

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Донбаський державний педагогічний університет»
Факультет психології, економіки та управління
Кафедра прикладної психології

Єгорова О.Б.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ **курс лекцій**

Навчально-методичний посібник
для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія

*Рекомендовано до друку Вченою радою
ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»
(протокол № 4 від 8.11.2018 року).*

Укладач:

Єгорова О.Б., кандидат психологічних наук, доцент кафедри прикладної психології ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»

Рецензенти:

О.С. Кочарян, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психологічного консультування та психотерапії Харківського національного університета ім. В.М. Каразіна;

О.Г. Солодухова, доктор психологічних наук, професор, зав.кафедри психології ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»;

А.Е. Мелоян, кандидат психологічних наук, професор, зав.кафедри прикладної психології ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет».

Єгорова О.Б.

Р 31 Реабілітаційна психологія: курс лекцій. Навчально-методичний посібник для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. – Слов'янськ: Вид-во Б.І.Маторіна, 2018. – 132 с.

Навчально-методичний посібник «Реабілітаційна психологія: курс лекцій» складено відповідно до освітньо-професійної програми Психологія для підготовки студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти в галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 Психологія.

Навчально-методичний посібник «Реабілітаційна психологія: курс лекцій» містить пояснювальну записку, програму курсу, конспект лекцій для вивчення дисципліни, глосарій, список рекомендованої літератури до курсу.

УДК 159.9(075.8)

Р31

© Єгорова

О.Б., 2018 **ЗМІСТ**

	ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА.....	4
6	ПРОГРАМА КУРСУ «РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ».....	
	Конспект лекцій з курсу «Реабілітаційна психологія».....	7
	Розділ 1. Характеристика діяльності реабілітаційного психолога.....	
.....		7
	Тема 1. Предмет, задачі і методи реабілітаційної психології.....	7
	Тема 2. Вимоги до особистості реабілітаційного психолога.....	24
	Розділ 2. Окремі цільові групи реабілітації.....	
.....		45
	Тема 3. Психологічна реабілітація психічних хворих.....	45
	Тема 4. Психологічна реабілітація соматичних хворих.....	89
	Тема 5. Психологічна реабілітація девіантних дітей та підлітків.....	
103		
	ГЛОСАРІЙ	118
	ЛІТЕРАТУРА	124

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Навчальна програма дисципліни «Реабілітаційна психологія» складена відповідно до освітньої програми та навчального плану підготовки студентів рівня вищої освіти магістр за спеціальністю 053 Психологія.

Посібник розкриває основний зміст навчального матеріалу, передбаченого для вивчення з курсу «Реабілітаційної психології» в обсязі 120 годин. Розглянуто питання проблеми реабілітаційної психології в психіатричній клініці, напрямки реабілітаційної роботи психолога в соматичній клініці, особливості реабілітаційної роботи психолога з проблемними дітьми та підлітками.

Навчально-методичні рекомендації містять пояснювальну записку, інструктивно-методичні матеріали для практичних занять, виконання самостійної та індивідуальної роботи, підготовки до іспиту, список рекомендованої літератури до курсу, психологічний практикум.

Навчальне видання призначається для студентів вищих навчальних закладів, які здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія, може використовуватись практичними психологами та викладачами вищої школи.

За результатами вивчення дисципліни у студентів повинні бути сформовані такі компетентності:

загальні:

Соціокультурна компетентність – здатність до особистісної й професійної само актуалізації та самореалізації психолога, викладача на засадах світоглядно-методологічної культури.

Інформаційна компетентність – вміння самостійно шукати, аналізувати і відбирати необхідну психологічну інформацію, перетворювати, зберігати й передавати її. Готовність до самостійного розв'язання навчальних проблем засобами ІКТ. Здатність використовувати сучасні інформаційні технології, мультимедійні технології та ресурси Інтернет при засвоєнні та передачі навчального матеріалу.

Комунікативна компетентність – здатність логічно, правильно, аргументовано й чітко будувати усне й письмове висловлювання, застосовувати прийоми риторичної майстерності у професійній діяльності, володіти навичками публічної презентації досягнутих результатів. Уміння ефективно спілкуватися з дотриманням основних норм, спрямованість забезпечувати прямий і зворотній зв'язок з учнями, батьками, клієнтами, адміністрацією організацій. Подолання комунікативних бар'єрів в процесі ділового спілкування. Забезпечення сприятливого психологічного клімату в колективі.

Здоров'язбережувальна компетентність – готовність до формування валеологічного простору в організаціях на основі концепції здоров'язбереження та здоров'яформування.

Акмеологічна компетентність – здатність вільно орієнтуватися в теоретичних та практичних аспектах психокорекції. Спроможність ставити мету, формулювати завдання, прагнути високих професійних результатів та

життєвих успіхів. Готовність до експериментальної, психодіагностичної, психокорекційної, консультативної роботи, апробації та представлення її результатів у публікаціях.

спеціальні:

Психолого-педагогічна компетентність – здатність навчити й виховати майбутнього психолога-викладача на основі усвідомлення сутності та специфіки навчально-виховного процесу ВНЗ. Володіння навичками моделювання, проектування, оцінювання, моніторингу, діагностики, корекції в професійній галузі.

Методична компетентність – розуміння й комплексне поєднання та використання традиційних, інноваційних технологій навчання, психотерапії у практичній діяльності викладача, психолога-консультанта.

результати навчання: згідно з вимогами освітньо-професійної програми студенти повинні:

знати: напрямки та методи реабілітаційної психології взагалі та психологічної реабілітації – зокрема; основи реабілітації окремих цільових груп; розуміти основи розв'язування диференціально-діагностичних завдань.

уміти: бути здатним складати реабілітаційні програми для потребуючих; бути здатним після успішного завершення освітньої програми надавати допомогу психічно хворій людині, соматично хворій, девіантній дитині або підлітку методами реабілітаційної психології.

На вивчення навчальної дисципліни відведено 120 годин / 4 кредитів ECTS.

ПРОГРАМА КУРСУ «РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ»

РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПСИХОЛОГА

Тема 1. Предмет, задачі і методи реабілітаційної психології

Характеристика предмету реабілітаційної психології. Реабілітаційна психологія та психологічна реабілітація. Правові основи реабілітації. Система медичної, соціальної та педагогічної реабілітації. Система професійної реабілітації. Система шкільної реабілітації. Вимоги до складання плану реабілітаційної роботи. Характеристика методів психологічної реабілітації.

Тема 2. Вимоги до особистості реабілітаційного психолога.

Українська медична реформа ХХІ століття і реабілітаційна психологія. Вимоги до психолога, що працює в реабілітаційній мультифункціональній бригаді. Особливості роботи реабілітаційного психолога з постраждалими.

РОЗДІЛ 2. ОКРЕМІ ЦІЛЬОВІ ГРУПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Тема 3. Психологічна реабілітація психічних хворих.

Невротичні реакції, неврози, невротичний розвиток. Неврози у дітей і підлітків. Вимоги до реабілітаційного психолога, що працює з дітьми - невротиками. Реабілітація дітей, хворих на невроз. Поняття про депресії, види депресії. Методи діагностики депресивних порушень та депресій. Реабілітація дітей з депресивними порушеннями та депресіями.

Тема 4. Психологічна реабілітація соматичних хворих.

Поняття про хронічні соматичні хвороби. Особливості людей, що хворіють на хронічні соматичні хвороби. Психологічна реабілітація соматичних хворих. Психолого-педагогічна реабілітація соматично хворих дітей.

Тема 5. Психологічна реабілітація девіантних дітей та підлітків.

Види та форми девіантної поведінки. Типи девіантних дітей та підлітків. Реабілітація в системі освіти: цілі та завдання. Психологічна реабілітація девіантних дітей та підлітків.

РОЗДІЛ 1

Характеристика діяльності реабілітаційного психолога

Тема 1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧІ І МЕТОДИ

РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

План

1. Характеристика предмету реабілітаційної психології. Реабілітаційна психологія та психологічна реабілітація.
2. Правові основи реабілітації. Система медичної, соціальної та педагогічної реабілітації
3. Система професійної реабілітації. Система шкільної реабілітації.
4. Вимоги до складання плану реабілітаційної роботи.
5. Характеристика методів психологічної реабілітації.

Основні поняття: предмет реабілітаційної психології; понятійний апарат реабілітаційної психології; завдання реабілітаційної психології; психологічна реабілітація; методи психологічної реабілітації; індивідуальна та групова психотерапія; реабілітаційний психолог.

1.1 Характеристика предмету реабілітаційної психології. Реабілітаційна психологія та психологічна реабілітація.

«Реабілітація – процес складний,
тривалий і не завжди успішний»
фраза із к/ф «Шерлок Холмс і доктор Ватсон»

Минуле століття відмічене значним збільшенням числа пацієнтів психіатричних клінік, психоневрологічних диспансерів, страждаючих психосоматичними захворюваннями, почастищенням суїцидів і суїцидних спроб, збільшенням споживання психоактивних речовин, розповсюдженням наркоманії і алкоголізму, зростанням впливу різних сект, руйнуючих особистість і суспільство. Все це свідчить про нездатність людства на сучасному етапі розставляти пріоритети, пам'ятати про те, що в світі предстає «мірою всіх речей»(Голев С.В., 2010).

Ці явища показують також, наскільки скромні досягнення тих наук, які покликані розробляти науково обґрунтовані методи вирішення перерахованих проблем особистості та суспільства. Видне місце у ряді цих наук належить психогігієні, психопрофілактиці і реабілітаційній психології. Стала звичною точка зору на ці дисципліни як на дисципліни виключно медичні, Без медичних знань і досліджень психогігієна, психопрофілактика і реабілітація розвиватися не можуть, але ще більше значення для цих дисциплін має розробка психологічної проблематики. На превеликий жаль, число психологів, що працюють над питаннями цих дисциплін, дуже мало і не відповідає значенню проблеми. Володіння основами психогігієни і психопрофілактики слід розглядати як найважливіший показник професійної компетентності психолога, особливо реабілітаційного.

Походження слова «реабілітація»

DISABILITY – нездатність, функціональне обмеження

ABILITY – здатність, уміння

HABILITATION – розвиток умінь, навичок у неповноцінних людей

REHABILITATION – повторний розвиток умінь, навичок.

Суть поняття «реабілітація»

1) Відновлення в правах. Реабілітацією особи вважається винесення виправдувального вироку при перегляді справи, постанова (визначення) про припинення кримінальної справи за відсутністю події або складу злочину або за недоведеністю участі в злочині, а також постанова про припинення справи про адміністративне правопорушення (Нечволод Л.І., 2007).

Ряд особливостей має *«реабілітація жертв політичних репресій»* і *«реабілітація репресованих народів»*;

2) Система медико - психологічних, педагогічних і соціальних заходів, направлених на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного і соціально-трудового статусу хворих і інвалідів, а також осіб, що перенесли захворювання, получили психічну травму в результаті різкої зміни соціальних відносин через життєві кризи, зміни умов життя та інших факторів (Головін С.Я., 1998).

Реабілітація, згідно ВООЗ, як галузь охорони здоров'я належить до третьої категорії стратегій охорони здоров'я, серед яких профілактика (prevention), лікування (curative care), реабілітація (rehabilitation) і підтримувальна допомога (supportive care).

Як виникло поняття реабілітації?

У практиці діяльності правоохоронних органів термін *«психологічна реабілітація»* набув поширення з 1990—х років для позначення цілей і змісту роботи, яку доцільно проводити із співробітниками, які побували в екстремальних ситуаціях і перенесли великі психологічні і фізичні навантаження або отримали поранення. При цьому мається на увазі комплексна робота, що включає соціальні, економічні, медичні, професійні, педагогічні, психологічні і інші заходи.

Їх мета не тільки відновити втрачені частиною співробітників можливості до продовження виконання службових завдань, але і профілакувати у них можливі несприятливі зміни.

Реабілітація — це процес, направлений на досягнення певної мети у індивідуума, що переніс травму, захворювання або стан, що ослабляє. Реабілітація припускає, що цей індивідуум раніше був здатний адекватно функціонувати в тих сферах діяльності, активність в яких піддалася ослабленню.

Мета реабілітації — повернення до колишнього стану або колишньої здатності функціонування.

Реабілітація як поняття відносно нове в історії людства. Скотт Аллан нагадує нам, що в більшості культур людей, що стали інвалідами, виганяли або вбивали. Хоча зараз у нас прийнятий гуманніший погляд на інвалідність, більшість людей продовжують реагувати на інвалідів з сильною огидою. Зараз, наприклад, часто важко влаштувати деякі реабілітаційні центри в населених

районах, оскільки адміністрація стурбована негативним враженням, яке проводитимуть інваліди па місцевих жителів.

Як затверджує Джеральд Каплан, успішні програми реабілітації повинні починатися із запобігання інвалідності. Модель триступінчатої профілактики Каплана включає по-перше, санітарну освіту і зміни у фізичному оточенні для запобігання хвороби; по-друге, раннє виявлення і лікування для запобігання постійної інвалідності і, нарешті, лікування і реабілітацію для запобігання подальшого погіршення і забезпечення можливого відновлення функції. Реабілітаційні центри орієнтовані, головним чином, на вирішення завдань третього етапу профілактики по Каплану.

Початок реабілітації, наприклад у США, вказує С.В. Голев, зв'язаний з цікавістю приватних груп, які бачили цю проблему в суспільстві й шукали шляхи її рішення. Так, Центри Шрайєрс були організовані для допомоги дітям - фізичним інвалідам. Іноді реабілітаційні зусилля були частиною крупніших реформ. Наприклад, Армія Порятунку приділяла увагу людям, що опустилися, особливо з алкогольними проблемами.

Фізична і психічна реабілітація набула великого значення на тлі двох світових воєн. Підвищення якості і зростання можливостей медичної ДОПОМОГИ приводили до того, що люди з найважчими пораненнями були врятовані, але лише для того, щоб стати важкими інвалідами. Цей досить великий контингент інвалідів необхідно було повернути в суспільство, що ставило Сполучені Штати в скрутне становище.

Що стосується поняття *«реабілітаційна психологія»*, то треба підкреслити, що вона виділилася як окрема наукова психологічна дисципліна наприкінці ХХ століття.

Як відзначають Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох (2002), на теоретичному рівні профіль реабілітаційної психології як самостійної дисципліни ще виражений нечітко, але в практиці реабілітації для психологів існує багатообразне і широке коло завдань.

Цікавим, на наш погляд, є визначення *реабілітаційної психології* як області формування здатності людини з обмеженими можливостями здоров'я використовувати свої особливості в якості основи особистісної і соціальної самореалізації (Щербакова А.М., 2009).

Реабілітаційна психологія вирішує *завдання* автоматизації, адаптації і активізації особистості.

Суть реабілітаційної психології полягає у виявленні її співвідношення зі спорідненими видами діяльності, коли вона розглядається як складний елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що включає реабілітацію медичну, професійну, психосоціальну і психологічну (Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф З., 1999).

Психологічна реабілітація — система медичних, соціальних, психологічних вимірів, спрямованих на надання допомоги людині з важким соматичним захворюванням, людям, які перенесли катастрофу та ін.

Психологічна реабілітація розглядається як система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій,

особистісних властивостей і станів, видів діяльності і системи відносин людини, що забезпечують успішність її функціонування в суспільстві.

(Деякі автори психологічну реабілітацію називають *психічною* Див.: Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / Під кер. В.Б. Шапаря. – Харків: Прапор, 2009. - С. 442-443.)

Мета психологічної реабілітації - домогтися внутрішньої рівноваги у клієнта; вироблення правильної установи клієнта на психотравмуючу ситуацію; допомога йому в адаптації до нових соціальних умов.

Завдання психологічної реабілітації — вироблення правильної установи клієнта на психотравмуючу ситуацію; допомога йому в адаптації до нових соціальних умов.

Існує два значення психологічної реабілітації:

- відновлення втраченої психічної функції (наприклад, пам'яті при амнезії);
- надання допомоги людині в психотравмуючій ситуації.

Бінтіг (2002) пропонує наступне робоче визначення поняття *недостатність*: наявність відносно важкого, тривалого, але такого, що принципово піддається реабілітації порушення — соматичного, розумового, психічного або такого, що зачіпає органи чуття, — яке суб'єктивно або об'єктивно утрудняє життя і може мати слідством поведінку з відхиленням. У цьому визначенні ясно виражено, що недостатність характеризується не тільки самим порушенням, але і його наслідками, його переробкою самим індивідом, реакцією соціального оточення.

Зусилля, направлені на те, щоб запобігти перетворенню хвороби або недостатності на стійке порушення особових, соціальних і професійних умов життя або, якщо це неможливо, звести ці наслідки до мінімуму, називаються *реабілітацією*.

Однією з цілей реабілітації є соціальна інтеграція хворої або неповноцінної людини, по можливості її більш активна участь в житті суспільства. Причому розуміти соціальну інтеграцію треба не як одностороннє пристосування неповноцінної людини до суспільства, але і як відповідне формування навколишнього середовища, направлене на полегшення її життя. Соціальну інтеграцію часто слід вважати величиною відносною, оскільки у багатьох випадках можна досягти лише часткової участі в житті суспільства.

Головні поняття, що вживаються в галузі психологічної реабілітації.

Об'єкт реабілітації – людина, яка потребує на допомогу.

Суб'єкт реабілітації – одна або кілька осіб, що здійснюють реабілітацію.

Місце реабілітації – заклад, де проходить реабілітація.

Реабілітаційні заходи (послуги) – заходи (медичні, фізичні, психологічні та ін.), які надають об'єкту реабілітації суб'єкти реабілітації.

Реабілітаційний ланцюжок включає стаціонарне лікування → працетерапію в клінічних умовах → проміжні форми перебування та лікування → підприємства для осіб з тими або іншими порушеннями.

Соціотерапія – соціальна активність об'єкта реабілітації в лікарняному середовищу.

Формування *соціального середовища* передбачає затишне оформлення відділень стаціонару, вільний час (наприклад, танці та ін.), або утворення так званих робочих груп, t - групи. (див.: Овчарова Р.В. Справочная книга соціального педагога. – М., 2009.)

1.2 Правові основи реабілітації. Система медичної, соціальної та педагогічної реабілітації.

Правові основи у сфері соціального захисту і реабілітації інвалідів. Закон України про реабілітацію інвалідів в Україні [2] визначає основні принципи створення правових, соціально - економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, викликаних стійким порушенням здоров'я.

В *медичній реабілітації* можна виділити стаціонарну, напівстаціонарну і амбулаторну реабілітацію; велика частина послуг надається в рамках стаціонарної реабілітації. Стаціонарні медичні реабілітаційні заходи в невеликому ступені здійснюються вже під час перебування в лікарні, коли, наприклад, звичайне лікування доповнюється лікувальною гімнастикою, руховою терапією або працетерапією. Але все-таки найчастіше медична реабілітація проводиться в санаторних і спеціальних установах. Спектр пропозицій медичних реабілітаційних установ дуже широкий: від так званого вільного суспільного курортного лікування в курортних пансіонатах і до лікування в санаторіях, курортних клініках і спеціальних клініках.

Таблиця 1. *Спектр реабілітаційних заходів*

Медичні послуги	Зокрема лікарські і зуболікарські послуги, лікарські і перев'язувальні засоби, лікувальна гімнастика, рухова, мовна і трудова терапія, протезування
Послуги в професійній сфері	Зокрема допомога в отриманні або збереженні робочого місця, у виборі професії, в професійній адаптації
Послуги із загальної соціальної інтеграції	Зокрема сприяння в здобуванні адекватної шкільної освіти для неповноцінних осіб, по якомога активнішій участі в суспільному житті
Додаткові послуги	Зокрема гроші на той «перехідний» період, поки людина не влаштується на роботу, внески законного соціального страхування, допомога у веденні домашнього господарства

Важливими заходами відносно стаціонарної орієнтації на попит можна вважати, по-перше, ініціативи по реабілітації в ранній стадії захворювання, які концентрувалися в конкретних моделях, перш за все у сфері неврології і частково кардіології, а по-друге, зусилля розробити і здійснити реабілітаційну діагностику, орієнтовану на попит в реабілітації. Орієнтація на попит

виявляється також і в тому, що реабілітаційні послуги стають все більш і більш гнучкими, що дозволяє краще орієнтувати їх на кожен окремий випадок хвороби і на його потреби. В зв'язку з цим велика частина окремих заходів вимагає обговорення. Сюди відноситься питання про тривалість окремих реабілітаційних заходів, а також включення нестационарних заходів в спектр медичних реабілітаційних послуг і різноманітність, що виникає за рахунок цього, і можливість вибору.

Сильніша орієнтація на результат і користь досягається введенням програм гарантії якості і розвитком наукових досліджень реабілітації. Від наукового дослідження реабілітації, від специфічних авторських програм (наприклад, в області хірургії) і від введення координаційних інстанцій можна чекати поліпшення координації старих і виникаючих нових послуг.

Амбулаторна реабілітація Для поліпшення системи медичної реабілітації представляється доцільним розробляти амбулаторні і напівстационарні реабілітаційні послуги.

Істотною підосною для цього повинні бути раніше всього міркування витрат. При цьому маєтсья на увазі, що принаймні частина пацієнтів, що лікувалися стационарно, може лікуватись амбулаторно і що амбулаторні реабілітаційні послуги вимагають менше витрат ніж стационарні. Крім цього, в тих же цілях планується скоротити перебування в стационарі за рахунок подальших амбулаторних заходів. Окрім міркувань витрат можна говорити про поліпшення якості реабілітаційного обслуговування за рахунок амбулаторних послуг, оскільки останні сильніше орієнтовані на місце проживання і більше використовують потенціал самодопомоги, а значить, виникає можливість кращого використання всіх наявних місцевих форм допомоги — медичної, професійної, соціальної, і таким чином досягається мета інтеграції в суспільстві (Перре М, Бауманн У., 2002).

1.3 Система професійної реабілітації. Система шкільної реабілітації.

Професійна реабілітація означає професійну і соціальну інтеграцію, або реінтеграцію, хворих і неповноцінних осіб. На інституційному рівні для досягнення цих цілей доцільно створювати майстерні, призначені для первинного навчання підлітків з фізичною або розумовою недостатністю, і підприємства за професійним сприянням — для навчання дорослих. Окрім цього, також майстерні для неповноцінних осіб з наданням робочих місць, що охороняються законом, в основному розумово відсталим і частково психічно хворим, які не можуть знайти роботу на спільному ринку праці. До підприємств з професійним навчанням доцільно підключати спеціальні служби з медичного, психологічного, педагогічного і соціального обслуговування. При плануванні заходів щодо професійної реінтеграції або переорієнтації слід брати до уваги придатність, схильність і попередню діяльність людини.

Дошкільна і шкільна реабілітація неповноцінних дітей і підлітків відбувається в непогано розробленій, але відокремленій від звичайної шкільної

освіти системі спеціалізованих установ, в якій можна виділити декілька типів шкіл залежно від виду недостатності. Останніми роками суспільство прагне до того, щоб інтегрувати неповноцінних дітей і «нормальних» дітей і підлітків. Така інтеграція дозволила б, зокрема, ліквідувати соціальні бар'єри між неповноцінними і «повноцінними» людьми.

Послуги в рамках медичної, професійної і шкільної реабілітації надаються різними професійними групами. Верль (Wohrl, 1988) пропонує виділяти шість професійних груп в реабілітації: медична і терапевтична, догляд і обслуговування, технічно-ремісничка, психосоціальна, педагогічна, а також консультація і захист професійних інтересів. Важливою передумовою успішної реабілітації є здатність цих професійних груп до спільної роботи.

Іноді система реабілітації піддавалася критиці відносно її ефективності (Koch & Naag, 1988). Більше всього критикується та обставина, що хоча індивід отримує найрізноманітнішу допомогу, проте ця допомога лише умовно відповідає його суб'єктивним потребам. Основні пункти для критики наступні:

- Сильно виражена інституціоналізація системи реабілітації.
- Дуже пізні призначення медичних і професійних реабілітаційних заходів.
- Відсутність амбулаторних реабілітаційних заходів.
- Недостатньо розвинені зв'язки між медичною і професійною реабілітацією.
- Відсутність оцінки реабілітаційних заходів (Перре М, Бауманн У., 2002).

Психосоціальна реабілітація. В протилежність медичній, професійній і шкільній реабілітації психосоціальна реабілітація не має в своєму розпорядженні налагодженій мережі установ суспільних і приватних носіїв. Адже психосоціальна реабілітація, відокремлена від інших областей, навряд чи має сенс і суперечила б інтегрованому реабілітаційному підходу. У 1970-х і 1980-х рр. в рамках медичної, професійної і шкільної реабілітації поступово створювалися психологічні служби, які, проте, не володіють достатньою потужністю для задоволення існуючого попиту. При цьому не можна не відзначити, що психосоціальні послуги в реабілітації надаються не тільки психологами.

Головні завдання *психосоціальної реабілітації* Вітте (Witte, 1988) бачить в регуляції відносин між неповноцінною людиною і навколишнім її світом. У сенсі рекомодатії психологічна допомога повинна сприяти підвищенню відчуття власної цінності і упевненості в собі у неповноцінних осіб. Разом з цим необхідна і робота по реасиміляції, тобто робота по формуванню нового навколишнього світу, який би був оптимальним життєвим простором стосовно потреб і можливостей неповноцінних осіб.

Якщо весь процес реабілітації в медичному, професійному і соціальному аспектах підрозділити на *чотири фази*, то для кожної фази можна визначити свої психологічні завдання.

У *гострій фазі*, з акцентом на заходах медичної реабілітації, ставляться психодіагностичні завдання, а також доцільні психологічні і психотерапевтичні бесіди, наприклад для ослаблення депресивних реакцій або для мотивації

пацієнтів до активного пошуку можливостей рішення. У фазі *підготовки до реабілітації* і *пошуку форм реабілітації* на першому плані стають різноманітні психодіагностичні завдання, такі як допомога в плануванні подальших реабілітаційних заходів (наприклад, вибір професії). Крім того, в цей же час часто також ухвалюється рішення про необхідні підтримуючі психотерапевтичні заходи. *Фаза професійної і шкільної реабілітації* характеризується психологічними заходами, які служать супутній діагностиці, полегшенню процесів учення і освіти і психічній підтримці за допомогою консультування і терапії. У останній фазі реабілітації, *соціальної і професійній інтеграції*, психолог повинен допомогти людині знайти своє місце в житті після закінчення реабілітаційних заходів.

Види психологічної реабілітації. Самореабілітація.

Розрізняють також інші види реабілітації:

- психолого-педагогічна реабілітація (перевиховання);
- реабілітація психічних хворих;
- реабілітація соматичних хворих;
- нейропсихологічна реабілітація хворих;
- спортивна реабілітація (проведення спеціальних вправ та ігор, що спрямовані на відновлення фізичних функцій спортсмена);
- реабілітація проблемних дітей;
- реабілітація жертв агресії;
- реабілітація жертв катастроф;
- психологічна реабілітація бійців АТО (в нашій країні гостро бракує реабілітаційних центрів та відділень для надання допомоги пораненим бійцям;
- на психологічну реабілітацію потребує кожний борець, який воював, ховав друзів та ін.).

При цьому обов'язково *будь-яка реабілітація* *мусить включати в себе психологічну реабілітацію*. Психологічне мислення повинне бути присутнім у всіх сферах реабілітації.

Реабілітація в особистісному контексті є активізація функцій конструктивно-позитивного пристосування людини до соціуму після подолання складної життєвої ситуації.

Це відновлення людини на більш високому якісному рівні, коли особа стає спроможною конструктивніше долати труднощі, ніж до початку психолого-реабілітаційних впливів.

Самореабілітація як процес спрямована на самостійну роботу людини із собою у складних життєвих обставинах, що не можна назвати ще кризовими.

Самореабілітація є самопомога постраждалій людині у якомога продуктивнішому подоланні внутрішніх і зовнішніх перешкод, у виході зі скрутного становища, у поверненні тимчасово втрачену траєкторію життєвого шляху на вірний напрям.

Самореабілітація також сприяє розкриттю суб'єктивного потенціалу людини; вона стимулює самостійні пошуки внутрішньої цілісності, нових можливостей саморозвитку, самоздійснення, гармонійності; самореабілітація полегшує розробку індивідуальних стратегій перетворення

проблемної ситуації, або застарілого хронічного конфлікту, або хворобливого стану на етапи особистісного дорослішання, на етапи наближення до себе, до власної сутності (Титаренко Т.М. Психологічні можливості самореабілітації у складній життєвій ситуації //Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ століття: Наук.-метод. зб. у 2-х ч. –К., 1998.- С.142-149).

У суб'єктивній картині ситуації важливими параметрами виступають: уявлення про ситуацію; уявлення про способи її подолання. Тут йтиметься про так зване "coping behavior", опанування, тобто про індивідуальний спосіб взаємодії із ситуацією згідно з її власною логікою, значущістю для людини та її сьогоднішніми можливостями (Нартова- Бочавер С.К., 1997).

У кожної особи опанування може бути як цілком усвідомлюваним, так і несвідомим з усіма перехідними формами часткової, тимчасового усвідомлення. За З. Фрейдом, класичні захисні механізми, типу *раціоналізації, проєкції, придушення*, можуть виступати знайомими кожному з власного досвіду прикладами опанування.

Підтримка постраждалого з боку практичного психолога завжди полегшує реалізацію стратегії опанування; так, інші люди можуть використовуватись як джерело інформації при проблемно-сфокусованій стратегії і як засіб емоційної регуляції чи соціального порівняння при емоційно-сфокусованій стратегії.

Визначені різні стратегії опанування. Наприклад: стратегія перевизначення ситуації та її нове тлумачення, коли людина робить спробу в іншому світлі побачити свої проблеми, щоб зробити ситуацію суб'єктивно більш терпимою та не такою гострою.

1.4 Вимоги до складання плану реабілітаційної роботи

Для неповноцінних осіб складається *загальний план реабілітації*, та їх обов'язок – сприяти цьому плану.

Нижче наводяться зразки планів реабілітації.

Реабілітаційний план 1.

Реабілітація при розладах, зв'язаних з післяпологовим періодом:

1. Визначення реабілітаційного потенціалу хворого, складання плану реабілітаційних заходів.

2. Режими:

- обмежувальний;
- диференційованого спостереження;
- відкритих дверей;
- часткової госпіталізації;

3. Індивідуальна психотерапія:

- раціональна;
- навіювання;
- бібліотерапія;
- пасивний і активний варіант музикотерапії;

- вирішення внутріособистісних конфліктів;
- вироблення нової мети (кількість - 15 сеансів).

4. Соціотерапія.

Мета: придбання нових навичок, зайнятість, соціальна активація.

Характер праці: нетворчий.

5. Види участі:

- індивідуальний;
- колективний.

6. Місце роботи: відділення.

7. Психологічна робота з родичами.

Реабілітаційний план 2.

Реабілітація при невротичних розладах:

ПШБ. хворого.....

На участь в реабілітаційній програмі згоден.....

Цілі: поліпшення психосоматичного стану; робота з тривогою очікування приступу.....

Таблиця 2. Програма:

Навчальні програми:	Дата призначення	Дата відміни
1. Соціально-психологічний тренінг 2. Навчання правильному веденню своїх справ (права і законні інтереси) 3. Лекційні прийоми 4. Навчання навичкам поведінки в конфліктних ситуаціях		
Спортивні заходи:		
1. Фізична зарядка 2. Шашки, шахи		
Лікувальні програми:		
1. Індивідуальна психотерапія 2. Групова психотерапія 3. Аутогенне тренування		
Творча робота:		
1. Бібліотерапія 2. Музикотерапія 3. Арттерапія: ліплення, малювання, колаж 4. Танцювальна терапія 5. Казкотерапія		
Трудотерапія:		
1. Навчання навичкам домашнього		

господарства		
2. Навчання навичкам організації їжі		
3. Навчання санітарно-гігієнічним навичкам		
Освітня програма:		
1. Прийом підтримуючого лікування		
2. Ведення здорового способу життя		
3. Вплив алкоголю, наркотичних засобів на перебіг психічних хвороб		

Досягнення мети: так, ні (потрібне підкреслити)

Чинники, що роблять несприятливий вплив на досягнення

цілі.....

Реабілітаційний висновок.....

.....

Лікар, що лікує.....

Сучасне розуміння реабілітації як системи державних, соціально-економічних, медичних, психологічних, професійних, педагогічних та інших заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що приводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, ефективно і раннє повернення хворих і інвалідів в суспільство, до трудової діяльності, також диктує необхідність широкого використання клініко - психологічних дій в реабілітаційній практиці.

1.5 Характеристика методів психологічної реабілітації

Клініко - психологічні втручання в цілях реабілітації, перш за все, направлені на відновлення (збереження) особового і соціального статусу хворого (Кабанов М.М.). При нервово-психічних захворюваннях, які характеризуються достатньо вираженими особовими порушеннями в системі відносин пацієнта, у сфері міжособового функціонування, клініко - психологічні втручання грають надзвичайно важливу роль, виконуючи, по суті справи, функцію психотерапії (лікування). Так само, як і в профілактиці і лікуванні, успішність реабілітаційних заходів багато в чому залежить від активності самого пацієнта і наявності адекватної мотивації.

Функції клініко - психологічних інтервенцій полягають в профілактиці, лікуванні, реабілітації і розвитку. Схожих поглядів відносно функцій або цілей клініко - психологічних інтервенцій дотримуються Шмідхен і Бастін. Вони виділяють три цілі психологічної інтервенції в клініці відповідно до різних фаз психічних розладів: профілактика, терапія і реабілітація. *Клініко - психологічна інтервенція, здійснювана в цілях терапії (і реабілітації), є психотерапевтичною інтервенцією і відповідає терміну «психотерапія».* (Карвасарський Б.Д., 2007)

Психотерапевтичні *методи* вирішують як власне лікувальні, так і лікувально-профілактичні і лікувально-реабілітаційні завдання. По-перше, це

пряме використання її лікувальної дії при великому крузі захворювань, в етіопатогенезі яких психічному (психологічному) чиннику належить вирішальна або вельми істотна роль: це, перш за все, неврози (F40-F48), а також інші прикордонні стани і психосоматичні розлади. По-друге, її лікувально-профілактичне значення з урахуванням психологічних і психосоціальних реакцій на соматичні хвороби і їх наслідки (реакція особистості на хворобу, зміна соціального статусу або характеру діяльності у зв'язку із захворюванням, неможливість або обмеженість реалізації тих або інших потреб, установок, відносин, цінностей особистостей), вплив специфічних соматичних розладів на психологічній функціонування індивіда, його поведінку. Застосування психотерапії при соматичних захворюваннях припускає знання відповідних аспектів розділу внутрішніх хвороб, психосоматичних співвідношень. По-третє, це включення психотерапевтичних методів в лікувально-реабілітаційний процес, особливо при хронічних захворюваннях. В ході реабілітації з кожним етапом зростає необхідність все більш інтенсивного включення хворого в соціальне життя (спочатку в терапевтичній, а потім і у позатерапевтичному середовищі), тому психотерапевтичні заходи набувають важливої ролі. Поле дії психотерапії достатнє широке, і при відповідних модифікаціях психотерапевтичні методи можуть бути використані також і для вирішення психогігієнічних, психопрофілактичних і інших завдань (наприклад, соціально-психологічний тренінг, при якому одночасно із специфічними завданнями розвитку комунікативних навиків частково вирішуються також і проблеми збереження і зміцнення здоров'я).

Робочі техніки психолога в реабілітації — будь то в області психологічної діагностики або оцінки, в консультуванні або психотерапії — у жодному випадку неспецифічні; специфічні швидше адресати цієї допомоги, їх проблеми і ті умови, при яких повинні виявлятися ці послуги: неповноцінні люди і тяжкохворі, їх багатообразні життєві обмеження і найчастіше — інституційні рамки.

Психологічні втручання. Психологія і медицина застосовують різні види втручань (інтервенцій). М. Перре та У. Бауманн підрозділяють всі види інтервенцій, використовуваних в медицині, на чотири групи: медикаментозні (фармакотерапія), хірургічні (хірургія), фізичні (фізіотерапія) і психологічні (психотерапія). Метою психологічної реабілітації є зміненні відношення хворого до психотравмуючої ситуації і виробленні нової форми поведінки.

Психологічні інтервенції, у свою чергу, поділяються на педагогічно - психологічні (педагогічна психологія); трудові і організаційно-психологічні (психологія праці і організаційна психологія) і клініко - психологічні (клінічна психологія).

Методи клініко - психологічних інтервенцій — це психологічні засоби, які обирає психолог. Вони можуть бути вербальними або невербальними, орієнтованими або на когнітивні, або на емоційні, або на поведінкові аспекти, і реалізуються в контексті взаємин і взаємодій між пацієнтом і психологом. Проте психологічні засоби можуть бути направлені не тільки на зміну психічних процесів і станів, але і, опосередковано, на зміну стану організму.

Типовими психологічними засобами є бесіда, вправи або міжособові взаємини як чинник впливу і дії.

Основні напрями психотерапії

Психодинамічний напрям в психотерапії. В даний час розрізняють психоаналіз і психоаналітичну психотерапію. Остання у свою чергу підрозділяється на інсайт - орієнтовану і підтримуючу психоаналітичну психотерапію.

Поведінковий напрям в психотерапії (теорії соціального навчання, когнітивні підходи, когнітивно – поведінкова психотерапія).

Екзистенціально – гуманістичний напрям в психотерапії (екзистенційний аналіз, гуманістична і феноменологічна теорія) та ін.

Основні види терапії: індивідуальна, групова і сімейна терапія.

Поняття групової психотерапії. Групова і індивідуальна психотерапія є двома основною формою психотерапії. Специфіка групової психотерапії як лікувального методу полягає в цілеспрямованому використанні в психотерапевтичних цілях групової динаміки в лікувальній меті (тобто всій сукупності взаємин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи і групового психотерапевта). Так, існують уявлення, згідно яким індивідуальна психотерапія направлена на переробку глибинного внутрішньоособистісного психологічного конфлікту, тоді як групова психотерапія направлена на подолання конфліктів у сфері міжособової взаємодії.

В рамках психотерапії завдання групової психотерапії в найзагальнішому вигляді можуть бути сформульовані таким чином.

1. *Пізнавальна сфера* (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення): усвідомлення зв'язків «особистість — ситуація — хвороба», усвідомлення інтерперсонального плину власної особистості і усвідомлення генетичного (історичного) її плину.

2. *Емоційна сфера:* отримання емоційної підтримки і формування емоційніше сприятливого відношення до себе; безпосереднє переживання і усвідомлення нового досвіду в групі і самого себе; точне розпізнавання і вербалізація власних емоцій, а також їх ухвалення; переживання наново і усвідомлення минулого емоційного досвіду і отримання нового емоційного досвіду в групі.

3. *Поведінкова сфера:* формування ефективної саморегуляції на основі адекватного, точного саморозуміння і емоційніше сприятливого відношення до себе.

До основних *методів групової психотерапії* традиційно відносять групову дискусію, психодраму, психогімнастику, проектний малюнок і музикотерапію. Кожен з вказаних методів може використовуватися в психотерапії і як самостійний метод. Проте в даному випадку мова йде про комплексі методів, вживаних в роботі психотерапевтичної групи. Також використовують раціональну психотерапію; навіювання і самонавіяння; аутогенне тренування; спорттерапію, трудотерапію, ландшафттерапію, фітотерапію, ароматерапію, зоотерапію, терапію творчим самовираженням та ін.

Всі методи групової психотерапії умовно підрозділяють на: *основні і допоміжні, вербальні і невербальні*.

Ділення на вербальні і невербальні методи засноване на переважаючому виді комунікації і характері отриманого матеріалу. До вербальних методів відносять групову дискусію і психодраму, до невербальних — психогімнастику, проектний малюнок і музикотерапію. Вербальні методи базуються на вербальній комунікації і направлені переважно на аналіз вербального матеріалу. Невербальні методи спираються на невербальну активність, невербальну комунікацію і концентруються на аналізі невербальної продукції. Формальне розділення методів групової психотерапії на вербальні і невербальні є виправданим, але практично будь-яка взаємодія в групі включає як вербальний, так і невербальний компоненти. Облік і аналіз невербальної взаємодії в процесі використання вербальних методів, узгодженості або суперечності вербальної і невербальної комунікації складає істотний аспект групової дискусії і дозволяє більш повно і адекватно розкрити зміст тієї або іншої взаємодії. Тенденція до використання різних невербальних прийомів в ході групової дискусії, що істотно збагачує методичний арсенал психотерапевта, розширює зміст і покращує якість зворотного зв'язку за рахунок включення невербального матеріалу. Все це певною мірою виводить групову дискусію з жорстких рамок виключно вербального, розмовного методу. Разом з тим, використання невербальних прийомів не виключає необхідності вербальної взаємодії, зокрема обміну думками, вербалізації невербальної комунікації або емоційних станів учасників групи.

Основним методом групової психотерапії є групова дискусія, останні розглядаються як допоміжні. При цьому виходять з того, що всі методи групової психотерапії виконують дві основні функції — *психодіагностичну і власне психотерапевтичну*.

Групова дискусія є основним, опорним методом психотерапії. Разом з цим терміном уживаються такі поняття, як *вільна дискусія, спонтанна дискусія, неструктурована дискусія і ін.* Всі ці назви підкреслюють спонтанний, жорстко не структурований характер ведення групи, недирективність поведінки психотерапевта. Що ж є предметом групової дискусії? Зазвичай виділяють обговорення біографії пацієнта, певної теми і міжособової взаємодії в групі (інтерації). Таким чином, визначається три основні типи орієнтації групової дискусії: *біографічна, тематична та інтераційна*.

Психодрама може розглядатися як метод групової психотерапії, що є *ролевою грою*, в ході якої створюються необхідні умови для спонтанного виразу емоцій, пов'язаних із значущою проблематикою пацієнта. Психодрама як лікувальний психотерапевтичний метод була створена і розроблена Моренно на основі досвіду його театрального експерименту, «спонтанного театру», початкова мета якого не була пов'язана з психотерапією і полягала в розвитку і реалізації творчого потенціалу людини, його творчості в «театрі життя». Внутрішньоособистісні і міжособові зміни, що досягаються учасниками «спонтанного театру», послужили основою для подальшого розвитку психодрами як лікувального методу. В ході розігрування ситуацій виникають

спонтанність, креативність, справжній емоційний зв'язок між учасниками ситуації, катарсис, сприяючі розвитку творчої активності і досягненню інсайту. Все це створює сприятливу основу для творчого переосмислення власних проблем і конфліктів, вироблення глибшого і адекватнішого саморозуміння, подолання неконструктивних поведінкових стереотипів і способів емоційного реагування, формування нової, адекватної поведінки і нових способів емоційного реагування.

