

**Научный центр психического здоровья**

*На правах рукописи*

**Сорокина Виктория Сергеевна**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У  
ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Научная специальность 5.3.6. Медицинская психология

диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

**Научный руководитель:**  
кандидат психологических наук, доцент  
Ениколопов Сергей Николаевич

**Москва  
2023 г.**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	13
1.1 История реабилитации и понятие реабилитационного потенциала.....	13
1.2 Реабилитационный потенциал пациентов с психическими расстройствами .....	21
1.3 Реабилитационный потенциал пациентов с соматическими заболеваниями .....	24
1.4 Психологические последствия повреждения головного мозга .....	29
1.5 Депрессивный синдром при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга .....	31
ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ .....	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	36
2.1 Процедура исследования .....	38
2.1.1 Этап 1. Разработка анкеты и проведение интервью со специалистами на тему реабилитационного потенциала .....	38
2.1.2 Этап 2. Адаптация опросника на наличие и степень выраженности самостигматизации (ISMI-9) для пациентов с психическими заболеваниями и после повреждений головного мозга .....	39
2.1.3 Этап 3. Основной этап. Исследование компонентов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга .....	42
2.2 Характеристика методов исследования.....	44
2.3 Описание выборок и обоснование включения пациентов в исследование .....	54
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	60
3.1 Этап 1. Выявление представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение .....	60
3.2 Этап 2. Адаптация опросника ISMI-9 .....	64
3.3 Этап 3. Исследование компонентов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических расстройствах и после повреждений головного мозга .....	67

<i>3.4 Связь реабилитационного потенциала личности с психологическими параметрами</i> .....	90
<i>3.5 Выявление значимых факторов психологического реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга</i> .....	102
<b>ГЛАВА 4 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ</b> .....	110
<i>4.1 Обсуждение результатов анализа представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение</i> .....	111
<i>4.2 Обсуждение результатов адаптации опросника интернализованной стигмы заболевания ISMI-9</i> .....	112
<i>4.3 Обсуждение результатов психологических особенностей и их связей с реабилитационным потенциалом личности у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга</i> .....	113
<i>4.4 Медицинский реабилитационный потенциал и реабилитационный потенциал личности пациентов после повреждений головного мозга</i> .....	129
<i>4.5 Факторный анализ</i> .....	130
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	134
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	136
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	140
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:</b> .....	141
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	142
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	157

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования.**

Человек с тяжелым заболеванием, будь то психическое заболевание или повреждение головного мозга, в результате сталкивается с медицинскими, социальными, правовыми и психологическими проблемами. Для предотвращения этих последствий, необходимо для начала тщательно и правильно провести диагностику нарушений, а затем составить программу реабилитации.

Самым эффективным и действенным в реабилитации является комплексный метод мультидисциплинарной работы с пациентом. Он включает в себя работу психолога, лечащего врача, физиотерапевта и других специалистов в зависимости от потребностей пациента [1]. Совместная работа специалистов необходима для составления эффективной реабилитационной программы, для разработки и осуществления которой следует обратить более пристальное внимание на реабилитационные возможности личности пациента.

Вопрос проблематики реабилитационного потенциала (РП) давно интересует специалистов и исследователей сферы реабилитации [1;41;49], но проблема заключается в том, что большинство исследований выходят из медицинской науки и, как следствие, направлены на медицинскую реабилитацию пациента. Так, под реабилитационным потенциалом понимается оправданная, с медицинской точки зрения, перспектива для достижения намеченных целей реабилитации в течение определенного периода времени. Реабилитационный потенциал учитывает: клиническое течение заболевания, степень и тяжесть повреждения, другие функциональные нарушения – осложнения, психологическое состояние пациента, индивидуальные ресурсы и компенсаторные возможности организма, факторы окружающей среды, влияющие на жизнеспособность и социальную активность пациента. Психологическая же реабилитация пациента стала изучаться относительно недавно [16;49;58]. Само понятие психологического реабилитационного потенциала появилось в рамках непосредственно

реабилитационного процесса и в широком смысле означает влияние психологических особенностей пациента на процесс реабилитации. Существующая на сегодняшний день «функциональная» концепция психологического реабилитационного потенциала не дает полного и содержательного понимания этого понятия.

В данной работе упор сделан непосредственно на личностные особенности пациентов, которые могут служить мишенями для составления эффективной программы реабилитации, что можно обозначить как реабилитационный потенциал личности.

В связи с этим становится актуальной оценка психологических особенностей, влияющих на реабилитационный потенциал личности пациентов.

Исследования показывают, что аффективные расстройства могут быть как в рамках психического заболевания, так и следствием повреждения головного мозга, но, они будут иметь качественные отличия в силу различия дефекта [23]. При схожих аффективных нарушениях вклад органического фактора будет разным, а, следовательно, и структура РП может отличаться. Но ранее факторы, определяющие формирование РП при аффективных расстройствах, у пациентов с психическими заболеваниями и после повреждения головного мозга (далее – ПГМ) не выявлялись [59].

Выделение компонентов РП при аффективных расстройствах у пациентов с психическими заболеваниями и после ПГМ позволит составить программу реабилитации для каждой нозологической группы, в зависимости от выявленных нарушений.

Как известно, аффективные расстройства способны усугублять течение соматических заболеваний, снижают эффективность соматотропной терапии, осложняют клиническую картину, увеличивают риск осложнений и частоту рецидивов. Депрессия ухудшает прогноз соматического заболевания, делая его резистентным к терапии [44].

В связи с наличием аффективных расстройств, у пациентов отсутствует или снижается мотивация к выздоровлению, труду, общению.

## **Цель и задачи исследования**

**Целью** исследования являлось изучение психологических факторов реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

В соответствии с поставленной целью были выделены следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ основных понятий и методологических подходов к исследованию РП при разных заболеваниях.
2. Провести структурированное интервью с клиницистами разных специальностей для выявления представлений врачей о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение.
3. Адаптировать русскоязычную версию опросника интернализованной стигмы психического состояния ISMI-9.
4. Провести эмпирическое исследование по выделению психологических факторов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.
5. Выделить значимые факторы психологического реабилитационного потенциала.
6. Провести сравнительный анализ факторов психологического реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

## **Гипотеза исследования:**

Психологические факторы реабилитационного потенциала различаются у пациентов при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга.

**Теоретико-методологической основой** исследования являлись: личностно-ориентированный подход к изучению психики (Л.С. Выготский, П.К. Анохин, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.И. Лубовский), концептуальные подходы к изучению психологической структуры личности и ее отношений (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, Л.И. Анциферова, А.Г. Асмолов, А.В. Брушлинский, Е.В. Шорохова, К.К. Платонов и др.).

**Методы исследования:**

1. Клинико-психологический
  - изучение историй болезни
  - клиническая беседа с пациентами
  - структурированное интервью для выявления представлений врачей о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение;
2. Психометрический:
  - 1) реабилитационный потенциал личности [46].
  - 2) личностный опросник темперамента и характера (ТСИ-125) [26];
  - 3) тип отношения к болезни (ТОБОЛ) [66];
  - 4) методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС) [69].
  - 5) шкала депрессии Бека [100];
  - 6) интегративный тест тревожности (ИТТ СТ) [7];
  - 7) уровень субъективного контроля (УСК) [3];
  - 8) опросник потери и приобретения персональных ресурсов (ОППР) [15];
  - 9) шкала семейного окружения (ШСО) [55];
  - 10) опросник гелотофобии, гелотофилии и катагеластиизма PhoPhiKat <30>[78];
  - 11) опросник интернализованной стигмы психического состояния (ISMI-9) (Приложение 2а, 2б) [18];
  - 12) опросник копинг-стратегий (COPE) [67];
  - 13) шкала совладания (копинга) юмором [2];
  - 14) опросник для оценки качества жизни (SF-36) [94];
  - 15) Soma recovery scale- Revised (CRS-R)) (оценивалось нейропсихологом) [56];
  - 16) Rancho Los Amigos scale (RLAS) [121] (оценивалось нейропсихологом);
  - 17) шкала функциональной независимости (FIM) (оценивалось реабилитологом) [115].
  - 18) индекс мобильности Ривермид (ИМР) (оценивалось реабилитологом) [125].

Для анализа результатов проведенного исследования использовались следующие непараметрические статистические критерии:

- 1) U-критерий Манна–Уитни для порядковых шкал;
- 2) коэффициент ранговой корреляции Спирмена;
- 3) факторный анализ.

**Характеристика выборки.** В исследовании приняли участие 76 человек в возрасте от 18 до 46 лет с депрессивным синдромом. Первая группа респондентов представлена пациентами с депрессивным синдромом в рамках аффективного заболевания (F31, F33, F34.0) (36 человек), вторая группа – пациенты после ПГМ с депрессивным синдромом (T90, I69 по МКБ-10) (40 человек).

**Эмпирическая база исследования.** Исследование проводилось на базе ФГБНУ Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии и ФГБНУ Научного центра психического здоровья.

Исследование осуществлялось в три этапа.

1. Предварительный этап – проведение интервью с врачами и психологами на тему реабилитационного потенциала.

2. Адаптация опросника на наличие и степень выраженности самостигматизации (ISMI-9).

