

deny the existence of victimological qualities that really is not true. Above all 30% samples have already formed the index of realized victimity ($p \leq 0,05$) and they did not wish to communicate as to their emotional isolation' status in their family. Therefore, we investigated intelligence, different coping and cognitive emotion regulation strategies as a reducing victim cognitive-, emotion-, behavior factors.

3. One research benefit is that the high social intelligence as a psychological factor promotes social "effectiveness" when autoowners as victims of crime are going through the loss of a high valued possession and crime victim's victimization. Then they strive to use "problem-oriented coping strategies" (the higher the social intelligence level is, the more reliable is the usage of "work with the problem" strategies and vice versa the lower the social intelligence is, the more reliable is the "work with the attitude toward a problem" or escape-avoidance strategies. One more benefit is that there can be not only more Ukrainian police patrolling the street but more competitive Ukrainian policemen who do all detective actions as to car theft' criminals but also many consulting psychologists who help to reduce the victim behavior features and start to work with the crime theft victims' autoowners for subjective well-being.

References

- Bantisheva, O. O. (2014). *Osnovni pidhodi do doslidzhennja problemi shil'nosti osobistosti do viktimnoi povedinki*, ATOPOL, Kyiv.
- Hughes, M. (2009). *Handbook for developing emotional and social intelligence. Best practices, case studies, and strategies*, San Francisco.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E.J. de, Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, No 32, P. 185–193.

УДК 159.97

В. В. Корнієнко

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара
viktoria_korn@ukr.net

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ КОМУНІКАЦІЙ ЯК СКЛАДОВІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анотація. Розглянуто й обґрунтовано актуальність проблеми існування впливу соціального функціонування та міжособистісних комунікацій на формування психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними порушеннями. Встановлено, що соціальне функціонування, особливості міжособистісних і сімейних комунікацій, життєвої задоволеності та специфіка ціннісно-мотиваційної сфери є вагомими компонентами, які визначають психологічний реабілітаційний потенціал пацієнтів із депресивними розладами.

Ключові слова: соціальне функціонування, міжособистісна комунікація, психологічний реабілітаційний потенціал, депресивні порушення.

Аннотация. Определены сферы наибольшей травматизации и неудовлетворенности у пациентов с депрессивными нарушениями различного генеза. Установлено, что социальное функционирование, особенности межличностных и семейных коммуникаций, жизненной удовлетворенности и специфика ценностно-мотивационной сферы являются важными компонентами, которые определяют психологический реабилитационный потенциал пациентов с депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: социальное функционирование, межличностная коммуникация, психологический реабилитационный потенциал, депрессивные нарушения.

Постановка проблеми. Наукова проблема полягає в тому, що в дослідженнях особистості, хворої на депресивний розлад, дотепер не існує чіткого виділення психологічних ознак, які б суттєво впливали на адаптацію хворого до активного психосоціального життя. Рання ж медико-психологічна діагностика депресії і своєчасний початок лікування не тільки істотно покращать результати терапевтичного втручання та перешкоджатимуть хроніфікації патологічного процесу, а й дадуть можливість визначити ресурси особистості для реалізації як психологічної, так і комплексної медико-соціальної реабілітації такого контингенту хворих.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. З огляду на актуальність наукової проблеми, велика кількість фахівців звертались до визначення ознак, які формують адаптивні механізми хворих на депресивні розлади. Так, вітчизняними та зарубіжними науковцями вивчалися механізми саморегуляції психічної діяльності в нормі і патології, ресурси організму людини та її особистості для успішного подолання наслідків захворювання (Gavrilenkova S., 2015; Takhtashova D., 2014); етіологія депресивних розладів (Вассерман Л., 2013; Коваль І., 2015; Зеленська К., 2017); здійснювалось виокремлення критеріїв оцінки важкості депресивного стану (Шевченко Н., 2018); організація стилів міжособистісної комунікації (Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д., 2000); захисні механізми і копінг-ресурси особистості та їх роль у формуванні патернів поведінки для більш активної протидії стресу (Ісаєва Ю., 2009; Прибутков А., 2016; Тхостов А., 2018); процес адаптації (Binnabi D., 2015; Налчаджан А., 2010) та психологічний потенціал особистості (Халак М., 2012).