В ході групової психотерапії психодрама найефективніше може бути використана в комбінації з іншими методами: груповою дискусією, психогімнастикою та ін. Психодраматичному розігруванню може бути присвячене окреме заняття групи, проте найчастіше психодрама природним чином входить в процес групової дискусії.

Психогімнастика відноситься до невербальних методів групової психотерапії, в основі якого лежить використання рухової експресії. Психогімнастика припускає вираз переживань, емоційних станів, проблем за допомогою рухів, міміки, пантоміми. У основі психогімнастики лежить система прийомів, а також невербальні методики, використовувані в групах зустрічей.

Пантомімічна частина психогімнастики є найбільш важливою, і в зрілій психотерапевтичній групі займає велику частину психогімнастичного заняття. Пацієнтам пропонують теми, які вони розігрують без допомоги слів. Теми можуть бути запропоновані і психотерапевтом, і самими учасниками групи. Зміст тим для пантоміми не обмежено і може бути орієнтовано як на проблеми окремого пацієнта, так і на проблеми всіх членів групи одночасно і групи в цілому, тобто стосуватися міжособової взаємодії в групі.

Завершальна частина психогімнастики повинна сприяти зняттю напруги, яка могла виникнути у зв'язку із значущістю пантоміми або подальшого обговорення, і сильних емоцій, що супроводжували цю частину заняття, підвищенню згуртованості групи, зростанню довіри і упевненості в собі і в групі.

Психогімнастика в процесі групової психотерапії зазвичай проводиться як окреме заняття. Проте на початку групової дискусії психотерапевт при необхідності може запропонувати групі окремі психогімнастичні завдання.

Проективний малюнок. Основне завдання проективного малюнка полягає в отриманні додаткової інформації про проблеми окремих пацієнтів або групи в цілому. Так само як психодрама і психогімнастика, проективний малюнок сприяє виявленню і усвідомленню важко вербалізуємих проблем і переживань пацієнтів. Заняття будується зазвичай таким чином: кожен пацієнт отримує лист паперу, кольорову крейду (можна використовувати також кольорові олівці і фарби) і малює на задану тему. Для проективного малюнка якість не має істотного значення. Теми, пропоновані для малювання, можуть бути найрізноманітнішими і стосуватися як індивідуальних проблем окремих пацієнтів, так і загально групових проблем. Теми для малюнка зазвичай охоплюють три сфери: 1) минуле, сьогодення і майбутнє пацієнтів (якою я є, яким хотів би бути, яким здаюся оточуючим, я серед людей, моя сім'я, моя робота, мій найприємніший або неприємний спогад); 2) загальні поняття, що

відображають певні цінності і явища (любов, ненависть, хвороба, страх, здоров'я, залежність, відповідальність; 3) відношення в групі (я очима групи, моє положення в групі, наша група). Використовують також вільні теми (кожен член групи малює те, що він хоче) або сумісне малювання (вся група на одному великому листі паперу малює, наприклад, портрет групи). На малювання зазвичай відводиться 30 хв. Після цього група переходить до обговорення малюнків кожного пацієнта.

Проективний малюнок може проводитися як окреме заняття, але іноді виявляється корисним на початку групової дискусії.

Музикотерапія — це психотерапевтичний метод, що використовує музику як лікувальний засіб.

Музикотерапія існує в двох основних формах: *активною і рецептивною* (пасивною). Активна музикотерапія є терапевтично направленою, активною музичною діяльністю: відтворення, фантазування, імпровізацію за допомогою власного голосу або вибраних музичних інструментів. Рецептивна музикотерапія припускає процес сприйняття музики з терапевтичною метою. У свою чергу, рецептивна музикотерапія проводиться в трьох формах: комунікативною (сумісне прослуховування музичних творів, направлене на підтримку взаємних контактів, взаєморозуміння і довіри); реактивною (направленою на досягнення катарсису) і регулятивною (сприяючою зниженню нервово-психічної напруги).

У груповій психотерапії музикотерапія застосовується часто. Зазвичай в лікувальній практиці використовується рецептивна музикотерапія з орієнтацією на комунікативні завдання. Пацієнти в групі прослуховують спеціально підібрані музичні твори, а потім обговорюють власні переживання, спогади, фантазії (часто проектного характеру), що виникають у них в ході прослуховування. На одному занятті прослуховується, як правило, три твори або більш менш закінчених музичних уривка (кожен по 10-15 мін). Програми музичних творів складають на основі поступової зміни настрої, динаміки і темпу з урахуванням їх різного емоційного навантаження. Перший твір повинен формувати певну атмосферу для всього заняття, проявляти настрої пацієнтів, налагоджувати контакти і вводити в музичне заняття, готувати до подальшого прослуховування. Це спокійний твір, що відрізняється релаксуючою дією. Другий твір — динамічне, драматичне, напружене. Воно несе основне навантаження, його функція полягає в стимулюванні інтенсивних емоцій, спогадів, асоціацій проектного характеру з власного життя пацієнтів. Після його прослуховування в групі приділяється значно більше часу для обговорення переживань, спогадів, думок, асоціацій, що виникають у пацієнтів. Третій твір повинен зняти напругу, створити атмосферу спокою. Воно може бути також спокійним, релаксуючим, або, навпаки, енергійним, таким, що дає заряд бадьорості, оптимізму, енергії.

Розглядаючи основні напрями лікувальної дії музики, виділяють 4 аспекти: 1) емоційне активування в ході вербальної психотерапії; 2) розвиток навиків міжособового спілкування — комунікативних функцій і здібностей; 3) регулюючий вплив на психовегетативні процеси; 4) розвиток естетичних

потреб. Як механізми лікувальної дії музикотерапії указують: катарсис, емоційну розрядку, регулювання емоційного стану, полегшення усвідомлення власних переживань, конфронтацію з життєвими проблемами, підвищення соціальної активності, придбання нових засобів емоційної експресії, полегшення формування нових

В процесі групової психотерапії активність пацієнтів може стимулюватися за допомогою різних додаткових завдань, наприклад: постаратися зрозуміти, чий емоційний стан більшою мірою відповідає даному музичному твору; з наявної фонотеки підібрати свій «музичний портрет», твір, що відображає власний емоційний стан.

При груповій психотерапії використовується і активний варіант музикотерапії. Для цього необхідний набір простих музичних інструментів або навіть предметів, що видають звуки. Пацієнтам пропонується виразити свої відчуття або провести діалог з ким-небудь з членів групи за допомогою вибраних музичних інструментів. Як варіант активної музикотерапії може розглядатися хорівий спів. Виконання музичних творів психотерапевтом або учасниками групи (разом або індивідуально) також має лікувальний ефект, сприяючи створенню довірчої, теплої атмосфери.

Широко застосовується в реабілітаційній психології також психологічне консультування.

Психологічне консультування: а) використовує психологічні засоби дії; б) виконує в основному функції розвитку і профілактики (а іноді — і лікування, і реабілітації); в) має своєю метою досягнення позитивних змін в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах; г) містить як свою наукову основу психологічні теорії; д) потребує емпіричної перевірки (вивчення ефективності); е) здійснюється в професійних рамках.

Подібно до психотерапії психологічне консультування може мати в своїй основі різні теоретичні підходи (Психодинамічний, поведінковий, гуманістичний). Незалежно від теоретичної орієнтації виділені наступні основні завдання психологічного консультування:

- 1) емоційна підтримка і увага до переживань клієнта;
- 2) розширення свідомості і підвищення психологічної компетентності;
- 3) зміна відношення до проблеми (з безвиході до вибору рішення);
- 4) підвищення стресової і кризової толерантності;
- 5) розвиток реалістичності;
- 6) підвищення відповідальності пацієнта і вироблення готовності до творчого освоєння миру.

Діяльність *реабілітаційних психологів* визначається багатьма дисциплінами психології, особливо загальною, педагогічною і клінічною психологією, а також психологією розвитку, праці і соціальною психологією.

Контрольні питання:

1. Розкрийте поняття про неповноцінність та реабілітацію.
2. Які особливості реабілітаційної психології та психологічної реабілітації?

3. Назвіть види реабілітації.
4. Що таке план реабілітаційної роботи, завдання реабілітації?
5. Які вимоги до особистості реабілітаційного психолога?
6. В чому полягають правові основи реабілітації?
7. Опишіть основні принципи реабілітації.
8. Що таке об'єкти та суб'єкти реабілітації, модель реабілітаційної служби?

Тема 2. ВИМОГИ ДО ОСОБИСТОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПСИХОЛОГА

План

1. Українська медична реформа ХХІ століття і реабілітаційна психологія.
2. Вимоги до психолога, що працює в реабілітаційній мультифункціональній бригаді.
3. Особливості роботи реабілітаційного психолога з постраждалими.

Основні поняття: реабілітаційна медицина; реабілітаційна мультифункціональна бригада, біопсихосоціальна модель реабілітації, професійна етика в роботі реабілітаційного психолога, реабілітаційні центри, штати реабілітаційних центрів, функції реабілітаційного психолога, тактики реабілітаційного психолога

2.1. Українська медична реформа ХХІ століття і реабілітаційна психологія

В Україні діє пострадянська система реабілітації, яка потребує перебудови.

Що являє собою законодавча база з проблеми реабілітації в країні?

В 2005 р. ухвалили закон «Про реабілітацію інвалідів». Цим законом визначаються види реабілітаційних послуг в Україні, також поняття «реабілітаційна установа», «індивідуальна програма реабілітації», «медико – соціальна експертиза» та ін. На той час закон був прогресивним.

В квітні 2015 р. при комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я створюється координаційна рада з питань реабілітації під керівництвом народного депутата І. Сисоєнко. Основна мета утворення – складання проекту закону «Про реабілітацію» на базі опрацювання світового (ізраїльського) досвіду, зоб розробити сучасний проект, який би гарантував ефективну реабілітацію не лише бійцям, але і всім потребуючим, та регулював би всі ланки реабілітаційного процесу – і фізичну реабілітацію, і психологічну, і соціальну.

В квітні 2016 розглянуто проект закону «Про попередження інвалідності та систему реабілітації» І. Сисоєнко - відхилено

В жовтні 2017 р. розглянуто проект Закону про внесення змін до Закону України «Про реабілітацію інвалідів України» щодо встановлення групи інвалідності учасникам антитерористичної операції; закон прийнятий у 2018 р. Закон, що вийшов в 2005 р., допрацьовується.

Біопсихосоціальна модель реабілітації проти медичної моделі обмеження інвалідності.

Згідно висновку оцінювальної місії з питань реабілітації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в грудні 2015 р., в Україні поняття та розуміння «інвалідності» не відповідає сучасному та міжнародно узгодженому розумінню обмежень життєдіяльності та функціонуванню. Послуги реабілітації в Україні традиційно надаються в курортному середовищі; українське кадрове забезпечення реабілітації не сягає світових та європейських стандартів (Швидко А.).

На думку директора школи реабілітаційної медицини Українського католицького університету Голика В., в Україні існує так звана «медична модель обмеження життєдіяльності або інвалідності» і виконується традиційна схема: лікар – медсестра – пацієнт; цю систему координат треба змінювати на біопсихосоціальну, в основі якої в центрі не лікар, а пацієнт; мета реабілітації – не накачування м'язів, а відновлення функціональне постраждалого; колектив фахівців об'єднанні навколо одного хворого, один лікар не зможе все зробити.

Наприклад, в європейських країнах реабілітаційну роботу з постінфарктними хворими починають ще в лікарні, а через 5 днів направляють хворого на лікування в реабілітаційні відділення, потім – в санаторії; в нашій країні, на жаль, беруть таких пацієнтів лише через 2 місяці після інфаркту, і втрачають час на реабілітацію.

Існують різні реабілітаційні заклади, наприклад: Школа ходи (Австрія), реабілітаційний центр при Львівському протезному заводі; лікарня відновного лікування МВС України; Центр реабілітації для поранених військових (під Києвом); Республіканська клінічна лікарня реорганізується у сучасний Реабілітаційний центр (2017 р.); для ефективності реформи треба багато центрів; також ПрАТ «Укрпрофоздоровниця», яка об'єднує понад 80 санаторіїв із різних кліматичних зон країни.

Поновлюються класифікатори професій (з серпня 2016 р.): лікар фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевт, фізичний терапевт.

Для реформування реабілітаційної медицини в Україні, вважає А. Турчин (амбулаторно – діагностична допомога Київської обласної клінічної лікарні), потрібен не рік, і не два.

Має бути законодавча база: визначення протоколів реабілітації пацієнтів при тих чи інших хворобах, операціях, травмах. Щоб налагодити систему навчання спеціалістів, треба чимало часу. Також треба матеріальну базу для організації оснащення реабілітаційного центру. При використанні сучасних методик пацієнту можуть швидше проходити процес ресоціалізації й реадаптації після хвороби чи травми.

Єдина державна програма про реабілітацію в Україні ще в стадії розробки, відмічає депутат І. Сисоєнко. Згідно законопроекту, треба

створювати мультифункціональні бригади медичних працівників для здійснення реабілітації, а також реабілітаційні центри та реабілітаційні відділення при лікарнях, також створення навчальних програм для нових фахівців. Через те, що проект ще не ухвалений, бюджетні кошти для реабілітації використовуються не ефективно.

До запровадження комплексної фізичної та реабілітаційної медицини в Україні долучились військові та медичні заклади: представники Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції, Державного управління справами (03. 2017 р.). Були затверджені напрями дорожньої карти розвитку реабілітаційної служби в Україні, обговорені шляхи імплементації заходів на етапах підгострої та довготривалої реабілітації у спеціалізованих закладах, не підпорядкованих МОЗ.

Треба уніфікувати стандарти надання реабілітації, незалежно від того, де вона здійснюється (Сивак О, заступник міністра охорони здоров'я з питань європейської інтеграції)

Отже, є проблема кадрового забезпечення реабілітації, кожен пацієнт потребує кожен день на трьохгодинні заняття з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, або іншим спеціалістом з мультидисциплінарної команди

Треба дуже швидко побудувати (перезавантажити) якісну вітчизняну освіту, та дати можливість працювати тим, хто був «у тіні»; підвищувати професійний розвиток завдяки об'єднань професіоналів.

Як показав світовий досвід, до мультидисциплінарної реабілітаційної команди входять:

лікар фізичної та реабілітаційної медицини; фізичний терапевт; ерготерапевт; логотерапевт; соціальний працівник; психолог; протезист – ортезист; реабілітаційна медична сестра.

Реабілітаційні заходи мають узгоджуватися. Доцільно, коли лікар володіє не лише своєю необхідною компетенцією, але й знає про функції роботи своїх колег з бригади.

Не зважаючи на проблеми в законодавстві щодо медичної реформи в Україні, у відділенні відновного лікування Військово - медичного клінічного центру Західного регіону Міністерства оборони України вже є позитивні результати командного підходу в наданні реабілітаційної допомоги (Данілкін Р., 2017).

2.2. Вимоги до психолога, що працює в реабілітаційній мультифункціональній бригаді

Професійна етика в діяльності реабілітаційного психолога.

Розглядаючи питання про професійну етику реабілітаційного психолога, доцільно зупинитися на сучасних моделях медичної етики.

Виділяють 4 співіснуючих моделі: 1). модель Гіппократа. 2) модель Парацельса. 3) біоетика . 4) деонтологічна модель.

Історичні особливості і логічні підстави кожною з моделей визначали становлення тих моральних принципів, які складають сьогодні ціннісно-нормативний зміст сучасної медичної етики.

«*Моделлю Гіппократа*» (Гіппократ, 460-377 рр. до н.е.) можна назвати ту частину лікарської етики, яка розглядає проблему взаємовідношення лікаря і пацієнта під кутом зору соціальних гарантій і професійних зобов'язань медичного співтовариства. **ПРИНЦИП «НЕ НАШКОДЬ»**

Мова йшла про зобов'язання перед вчителями, колегами і учнями, про гарантії неспричинення шкоди («Я направляю режим хворих до їх вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від всякої шкоди і несправедливості»), надання допомоги, прояву пошани, про негативне відношення до вбивства і евтаназії («Я не дам ніякому просимого у мене смертельного засобу і не покажу шляху для подібного задуму»), про лікарську таємницю («Що б при лікуванні — а також і без лікування я не почув відносно життя людини з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею»).

«*Модель Парацельса*» (1493-1541 рр.) склалася в середні віки. Якщо в гіппократівській моделі завойовується соціальна довіра особі пацієнта, то «модель Парацельса» — це врахування індивідуальних особливостей людини, визнання глибини її душевних контактів з лікарем і включення цих контактів в лікувальний процес. **ПРИНЦИП «РОБИ ДОБРО»**

У межах «моделі Парацельса» повною мірою розвивається патерналізм як тип взаємозв'язку лікаря і пацієнта. Медична культура використовує латинське поняття *pater* — «отець». Парацельс писав: «Сила лікаря — в його серці, найважливіша основа ліків — любов». «Той, хто більше вірить, виліковується кращим». Інший видатний лікар Абу-аль-Фарадж в 8 ст. писав: «Нас троє — ти, хвороба і я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишуся один — ви мене здолаєте; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна — ми її здолаємо».

«*Біоетика*». У 60 - 70-х рр. ХХ ст. формується нова модель медичної етики, яка розглядає медицину в контексті прав людини. Термін «біоетика» (етика життя) запропонований Ван Ренселлером Поттером в 1969 р., розкривається як «систематичні дослідження поведінки людини в області наук про життя і охорону здоров'я в тій мірі, в якій ця поведінка розглядається в світлі моральних цінностей і принципів».

Основним моральним принципом біоетики стає **ПРИНЦИП «ПОШАНИ ПРАВ І ДОСТОЇНСТВ ЛЮДИНИ»**. Під впливом цього принципу міняється рішення «основного питання» медичної етики — питання про відношення лікаря і пацієнта. Сьогодні гостро коштує питання про участь хворого в ухваленні лікарського рішення. Це далеко не «вторинна» участь оформляється в нових типах взаємовідношення лікаря і хворого — інформаційний, узгоджений, інтерпретаційний типи є за своєю формою захист прав і достоїнства людини. У сучасній медицині обговорюють не тільки допомогу хворому, але і можливості управління процесами патології, вмирання з вельми проблематичними фізичними і метафізичними (етичними) наслідками цього

для людської популяції в цілому.

«*Деонтологічна модель*». Термін «деонтологія» («deontos» — належне, «logos» — учення) ввів англійський філософ Бентам (1748-1832), позначаючи цим словом науку про обов'язок, етичну досконалість. У медицині це відповідність поведінки лікаря певним етичним нормативам. Основою деонтології є відношення до хворого таким чином, як би в аналогічній ситуації хотілося, щоб відносилися до тебе. Суть деонтології лікування розкриває символічний вислів голландського лікаря XVII в. ван Туль - Псі: «Світивши іншим, згораю сам». Термін «деонтологія» ввів у вітчизняну медичну науку в 40-х роках ХХ в. Петров. **ПРИНЦИП «ДОТРИМАННЯ ОBOB'ЯЗКУ»**

Деонтологічна модель лікарської етики — це сукупність «належних» правил (дотримання себе з «належним» і здійснення оцінки дії не тільки за результатами, але і в помислах), відповідних тій або іншій конкретній області медичної практики. Деонтологія включає питання дотримання лікарської таємниці, заходи відповідальності за життя і здоров'я хворих, проблеми взаємин в медичному співтоваристві, взаємин з хворими і їх родичами. Коли правила поведінки відкриті і точно сформульовані для кожної медичної спеціальності, принцип «дотримання обов'язку» не визнає виправдань при ухиленні від його виконання. Ідея обов'язку є визначальною, необхідною і достатньою підставою дій лікаря. Якщо людина здатна діяти на безумовну вимогу «обов'язку», то така людина відповідає вибраній нею професії, якщо немає, то вона повинна покинути дане професійне співтовариство. До середини ХХ ст. медична деонтологія стає інтернаціональною, з'являються міжнародні документи, що регламентують поведінку лікаря: Женевська декларація (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), декларація (1964) Хельсінкі, Токійська декларація (1975) і ін.

Особистісні якості реабілітаційного психолога

Основною метою психологічної реабілітації являється допомога постраждалій або хворій людині в адаптації до нових умов життя, в становленні себе як самоактуалізованої особистості.

Інтеграція особистості, зростання автентичності і спонтанності, можливе ухвалення і усвідомлення себе, зменшення розбіжності між Я-концепцією хворого і його досвідом розглядаються як найбільш значущі чинники реабілітаційного процесу.

Ось чому завдання психолога є підвищення рівню усвідомлення хворим своєї поведінки, корекція відношення до себе і до оточуючих, звільнення прихованого творчого потенціалу і здібності до саморозвитку. Новий досвід, сприяючий особовій інтеграції, хворий набуває за рахунок спілкування з іншими людьми, з психологом або групою тренінгу.

Виходячи з «триади Роджерса», психолог в ході своєї роботи з пацієнтом послідовно реалізує три основні змінні реабілітаційного процесу: 1) *емпатія* (це здатність психолога встати на місце хворого людини, відчути його внутрішній світ), 2) *безумовне позитивне ухвалення* (відношення до людини як до особи безумовної цінності, незалежно від її зовнішнього поведінки); 3)

автентичність психолога (істинність поведінки самого психолога; поведінка відповідає тому, який він є насправді).

Емпатія як «відчуття» внутрішнього світу пацієнта, - виступає необхідним способом пізнання хворого. Також безумовне позитивне відношення до іншої людини з боку психолога створює перспективу розвитку адекватного образу її «Я». Конгруентність самого психолога показує пацієнту на перевагу відвертості, щирості, тим самим допомагаючи йому також звільнитися від зайвих «фасадів».

Таким чином, можна позначити круг *особистісних якостей, що підвищують комунікативну компетенцію реабілітаційного психолога:*

6. відкритість;
7. здатність зберігати емоційну стійкість;
8. гнучкість;
9. добре знання медицини;
10. інтуїція;
11. терпимість;
12. щирість;
13. уважність;
14. уміння створити ситуацію соціальної фасілітації – це підвищення швидкості або продуктивності діяльності індивіда внаслідок уявної чи реальної присутності іншої людини або групи людей, - без втручання в його дії, - які виступають як суперники чи спостерігають за його діями.
15. щирий глибокий інтерес до людей

Також визначимо особистісні *якості, що знижують комунікативну компетенцію реабілітаційного психолога:*

- a. авторитарність;
- b. замкнутість;
- c. невміння бути терпимим до ситуації і поведінки хворого.
- d. пасивність;
- e. схильність використовувати пацієнтів у своїх цілях

Модель реабілітаційного психолога, що працює з хворою людиною:

- a. автентичність (здатність людини відповідати за себе);
- b. відкритість власному досвіду (здатність вільно виражати свої емоції);
- c. добре розвинене самопізнання (добре орієнтується у своєму «Я»);
- d. емпатія;
- e. сила особистості (психолог дозволяє бути собі таким, яким він є);
- f. стресостійкість (Див. також Мелоян А.Е., Єгорова О.Б., 2018).

2.3. Особливості роботи реабілітаційного психолога з постраждалими

Завдання реабілітаційного психолога з пацієнтами визначаються багатьма факторами.

Так, в роботі з реабілітації психічно хворих М.М. Кабанов називає такі завдання для психолога:

1. Вивчення особистості хворого, структури порушень і механізмів їх

компенсації, соціальних позицій і ролевої поведінки хворого в різних групах, отримання даних для функціонального діагнозу і динамічна корекція з урахуванням завдань і результатів відновного лікування.

2. Соціально-психологічне дослідження спілкування хворих, взаємин в сім'ях і в лікувальних групах, їх динаміки в процесі психопедагогічної і соціотерапевтичної роботи.

3. Дослідження терапевтичного колективу, взаємин хворих і медичних працівників і розробка рекомендацій по оптимізації терапевтичного середовища.

4. Оцінка психологічних чинників позатерапевтичного соціального оточення, що роблять вплив як на форми організації терапевтичного середовища в медичних установах, так і на способи й можливості реабілітації осіб, що перенесли психічні і інші захворювання, і сумісне з лікарем проведення заходів, сприяючих зміні впливів середовища в потрібному напрямі.

5. Безпосередня участь в проведенні лікувально - пристосованої, психотерапевтичної і психокорекційної роботи.

Карвасарський Б.Д. і спів. до практичних завдань діяльності психолога в реабілітаційному центрі або відділенні відносять такі:

- a. експериментально - психологічне обстеження пацієнтів в цілях диференціальної діагностики, прогнозу і розробки перспектив терапії і соціально-трудової реабілітації;
- b. експериментально-психологічне обстеження з метою об'єктивізації динаміки психологічної складової стану пацієнта для обліку передумов ефективності соціально-трудової реабілітації;
- c. експериментально-психологічне обстеження з метою оцінки ступеня і структури порушень психічного функціонування при проведенні соціально-трудової реабілітації;
- d. психологічний аналіз особливостей сімейного життя;
- e. проведення психокорекційних заходів для реалізації лікувально-реабілітаційних режимів на різних етапах реабілітаційного процесу, направлених на профілактику психологічних наслідків перенесеного психічного розладу, подолання ізоляції, явищ госпіталізму, розвиток навиків взаємодії, цілеполягання, формування життєвої перспективи;
- f. психологічна дія з метою оптимізації сімейно-подружніх відносин;
- g. психологічна робота з мікросоціальним оточенням пацієнта на різних етапах реабілітації;
- h. формування і актуалізація соціально-трудова можливостей з їх усвідомленням пацієнтом, вибір напрямку соціальної і професійної адаптації.

В ході реабілітаційної роботи також психолог веде групи суппортивної (підтримуючої) психотерапії, проводить засідання клубу колишніх пацієнтів, здійснює періодичні консультації з сім'єю пацієнта, проводить різні види тренінгу, бере участь в роботі соціального працівника, за дорученням лікаря бере участь в проведенні інших соціально-реабілітаційних заходів (терапія середовищем, терапія зайнятістю, вирішення соціальних питань і ін.).

Як підкреслює С.В. Голєв, *процес реабілітації починається* з оцінки й лікування хвороби, травми або патологічного стану. Крім цього, повинна проводитися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування, і його вплив на соціальні, психологічні та професійні навички індивідуума. Лікування стану в гострому періоді орієнтоване на травму або захворювання, що приводить до інвалідності. Реабілітація ж, навпаки, орієнтується на підлягаючі зберіганню навички і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей пацієнта.

Термін *«реабілітаційний центр»* означає різні варіанти пропонованого обслуговування. Існують реабілітаційні центри для більшості типів фізичних і психічних патологічних станів, а також розладів особистості. Реабілітаційні центри для фізичних інвалідів являються, ймовірно, найбільшими з існуючих установ, в яких *реабілітаційні міждисциплінарні бригади* надають широкий спектр послуг. Це пов'язано як з різноманітністю навичок, необхідних для ефективного лікування наявних порушень, так і з тенденцією до спеціалізації в медицині як засобу оптимізації охорони здоров'я.

Центри з реабілітації в спеціальних зонах проблем здебільшого є монодисциплінарними установами, або ж послуги представників інших медичних професій використовуються там як додаткове лікування в обмеженому об'ємі. Проте, чим ширшим є лікувальний підхід, тим більше міждисциплінарною повинна бути реабілітаційна бригада.

Лікувальні програми в реабілітаційних центрах повинні бути достатньо специфічними для ефективного впливу на основну дисфункцію клієнта і в той же час достатньо широкими для вирішення проблем, супутніх інвалідності. Певні послуги у ряді випадків можуть бути недоступні в даному центрі. У таких ситуаціях звертаються до установ відповідного профілю для забезпечення необхідної спеціалізованої допомоги. За відсутності надання такої допомоги загальний результат реабілітації виявиться низьким, не дивлячись на якісь успіхи, досягнуті в даному центрі в інших областях.

Програми реабілітаційних центрів (див. тему 1) різні в різних регіонах, навіть щодо одного і того ж розладу. Це обумовлено різними чинниками, в тому числі фінансовими міркуваннями, величиною обслуговуваного контингенту, наявністю кваліфікованих фахівців і відношенням громадськості до реабілітації. Крім того, є істотні відмінності, викликані розбіжністю в думках фахівців щодо того, які методи лікування є найбільш ефективними. Насправді, найімовірніше, що ряд загальних підходів придатний для роботи з більшістю пацієнтів, тоді як певні стани вимагають *використання* якихось специфічних методів.

Штати реабілітаційних центрів зазвичай складаються з професіоналів, парапрофесіоналів і адміністративного персоналу. Фінансові міркування примушують іноді спиратися, в основному, на допомогу парапрофесіоналів. Проте, використання парапрофесіоналів доцільно, якщо вони мають досвід роботи з даним типом інвалідності і володіють різними прийомами реабілітаційної впливу.

Б.Д. Карвасарський і спів. (2007) описують *«бригадну» модель* надання медичної допомоги на матеріалі психіатричної служби. В центрі бригади лікар,

що працює спільно з психотерапевтом, психологом і соціальним робітником. Відповідно до біопсихосоціальної парадигми медицини кожен з них виконує свій діагностичний, лікувальний і реабілітаційний план під керівництвом і в тісній співпраці з лікарем.

З погляду М. Перре, У. Бауманн (2002), клініко- психологічні інтервенції характеризуються: 1) вибором средств (методів); 2) функціями (розвиток, профілактика, лікування, реабілітація); 3) цільовою орієнтацією процесу на досягнення змін; 4) теоретичною базою, якою виступає теоретична психологія; 5) емпіричною перевіркою; 6) професійними діями. Розглянемо докладніше основні характеристики функцій.

Робоче місце (лабораторія, кабінет) **психолога** організовується також в інших установах і підрозділах — кабінетах психологічного розвантаження медико-санітарних частин, кабінетах соціально-психологічної допомоги, психологічних консультаціях, психотерапевтичних клубах і клубах колишніх пацієнтів, психотерапевтичних студіях.

Активна розробка бригадної моделі надання психіатричної і психотерапевтичної допомоги, заснованої на принципах організації терапевтичного середовища, терапевтичного співтовариства і сучасних їх форм на основі концепції «терапевтичного поля» дозволила не тільки упровадити в загальномедичну практику психотерапевтичну і психіатричну допомогу, але також наблизити психологічну і соціальну роботу до населення за рахунок створення в психоневрологічних диспансерах, поліклініках і багатопрофільних лікарнях психотерапевтичних кабінетів.

Не дивлячись на скрутне економічне становище установ охорони здоров'я, третина психотерапевтичних кабінетів наближається до стандарту, що передбачає включення до складу психотерапевтичного кабінету приміщень для проведення індивідуальної і групової психотерапії, кабінету психолога і соціального працівника. В більшості випадків психотерапевтичні кабінети мають в своєму розпорядженні приміщення, персональні комп'ютери, аудіосистеми, тобто необхідними умовами для проведення ефективної допомоги пацієнтам. Важливим показником є зростання числа психотерапевтичних кабінетів в багатопрофільних лікарнях і профільних медичних центрах, що указує на стратегію наближення до населення реальної системи, що виправдала себе, по охороні психічного здоров'я.

Можливість лікувально-профілактичної установи ставити відповідні завдання перед психологом багато в чому визначає перспективи реабілітації і адаптації пацієнтів після проведеного лікування, прогнозування якості ремісії і якості життя.

Участь психолога в реабілітації хворих і в психокорекційній роботі. При реабілітації хворих фармакобіологічні засоби, психосоціальні методи лікування і заходи направлені на соціальне оточення і оптимізацію зовнішніх умов адаптації. Вони фокусуються на запобіганні або зниженні стійких наслідків захворювання і на відновленні або зміцненні особистого і соціального статусу хворих, вимагають участі реабілітаційного психолога і надають можливості для реалізації професійних знань і навиків. Важливою формою організації цієї

діяльності є бригадні форми роботи, в яких керівна роль лікаря здійснюється при рівноправній участі різних інших фахівців. Лікар і психолог, співробітничавши в бригаді з соціальними працівниками, фахівцями з трудової терапії і терапії зайнятостю, по лікувальній фізкультурі і ін., привносять в роботу не тільки різні елементи, але і розглядають однорідні явища під різною точкою зору, взаємно доповнюючи один одного.

При цьому лікар відображає, з урахуванням даних психологічного дослідження, клінічний аспект розгляду хворого і клініко - патогенетичні обґрунтування лікувально - відновної програми, тоді як психолог більше зосереджений на особистісному (та міжособистісному) підході до хворим і до відносин в терапевтичному колективі. Виконуючи самостійні функції, реабілітаційний психолог повинен забезпечувати відповідною інформацією інших членів бригади, оцінювати зі своїх професійних позицій інформацію, що поступає від них, і використовувати її для підвищення ефективності узгодженої роботи.

Серед особистісних характеристик психолога, що традиційно розглядаються як чинники ефективності психологічної реабілітації, найчастіше указують наступні: відкрита позиція психолога відносно пацієнтів, вміння сприймати відмінні від своїх погляди, позиції, переконання і думки, відсутність оцінного підходу, гнучкість, терпимість, емпатія, автентичність, пошана до іншого, бажання допомогти, щирість, вміння створити доброзичливу і безпечну атмосферу в групі і ряд інших. Звичайно, всі ці характеристики, безумовно, допомагають психологові в роботі.

Особливості організації роботи психолога в реабілітаційних центрах (відділеннях) психіатричної служби. Важливою складовою частиною роботи психолога в установах психіатричного профілю є його участь в реабілітаційних заходах.

Зміст і об'єм роботи психолога в реабілітаційних підрозділах обумовлені конкретним змістом реабілітаційних програм, в яких медикаментозна терапія, психотерапія, психологічна дія і формування соціально-трудових навиків складають єдине ціле і сприяють кінцевій меті — поверненню хворого в суспільство.

Підсумком реабілітації повинна з'явитися перебудова структури особистості хворого. Це кінцева мета всіх реабілітаційних програм. Важливим їх елементом є сучасні моделі терапії зайнятостю, одним з варіантів якої на пізніших етапах реабілітації є трудова терапія. Тактика трудової терапії на кожному етапі реабілітації варіює і розробляється спільними зусиллями фахівців. До складу бригади в даний час входять лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, психолог, фахівець з соціальної роботи, фахівець з *трудоуважливості*, а також інструктори по праці, соціальні працівники, медичні сестри. На завершальних етапах реабілітації — етапах так званої пробної соціалізації — актуалізується вплив виробничих колективів, гуртожитків для осіб, що втратили соціальні зв'язки, клубів колишніх пацієнтів.

На *першому*, медичному, *етапі реабілітації* реалізуються психосоціальні методи дії у поєднанні з лікувальними програмами, зокрема із застосуванням

біологічних методів лікування. Цей етап частіше здійснюється в умовах стаціонарних (терапевтичних) відділень.

Спільні зусилля психолога та інших учасників терапевтичної бригади направлені, в першу чергу, на профілактику явищ «госпіталізму», обмежень у взаємовідношенні пацієнта з соціальним оточенням, на збереження і відновлення соціального функціонування пацієнта.

На даному етапі психолог проводить обстеження хворого при виході його з гострого стану, використовуючи експериментально-психологічні методи, метод динамічного спостереження — для вивчення характеру участі пацієнта в лікувальних і соціально-реабілітаційних заходах, вивчає анамнез, у тому числі і професійний, знайомиться з характером сімейно-подружніх відносин. Проводиться «перший зріз» особистості хворого, виявляються порушені і збережені сторони особистості, інтереси, сфера потреб і структура мотивації, система відносин, пізнавальні можливості. Розробляється індивідуальна програма реабілітації з урахуванням клінічної картини, культурного рівня, інтересів, особових особливостей, професійних навиків, досягнень і переваг.

Основна дія на цьому етапі роботи — медична, тому психолог приділяє особливу увагу усвідомленій участі пацієнта в процесі терапії. Форми трудотерапії і терапії зайнятстю на цьому етапі носять менш диференційований характер, хоча їх значення важко переоцінити, оскільки раннє включення пацієнта в терапію зайнятості і трудову терапію сприяє попередженню психологічних ефектів його ізоляції, формування рентних установок і деструкції соціально-культурного світосприймання у пацієнта. Спостереження за пацієнтом на цьому етапі реабілітації дозволяє охарактеризувати поза професійні параметри діяльності хворого: загальну активність, критичність, стійкість уваги і характеристики мотиваційної сфери.

Психокорекційна діяльність психолога включає поведінковий тренінг у поєднанні з реалізацією нескладних соціально-орієнтованих завдань, однією з дій яких є емоційна підтримка і демонстрація успіху для виключення негативних емоцій в процесі терапії зайнятстю і трудовій терапії.

Головним психологічним критерієм успішного завершення першого етапу реабілітації вважається поява у пацієнта позитивного емоційного відношення до спілкування з іншими пацієнтами, до терапії зайнятстю і трудової терапії.

Другий етап реабілітації проводиться на базі лікувально-трудова майстерень і в рамках «виробничої праці». Основним завданням є повернення хворого до організованої професійної праці і підготовка його до самостійного життя.

Трудова терапія і терапія зайнятстю на цьому етапі передбачає формування критичного відношення до себе і своїм можливостям, соціально-трудова оцінки своєї особистості, установок, цілей і відносин. Відновлюється здібність до співпраці, постановки особових завдань, формування трудової перспективи.

Спільно з іншими фахівцями бригади, зокрема з фахівцями з трудової терапії, психолог розробляє рекомендації з професійної переорієнтації пацієнта,

відповідно до його особистісних і функціональних можливостей, професійної підготовки і життєвого досвіду.

Заходи щодо професійної переорієнтації повинні враховувати дані клініко - психологічного обстеження пацієнта, динаміку його соціально-трудового відновлення, в яких відбивається не тільки ступінь збереження трудових установок і інтересів, критичність, структура внутрішньої картини хвороби, але також розуміння пацієнтом свідчень і протипоказань до професійної діяльності на тому або іншому рівні, його особову активність.

На даному етапі реабілітації результати експериментально - психологічного обстеження пацієнта доповнюються відомостями про його роботу в умовах лікувально-трудова майстерень, участі в соціотерапевтичних заходах, терапії зайнятості, про відношення сім'ї до перспектив трудової діяльності, про ресурси професійної і соціальної підтримки пацієнта. Аналіз змісту структури і динаміки мотивів діяльності пацієнта націлений на перехід цієї діяльності до свідомо регульованої.

Індивідуальна програма реабілітації включає психокорекційні заходи, що передбачають орієнтацію пацієнта на адекватні соціальні відносини і професійну діяльність.

Головним психологічним критерієм успішного завершення другого етапу реабілітації вважають появу у пацієнта стійкої потреби в міжперсональному спілкуванні, усвідомлення і ухвалення ним плану трудового влаштування, усвідомлення необхідності включення в трудову діяльність.

Третій етап реабілітації (завершальний) припускає проведення комплексу засобів, направлених на включення пацієнта в самостійне життя і самостійну працю в індивідуально створених або звичайних умовах професійної діяльності.

Для вирішення цього завдання, особливо при захворюваннях, що супроводжуються значними змінами особистості і зниженням можливостей соціально-трудова адаптації, передбачається створення спеціальних гуртожитків для мешкання пацієнтів, виписаних з психіатричних стаціонарів і позбавлених можливості самостійного мешкання і трудового пристрою. Для колишніх пацієнтів психіатричних клінік і інвалідів по психічних розладах передбачається організація спеціальних робочих місць.

Психолог і реабілітаційна бригада виступають у ряді випадків як посередник між хворим і його звичайним соціальним і професійним оточенням. Через активну участь в спілкуванні і праці життя і діяльність кожного пацієнта набувають соціально значущого характеру.

Для забезпечення цього процесу психолог проводить психологічний аналіз участі пацієнта в соціальній і професійній діяльності, враховує індивідуальні професійні зусилля, сприяє встановленню оптимального балансу можливостей пацієнта і вимог до нього з боку соціального оточення. Для подальшого формування у пацієнта стійкої професійної мотивації психолог привертає соціальне і професійне його оточення; здійснює тренінг психологічних навиків, необхідних в професійній діяльності і міжперсональній взаємодії, використовуючи багатий арсенал сучасних поведінкових і

комунікативно-орієнтованих прийомів психологічної дії.

У комплексі мотивів життєдіяльності матеріальна зацікавленість використовується для розвитку системи мотивації, формування цілей, направлених не тільки на соціальну адаптацію, але і соціальну успішність. Для реалізації плану реабілітації психолог привертає арсенал засобів екзистенціальної психології і психотерапії, що дозволяють послідовно враховувати найважливіші сфери людської унікальності; можливості самоактуалізації, партнерства і близьких відносин.

Важливе значення має формування (відновлення) естетичної мотивації професійної діяльності. У взаємодії з пацієнтом психолог стимулює прояви його творчості і ініціативи.

Ще однією стороною повнішої соціально-трудової адаптації пацієнта є робота по зміні громадської думки про нього у здорового мікросоціального оточення. Психологічний аспект цієї проблеми передбачає цілеспрямовану роботу з оточенням пацієнта по зміні системи домінуючих життєвих відносин і подоланню забобонів відносно психічних розладів і психічно хворої людини. На конкретних прикладах роз'яснюються характер поведінки і особливості особистісного реагування пацієнта, підкреслюються можливі ресурси найближчого оточення пацієнта в його соціальній підтримці.

Лікувально-реабілітаційний процес в даний час все частіше забезпечується участю психологів в роботі лікувально-профілактичних установ. Психологи працюють в психоневрологічних диспансерах (відділеннях, кабінетах) і в психіатричних стаціонарах. У кожному психотерапевтичному кабінеті передбачається посада психолога, в кожному стаціонарному відділенні посада психолога передбачається з розрахунку приблизно одна на 20 ліжок.

Посади психологів вводять в штати установ або підрозділів, що надають психіатричну і психотерапевтичну допомогу, щоб психолог працював в тісній співпраці або з лікарем-психіатром, або з лікарем-психотерапевтом. Ця практика виправдовує себе в перебіг ряду років, оскільки сама психологічна допомога орієнтована на роботу з пацієнтами, страждаючими психічними розладами, зокрема обумовленими соматичною патологією.

Психологів, що знаходяться на одній території обслуговування (району, міста, області), як правило, включають в систему охорону психічного здоров'я (психіатрія, психотерапія, наркологія, кризова допомога).

Основні підходи до організації медико-психологічної допомоги:

Принцип наближення психологічної допомоги до населення реалізується введенням посад психологів в психотерапевтичних кабінетах лікувально-профілактичних установ різного профілю, спеціалізованих центрах, психотерапевтичних відділеннях багатопрофільних лікарень.

