (можливість творчої діяльності).

В інструкції зазначається, що досліджуваному необхідно провести попарне порівняння запропонованих понять-цінностей на спеціальних матрицях на реєстраційному бланку двічі: першим разом за „цінністю” (важливістю) послідовно одного з дванадцяти понять-цінностей (додаток Б.2), і другим разом за – „доступністю”, (реальністю, присутністю у теперішньому житті) (додаток Б.3). Потім необхідно буде підрахувати, скільки разів кожне поняття-цінність буде переважним за „цінністю” (Ц і) і скільки разів за „доступністю” (Д і) для кожного досліджуваного окремо. Результати підрахунку заносяться в спеціально відведену для цього нижню частину реєстраційного бланку. У результаті підраховується інтегральний (сумарний) показник даної методики, який розраховується за нижченаведеною формулою та дорівнює сумі розбіжностей за модулем для всіх дванадцяти понять-цінностей:

$$R = \sum_{i=1}^n |Ц\ i - Д\ i|$$

де i - номер поняття в реєстраційному бланку i в інструкції. У нашому випадку коли $n = 12$ теоретичні межі індексу розбіжності знаходяться в межах

0 – 72 (значення „0” - графіки за „цінністю” і „доступністю” повністю збігаються, що означає будь-яку відсутність розбіжностей в мотиваційній сфері, що відповідає суб’єктивній формулі: „цінне” - означає для досліджуваного одне і теж саме, що і „доступне”, і, навпаки, „доступне” - теж саме, що і цінне”; при значенні „72” - графіки за „цінністю” і „доступністю” дзеркально розходяться, що означає повну розбіжність „цінного” і „доступного” для досліджуваного, що відповідає суб’єктивній формулі: „Того, що для мене „цінне” немає, а те, що є, мені не потрібно”). Вказівкою на наявність внутрішнього конфлікту в тій або іншій сфері буде значна розбіжність в ній між показниками „цінність” і „доступність” у випадку, коли $C_i > D_i$. Інтегральний показник розбіжності „цінність-доступність” (R), у свою чергу, свідчить про глибину не завжди усвідомленого стану втягненості особистості у власні внутрішні конфлікти, про рівень внутрішньої незадоволеності, дискомфорту.

Отже, методика „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах” надасть нам можливість виявити ієрархічну побудову цінностей та доступностей досліджуваних з експериментальної та контрольної вибірок, дослідити ступінь збалансованості поняття „узгодженість-неузгодженість” у різних сферах життєдіяльності для кожного досліджуваного окремо та групи досліджуваних в цілому, а також порівняти ці показники між групами хворих та здорових досліджуваних.

Тест колірних виборів М. Люшера.

Методика Люшера [51] надасть нам можливість виявити, на момент тестування, актуальний емоційний стан та неусвідомлювані тенденції спрямованості особистості та її відношення до свого теперішнього стану, її бажання чи небажання якнайшвидше піти чи, навпаки, залишитися ще у теперішньому стані панування депресії (небажання або неможливості змінити щось у своєму теперішньому житті).

Процедура обстеження за допомогою тесту Макса Люшера і психологічної інтерпретації отриманого ряду суб'єктивної переваги одного з кольорів над іншим буде проводитися відповідно до сучасних уявлень про „структуру” і „функції” кольорів, а також інтерпретація колірних рядів переваг за ключовими позиціями (позиції розташування основних та додаткових кольорів).

Крім того, нами будуть аналізуватися інтенсивність тривожності (anxiety - A), коефіцієнт вегетативного тону (КВ - коефіцієнт К. Шипоша) і оцінюватися працездатність за результатами аналізу взаємного розташування трьох основних кольорів: зеленого (2), червоного (3), жовтого (4), що і утворять так звану „робочу групу”.

Інтенсивність тривоги (A) визначається за сумарною кількістю знаків „!” у протоколі, що залежить від позиції основних кольорів, що відхиляються від позицій №1-3, переважанню додаткових кольорів на передових позиціях і порівнювалася з нормативними даними ($N = 0 - 2$). Максимально можливе значення коефіцієнту інтенсивності тривоги може дорівнювати дванадцяти ($A = 12$).

Коефіцієнт вегетативності (КВ) обчислюється на основі надання переваги певному кольору та особливому порядковому розташуванню цих кольорів за формулою:

$$КВ = \frac{18 - (п3 + п4)}{18 - (п1 + п2)}$$

де p_1 , p_2 , p_3 , p_4 - позиції в колірному ряді, що виділяються, займаються відповідними колірними еталонами (синій, зелений, червоний і жовтий).

Відповідно до сучасних уявлень, коефіцієнт вегетативності виявляє переваження анаболічних (прагнення до накопичення енергії) або метаболічних тенденцій у рамках вегетативного балансу. У нормі коефіцієнт вегетативності повинний наближатися до позначки 1 ($KB \Rightarrow 1$). Якщо ж $KB > 1$ - це вказує на переважання ерготропного тону, який проявляється через необхідність, потребу в енергетичних витратах. Якщо ж $KB < 1$ - трофотропний тонус, який характеризується виснаженням, потребою в накопиченні витраченої енергії.

Тест Р. Кеттелла.

16-факторний особистісний опитувальник (16-ФОО) Кеттелла у теперішній час є одним з найбільш розповсюджених до апробації методів дослідження та вимірювання індивідуальних відмінностей особистісних якостей [34,34,36].

Дана методика відноситься до методів психологічної діагностики на основі самооцінки досліджуваних. Методика Р. Кеттелла дозволить нам у відносно короткий термін отримати достатньо повне уявлення про стійкість властивостей досліджуваної особистості, що відповідає задачам нашого дослідження, та надасть можливість порівняти ці властивості особистостей між індивідуальними та узагальненими показниками представників експериментальної та контрольної груп.

16-факторний особистісний опитувальник розроблений Кеттеллом на основі фундаментальних психологічних досліджень особистості та складається з трьох видів даних:

1) ті, які Кеттелл назвав „L” дані, або „факти життя”, які можна отримати при реєстрації реальної поведінки людини у повсякденному житті, головним чином, завдяки оціночному шкалюванню;

2) „Q” – дані вивчення особистості за допомогою опитувальників та інших методів самооцінок;

3) дані об’єктивних тестів та експериментів.

Судження, які Кеттелл ввів до опитувальника, в остаточному варіанті залишилися після експертного аналізу декількох тисяч характеристик особистостей та проведення трьох факторних аналізів у різних групах досліджуваних. Ці судження за змістом виявились найбільш важливими та точними у відношенні визначаємих факторів. Тому при використанні нами опитувальника ми не будемо впроваджувати будь-яке переформулювання суджень, так як у цьому випадку може бути порушений психометричний зміст суджень, і як слідство викривлення даних за надійністю опитувальника.

Тест Р. Кеттелла, який ми у своєму дослідженні будемо використовувати для виявлення особливостей характеру особистостей з депресією ендогенної етіології та здорових людей, є стандартизованим варіантом цього тесту для дорослих (віком від 15 років) з освітою не менше 5 класів, тобто для дорослих людей, які мають достатньо різноманітний віковий та освітній рівень.

Процедура дослідження полягає у необхідності заповнення бланку з позначеними поняттями-судженнями (додаток В). Перед цим досліджуваному пропонують переглянути інструкцію, в якій зазначено про необхідність чесності та якомога швидкого реагування на запропоновані судження.

Відповіді досліджуваних, на запропонований у опитувальнику перелік тверджень, дозволяє діагностувати основні особистісні якості за 16-ма функціонально незалежними психологічно змістовними факторами, виділені у такому вигляді Р. Кеттеллом:

- 1-ий фактор (А) „товариськість - замкнутість”;
- 2-ий фактор (В) обмеженість мислення - кмітливість”;
- 3-ій фактор (С) „емоційна стійкість”;
- 4-ий фактор (Е) „незалежність - підлегливість”;
- 5-ий фактор (F) „заклопотаність - безтурботність”;
- 6-ий фактор (G) „виразність сили „Я” - безпринципність”;
- 7-ий фактор (H) „сміливість - боязкість”;
- 8-ий фактор (J) „піддатливість - жорстокість”;
- 9-ий фактор (L) „підозрілість - довірливість”;
- 10-ий фактор (M) „непрактичність - практичність”;
- 11-ий фактор (N) „гнучкість - прямолінійність”;
- 12-ий фактор (O) „тривожність - спокій”;
- 13-ий фактор (Q1) „радикалізм - консерватизм”;
- 14-ий фактор (Q2) „самостійність - сугестивність”;
- 15-ий фактор (Q3) „високий самоконтроль - низький самоконтроль”;
- 16-ий фактор (Q4) „напруженість - релаксація”.

Кожний особистісний параметр оцінюється через підрахування кількості оцінок у кожній групі які розташовані по усьому бланку питань. Загальна оцінка за кожним фактором заноситься відповідно до кожної латинської літери на бланку для текстів. Максимально можлива оцінка за кожним фактором не може перевищувати показник у 12 балів.

Обробка отриманих матеріалів проводиться наступним чином. Кожна відповідь (*a* – так, *b* – невпевнений, *v* - ні) має свою умовну цінову важливість за балами для кожного питання. Бали підраховуються, а потім переводяться в умовні бали (так звані стени). Оцінка за факторами для кожного досліджуваного набуває символ для порівняння її з середніми оцінками.

Методи статистики

Методи статистичної обробки результатів застосовувалися для

об'єктивного аналізу досліджуваних явищ і процесів і забезпечили збір, обробку даних, а також достовірність інтерпретації отриманих результатів.

Всі отримані в даній роботі експериментальні дані були оброблені за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel. Статистичну обробку результатів проводили використовуючи метод варіаційної статистики для середніх величин. Методи статистики використовували для визначення таких показників як: середнє арифметичне – M ; похибка середнього відхилення – $\pm m$. Порівнюючи середні величини використовували коефіцієнт t -критерію Стьюдента для визначення достовірності відмінностей порівнюваних даних. Значення коефіцієнта достовірності відмінностей приймали не менше ніж $p < 0,05$.

2.2. Етапи наукового дослідження.

Виходячи з задач нашого дослідження а також враховуючи детальний аналіз літературних даних з темою нашого дослідження, ми усю дослідницьку роботу, з приводу виявлення особливостей у мотиваційній сфері та ціннісній спрямованості у осіб клінічною депресією, поділили на 9 послідовних етапів.

Етапи експериментального дослідження.

1. Організаційна бесіда (проводиться з завідуючим відділення або з лікарем, який безпосередньо спрямовує та контролює процес лікування даного хворого) з приводу підбору необхідного контингенту для нашого дослідження, тобто людей, які знаходяться на стаціонарному або ж амбулаторному лікуванні з приводу депресивного розладу. Виключення складатимуть особи, які на момент тестування будуть знаходитися у стані глибокої депресії з високим ступенем суїцидального ризику, або ж хворі, які лікуються з приводу біполярного розладу і на момент тестування будуть перебувати у маніакальній

фазі. Також ми відразу будемо виключати, з переліку імовірних кандидатів на дослідження, осіб з інтелектуальними розладами (наприклад: олігофренія).

2. Другий етап проведення нашого дослідження включає у себе ознайомлення з історіями хвороб відібраних нами кандидатів до експериментальної групи. При відсутності такої можливості, характеристики конкретної особистості та особливостей протікання захворювання, ми будемо дізнаватися від лікуючого персоналу, які безпосередньо координують лікувальний процес даного хворого. В першу чергу ми будемо звертати увагу на дату початку захворювання, особливості причин, які сприяли виникненню депресії та характер протікання депресивного розладу. Окрім того, нам також необхідно дізнатися про багато інших особливостей теперішнього та минулого життя досліджуваного: працездатність та особливості професійної діяльності досліджуваного, а також вік, стать, освіта, спосіб життя тощо.

3. Присутність на бесідах лікаря з людьми з депресивними розладами в місці їх проведення. Цей етап важливий тим, що ми будемо мати можливість звертати увагу на особливості поведінки, спілкування та особистого ставлення до процесу діагностики, корекційних та лікувальних заходів імовірних кандидатів для формування нашої експериментальної групи досліджуваних.

4. Встановлення особистісного контакту з досліджуваним, починається з проведення нами бесіди. Спочатку на досить загальні теми та питання про життя взагалі та про те, що цікавить або турбує людину на даний час. Така бесіда повинна проходити у ненав'язливому режимі і тривати достатньо не довго, щоб не втомити досліджуваного та не відвернути у нього бажання для подальшої „співпраці”.

5. Наступним етапом нашого дослідження є проведення попереднього тестування. Розпочинатися цей етап буде також з бесіди, але яка вже буде носити більш спрямований характер, та, по можливості, включати у себе елементи психокорекції. Необхідність проведення попереднього тестування, з

нашої точки зору, обумовлена необхідністю підтвердження наявності депресивної фази у людини з депресивним розладом ендогенної етіології саме на час проведення нами дослідження. Тому, що у хворих депресією, окрім добового коливання настрою, можливі зміни і у загальному стані протікання депресивного розладу.

Підтвердження наявності вираженої депресії на момент проведення тестування, за тестом самооцінки депресії Цунга, стане для нас достатньою підставою включення цієї особи до експериментальної групи та для подальшого продовження її експериментального дослідження. Але ж ми також не будемо залишали без уваги тих досліджуваних, які за будь-яких обставин трохи „не дотягли”, за методикою Цунга, до відмітки наявності у них вираженого депресивного розладу, і будемо намагатися продовжували з ними психокорекційні заходи, у тому числі і клінічну бесіду, а при необхідності (особистий запит лікаря, цікавий випадок та ін.) переходити і до наступних етапів нашого експериментального дослідження. Звичайно, що ми не будемо враховувати показники цих хворих у нашому експериментальному дослідженні.