Метою цієї роботи є аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей впливу соціального функціонування та міжособистісних комунікацій на формування психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними порушеннями.

Виклад основного матеріалу дослідження. Інтерес до проблеми психічного здоров'я як у світовому масштабі, так і в масштабі України є досить високим з причини зростаючого економічного, політичного, психологічного та матеріального навантаження на суспільство.

На думку Б. Михайлова, Н. Марути, С. Табачнікова, В. Кришталя та О. Сердюк (2004), нові ефективні методи діагностики та лікування, на жаль, не зменшують кількості хворих на депресивні розлади у світі. За даними ВООЗ, поширеність депресивних розладів повсюди тільки зростає.

Одними з найбільш характерних ознак депресивних розладів різного генезу є стилі взаємодії з навколишніми людьми, їх інтерес до життя, тому що дефіцит міжособистісного функціонування та спілкування знижує психосоціальну активність хворого та впливає на формування психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними порушеннями.

Дослідження соціального функціонування та міжособистісних комунікацій пацієнтів із депресивними розладами проводилося на базі психоневрологічного диспансеру Спеціалізованої багатoproфільної лікарні № 1 м. Дніпро. Дослідницьку вибірку становлять 354 особи, з яких 270 – хворі на депресивні розлади (91 – з невротичними депресивними розладами, 86 – із органічними депресивними розладами, 93 – з ендogenous депресивними розладами) та 84 – особи із загальної популяції населення (здорові).

Психодіагностичний інструментарій дослідження склали: *опитувальник* I. Karler (I. Karler, 2004), спрямований на вивчення ступеня задоволеності своїм соціальним функціонуванням у різних сферах у пацієнтів із депресивними розладами різного генезу; *методика життєвої задоволеності* (ІЖЗ) в адаптації Н.В. Паніної (Духновський С.В., 2010), призначена для оцінки інтересу хворих на депресію до життя, загального фону настрою; *опитувальник «Міжособистісні відносини»* (В.А. Абабков, Г.Л. Ісуріна, 2007) для виявлення основних стилів взаємодії з оточенням; методика *«Шкала сімейного оточення» (ШСО)* (Мус Р.Х., адаптація Купріянова С.Ю., 1985), призначена для оцінки соціального клімату в сім'ї; математично-статистичні методи обробки даних здійснювалися на базі пакета статистичних програм IBM SPSS-20 (критерій Фішера, t-критерій Стюдента).

Розглянемо результати дослідження феноменів, які характеризуватимуть особливості соціального функціонування пацієнтів із депресивними розладами відповідно до генезу захворювання в різних сферах їх існування.

Для вивчення особливостей соціального функціонування пацієнтів із депресивними порушеннями різного генезу був використаний опитувальник I. Karler, результати якого дали змогу визначити сфери функціонування з найбільшою травматизацією та незадоволеністю в цієї категорії хворих.

Так, було встановлено, що пацієнти з *невротичною* депресією були незадоволені стосунками між подружжям ($58,65 \pm 13,47\%$), із родичами ($52,76 \pm 11,63\%$), а також відчували недостатню задоволеність професійною та соціальною сферами ($44,68 \pm 10,31\%$ та $42,62 \pm 10,12\%$ відповідно). Пацієнти з *органічною* депресією відзначали незадоволеність, насамперед, професійною сферою ($43,07 \pm 10,05\%$), а також подружніми стосунками ($42,13 \pm 9,89\%$). Хворі на *ендогенні* депресії були невдоволені, насамперед, стосунками з родичами ($48,09 \pm 12,08\%$), а також соціальною сферою функціонування ($42,11 \pm 9,67\%$) та подружніми стосунками ($40,38 \pm 8,77\%$).