Принцип системності забезпечується включенням психологів в бригади фахівців, що надають психіатричну і психотерапевтичну допомогу.

Принцип безперервності припускає участь психолога у веденні пацієнта на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу і виявляється в реалізації різних медико - реабілітаційних заходів.

Системотворюючим чинником участі психолога в діяльності лікувальної

профілактичної установи є розташування його робочого місця в установах (центрах) і підрозділах психотерапевтичної служби — психотерапевтичний кабінет, психотерапевтичне відділення, психотерапевтичний центр, в позалікарняних установах психіатричної і наркологічної служб, психоневрологічний і наркологічний диспансери, психіатричний і наркологічний стаціонари, підрозділи кризової служби.

Серед чисельних *функцій реабілітаційного психолога* особливе місце посідають реабілітаційна, психокорекційна, психотерапевтична, психогігієнічна, психопрофілактична (Вейс Й., Голев С.В., Карвасарський Б.Д., Кох У., Цубер Й., Шапар В.Б.).

1) *Реабілітаційна функція* - це відновлення втраченої психологічної функції хворого або надання допомоги людині у важких ситуаціях (див. Нечволод Л.І., 2007.). Ціль реабілітації: відновити внутрішній баланс хворого.

Психологічна (або психічна) реабілітація – система психологічних, медичних, педагогічних та соціальних засобів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного і соціально-трудоного статусу хворих та інвалідів, а також осіб після важкої хвороби або психічної травми в результаті різкої зміни соціальних стосунків, умов життя та інших факторів (див. Шапар В.Б., 2009.).

Вважають, що у психогігієни, психопрофілактики і психологічної реабілітації як областей медичної психології загальні завдання: надання спеціалізованої допомоги практично здоровим людям з метою запобігання нервово-психічним і психосоматичним захворюванням, а також полегшення гострих психотравматичних реакцій, психогеній.

До психогеній відносять розлади психіки, що виникають у зв'язку з однією інтенсивною, психотравмуючою ситуацією або можуть бути результатом слабкої, але тривалої дії. У виникненні психогеній може мати значення ослаблення організму після перенесеного захворювання або тривалої напруги, специфічні особливості нервової системи, властивості темпераменту, особові риси. Психогенії розділяють на дві різні групи: реактивні стани (психогенні, або реактивні, психози) і неврози.

Прихильники теорії психологічної реабілітації вважають хворобу за руйнівний процес в організмі, в наслідок якого виникає погане фізичне самопочуття хворого, порушення в емоційній сфері, змінюється його особистість; щоб повернути до здоров'я, треба усунути наслідки переживань, негативних установок, непевності людини у своїх силах, зменшити тривогу через можливе погіршення стану, а також рецидив захворювання.

За В.Б. Шапар, виділяють наступні *принципи вітчизняної психологічної реабілітації*: партнерство (всебічне залучення хворого до лікувально-відновлювального процесу); різноплановість зусиль (реабілітаційний процес спрямований на різноманітні сфери діяльності хворої людини); єдність психосоціальних та біологічних методів впливу; ступінчастість (створення «переходів» від одного реабілітаційного заходу до іншого); згідно всесвітнього досвіду реабілітація також мусить базуватися на

принципі пацієнт – центричності, коли в центрі уваги пацієнт та його потреби.

Завданням психологічної реабілітації полягає в розробці ефективних методів, спрямованих на відновлення установок особистості, подолання наслідків захворювання у людей, зо перенесли психічні та нервові хвороби, протезування органів, важкі хірургічні операції, страждають на хронічні хвороби, потребують психологічної корекції у випадку соціальної дезадаптації або змін життєвих стереотипів, які були викликані стихійними лихами, соціальною ізоляцією, тривалим лікуванням, кризовими та екстремальними ситуаціями та ін.

Особливо важливою є робота з компенсації втрачених соціально-адаптивних і професійних якостей.

Для ефективності психологічної реабілітації необхідне створення психологічних умов для збереження позитивного лікувального ефекту (організація спілкування, дозвілля, диспансеризації).

2) *Психокорекційна функція*, вважає В.Б. Шапар, полягає у виправленні недоліків психічного розвитку або поведінки індивіда за допомогою засобів психологічної дії. На думку Ю.Ф. Полякова та А.С. Співаковської, психологічна корекція направлена не на симптоми хвороби, так само як і не на особистість взагалі. Її об'єктом можуть бути конкретні, визначені (що вимагають свого подальшого виявлення і вивчення) риси психіки, що відносяться як до преморбідних особливостей (наприклад - акцентуація характеру), так і до особливостей психіки, що змінилися в процесі хвороби, а також і до рис психіки, що формуються як наслідки перенесених соматичних або нервово-психічних захворювань. Психологічна корекція припускає психологічну дію на людину в цілях: 1) попередження можливих захворювань; 2) успішнішого подолання виниклого захворювання; 3) запобігання рецидивам і зниженню інвалідизації.

Як форма особливої психологічної дії психологічна корекція може здійснюватися по відношенню до різних категорій осіб. Як дія в цілях попередження захворювань психологічна корекція застосовується до категорій осіб, що відносяться до так званих «*груп ризику*», тобто до людей, - «ще не хворих, але вже і не здорових». У завдання психологічної корекції даного типу входить перебудова тих психологічних особливостей людини, які роблять її найуразливішою до того або іншого захворювання, психічного або соматичного (Поляков Ю.В., Співаковська А.С., 1985).

3) *Психотерапевтична функція* є комплексний лікувальний вплив (вербальний та невербальний) на емоції людини, судження, самосвідомість хворого при багатьох соматичних, психічних, нервових та психосоматичних захворюваннях (Шапар В.Б., 2007).

Припускає вплив на психіку, на відношення до самого себе, до свого стану, до оточуючих.

Психотерапевти (частіше ті, хто не є лікарем за освітою) висувають іншу — філософську і психологічну — модель психотерапії, яка заснована на початковому значенні терміну: «зцілення душею». В цьому випадку основна мета психотерапії не лікування, а допомога у процесі становлення особи.

Доречно пригадати, що початковий сенс терміну «терапія» (у греч *therapeia*) — турбота, відхід, лікування. Тому об'єктом терапії може бути не тільки індивід, але і сім'я (у сімейній терапії). Завданням сімейного терапевта є допомога сім'ї, виправлення порушених сімейних відносин, відновлення гармонії, усунення емоційних розладів у членів сім'ї.

Людина, що проявляла яку-небудь активність в плані особистої психогієни, прийняла цінності саморозвитку і самопомоги, полегшує завдання психотерапії, якщо така їй потрібна. З іншого боку, якщо психотерапевт проводить не симптоматичне лікування, а допомагає подолати пацієнтові глибокі внутрішні конфлікти, він одночасно допомагає знайти душевну рівновагу, укріпити психологічну стійкість.

Велика частина методів, використовуваних в індивідуальній або груповій психотерапії, є одночасно і методами психогієни. До таких, наприклад, відносяться методи аутогенного тренування, медитації, візуалізації, тренування з використанням біологічного зворотного зв'язку.

Існування різних моделей психотерапії визначається дією різноманітних соціокультурних, економічних і інших чинників, що роблять вплив на розвиток психотерапії на сучасному світі. Однією з причин існування різних моделей і методів психотерапії є відсутність достатньо переконливих критеріїв більшої ефективності одних методів в порівнянні з іншими (Карвасарський Б.Д., 2007).

4) *Психогієнічна функція* полягає у збереженні та укріпленні психічного здоров'я людини (див. Головін С.Я., 1998).

Психогієна — наукова дисципліна, в рамках якої здійснюються фундаментальні і прикладні дослідження. У психогієні як фундаментальній науці розглядаються загальні питання збереження і зміцнення психічного здоров'я, формулюються принципи оздоровлення психіки. У психогієні як прикладній науковій дисципліні розробляються конкретні заходи, правила і прийоми оздоровлення психіки. Психогієна як практика — це реалізація оздоровчих заходів, створення умов для можливо повнішого збереження психічного здоров'я як окремої людини, так і усередині великих і малих груп, виконання рекомендацій по зміцненню здоров'я, підвищенню психологічної стійкості. Психогієнічна практика здійснюється як професіоналами, так і непрофесіоналами.

Психічне здоров'я є стан душевного благополуччя, який характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності (Петровський А.В., Ярошевський М.Г., 1990).

Дане визначення психічного здоров'я узгоджується з визначенням здоров'я, яке сформульоване експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я — стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів». На думку експертів ВООЗ, благополуччя більшою мірою обумовлене самооцінкою і відчуттям соціальної приналежності, чим біологічними функціями організму. Воно пов'язане з реалізацією фізичних, духовних і соціальних можливостей людини.

Центральним завданням є розповсюдження знань про здоров'я, здоровий спосіб життя, формування навиків оздоровчої поведінки. Під оздоровчою поведінкою розуміється будь-яка міра, зроблена індивідуумом, незалежно від фактичного або суб'єктивно сприйманого стану здоров'я з метою зміцнення, захисту або підтримки здоров'я. При цьому об'єктивна ефективність такої поведінки з погляду досягнення мети в розрахунок не береться.

Психогігієнічні заходи повинні розроблятися і реалізовуватися не тільки психологами і психотерапевтами, але і педагогами, лікарями, фізреабілітологами, соціальними працівниками. У них повинні брати активну участь як фахівці, так і представники влади різних рівнів, посильний внесок повинен вносити кожен член суспільства. Психогігієна є досить обширною областю. У її структурі доцільно виділити три рівні: національна психогігієна, організаційна психогігієна, психогігієна особистості.

5) *Психопрофілактична функція* – розробка і впровадження в практику заходів з попередження психічних захворювань і їх хронізації, а також сприяння реабілітації психічно хворих (див. Головін С.Я., 1998).

Рівні психопрофілактики. Первинна психопрофілактика включає заходи, що перешкоджають виникненню нервово-психічних розладів. Вторинна психопрофілактика об'єднує заходи з попередження несприятливої динаміки вже виниклих захворювань, зменшення патологічних проявів, полегшення течії хвороби і поліпшення результату та ранню діагностику. Третинна психопрофілактика сприяє попередженню несприятливих соціальних наслідків захворювання, рецидивів і дефектів, що перешкоджають трудовій діяльності хворого.

Нижче наводиться приклад схеми реабілітаційної роботи психолога.

Психологічна реабілітація співробітників правоохоронних органів, що повернулися після вирішення професійних завдань в екстремальних умовах.

Як вказує С.В. Голев, у ряді заходів психологічна реабілітація, завдання і зміст її пов'язані з:

- а) психодіагностикою психічних станів постраждалих, що повернулися після вирішення професійних завдань в екстремальних умовах;
- б) відновленням нормального психічного стану;
- в) відновленням психологічної працездатності;
- г) поверненням до нормального виконання постійних службових обов'язків і колишнього способу життя в звичайних умовах;
- д) відновленням і покращенням морально-психологічного стану;
- е) формуванням готовності до вирішення нових професійних завдань (у тому числі і в екстремальних ситуаціях).

Вирішення цих завдань покладається на психологічні служби (психологів підрозділів) правоохоронних органів, а також працівників кадрових служб і керівників.

Основними видами психологічних дій, що виконуються для їх вирішення, виступають:

морально-психологічні,

релаксаційні,
психодіагностичні,
забезпечувальні,
психотерапевтичні,
підтримуючі,
корекційні,
відновні,
навчальні,
мобілізуєчі,
ті, що включають в діяльність,
соціально-психологічні,
робота з сім'ями.

Особливий напрям роботи — психологічна **реабілітація поранених співробітників**, що отримали каліцтва і що знаходяться в госпіталях.

Психологічна реабілітація є суттю *постекстремальної психологічної роботи*. Вона виступає як один з найбільш пріоритетних видів реабілітації, що знайшло віддзеркалення в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Психологи правоохоронних органів беруть участь: 1) у психологічній *реабілітації громадян* (в рамках їх соціальної реабілітації і при ініціативних зверненнях); 2) заручників, що *постраждали в результаті захоплення*, 3) терористичних акцій і інших злочинів.

Подібні заходи можуть здійснитися також і відносно осіб, пострадавших: під час стихійних лих; техногенних катастроф; масових безладів або внутрішніх озброєних конфліктів (Голев С.В., 2010).

Реабілітаційний психолог може використовувати різні **психологічні групи методів**.

Основними групами методів є наступні:

1. Санітарна освіта.
2. Загальні з психотерапією і психокорекцією методи.
3. Методи оздоровлення на основі мистецтва і творчості.
4. Ментальні вправи.
5. Трансові методи.
6. Бібліотерапія.
7. Ведення щоденника.
8. Методи біологічного зворотного зв'язку.

Перераховані методи не є універсальними. Те, що застосовано до одних об'єктів реабілітаційної допомоги, непридатне до інших. Вибір методів повинен бути обумовлений специфікою визначених завдань, домінуючими характеристиками тієї або іншої групи населення, особливостями стану індивіда, якщо мова йде про допомогу конкретній людині. Психореабілітаційна компетентність не може бути достатньою без власних зусиль людини, без самонавчання, без знань і умінь надавати психологічну самопомогу.

Санітарна освіта (від латін. *sanitas* — здоров'я) — сукупність освітніх, виховних, агітаційних і пропагандистських заходів, направлених на збереження,

зміцнення і швидке відновлення здоров'я і працездатності людини, на продовження активного періоду її життя (див. Нечволод Л.І., 2007).

Санітарна освіта (у англomовній літературі *health education*) тісно пов'язана з профілактикою хвороб. Вона виступає як засіб зміни поведінки, яка містить ризик виникнення певного захворювання. По суті своїй — це учбовий захід, що передбачає ту або іншу форму комунікації, розширює знання і навички, що забезпечують здоров'я, і основи свідомого відношення до здоров'я. Різні форми санітарної освіти повинні бути орієнтовані не тільки на індивіда, але і на групи, організації і цілі общини. Такий підхід припускає підвищення обізнаності про екологічні, економічні і соціальні причини здоров'я і хвороби.

У недавньому минулому санітарна освіта була в основному направлена на поповнення знань про поведінку ризику. В даний час багато фахівців оцінюють такий підхід як нездібний, не дивлячись на різні удосконалення, забезпечити бажані зміни в образі життя і поведінці. Вважається, що однаково важливі знання про соціальні і економічні чинники, поведінку індивіда і спосіб життя. Акцент повинен бути зроблений на поповнення знань про всілякі заходи по поліпшенню здоров'я і придбанню навичок усвідомленого вибору способу життя.

Загальні з психотерапією і психокорекцією методи. До даної групи повинно бути віднесено як багато класичних методів (раціональна терапія, гіпнотерапія тощо), так і методи, що розвиваються в сучасній психотерапії і психокорекції. Методологія кожного з них ґрунтується на певній теорії особистості, що розкриває закономірності її розвитку і функціонування, взаємини з соціальним середовищем, механізм виникнення розладів. Це методи психодинамічного, поведінкового, когнітивного, тілесно-орієнтованого напряму, екзистенціальної психології і психотерапії, транзактного аналізу і т. ін. Доцільно застосовувати методи як групової, так і індивідуальної роботи. Зрозуміло, оскільки мова йде не про лікування людини, а про зміцнення психологічної стійкості особистості, то необхідні не всі методи, а лише ті, які розширюють знання суб'єкта про себе, свої можливості і обмеження. Це також методи, які дозволяють досягати більшого успіху у функціонуванні при рішенні трудових і інших завдань, удосконалювати саморегуляцію, допомагають динамічному розвитку особистості, повнішій адаптації (див. тему 1).

Методи оздоровлення на основі мистецтва і творчості. До даної групи відносяться методи арттерапії (самовираження в малюванні, живописі, скульптурі), методи музичної, танцювальної терапії, вокалізу, драматерапії, казкотерапії, виготовлення виробів та ін. Їх успішно застосовують в психотерапевтичних цілях, але, як показав досвід багатьох фахівців в різних країнах, вони вельми корисні для гармонізації особистісного розвитку, розширення міжособових контактів, емоційного відреагування, підвищення настрою, зняття втоми, перемикання і відвернення від психотравмуючих переживань. Рівень художнього виконання не має значення, важливий лише вплив на особистість, на її стан.

Ментальні вправи. Ментальні вправи також складають досить широкий клас методів. До нього ми відносимо метод аутогенного тренування, метод візуалізації, деяку медитативну техніку.

Метод аутогенного тренування заснований на взаємозв'язку інтенсивності емоцій і м'язової напруги. Перемикаючи увагу на різні групи м'язів і представляючи або вселяючи собі релаксаційний стан, можна опосередковано управляти емоціями.

В основі *методу візуалізації* лежить самонавіяння в релаксованому стані з акцентом на побудову в уяві яскравих динамічних образів. В більшості випадків зміст образів пов'язаний з уявленням того, як активізуються захисні сили організму, як нормалізується протікання фізіологічних процесів. Сеанси візуалізації повинні проводитися регулярно. При регулярних заняттях стає сприятливішим емоційний фон, підвищується настрій, формується оптимістичніше і активніше відношення до життєвих труднощів, психічних і соматичних хвороб.

Центральним моментом медитативної техніки є зміцнення навичку концентрації уваги, розширення можливостей довільної зміни об'єму і змісту свідомості. Медитативні вправи зазвичай (в усякому разі, на початкових етапах тренування) проводяться в релаксованому стані. Важлива установка на пасивне прийняття всього, що відбувається — як належного, закономірного. Для психопрофілактичних цілей достатньо корисна проста техніка: концентрація уваги на диханні, послідовно на окремих частинах тіла, на якому-небудь предметі. Як і при інших ментальних вправах, цілющий ефект можливий тільки при регулярних заняттях і після досягнення певного рівня тренуваності.

Трансові методи. Стани трансу розширюють доступ до неусвідомлюваної інформації і дають можливість освоїти нові форми її переробки. Такі прийоми можуть бути доповненням до інших методів самопізнання, можуть використовуватися для самонавіяння, гетеронавіяння, активізації саногенних ресурсів людини

Бібліотерапія. При цьому методі оздоровлююча дія досягається читанням підібраних після обговорення з фахівцем літературних творів. Відчуття, що виникають при читанні, образи, потяги, думки заповнюють той або інший недолік відчуттів, позитивній спрямованості уяви, заміщають психотравмуючі думки і переживання, допомагають їх перетворити, «переробити», сформулювати нові цілі, Перевагою даного методу є тривалість дії, повторюваність, інтимність психогігієнічного процесу, важлива для певної категорії людей.

Ведення щоденника. У складних життєвих ситуаціях і при багатьох негативних станах саногенний ефект можуть давати щоденникові записи. Вони особливо важливі, якщо у суб'єкта немає довірчого спілкування, якщо йому нізвідки отримати допомогу психолога або психотерапевта. Щоденник може бути систематизованим: записи робляться регулярно, з певним набором правил і обов'язкових пунктів. Але записи можуть вестися і в довільній формі. Якщо форма щоденникових записів чого-небудь суб'єкта не влаштовує, то не меншу користь може принести будь-яка форма письмової фіксації переживань і роздумів: листи (не

важливо кому, можливо, взагалі без адресата), розповіді, повісті, вірші. Будь-яка форма щоденника допомагає упорядкувати життєвий досвід, усвідомити цінність пережитого і самоцінність людського життя, глибше зрозуміти себе і інших, понизити інтенсивність переживань (звільнитися від деякої міри напруження, перемикаючись на рефлексію). Велике значення має ведення щоденника для саморозвитку.

Біологічний зворотний зв'язок (англ. — biofeedback). У основі методу лежить уміння довільного регулювання деяких функцій організму або фізіологічних процесів, які за своєю природою *регулюються* мимоволі, що зростає в ході тренувань (відповідними нервовими центрами). Метод реалізується з використанням технічних систем зовнішнього зворотного зв'язку — подачі інформації про параметри функцій організму. Наприклад, подаючи в головні телефони звук, висота якого кодує амплітуду альфа-ритму мозку. Тренування дозволяють учням або пацієнтам повірити в більш широкі власні можливості самоконтролю та інші групи методів (Голев С.В.).

При цьому психолог має використовувати різні **тактики поведінки**.

Таблиця 3. Тактика психолога під час бесіди з різними пацієнтами, (за С. Ігумновим, 1999)

Пацієнт	Тактика поведінки реабілітаційного психолога
аутичний	Активізувати пацієнта питаннями. Стежити за його реакціями. У випадку, якщо співбесідник іде від питань, необхідно перемінити тему бесіди.
депресивний	Перевірити, чи є суїцидальні наміри і конкретний план дій. Підвищити самооцінку особистості постраждалого, позитивно оцінювати які-небудь його якості. Спробувати разом із пацієнтом визначити нові цілі в його житті.
агресивний	Психолог повинний розмістити стіл близько біля дверей і уважно стежити за реакціями пацієнта. Якщо він перезбуджений, психологові необхідно під будь-яким приводом залишити кабінет.

Контрольні питання:

1. В чому полягає ціль української медичної реформи ХХІ століття?
2. Розкрийте поняття про біопсихосоціальну модель реабілітації.
3. Що таке мультидисциплінарна реабілітаційна команда?
4. Які існують моделі медичної етики?
5. Що таке «тріада Роджерса»?
6. Які особистісні якості підвищують комунікативну компетенцію реабілітаційного психолога?
7. З чого починається процес реабілітації?

8. Розкрийте поняття про реабілітаційний центр.
9. Які вимоги до штату реабілітаційного центру?
10. Назвіть функції реабілітаційного психолога.
11. Які види психологічних дій виконуються в реабілітаційному центрі для надання допомоги постраждалим.
12. Назвіть психологічні групи методів, які може використовувати реабілітаційний психолог.

РОЗДІЛ 2.

Окремі цільові групи реабілітації

Тема 3. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПСИХІЧНИХ ХВОРИХ

План

1. Невротичні реакції, неврози, невротичний розвиток.
2. Неврози у дітей і підлітків.
3. Вимоги до реабілітаційного психолога, що працює з дітьми - невротиками.
4. Реабілітація дітей, хворих на невроз.
5. Поняття про депресії, види депресії.
6. Методи діагностики депресивних порушень та депресій.
7. Реабілітація дітей з депресивними порушеннями та депресіями.

Основні поняття: невротичні реакції, неврози, невротичний розвиток; неврози у дітей і підлітків, депресія, прояви депресії у дітей і підлітків; депресивний симптом, депресивний синдром, депресивний розлад, депресія.

3.1. Невротичні реакції, неврози, невротичний розвиток

За Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я - це стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал. Справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити внесок до життя свого співтовариства. Однією з найважливіших характеристик психічного здоров'я є відповідність, адекватність психічних реакцій силі і частоті подій оточуючого середовища, соціальним обставинам і ситуаціям.

Існує велика група психічних розладів, що іменується в клініці як «кордонна патологія» (функціональна, тобто принципово оборотна психічна патологія). До цієї групи відносяться неврози, неврозоподібні стани, деякі типи депресивних розладів, психосоматичні стани, придбані форми психопатії і ін. Страждання цих людей багато в чому є слідством їх особистісно-характерологічного складу. Зупинимося докладніше на деяких хворобливих

станах.

Нервово-психічні розлади, серед яких значне місце займають неврози, міцно утримують лідируюче положення у великій групі психічних захворювань. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, біля 10% населення індустріально розвинених країн хворі неврозами і за останні 65 років їхнє число виросло в 24 рази. Захворюваність неврозами в Україні складає 20-25 чоловік на 1000 населення. Це тільки врахована захворюваність і, скоріше, її можна розглядати як вершину айсберга.

Неврози, як епідемія, поширюються повсюдно. Відомо, що від 30 до 65 % відвідувачів лікарів, - це люди з вираженою невротичною симптоматикою. Серед спеціалістів, що вивчають цю патологію, існує невеселий жарт: замість питання, чи страждає людина неврозом, треба ставити запитання, яким саме видом неврозу він страждає.

У останнє десятиліття проблеми, пов'язані з походженням неврозів, стали піддаватися активному перегляду. Відношення до цього захворювання як до легкої психічної дисфункції в значній мірі змінюється. Принцип функціональності (легкої оборотності) не підтверджується сучасною клінічною практикою. По опублікованим у пресі даним, видужання при неврозах настає менше чим у 40-50 % захворілих. Встановлено, що вперше три роки захворювання видужують лише 10 % хворих. Часто страждання тривають роками і навіть десятиліттями.

Відповідно до визначення, прийнятому в нашій країні, невроз - психогенний (виникаючий на нервовому *грунті*) нервово-психічний розлад, що формується в результаті порушення особо значимих життєвих відношень людини. Простіше говорячи, невроз розвивається тоді, коли людина в силу різноманітних обставин не може знайти підходящого виходу зі складного становища, розв'язати психологічно значиму ситуацію або перенести якусь трагедію.

Симптоми невротичного зриву загальновідомі: зниження настрою, дратівливість, безсоння, почуття внутрішнього дискомфорту, млявість, апатія, погіршення апетиту. Можуть з'являтися нав'язливості, спалахи агресивності, злобність і т. ін. Вся ця симптоматика супроводжується загальним нездужанням, неприємними тілесними відчуттями, вегетативними порушеннями. Прояви неврозів узагальнено можуть бути іменовані як стійка втрата душевного спокою. При неврозі людина зберігає ясну критику, тяготиться своїм станом, але нічого не може із собою поробити.

Водночас існують і стани, які по клініці нагадують неврози, але розвиваються по іншому. Вони визначаються як неврозоподібні і виникають при багатьох соматичних захворюваннях, інфекційних процесах, при атеросклерозі судин головного мозку й інших патологічних процесів. Крім того, неврозоподібна клінічна картина може часто зустрічатися в людей із дурним характером або істотними недоліками виховання.

Водночас існують і стани, які по клініці нагадують неврози, але розвиваються по іншому. Вони визначаються як неврозоподібні і виникають при багатьох соматичних захворюваннях, інфекційних процесах, при

атеросклерозі судин головного мозку й інших патологічних процесів. Крім того, неврозоподібная клінічна картина може часто зустрічатися в людей із дурним характером або істотними недоліками виховання.

Вперше поняття «невроз» було запропоновано в 1776 році шотландським лікарем Кулленом, і з тих пір дискусії про сутність цього захворювання, коренях його виникнення і механізмах формування не перестали бути менше животрепетними. Проте це, звичайно, не означає, що до Куллена неврозів узагалі не існувало; їх поява, як і поява хвороб узагалі, відбулося внаслідок гріхопадіння людини. Опис неврозів зустрічається вже в найдавніших письмових джерелах людства. Так, у папірусах Кахун (ок. 1900 р. до Р. Х.) і Еберса (біля 1700 р. до Р. Х.) є дані про хворобливі стани жінок, що дуже нагадують клініку істеричного неврозу.

Інші думки можуть бути подані в такий спосіб: мозкова дисфункція; витиснення в несвідоме внутрішнього конфлікту; бескомпромісність установок і догматичний склад мислення; невміння прогнозувати конфлікт і готуватися до нього; зрадливі стереотипи поведінки; незадоволення потреби в самоактуалізації і т.ін.

Одні дослідники відносять витoki неврозів до особливостей мислення людини, інші - до патології емоцій, треті - до порушення процесу самопізнання, четверті - до психологічної незрілості й інфантильності. Є і такі автори, що схильні думати, що невроз - спадкове захворювання.

Невроз, в основі якого, за І.П. Павловим, лежить зрив вищої нервової діяльності, супроводжується хворобливими порушеннями, зворотними незалежно від їхньої тривалості, виникає психогенно, з перевагою в клінічній картині емоційних, соматовегетативних розладів, а також виснаженості, дратівливості, слабкості зі стомлюваністю і повільним «відновленням сил».

На думку І.П. Павлова, загальним патогенетичним механізмом, що лежить в основі неврозів, є перенапруга процесу збудження, гальмування або їхньої рухливості. Перенапруга процесу порушення може наступити під дією занадто сильних, шоккових психічних травм, гальмування – якщо останнє піддається дуже тривалій або дуже сильній напрузі. Перенапруга рухливості нервових процесів є однією з найбільш частих причин розвитку неврозів.

Деякі автори виступають за біологічні чинники неврозу.

Так, психіатри Жане, Монаков, Рюмке бачать суть неврозів в порушеннях мозкових функцій внаслідок порушень вищих регуляторних відділів головного мозку, в слідстві чого розгальмовуються функції нижчі. Участь психіки у виникненні неврозів визнається побічним явищем, іноді провокуючим явищем.

Гуманістична психологія, наприклад в працях К. Роджерса (1951) вважали, що неврози є наслідок нездатності людині до вирішення потреби в самоактуалізації.

А. Адлер вважав причиною неврозу нереалізоване, заблоковане прагнення до влади. Занурення в хворобу є своєрідна спроба отримання влади над особами найближчого оточення.

Згадаємо також Гаррі Стека Саллівана, творця «міжособистісної теорії психіатрії». Він вважав, що соціальні впливи завдають шкоди особистості

людини, породжуючи тривогу і напругу.

За його словами, тривога передається, спочатку, від матері до дитини і згодом зв'язана з погрозою безпеки. Поряд із тривогою виникає напруга. Воно може бути як наслідком тривоги, так і виникати з потреб організму. Високий рівень тривоги знижує ефективність задоволення потреб індивіда, порушує міжособистісні відносини, викликає порушення мислення. Інтенсивність тривоги залежить від того, наскільки серйозна погроза і наскільки ефективні способи захисту, якими розташовує індивід.

А от ще одна точка зору: М.М. Хананашвілі говорить про невроз як про захворювання, яке обумовлено надлишком інформації. У своїй книзі «Інформаційні неврози» він наводить такі підтвердження своїм поглядам: підраховано, що в економічно розвинених країнах до 1970 року кожний чоловік у середньому робив протягом одного року поїздки на великі відстані, зустрічався з великою кількістю людей, одержував більше інформації, чим їх було в людини до 1900 року протягом усього його життя... Біля 25 % населення земної кулі схильно до впливу різко зростаючих інформаційних переважань... Ризик розвитку захворювання цей дослідник бачить у тривалому виконанні великого обсягу робіт в умовах дефіциту часу і високого рівня мотивації (спонукання).

Академік П.В. Симонов, навпроти, характеризує невроз як хворобу нестачі інформації. Так, на думку цього вченого, твердження якого представляються також обґрунтованими і логічними, гнів - приміром, компенсує нестачу відомостей, необхідних для організації адекватного поведіння; страх - нестачу відомостей для організації захисту; горе - виникає в умовах найгострішого дефіциту відомостей про можливість компенсації втрати. Деякими авторами висловлювалася думка про те, що невротики страждають через нездатність любити.

Згадаємо, як Віктор Франкл говорив, що кожному часові властивий свій невроз і потрібна своя психотерапія. Аналіз деяких західних теорій (зокрема, концепцій Фрейда) приводить до думки, що висловлення Франкла можна доповнити географічною характеристикою - не тільки кожному часові, але і кожному «місцю» властивий свій невроз.

Варто підкреслити, що кожний психологічний напрямок тільки тоді робився заможним в очах колег, коли його представникам вдавалося аргументовано і по-новому заявити про погляди на проблему неврозу.

У вітчизняній психології великий вплив на розробку проблеми неврозів зробив В.Н. Мясіщев, який вважав, що невроз є психогенне захворювання, в основі якого лежить невдало, нераціонально і непродуктивно вирішуване особове протиріччя між нею і значущими для неї сторонами дійсності, що викликають хворобливо обтяжливі для особи переживання: невдачі в життєвій боротьбі, незадоволення потреб, не досягнутої мети, непоправної втрати. Невміння знайти раціональний і продуктивний вихід спричиняє за собою психічну і фізіологічну дезинтеграцію особистості. Мясіщев виділив три основні типи неврозів, припускаючи, що в основі кожного з них лежить специфічний внутрішній конфлікт.

Неврастенія - невідповідність між рівнем домагань і внутрішніми ресурсами особи. Істерія - нездатність особи підпорядкувати реальність своїм вимогам, так само як і відмовитися від своїх вимог з урахуванням реальності. Невроз нав'язливих станів - розщеплювання особи суперечливими внутрішніми тенденціями.

Зигмунд Фрейд вважав, що джерело занепокоєння і тривоги є навколишнє середовище людини, і розрізняв три види тривоги: реальну (реальний страх небезпек зовнішнього світу); невротичну (страх того, що інстинкт вийде з-під контролю і змусить людину зробити щось, за що піде покарання); моральна тривога (страх совісті) [10; 25].

Фрейд розрізняв такі форми неврозу:

Актуальний невроз обумовлений причинами, що відносяться до сьогоденню

Нарцисистський невроз пов'язаний з нездатністю пацієнта до утворення перенесення.

Невроз характеру виражається в симптомах, які за своєю суттю є рисами вдачі.

Травматичний невроз викликається потрясіннями.

Невроз перенесення розвивається в ході психоаналізу і характеризується нав'язливим інтересом пацієнта до психоаналітика.

Невроз органу позначає психосоматичне захворювання, проте цей термін уживається достатньо рідко.

Невроз страху (тривоги) позначає або будь-який невроз, в якому тривога є головним симптомом, або один з видів актуального неврозу.

Класифікація неврозів, запропонована Фрейдом, є класифікацією захворювань, в етіопатогенезе яких психологічний чинник грає істотну роль: неврози (F 40 – F 48) (психоневроз), травматичні стресові (F43.0) і посттравматичні розлади (F43.1) (травматичний невроз), особистісні розлади (F60-F69) (невроз характеру), психосоматичні розлади (F45.9) - невроз органу (Карвасарський Б.Д., 2007)..

Були спроби зробити **класифікацію неврозів за етіологією**: невроз гніву, невроз провини, невроз очікування, невроз страху. Виділялися неврози конституційні і придбані, по специфіці соціальної ситуації: неврози керівних працівників, неврози акторів, військові неврози, окопні неврози. Була спроба розділити неврози при переважанні ситуаційних або конституційних чинників. Відома тривала і невиразна ситуація з поняттям травматичного неврозу.

Більшість сучасних дослідників розглядають **невроз як хворобу особистості**. Людина занедужує неврозом не раптом, у цієї недуги є свій період дозахворювання. Можна намалювати своєрідний портрет «потенційного» невротика, вірніше, це буде ціла галерея типів, кожний із яких має схильність до переходу потенційних, схованих хворобливих сил у реальні. Однієї з відмінних рис таких людей є стиль мислення, що носить характер безкомпромісності; у їхніх оцінках є виражена категоричність; багато, що відбувається, не має для них відтінків і будується на контрасті: погано - добре.

Невроз частіше виникає в результаті внутрішніх особистісних процесів.

Зовнішні провокуючі чинники й обставини являють собою лише останню краплю, пусковий механізм розвитку невротичних порушень. У людини, схильної до цієї недуги, виробляється своєрідна «здатність» знервовано реагувати на життя. Одні причини для переживань (конфлікти, стреси) згодом ідуть, стають неактуальними, але незабаром їхнє місце займають інші, і недуга відновлюється.

У перебігу хвороби виділяють невротичну реакцію, гострий і затяжний неврози і *невротичний розвиток*. Визначена схема переходу одного типу течії в інший (реакція - невроз - розвиток). Хворі з діагнозом «невротичний розвиток» є практично непрацездатними, і їх часто переводять на інвалідність.

Неврози справедливо називають запущеним видом пристрастей. У глибинній основі різноманітної невротичної симптоматики лежить збідніння любові в серці людини, а там, де немає любові, зростає байдужість, ворожість, нетерпимість, дратівливість, гневливість, заздрисність, страх і ін.

Основні види неврозів. У вітчизняній медицині звичайно виділяють три основних класичних видів неврозів: неврастенію, невроз нав'язливих станів і істерію. Роздивимося їх у тій послідовності, у якій вони звичайно описуються в спеціальній літературі.

Неврастенія. Неврастенію прийнято вважати самим частим видом неврозів. У якості самостійної одиниці вона була виділена у вісімдесятих роках минулого сторіччя. Вперше цей невроз, незалежно друг від друга, описали в 1869 році американські лікарі Бирд і Ван-Дьюсен. З тих пір діагностика неврастенії одержала величезне поширення.

Дане захворювання, як очевидно із самої назви, виявляється нервовою слабкістю аж до глибокого виснаження життєвих сил людини. При ньому загострюються дремаючі очаги інфекції, нагадують про себе холецистит, гастрит, виразкову хворобу шлунка або дванадцятипалої кишки. Недуга є як би каталізатором, яка висвітлює соматичну патологію.

Портрет неврастеніка дуже типовий - це людина вспильчива, дратівлива, яка швидко заводиться, як говориться «із півоберту», у якої явно здають нерви (гіперстенічна форма неврастенії), або, навпроти, млява, плаксива, яка відчуває стомлення і виснаження усіх своїх життєвих сил (гіпостенічна форма). Але от що цікаво: підвищена дратівливість і запальність неврастеніка спрямовані не на себе, а тільки на навколишніх! Його усе і вся дратує, нерідко вона стає примхливою, легко впадає в гнів і навіть лють. Таким чином, у більшому або меншому ступені неврастенія є егоїстичним неврозом, яку називають в літературі гордістю або гординею.

Невроз нав'язливих станів

Нав'язливими, тобто існуючими мимо волі і бажання людини, можуть бути як визначені думки, спогади, уявлення, сумніви, так і дії.

До неврозу нав'язливих станів відносять звичайно і нав'язливі страхи. Якщо людина відчуває беззвітний страх чогось невідомого, то говорять про синдром страху; якщо вона боїться конкретно темноти, висоти, гострих предметів, замкнутих просторів, подібні нав'язливі стани визначають як фобії, уточнюючи в назві її вид, або спрямованість. Наприклад, канцерофобія -

боязнь занедужати раком, клаустрофобія - боязнь замкнутих просторів, гипсофобія - висоти, мизофобія - забруднення, пантофобія - усього навколишнього.

Іноді фобії з'являються тільки при відповідній ситуації: боязнь висоти тільки при підйомі на висоту, боязнь мишей при реальній зустрічі з мишею (Петро I, наприклад, панічно боявся тарганів), - але нерідко вони виникають при одній лише думці про будь-що.

Істерія. У античності вважали, що істерією страждають тільки жінки. Про це захворювання писали ще Гіппократ (I сторіччя до Р. Х.) і Ібн-Сина (X-XI сторіччя). У більш пізні часи займалися такі великі вчені, як Жан Шарко (1825-1893), П'єр Жане (1859-1947), Зигмунд Фрейд (1856-1959).

Але повернемося до істерії, що займає цілком особливе місце серед неврозів. Це психопатологічний стан може бути схарактеризован як виставляння себе напоказ. У істеричних особистостей промова дуже образна, із частими перебільшеннями; міміка виразна, часом театральна; у поведженні протягає позерство, самозамилування. Істерики жадають уваги до своєї персоні і тяжко переживають його відсутність (егоцентризм). Для них характерне бажання здаватися більшим, ніж вони є в дійсності; емоційна нестійкість, що виявляється бурхливими змінами настрою; прагнення жити по-особливому, не як усі; надзвичайно виражений егоїзм у сполученні з якоюсь надзвичайною дитячою наївністю, інфантилізмом; лживість, акторство, плаксивість і інші ознаки.

Варто помітити, що таким людям властива сугестивність. У періоди найбільших життєвих ускладнень, у моменти прийняття відповідальних рішень у них виникають своєрідні реакції, що виражаються в судорожних випадках, паралічах, болючих відчуттях і ін. Вони скаржаться на відчуття «комка» у горлі, порушення сну, усілякі спазми, найрізноманітніші болі, чим нерідко вводять у помилку навіть досвідчених лікарів. Жан Шарко називав істерію великою симулянткою через виняткову здатність цих хворих до відтворення майже всякої хвороби.

Іпохондричний і депресивний невроз Іпохондрія є надмірне занурення у хворобу, це синдром «мнимого хворого». Тут у наявності такі прояви, як постійне копання у власних відчуттях, спрямованість думок і уявлень переважно до проблем свого «дорогоцінного» здоров'я, іноді повна переконаність у наявності в себе якогось небезпечного захворювання, що не знаходять лікарі, або значне перебільшення наявних у дійсності нездужань. Вони постійно мацають пульс, вимірюють тиск, нескінченно здають аналізи, роблять ЕКГ, носяться з ліками і медичними рекомендаціями.

Багато дослідників відзначають, що при цьому неврозі так само, як і при істерії, відбувається «бажана втеча в хворобу» від життєвих труднощостей. Іпохондрикам у високому ступені присущ егоїзм, що приносить у життя людини серйозні проблеми і нерідко призводить до хвороб, причому не тільки сердечним, але і тілесним.

І нарешті, *депресивний невроз.* У клінічній психіатрії виділяють два принципові різновиди депресивних станів. Один з них пов'язан з внутрішніми

(ендогенними) причинами і менше залежить від психологічних чинників і обставин (ендогенна депресія), а інший, навпроти, розвивається в силу різноманітних переживань, прикростей, що нашаровуються на індивідуально-психологічні особливості людини, шкалу його цінностей (невротична депресія).

Невроз тривоги. Невроз тривоги найбільше часто виникає при фрустрації (звичайно хронічної), пов'язаної з незадовільністю службової, сімейної, сексуальної і т.п. ситуацією, особливо в тих випадках, де ця фрустрація обумовлена інтропсихічним конфліктом.

Основний симптом захворювання - почуття тривоги, що відрізняється дифузністю і сталістю. Вона виявляється відчуттям внутрішньої напруженості, занепокоєння, невизначеної погрози, чеканням неясної небезпеки. Виникнення тривоги не залежить від яких-небудь конкретних умов, ситуацій, уявлень («вільно плаваюча» тривога). Інтенсивність тривоги коливається від легкої внутрішньої напруги до відчуття неминучості катастрофи, що насувається. Звичайно приступи гострої тривоги періодично виникають на фоні менше виражених, але більш постійних тривожних розладів. У період загострення тривога може знаходити конкретну фабулу, тобто замінитися страхом, проте при цьому почуття тривоги первинно, а конкретне утримання вдруге і часто змінюється. Так, якщо на висоті тривоги виникає страх смерті від якогось захворювання (наприклад, інсульту), то, узнавши від лікаря про відсутність ознак такого захворювання, хворий може відразу висунути іншу гіпотезу, що пояснює почуття катастрофи, яка насувається, що не зникає, і близької загибелі.

Базальна структура неврозів. Непомітно підкрадаючі почуття власної самотності і безсилля у ворожому світі, окремі гострі реакції на приватні провокуючі ситуації кристалізуються в склад характеру. Такий склад характеру є тим живильним ґрунтом, на якому в будь-який час може розвинути певний невроз. Внаслідок тієї фундаментальної ролі, що даний склад характеру грає в неврозах, називається - базальна тривожність.