3. Основной этап. Исследование психологических факторов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

**Информированное согласие:** участники исследования были проинформированы о целях, задачах обследования и дали свое согласие на прохождение тестирования и обработку персональных данных.

**Достоверность и надежность** представленных на защиту результатов определяется теоретическим обоснованием проблемы, репрезентативностью выборки участвующих в исследовании пациентов, использованием научно обоснованных методов психологического исследования, соответствующих целям и задачам, комплексным подходом к выбору методов и методик исследования и



обработке полученных данных, с использованием методов математической статистики. Для статистического анализа был использован пакет Statistica 10.

### **Научная новизна исследования**

Данное исследование показывает, что психологические факторы реабилитационного потенциала не являются универсальными у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ, что ранее не анализировалось.

Впервые проведено сравнение психологических факторов реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ. Важным отличием между группами было то, что в группе пациентов с психическими заболеваниями выявлена взаимосвязь РПЛ с депрессией, тревожностью, совладающим поведением (в большей степени, чем для группы пациентов после ПГМ), семейным окружением (в большей степени, чем для группы пациентов после ПГМ), качеством жизни. В группе пациентов после повреждений головного мозга отличительной особенностью были взаимосвязи РПЛ с индексом ресурсности и отношением к юмору и смеху.

Также были выделены психологические факторы, непосредственным образом влияющие на психологический реабилитационный потенциал пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга и были показаны различия значимых факторов в группах.

В каждой группе было выделено по три фактора, качественно отличающихся друг от друга. Факторный анализ позволил выделить как общие значимые факторы для психологического реабилитационного потенциала, так различия факторных структур РПЛ для двух групп.

Впервые адаптирован для русскоязычной выборки опросник на определение наличия и степени выраженности самостигматизации.

**Теоретическая значимость.** Полученные результаты углубляют и расширяют имеющиеся представления о реабилитационном потенциале как многокомпонентном или многофакторном явлении, факторы в структуре

психологического реабилитационного потенциала не являются универсальными и имеют различный вес при разных заболеваниях.

**Практическая значимость.** Предложенный психодиагностический комплекс позволяет проводить не только качественный, но и количественный анализ данных, полученных в ходе исследования психологической составляющей реабилитационного потенциала.

Результаты исследования позволяют выделить мишени психологического воздействия и разработать индивидуальный подход в рамках реабилитации данных пациентов, такие как наличие и степень выраженности депрессии, тревоги, самостигматизации, гелотофобии, отношения в семье, отношение к болезни и другие.

Адаптация опросника самостигматизации позволяет использовать ISMI-9 в качестве надежного и простого способа определения ее выраженности, что необходимо учитывать при проведении лечебных и, в первую очередь, психореабилитационных мероприятий.

Также полученные в ходе исследования данные могут быть использованы в практической работе психологов, психиатров и врачей-реабилитологов, направленной на восстановление психологического состояния пациента.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Психологический реабилитационный потенциал представляет собой многокомпонентный феномен, который включает в себя физиологическую, психологическую и социальную составляющие.

2. Роль реабилитационного потенциала и психологического реабилитационного потенциала недостаточно учитывается специалистами разных направлений при реабилитации пациентов.

3. Русскоязычная версия опросника интернализованной стигмы ISMI-9 показала хорошие психометрические свойства, надежность и валидность. Версия, адаптированная для пациентов после повреждения головного мозга, также может быть рекомендована к использованию.

4. Реабилитационный потенциал личности (по опроснику И.Ю. Кулагиной, Л.В. Сенкевич) у пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ выше, чем у пациентов при психических заболеваниях.

5. Психологические факторы реабилитационного потенциала у пациентов разных нозологических групп различаются.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования доложены на VII Московской международной научно-практической студенческой конференции «Болезнь и здоровый образ жизни». 07.12.2018; II научно-практической конференции (с международным участием) аспирантов, ординаторов и молодых ученых «Актуальные вопросы анестезиологии-реаниматологии и реабилитологии»; XIV Международной (XXIII Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции, 2019 г.; XIV Юбилейной Всероссийской Школе молодых психиатров «Суздаль-2019» (постерный доклад); Пятом Международном гелологическом конгрессе «Смех и коммуникация» 29 мая – 1 июня 2019 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «Реабилитационные технологии: наука и практика», 22-23 сентября 2022 г.

**Публикации.** По материалам диссертационной работы опубликовано 16 работ, в том числе 6 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований.

**Структура и объем работы.** Диссертационная работа изложена на 159 страницах машинописного текста; состоит из введения, 4 глав, заключения, списка сокращений, списка литературы (152 источника, из них 55 на английском языке), 3 приложений. Работа иллюстрирована 28 рисунками, 28 таблицами.

#### **Личный вклад соискателя**

Соискатель лично участвовала в разработке и осуществлении программы исследования, определении теоретических основ и подходов к оценке полученных данных. Соискателем самостоятельно была сформирована рабочая гипотеза, научно обоснованы влияющие на реабилитационный потенциал компоненты психологического реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным

синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга, проведён анализ компонентов психологического реабилитационного потенциала, показаны сходства и различия двух групп по выделенным факторам психологического реабилитационного потенциала, проведение исследования и сбор эмпирических данных, осуществлён статистический анализ результатов исследования и интерпретация полученных результатов.

## ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

### *1.1 История реабилитации и понятие реабилитационного потенциала*

Реабилитация (медицинская реабилитация) издавна известна как средство восстановления после нарушений функций организма. Чтобы ускорить выздоровление пациентов, древние египетские врачи использовали некоторые методы трудотерапии. В лечебных комплексах врачей Древней Греции и Рима использовалась физическая активация пациентов и трудотерапия. Массаж в этих странах применялся не только для повышения работоспособности, но и как гигиеническое и лечебное средство [54].

Развитие реабилитации традиционно было сосредоточено на измерении двигательных расстройств и улучшений, происходящих во время терапевтического процесса; однако, науки о физической реабилитации не сосредоточены на понимании философских и научных принципов клинического вмешательства и их взаимосвязи [108].

Тысячи лет назад древние китайцы использовали кунг-фу, терапию движением, чтобы облегчить боль; греческий врач Геродик описал сложную систему гимнастических упражнений для профилактики и лечения болезней в пятом веке до нашей эры; и римский врач Гален описал вмешательства для восстановления военных травм во втором веке нашей эры [110].

С XVIII века в Европе в медицинскую реабилитацию внедрили психологическую помощь пациентам [73]. В XIX веке центр восстановительной терапии передислоцировался в США [107]. С начала XX ст. там приумножается число учреждений, использующих разнообразные виды физической нагрузки на пациентов для решения душевных проблем [73]. Толчком для развития реабилитации больных стала первая мировая война, причинившая ущерб здоровью

тысячам людей. Начали оперативно развиваться такие научно-практические дисциплины, как ортопедия, физиотерапия, трудотерапия и лечебная физическая культура [73].

В 1917 г. в США была создана Ассоциация восстановительной терапии [73]. Стимулятором развитию медицинской, психологической, социальной, в том числе профессиональной, реабилитации послужила Вторая мировая война. Уже к 1945 году в Соединенных штатах было создано 26 специализированных учебных заведений для профподготовки специалистов-реабилитологов. С течением времени пришло осознание, что отдельные направления медицины не в состоянии справиться с ростом случаев хронических заболеваний, приводящих к недееспособности. Так, уже в 1944 г в Англии был реализован Британский совет по реабилитации инвалидов [73]. В 1946 году в Медицинском центре «Bevellue» в Нью-Йорке была создана Медицинская реабилитационная служба [76]. В 1950 году Социально-экономический совет ООН одобрил резолюцию о «Социальной реабилитации инвалидов», в которой говорилось о необходимости международного планирования и создания программ реабилитации для физических лиц. Важность, актуальность и социальная значимость проблемы реабилитации привели к увеличению числа национальных программ и учреждений, занимающихся этими вопросами. Изначально такой термин, как «восстановительное лечение» подразумевал под собой использование медицинских лечебных методов [73]. Но после Второй мировой войны, проблема социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер. Решение этой проблемы включало в себя не только медицинские вопросы, но и ряд других: психологических, социальных. Тогда понятие «реабилитация» было заменено на «восстановительное лечение» [17].

Примерно 20-30 лет назад в медицинской практике реабилитация считалась чем-то вторичным, не входящим в основные мероприятия здравоохранения [73]. Для большинства медработников, она была связана с понятием социальной помощи. Но с течением времени, все больше и больше медицинских учреждений начали признавать важность и эффективность службы реабилитации. Были

созданы специальные палаты, а затем отделения. На сегодняшний день служба реабилитации волилась в структуру реабилитационных центров, специализированных по профилю заболеваний (кардиологические, неврологические, ортопедические и др.). Она может быть как в виде стационаров, так и в виде санаторных центров. Рост числа таких учреждений был обусловлен также и выгодами в экономической сфере. Было сделано заключение, что гораздо эффективнее и дешевле произвести реабилитацию на начальной стадии заболевания, чем обеспечить восстановление дееспособности больных на поздних этапах.