В осіб без психічних розладів рівень незадоволеності сферами соціального функціонування був нижчим за середній: невдоволеність

подружніми стосунками становила 32,96%, стосунками з родичами – 34,78%, професійною діяльністю – 32,33% та соціальною сферою – 34,09%.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що загальний рівень незадоволеності соціальним функціонуванням був вищим у пацієнтів із *невротичними* депресіями, ніж із *органічними* та *ендогенними* депресіями ($t=3,456$, $p<0,01$ та $t=2,872$, $p<0,025$ відповідно). Незадоволеність професійною сферою відрізняла пацієнтів із *невротичними* та *органічними* депресіями від хворих на *ендогенні* депресії ($t=3,214$, $p<0,01$ та $t=2,351$, $p<0,025$ відповідно) та осіб без психічних розладів ($t=4,761$, $p<0,0001$ та $t=3,612$, $p<0,01$ відповідно). Також було встановлено, що незадоволеність подружніми стосунками відрізняла пацієнтів із депресивними порушеннями від здорових осіб ($p<0,05$), та була більш визначена в якості психічної травматизації у пацієнтів з *невротичною* депресією порівняно з пацієнтами, хворими на *органічні* та *ендогенні* депресії ($t=6,341$, $p<0,0001$ та $t=7,523$, $p<0,0001$ відповідно).

Особливості психічної травматизації у професійній сфері у пацієнтів із *невротичними* депресіями відрізнялись від інших досліджуваних переважанням напруженості стосунків із керівництвом ($p<0,0001$) та колегами ($p<0,05$), а також труднощами, пов'язаними з невідповідністю роботи професійним інтересам ($p<0,001$). Пацієнти з *органічними* депресіями відрізнялись від інших переживанням невідповідності роботи професії ($p<0,05$) та професійній кваліфікації ($p<0,05$), а також незадоволенням монотонністю праці ($p<0,025$) та її перенавантаженістю ($p<0,01$). У пацієнтів із *невротичною* депресією та здорових осіб найбільш травматичним було недостатнє визнання ($t=2,812$, $p<0,01$ та $t=2,364$, $p<0,025$ відповідно) порівняно з хворими на *ендогенні* та *органічні* депресії, для яких більш травматичною у психічному сенсі була монотонність роботи ($t=2,213$, $p<0,05$ та $t=2,159$, $p<0,05$ відповідно).

У результаті проведення статистичного аналізу соціальних факторів психічної травматизації було встановлено, що пацієнти з *невротичними* депресіями відрізнялись від хворих на *органічні* та *ендогенні* депресії більшою невідповідністю у світоглядних позиціях ($t=2,465$, $p<0,01$ та $t=2,213$, $p<0,05$ відповідно). Пацієнти з *ендогенними* депресіями відрізнялись від хворих на *невротичні*, *органічні* депресії та осіб без психічних розладів більшою невідповідністю моральних настанов оточення ($t=2,342$, $p<0,01$, $t=2,251$, $p<0,05$ та $t=2,198$, $p<0,05$ відповідно). Показовим фактором психічної травматизації серед пацієнтів з *органічними* депресіями була відсутність суспільної активності порівняно з хворими на *невротичну* депресію та особами без психічних розладів ($t=2,217$, $p<0,05$ та $t=2,623$, $p<0,025$ відповідно).

З метою розуміння особливостей задоволеності різними сферами життя пацієнтів, оцінки рівня їх психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптованості було використано тест «Індекс життєвої задоволеності» в адаптації Н. В. Паніної, який показав, що кількість осіб із високим рівнем життєвої задоволеності була більшою серед пацієнтів з