Ніж більш нестерпної є тривожність, тим більше обґрунтованими повинні бути критерії захисту. У нашій культурі є чотири основних засоби, якими індивід намагається захистити себе від базальної тривожності: любов, підпорядкування, влада і реакція відходу (відсторонення).

Одержання любові в будь-якій формі, може служити в якості могутнього захисту від тривожності. Формулою тут буде: якщо ви мене любите, ви не заподієте мені люта.

Підпорядкування, може бути умовно розділено відповідно до того, відноситься або ні воно до певним особам або інститутам. Наприклад, це може бути підпорядкування узвичаєним традиційним поглядам, релігійним ритуалам або вимогам деякої могутньої особи. Таке відношення може приймати форму необхідності бути «гарним», хоча додаткове значення навантаження поняття «гарний» видозмінюється разом із тими вимогами або правилами, яким підпорядковуються.

У таких випадках людина витискує усі власні вимоги, критику на адресу інших осіб, дозволяє погане обертання із собою і готовий робити послуги усім.

Далеко не завжди люди усвідомляють той факт, що саме відчувати настійну потребу веліти іншими і хотіти, щоб його любили, і в теж час ринутися до підпорядкування, при цьому навязывая іншим свою волю, а також уникати людей не відмовляючись від бажання бути ними улюбленим.

Саме такі абсолютно нерозв'язні конфлікти звичайно є динамічним центром неврозів. Найбільше часто зштовхуються прагнення до любові і прагнення до влади.

Сутичка між бажаннями людини і соціальних вимог не обов'язково призводить до неврозів, але може також привести до фактичних обмежень у житті, тобто до простого придушення або витиснення бажань або, у самому загальному виді, до дійсного страждання.

Невротичне почуття провини Страх несхвалення дуже часто зустрічається при неврозах. Майже кожний невротик, навіть якщо на перший погляд він здається абсолютно упевненим у собі і байдужим до думки інших, відчуває надзвичайний страх або надчуттєвий до несхвалення, критики, обвинуваченням, викриттю. Цей страх несхвалення звичайно розуміється як указівка на приховане почуття провини, що ховається під ним

Хворобливі симптоми, котрі присутні при неврозах, є наслідком порушення адаптації людини до зовнішніх умов. Невротичні прояви, які багатьом доводилось спостерігати у будь - кого з навколишніх або ж у самого себе, виражаються в загостреній збудливості, тривозі, роздратуванні, запальності, подавленому настрою, безсонні.

Корені неврозів лежать у страху. Якщо людина виявляється в небезпечній ситуації, то в неї виникає два варіанти поведінки – втеча або боротьба.

Як уже вказувалось, в країнах СНД прийнято розрізняти три основні клінічні форми неврозів: неврастенію, істеричний невроз, невроз нав'язливих станів; у 1970—1980-і рр. вітчизняні психіатри стали виділяти також невротичну депресію (депресивний невроз). **У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ – 10) термін «невроз» не використовується.**

Виділяють такі основні невротичні синдроми: астенічний синдром, синдром невротичної депресії, іпохондричний синдром, фобічний синдром, obsesivний синдром та ін. Також психіатри говорять про невротичний розлад і виділяють досить багато варіантів його проявів, включаючи розлади зв'язані зі стресом і соматофорні розлади (розлад внутрішніх органів без підтверджених об'єктивними методами ознак їхньої анатомічної поразки).

3.2. Неврози у дітей і підлітків

Вивчаючи особистість дитини, Альфред Адлер приділяв увагу *дитячим переживанням*. Його цікавили ранні події, що привертають дитину до помилкового життєвого стилю. Він виявив три важливих фактори: 1) неповноцінність дитини; 2) «зіпсованість» дитини; 3) знедолене положення дитини. При цих умовах виникає гострий приступ тривоги.

Карен Хорні затверджувала, що усе, що порушує безпеку дитини у відносинах з батьками, породжує тривогу. Головне поняття Хорні – «базисна тривога» («основне занепокоєння»), обумовлене як почуття ізоляції і

безпорадності дитини в потенційно ворожому світі. Це почуття небезпеки може бути породженням багатьох шкідливих факторів середовища: прямого і непрямого домінування, байдужності, нестабільного поведіння, недоліку поваги до індивідуальних потреб дитини, недоліку реального керівництва, занадто великого замилювання чи його повної відсутності, недоліку теплоти, примуса приймати чиюсь сторону в батьківських сварках, занадто велика чи мала відповідальність, зверх протекція, ізоляція від інших дітей, несправедливість, дискримінація, невиконання обов'язків, ворожа атмосфера тощо.

І далі, Хорні К. пропонує перелік з десяти «невротичних» потреб, розглянутих як наслідок спроб знайти рішення проблеми порушених відносин:

1. Невротична потреба в любові і схваленні.
2. Невротична потреба в «партнері-опікуні».
3. Невротична потреба у вузькому обмеженні життя.
4. Невротична потреба в силі.
5. Невротичне прагнення експлуатувати інших.
6. Невротична потреба в значимості.
7. Потреба в тому, щоб бути об'єктом замилювання.
8. Невротичне прагнення до особистих досягнень.
9. Невротична потреба в самодостатності і незалежності.
10. Невротична потреба в досконалості і бездоганності.

Ці десять потреб – джерела розвитку внутрішніх конфліктів.

Усі ці конфлікти не неминучі і розв'язуються, якщо у своєму будинку дитина знаходить безпеку, довіру, любов, повагу, терпимість і тепло. Хорні вважала, що конфлікт – породження соціальних умов. Потенційний невротик - це той, хто у загостреній формі пережив, в основному в дитячому досвіді, труднощі, обумовлені культурою.

Дитячий невроз, за Фрейдом, виявляється в дитячому віці, при цьому класичний психоаналіз виходить з того, що неврозам у дорослих завжди передують дитячі неврози.

Багато положень дитячої психіатрії відносно неврозів, по суті, зливаються з біологічним підходом до цієї проблеми. Описуються неврози у дітей до року, навіть до 3 місяців, головними причинами яких вважаються соматичні захворювання. Невроз можна розглядати як реакцію дитини на негативну ситуацію вдома або у школі.

Психіатри, що займаються проблемою неврозів у дітей, а саме у цієї категорії хворих спостерігається найбільше різноманіття симптоматики, її строкатість і різночитання в розумінні, частіше за інших схиляються до ідеї труднощі або майже неможливості систематики неврозів, заснованої на якихось загальних для цієї групи закономірностях. Відомий німецький психолог і психіатр Н. Klages писав, що немає психоневрозів, є тільки один психоневроз. Багато хто з них вважає адекватнішим відносно дітей термін «дитяча нервовість», вважаючи її основними проявами наступні порушення: - підвищена збудливість нервової системи, зайва реактивність на подразники, підвищена вразливість, образливість, плаксивість, дратівливість, спалахи гніву,

лякливість, схильність до страхів, емоційна лабільність, зайва амплітуда емоційних реакцій, сповільнена психічна вирівнюємість після емоційних реакцій, переважання негативних емоцій, схильність до сентиментальності, мрійливості, експансивність, схильність до екзальтації, хвороблива самолюбність, соромливість, психомоторне розгальмування, нестійка увага, порушення сну. З боку ЦНС тут спостерігаються наступні розлади: загальна гіперрефлексія, тики, гіперкінези, заїкання, вегетативні дизфункції.

М.І. Йогихес (1929) вважав, що симптоми дитячої нервовості нескінченно різноманітні і намагалися їх класифікувати - даремна праця. Як загальну тенденцію багато дослідників відзначали в дитячих неврозах велика кількість соматичної симптоматики і незначна присутність психічних розладів.

Виділяють невротичні типи в дитячому віці: (матеріал за Е. Меш, 2003).
ГІПЕРАКТИВНІ ДІТИ (гіперкінетичний розлад і дефіцит уваги, (ГРДУ)

Нижче надаються діагностичні критерії гіперкінетичного розладу і дефіциту уваги (ГРДУ) згідно Керівництву DSM-IV-TR

(1) Шість (або більш) з наступних симптомів **неуважності**, що зберігаються щонайменше, 6 місяців; ступінь прояву симптомів порушує адаптацію або не відповідає рівню розвитку:

Неуважність

- (a) Часто не може зосередити пильну увагу на деталях або здійснює помилки через неувагу в шкільних завданнях, на роботі і в іншій діяльності
- (b) Часто не може утримувати увагу під час роботи або в грі
- (з) Часто не слухає те, що йому говорять
- (d) Часто не слідує інструкціям або не може закінчити шкільне або робоче завдання або не може виконати до кінця повсякденні домашні обов'язки (не унаслідок опозиційної поведінки або нерозуміння інструкцій)
- (e) Часто виявляє труднощі з організацією праці і діяльності
- (f) Часто уникає, не любить або неохоче виконує завдання, які вимагають постійної напруги розумових зусиль (наприклад шкільні або домашні завдання)
- (g) Часто втрачає речі, необхідні для роботи і іншої діяльності (наприклад — іграшки, шкільне приладдя, олівці, книги або інструменти)
- (h) Часто відволікається на зовнішні подразники
- (i) Часто забудькуватий в повсякденній діяльності

(2) Шість (або більш) з наступних симптомів **гіперактивності-імпульсивності**, що зберігаються в течію, щонайменше, 6 місяців; ступінь прояву симптомів порушує адаптацію або не відповідає рівню розвитку:

Гіперактивність

- (a) Часто совається або рухає руками і ногами, коли сидить
- (b) Часто встає з місця в класі або в інших ситуаціях, коли передбачається безперервне сидіння
- (з) Часто біжить або залізає абикуди в невідповідній ситуації (у підлітків і дорослих може бути обмежено суб'єктивним відчуттям неспокою)
- (d) Часто не може грати або проводити дозвілля тихо
- (e) Часто здійснює свої дії «на ходу» або «як заведений»
- (f) Часто дуже багато говорить

Імпульсна

- (g) Часто починає відповідати, не дослухавши питання
- (h) Часто не може дочекатися черги
- (i) Часто перериває інших або заважає їм (наприклад, втручається в розмови або ігри)

Термін *Синдром гіперактивності і дефіциту уваги* (ГРДУ) описує дітей, що виявляють стійкі і невідповідні їх віку симптоми неуважності і інтерактивності -імпульсної.

ГРДУ можна ідентифікувати тільки по характерних паттернах поведінки, які дуже схожі у різних дітей.

Поведінка дітей з ГРДУ — постійне джерело стресу і важких переживань для самої дитини, його домашніх, вчителів і однокласників.

За останніх 100 років було висунуто безліч біологічних і соціально-психологічних теорій, що пояснюють проблемну поведінку при ГРДУ.

Розлад, який ми в даний час називаємо ГРДУ, мав багато інших назв, основних симптомів і передбачуваних причин.

Неуважним дітям дуже важко підтримувати розумову напругу під час роботи або гри. Їм важко зосереджуватися на одній речі або слідувати завданням і інструкціям. Граючи у футбол, коли вся команда розташовується на полі, дитина з ГРДУ може бігати за кромкою поля по брудній калюжі. Ці діти автоматично звертають увагу на те, що їм подобається, але у них виникають значні труднощі, коли потрібно сконцентрувати увагу на нових або менш приємних завданнях. Звичайні скарги з приводу неуважності пов'язані з тим, що дитина не слухає або не хоче слухати, не виконує інструкції, не закінчує роботу або завдання. Інші загальні скарги виникають, коли дитина не організована, не може зосереджуватися, легко відволікається і швидко втрачає інтерес до утомливих занять. [13]

Головний дефіцит уваги при ГРДУ — недолік безперервності уваги або пильності. Коли дитині з ГРДУ дають нецікаве або таке, що повторюється завдання, виконання цієї роботи з часом погіршується (в порівнянні з іншими дітьми). Хоча ніхто не любить нецікаву роботу, більшість з нас може робити її, якщо треба. Діти з ГРДУ не можуть наполегливо продовжувати виконувати таке завдання, навіть якщо хочуть. Краще всього у них виходять справи, де вибирають вони: комп'ютерні ігри, конструювання моделей аеропланів, а також ті заняття, які їм цікаві і не вимагають підтримки уваги тривалий час. До нещастя, в більшості ситуацій для успішного завершення роботи необхідно підтримувати увагу, і багато ситуацій не особливо цікаві. Для оцінки безперервності уваги і імпульсної може використовуватися тест *безперервного виконання*.

Гіперактивність. Дитина з ГРДУ може нагадувати футболіста, що безладно кидається по полю. Гіперактивність, або надмірна активна поведінка, приймає різноманітні форми. Діти з ГРДУ не здатні сидіти нерухомо протягом всього уроку. Вони можуть соватися, звиватися, повзати, безцільно бігати по класу, чіпати все підряд або голосно стукати олівцем. Батьки і вчителі описують їх як непосидючих і таких, що невпинно базікають. Діяльність цих

дітей надмірно енергійна, інтенсивна, неадекватна і безцільна. Вони у край активні, але на відміну від інших дітей з високим рівнем енергії, не особливо прагнуть довести до кінця свої дії.

Імпульсивність. Здається, що імпульсивні діти не здатні стримати свої негайні реакції або подумати, перш ніж зробити. Вони можуть розібрати на частини дорогий годинник, не уявляючи, як їх потім зібрати воедино. Їм дуже важко зупинити себе або відрегулювати свою поведінку відповідно до вимог ситуації або побажань інших. В результаті вони можуть випалити неналежні коментарі або дати невірну відповідь, не дослухавши питання.

Крім того, імпульсивним дітям складно чекати своєї черги, і вони реагують дуже швидко або дуже часто. Вони переривають чужу бесіду, заважають іншим і впадають в стан фрустрації, коли засмучені. Крім цього вони не можуть встояти перед спокусами (у даному контексті — сильними стимулами), що спокушають їх, або відмовитися від задоволень. Звичайними є дрібні невдачі типу пролитого чаю або ударів. Можуть зустрічатися і серйозніші травми і нещасні випадки, викликані необдуманною поведінкою (наприклад безрозсудною метушнею на вулиці). Симптоми імпульсивності можуть приймати різноманітні форми :

Когнітивна імпульсивність — симптоми, що відбивають дезорганізованість, поспішне мислення та доцільність нагляду.

Поведінкова імпульсивність — симптоми, що включають вигуки в класі або дії без урахування наслідків. Діти з поведінковою імпульсивністю насилу можуть подавити свої реакції, коли ситуація просто волає до них зробити це. Наприклад, дівчинка чіпає електроплиту, щоб переконатися, що вона гаряча, хоча вона достатньо велика, щоб розуміти, що краще це не робити.

Когнітивна і поведінкова імпульсивність передбачають появу проблем з шкільною успішністю. Проте лише поведінкова імпульсивність передуює асоціальної поведінці і тому може бути специфічною ознакою підвищеного ризику, пов'язаного з опозиційною поведінкою і іншими поведінковими проблемами.

Недавно були розроблені методи, що дозволяють точно оцінювати когнітивні процеси, лежачі в основі ГРДУ. Наприклад, Стоп - завдання, використовувалося для оцінки імпульсної дітей. Необхідні подальші дослідження, щоб внести ясність — чи є помилки, допущені при виконанні цього завдання, характерними тільки для ГРДУ.

Узагальнюючи викладене, можна сказати, що три головні ознаки ГРДУ неухважність, гіперактивність і імпульсивність — є складними характеристиками. В даний момент вважається, що гіперактивність - імпульсивність — невід'ємна ознака ГРДУ. В протилежність неухважності, він дозволяє відрізнити дітей з ГРДУ від дітей з іншими розладами і від нормальних дітей. Таким чином, гіперактивність є *специфічним маркером* (характерною ознакою) ГРДУ, а неухважність — ні. Діти з ГРДУ виявляють унікальне поєднання симптомів, але не обов'язково відрізняються від інших дітей по всіх типах і інтенсивності прояву ознак неухважності, гіперактивності і імпульсивності.

Для постановки діагнозу ГРДУ необхідне виникнення симптомів до 7 років, частіший, важчий і стійкіший їх прояв, ніж у інших дітей того ж віку і підлоги, спостереження симптомів в різних ситуаціях, утруднення в діяльності.

ПСИХАСТЕНИКИ (матеріал за Е. Меш, 2003)

У них порушення поведінки гальмівного круга, що виявляється в боязливій, лякливості, боязкості і нерішучості, невмінні постояти за себе, беззахисності спільно з підвищеною емоційною чутливістю, схильністю «все близько приймати до серця», легко ображатися, плакати і турбуватися.

За даними О.І. Захарова, ці порушення більш властиві дівчаткам (22%), ніж хлопчикам (17%).

Тривожні розлади відносяться до групи найбільш поширених психічних захворювань серед дітей і підлітків, з якими пов'язано багато супутніх проблем. Часто тривожні розлади залишаються нерозпізнаними, а діти і підлітки, страждаючи цими розладами, не отримують своєчасної необхідної медичної допомоги.

Тривога є адаптивною емоцією, яка готує дітей до того, щоб справитися з потенційно небезпечними ситуаціями. З тривогою пов'язані сильні негативні емоції, фізична напруга і очікування нещастя або неприємностей в майбутньому.

Симптоми тривоги виражаються за рахунок взаємодії трьох зв'язаних систем реакції: фізичної системи, когнітивної системи і системи поведінки.

Страх — це орієнтована на сьогоднішню емоційна реакція на дійсну небезпеку. Навпаки, тривога орієнтована на майбутнє і характеризується поганими передчуттями і відчуттям недоліку контролю над майбутніми подіями, які можуть виявитися загрозливими.

Страхи, тривоги, хвилювання і ритуальні дії поширені у дітей і міняються з віком. Залежно від характеристик вони мають певні прогнозовані сценарії розвитку.

ІСТЕРОЇДНІ

У цих дітей проявляється бажання привернути увагу з метою вирішення своїх проблем, а також невротичне суперництво.

Невротичне суперництво

Якщо влада, престиж і стан припадає одержувати власними зусиллями, то людина змушена вступати в змагання і боротьбу з іншими. Народжуючись у сфері економіки, суперництво поширюється на всі інші види діяльності і пронизує сферу любовних відношень, межличностні зв'язки, ігри. Тому змагання є проблемою для кожного в нашій культурі, і зовсім не дивовижно виявити його в якості незмінного центру невротичних конфліктів.

У нашій культурі невротичне суперництво відрізняється від нормального трьома особливостями.

По-перше, невротик постійно порівнює себе з іншими, навіть у ситуаціях, що не потребують цього. Хоча прагнення до переваги над іншими істотно важливо в ситуації будь-якого змагання, невротик мірється силами з людьми, що ніяким образом не є його потенційними суперниками й у котрих немає з ним якоїсь загальної цілі.

Друга відмінність від нормального суперництва складається в тому, що честолюбне бажання невротика вичерпується тим, щоб досягти більшого, ніж інші, або мати більший успіх, але припускає також бажання бути унікальним і винятковим. У той час як ми можемо задовольнитися порівняльним успіхом, його ціль - завжди повна перевага. Він може прекрасно усвідомлювати, що їм рухає неослабне честолюбство. Частіше, проте, він або цілком витискає свої честолюбні прагнення, або частково приховує їх. У останньому випадку він може, наприклад, вважати, що ринеться не до успіху, а лише до здійснення тієї справи, заради якої працює. Або притримуватися переконання, що краще триматися в тіні, не випускаючи зі своїх рук усіх ниток правління.

Третя відмінність від нормального суперництва полягає в схованій ворожості, властивій честолюбству невротика, його установці, що «ніхто, крім мене, не повинний бути гарним, спроможним, щасливим». Ворожість невід'ємна є присутнім у кожному напруженому змаганні, тому що перемога однієї зі сторін, що суперничають, означає поразку іншій. Насправді індивідуалістичне товариство припускає так багато руйнівного суперництва, що відчуваєш сумнів, чи називати його, як ізольовану рису, невротичною характеристикою. Вона майже є культурною нормою. Проте в людині, що страждає неврозом, руйнівний аспект сильніше творчого: для нього важніше бачити інших переможеними, чим процвітати самому. Насправді його власний успіх для нього украй важливий, але тому що в нього є сильні внутрішні заборони у відношенні успіху, єдиний шлях, що залишається для нього відкритим, - це відчувати себе перевершеним за інших: спростовувати інших, низводить їх нижче.

Те ж саме відношення може проявитися до уроків або до будь-якого виду лікування. Коли людина бере уроки або проходить курс лікування, у його інтересах витягти з цього користь. Проте для людини такого типу, що страждає неврозом, стає важніше звести нанівець зусилля або зірвати можливий успіх вчителя або лікаря. І якщо він почуває, що може досягти цієї цілі, демонструючи на власній особі, що нічого не було досягнуто, те йде на це, відмовляючись від лікування. У такий спосіб він демонструє іншим, що від лікарів або вчителів немає ніякого толку. Немає потреби добавляти, що цей процес протікає несвідомо. На рівні своєї свідомості така людина буде переконана у тому, що вчитель або лікар фактично неспроможні або не підходять йому.

Третій шлях, котрим невротик може захищати себе від несхвалення, - це пошук порятунку в неведені, хворобі або безпомічності. Цю стратегію використовує кожний, хто відчуває себе і діє подібно безвідповідальній, пустотливій дитині, що не можна приймати всерйоз. Якщо безпомічність неефективна або недоречна в даній ситуації, тієї ж самої цілі може служити хвороба. Останньою і дуже важливою видом захисту від несхвалення будь-якого роду є уявлення про себе як про жертву. Почуваючи себе ображеним, невротик відкидає які-небудь закиди за власні тенденції використовувати інших людей у своїх інтересах. За допомогою почуття, що їм зневажають, він звільняється від докорів за властиві йому власницькі схильності. Своєю

впевненістю в тому, що інші не приносять користь, він мішає їм зрозуміти, що прагне взяти над ними верх. Ця стратегія "сприймати себе жертвою" настільки часто використовується і міцно укореняється саме тому, що в дійсності є найбільше ефективним методом захисту. Вона дозволяє невротика не тільки відводити від себе обвинувачення, але й одночасно обвинувачувати інших.

Невірний саморозвиток і невроз

Саморозвиток припускає зміна і підвищення свого соціального статусу. Результати свого розвитку чоловік повинен пред'являти таким, що оточує, він потребує того, щоб його роботу бачили і оцінювали позитивно.

Зрозуміло, ця потреба може мати і повинна мати багато модальностей. Мати одну модальність небезпечно, це може обернутися трагедією.

ПРИКЛАД: один пацієнт (він зараз достатньо відома людина, тому не називатиму його прізвище), ще в дитинстві проявив неабиякі здібності до скрипкової майстерності. Батьки так само були музиканти-скрипалі, не такі обдаровані, як їх син, але з великими амбіціями. Самі себе вони повністю не реалізували так, але, побачивши здібності своєї дитини, загорілися честолюбством, стали сином серйозно займатися. Поступово виник своєрідний культ маленької ще особистості. І вони виростили людину з однією пристрасстю - скрипка. Відбулася трагедія, - хлопчик ламає два пальці і викидається з вікна. Він залишається, живий, але жити не хоче, наполегливо намагається зробити суїцидальну спробу. Батьки вимушені помістити його в психіатричну лікарню. На цьому етапі ми з ним і познайомилися. Було очевидне, що порушений інстинкт самореалізації, сформований могутнім, але абсолютно ригідним. Це був результат зусиль батьків, які сформували свою дитину придатним до життя одним способом, - бути скрипалем. Вони не розуміли, що єдиний спосіб самовираження - це уязвимость і потенційна безпорадність.

Почалася важка, виснажлива робота, перш за все з батьками. Коли вдалося перебудувати їх, переконати, що з блискучими здібностями хлопчика він досягне успіху в будь-якій музичній сфері, з самим хлопчиком стало працювати набагато легше. Він перемкнувся на твір музики і диригування і зараз успішно працює на цьому терені.

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ: (матеріал за Е. Меш, 2003)

Заїкання.

Діти, які вчаться говорити, як правило, проходять період незв'язної або неясної мови, що є невід'ємною частиною їх розвитку. Для того, щоб розвинути координацію, змусити злагоджено працювати мова, губи і мозок, щоб вимовляти незнайомі або важкі поєднання звуків, потрібний досвід і терпіння. Для більшості дітей цей період мовного розвитку проходить непомітно, і батьки із здивуванням і радістю спостерігають, як їх діти «б'ються» з новими словами. Проте деякі діти поволі проходять через цю стадію, вони повторюють або тягнуть деякі звуки («ва-ва-ва», «на-а-а-о»), всіляко прагнуть уникати складних звуків або слів або замінювати їх іншими.

Поширеність і течія.

Проблеми мови типові для заїкання: це повторення і затягування деяких складів, що неминуче утрудняє спілкування. Починаючись поступово у віці від

двох до семи років, хвороба досягає свого піку до п'яти років, і вражає чоловіків приблизно в три рази частіше, ніж жінок.

Більшість дітей позбавляються від заїкання, і лише менш одного відсотка не піддаються лікуванню. Важливо знати про ці етапи розвитку хвороби для вироблення методів лікування, тому що майже 80% дітей, які страждають заїканням до 5 років, припиняють заїкатися приблизно після першого року навчання в школі.

Причини і лікування.

Багато міфів і помилкових чуток оточують цей розлад мови. Широко поширена думка про те, що причиною заїкання є невирішені емоційні проблеми або, наприклад, стан тривоги або страху. Ця теорія не підкріплена серйозними доказами. Оскільки причини заїкання кореняться в сім'ї, дослідники зосередили всю свою увагу на вивченні сімейних відносин. Проте мало вірогідно, що воно безпосередньо може бути пов'язане з мовним оточенням дитини. Бабуся і мати Саяда неодмінно заспокоїлися б, дізнавшись про те, що особливості мови матерей трохи впливають на розвиток дитячого заїкання.

Істотну роль при заїканні грають генетичні чинники. Згідно авторитетним дослідженням, спадковість є причиною більш ніж 2/3 (71%) різних випадків заїкання, а 1/3 (29%) — це результат впливу оточення. Генетичні чинники, ймовірно, впливають на мову, будучи причиною ненормального (патологічного) розвитку, що відбувається в мовних центрах мозку, які зазвичай знаходяться в лівій півкулі. Ця біологічна причина заїкання пояснює багато його клінічних характеристик, включаючи втрату самостійності і знижену самооцінку.

Оскільки більшість дітей так чи інакше позбавляються від заїкання, перед батьками і лікарями встає питання, який метод лікування слід віддати перевазі. Терапія зазвичай рекомендується, якщо: (а) дитина часто повторює звуки і склади, (б) батьків або дитину турбує ця проблема або (в) дитина напружує м'язи особи і голос при говорі. Загальний психологічний підхід до лікування дітей, страждаючих заїканням, полягає в тому, щоб навчити батьків говорити з дитиною поволі, використовуючи короткі і прості пропозиції, прагнучи зняти нервову напругу, яку дитина може відчувати при розмові. У випадках, коли цей підхід не є ефективним або якщо заїкання перешкоджає навчанню або спілкуванню з однолітками, застосовується поведінкова методика, звана методом *регулювання дихання*. Дитину просять припинити говорити перед моментом заїкання і глибоко зітхнути, потім затримати дихання і видихнути перед тим, як продовжити мову.

Проблеми мови, що виникають в ранньому дитинстві, включають труднощі у вимові значущих звуків, проблеми з досягненням плавності мови, труднощі у використанні розмовної мови при спілкуванні або розумінні того, що говорять інші.

Більшість дітей з розладом комунікації знаходять нормальну мову в підлітковий період. Проте ранні розлади мови в значній мірі пов'язані з подальшими розладами навчання.

Розлад мовної експресії є розладом мови, визначуваним як

невідповідність між сприйняттям мови і її виразом.

Причини розладів комунікації включають генетичний вплив і сповільнене або патологічне дозрівання мозку. Ранні інфекції середнього вуха (отити) в деяких випадках також можуть бути причиною подібного розладу.

Лікування дітей з розладом комунікації часто не є необхідним, оскільки багато хвороб проходять самі по собі після вступу дитини до школи.

Заїкання або незв'язність мови властиві в основному маленьким дітям, пік хвороби настає в п'ятирічному віці.

Соціофобія (соціальна тривога).

Діагностичні критерії соціофобії:

А. Ярко виражений, стійкий страх, пов'язаний з однією або декількома соціальними ситуаціями або з одним або декількома видами діяльності, в яких чоловік стикається з незнайомими людьми або можливою оцінкою з боку інших. Людина надзвичайно побоюється того, що зроблені ним дії (або прояви симптомів тривоги) зганьблять його або приведуть в замішання.

В. Зустріч з лякаючою соціальною ситуацією практично постійно викликає тривогу, яка може виражатися в нападах паніки, що наступають до або під час зіткнення з лякаючою ситуацією.

С. Людина усвідомлює, що її страх надмірний або необґрунтований.

Д. Людина такі ситуації або види діяльності уникає, інакше вони викликають сильну тривогу або дистрес.

Якщо дітям з соціофобією нав'язують ту соціальну ситуацію, що лякає їх, вони можуть плакати, вередувати, застигати на місці або виражати своє неприйняття в інших формах. У найбільш важких випадках у таких дітей розвивається **генералізована соціофобія**. Їх лякають більшість соціальних ситуацій, вони бояться зустрічатися або розмовляти з незнайомими людьми, уникають контактів зі всіма, окрім членів своєї сім'ї, їм надзвичайно важко відвідувати школу, брати участь в активному відпочинку і взагалі засвоювати навички соціальної взаємодії.

Тривога, пов'язана з соціофобією, буває настільки важка, що викликає **заїкання**, пітливість, розлад шлунку, посилене серцебиття або сильний напад паніки.

Соціальна тривога і сильна соромливість в перехідному віці цілком закономірні для нормального розвитку, проте підлітки з соціофобією випробовують постійну тривогу.

Мутизм (від лат. *mutus* - німий). Специфічна німота, яку характеризують як демонстровану нездатність до експресивної мови при збереженні мовного апарату. Спостерігається при психічних захворюваннях (ІСТЕРИЧНИЙ МУТИЗМ), у соромливих дітей, при аутизмі і ін.

Існує також **ВИБОРЧИЙ МУТИЗМ** – німота в одних ситуаціях (наприклад, в школі та на вулиці) і нормальна мова в крузі близьких. (Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., 2007.)

Катя: *Ні слова з чужими людьми.*

Шестирічна Катя не розмовляє з однолітками і вчителями в початковій

школі і не розмовляла ні з ким в дитячому саду протягом останніх двох років її перебування там. Це почалося два роки тому, коли їй стало важко залишатися в дитячому саду а через два місяці вона вже не могла приходити в дитячий сад без ридань. Хоча дівчинка не розмовляє з іншими дітьми, вона спілкується з ними і бере участь в шкільних справах. Катя вільно розмовляє удома зі всіма членами сім'ї, але не розмовляє з ними на людях, якщо інші можуть почути її. Вона затверджує що не знає чому мовчить але сказала своїй матері, що відчуває страх. Мати описує Катю як соромливу і стурбовану дівчинку.

Діти, що страждають *виборчим мутизмом*, не розмовляють в специфічних соціальних ситуаціях, хоча можуть голосно і вільно розмовляти удома або в інших умовах. Хоча виборчий мутизм, за МКХ-10, відноситься до групи «інші розлади дитячого віку», недавні дослідження дозволяють припустити, що він має багато загального з тривожними розладами. Наприклад, у 90% маленьких дітей з виборчим мутизмом спостерігаються симптоми соціофобії. Хоча результати досліджень не дозволяють робити остаточних висновків, можна припустити, що виборчий мутизм швидше є різновидом соціофобії, а не самостійним розладом.

(МКХ – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду)

Діти з соціофобією бояться стати об'єктом пильної уваги або піддатися оцінці з боку оточуючих; вони побоюються зробити щось таке, що може викликати насмішку у інших людей. Діти, страждаючі виборчим мутизмом, не розмовляють в специфічних соціальних ситуаціях, хоча можуть голосно і вільно говорити удома або в інших умовах.

ТРАМЕРА ЕЛЕКТИВНИЙ МУТИЗМ (1934) – невротичний симптом, що спостерігається в дитячому віці, частіше у віці трьох років або з початком навчання в школі, виявляється у виборчому контакті з оточуючими. Найчастіше хвора дитина підтримує контакт зі всіма членами сім'ї, окрім одного. Мова і інтелект не порушені. Тривалість захворювання від декількох місяців до двох років. Тенденція до мимовільного лікування, ефективна психотерапія. Синонім – *СЕЛЕКТИВНИЙ МУТИЗМ* (Блейхер В.М., 1984.)

3.3. Вимоги до реабілітаційного психолога, що працює з дітьми - невротиками

Психолог під час реабілітаційної роботи повинен:

1. розмежувати функції, що порушенні після захворювання, від здорового ядра особистості;
2. виявити основні розлади психіки, які підлягають виправленню шляхом проведення психологічної та виховної роботи;
3. виявити, на які позиції якості особистості треба опиратися у роботі з хворим;
4. виявити, які засоби психологічного та виховного впливу будуть ефективними для даного хворого;
5. відстежити динаміку процесів під час психолого-педагогічно реабілітації;
6. провести протягом тривалого часу вправи не лише у відношенні окремих психічних процесів, але й усєї особистості.

3.4. Реабілітація дітей, хворих на невроз

Психолого - педагогічна реабілітація - це організація занять психокорекційного характеру під час учбових занять, трудової терапії, ігрової терапії, індивідуальної та групової терапії.

Це потребує такі заходи:

3. поступове включення дітей до учбових чи загальних занять; пристосування дітей до якогось виду діяльності потребує тривалого часу
4. учбові заняття поєднують 2 аспекти:
 - а) форма отримання знань;
 - б) розвиток психічних процесів (уваги, мислення тощо).
- 3) робота над виправленням яких-небудь якостей особистості як з окремими хворими, так і з групами хворих;
- 4) характер проведення занять залежить від форми захворювання, від стану хворого;
- 5) під час занять доцільні велика частота змін діяльності та ігрових моментів.

Тактика поведінки психолога з різними дітьми:

гіперактивні діти: час проведення уроків 30-35 хвилин, в класі 3-7 дітей; використовувати вправи на розвиток уваги та учбових навичок,

психастеніки: використовувати вправи на розвиток впевненості у собі; підібрати діяльність, в якій дитина має успіх; включати в діяльність інших дітей;

істеричні діти: коли дитина демонструє будь-який протест, психолог повинен зробити вигляд, що цього він не помічає;

заїкуваті діти: з такими дітьми говорити повільно, спокійно, використовувати логопедичні ігри, у випадку необхідності - робота з логопедом та ін.

На хворого впливає також особистість реабілітатора: тип нервової системи; гнучкість; пластичність психіки; спеціальна медична підготовка; вміння налагоджувати стосунки з хворим; психологічні знання про хворого та зміни особистості хворого.

Загальні проблеми лікування неврозів. Сьогодні в світі існують і діють близько 3500 методів психотерапії. Це навіть не смішно, це трагічно.

При такому розумінні неврозів ми повинні визнати, що адекватним методом лікування є психотерапія. Фармакологічне лікування тут ніякого відношення до етіології і патогенезу не має.

При неврозах ми маємо справу з функціональними розладами психогенної природи, які повинні зменшуватися або зникнути зовсім або при припиненні дії психічної травми, або у випадках зміни відношення до неї самого пацієнта. І те і інше в компетенції психотерапії, але не фармакотерапії. Лікар повинен допомогти замінити захисну «концепцію хвороби» на адекватніші форми реагування.

Фармакотерапія, при такому розумінні, може допомогти, але не як власне лікарська терапія, а як підготовчий етап до психотерапії, або як додатковий засіб для цілей і завдань психотерапії.

Хворий, що вперше переступив поріг психіатричної лікарні повний страху, хвилювання і величезної напруги. У такому стані починати глибинну

психотерапію неможливо. Лікар до того ж ще не має в своєму розпорядженні необхідного для цього рейтингом довіри. Крім всього, хворий упевнений, що він хворий і відразу переконувати його в цьому не можна і небезпечно, можна посилити невротичний стан, оскільки неврозом пацієнт захистився від психотравмуючої ситуації. Найбільш оптимальним виходом з цього положення буде початок лікування у вигляді фармакотерапії. Хворий повинен бути розслаблений в достатній мірі, щоб бути здатним вести серйозну психотерапевтичну роботу. Отримавши поліпшення в своєму самопочутті, він починає довіряти своєму лікареві, що лікує. Після того, як довіра встановлена, хворий звик до свого доктора і заспокоївся, негайно повинна починатися психотерапія. Фармакотерапія заважатиме поглибленій психотерапевтичній роботі, яка зажадає достатньої емоційної адекватності і сили переживання, а психофармакологічні засоби неминуче притуплятимуть чутливість і емоційність. Тому фармакотерапія винна плавно і планомірно йти з авансцени і поступатися місцем психотерапії. Психотерапія хворого повинна вести до перебудови особового реагування з патологічного на адекватніше і конструктивніше, до розширення розуміння хворим всіх аспектів своєї ситуації, оволодіння навиками саморегуляції, збагаченню особи новими формами реагування і так далі. В цьому випадку зжита невротична ситуація перетворюється на життєвий досвід, людина робиться стійкіший до психічного травмування.

У повсякденній практиці це відбувається рідко. У стаціонарах найчастіше, опора йде на фармакотерапію, що при недостатності психотерапії укріплює у хворого упевненість в тому, що він хворий, закріплює патологічну конструкцію "концепції хвороби", оскільки його стан поліпшується після лікування ліками. Зазвичай призначають ті ж препарати, що і при лікуванні шизофренії - транквілізатори, м'які нейролептики і антидепресанти. Ці засоби, викликаючи афективну блокаду (особливо нейролептики, згідно своєму прямому призначенню), викликають суб'єктивне полегшення. Воно досягається не унаслідок вирішення хворим своїх психогенних ситуацій, не із-за змін особи, яка справляється з психогенією, а за рахунок емоційно-вольового притуплення і штучною, по суті не відповідної ситуації пацієнта, лікарської дезактуалізації психогенної ситуації. Якщо до моменту фармакологічного полегшення у хворого спаде напруга психотравмуючої ситуації, що нерідко відбувається унаслідок реакції людей, що травмували хворого, то стан ще більше покращає, аж до видимості повного одужання.

У такого хворого після виписки залишиться стійке переконання, що він був хворий і йому допомогли ліки. Тобто «концепція хвороби» і роль хворого міцно фіксуються в свідомості пацієнта. Далі у разі загострення психотравмуючої ситуації, а це спостерігається у великому відсотку подібних випадків, знов автоматично актуалізується невротичний комплекс. Невротичний процес набуває тому приступообразно - прогресивний характеру. Представляється маловірогідним, що при вторинній госпіталізації можливе застосування глибинної психотерапії, оскільки модель хвороби, як захисної поведінки фіксована надзвичайно міцно. Парадоксально, але успішне

лікування хворого у такий спосіб при першій госпіталізації приводить по суті до хроніфікації, закріпленню невротичних форм реагування. У практиці нашого консультування неодноразово зустрічаються випадки, коли лікарі, що лікують, виписуючи хворого, додому і, поздоровляючи його з випискою, говорять, що йому (пацієнтові) краще б або навіть обов'язково належить полежати в стаціонарі через рік, наприклад, для закріплення результату. Якщо перед випискою симптоматика купувалася не повністю, то хворого найчастіше виписують з обов'язковою умовою прийому підтримуючої терапії. Зустрічаються випадки лікарської енцефалопатії при багаторічному прийомі психотропних засобів при неврозі.

Методи психологічної реабілітації дітей, хворих на невроз

Тренінг батьківської компетентності (ТРК). Бути батьком гіперактивної дитини, важко та утомливо. Звичайні виховні прийоми (переконання, погрози і осуд) часто не діють. Тренінг батьківської компетентності (ТРК) дозволяє батькам набути наступних необхідних ним навичок: подолання неслухняності і усунення зухвалої поведінки дитини, адаптація до емоційних труднощів, викликаним вихованням дитини з ГРДУ, контроль над ситуацією, що виключає експансію існуючих проблем, захист інших членів сім'ї від дії несприятливих чинників.

Батькам в першу чергу розповідають про специфіку ГРДУ, щоб вони розуміли біологічну основу цього розладу. Потім батьків навчають техніці, що дозволяє змінювати поведінку дитини. Вони дізнаються, як ідентифікувати ті форми поведінки, які вони хочуть заохотити або запобігти, як використовувати заохочення і покарання для досягнення певної мети, як встановити удома жетонну систему. Їх учать умінню помічати те, що дитина робить добре, і умінню хвалити дитину за його достоїнства і досягнуті успіхи. Окрім цього, батьки навчаються використовувати систему штрафів за деструктивну поведінку (таких як втрата привілеїв або тайм-аут) і справлятися з неслухняністю в суспільних місцях. Батьки також можуть навчитися використовувати програми заохочення, засновані на системі школа—дом, при яких вчителі оцінюють їх дітей в карті щоденного запису. Ці карти служать для того, щоб удома батьки використовували заохочення або покарання (зазвичай жетони), що враховують поведінку дитини в класі. І, нарешті, батьки вчаться, як справлятися з поганою поведінкою надалі, і відвідують групи підтримки

Батькам розповідають про те, як щодня займатися з дитиною так, щоб ці заняття приносили сумісне задоволення. Вони вчаться так організовувати його діяльність, щоб успіх дитини був максимальний, а невдачі — мінімальні. Наприклад, якщо дитині складно виконати завдання, необхідно розбити його на декілька менших частин і радіти завершенню кожної частини. Батьків навчають також знижувати власну дратівливість шляхом релаксації, медитації або фізичних вправ. Знижена дратівливість і агресія дозволяють батькам реагувати на поведінку дитини спокійніше.

Тренінг для гіперактивних дітей (див.: Лютова Е.К., Мони́на Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. — М.: Генезис, 2000. — 192 с.)

Педагогічна корекція. Виконання шкільних вимог — нелегке випробування для дітей з ГРДУ. Таким дітям дуже важко сидіти спокійно, бути уважним, слухати вказівки, чекати своєї черги, виконувати завдання і спілкуватися з однокласниками. Їх неухважність, гіперактивність і імпульсна значно ускладнюють навчання. Хоча деяких дітей з ГРДУ поміщають в спеціальні класи на весь день або частину дня, більшість залишаються в звичайних класах. Переважно залишати дітей з ГРДУ серед своїх однолітків, якщо це тільки можливо.