б. Одним з головних етапів нашого дослідження являється основне тестування з метою виявлення особливостей ціннісної сфери, мотиваційної спрямованості, емоційних проявів та особистісних особливостей хворих з депресивними розладами етіології. Цей етап починається, в принципі як і попередні етапи, з бесіди та по можливості без значного часового проміжку між цим етапом та попереднім. Особливістю цього етапу повинна бути особлива увага до досліджуваного під час проведення процедури тестування. Необхідно буде якомога більше звертати увагу на будь які, навіть на перший погляд незначні, деталі поведінки досліджуваного, починаючи з необхідності допомогти, при необхідності, прочитати хворому слово або фразу з методики, яку ми будемо застосовувати, та закінчуючи поясненням того чи іншого

поняття чи словосполучення. Не менш важливим, на нашу думку, під час тестування, є момент переключення уваги досліджуваного з тестів на бесіду для запобігання імовірної передчасної втоми, втрати уваги та концентрації.

7. Обробка отриманих нами даних тестування починається з підрахування кількості отриманих балів кожним досліджуваним, розрахунків за допомогою формул, та закінчиться обробкою одержаних результатів за допомогою комп'ютеру та програми математичної статистичної обробки даних SPSS (версія № 10).

8. Наступним етапом нашого експериментального дослідження є аналіз отриманих при обробці даних, підбиття підсумків та виявлення особливостей та закономірностей розподілу цінностей для кожного досліджуваного окремо та для групи досліджуваних в цілому, виявлення характеру та напрямку мотивації, особистісних особливостей досліджуваних, порівняльна характеристика між контрольною та експериментальної групами, та виявлення можливих кореляційних зв'язків.

9. Останній етап - виявлення можливих напрямків оптимізації лікувального процесу хворих з депресією застосуванням комплексу з фізичної терапії (комплекс вправ, дихальна гімнастика, дозована хотьба та скандинавська хотьба).

2.3. Характеристика вибірки

Обстеження людей з депресивними розладами проводилося в м. Миколаїв в рамках виконання соціального проекту благодійною організацією “Світлі справи” та міжнародною організацією МДМ “Лікарі світу” по наданню соціальної та гуманітарної допомоги переселенцям, що постраждали від військових дій внаслідок російської агресії 2022-2023 рр. Для цієї роботи були задіяні волонтери, лікарі різних спеціальностей, в тому числі психотерапевти і

психіатри, медичні сестри, а також команда психологів і спеціалістів з фізичної реабілітації у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Головною метою нашого дослідження було виявлення особливостей хворих на депресією та визначення їх якості життя (ЯЖ). Також результати дослідження повинні були увійти до загальних програм допомоги хворим у психічній реабілітації та прискорення їхнього одужання та покращення ЯЖ застосуванням комплексу засобів фізичної терапії. Це здійснювалося за допомогою зв'язку програми дослідження особливостей ціннісної сфери та мотиваційної спрямованості депресивних хворих з загальною реабілітаційною та дослідницькою програмою для людей із депресивними розладами. Всі пацієнти проходили психодіагностичне обстеження психологом і лікарем-психіатром для діагностування наявності і встановлення ступеню депресії.

За період з вересня 2022 року до листопада 2023 року нами було обстежено 58 чоловік, які мали діагноз депресивний розлад. Це були люди з прифронтових зон Миколаївської і Херсонської області.

Дослідження проводилося в кілька етапів.

На першому етапі - було проаналізовано сучасні літературні джерела, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і програму дослідження; опановано комплекс методів, що використовуються в роботі, і завершено перший розділ магістерської роботи.

На другому етапі – проводився педагогічний експеримент, який передбачав визначення функціонального стану осіб з депресивними розладами. Було розроблено програму фізичної терапії для таких пацієнтів та визначалася її ефективність. Для пацієнтів першої групи призначалися загальноприйняті заняття з фізичної терапії (ЛФК). Пацієнтам другої групи було запропоновано тренування та проходження сформованої експериментальної реабілітаційної програми. Результати, отримані в ході дослідження, були оброблені методами математичної статистики.

На третьому етапі дослідження здійснювався аналіз отриманих результатів досліджень. Було узагальнено результати досліджень, підготовлено роботу до друку.

Кількість осіб жіночої статі складає 30 (51,7%) представників, а чоловічої – 28 (48,3%) представників, від загальної кількості вибірки. Середній вік людей з депресією, яких ми обстежили складає $41,5 \pm 0,3$ роки, що має своє підтвердження і за літературними даними, за якими середній вік хворих з депресією знаходиться у інтервалі від 30 до 55 років.

14 осіб (24,1%) досліджуваних мали клінічний діагноз депресивний розлад та розлади адаптації. Кількість досліджуваних з іншими діагнозами виглядає так: у 20 осіб (34,4%) досліджуваних депресія легкого ступеня і у 17 (29,3%) досліджуваних депресія середнього ступеня, стан гострого стресу – у 7 (12,1%) чоловік.

У 26 (44,8%) осіб, які увійшли до експериментальної групи досліджуваних мали вищу освіту, 25 (43,1%) - середню спеціальну, або середню, та 7 (12,1%) досліджуваних, на час тестування, мали незакінчену вищу освіту.

У таблицях 3.1, 3.2, 3.3 та 3.4 приведені дані про досліджуваних з депресією. Ми звертали увагу на діагноз, форму протікання депресивного розладу, вік хворого на період початку захворювання та на початок проведення нашого дослідження, стать, освіту та працездатність досліджуваного на час проведення нашого дослідження.

Характеризуючи представників експериментальної групи з депресивним розладом у активній фазі слід зазначити, що з 14 хворих, які увійшли до цієї групи, 8 (57,1%) – представники жіночої статі, а 6 (42,9%) – чоловічої. 5 (35,7%) чоловік, на момент проведення дослідження, працювало, а 9 (64,3%) – не працювало за будь-яких обставин (пенсія, небажання або відсутність такої можливості).

Таблиця 2.3.1

Характеристика представників експериментальної групи
з депресивними розладами та розладами адаптації (n = 14)

Хворі	Вік захворю- вання	Форма протікання депресії	Освіта	Працездат- ність на даний час
М., 62 р., ч. стать	45	хронічна	вища	не працює
С., 32 р., ж. стать	26	хронічна	середня	працює
А., 37 р., ж. стать	30	хронічна	середня	працює
Д., 55 р., ч. стать	44	хронічна	середня спеціальна	не працює
Г., 62 р., ж. стать	31	гостра	середня спеціальна	не працює
О., 40 р., ч. стать	32	хронічна	вища	не працює
І., 37 р., ж. стать	28	хронічна	середня	працює
Р., 33 р., ж. стать	26	хронічна	середня	працює

Ж., 63 р., ч. стать	45	хронічна	вища	не працює
О., 63 р., ч. стать	37	хронічна	вища	не працює
Л., 24 р., ж. стать	24	гостра	незакінче- на вища	не працює
Н., 36 р., ж. стать	30	хронічна	середня	працює
В., 59 р., ч. стать	48	хронічна	вища	не працює
М., 25 р., ж. стать	5	гостра	середня	не працює

П'ять (37,5%) хворих мали вищу освіту, один (7,1%) – незакінчену вищу, шість (42,9%) – середню, двоє (14,3%) – середню спеціальну освіту.

Середній вік досліджуваних з діагнозом біполярний розлад у депресивній фазі складає $44,9 \pm 0,4$ роки.

Одинадцять (78,5%) з чотирнадцяти досліджуваних мали депресивний розлад на момент тестування.

Характеризуючи представників експериментальної групи депресією легкого ступеню слід зазначити, що з 17 хворих, які увійшли до цієї групи, 12 (70,5%) представників чоловічої статі, а 5 (29,5 %) - жіночої. На момент проведення дослідження жоден хворий з даної групи не працював, в силу втрати такої можливості у зв'язку із вимушеним переселенням і зміною способу і обставин життя.

Таблиця 2.3.2.

Характеристика представників експериментальної групи
депресією легкого ступеню (n = 17)

Хворі	Вік захворю- вання	Форма протікання депресії	Освіта	Працездат- ність на даний час
О., 21 р., ж. стать	10	гостра	середня	не працює
Н., 40 р., ч. стать	26	хронічна	вища	не працює
Я., 39 р., ч. стать	30	хронічна	середня спеціальна	не працює
Т., 26 р., ж. стать	6	гостра	середня	не працює
І., 43 р., ч. стать	33	хронічна	вища	не працює
Н., 44 р., ч. стать	31	хронічна	вища	не працює
О., 20 р., ч. стать	6	хронічна	середня спеціальна	не працює
Р., 41 р., ч. стать	36	хронічна	середня спеціальна	не працює
П., 47 р., ч. стать	32	хронічна	вища	не працює
Д., 22 р., ж. стать	22	гостра	середня	не працює

М., 19 р., ж. стать	18	гостра	незакінче- на вища	не працює
В., 61 р., ж. стать	30	гостра	середня спеціальна	не працює
О., 50 р., ч. стать	29	хронічна	середня спеціальна	не працює
В., 41 р., ч. стать	33	хронічна	вища	не працює
К., 53 р., ч. стать	37	хронічна	середня спеціальна	не працює
В., 43 р., ч. стать	28	хронічна	вища	не працює
Т., 43 р., ч. стать	31	хронічна	середня спеціальна	не працює

Шість (35,3%) хворих мали вищу освіту, один (5,9%) – незакінчену вищу, семеро (41,1%) – середню спеціальну, троє (17,6%) – середню. Середній вік досліджуваних складає $38,4 \pm 0,3$ роки.

Характеризуючи представників експериментальної групи з діагнозом депресія легкого ступеня необхідно зазначити, що з 20 хворих, які увійшли до цієї групи, 11 (55%) – представники жіночої статі, а 9 (45%) – чоловічої. 8 (40%) чоловік, на момент проведення дослідження, працювало, а 12 (60%) – не працювало в силу втрати такої можливості у зв'язку із вимушеним переселенням і зміною способу і обставин життя.

Таблиця 2.3.3.

Характеристика представників експериментальної групи
з депресією середнього ступеня (n = 20)

Хворі	Вік захворювання	Форма протікання депресії	Освіта	Працевдатність на даний час
Н., 52 р., ж. стать	42	хронічна	вища	не працює
Л., 45 р., ж. стать	40	хронічна	вища	не працює
О., 22 р., ч. стать	16	хронічна	незакінчена вища	не працює
А., 44 р., ч. стать	27	хронічна	вища	не працює
Д., 22 р., ч. стать	14	хронічна	незакінчена вища	працює
К., 43 р., ж. стать	32	хронічна	вища	працює
Н., 55 р., ж. стать	41	хронічна	вища	працює
В., 25 р., ч. стать	20	хронічна	вища	працює
М., 43 р., ч. стать	37	хронічна	вища	працює
Л., 27 р., ч. стать	23	хронічна	незакінчена вища	не працює
Д., 41 р., ж. стать	34	хронічна	вища	не працює

Г., 43 р., ж. стать	38	хронічна	вища	працює
А., 39 р., ж. стать	31	хронічна	вища	працює
О., 52 р., ж. стать	46	хронічна	вища	не працює
К., 39 р., ж. стать	32	хронічна	вища	працює
П., 55 р., ж. стать	49	хронічна	вища	не працює
Т., 42 р., ч. стать	36	хронічна	вища	працює
Н., 20 р., ч. стать	17	хронічна	середня спеціальна	не працює
Ф., 24 р., ж. стать	17	хронічна	середня	не працює
В., 45 р., ч. стать	29	хронічна	вища	працює

П'ятнадцять (75%) хворих мали вищу освіту, троє (15%) – незакінчену вищу, по одному (по 5%) – середню та середню спеціальну.

Середній вік досліджуваних з депресією середнього ступеня складає $38,9 \pm 0,5$ роки.

Характеризуючи представників експериментальної групи з депресією середнього ступеня слід зазначити, що з 7 хворих, які увійшли до цієї групи, 6 (85,7%) – представники жіночої статі, а 1 (14,3%) – відповідно, чоловічої 5 (71,4%) чоловік, на момент проведення дослідження, не працювало за будь-

яких обставин (навчання, пенсія, відсутність такої можливості), а 2 (28,6%) – працювало, знайшли нові можливості за новим місцем перебування.

Таблиця 2.3.4.

Характеристика представників експериментальної групи
з станом гострий стрес/горе (n = 7)

Хворі	Вік захворювання	Форма протікання стресу	Освіта	Працездатність на даний час
Н., 20 р., ч. стать	16	гострий	середня спеціальна	не працює
Л., 20 р., ж. стать	20	гострий	незакінчена вища	не працює
Н., 63 р., ж. стать	54	гострий	середня спеціальна	не працює
П., 61 р., ж. стать	48	гострий	середня спеціальна	не працює
А., 23 р., ж. стать	22	гострий	незакінчена вища	не працює
К., 58 р., ж. стать	50	гострий	середня спеціальна	працює
Г., 62 р., ж. стать	49	гострий	середня спеціальна	працює

.П'ять (71,4%) представників експериментальної групи закінчили середні навчальні заклади та мали середню спеціальну освіту, а двоє (28,6%) – незакінчену вищу.

Середній вік досліджуваних з діагнозом гострий стресовий розлад/горе складає $43,9 \pm 0,2$ роки.

Контрольна група нашого дослідження складалась також із осіб переселенців, але у яких не було встановлено ані депресивного розладу ані встановленої клінічно депресії.

Спираючись на те, що у літературі існують різноманітні та досить протилежні за спрямуванням дані с приводу того, чи існують вікові відмінності у мотиваційній спрямованості та ціннісних орієнтаціях, ми паралельно провели тестування осіб без ознак депресії (тобто здорових людей, які ніколи не мали проблем з психічним здоров'ям), у кількості 55 чоловік (29 представників чоловічої статі та 26 - жіночої), середній вік яких складає $42 \pm 0,4$ роки. Враховуючи те, що при попередньому порівнянні даних контрольної вибірки молодих осіб і у дорослих осіб між собою ми не виявили відмінностей у характері ієрархічного розташування цінностей та доступностей, можна стверджувати що ці дві вибірки однорідні. Отже, нами не були виявлені вікові відмінності у побудові ціннісних ієрархій, в індивідуальних особистісних якостях та в актуальному емоційному стані між представниками цих двох контрольних вибірок.