Главной целью реабилитации является восстановление человека до уровня самостоятельного существования («Доклад совещания ВОЗ» [107]). Во всем мире реабилитация занимает высокие позиции среди медико-социальных направлений. Проводятся различные научные исследования действия средств реабилитации. Были сделаны выводы, что к активной жизни можно возвращать около 50% тяжелобольных, при условии грамотно составленной программы реабилитации [73]. Тот факт, что Американская Ассоциация восстановительной терапии насчитывала более 45 тыс. членов (еще в 1992 г.), а также привлекла к специализированному обучению 160 колледжей и университетов, говорит о значимости развития реабилитации [73].

Важное значение в процессе реабилитации имеет психологическая помощь пациентам с хроническим течением болезни или инвалидности, так как может изменяться личность самого пациента, что в свою очередь влияет на все сферы его жизни. Правильно разработанная программа реабилитации, с учетом построения всех научных обоснований, может сохранить пациенту, полностью или частично, его образ жизни, вернуть ему трудоспособность. И психологическая поддержка, в данном случае, играет огромную роль [45].

В случае болезни меняется обычный стиль и условия жизни, и степень адаптации человека зависит как от функционирования отдельных органов и систем, так и от личности в целом. Поэтому реабилитационные возможности каждого отдельного человека имеют большое значение при составлении программы

реабилитации. И здесь на первый план выходит биопсихосоциальный подход к реабилитации пациентов понятие «психологический реабилитационный потенциал» [64], которое описывает влияние самой личности на процесс реабилитации.

Понятие «реабилитационный потенциал» (РП) имеет несколько значений. Например, по мнению М.В. Коробова, реабилитационный потенциал – это способность пациента при определенных условиях и поддержке реабилитационных служб и общества в целом создавать биологические и психосоциальные резервы для мобилизации восстановительных, компенсаторно-приспособительных процессов и других основных механизмов с целью восстановления своего здоровья, трудоспособности, личностного статуса и социальной позиции [42]. В.П. Белов и И.Н. Ефимов определяют РП как "комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, составляющих основу ресоциализации пациента" [6].

Р.М. Войтенко определяет реабилитационный потенциал как биологическую и психосоциальную способность человека, страдающего заболеванием или нарушением здоровья, компенсировать ограниченные возможности. Он также выделяет три уровня в структуре реабилитационного потенциала: организм, личность, индивид (как член социальной группы) [16]. По мнению автора, реабилитационный потенциал организма состоит из биоэнергетического, генетико-институционального и медико-организационного потенциалов.

Каждую подструктуру реабилитационного потенциала имеет смысл рассматривать как функциональную компоненту, которую необходимо учитывать и с которой необходимо работать в реабилитационном процессе, имеющем основной целью адаптацию пациента к жизни, восстановление статуса личности [81;84-87].

В зависимости от социальной среды, к которой относится человек с той или иной болезнью, формируется реабилитационный потенциал человека. На него также влияют не только социальная среда, но и особенности личности и характера самого человека. Экспертизы в социальной и медицинской сферах тесно связаны с



учетом РП человека и как он им пользуется на протяжении всей жизни. С помощью выявления уровня ПРП психологи имеют возможность рассчитать продолжительность и уровень жизни человека, не имеющего полного спектра своих возможностей в связи с ухудшением здоровья. ПРП является важным показателем не только для психолога, но и для самого человека, так как он может понять, как правильно распределять свои психологические и физические ресурсы, а также наладить курс реабилитации в связи с появившимися нарушениями.

В зависимости от выраженности основных компонентов РП диагностируется его уровень, который является комплексной характеристикой человека с заболеванием, с учетом всех стадий развития и социализации (от рождения и начала заболевания) и текущий социальный статус, сформировавшиеся в ходе него психологические характеристики [86]. РП также объединяет такие личностные характеристики, как когнитивные, аффективные, мотивационные, коммуникативные, моральные и этические, с ключевыми областями личностного и социального развития пациента и его ценностями [84].

Было выделено 3 уровня, которые характеризуют восстановительные возможности пациента относительно определенных видов жизнедеятельности [40;77;87]:

- высокий РП: реальная перспектива почти полного восстановления нарушенного функционирования, способности выполнять работу и социальную деятельность, или высокая степень восстановления какого-либо вида деятельности;
- умеренно выраженный РП: реальная перспектива достаточно значимого восстановления функций, незначительное ограничение бытовой активности и трудоспособности;
- низкий РП: ограниченная возможность восстановления функции, утрата способности к профессиональному труду, невозможность обеспечить независимое существование и преодоления ограничения жизнедеятельности.

По мнению отечественных исследователей (Ж.В. Порохина, Н.Б. Шабалина, Л.П. Поварова, Л.В. Байрачная, В.И. Горбачев и др.), под психологическим

реабилитационным потенциалом понимается система психологических характеристик личности (мотивация, эмоционально-волевая сфера, познание), сформированных до болезни, в контексте статуса социального развития, которые функционируют как важный ресурс, способствующий приспособлению к новым условиям жизни, когда изменения происходят в результате болезни [4;60]. Важно отметить, что высокий уровень ПРП может быть определен только при сохранении или незначительном изменении мотивационного компонента.

Психологический реабилитационный потенциал, как компонент восстановительного потенциала, как и все другие компоненты, имеет свою внутреннюю структуру и по-разному определяется исследователями.

По мнению Кулагиной И.Ю. и Сенкевич Л.В., психологический реабилитационный потенциал человека состоит из определенной группы показателей [46]:

1) особенности личности человека, к которым относятся характер, темперамент, эмоциональное и моральное состояние, уровень мотивации;

2) анамнез и суть заболевания, при которых учитывается не только болезнь, но и как человек понимает своё состояние и какие последствия его в дальнейшем ожидают, срок и сложность реабилитации и возможна ли она вообще;

3) психическое состояние пациента, а именно его мыслительные процессы, память, возможность быстро и четко формулировать свои мысли и желания, восприятие общей картины болезни.

Ж. В. Порохина [64], О.Н. Гудилина [19] придерживались сходного взгляда на структуру психологического реабилитационного потенциала и выделяли три составляющие:

– Когнитивная – обеспечивает степень понимания реабилитируемым человеком проблем, связанных с болезнью, и вероятность решения этих проблем с помощью реабилитационных вмешательств.

– Интеллектуальная – зависит от уровней интеллекта и состояния когнитивных процессов;

– Эмоционально-волевая – отвечает за энергию и эмоциональную окраску, с которыми выздоравливающий достигает задачи, цели и предпринимает отдельные меры по выздоровлению; её формируют индивидуальные психологические личностные особенности, волевые процессы, эмоциональное состояние.

– Мотивационная – представляет собой совокупность целей, мотивов, установок, потребностей выздоравливающего человека – с точки зрения итогов выздоровления, их результатов; задаёт ориентированность на выздоровление; зависит от личности: её отношений, системы ценностей, личностных мотивационных характеристик [71;91].

Не смотря на схожесть в выделении и описании структуры психологического реабилитационного потенциала, компоненты авторы выделяют разные.

В реабилитационном потенциале по работам Ж.В. Порохиной выделяются девять компонентов: состояние тревожности больного, уровень притязаний, оценка болезни, психическое и нервное состояние, самооценка, локус контроля, состояние профессиональной деятельности, уровень коммуникации с социумом, уровень сложности болезни [64].

Гудилина О.Н., в отличие от Порохиной Ж.В., разделяет реабилитационный потенциал на две крупные системы: психологический и личностный реабилитационный потенциалы [21]. По мнению Гудилиной О.Н., человеческий реабилитационный потенциал состоит из характеристик личности человека и как этот человек участвует в реабилитационном процессе и умеет подстраиваться под изменения в окружающей среде. В реабилитационном потенциале по работам Гудилиной О.Н. выделяются семь компонентов: самооценка, локус контроля, личностная оценка болезни, стойкость в изменяющихся жизненных ситуациях, мотивация к изменениям и достижениям, перспективность изменений.

По мнению Е. А. Залученовой (1998), при оценке ПРП необходимо также выделить операциональный компонент (тип нервной системы, темперамент, высшие психические функции, исполнительные аспекты деятельности, сенсорные и перцептивные характеристики личности) [30].

М. Е. Халак (2012) предлагает расширенную структуру ПРП, включающую, помимо мотивационного, эмоционального и интеллектуального компонентов, окружение (среда, в которой рос человек, особенности взаимоотношений в семье (психологический климат семьи, образование родителей и т. д.) [87]. Определение степени выраженности ПРП оценивалось по М.Е. Халак его компонентами, такими как эмоциональная стабильность, интеллектуальный и мотивационный потенциалы, характеристики окружающей среды и широта общения, профессиональные достижения и приверженность реабилитации [87].

Структура реабилитационного потенциала представлена на рисунке 1.