Педагогічна корекція орієнтована на подолання симптомів неухважності, і гіперактивності і імпульсної, що заважають навчанню, і на створення такої атмосфери на уроці, яка підсилювала б можливості дитини. Техніка по управлінню поведінкою на уроці схожа з тими, які рекомендуються батькам. Вчитель і дитина визначають реалістичні завдання, на основі взаємної домовленості розробляють систему заохочень (вчитель ретельно стежить за діями дитини в школі) і нагороджують його за досягнення цілей. Деструктивна або розсіяна поведінка в класі карається втратою привілеїв, вилученням жетонів, м'якими санкціями або коротким періодом тайм-ауту.

Процедури оцінки відповіді включають позбавлення привілеїв, окулярів або жетонів. Такі санкції застосовуються у випадках неадекватної поведінки і часто використовуються для подолання деструктивності. Ці процедури довели свою ефективність в усуненні деструктивних форм поведінки на уроках і в підвищенні успішності.

Багато стратегій по навчанню дітей з ГРДУ є добре розробленими викладацькими методиками. Вони пояснюють дитині, чого від нього хочуть; використовують зоровий аналізатор, підказки про те, як потрібно поводитися; письмовий і усний інструктаж. Все це допомагає дітям зосередити увагу і запам'ятати важливі моменти. Крім того, діти з ГРДУ можуть потребувати додаткової адаптації. Наприклад, вчитель може усадити дитину поряд зі своїм столом, надаючи зону, в межах якої дитина може пересуватися, встановити зрозумілу систему правив і частіше підказувати дитині, як потрібно поводитися. Картка або картинка на парті може служити як візуальне підкріплення, нагадуючи дитині про те, як потрібно поводитися, наприклад, піднімати руку, а не викрикувати. Повторення інструкцій, додаткові заняття, запис завдань на дошці, читання книг і матеріалів, необхідних для виконання завдання, дозволяють дітям з ГРДУ краще справлятися з поставленими перед ними завданнями.

Педагогічна корекція надає в цілому позитивний ефект при навчанні дітей з ГРДУ, дозволяючи долати деструктивні форми поведінки в школі і підвищуючи успішність.

Метод психомодельючого гротеску (МПГ). МПГ є своєрідною акцією психотерапевтичною, що моделює адаптивні поведінкові стереотипи з використанням механізмів прихованої сугестії, парадоксальною інтенції і витягання позитивних емоцій при дії патогенних стимулів. При цьому відбувається руйнування звичного стереотипу в проявах хвороби, дезактуалізація і нейтралізація патологічних переживань.

Позитивні ефекти методу виникають на тлі несподіваних для пацієнта (часто комічних) ситуацій, які викликають вибух радості, здивування, і у результаті - відкриття факту зникнення проявів хвороби. Іноді гротеск, іронія і комічність залишаються прихованими для хворого і очевидними лише для «присвячених».

Так, наприклад, хлопчик - підліток 12 років, з сім'ї офіцера, що страждав нав'язливим психогенним страхом водних процедур, захоплюючих обличчя та голову, в т.ч. звичайного умивання, був оголошений генералісимусом, одягнений у військовий мундир, протигаз і водонепроникний фартух, а далі «обстрілювався» водою з шприца без голки. Спочатку використовувався найменший шприц, далі об'єм води збільшувався, протигаз замінили звичайними окулярами, які, врешті-решт, були зняті. Для усунення багаторічного страху опинилося достатньо двох сеансів.

Інша дитина, приблизно того ж віку, з нав'язливим страхом пожежі в будь-яких приміщеннях, де він знаходився, «призначений» головним пожежником Москви, одягнений в цей же протигаз і мундир швидко навчився без страху влаштовувати «пожежі» у ванній кімнаті і ефективно їх гасити за допомогою води і маленького вогнегасника. Окрім цього, йому були надані інструкції про поведінку під час пожежі і «про всяк випадок» була куплена доладна мотузьяна драбинка для евакуації з приміщення через вікно. Провели декілька тренувальних спусків на спортивному майданчику. Хлопчик був зобов'язаний постійно носити драбинку з собою в рюкзаку разом з вогнегасником (загальна вага «спорядження» 3 кг), якщо зберігатиметься страх. Проте після 7 виходів він залишив їх будинки, оскільки перестав побоюватися пожежі, і вигідно було ходити ні без чого.

Так, при психогенній депресії невротичного рівня дається завдання: стоячи на стільці перед дзеркалом, по настоящему погрузити, горювати, поридати, заламувати руки, пожаліти себе: «Бідна я, нещасна, сирота, бідолаха!». Для цього потрібно одягнутися «трагічно», вибрати відповідний час, можливо, і глядачів і приділити цій акції півгодини або година Далі, як тільки захочеться посумувати, потрібно почекати появи зручної можливості і робити це аналогічним чином, «правильно» - і за змістом дії і за тривалістю.

Подібний алгоритм може бути використаний при експлозивності - «виплеснути роздратування по-справжньому, накричатися як слід, агресивно розірвати 100 газет» і так далі При істеричних розладах проводять спектакль само демонстрації з патетичними висловами про свої незліченні достоїнства, першість у всьому і домагання на загальну любов, численні пільги і довічне щастя. При невротичних страхах, щоб навчитися «тримати удар», лякають себе «як слід - до загального тремтіння, серцебиття, слабкості в ногах, потовиділення».

Сімейне консультування і групи підтримки. Багато сімей дітей з ГРДУ нерідко випробовують розчарування, відчуття провини і злість. Як ми вже говорили, оскільки батьки приділяють більше часу дітям з ГРДУ, їх брати і сестри можуть відчувати себе покинутими або скривдженими. Члени сім'ї можуть самі потребувати спеціальної психологічної допомоги. Консультування

допомагає всім членам сім'ї набути необхідних навичок взаємодії і ефективніші способи спілкування.

Групи підтримки надають значну допомогу людям, так або інакше пов'язаним з ГРДУ. Існує численні районні і національні групи підтримки, що складається з батьків, чії діти страждають ГРДУ. Члени групи подають один одному емоційну підтримку, обмінюються інформацією, досвідом дозволу особистих проблем, адресами фахівців, говорять про свої успіхи і надії. Існує також електронні сторінки в Інтернеті, на яких публікуються бюлетені і матеріали дискусійних груп. Обмін досвідом з іншими людьми, що мають ті ж проблеми, допомагають батькам уникати відчуття самоти.

Коментар з приводу спірних методів лікування. Зрозуміло, що батьки дітей з ГРДУ хочуть випробувати всі можливі варіанти допомоги. Останніми роками з'явилися багато методів лікування, які можуть вселяти довіру. Деякі з них з ентузіазмом підтримуються професіоналами, а окремі пацієнти повідомляють про приголомшливе поліпшення. Інші — чистісіньке шарлатанство. Науково не обґрунтовані методи лікування, пропонувані дітям з ГРДУ, включають обмежену дієту, лікування алергії, лікарську терапію захворювань внутрішнього вуха, лікування грибкових інфекцій, застосування мультівітамінів, розробку кисті, зміцнення кісток, тренування очей, спеціальні кольорові окуляри, терапію з використанням метронома і біологічний зворотний зв'язок. Помилкові методи лікування, як правило, дорогі, дарили нездійснених надій на швидке одужання і уповільнюють дію емпірично підтверджених методів, ефективність яких відома.

У дітей і підлітків з ГРДУ є проблеми. Не треба їх зменшувати, це може перешкоджати хворим в отриманні допомоги. Проте, як показує коментар Алана, допомагаючи страждаючим ГРДУ і їх сім'ям, не можна випускати з уваги той факт, що в них самих закладено багато сильних якостей і ресурсів, які треба знаходити і підтримувати.

3.5. Поняття про депресії, види депресії

Депресивні розлади у дітей і підлітків. Прояви депресивних розладів мають місце при багатьох психічних захворюваннях, цей найпоширеніший синдром душевних розладів. Ними страждають біля 5 % населення Землі, і до 60 % усієї психічної патології складають депресивні стани. Депресія помолоділа, жертвами її стають не тільки люди похилого або «бальзаковського» віку, але також молодь і навіть діти.

Зневіра, безрадісність, туга, на жаль, так властиві нашим сучасникам. Сьогодні багато хто вважає, що депресія - це хвороба цивілізації. Депресія - свого роду сигнал душі про її неблагополуччя, тяжке положення. Депресивний невроз частіше усього починається через життєві складності. При цьому в людини знижується настрій, його ніщо не радує, іноді усе дратує, вона впадає в зневіру, тугу, сум, навколишнє предстає у темному світлі. Дуже часто подібні стани виникають через те, що життя пішло «не по тому сценарію», як хотілося б; не здійснилося бажане, відбувся якийсь конфлікт, нанесена була та або інша образа.

— *Как твое самочувствие?* —
спросил Винни-Пух. *Иа-Иа* покачал
головой.

— *Не очень как!* — сказал он. —
Или даже совсем никак. Мне
кажется, я уже очень давно не
чувствовал себя как.

А.А. Мілн, Вінні-Пух (1926)

Депресією називається стан глибокої печалі і того смутку, які переживав Іа - Іа, сумний і нерішучий сірий ослик з казки про Вінні-Пуха. Симптоми депресії є настільки поширеними, що її іноді називають «простудою в психопатології». Кожен іноді може випробовувати печаль, смуток, бути не в дусі або «занедужати». (Що читає або пише про депресію може бути саме тим, хто сам від неї страждає — у такому разі, чи вдасться йому об'єктивно оцінити такі стани, як смуток, безнадійність, тривога, самота або самобичування?) Іноді наші негативні переживання є нормальною реакцією на якесь нещастя, наприклад втрату друга або роботи. У інший час ми можемо випробовувати депресію без видимих на те причин. Проте ці переживання незабаром проходять, і ми повертаємося до нашої звичайної діяльності. В протилежність цьому клінічна депресія є станом набагато серйозніше, ніж випадково виникле відчуття смутку або коливання в настрої, які час від часу можуть бути у будь-якої людини.

Зазвичай прийнято вважати, що дитинство — це щасливий, безтурботний час, період, вільний від тягаря тривог і обов'язків дорослого життя. Ми схильні представляти дітей як життєрадісних і не схильних до депресії. Насправді, зазвичай дізнавшись, що дитина знаходиться в стані депресії, дорослі дивуються: «Із-за чого він може випробовувати депресію?» Навіть тоді, коли діти переживають відчуття розчарування, засудження з боку інших людей або якісь негативні події, з якими вони неминуче стикаються в своєму повсякденному житті, вважається, що їх смуток, розчарування і роздратування — це короткочасні явища. Батьки дуже часто відносять такі негативні настрої до тимчасових чинників, наприклад до недосипання або поганого самопочуття, і сподіваються, що вони скоро пройдуть. Таким чином, протягом довгого часу було прийнято вважати, що діти не страждають депресією, а депресивні стани, що виникають у них, — лише короткочасні явища. Тепер ми знаємо, що це не так.

На відміну від більшості дітей, у яких настрої печалі і смутку швидко проходять, діти, страждаючі депресією, мабуть, не в змозі позбавитися від смутку, і воно починає заважати їх повсякденному життю, соціальним взаєминам, шкільним заняттям і решті всієї діяльності. У підлітків, страждаючих депресією, часто спостерігаються супутні проблеми, такі як тривожно-депресивний синдром і поведінковий розлад. Таким чином, не дивлячись на те, що клінічна депресія може мати схожість з нормальними емоційними реакціями, властивими дитячому віку, у деяких підлітків вона є важким і тривалим розладом, який калічить людське життя, а в деяких випадках

несе для неї загрозу. На жаль, депресія часто не розпізнається і не лікується, тому що батьки і, у меншій мірі, вчителі можуть не побачити, що за негативним настроєм ховається серйозний психічний розлад.

Ознаки депресії дітей і підлітків. Депресія впливає на багато сфер життя дітей.

Настрій. Діти, страждаючі депресією, переживають почуття печалі і смутку, які виявляються у них у формі, набагато стійкішій і інтенсивнішій, чим звичайні переживання цих відчуттів. Інші відчуття, які можуть супроводити депресії, включають дратівливість, провину і сором.

Поведінка. У таких дітей може спостерігатися посилення неспокою і тривоги, зниження активності, сповільнена мова або надмірна плаксивість. Разом із зниженням активності настає обмеження соціальних контактів. Іноді стан печалі і смутку у підлітків, схильних до депресії, може приводити до негативних дій, таким як уїдливі злі зауваження, крик або деструктивна поведінка. Підлітки, які страждають депресією, можуть вживати алкоголь або наркотики для того, щоб полегшити свій стан.

Зміна життєвих установок. У таких дітей і підлітків розвивається відчуття власної нікчемності і низька самооцінка. Вони вважають себе неадекватним і думають, що інші люди оцінюють їх так само. У них може змінитися відношення до школи, і у зв'язку з цим погіршується успішність. Вони починають боятися майбутнього і переконують себе в тому, що приречені в житті на невдачі, часто ставлячи наступні питання: «Який сенс турбуватися про це?» або «Який сенс намагатися це робити?» Коли такі переживання стають інтенсивними, зростає ризик суїциду.

Мислення. Діти і підлітки, страждаючі від депресії, поглинені власними думками і концентрують увагу на переживаннях. Вони зосереджені на самих собі і можуть бути надмірно самокритичні і соромливі. Розумові процеси порушуються, втрачається здібність до здорового міркування і переважає песимістичний погляд на майбутнє. Їм буває важко концентруватися, згадувати і ухвалювати рішення. Такі діти можуть також винити себе за будь-яку невдачу.

Фізичні зміни. У таких дітей і підлітків спостерігаються порушення сну і розладу, пов'язані з їдою. Звичайним явищем буває втрата апетиту і часті пробудження серед ночі або рано вранці, також присутнє постійне відчуття втоми. Типові такі зауваження, як: «Вона завжди загальмована» або «Я відчуваю постійну втому». Також виникають скарги фізичного характеру: на головний біль і біль в шлунку, нудоту, на тривалі болі різного роду і занепад сил.

Ми уявляємо собі дітей, страждаючих депресією, як що плачуть або тихо схлипують далеко від всіх, в повній самоті у себе в кімнаті, але насправді багато дітей проявляють свій депресивний стан досконало по-іншому. Діти, страждаючі депресивним розладом, можуть бути дратівливими або капризними, турбуватися по будь-якому незначному приводу, наприклад із-за втрати якої-небудь дрібної деталі одягу (наприклад, гудзик). Вони можуть часто сперечатися, схильні до різкої зміни настроїв, бувають плаксивими, що викликає великі труднощі в спілкуванні з ними. Поганий настрій у таких

дітей може приводити до нападів гніву або спалахів люті; що викликає роздратування у інших людей і може зробити дитину знедоленою людиною серед однолітків. За допомогою такої поведінки дитина намагається уникнути своїх хворобливих переживань, пов'язаних з депресією. Оскільки не всі підлітки мають при цьому сумний і смутний вигляд, батьки і вчителі часто не здогадуються, що таке неспокійна поведінка є ознакою депресії.

Іноді депресія у дітей виходить далеко за рамки звичайних коливань настрою

Депресія у дітей і підлітків. Майже у всіх дітей і підлітків спостерігаються ті або інші симптоми депресії, а до 5% дітей і 10-20% підлітків можуть відчувати серйозні депресивні стани. У них наголошується стійкий депресивний настрій при зіткненні з реальним дистресом або подією, що сприймається як дистрес, а також спостерігаються інші порушення, пов'язані з фізичним функціонуванням організму і соціальною поведінкою. Останніми роками серед підлітків стрімко росте число суїцидів, пов'язаних з депресією.

Навіть якщо діти і підлітки позбавляються від своєї депресії, вони, ймовірно, переживатимуть рецидиви хворобливого стану і тривалі періоди погіршення. До 90% цих підлітків демонструють значне погіршення свого стану, що робить депресію одним з найбільш небезпечних захворювань дитячого віку, що перешкоджають нормальному розвитку. Пов'язані з депресією тривалі негативні переживання, труднощі, що виникають в повсякденному житті, підвищеним ризиком зловживань психоактивними речовинами і біполярним розладом є дуже серйозні проблеми для дітей і підлітків.

Поширеність депресії серед дітей і підлітків має тенденцію до збільшення, а середній вік тих, у кого виявляються симптоми цього розладу, зменшується. Не дивлячись на те, що точні причини поширеності депресії, що збільшується, невідомі, один з чинників, що мають відношення до цього явища, пов'язаний із стрімкими змінами, що відбуваються в суспільному житті. Переповнені міста, сім'ї, що розпадаються, зростання числа зловживань психоактивними речовинами і зміни, що відбуваються у сфері професійної і трудової діяльності, можуть значно підсилити дію стресів на молоде покоління. Ці зміни можуть робити дитину більш уразливою по відношенню до стресу унаслідок втрати захисних чинників, таких, наприклад, як підтримка сім'ї.

Депресія і процес індивідуального розвитку. Залежно від віку діти по-різному проявляють і переживають депресію. Дитина до півтора-двох років може виглядати смутною, пасивною і байдужою; дошкільник може здаватися таким, що пішов в себе і загальмованим; дитина молодшого шкільного віку може виявляти агресивність і схильність до створення конфліктних ситуацій; а тінейджер може переживати відчуття провини і відчаю. Всіма цими проявами є не різні типи депресії, а, ймовірно, різні стадії одного і того ж процесу, що формується в ході індивідуального розвитку.

Немає такої ознаки, яка виявлялася б у всіх дітей в межах якоїсь окремо узятій вікової групи або була б характерна для якогось певного періоду

розвитку. Такі ознаки не виникають до тих пір, поки діти не стають старшими, а депресія не починає ясно розпізнаватися як клінічне захворювання. Депресія у дітей у віці до 7 років менш чітко виражена і не так легко розпізнається, як депресія у молодших школярів і у підлітків. Проте дуже важливо розпізнати симптоми депресії у зовсім маленьких дітей, оскільки менш виражені симптоми молодшого віку можуть розвинути в депресивні розлади в старшому дитячому віці, в юності.

Ми надзвичайно мало знаємо про *депресію у дітей у віці до півтора-двох років*. У 1940-і роки Р. Спітц описав стан, названий їм як *анаклітична (несамостійна) депресія*, при якій у малолітніх дітей, що вирости в нормальній, але емоційно холодній обстановці державних дитячих притулків, спостерігаються реакції, схожі з симптомами депресивного розладу. У них виявляються слізна, відчуження, апатія, втрата ваги, порушення сну, загальне уповільнення розвитку, а в деяких випадках навіть настає смерть. Хоча Спітц пов'язував цю депресію з відсутністю «материнської турботи» і можливості сформувати прихильність, ймовірно також, що тут грають роль і інші чинники, пов'язані з фізичними захворюваннями і емоційними і сенсорними деприваціями.

Також стало очевидним, що подібні симптоми можуть мати місце у дітей, вихованих не тільки в притулках, а у важкій атмосфері неблагополучних сімей, де мати страждала депресією, не приділяла дитині достатньо часу, мало спілкувалася з ним або застосовувала до нього фізичну силу. У дітей, що вирости в такій сімейній обстановці, можуть спостерігатися розлади сну, втрата апетиту, надмірна причепливість, а також можуть виникати стани тривожності, плаксивість і смуток.

Депресія у малюків, вихованих в притулках, має зовнішні ознаки, аналогічні тим, які виявляються при депресивних станах у дорослих людей.

Діти дошкільного віку, страждаючі депресією, можуть здаватися похмурими і сумними. Їм зазвичай бракує багатство фантазії, жвавість і ентузіазм в грі, які характерні для більшості дошкільників. Вони можуть проявляти надмірну причепливість і вічно пхикати біля матери, у них також виникають тривожні стани, викликані невинними побоюваннями розлуки і самоти. Крім того, їх дуже засмучує, коли щось робиться не так, як вони хочуть. Депресивні діти дошкільного віку бувають дратівливі без видимих на те причин. У них можуть наголошуватися негативні і самоуничижительні вислови і характерні скарги на фізичний біль, наприклад на біль в шлунку.

Також, до симптомів, що спостерігаються у дошкільників, діти шкільного віку, страждаючі депресією, проявляють підвищену дратівливість, у них виявляється деструктивна поведінка, спалахи гніву і забіякуватість. За визнанням батьків, таку дитину «ніщо не радує, вона ненавидить себе і все, що його оточує». Діти дошкільного віку виглядають сумними, але часто не схильні розповідати про свій внутрішній стан. Фізичні скарги, що виникають у дітей шкільного віку, виражаються у втраті ваги, головних болях і порушеннях сну. Загальні труднощі, які доводиться випробовувати таким дітям, пов'язані з навчанням і взаємодією з однолітками, що має на увазі часті бійки і скарги на

відсутність яких-небудь друзів або на те, що дитину дратують. Починаючи з цього віку, можуть траплятися спроби суїциду.

Окрім симптомів, характерних для дітей молодшого віку, у 7 - 10-річних школярів, що знаходяться в депресивному стані, розвивається низька самооцінка, починають переважати самозвинувачення, постійне відчуття печалі і смутку, і виникають труднощі в соціальній взаємодії («соціальна загальмованість»). Дитина може говорити: «Я — тупий» або «Мені ніхто не подобатися». Такі діти відгороджуються навіть від власної сім'ї. У дитини може розвинутися безсоння або, навпаки, надмірне бажання спати. Загальними є і такі симптоми, як порушення живлення.

У більш старших дітей (тінейджерів) посилюється дратівливість, втрачається відчуття задоволення, пропадає інтерес до життя і страждає навчання. Частіше звичайного відбуваються сварки з батьками з приводу звичайних проблем, що виникають між батьками і дітьми, таких як вибір друзів або час повернення додому увечері. Іншими симптомами, характерними для цього віку, є негативне уявлення про свої фізичні дані, занижена самооцінка і соромливість. Присутні наступні фізичні симптоми: надмірна втома, занепад життєвих сил, втрата апетиту і порушення сну. Тінейджери, страждаючи від депресії, відчувають самоту, провину, постійно дорікають собі за щось, у них з'являється відчуття власної нікчемності, думки про суїцид і його спроби.

Смуток, байдужість і дратівливість є істотними чинниками для діагностики депресивного розладу, оскільки багато з симптомів і форм поведінки, які ми описали, можуть бути присутніми у дітей з нормальним розвитком або у дітей з іншими захворюваннями або розладами. Крім того, який би не був вік дитини, наявні симптоми повинні відбивати зміни в поведінці, бути присутнім протягом тривалого часу і викликати значне погіршення стану.

Види депресії у дітей і підлітків. Розрізняють такі поняття: -

гіпотимія - зниження настрою, короткочасне невираженого характеру. Буває у хворих та здорових людей,

дистимія - порушення настрою у вигляді подразливості, плаксивості та ін.

Термін «*депресія*» використовується для опису різних понять. Важливо розрізняти депресивний симптом, депресивний синдром і депресивний розлад.

Депресивні симптоми виражаються в тому, що дитина відчуває смуток і відчуває себе нещасною. Депресивні симптоми далеко не завжди свідчать про наявність яких-небудь серйозних проблем і досить поширені у всіх вікових групах, виникаючи більш ніж у 40% дітей і підлітків. Для більшості дітей депресивні симптоми носять тимчасовий характер, викликані подіями повсякденного життя і не є наслідком якого-небудь розладу.

Депресивний синдром — це стан, набагато серйозніший, ніж просто сумний настрій. Синдром об'єднує групу симптомів, які частіше присутні всі разом, ніж виникають випадковим чином. Відчуття печалі може супроводжуватися іншими симптомами, такими як ослаблення інтересу до звичайних видів діяльності, когнітивні і мотиваційні порушення, а також зміни соматичного і психомоторного характеру. Депресивний синдром є набагато

менш поширеним явищем, чим окремі депресивні симптоми. Депресивний синдром у дітей часто об'єднує симптоми тривожності і депресивності, які мають тенденцію об'єднуватися в загальний стан негативного афекту. Депресивний синдром може також поєднуватися з іншими розладами, такими як *поведінковий розлад і синдром гіперактивності і дефіциту уваги*. Іноді депресивний синдром може виникнути внаслідок деяких життєвих подій — наприклад у зв'язку з втратою близької людини. Проте переживання горя розглядаються як клінічний синдром тільки в тому випадку, якщо депресивні симптоми мають глибокий і тривалий характер, далеко виходячи за рамки допустимих норм.

Депресивний розлад включає депресивний синдром, тривалий за часом і що викликає значні погіршення стану організму. Характер протікання депресивного розладу може бути пов'язаний з його загальними причинами, асоційованими характеристиками, особливостями його протікання і наслідками, а також з результатами лікування.

Депресія у дітей і підлітків має численні і стійкі симптоми, що виражаються в погіршенні настрою, поведінки мислення, фізичного стану організму, а також в негативній зміні життєвих установок.

Протягом довгого часу існувало помилкове переконання в тому, що у дітей не існує депресії, порівнянної формою з депресією у дорослих.

В даний час відомо, що депресія у дітей і підлітків важкий розлад, що часто зустрічається, не завжди розпізнаване, поширеність якого постійно збільшується.

Залежно від віку, депресія у дітей виявляється по-різному.

Важливо розрізнити депресивні симптоми, депресивний синдром і депресивний розлад.

Діагностичні критерії великого депресивного розладу (згідно МКХ-10)

П'ять (або більш) наступних симптомів, що присутніх протягом 2-тижневого періоду і відбивають зміни в стані організму; принаймні, один з двох симптомів: або (1) депресивний настрій, або (2) відсутність інтересу до звичайної діяльності або втрата відчуття задоволення.

Примітка: не включені симптоми, які безпосередньо викликані медикаментозною дією, або пов'язані з не відповідним настрою хворого маренням і галюцинаціями.

(1) Постійний (практично щоденно і впродовж всього дня) прояв депресивного настрою, що відзначається або по суб'єктивних відчуттях хворого (наприклад відчуття печалі або спустошеність) або за спостереженнями інших людей (наприклад сумний вигляд).

Примітка: у дітей і підлітків може наголошуватися драгівливість.

(2) Постійно спостережуване помітне ослаблення інтересу до будь-яких видів діяльності і відсутність відчуття задоволення практично від будь-якої діяльності (що відзначається як по суб'єктивних відчуттях хворого, так і за словами інших людей).

(3) Значна втрата ваги за умови, що людина не дотримується дієти, або, навпаки, надбавка ваги (наприклад, зміна ваги тіла більша, ніж на 5% протягом

місяця), або спостережуваний майже щодня знижений або, навпаки, підвищений апетит.

Примітка: у дітей потрібно враховувати відсутність природних надбавок у вазі.

(4) Регулярне (спостережувана майже щодня) безсоння або надмірна сонливість.

(5) Регулярне (що виникає майже щодня) психомоторне збудження або загальмованість (що відзначаються іншими людьми, а не просто суб'єктивні відчуття неспокою або загальмованості).

(6) Постійне відчуття втоми або занепаду життєвих сил.

(7) Постійне відчуття власної нікчемності або перебільшене відчуття провини, яке може мати маревний характер (сюди не відносяться докори в свою адресу або відчуття провини з приводу хворобливої слабкості).

(8) Постійно спостережуване ослаблення розумових здібностей, нездатність концентруватися або нерішучість (що відзначаються по суб'єктивних відчуттях хворого або за словами інших людей).

(9) Думки, що виникають час від часу, про смерть (не просто страх смерті), думки, що виникають час від часу, про суїцид без конкретного плану дії; спроба або конкретний план здійснення суїциду.

Діагноз великого депресивного розладу ставиться за наявності важкого депресивного епізоду, що виключає інші умови, такі як попередній маніакально-депресивний епізод (за наявності обох епізодів може бути поставлений діагноз біполярного розладу). Потрібно також виключити вплив органічних захворювань, які можуть бути причиною депресивного стану, депресію, що проявляється у зв'язку з важкою втратою, або можливі розлади мислення.

Супутні розлади. Депресія і спалахи люті. У 70% підлітків з великим депресивним розладом спостерігається одне або декілька інших розладів. Найбільш супутніми розладами, що часто зустрічаються, у підлітків, що знаходяться під клінічним спостереженням у зв'язку з великим депресивним розладом, є тривожні розлади, зокрема генералізований тривожний розлад, специфічні фобії і тривожний розлад у зв'язку з розлукою. Широко поширені також дистимія, поведінковий розлад, синдром гіперактивності і дефіциту уваги, розлади, пов'язані із зловживанням алкоголем і наркотиками.

У підлітків великий депресивний розлад, найімовірніше, виникає після, а не до появи інших психічних захворювань, за винятком розладів, пов'язаних із зловживанням алкоголем або наркотиками. Було встановлено, що важка депресія виникає приблизно чотирма роками раніше розладів, викликаних зловживанням психоактивними речовинами. Більшість супутніх розладів зазвичай присутня до виникнення великого депресивного розладу і, ймовірно, продовжує зберігатися навіть після того, як дитина виліковується від депресії.

Наявністю супутнього розладу є істотний чинник, який може збільшити у підлітка ризик виникнення повторної депресії, вплинути на тривалість і тяжкість депресивного епізоду, і збільшити ризик спроб самогубства. Присутність супутнього захворювання також ослабляє реакцію підлітка на лікування, що проводиться, погіршуючи його результати.

Головними ознаками депресивного розладу є відчуття печалі, смутку, втрата інтересу практично до будь-якої діяльності або відсутність задоволення від всього, що робить чоловік, дратівливість, крім того, велике число додаткових специфічних симптомів, які спостерігаються, принаймні, протягом 2-тижневого періоду.

Загальна поширеність захворювань великим депресивним розладом для дітей у віці від 4 до 18 років складає 2-8%, відносна кількість страждаючих депресією залишається достатньо низьким в дитячому віці, але значно зростає в юності.

Великому депресивному розладу у дітей і підлітків найчастіше супроводять тривожний і кондуктивний розлади, дистимія, синдром гіперактивності і дефіциту уваги, а також розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин.

Майже всі підлітки видужують після завершення першого депресивного епізоду, але приблизно у 70% виникає повторний епізод протягом подальших 5 років, і у багатьох розвивається біполярний розлад.

Депресія у дітей, що не досягли пубертатного віку, однаково поширена як серед хлопчиків, так і серед дівчаток, але в пубертатний період співвідношення депресивних дівчаток і хлопчиків складає майже 2 : 1, а після завершення цього періоду приблизно 3 : 1.

Депресії у дорослих. Розрізняють різні види депресії:

- *Відкрита* форма - класична, ендогенна депресивна реакція на певну ситуацію, реактивна депресія.

- *Маскована* - депресія виходить на рівень психосоматики. Депресія має різноманітні маски, часто вона виявляється у формі тілесних нездужань, таких, як болі в животі, головна біль, стійке безсоння.

На сімейному рівні хвора людина буває агресивною, виникає зниження, апетиту, втрата ваги, думки про самоубийство.

- При тривалому захворюванні, якщо немає полегшення, покращень, то потрібно ставити питання про *приховану* депресію.

Види простих депресій.

1. *Відносно проста* - характеризується емоційними розладами.

2. *Адинамічна* депресія - слабкість, безсилля, відсутність бажань та прагнень, байдужість до оточення.

3. *Ажитірована* - супроводжується моторним збудженням. Хворі непокояться, не знаходять собі місця, звинувачують в усьому себе.

4. *Анестетична* - хворі втрачають здатність співчувати своїм рідним, близьким, і це їх непокоїть.

5. *Депресія з маячною звинувачення* - хворі звинувачують себе в поганих вчинках, злочинах, вимагають суду над собою, перебільшують свої помилки.

6. *Буркотлива депресія* - хворий незадоволений оточуючими та собою, схильний до афектів, агресії проти оточуючих і себе. Відчуває образу до життя.

7. *Депресія з посмішкою* - на обличчі хворого посмішка, іронія над своєю безпорадністю. Зустрічається дуже рідко. Можливі суїциди.

8. *Сльозна депресія* - слабкодушність, астения.

9. *Ступорозна депресія* - супроводжується масивним руховим гальмуванням. Іноді ступор.

10. *Тривожна депресія* - відчуття неспокою, туги та інші.

Види складних депресій:

1. Депресія з маячною величності - хворі переконують, що світу, всесвіту, їх також не існує, що їх звинувачують у важких злочинах, за які розплачуються сотні років.

2. Депресія з нігілістичною маячною - хворі переконують, що не мають родини, мозку та інше.

3. Депресія з маячною збитків в повсякденних відносинах; хворі переконують, що їх майно розкрадають, псують люди, які живуть з ними; переконані, що псують їх здоров'я, та інше.

Буває *невротична депресія*, яка виникає через неправильний тип виховання ще в дитячому віці (наприклад: хлопчика виховує авторитарна мати та пасивний батько); на думку О.І. Захарова, ця депресія може зберігатися у чоловіка протягом всього життя.

Глибока депресія (ознаки):

1. Ніщо не дає задоволення.

2. Відчуття повної нікчемності, здається, що життя проходить марно, відчуття своєї провини та непотрібності.

3. Різкі зміни настрою, можливі зриви.

4. Повна безвихідність.

5. Бажання померти, туга стає нестерпною.

6. Неможливість зосередитись.

7. Зміна звичок харчування, порушення роботи кишечника.

8. Втрата апетиту чи підвищений апетит. Періодичні запори та поноси.

9. Порушення сну - безсоння, надто довгий сон, страхіття.

10. Біль різного походження та ін.

Найчастіше депресії виникають у північних країнах під час довгої зими.

При *невротичній* формі депресивних розладів у дорослих визначається її безпосередній зв'язок із моральним станом людини.

Теорії депресії. Було висунуто безліч теорій для пояснення причин виникнення і розвитку депресивного розладу. До недавнього часу, проте, більшість теорій розроблялися для того, щоб дати пояснення депресії дорослих. Потім ці теорії безпосередньо застосовувалися до дітей з мінімальним обліком відмінностей, пов'язаних з процесом розвитку. У наступних розділах ми розглянемо деякі з цих теорій. При цьому слід пам'ятати, що депресія є, ймовірно, кінцевим висновком взаємодії тих чинників, які привертають до розвитку у дитини даного розладу. Жодна теорія не може дати пояснення всім формам депресивного розладу, відмінностям в симптоматиці і в тяжкості протікання одного і того ж розладу. Нижче надано огляд основних теорій депресії.

Таблиця 4. *Теорії депресії (за Е. Меш, 2003)*

Психодинамічна	Ототожнення себе з втраченим об'єктом, гнів, обернений всередину; надмірна строгість суперего; занижена самооцінка
Прихильності	Неміцні ранні прихильності; спотворені внутрішні моделі власного образу і образів інших людей, що діють
Біхевіористська	Втрата підкріплення або якості підкріплення; дефіцит навиків, необхідних для отримання підкріплення
Когнітивна	Депресивні установки; спотворені або неадекватні внутрішні когнітивні структури, процеси і узагальнення; негативний погляд на самого себе, мир і майбутнє; недостатня здібність до дозволу проблем
Теорія самоконтролю	Проблеми в організації поведінки, пов'язані з досягненням довгострокових цілей; дефіцит навиків самоконтролю, самооцінки і самопідкріплення
Міжособистісна	Погіршення міжособистісного спілкування, пов'язане з переживанням з приводу втрати; роль суперечок і конфліктів, роль перехідного періоду, дефіцит міжособистісного спілкування, неповна сім'я; соціальна відчуженість; взаємовплив настрою і подій, пов'язаних з міжособистісним спілкуванням
Нейробиологічна	Порушення нейрохімічні і рецепторні; нейрофізіологічні порушення; нейроендокринні порушення
Теорія соціального оточення	Життєві обставини, що приводять до стресу, і щоденні конфлікти як чинники, сприяючі схильності; соціальна підтримка, оволодіння ситуацією і оцінка як захисні чинники

Ранні психодинамічні теорії розглядали депресію як наслідок перетворення агресивного інстинкту на депресивний афект. Передбачалося, що депресія виникає в результаті втрати об'єкту любові, до якого хворий переживає амбівалентні (суперечливі) почуття. Ця втрата може бути реальною — у разі смерті батька, або символічною, як результат емоційної втрати, знедоленої людини або недостатньої батьківської уваги. Подальша пристрасть по відношенню до улюбленого об'єкту обертається в гнів, направлений проти самого себе. Оскільки існувало переконання, що у дітей і підлітків недостатньо розвинуто суперего, тобто не цілком засвоєні моральні норми поведінки, то ворожість, направлена проти внутрішніх образів об'єктів любові, які розчарували їх або відмовилися від них, не викликає відчуття провини, тому вони не схильні до депресії.

Той факт, що депресія зустрічається у великого числа дітей і підлітків, що не пережили в своєму житті втрату або знедолену людину, і не зустрічається у багатьох дітей, що переживають це, кидає тінь сумніву на правильність психодинамічної моделі депресії. До того ж в суперечності з цією теорією знаходиться та обставина, що безліч дітей відчувають важкі форми депресії.

До теперішнього часу зроблені спроби опису найбільш типових характеристик когнітивних стилів при основних формах прикордонної патології особистості, таких як антисоціальний і нарцисистський, гістріоний і залежний, унікаючий (Д. Бек), обсесивно - компульсивний (Д. Саймон, Д. Майер), параноїчний (Д. Претцер), пасивно - агресивний, шизоїдний і шизотипічний (Р. Оттавіані) **розлади** особистості.

Вважається, що депресія пов'язана з негативним світоглядом, при якому виникає так звана **негативна когнітивна тріада** :

Негативне відношення до самого себе (наприклад: «Я ні на що не здатний», «Я — нецікавий»).

Негативне відношення до світу (наприклад: «Вони нікуди не годяться», «Це дуже важко»).

Негативне відношення до майбутнього (наприклад: «Завжди буде так само погано», «Я ніколи не зможу здобути освіту»).

Виділені також когнітивні основи деяких поширених психогенних захворювань - депресії, панічного і тривожно - фобічного розладів.

Одній із загальних характеристик осіб, схильних до дезадаптації (особливостей їх когнітивних типів), є слабкий **розвиток** здібності до довільної регуляції емоцій, пасивне відношення до негативних емоцій, пасивне їх переживання або пізніє вживання заходів по їх подоланню, орієнтація на малоефективні шляхи усунення психологічного дискомфорту - відвернення, вимова близьким людям, прийом седативних засобів або алкоголю. При цьому відсутній необхідний об'єм внутрішньоособистісної діяльності, направленої на позитивну переробку негативного стану.

Окрім цього більшість таких людей відрізняє безпосередність сприйняття, низький коефіцієнт когнітивної участі при сприйнятті зовнішніх дій. У інших випадках цей коефіцієнт може бути неадекватно посилений (наприклад, при обсесіях).

К. Хорні (1993) серед провідних характеристик невротичних осіб виділяє тривожність, ворожість, невротичну потребу в любові і прихильності, чутливість до відкидання, прагнення до влади, престижу і володіння, невротичне суперництво або огиду до суперництва, відчуття провини, невротичну потребу в стражданні (мазохізм). У різних випадках спостерігаються різні комбінації цих якостей.

У структурі когнітивних дезадаптантів часто спостерігається психологічна ригідність, наявність неефективних когнітивно-поведінкових стереотипів, що хронічно діють, оцінок, що завдають збитку самому пацієнтові, його оточенню або обом сторонам, а також відсутність прагнення до психологічного розвитку, вдосконалення, екстернальний локус контролю.

Типовим є також використання негативно-програмуючих вербальних маркерів емоційно - поведінкових реакцій, «органічної мови» (Л. Лекрон, 1993) - фраз, що мають аутодеструктивну або екстеродеструктивну спрямованість: «Мене від цього нудить», «Можна з'їхати з глузду від цього», «Це сидить у мене в печінках» або «Я його готовий убити», «Таких треба розстрілювати», «Хай їх покарає бог», «Ним не місце на цьому світі» і тому подібне

Психодинамічні теорії припускають, що депресія виникає в результаті реальної або символічної втрати об'єкту любові, і розглядають депресію як наслідок перетворення агресивного інстинкту на депресивний афект.

Біхевіористська точка зору підкреслює важливість навчання, впливів з боку оточення (особливо відсутність умовної у відповідь реакції позитивного підкріплення) і дефіциту навиків соціальної взаємодії у виникненні і збереженні депресивного стану.

Когнітивні теорії приділяють увагу зв'язку негативного мислення і настрою. У основі цих теорій лежить допущення про те, що відношення до самого собі і навколишньому світу впливатиме на настрій і поведінку дитини або підлітка.

Інші теорії депресії надають важливе значення дефіциту навиків самоконтролю, розривам міжособистісних взаємин, генетичним і нейробіологічним чинникам і стресовим подіям.

3.6. Методи діагностики депресивних порушень та депресій

Методи діагностика *депресивних хворих*:

- спостереження
- бесіда
- анкетування
- карта спостережень Д. Стотта;
- малюнкові проби «Будинок. Дерево. Людина».
- методика Лутошкіна;
- опитувальники: методика ДОН, методика Зунге–Балашової, методика FPI та ін.

3.7. Реабілітація дітей з депресивними порушеннями та депресіями

Існують ефективні терапевтичні методи лікування (табл. 4), але багато дітей і підлітки, страждаючих депресією не отримують допомоги. Серед підлітків, що представляють достатньо репрезентативну статистичну вибірку, лікування пройшли тільки 20-30% молодих людей у віці 14-18 років з діагнозом депресії. При вивченні випадків самогубств серед підлітків було виявлено, що більшість з них страждала депресивним розладом, і лише 7% з них пройшли лікування до здійснення ними суїциду.

Ранній розвиток депресивного розладу піддає дітей і підлітків великому ризику виникнення у них численних епізодів важкої депресії впродовж подальшого життя. Тому вирішальним моментом є те, що до лікування потрібно приступати якомога раніше; ранні і енергійні втручання застосовуються для того, щоб зменшити тривалість депресивного епізоду, запобігти майбутнім епізодам, мінімізувати асоційовані порушення, що стосуються функціонування в цілому, і понизити ризик суїциду.