Рівень соціальної бажаності при тестуванні здорових людей ми намагалися звести до мінімуму тим, що: по-перше, тестування було добровільне, ніхто, ні ми, ні лікарі, ні родичі не примушували до тестування всупереч волі; по-друге, у досліджуваних була особиста зацікавленість в отриманні правдивих результатів, так як усі результати оголошувалися та пояснювалися.

Вивчення історичного досвіду створення емпіричних методів дослідження цінностей особистості підвів нас до необхідності вибору та застосування базової методики для нашого дослідження, яка була б достатньо інформативною і виявляла характеристики у необхідному нам ракурсі

дослідження ціннісної сфери особистості. Виходячи з цього, ми обрали методику „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах” О.Б. Фанталової [57], яка на наш погляд повністю відповідає тим критеріям, які ми визначили у меті та завданнях даного експериментального дослідження.

Спираючись на детальний аналіз емпіричного дослідження ціннісних орієнтацій та мотиваційної спрямованості як осіб з відсутніми ознаками психічних розладів, так і людей з депресією, із величезної кількості існуючих методик ми відібрали саме такі, які, на наш погляд, найбільш оптимально підходять для виявлення характерних, найбільш притаманних, особливостей ціннісної сфери, мотиваційної спрямованості, особистісних особливостей саме у осіб з депресивними розладами ендогенної етіології стосовно обраної теми, мети та задач нашого експериментального дослідження.

Крім того, поділивши весь процес дослідження на дев'ять послідовних, логічно пов'язаних між собою, етапів, ми будемо мати можливість більш досконало спрямовувати та керувати процесом виявлення цих характерних особливостей ціннісної сфери та мотиваційної спрямованості осіб з ендогенною депресією, а також притаманних їм особистісних якостей та властивостей емоційної сфери за допомогою тестового матеріалу, збору анамнестичних даних, клінічної бесіди та спостереження.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ВПЛИВОМ ФІЗИЧНОЇ

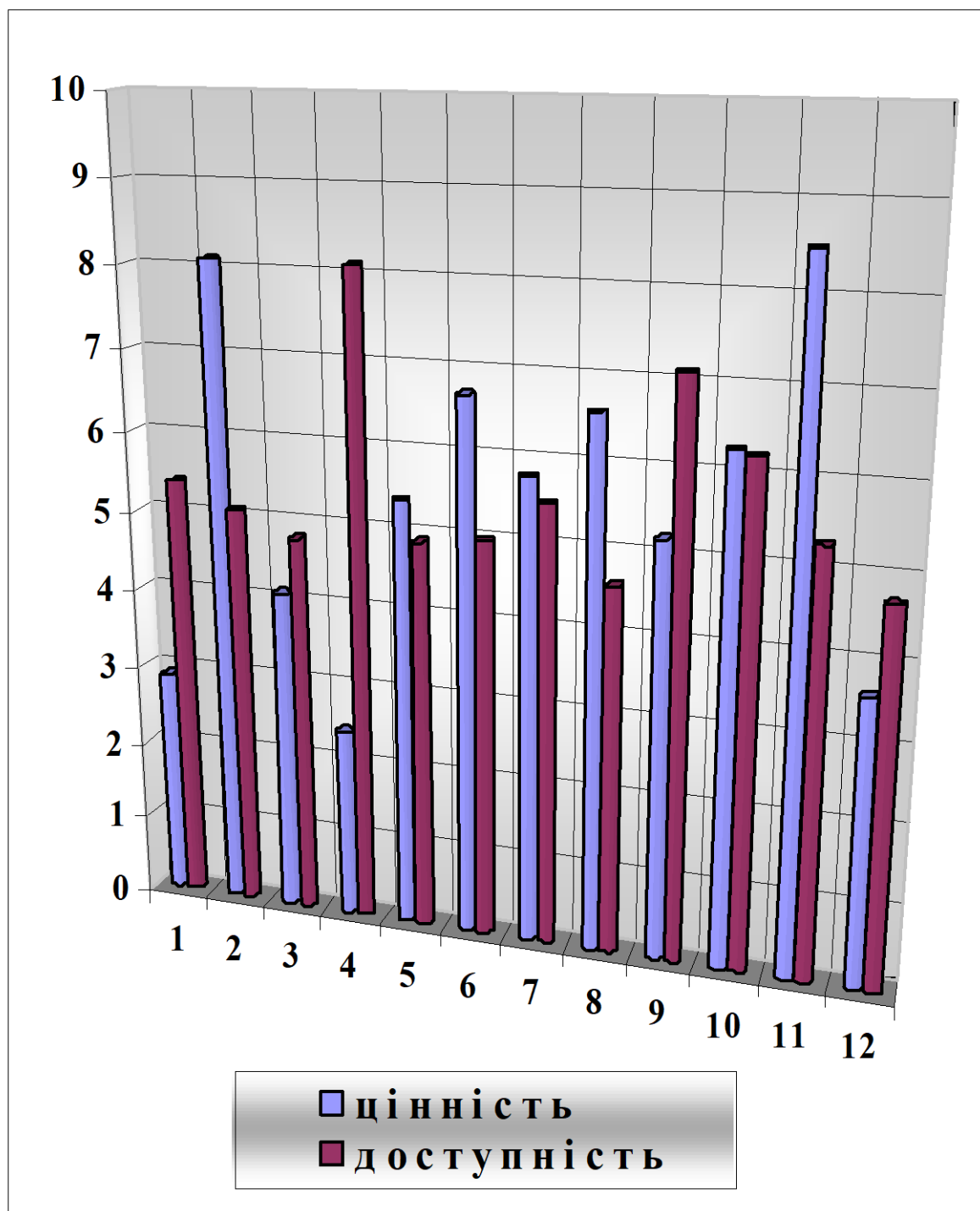
3.1. Виявлення та аналіз ціннісно-мотиваційної сфери та індивідуальних психологічних якостей з депресивними розладами.

Для досягнення мети та виконання задач нашого дослідження ми повинні виявити, порівняти та проаналізувати ієрархічні побудови цінностей, доступностей, особливості ціннісних орієнтацій та особливості мотиваційної спрямованості особистостей з депресією з особливостями людей, які на момент проведення тестування не мали проявів депресії та які ніколи не хворіли на депресію, тобто зі здоровими людьми.

Реалізація підходу до вивчення особливостей людини при депресивних розладах потребує визначення певного кола перемінних, виступаючих у ролі особистісних чинників. У нашому дослідженні в якості таких чинників виділена структура цінностей і мотивів особистості з депресивним розладом.

У сучасних дослідженнях депресії центральним поняттям є самосвідомість; вивчаються специфічні прояви особистості, особливості „Я-концепції” і самооцінки, їхні етіологія і генез, зв'язок із цілісним модусом особистості і стилем емоційного реагування. На рисунку 3.1 показується виразність того або іншого поняття–цінності у досліджуваних, які увійшли до експериментальної групи (особи з депресією), де вісь Х відображає порядкові номери понять-цінностей за методикою О.Б. Фанталової „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах”, а вісь Y – виразність того чи іншого поняття відносно одне одного.

Як видно з рисунку 3.1, який показує виразність надання переваг цінностям та доступностям, ми можемо виявити наступні особливості та



закономірності у представників експериментальної групи: ієрархічне

Рис. 3.1.1. Діаграма виразності цінностей та доступностей у групі особистостей з депресією

Вісь X – порядкові номери понять-цінностей відповідно до методики;

Вісь Y – виразність цінності та доступності понять-цінностей.

розташування понять-цінностей за цінністю на даний життєвий період; ієрархію доступностей; конфліктні сфери особистості за показником індексу розбіжності між цінностями та доступностями; а також певні закономірності за кількістю надання переваг за доступністю та цінністю.

Детальний аналіз ієрархічної побудови цінностей досліджуваних, які на момент тестування перебували у депресії, дає нам можливість виявити притаманні таким досліджуваним особливості їх внутрішнього світу, закономірності у спрямованості (або її слабкої виразності) їхньої мотивації, а також дати обґрунтування виявленим характеристикам.

Таблиця 3.1.1.

Ієрархія цінностей осіб з депресією (n = 58)

Поняття-цінність	%
------------------	---

Щасливе сімейне життя	13,8
Здоров'я	12,1
Матеріальне забезпечене життя	12,1
Впевненість у собі	10,3
Свобода як незалежність у вчинках та діях	10,3
Наявність вірних друзів	10,3
Кохання	8,6
Пізнання	6,9
Цікава робота	5,2
Творчість	5,2
Активне, діяльне життя	3,4
Краса природи та мистецтва	1,7

Ієрархію цінностей у особистостей з депресивними розладами, очолює, як це видно з таблиці, поняття-цінність „щасливе сімейне життя”. Вісім представників експериментальної групи віддали переваги саме цьому поняттю-цінності перед усіма іншими, що відповідає 13,8% від загальної кількості хворих депресією. Таку високу позицію, зокрема цінування, сімейного благополуччя, можна пояснити тим, що члени сім'ї хворого, які знають про його захворювання, про той неприємний стан, в якому знаходиться близька їм людина, намагаються приділяти як можна більше уваги саме їй, що є досить природним у нормальних стосунках між членами однієї родини. І тому представники експериментальної групи ні трохи не відчуваючи відсутності підтримки до себе з боку представників своєї сім'ї, що і виявляється у тому, що понад усе вони цінують піклування від найбільш близьких та рідних людей.

Судячи з другої позиції розташування поняття-цінності „здоров’я” у ієрархічному розташуванні цінностей представників експериментальної групи - вибір 7 (12,1%) чоловік від загальної кількості осіб з депресією), можна зазначити, що хворі з депресією відчувають нестачу, дефіцит внутрішніх сил, яких недостатньо для подолання теперішнього їхнього стану. Але, заради справедливості слід зазначити, що деякі представники експериментальної групи не вважають себе хворими, чи по-справжньому хворими.

„Матеріальне забезпечення життя”, як поняття-цінність, розташовуючись на третій позиції у ієрархії цінностей - 7 (12,1%) осіб віддали перевагу даному поняттю, що вказує на можливі матеріальні труднощі, які в першу чергу обумовлені непрацездатністю більшості представників експериментальної групи 41 (70,7%) особа.

Такі поняття-цінності як „впевненість у собі, у своїх внутрішніх силах” - перевагу над іншими поняттями віддали 6 (10,3%) хворих, „свобода у вчинках та діях” - 6 (10,3%) осіб, „наявність вірних та гарних друзів” – 6 (10,3%) чоловік, розташовані в середині переліку надання переваги одного над іншим понять-цінностей за важливістю їх у житті людей з депресивними розладами ендогенної етіології. Тобто ці люди не понад усе, але все ж таки цінують вірних, справжніх друзів, їх підтримку та піклування, свободу у вчинках та діях і впевненість у собі. Скоріше за все це можна пояснити завдяки тому піклуванню, яким оточують знайомі та друзі хворих депресією, що і надає таким людям впевненості у собі та не пригнічує у свободі, у спілкуванні та вчинках і діях.

„Кохання – фізична та психічна близькість з коханою людиною” – 5 (8,6%) осіб, як досить важлива сфера життя кожної людини у представників експериментальної групи, знаходячись у середині ієрархії цінностей на сьомому місці, вказує на позицію, яка коханню відводиться людьми з депресією. Таке розташування можна пояснити не достатньо низьким

положенням поняття-цінності „кохання”, а скоріш більш високими, більш важливим та цінним положенням попередніх понять-цінностей, таких як „щасливе сімейне життя”, „здоров’я”, „матеріально забезпечене життя”, „впевненість у собі”, „свобода у вчинках та діях” та „друзі”.

„Можливість пізнання”, „наявність цікавої роботи” та „можливість творчої активності” розташувалися майже у самому кінці ієрархії цінностей депресивних хворих (відповідно 8, 9 та 10 позиції), яким віддали перевагу 4, 3 і 3 представники експериментальної групи, відповідно, з показниками 6,9%, 5,2% та 5,2%. З цього можна зробити висновок, що такі суспільно спрямовані поняття-цінності як „творчість” та „цікава робота”, а також „пізнання”, яке має задовольняти в першу чергу саму людину, сприймаються людьми з депресивними розладами як щось таке, чого їм, ймовірно, вистачає у теперішньому житті, або ж не має такого вже великого значення.

„Життєва активність” людьми, які перебувають у стані депресії, явно не цінується, про що дуже красномовно свідчить передостання, одинадцята позиція, цього поняття-цінності, та показник, який вказує, що лише двоє хворих віддали цьому поняттю-цінності перевагу поміж інших у ієрархії цінностей, у відсотковому відношенні цей показник дорівнює 3,4. Досліджувані з експериментальної групи, зі слів самих представників цієї групи, розуміють, що знаходяться не в найкращому для них психологічному та фізичному стані, але будь-якими засобами компенсувати цей стан не намагаються. За словами тих же людей з депресією, це не так вже і легко, як може здатися на перший погляд, не відходити від ритму життя, який був притаманний їм до початку депресії. І тому такі люди, як правило, швидко сходять з дистанції, з часом відчуваючи, що поступово втратили „нормальний” ритм життя, і який вже не в змозі підтримувати на належному рівні, не кажучи вже про можливість його наздогнати.

Привертає до себе увагу останнє місце у ієрархічному розташуванні цінностей особистостей з депресією поняття-цінність „краса природи та мистецтва”. Підсумком цього може бути твердження про той безперечний факт, що однією з найбільш вразливих сфер, яка страждає при депресії, є естетична сфера, тобто сприйняття та відчуття прекрасного, та витиснення цього поняття-цінності з перших ролей такими сферами як „щасливе сімейне життя”, „здоров’я”, „наявність справжніх, вірних друзів” та інші. Цим і можна пояснити останню позицію в ієрархії цінностей цього поняття-цінності, оскільки з усіх досліджуваних з ендогенною депресією лише одна людина поставила це поняття на перше місце (1,7% від загальної кількості представників експериментальної групи).