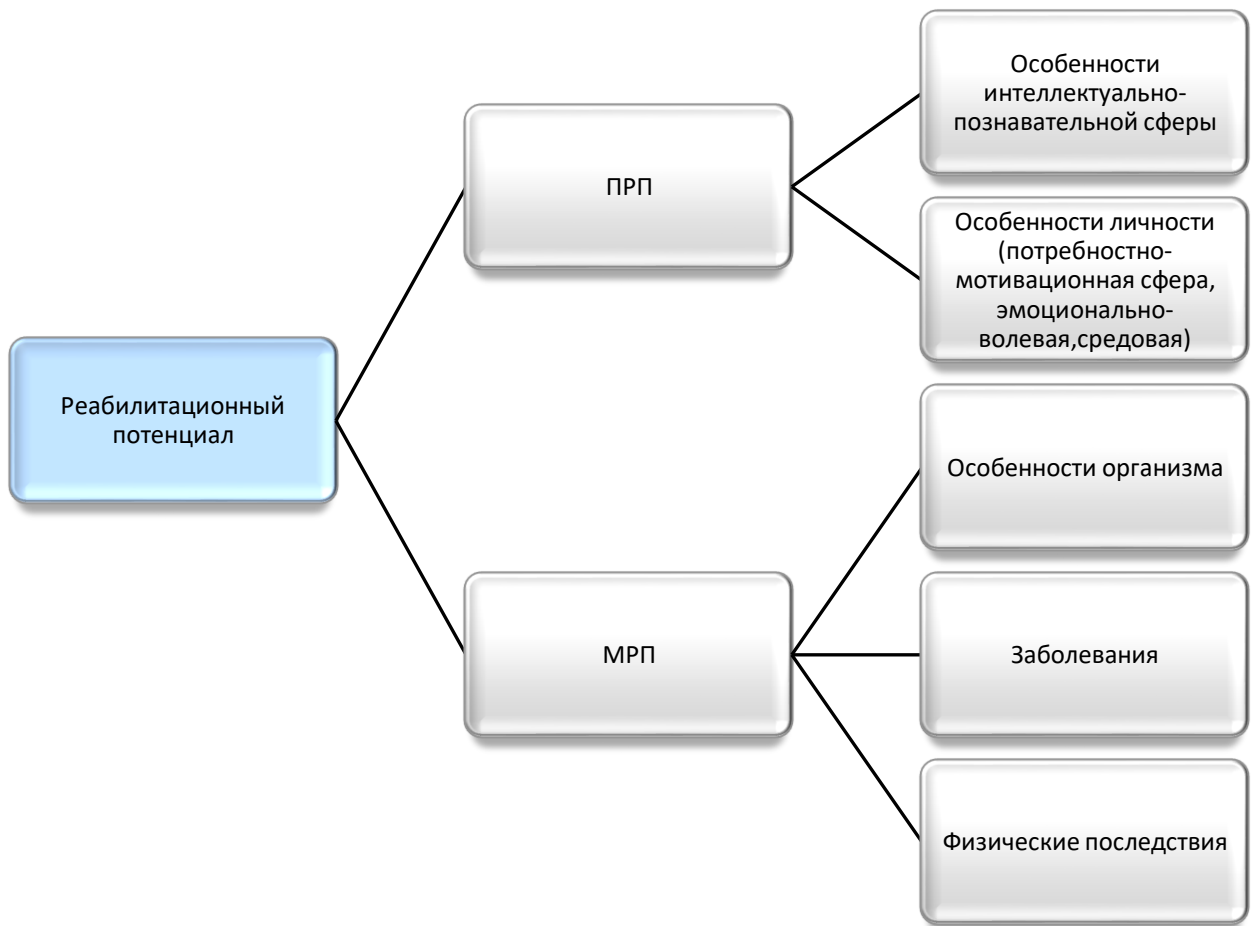


Рисунок 1 – Структура реабилитационного потенциала

## *1.2 Реабилитационный потенциал пациентов с психическими расстройствами*

Пациенты, имеющие большой спектр заболеваний, следствием которых является нарушение социальных и биологических функций человека, таких как инфаркты и инсульты, травмы опорно-двигательного аппарата, заболевания органов слуха, зрения и др., нуждаются в реабилитации. В ходе выстраивания плана реабилитации следует принимать во внимание индивидуальные особенности каждого отдельного пациента, а также социальные характеристики каждого из заболеваний [35].

В 2006 году в ННЦ наркологии Т.Н. Дудко была разработана Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов, которая, показав высокие результаты и эффективность, получила высокую оценку и широкое распространение в среде специалистов [25]. Данная шкала прежде всего была направлена на оценку уровня реабилитационного потенциала (УРП) больных, страдающих от опиатной зависимости, однако имеются вариации шкалы для оценки УРП больных, страдающих от алкоголизма [25].

В практическом применении шкала оценки УРП имеет терапевтическую и медико-социальную перспективы, так как дает возможность получить четкое цифровое выражение УРП, а значит без труда поддающиеся анализу и статистической обработке данные. Диагностика по данной шкале включает четыре блока конкретизированных вопросов: 1) преморбид (состояние, предшествующее болезни); 2) клинические особенности имеющегося заболевания; 3) особенности социального статуса пациента и социальных последствий; 4) личностные изменения (приобретённые в процессе заболевания). Следовательно, данная шкала оценки построена на имеющихся объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного развития и социальном статусе больных [25].

В своей работе Д.Ф. Хритинин и Д.С. Петров анализировали реабилитационный потенциал по нескольким ключевым показателям [91]. Они рассмотрели влияние социального статуса, качества жизни, эмоциональной и инструментальной поддержки пациентов, уровня информированности в области психиатрии. Полученные данные они разделили на два блока: реабилитационный потенциал (возможности) и реабилитационные потери (ограничения).

Также многие ученые и практики указывают на то, что реабилитационный потенциал пациента не может быть ограничен только лишь особенностями личности. У многих авторов [14;22;32;36;38;49;58] есть упоминание о том, что процесс реабилитации всегда является продолжительным по времени и достаточно сложным, и для его успешного протекания и наилучшего результата требуется, как правило, участие не одного, а даже нескольких социальных институтов. В данном случае имеется в виду влияние на успех реабилитационных мероприятий микросоциума, окружающего пациента. И речь здесь идет уже не только о семье и близких людях, но и о более широком круге общения: друзья, коллеги, общество в целом, то есть определенном «реабилитационном поле» [22;32;32;36;38;134;151] психически больных.

Исследование Д.Ф. Хритинина и Д.С. Петрова показало, что у больных шизофренией наблюдается снижение качества жизни по финансовым, социальным и психологическим показателям. Ухудшение социального статуса нарастает по мере прогрессирования заболевания и в конечном счете приводит к инвалидизации, занятию неквалифицированным трудом, потере работы и, как следствие, к ухудшению материального положения и условий жизни, изоляции от общества [90].

Ухудшение качества жизни больных шизофренией и другими психическими расстройствами прежде всего зависит от клинической картины заболевания, однако определяется и прочими причинами. Большую роль здесь играет семейный статус пациента и условия предоставления квалифицированной помощи. Немаловажную роль играет психологическая неподготовленность, а также неосведомленность больного о диагнозе, его течении и возможных прогнозах, а также методиках

лечения. Таким образом, предельно точный учет и анализ всех сфер жизни больного может существенно помочь в повышении качества лечебных и реабилитационных мероприятий [90].

Исследование Д.Ф. Хритинина и Д.С. Петрова также показало, что у большинства пациентов сохраняются условия для реализации адаптационных возможностей (семья, жилье и проч.) и реабилитационного потенциала (удовлетворительное качество жизни, трудоспособность, возможность обучения и др.), т.е. имеются ресурсы, которые могут стать основой при осуществлении восстановительной терапии.

Таким образом, внимание специалистов-реабилитологов следует направить не только на оказание качественной медицинской помощи, но также на построение наилучшей среды для реабилитации, микросоциума. В данном контексте большую роль могут играть феномены стигматизации и самостигматизации, которые нередко являются дополнительной причиной страданий таких пациентов, затрудняя процесс адаптации в обществе, снижая качество жизни.

В проведённых исследованиях в рамках клинической психологии, социальной психологии, психиатрии авторы делали акцент на описании самостигматизации через понятие стигмы, изучая влияние стигмы на терапевтический процесс [71]. В настоящее время в клинической практике самостигматизации уделяется недостаточно внимания, в России отсутствуют валидизированные и стандартизированные количественные методики для оценки и изучения данного психологического феномена.

Исследование, проведенное А.К. Гажа с коллегами, показало, что большинство пациентов с психическими заболеваниями с продолжительным сроком лечения в стационаре тамбовской психиатрической клинической больницы (более 5 лет) за период 2010-2012 годы – это пациенты старше 50 лет, имеющие заболевание шизофрения и II группу инвалидности. Более 80% пациентов признаны недееспособными [19]. Авторы сделали выводы, что именно социальные причины являются основными для продолжительного пребывания пациентов в стационаре психиатрической больницы.

Таким образом, вариант успешного возвращения больных к жизни в обществе и повышения уровня их социального функционирования возможен при успешном проведении реабилитационных психосоциальных мероприятий.

### *1.3 Реабилитационный потенциал пациентов с соматическими заболеваниями*

Исследования реабилитационного потенциала при соматических заболеваниях в литературе представлены для пациентов с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, онкологией, инсультом и другими болезнями, но нигде не упоминается реабилитационный потенциал пациентов, перенесших черепно-мозговую травму.

Так, определить реабилитационный потенциал при таком хроническом заболевании, как сахарный диабет (СД), как правило, затруднительно. Пациент может полностью вернуться к активному и привычному образу жизни, восстановить свои социальные функции, результаты лабораторных и функциональных тестов могут оставаться в норме, при этом само заболевание продолжает существовать, и о полном выздоровлении не может быть речи. Курникова И.А. с коллегами в своем исследовании наблюдали в течение семи лет за 211 пациентами с подтвержденным сахарным диабетом [47]. У 82 людей был определен сахарный диабет 1 типа (СД 1), у 129 - 2 типа (СД 2). С целью объективной оценки в исследования участвовали только лица возрастной категории 20-60 лет.