органічними та *невротичними* депресіями ($p < 0,021$, $DK = 2,94$, $MI = 0,17$ та $p < 0,05$, $DK = 2,47$, $MI = 0,11$ відповідно) порівняно з пацієнтами, хворими на *ендогенні* депресії; при цьому переважають пацієнти з низьким рівнем ($p < 0,001$, $DK = 2,58$, $MI = 0,28$ та $p < 0,023$, $DK = 1,39$, $MI = 0,09$ відповідно). Схожа тенденція спостерігалася і за показниками «інтерес до життя» та «загальний фон настрою»: високий рівень їх прояву був вищим у пацієнтів із *невротичною* ($p < 0,01$, $DK = 3,34$, $MI = 0,19$ та $p < 0,01$, $DK = 3,85$, $MI = 0,24$ відповідно) та *органічною* ($p < 0,027$, $DK = 3,10$, $MI = 0,16$ та $p < 0,01$, $DK = 4,10$, $MI = 0,28$ відповідно) депресіями, а низький – з *ендогенною* ($p < 0,025$, $DK = 1,39$, $MI = 0,09$; $p < 0,004$, $DK = 2,00$, $MI = 0,19$; $p < 0,0001$, $DK = 2,69$, $MI = 0,38$ та $p < 0,01$, $DK = 1,47$, $MI = 0,11$ відповідно). Було також встановлено, що кількість пацієнтів із високим рівнем послідовності в досягненні цілей була більшою серед осіб із *невротичною* депресією порівняно з хворими на *ендогенні* депресії ($p < 0,03$, $DK = 2,38$, $MI = 0,12$), де було більше пацієнтів із низьким рівнем ($p < 0,03$, $DK = 1,27$, $MI = 0,07$) та хворими на *органічні* депресії, серед яких переважали пацієнти з середнім рівнем послідовності досягнення цілей ($p < 0,01$, $DK = 1,77$, $MI = 0,15$). Тобто віра у вирішення проблем була більшою у пацієнтів із *невротичною* депресією та меншою – у пацієнтів з *ендогенною* депресією. Інша ситуація спостерігалась за шкалою «узгодженість між цілями та досягненнями»: найбільш низькі показники за тут продемонстрували пацієнти з *невротичними* депресіями порівняно з пацієнтами з *органічними* депресіями, причому переважав середній та високий рівень ($p < 0,05$, $DK = 1,10$, $MI = 0,06$ та $p < 0,0001$, $DK = 3,70$, $MI = 0,38$ відповідно) та з хворими на *ендогенні* депресії, при яких кількість осіб із низьким рівнем узгодженості була меншою, ніж при *невротичних* депресіях ($p < 0,025$, $DK = 1,25$, $MI = 0,08$). Пацієнти з *ендогенними* депресіями відрізнялись низьким рівнем самооцінки порівняно з хворими на *невротичні* та *органічні* депресії ($p < 0,0001$, $DK = 6,01$, $MI = 1,28$ та $p < 0,0001$, $DK = 4,12$, $MI = 0,72$ відповідно), серед яких було більше пацієнтів із середнім ($p < 0,005$, $DK = 1,90$, $MI = 0,17$ та $p < 0,001$, $DK = 2,33$, $MI = 0,28$ відповідно) та високим ($p < 0,003$, $DK = 4,17$, $MI = 0,33$ та $p < 0,01$, $DK = 3,35$, $MI = 0,19$ відповідно) рівнями позитивної оцінки себе.

Також було проведено аналіз особистісних проблем у пацієнтів із депресивними порушеннями різного генезу за тестом «Методика для дослідження особистісних стосунків», яка була інструментом для індивідуальної діагностики особистісної проблематики. Аналіз результатів показав загальний індекс особистісних проблем, пов'язаний з міжособистісними стосунками, який у пацієнтів із *невротичними* депресіями становив 164,45 балів, із *органічними* – 117,28 балів, з *ендогенними* – 174,70 балів, а в осіб без психічних розладів він складав 113,86 балів.

Статистичний аналіз результатів дав змогу довести, що пацієнти з *невротичними* та *ендогенними* депресіями характеризувались більшою вираженістю особистісної проблематики, ніж особи з *органічними* депресіями ($t = 19,165$, $p < 0,0001$ та $t = 30,285$, $p < 0,0001$ відповідно) та здорові особи ($t = 19,286$, $p < 0,0001$ та $t = 29,189$, $p < 0,0001$ відповідно).