З даних, які ми отримали під час проведеної клінічної бесіди, ми виявили, що люди, які вже не перший раз звертаються за кваліфікованою медичною допомогою з приводу свого депресивного стану (хронічні хворі, які склали 86,2% (50 осіб) досліджуваних з експериментальної вибірки), зовсім по іншому сприймають свій актуальний стан (стан депресії), на відміну від людей, які вперше відчули на собі прояви депресії. А саме, це виявляється у тому, що таким людям, у яких депресія вже доволі давно стала звичайним станом, вже не здається, що їх депресія це тимчасове, скороминуще явище. Тому вони і сприймають свою депресію як невід’ємну складову свого теперішнього, депресивного буття, сприймають як щось само собою зрозуміле. Наприклад, як сказала хвора Г. під час клінічної бесіди, що її депресія для неї таке ж звичайне явище як і бажання спати або їсти. Тому і особливої уваги люди з довготривалою депресією своєму розладу згодом не приділяють, намагаючись не звертати на це увагу, хоча і постійно відчувають на собі прояви депресії. Будь-яке чергове повернення до лікування, згодом, становиться для них буденним, майже звичним явищем. Іншими словами, депресія цими людьми повністю приймається і вони вже навіть не хочуть (на

початку розвитку депресії не можуть, а потім і взагалі зовсім не хочуть) змінювати такий перебіг подій, те, що є на даний момент.

За результатами отриманими нами за методикою М. Люшера ми проінтерпретували колірний ряд представників експериментальної групи за ключовими позиціями, тобто за позиціями розташування основних та додаткових кольорів. Також, ми проаналізували інтенсивність тривожності (anxiety - A), коефіцієнт вегетативного тону (KB - коефіцієнт К. Шипоша) і оцінили працездатність за результатами аналізу взаємного розташування трьох основних кольорів: зеленого, червоного та жовтого, що утворюють так звану „робочу групу”.

У наданій нижче таблиці 3.1.2. наведено результати обробки даних за методикою М. Люшера, які ми отримали в процесі тестування хворих з депресивними розладами.

Таблиця 3.1.2.

Показники методики М. Люшера у осіб з депресією (n = 58)

Виявлені характеристики	Показники
Характерний ряд кольору	1, 6, 4, 8, 2, 5, 3, 7
Коефіцієнт тривожності	4,74
Коефіцієнт вегетативності	0,8
Коефіцієнт гетерономності-автономності	6,2
Коефіцієнт концентричності-ексцентричності	6,6
Дисбаланс особистісних якостей	- 0,6
Коефіцієнт працездатності	13,9
Коефіцієнт стресового стану	13,6

За середніми показниками даних представників експериментальної групи, на основі тестування за методикою М. Люшера, ми склали характерний колірний ряд для осіб з депресією.

На першій позиції, яка позначається знаком „плюс” (+), розташовані 1-ий та 6-ий кольори (синій та коричневий відповідно). Таке розташування вказує на почуття неспокою, страху самотності, прагнення утекти від конфліктної ситуації, уникнути стресу. Чого не можна сказати про інтерпретацію розташування наступних трьох пар кольорів. Отже:

X 4 X 8 (жовтий та сірий) - пошук вирішення існуючих проблем, але з присутністю почуття досить мізерної вірогідності успіху в цьому починанні;

= 2 = 5 (зелений та фіолетовий) - почуття незадоволеності, образи, почуття власної низької цінності, що ніхто не в змозі прийняти, проникнутися співчуттям, але у той же самий час думка, що необхідно пристосовуватися до існуючих подій;

- 3 - 7 (червоний та чорний) - стан стресу з-за повної втрати надії, фрустрація, почуття тривожності, безсилля вирішити конфліктну проблему, бажання вийти з фруструючої ситуації будь яким шляхом, відсутність впевненості у тому, що ці спроби виявляться вдалими. Хвилювання яке порушує продуктивну концентрацію уваги.

Рівень тривожності, який також можна виявити з тесту Люшера, дає нам змогу визначення, вірніше доповнення, тієї загальної характеристики психічного стану хворої людини (зокрема емоційного). Отже, середній показник індексу тривожності у групі людей з депресією дорівнює 4,74 з максимальної можливої кількості - 12. Це свідчить про те, що незважаючи на досить негативні прояви та наслідки такого психічного розладу як депресія ендогенного походження, люди не проявляють достатньо очевидну, занадто відчутну стурбованість з приводу тих або інших причин.

Згідно сучасним даним, коефіцієнт вегетативності (далі КВ) виявляє переважання анаболічних або метаболічних тенденцій у рамках вегетативного балансу. В нормі КВ повинен наближатися до 1. Якщо ж КВ більший за 1, це свідчить про домінування ерготропного тону, який вказує про необхідність, потребу в енергетичних затратах для досліджуваного. Коли ж КВ менший за 1 – трофотропний тонус, що свідчить про протилежну тенденцію - про виснаження, про потребу організму в накопиченні енергії.

Коефіцієнт вегетативності у представників групи, до якої увійшли особистості з депресією, дорівнює – 0,8. Цей показник свідчить про те, що представники експериментальної групи, перебуваючи у виснаженому стані, відчувають потребу в накопиченні енергії (проміжок між 0 та 1).

Цікавою можливістю виглядає виявлення однієї з сфер особистості, яка імовірно може порушуватися, на що вказує порядок розташування кольорів так званої „робочої групи”. Таке характерне розташування, для представників експериментальної групи, має наступний вигляд $4 \ 2 \ 3$. Характерною ознакою представників експериментальної групи є відчутне порушення мотиваційної сфери, при відносно збережених та нормально функціонуючих у вольовій сфері та сфері потреб. Отже, причиною, головною передумовою неспроможності людини вийти зі стану депресії є її небажання, відсутність спрямованості, умотивованості у якомога найшвидшому видужанні.

Наступними коефіцієнтами, які ми виявили після обробки отриманих нами даних, та підстановки їх у відповідні формули, є коефіцієнт гетерономності - автономності, концентричності - ексцентричності, працездатності а також показники наявності стресового стану та збалансованості особистісних якостей.

Так, маючи позитивний показник у 6,2 бала за коефіцієнтом гетерономність-автономність (із знаком плюс), хворі з депресією повинні відзначатися пасивною поведінкою, схильністю до залежного положення від оточуючих, відзначаються сензитивністю, схильністю до спонтанних дій (при максимальних показниках від + 9,8 до - 9,8).

Коефіцієнт концентричності-ексцентричності вказує на ступінь сконцентрованості особистості. Показник + 6,6 (максимальний + 9,8 мінімальний - 9,8) вказує на концентричність, та те, що головною характерною рисою людини, яка перебуває у стані депресії, є її зосередження на проблемах особистісного характеру .

Виразність дисбалансу особистісних якостей хворого, який перебуває у депресивному стані, відповідає показнику - 0,6, а межі цього коефіцієнту знаходяться у інтервалі між + 9,8 та - 9,8. Виходячи з такого розподілу

речей, можна зазначити, що збалансованість особистісних якостей майже не страждає, так як показник ненабагато відхилився від середньої нульової позначки у бік більшої збалансованості та цілісності.

Працездатність, точніше коефіцієнт, який дає змогу оцінити цей показник, у представників експериментальної групи знаходиться на досить невисокій позначці 13,6 (максимальний показник відповідає позначці + 20,9, а мінімальний - + 9,1), що вказує на невисоку працездатність досліджуваних людей.

Останнім коефіцієнтом, який ми визначали на основі аналізу результатів досліджуваних за методикою Люшера, є показник наявності та ступеня виразності стресового стану. Отже, маючи середній показник 13,6 бала, слід зазначити, що хворі з депресією знаходяться у стресовому стані. Наскільки виразним є цей стресовий стан можна дати відповідь, знаючи межі розповсюдження цього показника. Так, максимальне значення цього коефіцієнту відповідає позначці 41,8 бала, а мінімальне – 0. Тому можна констатувати певний факт, люди, знаходячись у стані депресії, перебувають у стресовому стані, але ступень виразності його не така вже і велика, відповідає показнику трохи нижче середнього.

У діагностиці депресій, не менш важливе значення чим психопатологічне вивчення, мають дані патопсихологічного дослідження, які звернені до емоційної сфери та спрямовані на вивчення особистості з депресивним розладом. Це положення знаходить своє підтвердження у наукових працях, присвячених психологічному та патопсихологічному вивченню депресій при різних їх формах.

Аналіз індивідуальних відмінностей особистісних якостей у осіб з депресією за методикою Р. Кеттелла. Кожний особистісний параметр оцінювався через сумування оцінок за кожною з оцінюваних нами

характеристик – за 16-ма факторами особистісного опитувальника - 16 – ФОО (таблиця 3.1.2)

Отже, з середнім показником 5,9 бала, група людей з ознаками депресії ендогенного походження, має середню виразність за фактором А. Це вказує на відсутність наміру хворих до співпраці, про їх холодність, відсутність злагоженості.

Другий фактор - „Обмеженість мислення - кмітливість” (В). Високий показник у 5,1 бала за цим фактором у представників експериментальної групи свідчить про більш виражені можливості до осмислення нового матеріалу, до обґрунтованих висновків та про відсутність примітивності у мисленні та труднощів у навчанні.

Таблиця 3.1.3.

Виразність особистісних характеристик у осіб з депресією
за методикою Р. Кеттелла (n = 58)

фактор		Кількість балів
А	Товариськість - замкнутість	5,9
В	Обмеженість мислення - кмітливість	5,1
С	Емоційна стійкість	5,4
Е	Незалежність - підлеглість	3,0
Ф	Заклопотаність - безтурботність	2,0
Г	Виразність сили „Я” - безпринципність	7,0
Н	Сміливість - боязкість	2,6

J	Податливість - жорстокість	6,3
L	Підозрілість - довірливість	4,5
M	Непрактичність - практичність	5,7
N	Гнучкість - прямолінійність	4,0
O	Тривожність - спокій	7,0
Q1	Радикалізм - консерватизм	5,0
Q2	Самостійність - сугестивність	5,5
Q3	Високий самоконтроль - низький самоконтроль	4,8
Q4	Напруженість - релаксація	2,4

Третій фактор „Емоційна стійкість” (С). За цим фактором у піддослідних виявлено показник 5,4 бала, що вказує на: відсутність стабільності у поведінці та емоціях, на низьку виразність даної ознаки та характеризується низькою толерантністю до емоціогенних факторів, невпевненістю у собі, підвищеним рівнем дратівливості та частим проявом хвилювання.

Четвертий фактор - „Незалежність - підлеглість” (Е) виражається у низькому показнику у 3,0 бала з притаманними для таких людей характеристиками у схильності поступатися дорогою іншим, конформністю, відсутністю самовпевненості та надмірною соромливістю.

„Зклопотаність - безтурботність” – п’ятий фактор методики 16-факторний особистісний опитувальник, виділений у такому вигляді Р. Кеттеллом (фактор F). Група досліджуваних з експериментальної групи, отримавши за цим фактором середній груповий показник у 2,0 бала

характеризується заниженою активністю, відсутністю життєрадісності а також відсутністю імпульсивності у діях, підвищеною обережністю, надзвичайною розсудливістю, стриманістю, песимістичністю та суворістю.

Фактор G – шостий фактор, фактор „Виразності сили „Я”-безпринципність”. Середній показник виразності цього фактора у групі осіб з депресією ендогенного походження – 7,0 бала, вказує на середню виразність у цих хворих таких характеристик як усвідомленість прийнятих рішень, наполегливість у досягненні певної мети, відповідальність, намагання дотримуватися встановлених правил та діяти у відповідності з усіма ціннісними орієнтаціями.

За сьомим фактором методики Р. Кеттелла, який вказує на виразність таких характерних рис особистості як „Сміливість - боязкість” (фактор H), у досліджуваних з експериментальної групи було виявлено достатньо низький показник у 2,6 бала. Така незначна кількість отриманих балів за цим показником вказує на виражену соромливість, боязкість, обережність, намагання знаходитися не у центрі загальної уваги, та надання переваги вузькому колу близьких людей чим великій спільноті.

Восьмий фактор (J) - „Податливість - жорстокість” має середню виразність з показником 6,3 бала. Отже, середні показники за J-факіром вказують на середню ступінь схильність до залежності хворих з депресією, не виражену схильність мати заступника, оптимальний рівень практичності, а також до схильності мріяти та витонченості.

„Підозрілість - довірливість” – дев’ятий фактор (L). Показник 4,5 бала за даним фактором визначає такі риси особистості як балансування на межі між турботою про інших та пошуку недоліків у оточуючих, між доброю взаємодією у колективі та неможливістю знайти цю взаємодію.

Десятий фактор „Непрактичність - практичність” (M) виражається для представників експериментальної групи у показнику 5,7 бала та характеризує

таких людей як орієнтованих в однаковому ступені як на зовнішню так і на внутрішню реальність свого буття а також на загальноприйняті норми. Середня виразність розвиненості уявлення, заглибленості у себе, складності відносин у колективі.

Фактор N - „Гнучкість - прямолінійність” виражається у середньому показнику по експериментальній групі досліджуваних у 4,0 бала, що відповідає середньому показнику. Велика виразність за цим фактором вказує на такі характерні риси особистості як обачність, досвідченість, відсутність сентиментальності, іноді цинізм. Низькі показники характеризують досліджуваного як такого, що відзначається безпосередністю, іноді жорсткістю, задоволеністю досягнутим.

Дванадцятий фактор методики 16-факторний особистісний опитувальник - „Тривожність - спокій” (O). Виразність за цим фактором у досліджуваних відповідає середній позначці та кількісному показнику у 7,0 бала. Така виразність фактору „O” характеризує людину як таку, що не занадто стурбована, і не занадто спокійно відчувається, посередньо впевнена у собі, також посередньо схвилювана а то і зовсім відчуває себе спокійно.

Тринадцятий фактор (Q 1), що виявляє ступінь присутності такої характеристики як „Радикалізм - консерватизм” - має низьку виразність. Показник за цим фактором дорівнює 5,0 бала. Отже, такий низький показник може вказувати на прагнення до підтримки сталих понять та принципів, традицій, присутність сумнівів у нових ідеях, небажання змін та їх заперечення.