В результате наблюдений они установили, что лица, не являющиеся инвалидами, обладают наиболее высоким уровнем психологического реабилитационного потенциала (УПРП). В меньшей степени УПРП выражен у пожилых людей, так как в процессе старения в их психике естественным образом меняется интеллектуально-мнестическая сфера. Кроме этого, низкий УПРП



обусловлен сниженным уровнем психологической реабилитационной компетенции, негативным восприятием проблем и осложнений, вызванных болезнью [47].

Кардаш О.И. в исследовании реабилитационного потенциала в условиях ресоциализации пациентов, перенесших инсульт, средствами оккупациональной терапии пишет, что на успешность реабилитации после инсульта с медицинской точки зрения оказывает тип инсульта; выраженность неврологического дефицита, область ограничения, вызванная мозговым инсультом; сопровождающие заболевания; насколько вовремя началась реабилитационные действия [37].

В своем исследовании О.И. Кардаш оценивает отношение пациента к болезни, какие результаты восстановления пациент ожидает увидеть, как оценивает общую картину болезни. Она выявила, что среди пациентов гармонического и эргопатического типа отношения к болезни, чаще всего, наблюдается высокий уровень потенциала реабилитации. Ипохондрические и сенситивные больные имеют средний потенциал реабилитации. Если отношение к недугу несет неадаптивный характер, то и реабилитационный прогноз низкий. Чем более открытый, доверяющий и социализированный человек, тем больше у него шансов на восстановление [37].

Реабилитационный потенциал среди больных с онкологией, болезнями сердечно-сосудистой системы, болезни желудочно-кишечного тракта, ВИЧ-инфицированных и наркозависимых различается. Это связано не только с возрастными и гендерными особенностями организма того или иного индивида, но и степенью сложности и опасности заболевания, а также морального и эмоционального состояния пациента [46]. Данное исследование позволило выявить некоторые тенденции в отношении РП. РП был наиболее высоким у людей с расстройствами ЖКТ. Самый низкий РПЛ отмечается у наркозависимой и ВИЧ-инфицированной части населения. И наоборот – у выздоравливающих с хорошо развитой мотивационной компонентой (устойчиво широкий круг интересов, высоко активные жизненная позиция и деятельность на работе, в семье,

обществе), оптимистичной динамикой заболевания – потенциал реабилитации самый высокий [46].

При исследованиях реабилитационного потенциала, которые проводились российскими и зарубежными учеными в сфере медицины и психологии, было выявлено, что самый высокий реабилитационный потенциал наблюдается у пациентов средней и младшей возрастной группы заболеваний желудочно-кишечного тракта [46]. Это связано с тем, что заболевания желудочно-кишечного тракта не сильно влияют на жизнедеятельность человека, на его производительность и возможность выполнять свои рабочие обязанности в привычном режиме. Пациент с заболеваниями желудочно-кишечного тракта имеет высокий уровень возможности обучаться и заниматься бытовыми делами, при этом выполнять лечебную терапию по своему виду заболевания. Четко прослеживается разница реабилитационного потенциала между пациентами с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, онкологией и ВИЧ-инфекцией. С каждым последующим заболеванием снижается уровень реабилитационного потенциала человека [46].

Исследование, проведенное Порохиной Ж.В. [64], выявило, что существуют значительные различия в социально-психологическом статусе инвалидов II и III групп среди пациентов с ИБС (ишемической болезнью сердца). Автором было выявлено, что у инвалидов II группы по ИБС гораздо более выражено протекает утрата способности приспосабливаться к условиям социальной среды, чем у инвалидов III группы, кроме того, она сопровождается более стойкими личностными изменениями. Эти изменения определяются, прежде всего, изменением ценностных ориентаций, перестройкой иерархии мотивов с выделением основополагающего – сохранение здоровья.

Испытуемые были поделены на три подгруппы. Классификация проводилась на основании уровня психологического реабилитационного потенциала и позволила объединить объекты исследования с максимально схожими характеристиками [64].

В ходе исследования Порохина Ж.В. предложила практическую модель для определения уровня ПРП. Она основывается на оценке изменений (значительно выраженные, выраженные, умеренные, незначительные) его основных составляющих. Они могут использоваться для всесторонней оценки ПРП людей с ограниченными возможностями [64].

Уровень реабилитационного потенциала может быть высоким, удовлетворительным или низким. Особую роль при оценке уровня реабилитационного потенциала имеет мотивационная составляющая. Она может нивелировать низкие показатели других составляющих и значительно повысить ПРП. Уровни реабилитационного потенциала имеют следующие характеристики [64]:

1. Высокий (18,5% случаев): полностью сохранены или снижены незначительно все компоненты ПРП, или же умеренно снижена эмоциональная или когнитивная составляющая, но мотивационная неизменна.

2. Удовлетворительный (59,3% случаев): мотивационный компонент умеренно снижен, остальные составляющие сохранены или снижены в незначительной степени.

3. Низкий (22,2% случаев): выраженная степень снижения хотя бы одного компонента ПРП в сочетании с выраженным или умеренно выраженным снижением других компонентов.

При соотнесении уровней ПРП с анкетными данными в каждой подгруппе было обнаружено соответствие психологических факторов и социальных характеристик. С высокой долей уверенности можно утверждать, что жизненный стереотип в ситуации инвалидности формируется исходя из личностного отношения инвалида к своей болезни, самому себе, окружению, мотивационной направленности, проявляющейся в его социальной жизни [64].

При анализе полученных данных Порохиной Ж.В. были сделаны выводы о низкой взаимосвязи уровней медицинского и психологического реабилитационных потенциалов. Медицинский потенциал был низким в 60% случаев, а психологический всего в 22%. Соответственно, высокий уровень ПРП нередко

может наблюдаться у инвалидов с низким уровнем медицинского реабилитационного потенциала. При реадaptации находят подтверждение большие ресурсные возможности личности. Проведенное исследование помогает выявить наличие или отсутствие у данного человека настроя на дальнейшую качественную жизнь и, как следствие, возможно ли с учетом индивидуальных механизмов саморегуляции использовать имеющиеся остаточные функциональные возможности [64].

Несмотря на важность психологических факторов в РПЛ, не для всех категорий больных созданы программы индивидуальной психологической реабилитации. А ведь всё определяет личность больного. Опора на неё – краеугольный принцип реабилитации. Для некоторых категорий больных (в частности – пациенты после ПГМ) разработаны методы оценки психологических факторов, от которых зависит РПЛ этих пациентов [39].

Но до сих пор недостаточно исследован ПРП больных с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ, что необходимо для создания индивидуальных программ психологической реабилитации. Изучение реабилитационного потенциала и его компонентов важно по причине того, что он раскрывает личностные ресурсы каждого пациента, что возможно в дальнейшем поможет ему наиболее легко адаптироваться к новым условиям жизни и социальной среде.

Важно понимать, что только целостный подход к реабилитации может дать положительные результаты. Вот почему так важно определить психологические факторы реабилитационного потенциала пациента в каждом отдельном случае. Это является основой для определения целей реабилитации и разработки программы психологической поддержки в процессе реабилитации.

#### *1.4 Психологические последствия повреждения головного мозга*

Нарушения сознания наблюдаются при любых (кроме самых легких) повреждениях головного мозга. Одним из последствий является изменение личности больного, когда нередко обнаруживают пролонгированные фазы делирия, иногда изменения в поведении, расстройства настроения, расстройства мышления и дезориентацию.

При повреждении головного мозга, в первую очередь определяются хронические психические последствия травмы. Среди последствий повреждения головного мозга можно выделить появление медицинских, социальных, психологических и правовых проблем. То есть подобные травмы несут не только проблемы со здоровьем, но и создают затруднения для нормальной жизни человека в обществе.

Условно выделяют два типа психологических последствий повреждений головного мозга:

– первый тип: причинами психических функциональных нарушений являются происшедшие в головном мозге структурные нарушения. Для больных с подобными поражениями головного мозга наиболее характерны такие эмоциональные нарушения, как: тревога, депрессия, неустойчивое настроение. Им подвержены от 50 до 70% пациентов [136]. Следующими по распространённости идут поведенческие нарушения, а именно – нетерпимость и импульсивность, повышенная раздражительность, инертность и пассивность [32;42;50]. Ухудшенные память, речь, внимание, восприятие, оценка происходящего (интеллектуальная и эмоциональная), самоконтроль, планирование деятельности, регуляция психической деятельности, прочие психологические функции – обязательно ведут к ухудшению адаптации больного (социально-психологической) [104];

– второй тип психологических последствий (ещё называемый вторичными психологическими проблемами) в основном является реакцией человека на отрицательные воздействия болезни на его возможности и жизнь в целом. Эта реакция проявляется в изменении человеческого поведения, его взглядов, в эмоциональных стрессах. Потеря веры в себя и своё будущее – самая серьёзная психологическая проблема подобных больных [23;25].

Физические и психологические следствия черепно-мозговой травмы часто тяжелым грузом ложатся на плечи родных пациента, особенно при изменении личности пациента. Родственники тяжело переживают все это, испытывают большие трудности, иногда бывают вынуждены полностью менять привычный образ жизни [83].