Для розуміння особливостей міжособистісних комунікацій та встановлення їх впливу на ПРП (психологічний реабілітаційний потенціал) у пацієнтів із депресивною симптоматикою різного генезу було проаналізовано стосунки в сім'ї як найбільш референтну зону соціального оточення. З цією метою використано методику «Шкала сімейного оточення». Першим етапом аналізу було визначення особливостей стосунків між членами родини, які були характерні для пацієнтів із депресивними порушеннями. Такі шкали методики як «згуртованість», «експресивність» та «конфлікт» описували особливості взаємин між членами родини. Так, у хворих на *невротичну* депресію переважав знижений та середній рівень прояву показників згуртованості ($26,37 \pm 2,51\%$ та $29,67 \pm 2,76\%$ відповідно), експресивності ($26,37 \pm 2,51\%$ та $35,16 \pm 3,15\%$ відповідно) та конфліктності ($28,57 \pm 2,68\%$ та $31,87 \pm 2,92\%$ відповідно), що вказувало на знижене відчуття належності до родини, труднощі з відкритим проявом емоцій та почуттів, особливо гніву та агресії.

У пацієнтів із *органічною* депресією в більшості випадків визначався середній та підвищений рівень турботи про членів родини ($37,21 \pm 3,47\%$ та $32,56 \pm 3,15\%$ відповідно), середній та підвищений рівень експресивності, що виражався в дозволі виражати почуття ($44,19 \pm 3,88\%$ та $26,74 \pm 2,69\%$ відповідно), а також підвищений та середній рівень можливості проявляти агресію до членів родини ($36,05 \pm 3,39\%$ та $30,23 \pm 2,97\%$ відповідно). У пацієнтів з *ендогенною* депресією визначалось переважання зниженого та середнього рівнів згуртованості ($24,73 \pm 2,33\%$ та $29,03 \pm 2,66\%$ відповідно), експресивності ($31,18 \pm 2,81\%$ та $24,73 \pm 2,33\%$ відповідно) і конфліктності ($29,03 \pm 2,66\%$ та $23,66 \pm 2,25\%$ відповідно) що, як і у хворих з *невротичними* депресіями, свідчило про недостатнє відчуття єдності в родині, а також труднощі з висловлюванням почуттів, особливо негативного спектра. В осіб без психічних розладів у більшості випадків спостерігалось переважання середнього та підвищеного рівня відчуття згуртованості та належності родині ($27,38 \pm 2,81\%$ та $40,48 \pm 3,76\%$ відповідно), можливості до спонтанного вираження емоцій та дій ($34,52 \pm 3,37\%$ та $29,76 \pm 3,01\%$ відповідно), а також можливості відкритої конфронтації ($45,24 \pm 4,03\%$ та $33,33 \pm 3,28\%$ відповідно).

Статистичний аналіз результатів дослідження продемонстрував вірогідні розбіжності між результатами у пацієнтів із депресивними порушеннями та здоровими особами, що полягали в переважанні низького та зниженого рівнів прояву згуртованості родини у пацієнтів із *невротичною* ($p < 0,001$, ДК=8,68, МІ=0,66; $p < 0,01$, ДК=3,45, МІ=0,25) та *ендогенною* ($p < 0,00025$, ДК=9,10, МІ=0,77; $p < 0,01$, ДК=3,18, МІ=0,20) депресією, водночас як серед здорових осіб було виявлено більшу кількість осіб із підвищеним рівнем прояву згуртованості (порівняно з пацієнтами, хворими на *невротичні* та *ендогенні* депресії) ($p < 0,0001$, ДК=4,52, МІ=0,59; $p < 0,0001$, ДК=4,00, МІ=0,49) та високим рівнем порівняно з хворими на *органічну* депресію ($p < 0,01$, ДК=4,87, МІ=0,29).

За показником конфліктності спостерігалась така тенденція: більша кількість пацієнтів із низьким рівнем прояву конфліктності відрізняла хворих

на *невротичні* та *ендогенні* депресії від осіб без психічних розладів ($p < 0,04$, $DK=2,06$, $MI=0,10$ та $p < 0,003$, $DK=4,25$, $MI=0,33$ відповідно), з підвищеним рівнем – пацієнтів з *органічною* депресією ($p < 0,01$, $DK=2,51$, $MI=0,20$), водночас особи без психічних розладів відрізнялись переважанням середнього рівня ($p < 0,025$, $DK=1,52$, $MI=0,10$; $p < 0,001$, $DK=2,82$, $MI=0,30$ та $p < 0,01$, $DK=1,75$, $MI=0,13$ відповідно). Тобто можна зауважити, що для пацієнтів із *невротичними* та *ендогенними* депресіями у стосунках в родині було характерне відчуття недостатньої близькості, відсутність спонтанності у вираженні емоцій та наявність заблокованих негативних емоцій відносно членів родини, а здорові особи були більш спонтанні у вираженні власних почуттів, відчували близькість між членами родини та надавали змогу виходити негативним емоціям щодо членів родини у вигляді конфліктів. При цьому було встановлено, що пацієнти з *органічними* депресіями більш готові були активно виражати власну агресію та гнів, ніж особи без психічних розладів.