Фактор чотирнадцятий, який характеризує людину з точки зору виразності такого критерію як „Самостійність - сугестивність” (Q 2). Середній показник за цим фактором, 5,5 бала, вказує на середню виразність таких характеристик особистості як незалежність у поглядах, прагнення до самостійних рішень, дій, орієнтування на соціальне заохочення.

„Високий самоконтроль - низький самоконтроль” – п’ятнадцятий фактор виразності особистісних якостей досліджуваних, фактор Q 3. Отже, середній показник по групі дорівнює 4,8 бала, що характеризує досліджуваних як не занадто дисциплінованих, але і таких, що не порушують спокій та загальну дисципліну, можливість контролювання своїх емоцій та піклування про свою суспільну репутацію також не чітко виражені, але при нагоді можуть виявлятися у достатньому ступені.

Фактор Q 4 „Напруженість - релаксація” – останній, шістнадцятий фактор методики Р. Кеттелла 16-факторний особистісний опитувальник. За цим фактором у людей з депресивним розладом ендогенного походження виявлена низька виразність фактору – 2,4 бала. Невелика кількість балів за даним фактором вказує на надзвичайний спокій, про не досить виправдана задоволеність, інколи млявість, недостатня мотивація, інколи лінь.

3.2. Виявлення відмінностей у ціннісній системі, мотиваційній спрямованості та особистісних якостях між людьми з депресивними розладами та здоровими людьми

Наступним етапом нашого аналізу результатів було виявлення особливостей у ієрархічному розташуванні понять-цінностей у представників контрольної (здорові) та експериментальної (хворі з депресією) груп, а також порівняння цих ієрархій між собою. Результати дослідження цих особливостей наведені на рисунку та у таблицях.

Для більшої зручності, отримані нами дані ми наведемо у вигляді таблиць з цифровими показниками, які дають змогу вичерпного оцінювання ієрархічного розташування цінностей досліджуваних (таблиця 3.2.1.).

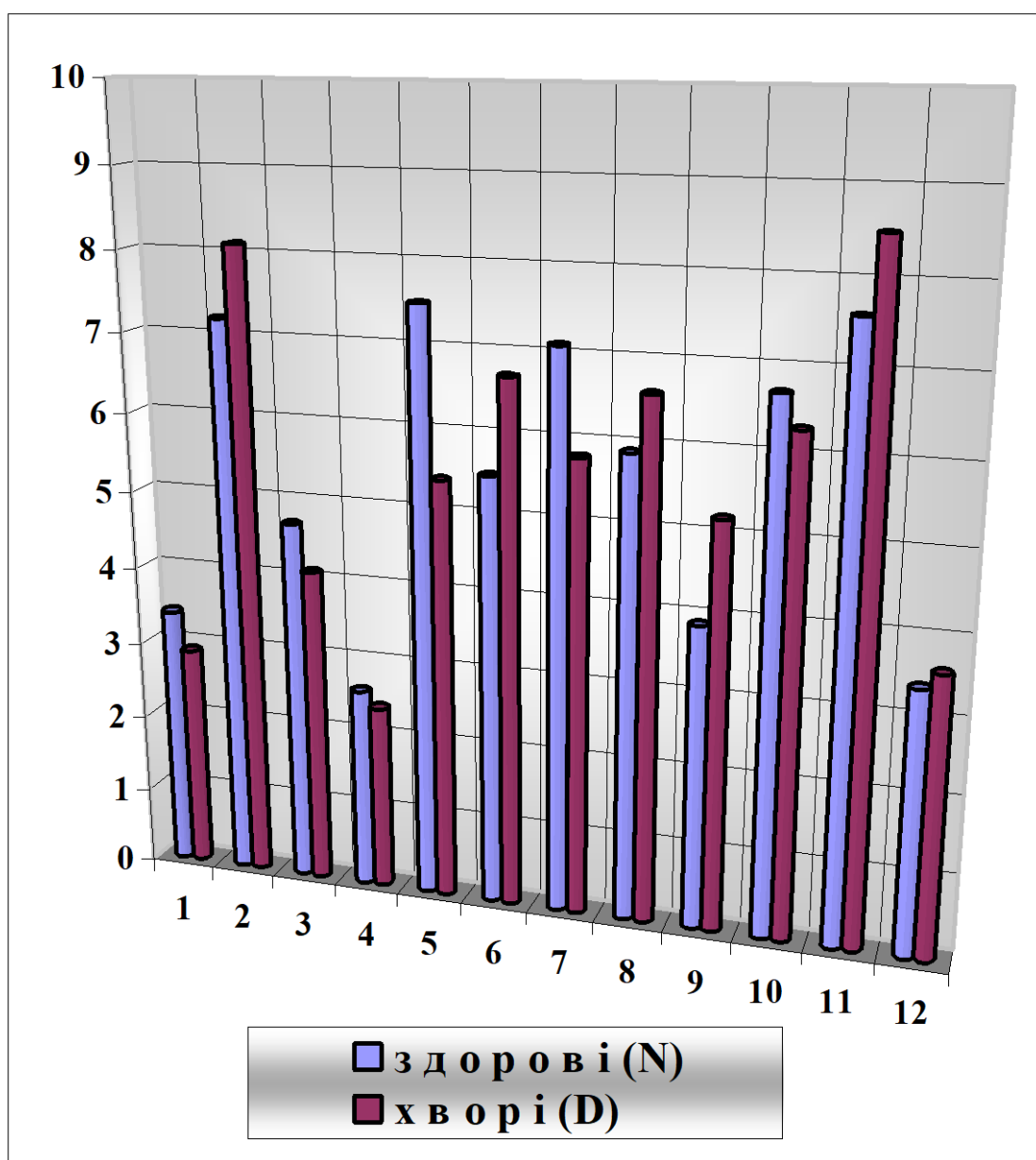


Рис. 3.2.1. Діаграма виразності цінностей:

N – здорові особи;

D – особи з депресією;

Вісь X - порядкові номери цінностей; вісь Y- їх виразність.

Таблиця 3.2.1.

Ієрархія цінностей хворих з депресією
та здорових осіб

Ієрархія цінностей група депресивних	%	Ієрархія цінностей група здорових	%
Щасливе сімейне життя	13,8	Щасливе сімейне життя	16,8
Здоров'я	12,1	Кохання	14,7
Матеріальне забезпечене життя	12,1	Здоров'я	12,6
Впевненість у собі	10,3	Наявність вірних друзів	12,2
Свобода у вчинках та діях	10,3	Свобода у вчинках та діях	9,8
Наявність вірних друзів	10,3	Впевненість у собі	7,7
Кохання	8,6	Матеріально забезпечене життя	6,6
Пізнання	6,9	Цікава робота	5,9
Цікава робота	5,2	Пізнання	4,9
Творчість	5,2	Творчість	3,8
Активне, діяльне життя	3,4	Активне, діяльне життя	3,1
Краса природи та мистецтва	1,7	Краса природи та мистецтва	1,7

Аналізуючи ієрархічну будову цінностей групи здорових людей та групи хворих з депресією необхідно зазначити, що ієрархії розташування понять-цінностей відрізняються одна від одної, як це видно з таблиці 3.13. Цінність поняття „щасливе сімейне життя” (8 з 58 досліджуваних з депресією, поставили це поняття на перше місце в ієрархії цінностей – відповідно 13,8%)

знаходиться на першому місці в ціннісній ієрархії представників експериментальної групи, та займає таку ж саму випереджуючу позицію, відносно розташування у ієрархії цінностей досліджуваних з контрольної групи (48 з 56 представників контрольної групи віддали перевагу цьому поняттю-цінності над усіма іншими – відповідно 16,8%). Це свідчить про те, що у осіб з депресією, так само як у здорових людей, на перший план виходять не внутрішні, душевні переживання а соціальна потреба-цінність, яка виражає необхідність у спокої та сімейному благополуччі. Отже, займаючи у ціннісних ієрархіях як представників експериментальної групи так і контрольної, поняття-цінність „щасливе сімейне життя” все ж трохи більше цінується здоровими людьми (16,8% та 13,8%).

На другій позиції у ієрархії цінностей представників експериментальної групи розташоване поняття-цінність „здоров’я, як відсутність проблем з психічним та фізичним станом”, що і не дивно, беручи до уваги ті проблеми, які присутні у людей з депресією у їхньому здоров’ї. У ієрархії цінностей представників контрольної групи „здоров’я” посідає третю сходинку також відзначаючи, що і для здорових осіб сфера відсутності проблем зі здоров’ям також доволі значуща. Сім осіб з депресією, що відповідає 12,1% від загальної кількості представників експериментальної групи, віддали перевагу поняттю-цінності „здоров’я”, у той час як з здорових людей цьому поняттю-цінності віддали перевагу 12,6% – 36 представників контрольної групи.

Поняття-цінність „матеріальне забезпечене життя” більше цінується людьми з депресивними розладами ендогенного походження (третя позиція, 7 представників – 12,1 % від загальної кількості представників групи хворих) ніж людьми без депресії, здоровими людьми (сьома сходинка у ієрархії цінностей, 19 представників, що відповідає 6,6% від усіх здорових досліджуваних). Розташування поняття-цінності „матеріальне забезпечене життя” у верхній частині ієрархії хворих на депресію вказує про можливі

більші фінансові труднощі у них, ніж у здорових людей, тому і більшу важливість.

„Впевненість у собі, як свобода від внутрішніх протиріч та сумнівів” так само як і „свобода у вчинках та діях” знаходяться у середині ціннісної ієрархії представників експериментальної (четверта та п’ята сходинки за цінністю, по шість представників – по 10,3% за кожне поняття-цінність) та контрольної груп (шоста та п’ята позиції, 28 представників обрали поняття-цінність „свобода” та 22 – за „впевненість у собі”, відповідно 9,8 та 7,7% за кожне поняття від загальної кількості). Такі позиції зазначених вище понять-цінностей вказують не про надмірне цінування, а також і не про явне неприйняття сфери впевненості у своїх силах і у свободі у вчинках та діях.

Четверту позицію у ієрархії цінностей здорових людей займає поняття-цінність „наявність вірних та справжніх друзів” – 35 представників, відповідно 12,2%, віддали перевагу дружбі та товаришуванню над усіма іншими сферами, зазначеними у тестовому матеріалі. Шоста позиція, вибір 6 представників експериментальної групи, 10,3% - результати осіб з депресією та поняття-цінності „наявність вірних та справжніх друзів”. Цінування дружби більш виразно проявляється саме здоровими людьми, у їхньому цінуванні, хоча і різниця з людьми з депресією не значна.

„Кохання, як духовна та фізична близькість з коханою людиною”, це поняття-цінність цінується представниками контрольної групи значно вище, чим досліджуваними з експериментальної групи. Цьому поняттю-цінності віддали перевагу 42 (14,7%) людини, що і надало змогу розташуватися йому на високому другому місці у ієрархії цінностей здорових осіб. У ієрархічному розташуванні цінностей хворих з ендогенною депресією, поняття-цінність „кохання” займає не таку високу позицію – сьому, якому віддали перевагу 5 представників експериментальної групи, що відповідає 8,6% від загальної кількості представників даної групи.

Поняття-цінності „пізнання” та „цікава робота” у ієрархії цінностей осіб, які увійшли до експериментальної групи, тобто у людей з депресією, розташовуючись на восьмій та дев'ятій позиціях (вибір 4 та 3 представників, 6,9% та 5,2% від загальної кількості хворих з депресією). Таке розташування вказує на те, що у ієрархії цінностей здорових осіб, ці поняття-цінності розташовуючись на дев'ятій та восьмій позиціях, цінуються однаково, як і представниками контрольної групи (17 представників вибрали поняття-цінність „цікава робота”, 14 - „пізнання”, 5,9% та 4,9% від загальної кількості представників контрольної групи відповідно).

„Активне, діяльне життя” та „краса природи та мистецтва”, як поняття-цінності, які відображають відношення людей до цих сфер їхньої життєдіяльності, розташовані на одинадцятій та дванадцятій позиціях у ціннісних ієрархіях як представників експериментальної так і контрольної груп. За „активне діяльне життя”, його цінність, свої голоси віддали двоє представників експериментальної групи, за поняття-цінність „краса природи та мистецтва” – один, що відповідає 3,4% та 1,7% відповідно, від загальної кількості представників вибірки. Дев'ять здорових людей, які входили до числа досліджуваних нами осіб, поставили поняття-цінність „активне діяльне життя” на перше місце – 3,5% від усіх представників контрольної вибірки, у той час, як поняттю-цінності „краса природи та мистецтва” віддали перевагу лише 5 здорових людей – 1,7%.

Порівняльний аналіз результатів групи здорових та групи хворих за тестом М. Люшера.

Далі нами було проведено порівняльний аналіз осіб з депресивними розладами та здоровими людьми за результатами, отриманими нами після проведення тестування методикою Люшера. Результати тестування наведені у таблиці 3.2.3.

Таблиця 3.2.3.

Результати обробки даних за тестом М. Люшера

Виявлені характеристики	Експерим. група	Контрольна група
Характерний ряд кольору	1, 6, 4, 8, 2, 5, 3, 7	2, 4, 1, 3, 5, 8, 6, 7
Тривожність	4,74	4,11
Вегетативність	1,19	1,03
Гетерономність-автономність	6,2	- 0,6
Концентричність-ексцентричність	6,6	2
Дисбаланс особ-них якостей	- 0,6	3,6
Працездатність	13,9	20,2
Стресовий стан	13,6	0

Показники індексу тривожності, які ми виявляли за характерним розташуванням кольорів представниками контрольної та експериментальної груп відрізняються. У групі людей з депресією середній показник дорівнює 4,74, у той час як у представників контрольної групи цей середній показник дорівнює 4,11. Цей показник дає змогу виявлення особливостей емоційного стану особистості. З цього слідує, що рівень тривожності у осіб з депресією вищий за аналогічний показник досліджуваних з контрольної групи, а отже суттєво відрізняється. Отже, цей показник виявляє виразність такого емоційного стану як тривожність, яка, судячи з наведених у таблицях даних, більше виражена у людей з депресивними розладами, що статистично

доведено та перевищує аналогічний показник у представників контрольної групи.