Таблиця 5. Підходи до терапії депресивних розладів

Біхевіоральна терапія	Направлена на вироблення таких способів поведінки, за допомогою яких досягається позитивне підкріплення і знижується можливість отримання покарання з боку оточення. Може включати навчання навикам спілкування і умінню справлятися з психологічними труднощами, також навчає навикам подолання тривожних станів і техніці релаксації.
Когнітивна терапія	Направлена на те, щоб допомогти депресивним дітям і підліткам досягти кращого розуміння свого песимістичного і негативного образу думок, депресогенних переконань і схильностей, причинних атрибуцій (випадкових приписувань), пов'язаних з само звинуваченнями у разі невдачі, і відсутністю само винагород за власні успіхи і досягнення. Розпізнає депресогенний стиль мислення, дитина вчиться тому, щоб змінити свої негативні, песимістичні переконання більш позитивні і оптимістичні.
Терапія самоконтроля	Навчає дітей і підлітків, страждаючих депресією, організувати свою поведінку для досягнення довгострокових цілей. Надає особливе значення самоконтролю думок і настрою, довготривалим, а не короткочасним цілям, більш адаптивним стилям атрибуції, реалістичнішим стандартам самооцінки, а також посиленню само підкріплення і ослабленню само осуду.
Когнітивно-біхевіоральна терапія	Найбільш поширена форма психосоціального втручання. Поєднує в собі елементи біхевіоральної і когнітивної терапії, а також терапії самоконтролю в узагальненому підході. Може до того ж застосовуватися перенавчання, направлене на зміну атрибутивного стилю, для того, щоб дитина поставила під сумнів свої песимістичні переконання .
Міжособистісна терапія	Пов'язана із зміною взаємин в сім'ї, які роблять вплив на виникнення депресивного розладу. Сімейні сеанси терапії доповнюються індивідуальними сеансами, під час яких дітей і підлітків, страждаючих депресією, заохочують до того, щоб вони вчилися оцінювати свою власну поведінку і розуміти, яку дію надає їх депресія на інших людей. Під час індивідуальних сеансів дітей спонукають до того, що приносить ним задоволення спілкуванню з членами власної сім'ї і зі своїми однолітками.
Підтримуюча терапія	Надає терапевтичну допомогу, направлену на те, щоб створити безпечну підтримуючу обстановку, яка дозволяє депресивним дітям і підліткам відчувати зв'язок з іншими людьми і відчувати їх підтримку. Намагається підвищити самооцінку підлітків і ослабити прояви депресивних симптомів.

Лікарняна терапія	Лікує розлади настрою і інші прояви депресивних симптомів за допомогою антидепресантів (наприклад: іміпрамін, амітріптілін, дезіпрамін, інгібіторів моноамінової оксидази (MAOIs) і сучасніших інгібіторів, що вибірково діють на серотонін (SSRIs), таких як флуоксетін і сертралін.
-------------------	---

Психосоціальне втручання.

Когнітивна терапія навчає дітей і підлітків, страждаючих депресією, розпізнавати, ставити під сумнів і модифікувати негативні способи мислення, такі як помилкові установки, негативні уявлення про себе, концентрація уваги на найближчих цілях, надзвичайно високі вимоги, що пред'являються до своїх вчинків, і відсутність самопідкріплення. Їх учать розпізнавати і ігнорувати думки негативного характеру, наприклад: «Це моя провина» або «В чому справа?», і замінювати їх позитивними думками: «Вона дійсно мені подобається» або «Я — цікава людина». Наприклад: *Ситуація*: Дві дівчини, Даша і Іра, попросили своїх подруг зустрітися з ними після школи. І Даша, і Іра почули у відповідь від своїх подруг, що ті не зможуть прийти тому, що дуже зайняті удома.

Ірраціональне мислення: Даша відчуває себе знехтуваною і думає: «Моя подруга не захотіла зустрічатися зі мною, тому що я їй не подобаюся, і вона ніколи більше не захоче мати зі мною справи».

Раціональне мислення: Але, Іра вважає: «Ну, моя подруга зайнята сьогодні, але ми зможемо зустрітися іншим разом. Вона — все ж таки моя краща подруга».

Біхевіоральна терапія стверджує, що депресія є наслідок недолику підкріплення, і депресивний стан підтримується цим недостатнім підкріпленням, обумовленим обмеженим діапазоном потенційного підкріплення, малою кількістю доступних підкріплення або неадекватними навиками, використовуваними для отримання винагороди.

Інтегровані терапевтичні підходи для тренінгу. Дж. Вейз і спів. розробили лікувальну програму, що складається з 8 сеансів, для молодших школярів, у яких депресивні симптоми виражені в слабкій і помірній формі. Програма складається з двох основних частин:

Первинне посилення. Дитина підсилює отримувани винагороди і ослабляє покарання, змінюючи зовні свою поведінку, щоб відповідати вимогам, що пред'являються до неї (наприклад вибирає певний вид діяльності і способи досягнення мети).

Вторинний контроль. Дитина підсилює отримувани винагороди і ослабляє покарання, змінюючи себе внутрішньо, щоб ослабляти зіткнення із зовнішніми чинниками (наприклад: обирає альтернативний стиль мислення, відмовляючись від негативного, або навчається релаксації), і тим самим робить вплив на суб'єктивну дію цих чинників.

Надання дії. К. Старк, Ф. Кендалл розробили для дітей, страждаючих депресією, усесторонній підхід на основі методів когнітивно - біхевіоральної терапії. Авторами «дія» (action) використовується для того, щоб укріпити в

свідомості дитини думку про те, що вона може впливати на свій настрій і познайомити її з наступними принципами:

A = Завжди знаходь що-небудь відповідне для того, щоб поліпшити своє самопочуття.

C = Уловлюй все позитивне.

T = Думай про те, як проблему можна вирішити.

I = Уважно вивчи ситуацію.

O = Розкрий себе для всього позитивного.

N = Ніколи не застрягай на негативній думці.

Інтеграційна сугестія і аутосугестія. Основою інтеграційної сугестії і аутосугестії є комплекс психотерапевтичних дій, направлених на формування позитивних стереотипів адаптивного мислення і поведінки.

Спільно з хворим обговорюють і вибирають лікувально-коректувальні установки: страху і/або заборони, і/або огиди до негативного мислення і поведінки, і/або установку прагнення до позитивного мислення і поведінки. Остання може бути вибрана як єдина або можливі різні варіанти її поєднання з установками перших типів.

Відповідно до вибраних установок визначають один з 5-ти типів сугестії:

1. анксійний (страхотливий, такий, що залякує уявними або реальними наслідками захворювання);
2. заборонний, бар'єрний (що забороняє дезадаптивне мислення і поведінку);
3. аверсійний (що формує огиду, аж до виникнення блювотних реакцій по відношенню до певних дій або когнітивно-поведінкових стереотипів);
4. симпатичний (привабливий, стимулюючий мотивацію до оволодіння позитивними моделями мислення і поведінки і такий, що відображає основну мету лікування - створення гармонійної, адаптованої особи);
5. комплексний, такий, що включає різні поєднання цих варіантів.

З урахуванням всіх особливостей особи пацієнта і його історії, завдань лікування, вибраних установок і типу сугестії складають інтеграційний позитивний комплекс дії ауто- і гетеро - сугестивного. Він також включає 5 компонентів: базисний, ситуаційний, логічний, сенсорно-символічний і тілесно - фіксований.

Складається два варіанти формули лікувально - сугестії:

1. повний, включає максимальний набір фраз сугестій (10-20 і більш за пропозиції, образи, символи і тілесно-фіксовані еквіваленти);

2. короткий, компактний, такий, що складається з мінімального об'єму лінгвістичного, образно-символічного і міміко - пантомімічного матеріалу (одного або декількох ключових слів, фрази, девізу, одного або двох образів, мімічних виразів і жестів). Обидва варіанти формул використовують як при гетеро-, так і при аутосугестивній дії.

Важливо, щоб всі складові комплексу сугестії мали суб'єктивну значущість і значну конкурентоспроможність по відношенню до патологічних, що усувалися, когнітивний - поведінковим стереотипам - це забезпечується попередніми етапами роботи з хворим.

У дитячому віці ефективні віршовані варіанти сугестії і аутосугестії.

Наприклад, 6-річна дівчинка з нав'язливим розчісуванням шиї, яке привело до утворення косметичного дефекту у вигляді обширної шкіряної мозолі, успішно використовувала такий текст: «Я красуня, я фея, у мене в порядку шия! І спокійні мої ручки! Я люблю інші штучки!». У останнє слово дитячий розум не включав нічого негожого. Дівчині з фобією польотів добре допомагав чотиривірш сугестії: «Літак - небесна конячка. У нім можу поспати я солодко. Все надійно, все гаразд. Все у польоті буде гладко!».

Метод акумуляції радості (накопичення ейфорії). Метод кумуляції радості (накопичення ейфорії) направлений на збільшення «добової дози» позитивних емоцій, дефіцит яких переживають всі особи з прикордонними і аддиктивними розладами, особливо страждаючі депресіями. Він включає наступні прийоми:

1. самоаналіз;
2. позитивну інтерпретацію;
3. пролонгацію і вербалізацію позитивних вражень;
4. ретроспективну кумуляцію радості;
5. міміко-пантомімічне підкріплення;
6. посилення ступеня приємних відчуттів та емоцій за допомогою відстрочення виконання бажань;
7. задоволення за контрастом;
8. індукція радості;
9. адекватні акції гедонізму.

Далі здійснюють прийоми, що акумулюють радість:

1. Самоаналіз і реєстрацію проводять відповідно сенсорним системам - аналізують різноманітні відчуття, пов'язані із сприйняттям внутрішнього і зовнішнього середовища. Пацієнт повинен відчути, усвідомити, «zareєструвати» те, що він бачить, чує, сприймає через всі канали сприйняття.

2. Неприємні відчуття після реєстрації миттєво переводять в приємні. Позитивну інтерпретацію проводять по схемі, альтернативній негативній інтерпретації, що має як ініціоє висновок: «Як сумно, як погано, що...». Для позитивної інтерпретації використовують прямо протилежну модель: «Яка радість, що...».

Наприклад, zareєструвавши біль в шлунку, замість слів: «Як сумно, як погано, що у мене зараз болить шлунок» говорять собі: «Яка радість, як добре, що у мене зараз болить шлунок - він просить про допомогу. І я обов'язково допоможу йому, все буде добре. Якби він зараз не хворів, я б не дізнався, що в нім щось не так».

3. На приємних відчуттях затримуються, концентруються, усвідомлюють їх повніше і глибше (пролонгація позитивних вражень) і вербалізують - промовляють про себе або вголос. Вербалізацію проводять у вигляді коментарю: «Яка радість, як добре, як приємно, що...». Нове, позитивне відношення і відповідний позитивний емоційний відгук також пролонгують і вербалізують. Важливо, щоб інтонації коментованої мови відповідали емоції радості.

4. Ретроспективна кумуляція радості є використанням позитивних

емоційних ресурсів минулого. Ці приємні спогади заздалегідь «фільтрують», встановлюють їх ієрархічне співвідношення, їх можна оцінити в балах п'ятибальної шкали. Для «реанімації» позитивних вражень застосовується техніка витягання ресурсу з минулого. Компенсований емоційний заряд використовуваного спогаду повинен бути достатнім, щоб конкурувати з негативним поляганням в сьогодні.

5. Міміко - пантомімічне підкріплення, тотожне позитивній емоції і цілеспрямовано посилене, використовується для підтримки, пролонгації і інтенсифікації позитивного настрою. Пацієнтові дається інструкція якомога частіше, особливо при здійсненні маніпуляцій по кумуляції радості посміхатися, приймати позу людини, яка перебуває у хорошому настрої, рухатися відповідним чином тощо., а також частіше дивитися на себе в дзеркало і коректувати вираз обличчя у бік віддзеркалення емоції радості.

6. Прийом посилення ступеня приємних відчуттів і емоцій за допомогою відстрочення виконання бажань може використовуватися по відношенню до будь-яких потреб і дій, здатних дати приємний емоційний ефект, - це може бути відкладання приємної покупки, приємної зустрічі, смачної їжі, відвідин розважальних закладів, задоволення фізіологічної потреби і тому подібне Тут використовується людська особливість гостріше переживати «довгождане задоволення».

7. Задоволення за контрастом, переживання позитивної емоції услід за негативною, як правило, підсилює позитивну емоцію. Попередні контрасти (антиподи-попередники) не повинні бути дуже неприємними враженнями, ефект яких, в складніше нейтралізувати.

8. Індукція радості є процесом «зараження радістю» оточуючих, позитивний емоційний альтруїзм. Якщо поряд знаходяться інші люди, пацієнтові ставиться в обов'язок поділитися з ними приємним враженням, яке він переживає, залучити їх в позитивну емоцію. Інше завдання, яке ставиться перед хворим, - це здійснення дій і вчинків, які здатні обрадувати інших (надання допомоги і підтримки, підношення подарунків і т. п.), вислів компліментів, утішливих або підбадьорюючих слів і тому подібне

9. Адекватні акції гедонізму це емоційно-позитивні маніпуляції, дії, вчинки, заходи. Організуючи їх відповідно до необхідності, пацієнт спочатку оцінює свій емоційний стан за п'яти бальною шкалою і далі вибирає відповідну йому, адекватну акцію гедонізму з ієрархічної шкали задоволень. Бальне значення цієї акції повинне дзеркально відображати емоційний стан пацієнта. Наприклад, при психологічному перебуванні «на 1» використовуються заходи з позитивним індексом 5, при емоціях «на 3» - акції рівня 3 і вище. Використання кількісного підходу тут дозволяє правильно організувати протидію негативним емоціям - з одного боку, економно («не стріляти з гармати по горобцях»), з іншої - підбираючи «протиотруту» достатньої сили. Пацієнтові можуть бути призначені певні «دوزи позитивних емоцій»: «3 радості в годину», «33 радості в добу», - які отримують за допомогою акцій і маніпуляцій, що приносять задоволення.

Підходи самоконтролю і співволодіння із стресом в терапії депресії

Підхід Рема Відповідно до цієї початкової гіпотези терапевтичні дії націлені на таку зміну процесів самоконтролю пацієнта, щоб був досягнутий вищий ступінь незалежності від екстернальних підкріплюючих стимулів або вищого ступеня саморегулювання. У терапевтичному процесі прагнуть до відповідних систематичних змін в різних фазах самоконтролю (фаза самоспостереження: зміна тенденцій до виборчого сприйняття і виборчих спогадів; фаза самооцінювання: постановка адекватних поведінкових цілей і зміна дисфункціональних атрибуцій; фаза само підкріплення: планування і реалізація самовинагород як на матеріальному, так і на вербально-інтернальному рівні). Різні поведінкові і когнітивні стратегії використовуються при лікуванні в постійному узгодженні один з одним.

Інтерперсональні підходи до терапії депресії

Підхід Клермана і Вейсман. Ядро терапевтичних заходів складає розробка разом з пацієнтом ефективніших стратегій того, що упоралося з актуальними життєвими проблемами і труднощами; при цьому особливо підкреслюється, що перш за все пацієнтів слід звільнити від «тиску симптомів», піднісши їм адекватну інформацію щодо вигляду і прогнозу перебігу розладу. Вже власне у фазі терапії разом з пацієнтом з'ясовують, яка з чотирьох інтерперсональних проблем, що розглядаються як базальні, — печаль, інтерперсональні конфлікти, зміна соціальної ролі та інтерперсональні дефіцити — пов'язана з початком депресивного розладу. Подальше лікування концентрується в першу чергу на відповідному крузі проблем, причому в центрі терапевтичної бесіди є ідентифікація і зміна емоцій та когніцій, релевантних для проблеми; важливими цілями можуть бути корекція неадекватних паттернів комунікації і розвиток позитивних контактів і видів діяльності. На відміну від когнітивно-поведінкової терапії цих цілей намагаються досягти в основному шляхом навчання основним провідним принципам, тоді як конкретні тренінгові методи використовуються тільки від випадку до випадку і є додатковими.

Медикаментозне лікування. Для лікування депресії у дітей і підлітків можуть застосовуватися різні антидепресанти, які використовуються в лікуванні депресії у дорослих, зокрема трициклічні іміпрамін і амітріптілін.

Для лікування депресії у дітей і підлітків все частіше почали рекомендуватися новітні SSRI - препарати, такі як флуоксетін (прозак), сертралін (золіфт), і пароксетін (паксіл). Прозак зараз випускається з ароматом перцевої м'яти, причому за останні два роки використання цих препаратів в лікуванні депресії зросло на 80%.

Неперевірені клінічні дані свідчать про те, що в 70-90% випадків має місце позитивний відгук на лікування підлітків, страждаючих великим депресивним розладом, препаратом флуоксетін. Проте, як і у разі антидепресантів, контрольні дослідження повідомляють про те, що і для даного препарату не спостерігається ніякої переваги в ефективності лікування в порівнянні з плацебо. Виняток становило дослідження, що проводиться подвійним сліпим методом, серед приблизно 100 дітей і підлітків з великим депресивним розладом у віці від 7 до 17 років, яке виявило значні поліпшення стану пацієнтів, приймаючих флуоксетін (56%), в порівнянні з тими, хто

приймав плацебо (33%). Не дивлячись на численні позитивні відгуки на лікування, що проводиться, у багатьох дітей і підлітків спостерігаються лише часткові поліпшення стану. Це указує на те, що, можливо, потрібно варіювати дози лікарських препаратів і тривалість курсу лікування, а також застосовувати комбіновані терапевтичні втручання. Крім того, цей лікарський препарат, мабуть, ефективний тільки приблизно для 50% дітей і підлітків.

Контрольні питання:

1. Опишіть систему медичної, соціальної та педагогічної реабілітації.
2. Розкрийте основні принципи та напрямки психолого-педагогічної реабілітації дітей з психічними порушеннями
3. В чому полягають реабілітаційні заходи при різних психічних порушеннях?
4. Назвіть вимоги до реабілітаційного психолога, що працює з дітьми-невротиками.
5. Визначте корекційно-реабілітаційну роботу психолога з дітьми, що хворіють на невроз.
6. Які особливості корекційно-реабілітаційної роботи психолога з депресивними хворими?
7. Опишіть психологічну допомогу у подоланні стресових та після стресових станів.
8. Що таке терапевтичне середовище та терапевтичний план в медико-психологічній реабілітації?
9. Опишіть методи реабілітації.
10. В чому полягає особливість застосування ігрової терапії та спорттерапії у психіатричній клініці?
11. Які вимоги до використання логотерапії та бібліотерапії ?
12. Назвіть особливості ландшафттерапії та трудотерапії.
13. Які переваги терапії творчим самовираженням?

Тема 4. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

ПЛАН

1. Поняття про хронічні соматичні хвороби.
2. Особливості людей, що хворіють на хронічні соматичні хвороби.
3. Психологічна реабілітація соматичних хворих.
4. Психолого-педагогічна реабілітація соматично хворих дітей.

Основні поняття: хронічні соматичні хвороби, психосоматичні відношення, фізіологічні реакції організму людини, типи психосоматичних порушень, реабілітація соматичних хворих.

4.1. Поняття про хронічні соматичні хвороби.

Біля 40% людей, що звертаються до лікарів, страждають соматичними хворобами (мігренню, алергією, розладом шлунково - кишкового тракту та ін.) - причини яких не можна знайти навіть за допомогою високочутливих приладів. І людина ходить від лікаря до лікаря. Поки не потрапить (через 8 років!) до терапевта – психосоматика.

Соматопсихологія – розділ медичної психології, що вивчає особистість, діагностику, лікування, експертизу хворих на різні захворювання, які не відносяться до неврологічних і психічних; зокрема вивчаються хворі з психосоматичними розладами (приклад: спастичний коліт, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, екзема і ін.) – внутрішні захворювання, що виникли через психічні чинники.

Дані соматопсихології використовуються при безпосередньому контакті з хворим (приклад: сангвінік зменшує захворювання), їх діагностиці, експертизі.

Розрізняють зв'язок соматичного і психічного:

а). в межах норми (посинілий від злості), б). в області патології (недоумство: стан дезорієнтації, сплутаній свідомості моторошності і розгубленості з помірним неспокоєм).

При важких хронічних хворобах виникає безліч проблем психологічного і соціально - психологічного характеру, що вимагають використання клініко - психологічного втручання: реакція особистості на хворобу, неадекватне відношення до хвороби (недооцінка або переоцінка свого захворювання, надмірна емоційна реакція, пасивність, формування необґрунтовано широкої обмежувальної поведінки), яка може робити істотний вплив на процес лікування і реабілітації в цілому. Психологічні і соціально-психологічні наслідки хронічного захворювання міняють звичний спосіб життя людини. Це може приводити до зміни соціального статусу, зниження працездатності, проблем в сімейній і професійній сферах, часткової неможливості задоволення значущих потреб, невіри у власні сили, невпевненості в собі, заперечення існуючих можливостей і власних ресурсів, звуження інтересів і круга спілкування, дефіциту життєвих перспектив.

Вивчення особистості хворого, закономірностей її розвитку і специфіки порушень в цілях оптимізації психотерапевтичних дій. Психотерапія є інструментом реалізації особистісного підходу. Тому психотерапевтична дія припускає знання лікарем основ клінічної (медичною) психології, об'єкт вивчення якої — особистість хворого. Розвиток психотерапії тісно пов'язаний з розробкою вчення про особистість, її механізми, закономірності і розлади її функціонування. Реалізація особистісного підходу в психотерапії припускає детальне вивчення особи хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації, особливостей поведінки і їх трансформації в процесі захворювання. Така інформація необхідна як для вирішення завдань патогенетичної і диференціальної діагностики, так і в ході лікувально-відновної, психотерапевтичної і психокорекційної практики, а також лікувально-профілактичної роботи в соматичній клініці з урахуванням психосоціальних реакцій на соматичні хвороби і їх наслідки. Однією з вузлових проблем є

розмежування преморбідних особливостей особистості і характеристик, привнесених захворюванням. Інше важливе завдання дослідження особистості хворого полягає у визначенні участі психологічного компонента в генезі різних форм патології: від великого круга хвороб, в етіопатогенезі яких психологічному чиннику належить вирішальна (неврози (F40-F48)) або істотна роль (інші прикордонні розлади, психосоматичні захворювання і ін.), до захворювань, в яких психічний чинник виявляється як реакція особистості на хворобу, що приводить до зміни психологічного функціонування індивіда у зв'язку з соматичним розладом. Як модель трансформації особистісних особливостей може розглядатися невроз з основними його стадіями. Виділяють первинні, вторинні і третинні особові утворення. Первинні пов'язані переважно з темпераментом. Вторинні визначаються порушеннями значущих відносин пацієнта. Третинні є посиленням цих рис — при затяжному перебігу неврозу і невротичному розвитку — до ступеня акцентуації і психопатичних особливостей, що багато в чому визначають поведінку людини і його адаптацію. Розглянуті на моделі неврозу первинні, вторинні і третинні особливості особистості можна виділити і в структурі особових розладів при інших нервово-психічних і психосоматичних захворюваннях. Врахування первинних, вторинних і третинних особистісних утворень надзвичайно важливо при виборі оптимальної психотерапевтичної тактики. Якщо при первинних особистісних розладах істотну роль грають біологічні методи лікування, то корекція вторинних особистісних порушень вимагає вже проведення особистісно-орієнтованої психотерапії. Корекція третинних особистісних розладів, що виявляються в поведінковій сфері, найконструктивніше протікає, якщо особистісно-орієнтована психотерапія доповнюється різними варіантами поведінкового тренінгу.

4.2. Особливості людей, що хворіють на хронічні соматичні хвороби

Бувають різні *типи хворих*.

«Важкі» хворі. Кожен хворий по-своєму важкий для лікаря. Пацієнти мають різний професійний, матеріальний, соціальний статус, відрізняються сімейним станом, життєвим досвідом, своїми психологічними труднощами, можливо, комплексами, стражданнями, прихованими проблемами. Кожен по-своєму реагує на хворобу, біль, на прийом ліків, візити лікаря. Пацієнти з високим соціальним статусом і звичкою до надмірного контролю поведінки, прагнучи «зберегти особу», не повідомляють лікарів до кінця свої переживання, сумніви і страхи, побоюючись виглядати «слабкими» або навіть «симулянтами». Освічені особи з високим інтелектуальним потенціалом в контексті взаємин з лікарем, що лікує, часто підкреслюють свою значущість, пускаються в тривалі міркування «по будь-якому приводу», що може заважати лікарю представити точну картину хвороби. До «важких» відносяться інтровертовані хворі, замкнуті на своєму внутрішньому психологічному світі, з труднощами вступу до контакту, що відповідають односкладово і лаконічно, опускаючи важливі для лікаря подробиці і деталі, які виявляються лише при тривалому і ретельному цілеспрямованому розпитуванні. Літні люди з

порушеннями психічної діяльності на тлі прогресуючого атеросклерозу (I70) із зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги, з інтелектуальним зниженням або з неадекватними емоціями, не відповідними фізичному стану (наприклад, пацієнти в стані ейфорії за наявності важкого соматичного захворювання), — всі ці хворі також бувають важкими на певних етапах лікувально-діагностичного процесу. Найбільш складними хворими, спілкування з якими вимагає більше всього часу і терпіння, є депресивні пацієнти (F32) з високим ризиком суїцидальної поведінки, лікарі за професією і осіб з недовірливою акцентуацією характеру.

Недовірливі хворі. Ці пацієнти постійно зайняті обдумуванням труднощів, проблем, які можуть зустрітися в майбутньому. Вони стурбовані можливими рецидивами, ускладненнями хвороби, побічними діями ліків. Постійно у всьому сумніваються і буквально переслідують своїми сумнівами і коливаннями лікаря, що лікує, по щонайменшому приводу звертаються за додатковими роз'ясненнями до медичного персоналу. Перш ніж прийняти призначені лікарем ліки, недовірливі хворі ретельно вивчають всі свідчення, протипоказання, побічні дії препарату, обговорюють необхідність ухвалення саме цього, а не якого-небудь іншого засобу з схожим механізмом дії. Але навіть після багатократного обдумування і промовляння всіх деталей терапії (препарати, час, дози і тривалість прийому) з медичним персоналом у пацієнтів залишаються сумніви, якими вони діляться з оточуючими. Призначення кожної нової діагностичної або терапевтичної процедури примушує їх насторожитися: у хворих знов і знов виникають сумніви в правильності діагностики і адекватності лікування, що проводиться. Якщо швидкого ефекту, очікуваного від прийому ліків, не настає, то пацієнти знов звертаються до лікаря зі своїми страхами, сумнівами і коливаннями. Таких хворих весь медичний персонал знає по імені-по батькові, їм прагнуть відпускати процедури і дають приймати ліки в один і той же фіксований час, щоб уникнути непотрібних пояснень. Проте вони постійно і у всьому сумніваються, звертаються все з новими проблемами. Часто і після виписки без достатніх підстав продовжують відвідувати лікаря, вимагаючи до себе уваги. Оскільки вони не вірять в правильність лікування і можливість одужання, недовірлива акцентуація характеру у таких хворих погіршує прогноз будь-якого захворювання.

Депресивні хворі. Депресія в психології описується як втрата життєвої перспективи. Плани і програми, надії і мрії про майбутнє додають сенс сьогоденню. Сьогоднішній день важливий і осмислений тому, що він є кроком на шляху досягнення поставленої мети. Коли людина втрачає перспективу, цілі і завдання майбутнього життя, то і сьогодення починає здаватися йому позбавленим сенсу. «Депресивна блокада» може приводити до думок про суїцид. Не випадково тому лікар-психіатр, вирішуючи питання про виписку депресивного пацієнта, ставить йому питання: «Які Ваші плани на майбутнє?» Якщо хворий на це питання відповісти не може, то це часто означає, що депресивний стан (F32) ще зберігається.

Важке соматичне захворювання, якщо воно невиліковне, в більшості випадків супроводжується формуванням депресивних переживань: майбутнє

здається безнадійним і безперспективним. У хворого, що втратив надію на одужання, можливі суїцидальні тенденції. Високий рівень депресії наголошується у хворих хронічною нирковою недостатністю (N18), що проходять лікування гемодіалізом, у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарду (I21), у онкологічних хворих. Трапляється, що, закінчивши яку-небудь важливу роботу, досягнувши значущої мети, до якої довелося йти багато років, відмовляючи собі в задоволеннях і відпочинку, добившись, нарешті, успіху, людина раптом виявляє у себе розгубленість і порожнечу, відсутність яких-небудь цілей і подальших перспектив. Замість відчуття гордості і торжества вона переживає спустошеність і байдужість до всього. Разом з розчаруванням може прийти хвороба. У цьому сенсі інфаркт міокарду називають іноді «хворобою досягнення». Проте депресивний стан з суїцидальним настроєм може розвинутиися і при інших ситуаціях, наприклад, коли захворювання перешкоджає досягненню значущих цілей (оволодінню професією), роблячи життя безглуздою і позбавленою перспектив. У подібних випадках перед лікарем встає питання про можливість прогнозувати суїцидальну поведінку депресивних хворих. Шведські автори описують так званий «передсуїцидальний синдром», тобто ряд ознак в поведінці, настрої, самопочутті пацієнтів, що дозволяють з певною мірою достовірності прогнозувати у них суїцидальні дії.

Передсуїцидальний синдром. Перші ознаки депресивного стану у хворого — зниження активності, ініціативи в контактах з персоналом і іншими хворими, втрата раніше значущих соціальних інтересів. Хворі перестають дивитися телевізор, читати газети, цікавитися новинами. Вони пасивно підкоряються медичному персоналу, на питання відповідають стисло і лаконічно. Депресивний пацієнт може годинами лежати в ліжку в «позі ембріона», відвернувшись лицем до стіни. Поступово знижуються вітальні потреби: хворі перестають ходити в їдальню, приймати їжу; у них з'являються порушення сну у вигляді ранніх уранішніх пробуджень з тривогою і неможливістю заснути. Для вираженого депресивного стану (F32) характерна так звана «тріада Протопопова»: тахікардія, замки, розширення зіниць. У цей період у хворих можуть виникати суїцидальні думки і суїцидальні дії. Здійснюючи задумане, пацієнти стають активнішими, розпитуючи персонал, лікарів про дію ліків, про можливість отруєння при прийомі того або іншого засобу. Спостерігаючи за медичним персоналом, депресивні пацієнти вибирають час, коли нагляд за ними ослаблений, і місце, де можна безперешкодно зробити суїцид. При демонстративно-шантажних суїцидах, на відміну від істинних, навпаки, час і місце вибираються так, щоб вірогідність допомоги була найбільшою. Пожвавлення активності хворого з депресивними рисами, яке повністю пов'язане з вибором способу здійснення суїциду, є для медичного персоналу сигналом про небезпеку, коли необхідно прийняти термінові заходи по запобіганню суїцидальним діям (посилення нагляду, консультація психіатра, психотерапевта).

Лікар як хворий. Медичні знання можуть бути захистом від неправильного відношення до хвороби, невірною способу прийому ліків і

можуть допомагати при індивідуальній профілактиці захворювань. В той же час інформованість про можливість різноманітних ускладнень, несприятливому перебігу хвороб турбують лікаря і часто набагато сильніше, ніж неспеціаліста, що не має медичної освіти. Теоретично стан здоров'я лікарів і медичних працівників повинний бути краще, ніж у решти населення. Але практично, за даними різних дослідників, ситуація складається протилежним чином. Зазвичай лікарі недооцінюють у себе початкові ознаки захворювань. Лікарі, хворі раком, проводять перше обстеження набагато пізніше, ніж інші хворі. Вони схильні переносити на ногах простудні захворювання (грип, ангіну), виходять на роботу, не закінчивши лікування, вважають за краще лікуватися симптоматично. Достовірно частіше, ніж у інших пацієнтів, у них спостерігаються ускладнення і рецидиви хвороби. Психологічна реакція лікаря на своє захворювання представлена двома етапами. Перший — анозогнозичний — обумовлений небажанням усвідомлювати наявність і тяжкість симптомів.

Неусвідомлення хвороби може тривати достатньо довго — до декількох тижнів. Другий етап — панічних реакцій — пов'язаний з переоцінкою серйозності ознак хвороби, очікуванням ускладнень, з песимістичним поглядом відносно діагнозу і прогнозу. На цьому етапі лікар стає «важким» хворим: він постійно добивається повторних обстежень, консультацій фахівців, займається самолікуванням, не довіряє повною мірою своєму лікареві, що лікує, підозрюючи, що той одурює його, приховуючи тяжкість і безнадійність положення. Подібну поведінку можна пояснити тим, що, на відміну від «наївного» пацієнта, який думає, що існує ліки від всіх хвороб (достатньо правильно визначити захворювання, як відразу стане ясно, чим його лікувати), лікар позбавлений цих щасливих ілюзій. Хворий лікар, розуміючи обмежені можливості медицини, яка не завжди і не всі хвороби може швидко розпізнати і ефективновилікувати, нерідко підозрює, що він хворий на ще не відомого або погано вивченого захворювання, від якого немає ефективних ліків, при яких можливі важкі ускладнення, що часто приводять до летального результату. Він не довіряє своєму лікареві, що лікує, тому що працюючи лікарем сам, всієї правди про стан своїх пацієнтів їм не говорив, повідомляючи лише те, що вважав потрібним. Тепер, опинившись в ролі хворого, лікар починає думати, що і від нього приховують тяжкість стану і несприятливий прогноз. Під впливом цих думок він стає підозрілим, недовірливим, тривожним. При спілкуванні з таким пацієнтом, бажано, відносячись з повагою до його професійного статусу, створити йому по можливості кращі умови в стаціонарі: дозволити користуватися телефоном, помістити в окрему палату або в палату з меншим числом хворих, надати вільніший режим і доступ відвідувачів.

Реакції на хвороби.

Фізіологічні реакції відбуваються в усіх системах організму людини:

- серцево-судинні зміни: прискорення серцебиття, зміна кров'яного тиску, звуження або розширення судин (збліднення, або почервоніння шкіри),
- зміни дихання: затримка, уповільнення, затихання дихання,
- реакції шлункового тракту: посилення моторики шлунку, похили до блювоти, посилення перистальтики кишечника з нахилами до поносів, уповільнення

моторики – з похилами до запорів.

Як відмічає Барклі, шлунок є одним є найбільш чутливим органом тіла і реагує на всі емоції. М'язові реакції неопосередкованого характеру (тремтіння), випривання долоней, при емоційних відхилах та інших реакціях.

Характер психосоматичної реактивності індивідуально зумовлений. Так при емоційному навантаженні деякі особистості частіше реагують серцево-судинними розладами у виді тахікардії, почуттям стискання в області серця, тощо. Інші люди – реакціями шлункового тракту, зпінінням, або м'язовими реакціями. Ця індивідуальна реактивність не є життєвою і постійною у всіх ситуаціях, у всіх періодах життя. Так люди, які реагували в дитячому віці на хвилювання у вигляді поносу можуть у більш старшому віці при подібних ситуаціях давати серцево-судинні реакції. Питання індивідуального характеру цих реакцій до цього часу повністю не вияснені.

Тяжкі психотравми гострого або затяжного характеру викликають у людини хвилювання у вигляді постійної адекватної напруги. В свою чергу подібні емоційні реакції неможливі без соматовегетативних змін в організмі, тим інтенсивніше їх соматовегетативні компоненти.

Іншим потужним неврогенним чинником виступає важка хвороба. Адекватна, мужня реакція на недуги зустрічається рідко, набагато частіше в людей у таких ситуаціях виникають невротичні реакції. Так, професор В.П. Зайцев виділяє п'ять типів подібних реакцій на інфаркт міокарда, серед них:

-кардіофобічна реакція - хворі бояться «за серце», відчувають страх перед повторним інфарктом міокарда і раптової смерті; вони надмірно обережні, особливо, при спробах розширення режиму фізичної активності; посилення страху супроводжується дрожжю в тілі, слабкістю, зблідненням шкіри, серцебиттям;

-депресивна реакція - у психічному стані домінують пригноблений, придушений стан, апатія, безнадійність;

-іпохондрична реакція - головною її особливістю є постійна і явна переоцінка ваги свого стану, надмірна фіксація на стані власного здоров'я;

-істерична реакція - для неї характерні егоцентризм, демонстративність, прагнення залучити до себе увагу навколишніх, викликати співчуття;

-анозогнозична реакція - відзначається заперечення хвороби з ігноруванням лікувальних рекомендацій і грубих порушень режиму.

Все сказане вище відноситься не тільки до неврозів, але і до широкої групи порушень, що складають так названу «малу» психіатрію (акцентуації, тобто порушення до захворювання, характеру, придбані психопатії й ін.).

Довготривалі негативні хвилювання приводять до формування у хворого астеничного синдрому з відчуттям постійного та повного спадку фізичних та психічних сил, що доповнюються стійкими іпохондричними скаргами. Такий стан породжує напружену діяльність багатьох систем організму, якщо мається спадкова прихильність до захворювань визначеної системи або органу чи у минулому ця система вже мала негативний вплив (припустимо, харчова алергія, яка викликала шкіряний зуд, кропивницю або часті бронхіти, викликали диспозицію бронхів), то подібного роду «готовність» окремих систем організму

до патологічного реагування при стресовій напрузі та потужній соматовегетативній перебудові може привести не тільки до функціональних, але й до органічних перетворень у тканинах певного органа або системи. В цьому випадку виникає психосоматичне захворювання, первинною і основною причиною якого є психічна та травма. Якщо не виявити та не усунути психогенні фактори, такі захворювання отримують тяжку і хронічну течію.

Найчастіше зустрічаються такі прояви *психосоматичних порушень*.

1. Псевдоневрологічні порушення:
гіпертензії,
психогенний головний біль,
порушення сну,
запаморочення,
невралгія,
диспенсії.
2. Судинна дистонія.
3. Функціональні порушення роботи серця:
кардіалгії,
порушення ритму серцебиття,
ішемічна хвороба серця,
кардіофобія.
4. Псевдоревматизм.
5. Порушення глибини та ритму дихання.
6. Абдомінальні синдроми:
порушення апетиту,
нудота та блювання,
абдомінальні болі,
канцерофобія.
7. Урологічні прояви:
дизурія,
нічний та денний енурез,
цисталгія.
8. Шкіряні прояви:
зудіння,
кропивниця,
нейродерміт,
екзематозні прояви та ін.

Типи психосоматичних порушень

Психосоматози у вузькому значенні слова:

- органічні соматичні захворювання із-за психогенних факторів:
гіпертонія,
виразка шлунку,
інфаркт міокарда,
ревматоїдний артрит,
нейродерміт.

Завдання реабілітації в соматичній клініці – допомогти вилікуватися

хворому або навчити його жити з хворобою.

4.3. Психологічна реабілітація соматичних хворих

Подібні завдання можуть виконувати психотерапевтичні кабінети медико-санітарної частини промислового підприємства, стаціонарів кардіологічного, гастроентерологічного, пульмонологічного профілю, відділення Віл-інфекції, венерологічного стаціонару, а також психотерапевтичні кабінети багатoproфільних лікарень. Важливу роль при наданні психотерапевтичної допомоги виконує психотерапевтичний кабінет психоневрологічного диспансеру. При схожості функцій психотерапевтичних кабінетів різних лікувально-профілактичних установ такі кабінети психоневрологічних диспансерів проводять лікування пацієнтів з важкими психічними розладами, зокрема пацієнтів з прикордонною патологією, що супроводжується більш вираженими, ніж у пацієнтів поліклінік, психопатологічними розладами. Відповідно до цього, збільшується частка психодіагностичного напряму роботи клінічного психолога в порівнянні з часткою психокорекційних заходів і психологічного забезпечення лікувально-діагностичного процесу, який полегшується більш поглибленою психологічною підготовкою лікаря-психотерапевта і соціального працівника.

Наступна ланка психотерапевтичної допомоги — в стаціонарних і напівстаціонарних психотерапевтичних відділеннях, зокрема спеціалізованих стаціонарних відділеннях для лікування неврозів. Такі відділення можуть створюватися на базі багатoproфільних і психіатричних лікарень, стаціонарів, психоневрологічних диспансерів. Їх завданням є проведення інтенсивної психотерапії пацієнтів з хронічними важкими формами невротичних розладів, непсихотичними психічними розладами при органічних захворюваннях головного мозку, пацієнтів, для яких повсякденне соціальне оточення є умовою декомпенсації і емоційного стресу настільки, що це робить утрудненою або майже неможливою їх амбулаторну психотерапію. Домінують в такому відділенні особистісно-орієнтовані методи, зокрема, особо-орієнтована (реконструктивна) психотерапія. Передбачається значна інтенсифікація лікувального процесу порівняно з тим, який здійснюється амбулаторно. Перебування пацієнта у відділенні протягом дня або частини дня дозволяє організувати розпорядок роботи відділення таким чином, що практично всі заходи, що проводяться, носять психотерапевтичний характер. При цьому нерідко стирається грань між соціотерапевтичною і власне психотерапевтичною дією, мотивація спонуки пацієнтів до участі в психотерапії обумовлена ефективністю специфічних і неспецифічних заходів. У відділеннях використовуються різні види групової психотерапії, в проведенні якої психолог бере навіть активнішу участь, ніж лікар-психотерапевт. Найважливішою специфікою діяльності сучасного психотерапевтичного відділення стає проведення комбінованого лікування, переважно заснованого на методах психотерапії, організація психотерапевтичного середовища і психотерапевтичного співтовариства, створення інтеграційних психотерапевтичних програм на основі бригадної взаємодії і моделі

«терапевтичного поля». Психотерапевтичні відділення, що створюються в лікувально-профілактичних установах, розрізняються по специфіці контингентів обслуговуваних пацієнтів.

Самоконтроль

Психологічні втручання грають важливу роль також в *профілактиці і реабілітації*. Провідна роль клініко - психологічних втручань в психопрофілактиці, профілактиці нервово-психічних і психосоматичних захворювань очевидна. Вона полягає у виявленні контингентів ризику і в розробці відповідних профілактичних заходів, роботі з особами, що мають різноманітні труднощі і проблеми психологічного характеру, кризовими особистісними і травматичними стресовими ситуаціями, з особами, несприятливими особистісними особливостями (низькою самооцінкою, високим рівнем тривоги, ригідністю, підвищеною чутливістю до стресу, низькою фрустраційною толерантністю), що характеризуються прогностично, підвищують ризик виникнення нервово-психічних і психосоматичних розладів. Разом з власне психопрофілактикою, клініко - психологічні втручання грають важливу роль і в профілактиці інших соматичних захворювань. Профілактичні заходи, як правило, вимагають від людини чіткішого, ніж зазвичай, контролю за своїм фізичним і психічним станом, дотримання певного режиму праці і відпочинку, відмови від шкідливих звичок, часткової зміни звичних стереотипів поведінки, підтримка того, що називається здоровим способом життя.

Модель «гротеску»

Одним із завдань психомодельючого гротеску є уявне навчання пацієнта здатності жити зі своїм захворюванням, якомога більш повно адаптуватися до життя, не дивлячись ні на що - «навчитися жити зі своїм захворюванням», раз вже так вийшло. Живуть же люди з діабетом, і навіть уколи собі роблять кілька разів в день, люди з ампутованими кінцівками адаптуються до цього. При будь-якій хворобі залишається певний резерв можливостей, радощів і задоволень».