За шкалою «орієнтація на досягнення» було встановлено, що у пацієнтів із *невротичними* депресіями переважали середній ($30,77 \pm 2,84$)% та підвищений ($26,37 \pm 2,51$)% рівні прояву, що свідчило про те, що різним видам діяльності в родині вони надають перевагу помірного характеру щодо досягнень. Серед пацієнтів з *органічними* та *ендогенними* депресіями було виявлено більше осіб зі зниженим ($24,42 \pm 2,50\%$ та $33,33 \pm 2,96\%$ відповідно) та середнім ($32,53 \pm 3,62\%$ та $31,18 \pm 2,81\%$ відповідно) рівнями орієнтації на досягнення, що визначалось як недостатність спонукань членів родини до досягнень. Серед осіб без психічних розладів $51,19\%$ характеризувалися середнім рівнем та $25,00\%$ – підвищеним рівнем орієнтації на досягнення.

За шкалою «інтелектуально-культурна орієнтація» було отримано дані, згідно з якими у $34,07\%$ пацієнтів із *невротичною* депресією було встановлено середній, у $30,77\%$ – знижений та у $20,88\%$ – низький рівень прояву інтелектуально-культурної орієнтації, що характеризувало їх родини як недостатньо активні в соціальній, культурній та політичних сферах. Схожі тенденції спостерігались і серед пацієнтів із *органічною* та *ендогенною* депресіями: переважали пацієнти з середнім ($32,56 \pm 3,15\%$ та $24,73 \pm 2,33\%$ відповідно), зниженим ($26,74 \pm 2,69\%$ та $30,11 \pm 2,74\%$ відповідно) та низьким ($19,77 \pm 2,08\%$ та $22,58 \pm 2,16\%$ відповідно) рівнями прояву щодо орієнтації родини в культурному та соціальному житті. Серед здорових переважали особи з середнім ($48,81 \pm 4,21\%$) та підвищеним ($28,57 \pm 2,91\%$) рівнями інтелектуально-культурної орієнтації, що вказувало на наявність активного інтересу родини до культурних подій та соціально-політичного життя.

Статистичний аналіз результатів оцінки можливостей та напрямів особистісного росту в родинній системі дав змогу встановити, що спрямованість на інтелектуальну, культурну та соціальну сфери діяльності родини була зниженою та низькою серед пацієнтів із депресивними порушеннями ($p < 0,01$), а здорові особи характеризувалися середнім та підвищеним інтересом до інтелектуально-культурного життя ($p < 0,01$).

Висновки. В результаті проведених досліджень було визначено, що пацієнти з депресивними розладами, незалежно від генезу захворювання, характеризувались неадекватною самооцінкою, низькими та середніми показниками орієнтації на досягнення, що визначалось як недостатність спонукання членів родини на досягнення; їх родини були недостатньо активні в соціальній, культурній та політичних сферах; незадоволеністю подружніми стосунками; спустошеністю мотиваційної сфери. Кількість пацієнтів із високим рівнем життєвої задоволеності переважала серед осіб з органічними та невротичними депресіями.

Для пацієнтів із невротичними та ендogenous депресіями у стосунках в родині було характерним відчуття недостатньої близькості, відсутність спонтанності у вираженні емоцій; у хворих на невротичну депресію переважав знижений та середній рівень прояву показників згуртованості, експресивності та конфліктності, що вказувало на знижене відчуття належності до родини, труднощі у відкритому прояві емоцій та почуттів, особливо гніву та агресії.

У пацієнтів з органічною депресією в більшості випадків визначався середній та підвищений ступінь турботи за членів родини, середній та підвищений рівень експресивності, що виражався в дозволі проявляти почуття, а також підвищений та середній рівні можливості демонструвати агресію щодо членів родини.