Коефіцієнт вегетативності (КВ) вказує на переважання анаболічних або метаболічних тенденцій в межах вегетативного балансу. Отже, за показником КВ представники контрольної та експериментальної груп відрізняються, але ця відмінність дуже незначна.

Хворі з депресією за показником гетерономності-автономності суттєво відрізняються від здорових людей, представників контрольної вибірки (6,2 у представників експериментальної групи та $-0,6$ - у представників контрольної, при максимальних показниках від $+9,8$ до $-9,8$). Показник представників контрольної групи свідчить про невиразність у них таких характерних рис як незалежність, схильність до домінування, активність, а також і про відсутність пасивності, схильності до підлеглих, відсутність ініціативності. У той час, як досліджуваним з депресією притаманна схильність до залежного положення від оточуючих, спонтанна поведінка та сензитивність.

Коефіцієнт концентричності-ексцентричності вказує на ступінь сконцентрованості особистості. Показник представників експериментальної групи $6,6$ (максимальний $+9,8$ мінімальний $-9,8$) вказує, що головною характерною рисою людини, яка перебуває у стані депресії, є зосередження на проблемах особистісного характеру. Показник цього коефіцієнту особистостей без депресії дорівнює 2 , що свідчить про їх меншу виразність стурбованості та зосередженості на особистісних проблемах.

Дисбаланс особистісних якостей людини, яка перебуває у депресивному стані, відповідає показнику $-0,6$, а для представників контрольної групи має позначку $3,6$ бала. Межі цього коефіцієнту знаходяться у інтервалі між $+9,8$ та $-9,8$. Отже, з такого розподілу показників, необхідно зазначити, що для хворих з депресією більше притаманна внутрішня збалансованість

особистісних якостей, та більша стійкість особистості чим представникам контрольної групи. Але, всеж, заради справедливості, слід зазначити, що показник збалансованості особистісних якостей представників експериментальної групи знаходиться на позначці нижче середнього, та може розцінюватися як бажання, намагання зосередитися та зберегти (або побудувати) цілісність комплексу особистісних якостей досліджуваними з депресією.

Коефіцієнт, який дає змогу оцінити показник працездатності, у представників контрольної групи відповідає позначці у 20,2 бала, що є доволі високим показником, оскільки максимальний показник дорівнює 20,9, а мінімальний 9,1 бала, зі знаком „плюс”. Коефіцієнт працездатності представників експериментальної групи дорівнює 13,9 бала, що є достатньо низьким показником, і вказує на те, що люди, які є представниками експериментальної групи, відповідно як і ті, які перебувають у депресії, відчують себе неспроможними до тієї діяльності, яка передувала початку депресії, тобто до повноцінної діяльності, не можуть вважати себе працездатними на усі 100 відсотків.

Ще один коефіцієнт, який ми визначали на основі аналізу даних за методикою Люшера, є показник, який виявляє наявність стресового стану та при його наявності відображає його виразність. Середній показник цього коефіцієнту -13,6 бала вказує на те, що люди, які складають експериментальну групу, перебуваючи у депресії, знаходяться у достатньо вираженому стресовому стані. Наприклад, представники контрольної групи, з середнім показником 0 балів, перебувають у стані відносного спокою, це можна сказати хоча б про момент який безпосередньо передував тестуванню здорових осіб. Максимальне значення цього коефіцієнту відповідає позначці 41,8 бала, а мінімальне – 0. Отже, люди, знаходячись у стані депресії перебувають у

стресовому стані, а особистості, які увійшли до контрольної групи не мають навіть мінімального вираженого показника наявності стресового стану.

Таким чином, використання даної методики допомогло нам у виявленні особливостей емоційної сфери, та вказало на характер емоційних порушень, що має велике значення для об'єктивації депресивних порушень з урахуванням того, що зазвичай такого роду порушення діагностуються клінічно при цілеспрямованій бесіді з досліджуваним, його родичами, найближчими друзями та знайомими, а це, таким чином, призводить до отримання інформації зі значною долею суб'єктивізму.

3.3. Результати застосування фізичної терапії та психологічного супроводу на якість життя у пацієнтів з клінічною депресією легкого та середнього ступеня.

Об'єктивація динаміки психічного стану хворого під впливом психофізичної терапії є однією з найбільш суттєвих задач медичної психології та фізичної реабілітації. Депресія, як відзначав К. Ясперс, є головними в практичній і теоретичній проблематиці клінічній психології і психіатрії [85], тому особливу актуальність та важливість дана задача набуває саме при психологічному вивченні депресії. Відома неспецифічність переважної більшості елементарних характеристик багатьох процесів при депресії в плані її тяжкості, динаміки стану. Це пов'язано з тим, що якість вказаних характеристик опосередковується різноманітними „особистісними” моментами які є стану хворого під впливом терапії, в першу чергу особливостями ціннісної сфери.

У випадках депресії старе (справжнє, дохворобливе) обличчя особистості як би приховується хворобливими переживаннями, що можуть керувати його вчинками замість здорового глузду і тих цінностей та принципів, яких дана

людина дотримувалася раніше. Наприкінці XX сторіччя збільшується кількість людей з тривожними станами, станом розладу адаптації і різних проявів депресії [53].

Відповідно до мети нашого дослідження, суттєвою детермінантою мотиваційної сфери особистості є рухливе співвідношення між двома „проявами” свідомості: між усім тим, що є цінним, та усім тим, що безпосередньо присутнє у теперішньому житті людини.

Реалізація особистісного підходу до вивчення самосвідомості при депресивних розладах потребує визначення релевантного кола перемінних, виступаючих у ролі особистісних чинників. У нашому дослідженні в якості таких чинників виділена структура цінностей і мотивів. Теоретично внесок мотивів та цінностей у формування самосвідомості представляється достатньо очевидним, унаслідок чого обгрунтована і постановка приватних експериментальних задач. Слід зазначити, що цінності і мотиви розглядаються нами в якості особистісних чинників також із тієї причини, що в житті особистості, яка має той чи інший психічний розлад, нерідко вони стають перепонами, які перешкоджають адаптації і розвитку цієї особистості і мають конфліктний особистісний зміст. Це, у свою чергу, призводить до формування перекрученого уявлення „Я” (самосвідомості) і самовідношення особистості, детермінує неадекватний стиль міжособистісного поведінки та спілкування.

Тактика психологічної бесіди з людиною, яка знаходилася у стані депресії, будувалася нами таким чином, щоб надати цій людині можливість „рефлексивного зменшення” розриву, невідповідності між „цінністю” та „доступністю” найбільш конфліктних понять. Теоретично обгрунтувати це можна як зближення мотиву що будує смисл та який виходить на певну життєву цінність, з уявленням про шляхи його реалізації. Особлива увага приділялася посиленню та розширенню функцій усіх механізмів цілепокладання, що можна у термінах методики охарактеризувати як „підйом

доступності”. На особливостях такого методу, як клінічна бесіда, ми вже зупинялися, але ще хочемо зупинитися на декількох важливих моментах саме в організаційному плані. Так, бесіда з досліджуванним проводилася не відразу після заповнення анкети, а на наступний день. Дуже важливим елементом було встановлення достатнього, на наш погляд, емпатійного контакту та діалогової форми спілкування, що було особливо важливе та особливо складним, враховуючи особливості людей у такому стані як депресія. Лише після цього, ми переходили до найбільш актуальних для цієї людини питань, які ідентифікувалися як найбільш невідповідні за „цінністю” та “доступністю” поняття, коли їх цінність значно переважає доступність, які легко виявлялися після обробки анкетних даних, Ці показники, їх наявність, по суті є змістовними, афективно зараженими компонентами невідповідності, „розриву” між цінністю та доступністю, які перейшли в процесі рефлексії у відповідні конкретні переживання.

Така спрямованість характеру діалогічної взаємодії з людиною, яка перебуває у депресії ендогенної етіології, частіше за усе підхоплювалася, отже це було дуже актуальним для неї, так як виходило на внутрішні особистісні конфлікти, які є основою довготривалого відчуття незадоволеності, внутрішньої напруги, скутості. „Саморозкриття” депресивної людини у бесіді з психологом стало можливим завдяки можливості „психологічної маніпуляції” проблемою та завдяки „акцентуванню” можливостей компенсаторного фонду цієї людини, які до цього нею повністю відхилялися.

Психо-реабілітаційна робота проводилася нами за наступними етапами:

1. Розвантаження і симптоматичні заходи з метою зменшення психічного болю (при типових депресивних станах);
2. Поступова активізація, упорядкування денного режиму (при поліпшені стану або при неглибоких депресивних станах), застосування фізичної терапії

(комплекса фізичних вправ, дихальних вправ, дозована хотьба та скандинавська хотьба) ;

3. Закріплення недепресивного поведження ;

4. Вироблення (за допомогою психотерапії) рис у структурі особистості, здатних протистояти ризику депресії, а також протистояння депресії в повсякденному житті;

5. Зміна за власною ініціативою факторів навколишнього середовища, що сприяють розвитку депресії (при очевидному біологічному ризику: медикаментозна профілактика).

В процесі комплексної реабілітації виділяємо три етапи:

1. Седативно-адаптуєчий.
2. Лікувально-корегуючий.
3. Профілактично-закріплюєчий.

Перший (седативно-адаптуєчий) етап, як правило, складається з 1–2 індивідуальних і 2–3 групових занять. Основними завданнями його є: встановлення емоційного контакту з хворим; формування довіри до лікаря, адекватного ставлення до психотерапії; дезактуалізація гострої невротичної симптоматики. На цьому етапі, враховуючи наявність у більшості хворих істотних проявів астенизації і відсутність певних навиків, методи аутопсихотерапії, як правило, не використовуються.

Основними методами на цьому етапі є: гіпно-сугестивна, раціональна, непряма психотерапія (потенціювання комплексу медикаментозного лікування, фізіотерапія, дієти, а також реабілітації як відновного процесу). Головна спрямованість психотерапії цього етапу — симптоматична.

Другий (лікувально-корегуючий) етап складається з 2–3 індивідуальних і 4–6 групових занять. Основними завданнями цього етапу є: досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих; усвідомлення хворими зв'язку чинників і проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості і

поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами; корекція масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості; перебудова особистості хворого, системи його ставлень, реадаптація в макро- і мікросоціальному середовищі. Основними методами на цьому етапі стають колективно-групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавіювання; допоміжними — гіпносугестія, навіювання наяву, непряма психотерапія. Головна спрямованість психотерапії другого етапу — патогенетична.

Третій (профілактично-закріплюючий) етап включає 2–3 групових і 1–2 індивідуальні заняття. Основними завданнями його є закріплення: досягнутого терапевтичного результату; навиків психічної саморегуляції; корекції системи життєвих цілей, цінностей, ставлення до свого «Я» і навколишнього середовища. Психотерапевтична робота з хворими на цьому етапі здійснюється, в першу чергу, шляхом доопрацювання навиків психічної саморегуляції, раціональної психотерапії, навіювання наяву. Головна спрямованість психотерапії цього етапу — профілактична.

Отже, враховуючи особливості методики та запропонованої нами тактики подолання депресивних розладів ендогенної етіології, після аналізу літературних даних, аналізу досвіду спілкування з хворими та на основі отриманих результатів дослідження, було розроблено певну схему і тактику поводження з хворим, для досягнення найбільш оптимальних результатів у подолання депресії, а саме:

1. Детальне попереднє вивчення історії хвороби хворого з депресією;
2. Встановлення емпатійного контакту;
3. Збір анамнестичних даних;
4. Проведення тестування методикою „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різноманітних життєвих сферах”;

5. Детальний обґрунтований аналіз отриманих результатів за допомогою основної та допоміжних методик, для можливості їх використання у цілях індивідуальної психокорекції;
6. Доведення хворому необхідність перегляду співвідношення між цінністю та доступністю найбільш проблемних понять-цінностей у його ціннісній сфері:
 - а) що проходить як спроба підвищити, підтягнути доступність певного поняття-цінності до рівня цінності того ж самого поняття-цінності;
 - б) спроба звести до мінімуму гостроту „суб’єктивно хворобливої” недоступної цінності;
 - в) комбінація спроби підвищити, підтягнути доступність певного поняття-цінності до рівня цінності та спроба звести до мінімуму гостроту „суб’єктивно хворобливої” недоступної цінності;
7. Застосування фізичної терапії (комплексу фізичних вправ) для покращення психо-фізичних показників в процесі подолання депресії;
8. Супровід протікання змін у ціннісній сфері та мотиваційній спрямованості для можливого втручання для корекції цих змін.

Хоча неможливо однозначно зіставити специфіку поведінки з кожним індивідом для усієї сукупності осіб з депресивними розладами, так як вона буде залежати від конкретних результатів, задач та особливостей кожної людини, ми на основі дослідження О.Б. Фанталової [80], та завдяки нашому баченню даної проблематики спробували виявити та відокремити змістовні аспекти проведення такої тактики. Так, як моменти детального обговорення та опису таких етапів як вивчення історій хвороб, встановлення емпатійного контакту, збір анамнестичних даних, проведення дослідження та аналіз отриманих результатів, було детально розглянуто та описано у 2 та 3 розділах нашого дипломного дослідження, то більш детально треба зупинитися на змістовних аспектах останніх етапів. Перший аспект – спроба переглянути

відношення до „доступності” у випадках, коли „цінність” значно перевищує „доступність”. Можливість такого зменшення цього розриву, такої невідповідності може бути досягнута завдяки актуалізації усіх резервних можливостей вирішення проблем, пов’язаних з конкретною сферою буття даного хворого. Метою даного аспекту є зупинення та обґрунтоване обговорення переживань хворого, відносно того, що представляє собою „недоступність”, яка „заблокувала” мотив, який утворює смисл, у контексті рефлексії усього її життя. Другий аспект – спроба звести до мінімуму гостроту „суб’єктивно хворобливої” недоступної цінності. Це стає можливим завдяки переключенню усієї уваги на тимчасове вирішення життєво важливих проблем, на відносність та перехідний характер суб’єктивно недосяжного ідеалу. Головною метою психолога на цьому етапі стає зміна емоційної переробки (інтерпретації) цінності, зняття афективних компонентів в переживанні завдяки припустимій мобілізації мотивів, які утворюють зміст, а також з-за зміни засобів переживання у відношенні наявних ідеальних об’єктів. Третій аспект проведення бесіди включає у себе комбінацію першого та другого аспектів. Але ж остаточний вибір тактики ведення психологічної бесіди з хворим залежить від особливостей самої людини та від конкретної ситуації та особливостей її бачення цією людиною (що має відображення у показниках методики „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах”).