В зависимости от повреждений мозга, симптомы будут проявляться в большей или в меньшей степени. Последствия повреждений головного мозга могут быть очень серьезными, вплоть до смерти пациента. Остаточные явления могут присутствовать всю жизнь, даже после окончания основной терапии. Из-за этого немаловажно проходить реабилитацию и, если нужно, повторять её через время.

Последствия черепно-мозговой травмы будут зависеть от области повреждения головного мозга и обширности нарушений. Сила последствий может проявляться от легких психологических с отсутствием физических изменений (например, незаметных изменений в поведении) вплоть до полного паралича.

Больному тяжело передвигаться, выполнять прежнюю работу, ухаживать за собой. В тяжелых случаях больной остается прикованным к постели. После повреждения средней тяжести у больного нарушается речевая деятельность, он не может внятно разговаривать, контролировать тембр и громкость голоса. Общение обычно происходит с помощью жестов и мимики. Часто выявляются нарушение памяти. Депрессия – одно из серьезных последствий ЧМТ. Такое состояние не стоит недооценивать, так как положительный психологический настрой необходим для последующего восстановления пациента [53].

Ситуацию ухудшает реакция человека на его болезнь. На её протекание и результат влияют достаточно частые нервно-психические расстройства

непсихотического свойства. Кроме поражения самой мозговой ткани, причиной подобных расстройств и является реакция на недуг [80]. Реакция может быть адаптивной и дезадаптивной. В первом случае происходит конструктивная переоценка больным имеющегося риска, наступает понимание важности лечения на раннем этапе заболевания, его профилактики. Во втором случае (дезадаптивной реакции) возникают пограничные формы расстройств, стойкие и отрицательно воздействующие на лечение основной болезни [80]. Тревожные, депрессивные и невротические реакции и состояния, различной степени тяжести являются самыми распространенными. [80] Также данный факт отрицательно сказывается на восстановлении и на качестве жизни человека после ЧМТ. Депрессивные реакции, достигающие 40-60% случаев, часто сопровождают ЧМТ [80]. Наличие психического расстройства увеличивает вероятность смертности более чем в 2,5 раза, негативно влияет на процесс восстановления. Несмотря на то, что тревожные расстройства изучены меньше депрессивных у таких пациентов, они составляют от 24% до 30%, то есть достаточно распространены [62].

Таким образом, у пациентов после ПГМ наблюдаются психические расстройства. Эмоциональный фон становится обедненным, суженным, присутствует тоска, замедление речи и двигательных реакций, что сводится к депрессивному синдрому [23].

### *1.5 Депрессивный синдром при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга*

Депрессивный синдром представляет собой следующий набор симптомов: подавленное настроение, потеря интереса и радости, повышенная утомляемость. Считается, что основным симптомом депрессии является ангедония, которая

относится к потере интереса или потере чувства удовольствия от определенных занятий, которые обычно приносят людям радость [96].

В настоящее время в «терминологическом определении» депрессии существуют сложности. Несмотря на то, что данная патология широко распространена [140], возникают трудности в отнесении депрессивных расстройств к диагностической группе. Это связано с тем, что депрессия понимается и как симптом, и как синдром, и как диагностическая категория [140]. В настоящее время довольно распространена классификация депрессий по этиологии: эндогенная депрессия неизвестной в настоящее время этиологии, депрессия органического происхождения и психогенная депрессия, связанная с психологическими факторами [98;115;141;144;152 и др.]. Такое разделение является условным, поскольку понятия "эндогенный", "экзогенный" и "психогенный" по своей сути недостаточно определены в психиатрии.

К. Шнайдер (1965) выступал против использования термина "экзогенный" и "органический". Считая, что об "органических" расстройствах речь вести не следует, так как, например, шизофрению и циклотимию с симптоматической точки зрения хотелось бы объяснить органическими причинами, которые, к сожалению, неизвестны. Автор ввел такие понятия, как «соматически обусловленные психозы» на замену «органическим» и «экзогенным». К. Шнайдер предложил критерии диагностики соматически обусловленных психозов, которые сохраняют актуальность и сейчас [145]:

1. Наличие определенных соматических симптомов;
2. Четкая временная связь между психическим и соматическими расстройствами;
3. Параллельность течения тех и других;
4. Наличие типичных психических синдромов, связанных с экзогенным характером психической реакции.

Роль органических изменений в возникновении аффективных расстройств остается неясной. До сих пор не известна причина депрессивных расстройств в одних случаях, и их отсутствие – в других. В работах Альсен, И. Давыдовского



(по Э.Я. Штернбергу [95]) отмечается, что не обнаружена корреляция между психопатическими расстройствами (их тип, тяжесть и протекание) и соматической патологией.

Предпочтение, отдаваемое синдромальным диагностическим критериям современными классификационными системами (согласными с важностью нозологической оценки), оправдано для аффективной психопатологии. Что касается связи, существующей между органическими патологиями и здоровьем человека, указывало много авторов [28;94;95;98;141;145], но остается открытым вопрос о степени участия экзогенных и эндогенных факторов в формировании аффективных расстройств.

В настоящее время не устранены трудности при возникновении аффективной патологии, особенно – в установлении причинно-следственной связи. Ситуация усугубляется, если одновременно присутствует органическая патология. В немалой степени это вызвано патологическим влиянием, оказываемым органическими факторами – и на личностные особенности больного, и на структуру депрессии. При этом ряд авторов обращает внимание на тот факт, что ещё задолго до клинически значимых изменений личности по органическому типу возникает органическая депрессия [9;72].

Относительно взаимосвязи экзогенных и эндогенных (органических и наследственных) факторов возникновения аффективной патологии существует общее для большинства зарубежных и отечественных учёных мнение, что справедливы два положения [29;39;60;127]:

1. Аффективная патология вызывается органической патологией.
2. Органическая патология – провоцирующий (предрасполагающий) и/или патопластический фактор, вызывающий появление аффективных состояний другого генеза, включая эндогенный.

Под "провоцированием" здесь подразумевается перевод болезненного процесса из латентного состояния к манифестации.

«Типичная» картина эндогенной депрессии с характерной для неё депрессивной триадой (идеаторная и моторная заторможенность, тоскливый

аффект) проявляется при органической патологии реже «атипичной» [29]. Атипичность депрессивных состояний (по проявлению и протеканию) выглядит как видоизменённая (под воздействием органических факторов) картина эндогенной депрессии. Либо это вызванное органическим поражением головного мозга депрессивное расстройство [51;87;152].

А.Д. Доильницына и В.В. Цыцарев, выявили связь наличия органического процесса и преимущественно тревожной окраски аффекта – анализируя депрессивную триаду у пациентов с органическим поражением головного мозга [91] (таблица 1):

Таблица 1 – Связь наличия органического процесса и тревожной окраски аффекта

Генез	Ведущий аффект, %		
	апатия	тревога	тоска
Не сосудистый	56,5	26,1	17,6
Сосудистый	0	82,3	17,6

Позже, в своем исследовании С.Л. Макэлрой отметил сосуществование тревожных и депрессивных симптомов у 83-96% пациентов с повреждением головного мозга травматического происхождения. Многие зарубежные и отечественные авторы также отмечают частое присутствие симптомов тревоги в структуре депрессий различного генеза [92;122;123;128].

Диагностика и лечение депрессивных расстройств по сей день остаётся одной из самых сложных задач современной психиатрии. Даже с учётом того, что депрессивные расстройства имеют широкое распространение среди населения всего земного шара [144], всё еще существуют значительные затруднения в обозначении точного термина депрессии. Связано это с тем, что под депрессивным расстройством понимается как симптом, так и синдром, и диагностическая категория [55].

## ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ

1. Теоретический анализ основных концептуальных и методологических основ изучения психологического реабилитационного потенциала (ПРП) показывает, что в литературе это понятие трактуется неоднозначно, нет определения психологических факторов, влияющих на РП, неоднозначное понимание его структуры и компонентов, что затрудняет оценку ПРП у пациентов с депрессивными синдромами при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга.

2. Теоретический анализ литературных источников показал, что депрессивный синдром выделяется как у пациентов при психических заболеваниях, так и после ПГМ, однако имеет качественные различия, а именно то, что при органической патологии отсутствует депрессивная триада, характеризующаяся тоскливым аффектом, моторной и идеаторной заторможенностью.

3. Авторы выделяют схожую структуру психологического реабилитационного потенциала, которая включает в себя потребностно-мотивационную и эмоционально-волевую сферы, однако, компоненты могут различаться в зависимости от заболевания. В связи с этим возникают трудности в определении единых универсальных факторов, влияющих на ПРП при разных нозологиях.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Постановка проблемы исследования.** В соответствии с описанными в первой главе представлениями о психологическом реабилитационном потенциале, можно сказать, что важной особенностью является многокомпонентность феномена. Анализ современных исследований демонстрирует актуальность и новизну проблемы выделения психологических факторов реабилитационного потенциала при разных заболеваниях, несмотря на сфокусированность исследовательских работ на схожей структуре данного феномена.