Тут же може бути проведене «навчання» пацієнта тому, як «правильно хворіти», вибираючи для цього відповідний час і місце, де можна «повноцінно проявити всі симптоми захворювання і в той же час витримати їх натиск». Підготовка до загострення симптоматики, новим кризам порівнюється з підготовкою льотчиків випробувачів, які спочатку займаються на тренажерах, а далі, засвоївши необхідні навички, переходять на літаки. Близько до цього стоїть і «глибоке вивчення себе», для того, щоб «остаточно зрозуміти цінність своїх негативних переживань на рівні свідомості, яка вже готова до звільнення від хвороби, і дати можливість зрозуміти це своїй підсвідомості, яка ще утримує хворобу. Необхідно також «задовольнити підсвідомість, переситити її, дати їй можливість «у всій обличчя пережити те, до чого вона прагне», щоб ухвалення рішення про відмову від патологічних явищ було обґрунтованим і остаточною.

Таблиця 6. *Комплексна реабілітація школярів, які часто хворіють або мають хронічні системні захворювання*
(за Подмазіним С.І., Сироватко О.М., 2002)

Програми реабілітації	Медична реабілітація	Психологічна реабілітація	Соціально-педагогічна реабілітація
Діагностика	Визначення	Визначення	Виявлення рівня сформованості:
	соматичного та	особистісних	знань, умінь, навичок;
	неврологічного	характеристик,	цінностей і норм поведінки;
	стану	емоційно -	рівня соціальної
	організму	вольової	адаптованості
	дитини	сфери,	особистості й
		інтелекту,	комфортності умов її
		характеру	розвитку.
Корекція	Усунення	Знання стресів	Усунення прогалин у
	хвороби або	і неврозів;	знаннях, уміннях і
	компенсація	підвищення	навичках; усунення проявів
	її проявів	самооцінки й	девіантної поведінки та
		ресурсозабез-	акцентуацій характеру;
		печеності	підвищення мотивації
		учнів	навчання та особистісного
			вдосконалення; вирішення
			проблем житла, сім'ї,
			оточення;
			підвищення соціальної
			адаптивності та соціальної
			продуктивності особистості
Профілактика	Попередження	Створення умов для самоактуалізації та	
	захворювань	самовиявлення особистості школяра	
	та їх	шляхом створення проблемно-насиченого	
	загострень,	середовища школи та сім'ї	
	покращення		
	загального		
	фіз. розвитку		

Методи психокорекційної роботи із соматичними хворими

сугестія;

у хірургії, онкології - гіпноз (при фантомних болях);

психодинамічний підхід;

читання спеціальної літератури;

використання вправ йоги;

лікування за допомогою фантазії;

метод Куе;

сміхотерапія;

виправлення своїх думок (з патогенного на саногенне мислення, за Ю.

Орловим);
настрій (за Г. Ситіним);
вбачити когось;
змінити своє життя та ін.

4.4. Психолого - педагогічна реабілітація соматично хворих дітей

(за Мановою - Томовою В.С., 1981)

Хворі діти потребують не лише лікування, але й навчання та підготовки до оволодіння спеціальними вміннями, знаннями, навичками, щоб стати готовим зайняти своє місце в житті. Без такої підготовки ці діти приречені на інвалідність і стають тяжким тягарем для сім'ї та суспільства.

Кінцева мета педагогічної реабілітації – привести часто хвору та маючу стійкі ушкодження дитину в стан, що дозволяє їй навчатися у загальноосвітній масовій школі, причому в період стабілізації й відновлення вона має потребу в більш спеціалізованій системі навчання і виховання.

Реабілітація хворої людини, зокрема хворої дитини, є актуальною проблемою. Ясно виражена тенденція, що існує в сучасному суспільстві, активно допомагати відновленню можливості хворої дитини розвиватися, є вираженням сучасного гуманізму й педагогічного оптимізму. Реабілітація хворого базується на твердій впевненості, що в людському організмі закладені потенційні можливості, які в особливих умовах та при спеціальних впливах можуть активуватися й досягнути рівня реально виражених й оформлених здібностей. Реабілітація протиставляється старому погляду про хвору людину, що приречені на смерть.

Звісно, що в стародавні часи найбільшого розвитку еллінської та римської культур, хвороба вважалася тяжкою карою для людини, а хворих вважали тягарем для суспільства. Відношення до хворої дитини було не тільки зневажальним, але й жорстоким. Платон пише: “Треба б законом заборонити піклуватися про тих, хто народився з вадами.” В хворій дитині Плутарх бачив тільки “істоту що приречена жити позбавленим сил та здоров'я”. Сенека пише: “Не гнів, а розум наказує відділити здорові частини від тих, які можуть їх зіпсувати”. З точки зору моралі сучасної людини нашого суспільства дивним і навіть дивовижним здається те, як це можливо, щоб в епоху розквіту класичної культури, коли людська думка досягла таких вершин, коли гармонічний розвиток фізичної й духовної досконалості був ідеалом людей, відношення до хворих і слабких було абсолютно негативним.

Гуманістична психологія зобов'язує допомагати хворим та слабким з жалю та милосердя, з поваги до хворої людини, як до людини яка потребує допомоги. Зараз хворому допомагають не тільки, щоб позбавити його страждань, але й надати йому можливості відновити працездатність та допомогти досягти розвитку й проявлення своєї особистості.

Сучасне відношення до хворої людини і до хворої дитини, зумовлюється різноманітними суспільними й науковими факторами. Великий крок вперед зробила сучасна реабілітація хворої дитини завдяки великим успіхам багатьох наук. Як життя, так й практика постійно показують, якщо допомогти хворій

людині або хворій дитині відновити здібності або замінити їх іншими, вона зможе проявити себе як повноцінна творча особистість. Останні світові війни вивели із звичайного трудового життя багато людей. Однак більша частина з них перебудували свою працездатність таким чином, що досягли високого розвитку й удосконалення своїх здібностей.

Такі дива відновлення здібностей людини після серйозних хвороб і травм пояснюються ланкою сучасних наук. В області нейропсихології й нейрохірургії здійснені дивовижні відкриття: встановлено, що в нервовій системі людини є особливі компенсаторні механізми, за допомогою яких втрата однієї функції може бути компенсована іншою. Проведення психолого - педагогічної реабілітації можливо також завдяки компенсаторним механізмам.

Відновлення порушених або втрачених психічних функцій відбувається не автоматично і не зразу, навпаки, повільно і поступово, шляхом навчання і тренування. За допомогою психолого - педагогічної реабілітації здійснюється саме таке поступове тренування й навчання, які приводять до компенсації цих проявів. Саме у хворих та у дітей з порушеннями після перенесеної хвороби виявлена наявність глибоких резервних можливостей, завдяки яким вони, при спеціальній організації життєвих умов й під впливом особливих психологічних і педагогічних впливів, можуть повністю адаптуватися до навчання, праці та не бути тягарем для близьких.

Такі можливості відновлення розвитку хворих дітей особливо важливі в соціальному суспільстві: де держава повністю бере на себе організацію спеціальних умов для цієї роботи. У західних країнах реалізація таких можливостей відновлення й розвиток хворих та потребуючих особливого догляду дітей нерідко надається приватній та благодотвірній ініціативі. Навіть в тих випадках, коли це піклування реалізується державою, воно дорого коштує й таким чином, для багатьох дітей є недоступним (Манова - Томова В.С., 1981).

Ще давно під впливом старого “милосердного” й “гуманного” відношення до хворої людини вважалося, що краще за все залишити хвору дитину “спокійно хворіти та лікуватися” Але чи можливо спокійно залишити хворіти і тільки проводити лікування тисячі дітей, хворих ревматизмом, туберкульозом, хворобами нирок, діабетом та ін.? Вони проводять місяці та роки в лікарнях та санаторіях. В цей час їх здорові однолітки навчаються, оволодівають знаннями та навичками. Коли після одужання хворі діти виходять з лікарі, відразу встановлюється, що в їх розвитку з’явилося багато проблем. До їх нестійкого здоров’я додається психічна інвалідність. У дітей створюється враження, що вони “ні до чого не гідні”, ними оволодіває почуття безнадії, невпевненості у собі, яке посилюється ще й тим, що вони, дійсно, не можуть пристосуватися та задовольнити висунуті їм оточуючим середовищем вимог.

Виходячи з цього, в усіх розвинутих країнах в сучасних умовах життя вважається дуже важливою необхідність створення системи реабілітаційних заходів як для хворих дітей із залишками після хвороби. Психолого - педагогічна реабілітація необхідна для всіх хворих та щойно одужавших дітей, в яких хвороба залишила стійкі наслідки в їх фізичному та психічному розвитку. Чим ширше проводиться психолого - педагогічна реабілітація, чим

ширші її масштаби, тим ясніше, що контингент потребуючих її дітей дуже великий.

В умовах сучасного лікування психолого-педагогічна реабілітація стала нероздільною та необхідною частиною лікування та відновлення всього організму дитини в цілому. Педагогічний процес в системі відновлення хворої дитини є одночасно складовою частиною та спеціальним завданням лікувального процесу, в якому лікарі, психологи й педагоги об'єднують свої зусилля та впливи.

Психолого-педагогічна реабілітація обіймає всі форми систематичних впливів на хвору дитину, які існують в області виховання та навчання.

Сучасна психолого-педагогічна реабілітація хворих дітей здійснюється на засадах принципів і методів медичної психології та лікувальної педагогіки.

Ці три сфери, які межують між медициною, психологією і педагогікою усе ще не отримали достатнього розвитку, однак те, що здійснено за останні роки у практиці багатьох лікувальних дитячих закладах – введення систематичної виховної роботи, відкриття шкіл для хворих дітей, як і отримані результати, при цьому очевидні, доказують що психолого-педагогічна реабілітація поставлена вірно.

Друга особливість психолого-педагогічної реабілітації хворої дитини з соматичними захворюваннями в тому, що вона орієнтована на відновлення психічного рівня хворої дитини, враховуючи зміни в рамках норми – від нижнього до середнього і верхнього кордону. При порівняно легшому перебігу хвороби психіка дітей змінюється в напрямку від верхнього до середнього або від середнього до нижнього кордону, при більш важких захворюваннях зміни більш виражені, але все ж таки залишаються у межах норми.

Відновлення хворого організму представляє собою комплексний підхід, цінність результатів якого в більшій мірі залежить від багато чисельних та різноманітних умов й впливів.

В світі сучасних концепцій значне місце займають психолого - педагогічні впливи (Манова - Томова В.С., 1981).

Чим зумовлюється значення психолого - педагогічних заходів в реабілітації дитини?

Кінцева мета усіх відновлюючих впливів при різних захворюваннях – привести організм, що хворіє, у здоровий стан, звідси, що основною ознакою здоров'я є рівновага організму з оточуючим середовищем, яке виражається адекватністю реакцій дитини на вплив оточуючого середовища. Усі соматичні хвороби викликають у різній мірі виражені загальні і специфічні зміни у психіці й поведінці дитини. Ці зміни були об'єктом вивчення багатьох сучасних авторів. Встановлено, що виникаючи у психіці й поведінці хворої дитини зміни дуже складні й зв'язок їх з самим захворюванням дуже часто неповністю з'ясований. Наприклад, у літературі існують різні думки відносно зв'язку важкості хвороби зі ступенем психічних змін. Одні автори вважають, що зміни вищої нервової діяльності найбільш чітко виражені у стадіях загострення хронічних, по мірі покращення клінічної картини й пара клінічних показників поступово настає нормалізація нервових процесів. Згідно іншим авторів,

паралель між важкістю психічних змін й соматичним станом хворих дітей не існує. Деякі вчені (Debre, Lelong, Cuerin) на основі своїх спостережень й досліджень дотримуються думки, що зміни психіки хворих дітей викликані не тільки порушеннями внутрішніх умов організму під впливом хвороби, але головним чином несприятливими умовами лікарняного середовища (госпіталізм), і як слідство, реабілітація їх зумовлена зовнішніми впливами. Це надає психолого-педагогічній реабілітації особливу значущість й самостійність.

Результати спостережень за деякими проявами інтелекту (увага, розумова працездатність) у хворих на ревматизм дітей показали, що на стадії загострення захворювання певні психічні прояви змінюються в залежності від соматичних змін. Однак після приступу, коли процес хвороби купований і настає покращення стану дитини, в психіці і поведінці хворих дітей не завжди настають відповідні зміни в сторону покращення. В після рецидивний період при хронічних зміни психічних проявів не завжди повністю залежні від соматичного стану, але в цей період вони в значній мірі обумовлені впливом оточуючого середовища. Саме тому в цей період психолого – педагогічні, виховні й учбові впливи набувають вирішального значення для відновлення дітей, а відсутність їх викликає погіршення психічного стану дітей. І в практиці дитячих лікувальних закладів сполучення учбово-пізнавального впливу з лікувальними процедурами сприяє активному відновленню хворої дитини, тобто вони сприяють більш швидкому відновленню порушеної внутрішньої рівноваги й рівноваги із зовнішнім середовищем. Коли при психолого - педагогічному впливі точно враховуються стан хворої дитини і відповідно дозуються ці впливи, створюються й підтримуються адекватний психічний тонус, що сприяє поступовому нормальному включенні хворої дитини в оточуюче середовище, адекватному реагуванню на її вплив (Манова-Томова В.С., 1981).

Можливості виховання й впливи оточуючого середовища надавати сильний вплив на загальне, зокрема, психічне відновлення хворої дитини, зумовлене механізмом кортико - вісцеральних взаємовідносин (взаємовідносин між корою головного мозку й внутрішніми органами). Головний мозок надає регулюючий й керуючий вплив на функції внутрішніх органів, а його діяльність визначається впливом оточуючого середовища. Отже, які психолого - педагогічні впливи поступають із навколишнього середовища, за допомогою аналізаторів впливають на головний мозок, який в свою чергу, в силу існуючих кортико - вісцеральних взаємовідносин передає ці впливи внутрішнім органам. Таким чином можна пояснити, чому приємний вплив зовні, який поступає в підходящій для стану хворої дитини формі, може позитивно вплинути на його захворювання й викликати лікувальний ефект.

Контрольні питання:

1. Що таке реабілітація соматичних хворих?
2. Опишіть реабілітаційну роботу психолога з соматичними хворими.

3. Назвіть методи реабілітації у соматичній клініці.
4. В чому полягає психолого-педагогічна реабілітація дітей з соматичними хронічними хворобами?
5. Яка роль музики при реабілітації хворих дітей?
6. Які переваги родини як фактора психологічної реабілітації?

Тема 5. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДЕВІАНТНИХ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

План

1. Види та форми девіантної поведінки.
2. Типи девіантних дітей та підлітків.
3. Реабілітація в системі освіти: цілі та завдання
4. Психологічна реабілітація девіантних дітей та підлітків.

Основні поняття: агресивна поведінка, афективна поведінка, бездоглядна поведінка, безпритульна поведінка, гіперкінетичний синдром, девіантна поведінка, делінквентна поведінка, неадаптивна поведінка, злочинна поведінка, токсикоманійна поведінка, типи проблемних підлітків, корекційно – реабілітаційна робота психолога з проблемними дітьми та підлітками.

5.1. Види та форми девіантної поведінки

Негативні явища, які ми спостерігаємо, свідчать про наявність історичних причин, об'єктивних та суб'єктивних умов, про суперечність суспільного розвитку, де тісно переплелися як труднощі становлення й розвитку окремої дитини, так і деформація економічних, соціальних, політичних й духовних процесів (Бандура А., Віденєєв І.А., Змановська О.В., Кондрашенко В.Г., Татенко В.В. та ін.).

Девіантна поведінка дітей та підлітків розглядається, **як результат соціопатогенеза**, що йде під впливом різних цілеспрямованих, організованих, стихійних, неорганізованих дій на особистість підлітка, в тому числі державних, «шкільних», «сімейних» факторів та ін. (Буянов М.І., Захаров О.І., Комер Р., Менделевич В.Д., Раттер М., Сатир В., Столін В.В. та ін.).

Поняття «**норми**» є категорією, яка відбиває наявність нормальних структурних і функціональних передумов для нормальної життєдіяльності організму і психіки (Балабанова Л.М.).

Відхилення від цих норм або їх недотримання є соціальним відхиленням або **девіацією**. **Девіантами** називають особи, які не можуть або не хочуть жити за правилами і нормами, прийнятими в тому суспільстві, в якому вони живуть (Змановська О.В.).

Девіантна поведінка це здійснення вчинків, що суперечать нормам

соціальної поведінки в тому або іншому співтоваристві (Шнейдер Л.Б.). У вітчизняній психології (Шапар В.Б.) *девіантність* розглядається як поведінка, що перебуває на межі між правдоцільністю й кримінальністю.

Девіантні підлітки часто виявляють цілий ряд властивостей, що свідчать про значні емоційні порушення: стрес, перевтому, тривогу, депресію та ін.

До основних *видів девіантної поведінки* відносяться, перш за все, злочинність (Пирожков В.В.), алкоголізм (Балабанова Л.М.) і наркоманія (Менделевич В.Д.), проституція (Тархова Л.І.), втечі з дому й бродяжництво (Буянов М.І.) тощо.

Форми девіантної поведінки бувають: індивідуальні, сімейні, групові (Менделевич В.Д.).

У школярів різного бувають девіації, в тому числі поведінкові.

Як показав аналіз наукової літератури, проблема дефініцій відхильної поведінки в психології вирішується неоднозначно, іноді поняття плутаються, а ось вибір робочого поняття залежить від мети дослідження.

Різні автори використовують різні поняття:

Так, Ч. Ломброзо вперше застосував термін «злочинна поведінка» під час його роботи в пенітенціарній системі

a. *злочинна поведінка* - поведінка, яка супроводжується здійсненням злочину.

В останні часи все більше виникає дітей безпритульних (Буянов М.І., Макаренко А.С.)

b. *безпритульна поведінка* - мешкання дитини без батьків;

Також діти роблять втечі з дому

c. *бездоглядна поведінка* - поведінка, яка супроводжується прогулами уроків, втечами дітей з дому.

Утечі з дому виникають через ряд причин:

- як знак протесту проти поганого ставлення батьків;
- у випадках, коли батьки надмірно прив'язують дитину до себе;
- розумова відсталість;
- епілепсія (Устименко С.Ф.)

Іноді учень не може виконувати шкільні правила поведінки, тоді говорять про порушення адаптації (Снегирьова Т.А.):

d. *неадаптивна поведінка (дезадаптація)* - порушення пристосування дитини до навколишнього середовища.

ЗМІ все частіше розповідають про спалахи люті, афектів (Славина Л.А.)

e. *афективна поведінка* - поведінка, яка супроводжується афективними реакціями.

Поширюється кількість проявів агресії (Фурманов І.А.)

f. *агресивна поведінка* - поведінка, направлена на спричинення шкоди моральної, фізичної або матеріальної іншій особі.

«Помолоділа» злочинна поведінка (Лічко А.Є.)

g. *делінквентна* - дозлочинна і злочинна поведінка неповнолітніх.

Все більша категорія населення демонструє залежну поведінку (Максимова Н.Ю.)

h. *залежна поведінка*, може бути:

- куріння;
- алкоголізація;
- наркоманія;
- токсикоманія;
- ігроманія та ін.

Найбільш детально питання з систематизації девіантної поведінки розглянуто в роботі Менделевича В.Д. (Менделевич В.Д. Психологія девіантного поведіння. Учебное пособие / В.Д. Менделевич. –СПб.: Речь, 2005. – 445 с.)

Цікавим на наш погляд є підхід Рейковського Я. (1970), Кондрашенко В.Т. (1980), які пропонують розрізнявати наступні види поведінки:

просоціальна – поведінка, що співпадає з нормами більшості людей;

- i. *асоціальна* - поведінка, що не співпадає з нормами більшості людей і може перерости в антисоціальну;
- j. *антисоціальна* - поведінка, що направлена проти норм більшості людей.

На основі аналізу літератури виділяють **критерії девіантної поведінки**:

1. перекручене відношення до навчання, суспільної праці (Обухов);
2. порушення механізмів поведінки підлітків (Личко А.Є.);
3. особливості мотиваційної сфери (Алемаскін М.А.);
4. порушення емоційне вольової сфери (Бельський П.Г.);
5. особливості темпераменту, характеру; (Айзенк Г.)
6. кримінальна занедбаність (Ковальов).

Більш системним можна назвати визначення *групи критеріїв*, за Раттером М.:

- відповідність поведінки віку і статі дитини;
- тривалість збереження порушення;
- життєві обставини;
- соціальне оточення;
- ступінь порушення;
- тип симптомів;
- важкість симптомів;
- зміна поведінки; ситуаційна специфічність симптомів; та ін. підходи.

5.2. Типи девіантних дітей та підлітків

(за Єгоровою О.Б., Зозулею О.В., 2004.)

У літературі виділяють різні **типи девіантних дітей та підлітків**. Виготський Л.С. (1987 р.) виділив такі типи важких:

- безпритульні діти;
- важковиховувані в масовій школі;

- діти з патологією органів почуттів;
- обдаровані діти.

Войтко В.І. (1970 р.) виділяв:

- діти, що мають відхилення від прийнятих моральних норм поведінки;
- діти з протиправною поведінкою;
- діти з патологічними відхиленнями від норми поведінки.

Класифікація Алемаскін М.А.:

- важковиховувані;
- педагогічно занедбані (порушення поведінки дисципліни);
- правопорушники ;
- неповнолітні злочинці.

Абраменко А., Селецький В. (1987 р.):

- група неорганізованих підлітків;
- відсталі, емоційно тупі, бродяги;
- група психологічно неповноцінних:
 - а) органоїди;
 - б) істероїди;
 - в) афективно нестійкі психопати.

Бочкарьова Г.Г. (1968 р.) розробила класифікацію в залежності від відношення до зробленого злочину:

1. злочинці, що шкодують за зроблене;
2. безконфліктні (шкодують що потрапилися);
3. циніки (пишаються зробленим).

Райс (1966р.):

- підлітки зі слабким моральним самоконтролем;
- підлітки з порушеним самоконтролем (агресивні);
- підлітки з відсутністю самоконтролю.

Інтерес викликає класифікація Степанова В.Г. (1995 р.):

- ледачі діти;
- неорганізовані діти;
- ненаполегливі діти, діти, які не можуть поставити мети і домогтися їх;
- егоїстичні самолюбці, що свої інтереси ставлять вище інших;
- делінквентні, вперті, брехливі, грубі діти.

Зв'язаною з життям є класифікація Максимової Н.Ю. (1987 р.):

1. діти, що потребують на консультацію психоневролога;
2. підлітки, що мають помилковий діагноз;
3. педагогічно запущені;
4. важковиховувані діти (перекручений світогляд).

Розглянемо більш детально погляди Максимової Н.Ю. Важковиховуваність установлюється, якщо має місце порушення: стосунків з однокласниками; стосунків з учителями; проблеми у навчанні.

І далі, автор пропонує: необхідно послабити механізм захисту в дитини, допомогти створити навколо неї атмосферу доброзичливості, допомогти в навчанні, допомогти проявитися з гарної сторони, підвищити її соціальний

статус.

Також Максимова Н.Ю. досліджувала особистість підлітків, що вживають наркотики:

- неврівноважена самооцінка;
- не реалізовано завищений рівень домагань;
- емоційна нестійкість;
- слабка воля;
- відсутність трудових навичок.

5.3. Реабілітація в системі освіти: цілі та завдання

Виходячи з Положення про психологічну службу в системі освіти України одним з напрямів діяльності психологічної служби (практичного психолога) щодо збереження психологічного та психічного здоров'я дітей дошкільного і шкільного віку, що знаходяться у кризовій ситуації, постраждали від природних, соціальних, технічних катастроф, перенесли тяжкі хвороби, стреси, є психологічна реабілітація.

На думку С.І. Подмазіна, головна мета психолого-педагогічної реабілітації особистості полягає у формуванні в людини здатності до самостійного творчого здійснення свого життя, уміння жити в нових суспільних умовах, долаючи або компенсуючи певні особистісні обмеження.

При цьому, головною *метою реабілітаційної діяльності соціально-психологічної служби школи* є фізичне, психічне і моральне здоров'я учнів, організація навчально-виховного процесу в такий спосіб, щоб максимально знизити навантаження дітей, уникнути неврозів, забезпечити своєчасну психологічну діагностику і корекцію, своєчасну медико - психологічну допомогу, зміцнити адаптаційний потенціал дитини та підлітка.

Завданнями з реабілітації практичного психолога та педагогів ЗОШ являються:

1) вивчення деструкції соціального середовища, і феномену дезадаптації, дезорганізації особистості дитини та підлітка, що проявляється у почутті тривоги, страху, соціальній пасивності;

2) вивчення питань адаптації дитини в сучасному мінливому суспільному середовищі (соціальної, психологічної, світоглядної), а також психологічних й педагогічних чинників, стимулюючих або гальмуючих адаптивний процес;

3) психологічна корекція деформації підліткової та юнацької самосвідомості;

4) надання допомоги в усвідомлення свого «Я» та зайнятті значущої соціальної позиції;

5) подолання егоїзму, інфантилізму, духовної спустошеності, - того, що називають «набутками сучасного дитинства», що створює небезпеку та сприяє деструкції всієї системи наслідування культурно - історичного досвіду (Фельдштейн Д.И. Детство как социально-психологический феномен и особое состояние развития // Вопросы психологии. - 1998. - № 1. - С. 14);

6) створення навколо дитини, підлітка з особливими потребами реабілітаційного простору, організація позитивно емоційно насиченої атмосфери, атмосфери духовного, міжособистісного спілкування;

7) надання допомоги кожній дитині в оволодінні *мистецтвом самореабілітації* - механізмом і здатністю до самодопомоги при подоланні кризових ситуацій, при виході зі скрутного становища, при поверненні на тимчасову втрачену траєкторію життєвого шляху, а саме: розкриття життєвого потенціалу, стимулювання самостійних пошуків нових можливостей самореалізації, наближення до себе, до свого «Я» (Титаренко Т.М.);

8) створення умов для становленню дитини як суб'єкта життя, для оволодіння мистецтвом пізнання самого себе, для життєздатності; під життєздатністю є здатність суб'єкта відтворювати себе, відтворювати свою культуру та свої відносини всупереч небезпекам, реагуючи на них адекватно;

9) створення теоретичної бази та організаційно-практичне забезпечення інноваційного освітньо-реабілітаційного процесу в умовах середніх загальноосвітніх закладів освіти всіх типів;

10) створення умов для відновлення здоров'я хворої дитини; зміна її особистості, зрушення в емоційній сфері (подоланням небажаних установок, невпевненості у своїх силах, тривоги через можливість погіршення стану і рецидивів хвороби);

11) комплексна реабілітація дітей та підлітків, які хворіють на психосоматичні захворювання;

12) усесторонній захист дитини від усіх форм фізичного й психологічного насильства (Конвенція про права дитини. - К., 1995. - С. 14-15.);

13) зниження рівню психофізіологічних затрат на навчання учнів;

14) надання допомоги кожній дитині визначити свою індивідуальну траєкторію розвитку, враховуючи її психофізичні особливості, стан фізичного, психічного та морального здоров'я;

15) розроблення в навчальному та реабілітаційному процесі системи заходів для забезпечення фізичної, психологічної і соціальної безпеки, для формування власного способу захисту себе (Єрмаков І.Г. Життєтворчий потенціал реабілітаційної педагогіки // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ століття: Наук.-методичний збірник у 2-х ч. - К., 1998. - Ч. 1. - С 55-62).

Задачами для вирішення реабілітаційних програм засобами шкільної освіти являються:

– реалізація наукових розробок, що спрямовані на вирішення актуальних проблем дитинства.

– формування особистості дитини як майбутнього громадянина, здатного до повноцінної життєдіяльності в різних сферах буття людини: сімейно-побутовій, учбовій, професійно-трудовій, суспільній, у сфері дозвілля;

– надання сприятливих умов для гармонійного розвитку дітей і підлітків (фізичного, соціального, духовного), забезпечення їх захисту (правового, соціального);

- профілактика захворюваності та забезпечення дітей досконалішими засобами збереження і відновлення здоров'я;
- удосконалення системи інформації педагогічних працівників, батьків, учнів, населення щодо здорового розвитку дитини.
- здійснення заходів з профілактики злочинності, наркоманії, алкоголізму і паління серед дітей.

Головними **компонентами моделі реабілітаційної діяльності** в закладах освіти виступають: концепція реабілітаційної служби: мета, сутність, задачі, принципи, пріоритети; постійний моніторинг освітньої ситуації: в місті, районі, закладі освіти; що визначає недоліки, досягнення, умови й особливості діяльності служби в напрямку вказаної проблеми; аналіз практичного досвіду корекційно-розвивальної, реабілітаційної роботи з дітьми і підлітками: на рівні міста, району, закладу освіти та ін..

Під **реабілітацією учнів в процесі освіти** розуміють систему психологічних, педагогічних, медичних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психофізіологічних функцій, станів, особистісного й соціального статусу хворих дітей, дітей-інвалідів, а також тих, хто переніс хворобу, **знаходиться у кризовій ситуації, отримав психічну травму (стрес)** внаслідок різкої зміни соціальних обставин, умов життя (Покась В.І. Реабілітаційна педагогіка на порозі ХХІ століття // Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ століття: Наук.-метод. збірник. у 2-х ч. -К.,. 1998. -С. 47).

Реабілітація здійснюється шляхом цілеспрямованого застосування психолого-педагогічних прийомів і засобів з неодмінним використанням прикладних медичних знань.

Оскільки можливості середньої загальноосвітньої школи обмежені і не дозволяють приділити серйозної уваги кожній дитині, що її потребує, то виділяються у спеціалізовані класи компенсуючого навчання. Отже потребою кожного працівника школи, дошкільного закладу, школи-інтернату, дитячого будинку є засвоєння прийомів реабілітаційної педагогіки.

5.4. Психологічна реабілітація девіантних дітей та підлітків

Суб'єктами реабілітаційної роботи в масовій школі виступають:

1) діти з психофізичними вадами (хворі діти, діти-інваліди з дитинства), діти-сироти й ті, які залишилися без піклування батьків, діти з багатодітних сімей, одиноких матерів. Йде мова про велику кількість дітей із загальноосвітніх шкіл: за останні роки загальна захворюваність дітей України, яка за певних обставин нерідко призводить до інвалідності, зросла на 19,2%, на венеричні захворювання серед підлітків їх зареєстровано у 10 разів більше. на наркоманію (першопричину деградації особистості) - у 2,5 рази більше.

2) також суб'єктом психолого-педагогічної реабілітації в ЗОШ є діти з неблагополучних сімей; діти, які пережили насильство в сім'ї та поза нею (фізичного, емоційного тощо), діти, що мають розлади нервової сфери, діти з шкільними невротами, діти з тимчасовою затримкою психічного розвитку та ін.

Реабілітація в системі загальної освіти виступає як *єдиний реабілітаційний простір* загальноосвітніх та профільних закладів освіти, що забезпечують оптимальні можливості для сприятливого розвитку і соціалізації кожної дитини і комплексну реабілітацію дітей і підлітків. При підході цілісного розуміння дитини, реабілітація дітей і підлітків здійснюється на рівні особистості, суб'єкта діяльності, також соціального суб'єкта з урахуванням його індивідуальності (Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога. - М.: Просвещение, 1996. - 352с. – С. 170).

Визначаються основні *завдання*:

- 1) Зменшення на дітей та підлітків впливу негативних явищ, що виникають у суспільстві, в шкільній освіті.
- 2) Повсюдна реалізація оздоровчої функції шкільної освіти.
- 3) Також виховання у підростаючого покоління свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності.
- 4) Активне формування гігієнічних навичок і засад здорового способу життя, збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я у дітей та підлітків.
- 5) Постійне виявлення причин деформацій в розвитку дітей і підлітків.
- 6) Пошук інноваційних засобів та способів їх усунення.
- 7) Можлива оптимізація умов життєдіяльності, виховання та навчання.
- 8) Побудова інклюзивного освітнього процесу, що сприятиме розвитку особистості дитини з обмеженими можливостями.
- 9) Виявлення дітей та підлітків «групи ризику», надання їм психолого - педагогічної підтримки.
- 10) Подолання у дітей психологічної кризи, встановлення в правах, статусі, поновлення здоров'я, дієздатності у власних очах та очах оточуючих, формування позитивної Я-концепції.
- 11) Своєчасна реалізація спеціальних реабілітаційних, корекційно-розвивальних програм.

Згідно видатному психологу й психотерапевту К. Роджерсу, якщо психолог знає, як проводити корекцію дитини, то він відразу може приступити до корекції, минаючи діагностику.

Виділяють такі *етапи психологічної реабілітації* в школі:

- 1) збір даних про девіантну дитину (вивчення літератури з проблеми, діагностика);
- 2) підбір методів психореабілітації (індивідуальна чи групова); тренінгу (склад групи -12-15 чоловік: 1. Ціль, задачі, форми, методи; 2. Кількість часу і кількість сеансів; 3. Підбір вправ, бесід, устаткування для проведення).
- 3) Підготовка висновку і загальних висновків.

При роботі з девіантними дітьми та підлітками виділяють різні *форми психологічної реабілітації*.

індивідуальна робота (бесіди; ігри; сугестія; аутогенне тренування; релаксація; метод раціональної психотерапії та ін.); *групова робота* (тренінги; ігри); *сімейна робота* (тренінги; ігри).

Можна використовувати такі *методи психологічної реабілітації*:

- 1) *метод Байярд – Байярд*: зміна власних негативних думок однієї людини про іншу особу на позитивні (Байярд Р. Ваш беспокойный подросток: Книга для отчаявшихся родителей / Байярд Р., Байярд Дж. - М.: Прогресс, 1989. – 240 с.).
- 2) *методика контактної взаємодії Філонова*: під час першої бесіди психолога з девіантним підлітком треба здобути від нього першу згоду «так», установити «тезаурус» та визначити спільні інтереси у школяра і психолога (Филонов Л.Б. Психологические основы изучения личности обвиняемого. - М., 1983.)
- 3) *психологічні тренінги* (Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. / Е.К. Лютова, Г.Б. Монаева Г.Б. – М.: Генезис, 2000. – 192 с.).
- 4) *гуртки за творчим інтересам*: спортивні, майстерності та ін.

На думку Н.С. Лейтеса, жоден віковий період не несе в собі такої безпосередньої потреби самоствердження і готовності діяти. Л.С. Виготський зазначав, що підлітка характеризує не слабкість волі, а слабкість цілей. Як вважають Прихожан А.М., Толстих Н.Н., в підлітковий період відбувається розширення життєвого простору дитини як у географічному сенсі (цікавість до пригод та інше), так і в сенсі розширення соціального оточення, велика кількість груп, куди включається підліток, появи у нього цікавості до літератури, політики, спорту тощо.

5) *рольова реабілітація*

Рольова реабілітація (за П.П. Горностай, 1998)

Реабілітацією називають відновлення втраченої здатності, повернення певної якості після того, як вона з якихось причин зазнала негативних змін (Горностай П.П. Психологічні основи рольової реабілітації / Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ століття : Наук.-метод. зб. У 2-х ч.: 4.1 - К.: ІЗМН, 1998.-С.149-154).

Під *рольовою реабілітацією* розуміють реабілітацію засобами рольових методів практичної психології.

Методи рольової гри - дуже підходящі для поєднання терапевтичного й педагогічного підходів і створення концепції рольової реабілітації.

Однією з найважливіших функцій психологічної ролі є її зв'язок з образом «Я»; при цьому найважливіші ролі людини входять до структури її особистості, від їх функціонування залежить особистісне благополуччя; також через ролі можливий вплив на особистісні механізми з метою психотерапії, психореабілітації та виховання «Я–концепції», остання залежить від психологічних ролей людини, від рольових очікувань оточуючих (Бернс Р., 1986).

Особливо рольова реабілітація необхідна тоді, коли має місце втрати чи порушення рольових функцій людини.

Отже, рольова гра є дієвим засобом реабілітації дитини у випадку, коли та зазнала психічної травми, пережила кризовий період або мала інші емоційні психологічні проблеми; виконання ролі здійснюється на двох рівнях: поведінковому та почуттєвому; під час виконання ролі в дитини виникає

рольове переживання, яке поєднує інтелектуальні, моральні й інші почуття, що зв'язані з рольовим образом; також рольове переживання може бути засобом реабілітаційного впливу як форма емоційного відреагування і як форма компенсації дисгармоній власної особистості у творчому процесі.

Важливим аспектом рольової реабілітації також є зв'язок життєвих ролей людини з життєвим світом особистості, а ось життєвий світ людини - це певне співвідношення зовнішнього світу, в якому живе людина, і внутрішнього світу її переживань, образів, відношень (Титаренко Т.М. *Жизненный мир личности: этапы становления // Философская и социологическая мысль.* - 1991. - № 1. - С. 49-58).

Можна змоделювати в ігровій формі будь-яку ситуацію з реального життя людини, і пережити всі необхідні почуття, як це робиться, наприклад, у психодрамі; таким чином, відновлюються втрачені образи, переживання, відношення; постраждала особа компенсує дефіцит реальних життєвих переживань рольовими переживаннями, що має значний терапевтичний ефект.

Треба вказати, що рольове переживання виникає не тільки в процесі рольової гри чи психодрами; близький до рольового переживання стан виникає в багатьох видах творчої діяльності людини, що супроводжується рольовою децентрацією чи частковим перевтіленням в образи творчості (Психодрама: вдохновение и техника / Под ред. П. Холмса, М. Карп. Пер. с англ. - М., 1997. - С. 125-153).

Хто потребує реабілітаційної допомоги? 1) Діти, які пережили життєву кризу. 2) Діти, які зазнали психічної травми в результаті насильства, у тому числі й сексуального. 3) Діти, які пережили горе через втрату когось з близьких. 4) Діти, що страждають від соціальної дезадаптації, що виникла внаслідок зміни життєвих обставин: переїзд, зміна соціального оточення.

Також використовують **соціально - психологічну реабілітацію**. За О.В. Змановською (2004), під *соціально - психологічною реабілітацією* розуміють комплексну програму з відновлення життєвих функцій індивіда, дезадаптованого унаслідок залежної поведінки. При цьому реабілітаційна програма включає заходи на різних рівнях: юридичний захист, правовий захист та соціальна підтримка (включення в соціальну групу, працевлаштування, вирішення житлової проблеми); психологічна реабілітація (психологічна підтримка ремісії, розширення особових ресурсів); медична допомога: зняття синдрому абстиненту, протирецидивна терапія, лікування супутніх соматичних і нервово-психічних розладів. У всіх випадках *психологічна допомога* обов'язкова: якщо є відносно менш небезпечні форми (куріння, азартні ігри, харчова залежність) або початкові стадії залежності, то застосовуються різні види консультування і психотерапії: когнітивно - поведінкова індивідуальна (короткострокова) і особистісно-реконструктивна групова психотерапії; заняття в суспільних групах і організаціях (анонімні алкоголіки, анонімні наркомани, релігійні організації).

Якщо у девіанта хімічна залежність рівня системного захворювання (фізична залежність), допомога найбільш складна і тривала; більш адекватна комплексна реабілітація з медичним втручанням на початкових етапах.

Схема комплексної реабілітації алкоголізму і наркоманії.

1) *консультування (або психотерапія) з метою ухвалення рішення про лікування* (допомога девіанту усвідомити хворобу, відчутти неможливість так далі жити, підвищити готовність лікуватися), *вибір найбільш адекватної форми лікування*; перший етап може бути тривалим; як показала практика, залежні нерідко погоджуються на лікування тільки в ситуації катастрофи (коли є звістка про невиліковне захворювання, реальна загроза життю з боку оточення делінквентів, загроза судимості, переживання стану клінічної смерті).

2) *детоксикація* (звільнення організму від токсичних речовин).

3) *програма супроводу ремісії — підтримка тверезості*. (проводиться дана робота протягом 12—24 міс.; ремісія може включати: медико - психіатричну допомогу, наприклад призначення антидепресантів; медико - наркологічну, наприклад, протирецидивну терапію або «хімічний захист» у формі введення препаратів, що дають реакцію на алкоголь або блокуючих стан наркотичного сп'яніння).

В підтримці ремісії можуть здійснюватися різні *напрями і форми психологічної допомоги*: психологічне консультування залежного підлітка (аддикта) і членів його сім'ї; індивідуальна і групова психотерапія, орієнтована на позитивні особистісні зміни, формування установки на тверезість; телефон довіри.

Як показує практика, в умовах спеціалізованих центрів ефективність допомоги істотно зростає. Теоретики та практики, фахівці з проблеми називають чотири *рівні успішного лікування залежності*: заміна хімічної залежності на іншу (від певної людини, групи А.А., релігійної організації); адекватне лікування інших психіатричних розладів психотропним препаратами або психотерапію; надання підтримки стриманості (наприклад, контроль-тести, замінники наркотиків, групи самопомоги) в процесі психологічного дорослішання; також особистісне зростання і структурні зміни за допомогою психотерапії.

Коли фізична залежність зменшується, зростає роль соціальної допомоги та *роль соціально-психологічної реабілітації* в допомозі залежним підліткам: а) родина має переконати підлітка в необхідності отримання соціальної допомоги; б) разом з аддиктом або психологом сім'я може обрати найбільш адекватну для неї та підлітка форму соціально-психологічної реабілітації:

- *Групи самопомоги* «Анонімні алкоголіки», «Анонімні наркомани», (діють відповідно до програми «12 кроків»); ця форма

соціально-психологічної допомоги набула широкого поширення; а ось головним завданням анонімних алкоголіків (наркоманів) є залишатися тверезими та допомагати іншим досягати тверезості.

- Спеціальні *Центри соціально-психологічної реабілітації*, де разом з фахівцями працюють колишні наркозалежні; такі Центри працюють за різними програмами: Мінесотська модель, Дейтоп Інтернейшенл, духовне відродження, «шокова терапія», модель саморегуляції. (Недоліком є короткостроковість перебування, до 2 мес, з подальшим поверненням в колишнє середовище, але з періодичними відвідинами груп підтримки.)

- Цікавий досвіт пов'язаний з *Трудовими комунами і таборами*, в яких лікування аддиктов полягає в довготривалому мешканні. (Недоліком є достатньо жорсткі умови життя і великий відсоток уходів з комуни).

Методи психологічної роботи з родиною залежного підлітка.

Члени сім'ї паралельно повинні отримувати допомогу, незалежно від того залишається підліток в сім'ї чи поміщається в реабілітаційний центр: сім'я повинна вибрати форму реабілітації і отримати вичерпну інформацію про цілі реабілітації і використовувані методи.

Проводиться психологічна робота з батьками в наступних формах: періодичне консультування сім'ї (батьків) залежного підлітка фахівцями (наркологами, сімейними психологами, психотерапевтами); групова тренінгова робота з батьками: «Тренінг батьківської успішності», «Тренінг ефективної взаємодії із залежним підлітком»); організація груп самопомоги: «Матері проти наркотиків».