Застосовуючи на практиці запропоновану нами тактику поводження з хворими на депресією та використання результатів за методикою „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах”, ми дісталися наступних висновків: 1) полегшується процес дослідження хворого; 2) заощаджується час; 3) швидше встановлюється емпатійний контакт з хворими, вони становляться більш контактними та готовими до спілкування та „співпраці” з лікуючим персоналом.

Запропонована тактика поводження з хворими депресією показала, що її використання на практиці дало позитивні результати, що виявилось у прискоренні процесу ремісії 10 з 12 хворих з клінічною депресією, на яких ця тактика була застосована. Час ремісії наступав швидше приблизно на 5-7 днів, що підтверджувалося спостереженнями лікарів, які вели лікування цих хворих та за даними історій хвороб. Також, використання результатів методики „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах”, зокрема ступеня невідповідності між цінністю та доступністю певних життєвих сфер, дало змогу більш швидко та цілеспрямовано спрямовувати процес корекції та психотерапії хворих з депресивними розладами ендogenousного походження.

Підбиваючи підсумки, спираючись на результати, які наведені в III розділі дипломної роботи, можна стверджувати, що відмінності у ціннісній системі та мотиваційній спрямованості між людьми з депресивними розладами та людьми, які не страждають від депресивного захворювання, існують, що і знаходить своє відображення у побудові цінностей, настрої, емоційних проявах, мотиваційній спрямованості, світогляді та особливостях протікання депресії. Запропонована нами реабілітаційна програма і тактика подолання депресивних розладів на основі отримання результатів за методикою „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах” покращує показники ЯЖ і може бути застосована при реабілітації людей з депресивними розладами, що є перспективним напрямком для подальших досліджень.

Висновки до Розділу III :

1. В роботі доведено, що відмінності у ціннісній системі та мотиваційній спрямованості між людьми з депресивними розладами та людьми, які не страждають від депресивного захворювання, існують, що і знаходить своє відображення у побудові цінностей, настрої, емоційних проявах, мотиваційній

спрямованості, світогляді та особливостях протікання депресії. Запропонована нами реабілітаційна програма і тактика подолання депресивних розладів на основі отримання результатів за методикою „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах” покращує показники ЯЖ і може бути застосована при реабілітації людей з депресивними розладами, що є перспективним напрямком для подальших досліджень.

2. Вивчення змін якості життя є невід’ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань. Аналіз змін якості життя при використанні різних підходів до лікування депресивних розладів можливий за умов застосування опитувальників загального та спеціального призначення і наявних клінічних даних.

ВИСНОВКИ

Відповідно здобутим результатам нашого дослідження, за теоретичним оглядом та аналізом отриманих даних нашого експериментального дослідження, було підтверджено, що основні задачі виконано і можна зробити наступні висновки:

1. Депресивний епізод – один із видів психічних захворювань, при якому виражаються такі симптоми: знижений настрій, зменшення енергійності і падіння активності, знижена здатність радіти, отримувати задоволення, цікавитися, зосереджуватися. Звичайною є виражена втома навіть після мінімальних зусиль, порушений сон і знижений апетит. Самооцінка і упевненість в собі майже завжди знижені, навіть при легких формах захворювання. Часто присутні думки про власну винність і некорисність. Залежно від кількості та вираженості симптомів класифікують депресивний епізод легкої, середньої та важкої міри.

2. Ураховуючи наявні дослідження, ми можемо говорити про обґрунтованість включення клінічних програм фізичної реабілітації для профілактики та лікування психічних захворювань. При проведенні нашого дослідження ми довели, що впровадження терапевтичних вправ до стандартного лікування депресивних епізодів покращує якість життя і є дієвим методом лікування та профілактики даних захворювань. Для легкої та помірної депресії ефект терапевтичних вправ можна порівняти з антидепресантами та психотерапії. При важкій депресії терапевтичні вправи є ефективною додатковою терапією до традиційних методів лікування. Більше того, в групах хворих з додавання терапевтичних вправ до стандартного стаціонарного лікування позитивний терапевтичний ефект досягається швидше в порівнянні з контрольними групами.

3. Особистості з депресивними розладами мають нижчий середній показник індексу невідповідності між „цінностями” та „доступностями”, чим

здорові люди, (34,6 та 36,6 бали відповідно), що свідчить про відсутність стійкого бажання або про неспроможність, неможливість змінити свій теперішній стан, стан депресії, ; про зниження мотивації та наступну за нею недостатню виразність спрямованості на діяльність.

4. В роботі доведено, що що відмінності у ціннісній системі та мотиваційній спрямованості між людьми з депресивними розладами та людьми, які не страждають від депресивного захворювання, існують, що і знаходить своє відображення у побудові цінностей, настрої, емоційних проявах, мотиваційній спрямованості, світогляді та особливостях протікання депресії. Запропонована нами реабілітаційна програма і тактика подолання депресивних розладів на основі отримання результатів за методикою „Рівень співвідношення „цінності” та „доступності” у різних життєвих сферах” покращує показники ЯЖ і може бути застосована при реабілітації людей з депресивними розладами, що є перспективним напрямком для подальших досліджень.

5. Вивчення змін якості життя є невід’ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань. Аналіз змін якості життя при використанні різних підходів до лікування депресивних розладів можливий за умов застосування опитувальників загального та спеціального призначення і наявних клінічних даних.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аравіцька М. Г. Роль засобів немедикаментозної реабілітації у корекції ознак депресії пацієнтів з ожирінням // Український журнал медицини, біології та спорту – 2020 – Том 5, № 3 (25). - С. 337-343.
2. Бабяк М., Блюменталь Дж. А., Герман С., Хатрі П., Дорайсвами М., Мур К. та ін. Фізичне лікування великої депресії: підтримка терапевтичної користі в 10 місяців. Психосом. Мед. 2000. 62. С. 633–638.
3. Барбур К. А., Еденфілд Т. М., Блюменталь Дж. Фізичні вправи як лікування депресії та інших психічних розладів: огляд. J. Кардіопульм. Реабіліт. Попередня. № 27. С. 359–367.
4. Бхеерер Л., Еріксон К. І. і Лю-Амвросій Т. Фізичні вправи і функції мозку у літніх людей. Journal of Aging Research. 2013. Ідентифікатор статті 197326, с. 2, 2013.
5. Да Сілва М. А., Сінгх-Манукс А., Брунер Е. Дж., Каффашиян С., Шиплі М. Дж., Ківімякі М., Набі Х. Двонаправлений зв'язок між фізичною активністю і симптомами тривоги і депресії: дослідження Whitehall II. Європейський журнал епідеміології. 2012. № 27. С. 537–546.
6. Бігун Н.І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори – 2006, 2011. –160 с. 2.
7. Вашека Т.В., Гічан І.С., Гічан К.І. Зв'язок соціально-психологічної адаптації переселенців із Донецької та Луганської областей із вибором ними копінг-стратегій. Організаційна психологія. Економічна психологія. Київ, 2016. № 2–3 (5–6). С. 22–29.
8. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції: наук. доп. / за ред. О. Балакіревої; ДУ «Ін-т екон. та прогнозів. НАН України». Київ, 2016. 140 с.

9. Постанову КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я на період до 2030 року»

10. Войналович І. А. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні / І. А. Войналович, М. О. Кримова, Л. В. Щетініна // Соціально-трудова відносина: теорія та практика . – 2014. – № 2. – С. 250–257.

11. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – № 1. – С. 62–65.

12. Голіна В.В. Соціальні та психологічні чинники кримінологічної віктимізації в Україні. Вісник академії правових наук України. 2007. № 3 (50). С. 185–193.

13. Головін О.В. Словник практичного психолога. Мінськ: Харвест, 1997. 897 с.

14. Гуцман С.В., Ногас А.О., Ніколенко О.І., Подоляка П.С., Гамма Т. В. До питання медико-біологічних проблем фізичної культури та спорту, Rehabilitation and Recreation: № 9 (2021): Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation and Recreation).

15. Деніелссон Л., Норас А. М., Ваєрн М., Карлссон Дж. Вправи в лікуванні великої депресії: систематичний огляд, що оцінює якість доказів. Фізіотерапія, теорія і практика. 2013. № 29(8). С. 573–585.

16. Дінас П. К., Кутедакіс У., Флур-ріс А. D. Вплив фізичних вправ і фізичної активності на депресію. 2011. № 180(2). С. 319–325.

17. Думан Р. С. Нейробиологія стресу, депресії та антидепресантів швидкої дії: ремоделювання синаптичних зв'язків. Депресія і тривога. Том 31. 2014. № 4. С. 291–296.

18. Закіров М. Деякі аспекти розв'язання проблем внутрішньо переміщених осіб / М. Закіров // Резонанс. – 2016. – № 39. – С. 5–10.
19. Зінченко О.С. Теоретичні засади дослідження соціальнопсихологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Київ, 2015. № 4 (29). С. 47–53. 49 10.
20. Квам С., Клеппе К. Л., Нордхус І. Х. і Ховланд А. Вправа як лікування депресії: мета-аналіз. Журнал афективних розладів. Том 202. 2016. С. 67–86.
21. Куні Г. М., Dwan K., Грейг С. А. та ін. Вправи для депресії. Кокрейн база даних сис- тематичних оглядів. № 9, стаття CD004366, 2013.
22. Лопес-Торрес Ідальго J; DEP- EXERCISE Group. Ефективність фізичних вправ при лікуванні депресії у літніх людей як альтернатива антидепресантам в первин- ній медичній допомозі. БМК Психіатрія. 2019. 19(1): 21.
23. Мусаві С., Чаттерджі С., Вердес Е., Тандон А., Патель В., Устун Б. Депресія, хро- нічні захворювання та зниження здоров'я: результати всесвітніх опитувань охорони здоров'я. Ланцет. 2007.
24. Кокур О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [монографія] / О.М. Кокур. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
25. Комаров О.В. Навчально-тренінгова програма "Профілактика та попередження негативних психоемоційних станів, що призводять до депресії та самогубства" / Комаров О.В., Комаров О.В., Сулицький В.В. – К.: РВВ КІВС, 2003. – 44 с
26. Конюхов Н.И. Словарь-справочник практического психолога / Н.И. Конюхов. – Воронеж: Изд-во НПО —МОДЭК, 1996. – 224 с.

27. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного та фізичного здоров'я особистості / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна – К: Інкос, 2002. – 272 с.

28. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 580 с.

29. Короленко П.П. Психофізіологія людини в екстремальних умовах / П.П. Короленко. – К.: Медицина, 2009. – 271 с.

30. Крайнюк В.М. Теорія та практика психологічної допомоги / В.М. Крайнюк. – К.: НАОУ, 2003. – 158 с. 35. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: [монографія] / В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. - 432 с.

31. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П., Литвиненко Л.І., Царенко Л.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Логос. . 207 с.

32. Кримінологічна віктимологія: навч. посіб. / Є.М. Моїсеєв, О.М. Джужа, В.В. Василевич та ін.; за заг. ред. О.М. Джужі. Київ: Атіка, 2006. 352 с.

33. Лазос Г.П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму) // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ "Видавництво "Логос". – 206 с. – С.26 - 46.

34. Лоуен, А. Депресія та тіло. М: Просвітництво, 2002. 384 с. 14. Мак-Каллоу Дж. Лікування хронічної депресії/Пер. з англ. Н.Алексєєвої, О.Ісакової. / Дж.Мак-Каллоу - СПб.: "Мова", 2003. - 368 С.

35. Максименко С. Д. Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості / за ред. С. Д. Максименка. Київ: ТОВ «КММ». 2007. 296 с.

36. Максименко С. Д., Зайчук В. О., Клименко В. В., Соловієнко В. О. Загальна психологія: підруч. для студентів вищ. навч. закладів / за загальною редакцією акад. Максименко С. Д. Київ: Форум. 2000. 543 с.

37. Михайлов Б. В. Розлади психіки і поведінки екстремально психологічного походження / Б. В. Михайлов // Психічне здоров'я. – 2015. – № 2 (47). – С. 9–18.

38. Міхеєва О., Серєда В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. 461 с.

39. Музиченко І.В. Вимушені переселенці: проблема соціальнопсихологічної адаптації. Освіта та розвиток обдарованої особистості. Київ, 2016. № 9. С. 18–21. 50.

40. Надрага В. Проблеми вимушеної внутрішньої міграції населення в контексті концепції «суспільства ризику» / В. Надрага // Український соціум. – 2015. – №1 (52). – С. 134–141.

41. Наконечна М.М. Допомога іншому: психологічні аспекти / М.М. Наконечна. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2012. – 184 с.

42. Оніщенко Н.В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків: Право, 2014. 584 с.

43. Основні положення Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю: уроки для України. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кабацій Н.О., Левко Л.В., Бонь Ю.В. Науково-практичний журнал. Україна. Здоров'я нації. №3/1(61),2020 ст.177-178.

44. Панок В.Г. Психоконсультативні стратегії діяльності практичного психолога системи освіти: навч. -метод. посібник / В.Г.Панок, Я.В.Чаплак,

Д.Д.Романовська; за наук. редакцією В.Г.Панка. – Чернівці: Чернівецький національний університет, 2010. – 232с.