**Объектом** исследования выступал психологический реабилитационный потенциал у пациентов с депрессивным синдромом.

**Предмет** исследования: психологические факторы реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга.

**Целью** исследования являлось изучение психологических факторов реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

В соответствии с поставленной целью были выделены следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ основных понятий и методологических подходов к исследованию РП при разных заболеваниях.
2. Провести структурированное интервью с клиницистами разных специальностей для выявления представлений врачей о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение.
3. Адаптировать русскоязычную версию опросника интернализованной стигмы психического состояния ISMI-9.
4. Провести эмпирическое исследование по выделению психологических факторов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

5. Выделить значимые факторы психологического реабилитационного потенциала.

6. Провести сравнительный анализ психологических факторов реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

Исходя из **гипотезы** о том, что психологические факторы реабилитационного потенциала различаются у пациентов при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга, были использованы разные психодиагностические техники: тесты, опросники, анкеты.

Выбор психодиагностических методик определялся структурой психологического реабилитационного потенциала, а именно: эмоционально-волевой и мотивационной сферами. Эмоционально-волевая сфера определялась как степень активности пациента в достижении конкретных реабилитационных целей, которая зависит от личностных ресурсов (Опросник потерянных и приобретенных ресурсов), уровня субъективного контроля (тест «Уровень субъективного контроля»), тревожности (интегративный тест тревожности), депрессии (тест депрессии Бека) и влияния стигматизации (ismi-9). Потребностно-мотивационная сфера рассматривалась как совокупность целей, идеалов, установок, мотивов и потребностей, актуальных для пациента в ситуации болезни, которые базируются на типе темперамента и характера (ТСИ-125), отношении к болезни (тип отношения к болезни (ТОБОЛ), методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБис)), механизмах совладания со стрессом (COPE), качестве жизни (SF-36) и социальном окружении (шкала семейного окружения (ШСО)).

Было проведено исследование пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ, а также сравнение полученных данных обеих групп для определения особенностей психологических факторов реабилитационного потенциала. Исследование проводилось с 2017 по 2020 годы на базе ФГБНУ Научный центр психического здоровья и ФГБНУ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии.

## 2.1 Процедура исследования

Для решения поставленных задач и достижения цели исследования, работа была разделена на 3 этапа. Каждый этап имел свои цели.

### 2.1.1 Этап 1. Разработка анкеты и проведение интервью со специалистами на тему реабилитационного потенциала

Целью этого этапа было выявление представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение.

Процедура: со специалистами разных профилей медицинской сферы (неврологи (6 человек) психологи (9 человек), психиатры (7 человек), анестезиологи-реаниматологи (5 человек), реабилитологи (3 человека)) велась беседа на тему реабилитационного потенциала личности. Одно интервью занимало 30-50 минут. Анкета состояла из 15 вопросов, которые касались понятия реабилитационного потенциала, психологического реабилитационного потенциала и их применения на практике, например: «Что Вы вкладываете в понятие «Реабилитационный потенциал»? Что нужно учитывать?», «Что Вы понимаете под понятием «Психологический реабилитационный потенциал»?», «Каким способом Вы оцениваете реабилитационный потенциал пациента?» (полная анкета представлена в приложении 1).

*2.1.2 Этап 2. Адаптация опросника на наличие и степень выраженности самостигматизации (ISMI-9) для пациентов с психическими заболеваниями и после повреждений головного мозга*

Цель: русскоязычная адаптация опросника для выявления наличия и степени выраженности самостигматизации у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

В медицине понятие стигматизации (навешивания социальных ярлыков) наиболее часто используется в психиатрии и относится к процессу, в ходе которого человек выделяется из общества за наличие психиатрического диагноза и впоследствии воспринимается через стереотипы психиатрических пациентов [27].

Особенно стигматизируются не только психически больные, но и соматически больные с различного рода дефектами, выделяющими их в обществе. В том числе, неврологические больные, особенно с дефектами черепа после ПГМ разного генеза, наличие паретичных конечностей или инвалидного кресла [18].

Стигма психического или любого другого заболевания связана с предрассудками и дискриминацией и является результатом одобрения негативных стереотипов о людях с заболеваниями [138]. Интернализованная стигма заболевания – это вредное психологическое влияние, которое возникает в результате усвоения этого предрассудка и направления на самого себя. Реакция самого пациента на свое заболевание и положение в обществе может оказывать ограничивающее влияние на процесс реабилитации и затруднять процесс выздоровления.

Первая шкала для количественного измерения самостигматизации при психических расстройствах (ISMI-29) была разработана Дж. Бойд с коллегами [100]. Ее особенностью является экономичность, т.к. она имеет всего 29 пунктов. ISMI – это инструмент самоотчета, предназначенный для измерения общей силы интернализованной стигмы психического заболевания (т.е. самостигмы психического заболевания) среди людей с психическими расстройствами. Шкала

включает пять тем по интернализированной стигме психического заболевания: отвержение, распознавание стереотипов, восприятие дискриминации, социальная замкнутость и сопротивление стигме. Пункты анкеты предполагают, что респонденты воспринимают себя как людей с психическими заболеваниями (например, "Поскольку у меня психическое заболевание, мне нужно, чтобы кто-то другой принимал большинство моих решений") и поэтому наиболее подходят для использования в клинических группах. В оригинальном исследовании процедура интервью проводилась в режиме онлайн, и респонденты сами назвали себя психически больными или страдающими от депрессии, что означает, что у них мог отсутствовать официальный диагноз или он не был достоверно подтвержден. Каждый пункт оценивался респондентом от 1 (категорически не согласен) до 4 (категорически согласен). Чем выше балл, тем более выражена внутренняя стигма в отношении психического заболевания.

Позднее, авторы данной методики опубликовали краткую версию ISMI с десятью пунктами, выбранными по 2 пункта для каждой из 5 тем [119]. Дж. Х. Хаммер и М.Д. Толанд показали, что данная версия опросника сохраняет оригинальную 5-факторную структуру 29-факторной версии, но имеет недостаточно хорошие психометрические свойства. Кроме того, они предложили собственную сокращенную версию опросника и представили версию ISMI-9 [104]. Несмотря на то, что пункты ISMI-9 также взяты из разных подшкал ISMI-29, конфирматорный факторный анализ подтвердил его однофакторную структуру [119].

#### *Процедура адаптации опросника.*

На этапе адаптации опросника на выявление наличия и степени выраженности самостигматизации приняли участие 103 пациента, разделенные на три группы (подробное описание групп представлено в §2.3):

- 1) пациенты, перенесшие повреждения головного мозга (N=30) (в ясном сознании), без выраженного когнитивного снижения, среди которых 13 мужчин, 17 женщин в возрасте от 19 до 46 лет ( $m=31,5$   $sd=8,3$ );



2) пациенты с эндогенными, преимущественно аффективными расстройствами психики ( $N=30$ ), среди которых 8 мужчин, 22 женщины в возрасте от 18 до 47 лет ( $m=27,9$   $sd=7,7$ )

3) пациенты с психическими расстройствами невротического уровня (РНУ) без выраженного когнитивного снижения ( $N=43$ ), среди которых 12 мужчин, 31 женщин в возрасте от 18 до 49 лет ( $m=32,6$  с  $sd=10,0$ ).

Исследование проводилось на базе ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (Москва), ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва), ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева» (Москва) и ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» (Иваново).

В группу пациентов с повреждениями головного мозга вошли пациенты с последствиями травм головы (Т90 по МКБ 10). У данных пациентов на фоне органического поражения головного мозга психиатром отмечался депрессивный синдром.

В группу пациентов с аффективными заболеваниями вошли пациенты с диагнозом депрессивный эпизод различной степени тяжести (F31, F33, F34.0 по МКБ 10). Для данной группы пациентов характерно преобладание депрессивной симптоматики, частично редуцированной на фоне психофармакологического лечения.

Пациенты подбирались в группу по согласованию с лечащими врачами. Критериями включения являлись ясный уровень сознания ( $CRS>20$ ,  $RLA>8$ ), отсутствие выраженного когнитивного снижения (по заключению психиатра), возраст от 18 до 49 лет. Исследование проводилось индивидуально с каждым пациентом, очно.

Критериями исключения являлись серьезные когнитивные нарушения, снижение интеллектуальных функций, зрительные нарушения, полное отсутствие критики к своему состоянию и наличие острой психотической симптоматики.

Участники исследования были проинформированы о целях, задачах обследования и дали свое согласие на прохождение тестирования и обработку

персональных данных. С каждым пациентом велась предварительная беседа, подписывалось согласие, после чего предлагались опросники.

*2.1.3 Этап 3. Основной этап. Исследование компонентов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга*

В исследовании приняли участие 76 пациентов, которые были разделены на две группы:

1) пациенты с последствиями травм головы (Т90 по МКБ 10) (N=40) (в ясном сознании), без выраженного когнитивного снижения, в возрасте от 19 до 46 лет ( $m=31,5$   $sd=8,3$ ). У данных пациентов на фоне органического поражения головного мозга отмечался депрессивный синдром.

2) пациенты с эндогенными аффективными расстройствами, с диагнозом «Депрессивный эпизод различной степени тяжести» (F31, F33, F34.0 по МКБ 10), в возрасте от 19 до 46 лет ( $m=31,5$   $sd=8,3$ ). Для данной группы пациентов характерно преобладание депрессивной симптоматики, частично редуцированной на фоне психофармакологического лечения.