Отже, соціальне функціонування, життєва задоволеність, особливості міжособистісних та сімейних комунікацій, специфіка ціннісно-мотиваційної сфери є вагомими компонентами, які визначають ПРП пацієнтів із депресивними розладами.

Перспективним напрямом розвитку наукової проблематики надалі буде вивчення особливостей емоційної та когнітивної дисфункції як психологічних складових реабілітаційного потенціалу хворих із депресивними розладами, визначення пускових механізмів зниження реабілітаційного потенціалу, механізмів адаптації і компенсації саме такого контингенту хворих.

Бібліографічні посилання

- Bennabi, D. and Aouizerate, B. (2015), «Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: A systematic review», *Affect. Disord.*, Vol. 171, P. 137-141.
- Christian, A. and McCabe, K. (2011), «Coping style as a mediator of the relationship between depressive symptoms and deliberate self-harm», *Crisis*. Vol. 32 No 5, P. 272-279.
- Gavrilenkova, S.V. (2015), «The problem of research in psychology of personality factors of depressive disorders» [«Problema issledovaniya v psikhologii lichnostnykh faktorov depressivnykh rasstroystv»]. *Pedagogika i psikhologiya obrazovaniya*, No 4, P. 109-113.
- Isayeva, Ye.R. (2009), «Coping behavior and psychological protection of the individual in conditions of health and illness» [«Koping-povedeniye i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni»]. SPb.: SPbGMU.
- Khalak, M.Ye. (2012), «Determining level of the psychological potential in persons with disabilities» [«Opredeleniye urovnya psikhologicheskogo potentsiala u lits s ogranichennymi vozmozhnostyami»]. *Kontsept*, No 10, available at: <http://www.v.covenok.rii/koncept/2012/12131.htm>.

- Koval, I.A. (2015), «Suchasni pidkhody v pohlyadakh na etiologiyu depresyvnnykh rozladiv, yikh diahnostyku i likuvannya» [«Modern approaches in the views on the etiology of depressive disorders, its diagnosis and treatment»]. *Problemy suchasnoyi psykholohiyi*, Vol. 28, P. 202-211.
- Mykhaylov, B.V., Tabachnikov, S.I., Maruta, N.O., Kryshtal, V.V., Serdyuk, O.I. (2004), «Strategic ways of development of psychotherapy and medical psychology in Ukraine Medica» [«Stratehichni shlyakhy rozvytku psykhoterapiyi ta medychnoyi psykholohiyi v Ukraini»]. *Ukrayinskyy medychnyy almanakh*, T. 7 No 4, P. 99-102.
- Nalchadzhyan, A.A. (2010), «Psychological Adaptation: Mechanisms and Strategies» [«Psikhologicheskaya adaptatsiya: mekhanizmy i strategii»]. *Psikhologicheskoye obrazovaniye*, 2nd ed. M.: Eksmo.
- Pribytkov, A.A., Yurkova, I.O., Bazhenova, Yu.B. (2016), «Struktura lichnosti i mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity pri somatoformnykh rasstroystvakh» [«Personality structure and psychological defense mechanisms in somatoform disorders»]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, No 2, P. 31-35.
- Shevchenko, N.F. (2018), «Criteria for evaluating the severity of a depressive state» [«Kryteriyi otsinky vazhkosti depresyvnogo stanu»]. *Materialy IV Mizhnarodnoyi naukovopraktychniy konferentsiyi «Osobysti u kryzovykh umovakh ta krytychnykh sytuatsiyakh zhyttya»*. Sumy: SumDPU imeni A.S. Makarenka, P. 312-314.
- Takhtashova, D.R. (2014), «Prohrama dyferentsiyovanoyi profilaktyky suyitsydnalnoyi povedinky u khvorykh z bipolyarnymy afektyvnymy rozladamy» [«Program of the Differential Prophylaxis of Suicidal Behavior in Patients with Bipolar Affective Disorders»]. *Ukrayinskyy visnyk psykhonevrolohiyi*, T. 22, Vol. 1 (78), P. 91-96.
- Tkhostov, A.Sh. and Vinogradova, M.G. (2018), «Psychological problems of rehabilitation of the mentally ill» [«Psikhologicheskoye problemy reabilitatsii psikhicheskoy bol'nykh»]. *Natsional'nyy psikhologicheskyy zhurnal*, No 2 (30), P. 32-37.
- Vaclavik, P., Bivin, D. and Jackson D. (2000), «Psychology of interpersonal communications» [«Psikhologiya mezhlichnostnykh kommunikatsiy»] SPb.: Rech', SPb.: Speech.
- Vasserman, L.I., Anan'yeva, N.I., Vasserman, Ye.L. and dr. (2013), «Neurocognitive deficit and depressive disorders: structural and functional approach in comparative multidimensional studies» [«Neyrokognitivnyy defitsit i depressivnyye rasstroystva: strukturnofunktsional'nyy podkhod v sravnitel'nykh mnogomernykh issledovaniyakh»]. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva*, No. 4, P. 58-67.
- Zelens'ka, K.O. and Koltsova, G.G. (2017), «Clinical and psychopathological analysis of modern depressive disorders associated with suicidal behavior in women» [«Kliniko-psykhopatolohichnyy analiz suchasnykh depresyvnnykh rozladiv poednanykh z suyitsydnalnoyu povedenkoyu u zhinok»]. *ScienceRise. Medical science*, No 12, P. 39-42.