45. Панок В. Г. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультавання : навч. посібник / В. Г. Панок, Я. В. Чаплак, Я. Ф. Андрєєва / за заг. ред. В.Г. Панка, І.М. Зварича. – Чернівці : Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. – 384 с.

46. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник. За ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ Видавництво «Логос». 2015. 207 с.

47. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / Л.А. Мельник та ін.; за ред. Л.С. Волинець. Київ: Калита, 2015. 72 с.

48. Рингач Н. О. Міграція та громадське здоров'я: міжнародне бачення і Українські реалії у контексті національної безпеки / Н. О. Рингач // Науковий часопис Академії національної безпеки. – 2018. – Випуск 3–4 (19– 20). – С. 111–126. 26.

49. Ребрик Ю.Ю., Ульяницька Н.Я., Андрійчук О.Я., Оцінка стану осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*: Том 18 № 1 (2024): *Rehabilitation and Recreation*.

50. Садковий В. П., Тімченко О. В. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред.; НУЦЗУ. Харків: ФОП Мезіна В.В. 2017. 368 с.

51. Смаль В. Внутрішньо переміщені особи: соціальна та економічна інтеграція в приймаючих громадах (за матеріалами Вінницької, Запорізької, Івано-Франківської та Полтавської областей) / В. Смаль, О. Позняк. – Проект ПРОМІС, 2016. – 93 с.

52. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / [В.І. Пасічник, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, І.І. Приходько та ін.]. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2011. – 250 с.

53. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО». 2018. 200 с. 51.

54. Трубавіна І.М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми, 2015, № 8 (52). С. 434–446.

55. Хелл Д. Ландшафт депресії / Д. Хелл; пров. з нім. І Я. Шевцової. - М.: Алетейа, 1999. - 280 с.

56. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / І.О. Черезова. – Бердянськ, БДПУ, 2016. – 193 с.

57. Фанталова Е.Б. Про єдиний підход до дослідження мотивації та внутрішніх конфліктів // Психологічний журнал. - 2002. - №1. - С. 107-117.

58. Філіпс К., Бактір М. А., Шриватсан М. і Салехі А. Нейропротекторний вплив фізичної активності на мозок: більш пильний погляд на сигналізацію трофічного фактора. *Frontiers in Cellular Neuroscience*. 2014. Том 8. С. 170.

59. Чжан Х., Лі Л., Ву М. та ін. Зміни сірої речовини головного мозку в перших епізодах депресії: мета-аналіз досліджень всього мозку. *Неврологічні та нейробіологічні відгуки*. 2016. № 60. С. 43–50.

60. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор. 2005. 640 с. 33. Beck А.Т. Depressive neurosis // *Amer. handb. hpsychiatry*. – New York, 1974, Vol. 3. – P. 61 – 90.

61. Bendek E.P. The silent scream: counter transference reaction to victims. *American Journal of Social Psychology*. 1984. V. 4. P. 49–52.

62. Bendek E.P. The silent scream: counter transference reaction to victims. *American Journal of Social Psychology*. 1984. V. 4. P. 49–52.
63. Cox D., Pawar M. The Field of Displacement and Forced Migration: Programs and Strategies. *International Social Work: Issues, Strategies, and Programs*. London: Sage, 2006. P. 291–323.
64. Cox D., Pawar M. The Field of Displacement and Forced Migration: Programs and Strategies. *International Social Work: Issues, Strategies, and Programs*. London: Sage, 2006. P. 291–323.
65. Gross J. J., Thompson R. A. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In: J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press. 2007.
66. *Handbook of interpersonal psychology: theory, research, assessment and therapeutic interventions* / Edited by L.M. Horowitz, S. Strack. New York: Wiley&Sons. 2011. 649 p.
67. Hartmann H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* / H. Hartmann. –New York: International Universities Press, 1958. –121 p.
68. Landis D. Globalization, migration into urban centers, and crosscultural training / D. Landis // *International Journal of Intercultural Relations*. –2008. – Vol.32. –№ 4. –P. 337-348.
69. Lazarus, R.S. *Patterns of adjustment*. – N.Y.: McGraw-Hill, 1976. 429 p. 43. McCraty R. M. Emotional Stress, Positive Emotions and Psychophysiological Coherence. *Stress in Health and Disease* / Bengt D. Arnetz, Rolf Ekman, editors. Wiley-VCH, Weinheim. 2006. P. 342-365.
70. Seligman M.E.P. *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman. 1975. 250 p.
71. Seligman M.E.P. *What You Can Change & What You Can't*. New York: Knopf. – 1993. 317 p
72. <https://www.healthline.com/health/depression/how-to-fight-depression>

73. <https://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>
74. <http://www.uspeshnie-mozgi.ua/statya-neuverennost-v-sebe-glazami-psixologov-vsegda-li-eto-ploxo/>
75. http://www.koob.ua/solovyova/p_counseling

ДОДАТКИ

Додаток А

Бланк методики Цунга (на самооцінку депресії).

	ніколи	іноді	часто	завжди
1. Я відчуваю пригніченість				
2. Уранці я почуваю себе краще за усе				
3. У мене бувають періоди плачу та близькості до сліз				
4. У мене поганий нічний сон				
5. Апетит у мене не гірше звичайного				
6. Мені приємно дивитися на привабливих чоловіків (жінок), спілкуватися з ними, знаходитися поруч				
7. Я відмічаю, що втрачаю у вазі				
8. Мене турбують запори				
9. Мое серце б'ється швидше, чим звичайно				
10. Я утомлююся без усяких причин				
11. Я мислю також ясно, як завжди				
12. Мені легко робити те, що я вмію				
13. Відчуваю занепокоєння, не можу усидіти на місці				
14. У мене є надії на майбутнє				
15. Я більш дратівливий, чим звичайно				
16. Мені легко приймати рішення				
17. Я почуваю, що корисний і необхідний				
18. Я живу достатньо повним життям				
19. Я почуваю, що іншим стане краще, якщо я помру				
20. Мене досі радує те, що радувало завжди				

Додаток Б.1

Бланк з інструкцією (методика “Рівень співвідношення “цінності” та “доступності” у різних життєвих сферах).

Перед Вами список з 12 понять, кожне з яких означає одну з загальнолюдських цінностей. Вам необхідно порівняти ці поняття-цінності попарно між собою. Порівнянь буде два: перше за ступенем важливості (цінністю), друге – за присутністю у теперішньому житті (доступності). Необхідно зупинитися на виборі того поняття, котре для Вас є важливішим з цієї пари. Порядковий номер відповідного поняття позначте на бланку.

1. Активне життя
2. Здоров'я (фізичне та психічне)
3. Цікава робота
4. Краса природи та мистецтва (переживання прекрасного в природі та мистецтві)
5. Кохання (духовна та фізична близькість з коханою людиною)
6. Матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
7. Наявність вірних друзів
8. Впевненість у собі (свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)
9. Пізнання (можливість поширення свого світгляду, загальної культури, а також інтелектуальний розвиток)
10. Свобода як незалежність у вчинках та діях
11. Щасливе сімейне життя
12. Творчість (можливість творчої діяльності)

Додаток В

Бланк методики Р. Кеттелла (16-ФОО).

Дата _____

Прізвище, ім'я _____

Рік, місяць, день народження _____

1 a b c	18 a b c	35 a b c	52 a b c	69 a b c	86 a b c	103 a b c
2 a b c	19 a b c	36 a b c	53 a b c	70 a b c	87 a b c	
3 a b c	20 a b c	37 a b c	54 a b c	71 a b c	88 a b c	104 a b c
4 a b c	21 a b c	38 a b c	55 a b c	72 a b c	89 a b c	105 a b c
5 a b c	22 a b c	39 a b c	56 a b c	73 a b c	90 a b c	
6 a b c	23 a b c	40 a b c	57 a b c	74 a b c	91 a b c	
7 a b c	24 a b c	41 a b c	58 a b c	75 a b c	92 a b c	
8 a b c	25 a b c	42 a b c	59 a b c	76 a b c	93 a b c	
9 a b c	26 a b c	43 a b c	60 a b c	77 a b c	94 a b c	
10 a b c	27 a b c	44 a b c	61 a b c	78 a b c	95 a b c	
11 a b c	28 a b c	45 a b c	62 a b c	79 a b c	96 a b c	
12 a b c	29 a b c	46 a b c	63 a b c	80 a b c	97 a b c	
13 a b c	30 a b c	47 a b c	64 a b c	81 a b c	98 a b c	
14 a b c	31 a b c	48 a b c	65 a b c	82 a b c	99 a b c	
15 a b c	32 a b c	49 a b c	66 a b c	83 a b c	100 a b c	
16 a b c	33 a b c	50 a b c	67 a b c	84 a b c	101 a b c	
17 a b c	34 a b c	51 a b c	68 a b c	85 a b c	102 a b c	

MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4

Додаток Г.

Оцінка якості життя за допомогою інструментів, таких як SF-36

Анкета Ваше здоров'я та самопочуття: оцінка показники якості життя (SF-36 v2 Health survey)

Ці питання з'ясовують Ваші погляди щодо Вашого здоров'я. Ця інформація допоможе спостерігати за тим, як Ви почуваетесь, та наскільки добре Ви можете впоратись зі своїми звичайними справами. Дякуємо Вам за те, що Ви дали відповіді на ці питання!

Для кожного з наступних питань, будь ласка, виберіть одну позицію, що найкращим чином відповідає Вашій відповіді.

Опитувальник SF-36 оцінює якість життя, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» якістю життя. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-36 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливість якості життя і 100% вказує на повну якість життя (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-36 вказують на кращу якість життя. Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки якість життя є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої якості життя. Якщо опитувальник SF36 використовується, щоб визначити зміни в якості життя, то збільшення кількості балів означає поліпшення якості життя. Результати подаються у вигляді 8 шкал (вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя) [1]:

- фізичне функціонування (Physical Functioning - PF);
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP);
- інтенсивність болю (Bodily pain - BP);
- загальний стан здоров'я (General Health - GH);
- життєва активність (Vitality - VT);
- соціальне функціонування (Social Functioning - SF);
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE);
- психічне здоров'я (Mental Health - MH).

Шкали групуються у два показники: РН («фізичний компонент здоров'я») та МН («психологічний компонент здоров'я»):

1. Фізичний компонент здоров'я (Physical health - PH) Складові шкали:

- фізичне функціонування;
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом;
- інтенсивність болю;
- загальний стан здоров'я.

2. Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - МН) Складові шкали: • психічне здоров'я; • рольове функціонування, зумовлене емоційним станом; • соціальне функціонування; • життєва активність. (відповіді на 36 питань)

1. На Вашу думку, Ваше здоров'я взагалі є: • Прекрасне . • Дуже добре. • Добре. • Задовільне. • Погане. (необхідне підкреслити)
2. Як Ви в цілому оцінюєте Ваше здоров'я в даний час в порівнянні з тим, що було тиждень ТОМУ? • Набагато краще, ніж тиждень тому. • Трохи краще, ніж тиждень тому. • Приблизно так само, як і тиждень тому. • Трохи гірше, ніж тиждень тому. • Набагато гірше, ніж тиждень тому. Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.
3. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати надмірні зусилля, такі як біг, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
4. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірну Фізичну діяльність, таку як пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднімати або носити сумки з продуктами? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім
6. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на декілька поверхів сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
7. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на один поверх сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
8. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам нахилитись, стати навколішки, зігнутися? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
9. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного кілометра? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
10. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти декілька сотень метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.
11. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім.

12. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам самотійно митись та вдягатись? Якщо перешкоджає, то наскільки? • Так, дуже перешкоджає. • Так, трохи перешкоджає. • Ні, не перешкоджає зовсім. За останній тиждень наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених труднощів з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності?
13. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю через Ваш Фізичний стан. • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
14. Зробили менше, ніж хотіли через Ваш Фізичний стан. • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу.
15. Були обмежені у деяких видах роботи чи іншої діяльності через Ваш Фізичний стан. • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
16. Мали труднощі у виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан (наприклад, витратили на неї більше зусиль). • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
17. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій). • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
18. Зробили менше, ніж хотіли внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій). • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
19. Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, ніж звичайно внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій). • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
20. За останній тиждень наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом? • Ніскільки не заважали. • Деяко заважали. • Помірно заважали. • Значно заважали. • Надзвичайно заважали.
21. Чи зазнали Ви фізичного болю за останній тиждень і в якій мірі? • Ніякого. • Дуже слабкого. • Слабкого. • Помірног . • Сильного. • Дуже сильного.
22. Наскільки за останній тиждень біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу за межами дому і домашню роботу)? • Ніскільки не перешкоджав. • Зовсім мало перешкоджав. • Помірно перешкоджав. • Значно перешкоджав. • Надзвичайно перешкоджав. Це питання стосується того, як Ви себе почували протягом останнього тижня. Будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття.
23. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися сповненим життя? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу.
24. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були дуже знервовані? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.

25. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були настільки пригнічені, що ні з чого не раділи? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час • Небагато часу. • Ніколи.
26. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися спокійно та врівноважено? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
27. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були сповнені енергії? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
28. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були засмучені та пригнічені? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
29. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися виснаженим (виснаженою)? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
30. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були щасливі? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
31. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були втомлені? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
32. Як часто за останній тиждень Фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)? • Увесь час. • Більшість часу. • Деякий час. • Небагато часу. • Ніколи.
33. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Мені здається, що я можу захворіти легше ніж інші. • Цілком вірне. • Загалом вірне. • Не знаю. • Загалом невірне. • Цілком невірне.
34. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю. • Цілком вірне. • Загалом вірне. • Не знаю. • Загалом невірне. • Цілком невірне.
35. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Я передчуваю погіршення здоров'я. • Цілком вірне. • Загалом вірне. • Не знаю. • Загалом невірне. • Цілком невірне.
36. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я прекрасне. • Цілком вірне. • Загалом вірне. • Не знаю. • Загалом невірне. • Цілком невірне.