При початкових проявах аддиктивної поведінки у роботі з підлітками добре зарекомендувала себе групова психотерапія (когнітивно-поведінковій орієнтації) і тренінгова робота, профілактичні і корекційні завдання. При цьому, деякі види аддиктивної поведінки вимагають переважно психотерапевтичного втручання у поєднанні із спеціальною медичною допомогою, наприклад, харчові порушення або сексуальні аддикції.

Створення робочого альянсу. Успішність психолого-соціальної допомоги залежній особі визначається ступенем її готовності до співпраці; тому на самому початку спільної роботи фахівець повинен приділити особливий час і увагу досягненню контакту; це завдання може бути реалізовано при першій зустрічі, але частіше потрібний значно більше часу, особливо у разі хімічної залежності з вираженими особистісними змінами; використовуються прийоми: емпатичне слухання, ухвалення, підтримка клієнта, промовляння відчуттів клієнта; формулювання мотивації звернення; з'ясування очікувань і побоювань клієнта з приводу психологічного втручання. Для досягнення робочого альянсу важливо розділяти відповідальність за результати роботи. З цією метою укладають

терапевтичний контракт: спільно ставлять завдання, оцінюють внесок кожного, складають зразковий план роботи, визначають терміни і умови роботи. Також у роботі з аддиктами слід спиратися: не тільки на проблеми і дефіцити, але на особистісні ресурси; обговорювати опори залежного клієнта психологічній дії і змінам; моделювати майбутнє підлітка при збереженні аддиктивної поведінки і без неї.

Досвід практичної діяльності з неповнолітніми: а) в рамках добродійного фонду «Немає алкоголізму і наркоманії» (Фонд «НАН»); б) концепція *Реабілітаційного Простору (РП)*: Реабілітаційний Простір являється територіальною системою установ, відомчих структур, суспільних ініціатив, які беруть участь в профілактиці соціальної дезадаптації неповнолітніх та їх реабілітації; мета РП – забезпечення єдності і безперервності реабілітаційного процесу, що включає профілактику і виявлення соціально дезадаптованих неповнолітніх, реабілітаційні заходи, направлені на їх позитивну соціалізацію; основні тези, складові Концепції РП, були визначені в ході практичної роботи з дітьми, підлітками та їх батьками: всі девіації в поведінці неповнолітніх: а) бездоглядність, правопорушення, вживання психоактивних речовин мають одне джерело – соціальну дезадаптацію, коріння якої лежить в проблемах сім'ї; оптимальним середовищем для повноцінного розвитку дитини є рідна сім'я, позбавлення родини завжди стає травмою для дитини, ось чому основні зусилля повинні бути направлені на роботу з сім'єю, сумісне вирішення проблем, тільки в крайніх випадках розглядається питання про вилучення дитини; б) соціально дезадаптований підліток з важкою життєвою ситуацією виступає жертвою, чії права на повноцінну самореалізацію та розвиток в суспільстві порушені; навіть у випадку, коли він сам стає правопорушником, це спосіб, яким він дає суспільству знати про свої порушені права; це може стати сигналом для початку реабілітації; тільки тоді можна сподіватися, що такі прояви не повторяться; в) тільки при комплексному підході до реабілітації неповнолітніх групи ризику можна досягнути стабільного позитивного результату, уникнути відновлення критичної ситуації.

Треба підкреслити, що єдність реабілітаційного процесу забезпечується ухваленням **принципів соціальної терапії**: *принцип «клієнтоцентризму»* (визначає спрямованість всіх дій на самореалізацію і розвиток клієнта, його відновлення як повноцінного члена суспільства); *принцип системності* (є необхідність усестороннього аналізу проблеми соціальної дезадаптації і кожного конкретного випадку, застосування системи заходів, адекватних виявленій проблематиці); *принцип розвитку* (це готовність системи до розвитку, включення в неї нових структур, зміна функціональної наповненості структур, що вже існують, залежно від вимог соціальної ситуації); *принцип цілісності* (діяльність на всіх рівнях соціальної політики: від клієнта, його сім'ї і соціального оточення, у взаємодії з суспільною ініціативою, установами і виконавчою владою, до рівня законодавства і державної соціальної політики в цілому) та ін.

Можна резюмувати, що РП не являється адміністративно-бюрократичною

системою з чітко певними межами, ієрархічною підлеглистю і закріпленими повноваженнями; це об'єднання, структура якого залежить від потреб конкретного реабілітаційного процесу.

Також реалізація самої мети і принципів РП припускає наближення соціальних послуг до клієнтів, координацію діяльності різних структур в процесі реабілітації, виявлення існуючих потреб в соціальних послугах і ініціацію появи нових структур, механізмів, законів. Для реалізації цих завдань в рамках проекту «Право на дитинство» добродійного фонду «Немає алкоголізму і наркоманії» була організована **соціальна служба для соціально дезадаптованих неповнолітніх**. Соціальний працівник стає посередником між клієнтом, його потребами і суспільством. Він доносить до клієнта соціальні вимоги, соціальний запит (наприклад, не пити, займатися вихованням своїх дітей і так далі). В той же час він робить доступними для клієнта послуги суспільства, сприяє відновленню його прав, показуючи зацікавленість суспільства в його долі. Виступаючи як представник клієнта, соціальний працівник використовує можливості всіх профільних установ, організацій і інших структур як засобу в процесі реабілітації клієнта і виступає тим самим як координатор їх діяльності. (див.: Москвичев В.В., Бессудная С.А. Социальная работа с несовершеннолетними опыт организации социальной службы // <http://www.herbalist.ru/ill17.htm/>)

Контрольні питання:

1. Що таке психолого-педагогічна реабілітація?
2. В чому полягає реабілітація проблемних дітей?
3. Розкрийте основні напрямки психолого-педагогічної реабілітації соціально та педагогічно занедбаних дітей та підлітків.
4. Визначте можливості психологічної реабілітації при порушенні поведінки дітей.
5. Опишіть порушення в процесі пристосування до школи та необхідність в психологічній реабілітації
6. Яка може бути психологічна реабілітація при порушенні соціальної адаптації дитини?
7. Назвіть методи корекційно-реабілітаційної роботи психолога з проблемними дітьми та підлітками.
8. Яка роль особистості вихователя в психолого-педагогічній реабілітації?

ГЛОСАРІЙ

Агресивна — поведінка, направлена на спричинення шкоди моральної, фізичної або матеріальної іншій особі.

Антисоціальна — поведінка, що направлена проти норм більшості людей.

Афективна — поведінка, яка супроводжується афективними реакціями.

«Базисна тривога» («основне занепокоєння») — почуття небезпеки,

ізоляції і безпорадності дитини в потенційно ворожому світі.

Бездоглядна — поведінка, яка супроводжується прогулами уроків, втечами дітей з дому

Безпритульна поведінка — мешкання дитини без батьків

Виборчий мутизм — німота в одних ситуаціях (наприклад, в школі та на вулиці) і нормальна мова в колі близьких.

Гіперактивність характеризується гіперкінетичним розладом і дефіцитом уваги дитини (ГРДУ).

Гіпотимія - зниження настрою, короткочасне невираженого характеру; буває у хворих та здорових людей,

Групова психотерапія – цілеспрямовано використовує в психотерапевтичних цілях групову динаміку в лікувальній меті.

Делінквентна — дозлочинна і злочинна поведінка неповнолітніх,

Депресивний розлад (ДР) включає депресивний синдром, тривалий за часом, значні погіршення стану організму; характер протікання ДР може бути пов'язаний з його загальними причинами, особливостями його протікання і наслідками, а також з результатами лікування.

Депресивний симптом (ДС) виражається в тому, що дитина переживає смуток і відчуває себе нещасною; ДС далеко не завжди свідчать про наявність яких-небудь серйозних проблем і досить поширений у всіх вікових групах.

Депресивний синдром (ДС) — це стан, набагато серйозніший, ніж просто сумний настрій; ДС об'єднує групу симптомів, які частіше присутні всі разом; (відчуття печалі, ослаблення інтересу до звичайних видів діяльності, когнітивні і мотиваційні порушення, а також зміни соматичного і психомоторного характеру).

Депресією називається стан глибокої печалі і смутку, які переживає дитина, сумний і нерішучий стан.

Депресії ознаки у дітей і підлітків — порушення настрою, поведінки, зміна життєвих установок, зміна мислення, фізичні зміни.

Детоксикація — звільнення організму від токсичних речовин.

Дефензивні риси характеру – боязкість, сором'язливість.

Дидактогенії виникають в результаті неправильних дій педагога, який зробив на учня ненавмисний сугестивний вплив, внаслідок чого відбуваються несприятливі зміни психічного стану, психогенні реакції, і, навіть, неврози.

Дистантні сім'ї — сім'ї трудових мігрантів.

Дистимія - порушення настрою у вигляді роздратованості, плаксивості та ін.

Дитячий невроз (ДН) виявляється в дитячому віці; в ДН велика кількість соматичної симптоматики і незначна присутність психічних розладів; неврозам у дорослих, згідно психоаналізу, завжди передують ДН.

Заїкання — порушення нормальної побіжності і тривалості мови.

Зацепінг – поведінка, при якій підліток чіпляється за вагон швидкісного поїзда за допомогою спеціальних ременів і так їде; бувають жертви; популярний у сучасних тінейджерів країн СНД.

Злочинна поведінка — поведінка, яка супроводжується здійсненням злочину; інша назва кримінальна поведінка.

Зовнішня, або гетеро, агресія характеризується відкритим проявом агресії в адресу конкретних осіб (інша назва — пряма агресія).

Індивідуальна терапія — терапевтичний метод, при якому терапевт зустрічається з клієнтом наодинці протягом багатьох сесій, що тривають від 15 хвилин до двох годин.

Ігрова терапія — метод лікування дитячих розладів, що допомагає дітям виразити свої конфлікти і відчуття побічно, в процесі малювання, гри з іграшками і вигадкою історій.

Інструментальна (конструктивна) агресія — коли дії мають позитивну орієнтацію і направлені на досягнення мети нейтрального характеру, а агресія використовується при цьому лише як засіб досягнення мети.

Інформаційний невроз — захворювання, яке обумовлено надлишком інформації

Істеричний мутизм спостерігається при психічних захворюваннях, у соромливих дітей, при аутизмі та ін.

Істерія - нездатність особи підпорядкувати реальність своїм вимогам, так само як і відмовитися від своїх вимог з урахуванням реальності.

Істероїдні діти часто проявляють бажання повернути увагу до себе з метою вирішення своїх проблем, а також через невротичне суперництво.

Клініко - психологічні втручання в цілях реабілітації направлені на відновлення (збереження) особового і соціального статусу хворого.

Клініко - психологічні втручання в психопрофілактиці, профілактиці психосоматичних захворювань полягає у виявленні контингентів ризику і в розробці відповідних профілактичних заходів, роботі з особами, що мають різноманітні труднощі і проблеми психологічного характеру, кризовими особистісними і травматичними стресовими ситуаціями, з особами, несприятливими особистісними особливостями (низькою самооцінкою, високим рівнем тривоги, ригідністю, підвищеною чутливістю до стресу, низькою фрустраційною толерантністю).

Клінічна бесіда — метод здобуття інформації через усне опитування людини та проведення з нею терапевтичної бесіди під час надання психологічної допомоги.

Когнітивна імпульсивність — симптоми, що відбивають дезорганізованість, поспішне мислення та доцільність нагляду.

Комплекс неповноцінності — за А. Адлером, глибоке все проникаюче почуття власної неповноцінності в порівнянні з іншими людьми.

Компульсивна поведінка — поведінка або дія, що вживається для емоційної розрядки, важко контрольована особистістю.

Маніпулятивна поведінка — спосіб психологічного впливу на особистість або групу, завдяки якому маніпулятор непомітно для об'єкта маніпуляції підштовхує його до здійснення бажаних маніпулятором проявів активності.

Маніпулятор грає на слабостях адресата.

Маніпуляція — така психологічна дія, коли маніпулятор майстерно впроваджує в психіку адресата приховані цілі, бажання, наміри, що не співпадають з тими, які є у самого адресата; маніпуляція націлена на зміну напрямку активності іншої людини.

«Масова невротична тріада» – згідно В. Франклу, стан внутрішнього спустошення породжує депресію, наркоманію, агресію.

Методи клініко - психологічних інтервенцій — це психологічні засоби, які обирає психолог.

Методи корекційно-реабілітаційної роботи із соматичними хворими: когнітивна терапія; раціональна терапія; поведінкова терапія; бібліотерапія; сміхотерапія; сугестія; гіпноз та ін.

Місце реабілітації — заклад, де проходить реабілітація.

Молодіжна субкультура – це система норм і цінностей, що відрізняють групу підлітків від більшості спільнот.

Музикотерапія — це психотерапевтичний метод, що використовує музику як лікувальний засіб.

Мутизм — специфічна німота, яку характеризують як демонстровану нездатність до експресивної мови при збереженні мовного апарату.

Наркоманія — сильний, хворобливий потяг до наркотиків.

Неадаптивна поведінка (дезадаптація) — порушення пристосування дитини до навколишнього середовища.

Неблагополучні сім'ї - сім'ї з проблемними батьками, діти в таких сім'ях є небажаними, відчувають відсутність любові і тепла.

Неврастенія - невідповідність між рівнем домагань і внутрішніми ресурсами особистості.

Невроз — термін Фрейда для розладів, що характеризуються інтенсивною тривогою, пов'язаною з нездатністю захисних механізмів Его людини справитися з несвідомими конфліктами.

Невроз нав'язливих станів — розщеплювання особистості суперечливими внутрішніми тенденціями.

Невротик потенційний - це той, хто у загостреній формі пережив, в основному в дитячому досвіді, труднощі, обумовлені культурою.

Невротична депресія розвивається в силу різноманітних переживань, прикростей, що нашаровуються на індивідуально-психологічні особливості людини, шкалу її цінностей

Невротичний розлад формується в результаті порушення особо значимих життєвих відношень людини.

Негативізм – опозиційна форма поведінки, направлена зазвичай проти авторитету або керівництва; ця поведінка може наростати від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів та ін.

Негативна когнітивна тріада — негативне відношення до самого себе, до світу, до майбутнього.

Недостатність — наявність відносно важкого, тривалого, але такого, що принципово піддається реабілітації порушення (соматичного, розумового,

психічного), — яке суб'єктивне або об'єктивно утрудняє життя і може мати слідством поведінку з відхиленням.

Непряма агресія — дії, направлені обхідним шляхом на іншу особу або ні на кого не направлені.

Неформальні об'єднання молоді — відображають тенденцію до реалізації реакції групування тінейджерами.

Норми моральні і правові — писані і неписані — того, якою повинна бути поведінка людини.

Об'єкт реабілітації — людина, яка потребує на допомогу.

Паттерн поведінки з відхиленням — симптомокомплекс прояву девіантної поведінки.

Перекручена біологічна потреба — наприклад, потреба в алкоголі і наркотиках.

Перекручена пошукова активність — прояв неправильно орієнтованої пошукової активності.

Підліткова злочинність — хуліганство, брутальність й агресивність підлітків як своєрідна форма самозахисту від зазіхань на їх особистість з боку батьків, учителів, співробітників поліції.

Поведінка з відхиленням (девіантна) — поведінка, яка не відповідає нормам більшості людей.

Поведінкова імпульсивність — симптоми, що включають вигуки в класі або дії без урахування наслідків.

Протікання невротичної хвороби включає невротичну реакцію, гострий і затяжний невротизм і невротичний розвиток.

Психастеніки характеризуються порушенням поведінки гальмівного круга, що виявляється в боязкості і нерішучості, невмінні постояти за себе, беззахисності спільно з підвищеною емоційною чутливістю, схильністю «все близько приймати до серця», легко ображатися, плакати і турбуватися.

Психологічна реабілітація — система медичних, соціальних, психологічних заходів з надання допомоги людині з важким соматичним захворюванням, людям, які перенесли катастрофу та ін.

Психодіагностика — установлення психологічного діагнозу, опис стану об'єкта, в якому у різних відносинах можуть виступати окрема особистість, група чи організація; здійснюється на основі спеціальних методів.

Психокорекція — діяльність психолога з виправлення тих особливостей психічного розвитку, які, за прийнятою системою критеріїв, не відповідають «оптимальній» моделі.

Психологічна інтервенція — це психологічне втручання в особовий простір для стимулювання позитивних змін; мета інтервенції девіантної поведінки особистості полягає в ослабленні або усуненні тих форм її поведінки, які перешкоджають соціальній адаптації.

Психосоматози: гіпертонія, виразка шлунку, інфаркт міокарда, ревматоїдний артрит, нейродерміт

Психосоматичні порушення: псевдоневрологічні порушення, судинні порушення, серцеві порушення, псевдоревматизм, порушення дихання, абдомінальні синдроми, шкіряні прояви та ін.

Реабілітації завдання в соматичній клініці — допомога хворому вилікуватися або навчити жити з хворобою.

Реабілітації мета при різних соматичних захворюваннях — привести хворий організм у здоровий стан; звісно, що основною ознакою здоров'я є рівновага організму з оточуючим середовищем, яке виражається адекватністю реакцій дитини на вплив оточуючого середовища.

Реабілітація — зусилля, направлені на запобігання перетворенню хвороби або недостатності на стійке порушення особових, соціальних і професійних умов життя.

Реабілітація соматичних хворих може здійснюватися у психотерапевтичних кабінетах медико-санітарної частини промислового підприємства, стаціонарів кардіологічного, гастроентерологічного, пульмонологічного профілю, відділеннях Віл-інфекції, венерологічного стаціонару, а також психотерапевтичних кабінетах багатoproфільних лікарень; також в стаціонарних і напівстаціонарних психотерапевтичних відділеннях, зокрема спеціалізованих стаціонарних відділеннях для лікування неврозів.

Реабілітаційні заходи (послуги) — заходи (медичні, фізичні, психологічні та ін.), які надають об'єкту реабілітації суб'єкти реабілітації.

Реабілітаційна психологія — область формування здатності людини з обмеженими можливостями здоров'я використовувати свої особливості в якості основи особистісної і соціальної самореалізації.

Реабілітаційний ланцюжок включає стаціонарне лікування → працетерапію в клінічних умовах → проміжні форми перебування та лікування → підприємства для осіб з тими або іншими порушеннями.

Реабілітаційний план складається перед початком реабілітаційної роботи з клієнтом.

Реабілітаційних психологів діяльність визначається загальною, педагогічною і клінічною психологією, а також психологією розвитку, праці і соціальною психологією.

Реабілітаційної психології суть є складний елемент цілісного реабілітаційного комплексу, включає реабілітацію медичну, професійну, психосоціальну і психологічну.

Сленг — це розмовний варіант професійної мови; а також жаргонні слова або вирази, характерні для людей певних професій (художників, моряків) або певних прошарків суспільства.

Соматичних хворих типи бувають: «важкі» хворі, недовірливі хворі, депресивні хворі та ін.

Соматичні реакції на хвороби — фізіологічні реакції, що відбуваються в усіх системах організму людини:

Соматопсихологія вивчає особистість, діагностику, лікування, експертизу хворих на різні захворювання, які не відносяться до неврологічних і психічних; зокрема вивчаються хворі з психосоматичними розладами (приклад:

бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, екзема і ін.) – внутрішні захворювання, що виникли через психічні чинники.

Соціальне патрулювання - мобільна форма надання соціальних послуг відповідними фахівцями поза межами закладів для бездомних осіб і безпритульних дітей.

Соціальний паразитизм - це спосіб існування, що передбачає задоволення потреб однієї особи за рахунок інших, при цьому сама особа здатна задовольнити їх самостійно.

Соціотерапія — соціальна активність об'єкта реабілітації в лікарняному середовищі.

Соціофобія — соціальна тривога.

Суб'єкт реабілітації — одна або кілька осіб, що здійснюють реабілітацію.

Тренінг батьківської компетентності (ТРК) розрахований на батьків гіперактивної дитини.

Тренінг для гіперактивних дітей — корекційно - реабілітаційна робота з гіперактивними дітьми.

Фізична агресія — переважне використання фізичної сили проти іншої особи.

Ятрогенії — виникають в результаті неправильних дій лікаря, який зробив на клієнта ненавмисний вплив, що сприяє прояву несприятливих змін психічного стану, психогенних реакцій, виникненню неврозів.

Рекомендована література

основна:

1. Артеменко Т. Програма «Важковиховувані діти» / Т. Артеменко, Л. Хоменко // Психолог, 2005, № 4. – С. 8 – 13.
2. Блінов О.А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. Навчально-методичний посібник / О.А. Блінов.. – К. : НАУ, 2006. – 80 с.
3. Блінов О.А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум / О.А. Блінов. – К. : НАУ, 2013. – 80 с. 13
4. Блінов О. А. Функції та специфіка роботи практичного психолога: навч. посібник / О.А. Блінов, П.П. Криворучко, В.М. Марченко. – К. : КИМ, 2009. – 462 с.
5. Бохан Н.А. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение / Бохан Н.А., Воеводин И.В. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2016. – № 1. – С. 59–65.
6. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. / В.Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
7. Бутко К.М. Розлади адаптації та їх психотерапевтична корекція у осіб, які

- перенесли реконструктивно-відновлювальні операції на кисті / К.М. Бутко // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 2 (79).— С. 159–162.
8. Вітенко І.С. Медична психологія : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації / І.С. Вітенко. - К. : Здоров'я , 2007. - 208 с.
9. Волошин П.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова, І.В. Лінський //Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 105.
10. Волошин П.В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5 – 11.
11. Гузенко В.А. Психологічна діагностика : навчально-методичний посібник / В.А. Гузенко, Ю.В. Тодорцева; Одеський національний політехнічний університет. – Одеса : Букаєв В.В., 2013. – 267 с.
12. Депресія (легкий або помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом : адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України; Асоціація психіатрів України. – 2014. – 65 с.
13. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Г. Джудіт . – Львів, 2015. – 416с.
14. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. Методичні рекомендації / П.В. Волошин та ін. - Харків, 2014. - 80 с.
15. Загуровский В.М. Стресс и его последствия / В.М.Загуровский// Новости медицины и фармации (Интернет - видання для медичних та фармацевтичних працівників). –2015. – № 6 (535). – С. 12 – 16.
16. Закон Украины о реабилитации инвалидов в Украине [Ведомости Верховной Рады Украины (ВВР) 2006, №2-3, с. 36]
17. Золотарева Т.А. Медицинская реабилитация / Т.А. Золотарева, К.Д. Бабов.— К: КИМ, 2012.— 496 с.
18. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці - сімейній медицині [Текст] : навчальний посібник / Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк, В.В. Чугунов та ін. - 5-е вид., перероб. та доп. - Харків: ХМАПО, 2014. – 328 с.
19. Іваненко Б. Психосоматичний аспект функціонування психіки /Б. Іваненко // Психологічні перспективи – Вип. 13. – Луцьк: Вежа, 2009. – С. 151-158.
20. Кабарухин Б.В. Физическая реабилитация / Б.В. Кабарухин. — Ростов н/Д. : Феникс, 2012.— 475 с.
21. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учебное пособие / Р.В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – С. 70–71, 87–88.
22. Командна робота // Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів: Колесо, 2008. – С. 49-62.
23. Лютова Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия. Тренинг с

- агресивними дітьми. Тренінг з гіперактивними дітьми. Тренінг з тривожними дітьми. Тренінг з аутичними дітьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Мона — СПб.: Речь, 2006. — 190 с.
24. Малкина - Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина -Пых — М.: Эксмо, 2009. — 1024 с.
25. Малахов В.О. Лікувальна фізкультура при неврологічних захворюваннях / В.О. Малахов, Г.М. Кошелева, В.Ю. Петренко. — Суми : Вінниченко М. Д., 2014. — 176 с.
26. Маркова М.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М.В. Маркова, П.В. Козира // Медична психологія. — 2015. — №1 (37). — С. 8 — 13.
27. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб: метод. рек. / О. В. Галацан [та ін.].— Харків: Принт Квік, 2016. — 27 с.
28. Медична психологія: державний національний підручник / І.Д. Спіріна, І.С. Вітенко, О.К. Напресенко [та ін.]. — Дніпропетровськ : Ліра, 2012. — 442 с.
29. Медична психологія: навч. посібник / Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, А.І. Кондратюк, Л.В. Стукан. — 2-е вид. — Вінниця: Горбачук І.П., 2012. — 135 с.
30. Медична психологія : підручник / С.Д. Максименко, Я.В. Цехмістер, І.А. Коваль, К.С. Максименко ; за загальною ред. С.Д. Максименка. — 2-е вид. — К. : Слово, 2014. — 516 с.
31. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев [та ін.].— К.: Медицина, 2013.— 463 с.
32. Медична та соціальна реабілітація : навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. — Тернопіль : ТДМУ, 2005. — 402 с.
33. Менделевич В.Д. Психология больного // Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич — М.: Медпресс - информ, 2005. — С. 166-212.
34. Менделевич В.Д. Неврозы (этиопатогенез, клинические особенности) // Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс -информ, 2005. - С. 229-248.
35. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие /В.Д. Менделевич — СПб.: Речь, 2005. — 445 с.
36. Методичні вказівки для роботи психолога // Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.А. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук — К.: НДЦ ГПЗСУ, 2017. - С. 44-119)
37. Миронова С.П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності : підручник / С.П. Миронова. — Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. — 259 с.
38. Митник О.Я. Психологічне консультування: навчально-методичний посібник / О.Я. Митник. — К: Видавничий Дім «Слово», 2016. — 128с.
39. Михайлов Б.В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций / Б.В. Михайлов //Український вісник психоневрології. — 2015. — Т. 23, вип. 2 (83). — С. 71-75.
40. Мороз С.М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Архив психиатрии.— 2008.— Т. 14, № 2 (53).—

С. 4–8.

41. Мороз С. М. Этапность психолого-психотерапевтической помощи инвалидам в соответствии с индивидуальной программой реабилитации / Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2009.— № 2 (22).— С. 114–117.

42. Нейрореабилитация: сборник клинических лекций / В.А. Малахов, А.Н. Завгородняя, О.С. Балабуха, Н.А. Федоренко. — Харків: Степанов В.В., 2010. — 130 с.

43. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: Навч. посібник для студ. вищих навч. закл. / Вінницький соціально-економічний ін-т Ун-ту "Україна". / В.А. Оверчук — Вінниця : Міленіум, 2007. — 295с.

44. Основные методы экспериментально-психологического исследования психично больных / Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, Н.К. Агішева, Т.П. Даніленко / В кн.: Психіатрія: підручник для лікарів-інтернів та слухачів закладів післядипломної освіти / під ред. В.М. Козідубової та ін. — Харків: Оберіг, 2013. — С. 225 – 254.

45. Особенности организации работы клинического психолога в реабилитационных центрах (отделениях) психиатрической службы // Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер. 2007. — С. 777-798.

46. Пипа Л.В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Частина 1. / Л.В. Пипа, С.В. Римша, Р.В. Свістолиник, Ю.М. Лисиця // Здоровье ребенка. — 2014. — №6. — С. 92-99.

47. Покращення реабілітаційного простору в закладах соціального захисту дітей. Методичні матеріали для спеціалістів /Є.В. Дубравська, О. Грачова, М.К. Алексеєнко // ВГО «Жіночий консорціум України». — К.: ВДФ, 2009. — 40 с.

48. Посттравматичний стресовий розлад: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України; Асоціація психіатрів України; Всеукраїнське громадське об'єднання родин загиблих та безвісти зниклих, учасників антитерористичної операції, ветеранів війни та активістів волонтерського руху «Крила 8 сотні». — 2016. — 164 с.

49. Прикладна психологія службово-бойової діяльності сил охорони правопорядку [Текст] : підручник / І.І. Приходько, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова та ін. — Харків: Акад. ВВ МВС України, 2012. — С. 256–257.

50. Психологічна реабілітація: навчальний посібник для викладачів і магістрантів спеціальності „Психологія” / Укладач: Єгорова О.Б. — Слов'янськ: СДПУ, 2005. — 23 с.

51. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.А. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук — К.: НДЦ ГПЗСУ, 2017. - 282 с.

52. Психологічна служба : Підруч. / [В.Г.Панок (наук. ред.), А.Г.Обухівська, В.Д.Острова та ін.]. — Київ : Ніка-Центр, 2016. — 362 с.

53. Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги: (ХІ Платонівські читання): Матеріали наук.-практ.

- конференції, присвяч. 85-річчю ХМАПО, 145-річчю санат. "Березовські мін. води", 17-18 квітня 2008р.; АМН України; АНВО України ; ХМАПО. – Харків, 2008. - 169 с.
- 54.Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів: Колесо, 2008. - 144 с.
- 55.Реабілітація дітей с порушенням рухової діяльності // Психолог. – 2005. - №37-38, жовтень. – С. 52-57
- 56.Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / За ред. К.Д. Бабова, І.Я. Пінчук, В.В. Стеблюка. — Одеса: ОНУ, 2015. — 240 с.
- 57.Романишин А.М. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах / А.М. Романишин, О.В. Бойко. – Львів, 2014. – 121 с.
- 58.Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, Е.И. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
- 59.Рыбников В.Ю. Организационно-методологические основы системы психологической реабилитации в контексте концепции «Внутренней картины инвалидности» / В.Ю. Рыбников, Е.В. Морозова // Российский психологический журнал. – 2016. – Том 13, № 1. – С. 125–146.
- 60.Сиротюк А.В. Работа з девіантними підлітками / А.В. Сиротюк // Психолог, 2005. - №18. – С. 8 - 9.
- 61.Сметанина Н.В. Реабилитационные программы для детей с ограниченными возможностями // Вестник психосоциальной и коррекционно – реабилитационной работы. – М., 2007. – С. 72-76.
- 62.Соціально – педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубравська, О.В. Залеська та ін. – К.: МЖПЦ «Ла Страда Україна», 2014. – 84 с.
- 63.Сыропятов О.Г. Клиническая феноменология психосоматики : пособие для врачей и психологов / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская. – К. : Полиграф плюс, 2016. – 93 с.
- 64.Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб.; за ред. К.Д. Бабова [та ін.].— К.: Калита, 2014.— 92 с.
65. Теорія і практика медичної реабілітації / М.І. Хвисьюк, О.М. Хвисьюк, В.Г. Марченко [та ін.]. — Харків: Майдан, 2012. — 360 с.
- 66.Титаренко Т.М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичний подій: Збірник статей. – К.: Соціально - психологічний методичний реабілітаційний центр, 2015. - С. 3 – 7.
- 67.Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. – Вінниця : Віндрук, 2014. – 100 с.
- 68.Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у таборі. К., 2017 // <http://www.psy.ft.inc.ru>
- 69.Фурманов И.А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И.А. Фурманов. – СПб.: Речь, 2007. – 480 с.
- 70.Хухлаев О.Е. Обычная работа в необычных условиях: психологическое

консультирование, осложненное травматическим стрессом / О.Е. Хухлаев. – М.: МГППУ, 2006. – 128 с.

71. Шевченко Н.Ф. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим / Н.Ф. Шевченко // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. - № 4. – С. 17 – 29.

72. Шевчук В. Медико-соціальні пазли для інвалідів // В. Шевчук. — Ваше здоров'я. — 2015. — №31-32. — С. 12-13.

73. Шестопалова Л.Ф. Доверие в отношениях врача и пациента : монография / Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко ; Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина. – Харьков : ХНУ имени В.Н. Каразина, 2014. – 131 с.

допоміжна:

1. Алгоритм повідомлення діагнозу та «несприятливих» новин в клініці дитячої онкології. Методичні рекомендації / М.В. Маркова, О.В. Піонтковська, І.Р. Мухаровська. – Харків, 2013. – 26 с.

2. Актуальные проблемы неврологии и нейрореабилитации : сборник научных работ / Под общ. ред. проф. В.А. Малахова. — Харків: Апостроф, 2012. — 166 с.

3. Бадмаев С.А. Установление контакта с девиантными детьми // Психокоррекция отклоняющегося поведения школьников / С.А. Бадмаев – М., 1999. – С. 251-261.

4. Барышникова Н. «Восхождение» - программа реабилитации так называемых «трудных» // Директор школы. - 1998. - № 7. - С. 9-16.

5. Беличева С.А. Специализированные подростковые клубы как институт ресоциализации "трудных" подростков / С.А. Беличева // Психологический журнал - 1984. - № 6.

6. Бенеш Г. Психологія: dtv – Атлас: Довідник: Пер. з нім. / Г. Бенеш – К.: Знання – Прес, 2007. – С. 370-409.

7. Варга А.Я. Время после трагедии / А.Я. Варга, Е. С. Жорняк // Московский психотерапевтический журнал. – 2005. – №1. – С. 124–140.

8. Голев С.В. Реабилитационная психология как научное направление в психологии, 2010 // Studmed.ru

9. Гордон Д. Секреты психотерапии Милтона Эриксона / Д. Гордон, М. Майерс - Андерсон. – М.: Независимая ассоциация психологов-практиков, 1997. – 168 с.

10. Горностай П.П. Психологічні основи рольової реабілітації / Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ століття : Наук.-метод. зб. У 2-х ч.: 4.1 - К.: ІЗМН, 1998.-С.149-154).

11. Єгорова О.Б. Проблеми психології важковиховуваних підлітків. Навчальний посібник / Єгорова О.Б., А.Е. Мелоян. – Слов'янськ: Вид-во Б.І. Маторіна, 2018. – 147 с.

12. Задачи патопсихолога в работе по реабилитации психически больных // Клиническая психология: Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. 2007. - С. 429-438.

- 13.Зарецька Н., Голик В. Реформа реабілітації в Україні не повинна залишитись інвалідом // Дзеркало тижня України. – 4 червня 2016 р. <http://www.zn.ua>
- 14.Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. /А.И. Захаров – Л.: Медицина, 1988. – 248 с.
- 15.Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие / Е.В. Змановская – М.: Академия, 2004. - 288 с.
- 16.Кабанов М.М. Подготовка медицинских психологов и пути организации медико - психологической работы в учреждениях здравоохранения // Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, Р.А. Зачепиский – Л.: Медицина, 1983. – С. 282-298.
- 17.Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. – СПб.: Питер, 2006. – С. 300–301.
- 18.Козлов В.В. Социальная и психологическая работа с кризисной личностью. Методическое пособие. – М., 2001. – 228 с.
- 19.Коренев М.М. Медико-психологічні та соціальні проблеми дітей - сиріт / М.М. Коренев, І.С. Лебедець. – К., 2003. - 239 с.
- 20.Коцур Н.І. Психогігієна: Навчальний посібник / Н.І. Коцур, Л.С. Гармаш - Чернівці: Книги - ХХІ, 2006. - 380 с.
- 21.Кризова психологія: Навч. посіб. : 2-е вид. / За заг. ред. проф. О.В. Тимченка. – Харків: КП «Міська друкарня», 2013. – 380 с.
- 22.Лемещук Р.В. Динаміка соціальних страхів сучасних підлітків / Р.В. Лемещук // Практична психологія та соціальна робота. - 2006. -№12. - С.34- 44.
- 23.Малкина - Пых И.Г. Психотерапия при психосоматических заболеваниях // Психосоматика / И.Г. Малкина - Пых – М.: Эксмо, 2009. – С. 167-207
- 24.Манова - Томова В.С. Психолого-педагогическая реабилитация детей с соматическими хроническими заболеваниями // Манова - Томова В.С., Пирьев Г.Д. Пенушлиева Р.Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. - София: Медицина, 1981. – С. 93-112.
- 25.Марута Н.О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н.О. Марута., М.В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 21-28.
- 26.Матвійчук О.С. Психокорекційний тренінг як засіб профілактики девіантної поведінки підлітків //Практична психологія та соціальна робота. - 1997. - жовтень. - С.23-26; -1998. № 1. - С.20-23; - № 2. - С.16-17.
- 27.Медицинская реабилитация: учеб. для студентов и врачей; под общ. ред. В.Н. Сокрута, Н.И. Яблучанского.— Славянск: Ваш имидж, 2015.— 620 с.
- 28.Менделевич В.Д. Психология лечебного взаимодействия // Клиническая и медицинская психология /В.Д. Менделевич – М.: Медпресс- информ, 2005. – С. 212-229.
- 29.Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин. // Практична психологія та соціальна робота. - №8. - 2002. – С. 20-31
- 30.М'ясоїд П.А. Психологічне пізнання: історія, логіка, психологія / П.А. М'ясоїд - К.: Либідь, 2016. – 560 с.

31. Некоторые проблемы отдельных целевых групп реабилитации // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманн. – СПб.: Питер, 2002. – С. 618 -628.
32. Немкова С. Реабілітація дітей-інвалідів /С. Немкова // Психолог. – 2002. - №14. - квітень. – С. 27-28.
33. Общественная интеграция лиц с физической недостаточностью и нарушениями органов чувств // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманн. - СПб.: Питер, 2002. - С. 628- 631.
34. Основи медичної психології : навчально-методичний посібник / В.М. Ждан, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська [та ін.]. – Полтава : АСМІ, 2014. – 257 с.
35. Освітні основи реабілітології : монографія / А.Г. Шевцов. К. : МП Леся, 2009. – 483 с.
36. Основы психологического воздействия в клинике. Психологическое сопровождение. // Клиническая психология: Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. 2007. - С. 565-746.
37. Основы психосоматики // Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – С. 476-512.
38. Пивоварник І.М. Проект соціально-психологічної роботи з сучасними неформальними молодіжними субкультурами / І.М. Пивоварник, К.В. Буракова // Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. Частина 1. – Херсон: П.П. Вишемирський В.С., 2008. – С. 308-313.
39. Подмазін С.І. Комплексна реабілітація дитини, що має хронічні захворювання, в умовах середнього загальноосвітнього закладу // Подмазін С.І., Сироватко О.М. Реабілітаційна робота соціально-психологічної служби системи освіти: Науково-методичні рекомендації / Під ред. С.І. Подмазіна. - Запоріжжя: Прем'єр, 2002. – С. 28-35.
40. Подмазін С.І. Реабілітаційна робота соціально-психологічної служби системи освіти: Науково-методичні рекомендації / Під ред. С.І. Подмазіна. / С.І. Подмазін, О.М. Сироватко. - Запоріжжя: Прем'єр, 2002. - 60 с.
41. Процессы совладания с болезнью у хронических соматических больных // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002. - С. 621- 625.
42. Психологические аспекты реабилитации // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002. - С. 611- 633.
43. Психологічні чинники емоційного вигорання у працівників реабілітаційного центру: магістерська робота [К.Ю. Переверзева]. - Слов'янськ: СДПУ, 2011. – 97 с.
44. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / Під кер. В.Б. Шапаря. – Харків: Прапор, 2009. - 672 с.
45. Психологическое сопровождение диагностического и терапевтического процесса // Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. 2007. – С. 695 - 746.
46. Психология отклоняющегося поведения // Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. 2007. – С. 535-564.
47. Рекурентні депресивні розлади : адаптована клінічна настанова, заснована

- на доказах / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України; Асоціація психіатрів України. – 2014. – 457 с.
48. Ремшмидт Х. Реабілітація // Детская и подростковая психиатрия /Х. Ремшмидт – М.: ЭКСМО, 2001. – С. 544 – 552.
49. Роде - Дахсер Х. Неврозы и личностные расстройства /Х. Роде - Дахсер // Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер и др. – М.: Алетейа, 1999. – С. 90—116
50. Роль сімейного лікаря у вирішенні медичних і соціальних проблем пацієнтів з інтелектуальною недостатністю: навчально-методичний посібник / С.О. Величко, Т.В. Веселова, І.С. Вітенко [та ін.]; за ред. Л.Ф. Матюхи, І.С. Вітенка, Н.Г. Гойди [та ін.]; Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Харківська медична академія післядипломної освіти, Асоціація сімейних лікарів м. Києва та області [та ін.]. – Суми: Університетська книга, 2013. – 175 с.
51. Селье Г. Стресс без дистресса. /Г. Селье – М.: Прогресс, 1979. – 240 с.
52. Сидоров П.И. Вопросы психотерапии и психопрофилактики суицидального поведения // П.И. Сидоров, А.В. Парняков // Введение в клиническую психологию: Т. 2. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 290-293.
53. Сидоров П.И. Психосоматический подход в медицине, психологические аспекты диагностики и терапии психосоматических заболеваний / П.И. Сидоров, А.В. Парняков // Введение в клиническую психологию: Т. 2. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 241-248.
54. Современный психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко В.П. – СПб: ПРАЙМ - ЕВРОЗНАК, 2007. – 633 с.
55. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми трудових мігрантів: Навч. - метод. посібник. / За редакцією К.Б. Льовченко, І.М. Трубавіної, І.І. Цушка. – К.: ФОП Купріянова, 2007. – 240 с.
56. Специальные психотерапевтические показания для психосоматических пациентов // Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Глушанского. – М.: Алетейа, 1999. – С. 142-159.
57. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). /А.С. Спиваковская – М.: МГУ, 1988. – 200 с.
58. Стресс и копинг как факторы влияния // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – С 358-387.
59. Сучасний словник іншомовних слів / укладач Нечволод Л.І. - Харків: ТОРСІНГ ПЛЮС, 2007. - 768 с.
60. Сучасний тлумачний словник української мови: 60 000 слів / За заг. ред. д-ра філолог. наук, проф. В.В. Дубічинського. – Харків: ВД «ШКОЛА», 2007. – 832 с.
61. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
62. Терлецька Лариса Г. Психологія зрілості: практикум: Навч. посіб./ Л. Терлецька — К.: Главник, 2006. — 144 с.
63. Тестові завдання з курсу «Психологічна реабілітація»: посібник для

- викладачів і магістрантів спеціальності 8.040101 «психологія» / Укладачі: О.Б. Єгорова, С.В. Маковецька. – Слов'янськ: СДПУ, 2005. – 23 с.
64. Титаренко Т.М. Психологічна підтримка, допомога, реабілітація // Життєва криза очима психолога / Т.М. Титаренко. – К., 2014. .
65. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. /К. Хорни – СПб.: Лань, 1997. – 316 с.
66. Швидко А. МОЗ анонсує реабілітаційну медицину в Україні / Радіо Свобода – 21 липня 2018 р [http://www.RFE/RL - Top.Stories\[RSS\]](http://www.RFE/RL - Top.Stories[RSS])
67. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л.Б. Шнейдер. – М.: Академический проект, 2005.- 336 с.
68. Щербакова А.М. Психологическая реабилитация / А.М. Щербакова. – М.: МГППУ, 2009.
69. Яновська Л.В. Динаміка здатності до життєтворчості у дорослому віці: _ авт-т дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук 19.00.07. - педагогічна і вікова психологія / Л.В. Яновська. – Одеса.: ПДПУ, 2006. – 18 с.