УДК 159.913

К. П. Кутовий, І. О. Аршава

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

kkp@ua.fm, arshinna@i.ua

ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ СТАРШОКЛАСНИКІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ СХИЛЬНОСТІ ДО ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Анотація. У статті теоретично та емпірично досліджено важливість формування у підлітковому віці позитивних цінностей як фактору попередження розвитку схильності до девіантної поведінки. На вибірці досліджуваних, учнів старших класів, встановлено, що особливості ціннісних орієнтацій підлітків,

V. Kornienko

The peculiarities of social functioning and interpersonal communication as the components of psychological rehabilitation potential of patients with depressive disorders.

Background. The scientific problem is that there is no clear definition of signs affecting the adaptation of the patient to active psychosocial life in studies of the person with a depressive disorder. Early detection of depression and timely initiation of treatment will not only improve significantly the results of therapeutic intervention, but will also prevent the chronicity of the pathological process and will also enable identification of individual resources for the implementation of both psychological and integrated medical and social rehabilitation.

The **objective** of the present study is to analyze the results of empirical research of the peculiarities of the influence of social functioning and interpersonal communication on the formation of psychological rehabilitation potential of the patients with depressive disorder.

Method. The following psychodiagnostic tools were used: I. Koller Questionnaire (I. Karler, 2004) – aimed to study the degree of satisfaction with social functioning in various spheres of the patients with depressive disorders of various genesis; Index of vital satisfaction, adapted by N.V. Panin (S.V. Dukhnovsky, 2010) – designed to assess interest in life, general background of the mood; Questionnaire "Interpersonal Relations" (V.A. Babkov, G.L. Isurina, 2007) – to reveal the main styles of interaction with other people; Scale of family environment Mus R. Kh., Adaptation Kupriyanova S.Y., 1985) – is intended for the assessment of the social climate in the family; Mathematical-statistical methods of data processing on the basis of the package of statistical software IBM SPSS-20 (Fisher's F- test, t-criterion Student).

The **sample** included 354 people, among them – 270 patients with depressive disorders (91 with neurotic depressive disorders, 86 with organic depressive disorders and 93 with endogenous depressive disorders) and 84 people from general population (healthy people).

Results. It was found that patients with depressive disorders, irrespective of the genesis of the disease, were characterized by low indicators of viability, prevalence of non-adaptive coping, lack of motivation, reduced motivation and existential non-compliance (low level of self-stamina, self-transcendence, freedom and personality).

Conclusion. The obtained data should be taken to attention while determining PRP for patients with depressive disorders of various genesis and be considered as social and communication targets for rehabilitation intervention while developing differentiated psycho-correctional programs.

Keywords: social functioning, interpersonal communication, psychological rehabilitation potential, depressive disorders.