Исследование проводилось на базе ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (Москва), ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

*Методы и процедура исследования*

Эмпирическое исследование проводилось автором данной работы в индивидуальном порядке, в изолированном помещении. После беседы, в которой разъяснялась цель исследования, собирались анамнестические сведения, анкетные данные и было подписано информированное согласие об участии в исследовании, в определенной последовательности предлагался набор методик: методика «Реабилитационный потенциал личности»; личностный опросник темперамента и

характера (ТСИ-125); методика Тип отношения к болезни (ТОБОЛ); методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС), шкала депрессии Бека; интегративный тест тревожности (ИТТ СТ); методика «Уровень субъективного контроля» (УСК); опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР); шкала семейного окружения (ШСО); опросник гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat; опросник интернализованной стигмы психического состояния (ISMI-9); шкала совладания (копинга) юмором; опросник копинг-стратегий (COPE); опросник для оценки качества жизни (SF-36). В группе пациентов после повреждений головного мозга реабилитологом были оценены степень зависимости человека от посторонней помощи (FIM) и мобильности пациента (ИМР). В среднем, время проведения интервью занимало не больше часа, после чего предложенная батарея тестов оставалась у испытуемых и самостоятельное заполнение занимало от 1 до 3 дней. Затем через 2 недели после начала реабилитации пациенты заполняли повторно опросник качества жизни SF-36 для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Полученные в ходе исследования данные обрабатывались с помощью программ Microsoft Office Excel, Statistica 10.

Для проверки статистической значимости различий в распределениях признаков использовался U-тест Манна-Уитни, с максимально допустимым уровнем вероятности ошибки  $P=0,05$ . Для обработки статистики (выборочные распределения двух групп отличались от нормальных - коэффициент Шапиро-Уилка  $W<0,99$ ) использовались непараметрические методы, в связи с чем применялся корреляционный анализ Спирмена (R), с допустимой ошибкой  $P<0,05$ .

Достоверность результатов исследования была достигнута за счет оптимальной выборки респондентов, использования различных методик определения схожих признаков, а также статистической достоверности полученных результатов.

## 2.2 Характеристика методов исследования

Выбор психологических методик определялся на основании компонентов психологического реабилитационного потенциала, выделенных Ж.В. Порохиной [64]. Эмоционально-волевой компонент включал в себя оценку индекса ресурсности, уровня субъективного контроля, наличие и степени выраженности тревожности, депрессии, гелотофобии и самостигматизации. Потребностно-мотивационный компонент реабилитационного потенциала личности был направлен на изучение типа отношения к болезни, темперамента, стиля совладания со стрессом, качества жизни и семейного окружения пациента.

Оценка РПЛ производилась по методике И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич «*Реабилитационный потенциал личности*» [46], разработанной в 2011 г. и апробированной в следующие 2 года. В основе методики модифицированные открытые индивидуальные вопросы из опросника Ж.В. Порохиной [64] и структурированное интервью Ж.Е. Куртановой [48].

Методика предназначалась для людей старше 16 лет. Реализована в виде анкеты с 28 вопросами (закрытыми) и тремя вариантами ответов. Существует две версии анкеты – групповая и индивидуальная [46].

В анкете даны 5 шкал, каждая под одну из следующих компонент РПЛ: мотивационную, эмоциональную, самооценки, коммуникативную и внутреннюю картину болезни.

Мотивационный компонент показывает активность больных (её уровень и широту интересов), решавших текущие и учебные (профессиональные) задачи/проблемы по восстановлению/поддержанию здоровья. Сюда входили вопросы по текущим житейским проблемам, по изменению интересов пациентов за время болезни, по отношению к работе, прочие. Можно было набрать максимум 12 баллов.

Эмоциональный компонент представляет общий (положительный или отрицательный) эмоциональный фон больного, его динамику, способность

пациента управлять эмоциями. Вопросы выясняли частоту радостного настроения, способность расстраиваться, прочее. Максимальная сумма баллов 8.

Самооценочный компонент выявляет отношение пациента к себе как больному, свои важнейшие характеристики. Вопросы выясняли: счастлив ли пациент, его отношение к себе, прочее. Максимальный набор баллов 8.

Коммуникативный компонент выявляет значимые социальные связи больного, их специфику и динамику развития за отчётное время, его удовлетворённость межличностными отношениями. Вопросами выяснялось: наличие близких людей, связанных глубокими отношениями, перемены в семейных отношениях, способы решения проблем, перемены во взаимоотношениях с окружающими в отчётном периоде. Максимальные баллы – 8.

Понятие внутренней картины болезни (ВКБ) введено Р.А. Лурией [51]. В западной психологии используется понятие восприятие болезни [127; 148], близкое понятию Лурии. Имеет две составляющие: когнитивную и эмоциональную. Первая даёт представления о болезни, протекании, причинах и последствиях. Вторая составляющая выражает отношение к образу жизни и болезни пациента. Важной составляющей реабилитационного потенциала являются внутренние ощущения самого пациента в целом. То, как он чувствует себя в данной ситуации, какие эмоции испытывает. То, как к нему относятся другие люди, в какой он находится социальной среде. Как он себя позиционирует, какое отношение к прошлому и настоящему. От всех этих моментов зависит выбор модели общения с пациентом. В связи с этим, в данной методике одна треть вопросов приходится только на исследование внутренней картины болезни как составляющей реабилитационного потенциала личности. Использовались следующие вопросы: «Часто ли Вы думаете о своей болезни?», «Зависит ли Ваше настроение от болезни?», «Нужно ли рассказывать близким и друзьям о проблемах со своим здоровьем?», «Как Вы думаете, жизнь здорового человека отличается от жизни больного?». Максимальное количество баллов – 20.

Общий уровень реабилитационного потенциала личности представляет собой процент суммы баллов по всем 28 пунктам от максимального значения (56). Уровни считали средними при получении значений в диапазоне от 41 % до 60 %, высокими — выше 60 %, низкими — менее 41 % [46].

Для определения темперамента был использован всесторонний личностный опросник темперамента и характера Клонингера (*Temperament and Character Inventory ((TCI-125))*), разработанный Р. Клонингером в 1986 г. [105]. На русском языке методика была адаптирована С.Н. Ениколоповым и А.Г. Ефремовым в 2001 г. [26]. Опросник состоит из 125 утверждений, которые касаются жизни пациента, с которыми он должен либо согласиться, либо нет. В основе опросника лежит теория Р. Клонингера, выделяющая 4 главные личностные характеристики: поиск новизны, зависимость от поощрения, избегание опасности и упорство. Каждая из них включает несколько составляющих. В результате опросник позволяет выявить, насколько выражены 4 черты темперамента («поиск новизны», «зависимость от награды», «настойчивость» и «избегание вреда»), и 3 черты характера («самонаправленность», «трансцендентность Я», «сотрудничество»).

Ответ на каждый пункт предполагает два варианта: Верно / Неверно. Подсчет результатов проходит согласно «ключу» ответов, где совпадение ответа пациента с ключом равно 1 баллу. Когда все баллы подсчитаны, сырые баллы переводились в проценты, так как для каждой шкалы имелся свой максимальный балл.

Ещё в 1987 г. коллективом Л.И. Вассермана с соавторами из НИИ им. Бехтерева был разработан тест «*Тип отношения к болезни*» (ТОБОЛ). Он моделировал мышление классического психолога и/или психоневролога при определении психического состояния и личностной диагностики пациента, во многом помогая компенсировать нехватку опыта у врачей-интернистов, поскольку во многих клиниках соматического профиля отсутствовали клинические психоневрологи и психологи [66]. Поначалу методика называлась «ЛЮБИ» (Личностный опросник Бехтеревского института) и выглядела как бланк с двенадцатью группами утверждений, в каждом из которых пациент должен выбрать цифру – 1 или 2. Это отличало от теста с необходимостью ответа на

вопросы. Каждая группа утверждений относилась к определённой жизненной сфере: самочувствию, аппетиту, сну, отношению к родным и близким, окружающим, к медперсоналу, болезни, лечению, к работе, будущему, к одиночеству. В каждой группе больной выбирал утверждение (в крайнем случае – 2 утверждения), наиболее соответствующее его состоянию. В случае, если не соответствовало ни одно из утверждений, то выбиралось последнее, гласящее, что не подходит никакое утверждение.

Данный тест позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Для нахождения типа отношения пациента к болезни из заполненных шкал выбирают ту, что имеет максимальную сумму диагностических коэффициентов, после чего находят диагностическую зону, то есть шкалу (шкалы) с оценками, меньшими максимальной не более чем на 7 баллов. Если только одна шкала имела максимальную сумму коэффициентов и только одна шкала попадала в диагностическую зону, то выбирался только тип, соответствующий шкале, попавшей в диагностическую зону. И этот тип – чистый. Если в диагностической зоне оказывается одна шкала, то диагностируется «чистый» тип, соответствующий этой шкале, если две или три, то «смешанный», если более трех – «диффузный».

Типы отношения к болезни так же можно разделить на «блоки», при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается (гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни) или нарушается (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы).

Рисуночная методика оценки воздействия болезни и симптомов (*МОБuC*) разработана С. Бучи и Т. Сенски в 1999 году [102], адаптирована Е.В. Садальской с соавторами в 2000 году [69] и направлена на скрининговую диагностику отношения к болезни при психических заболеваниях. Перед пациентом кладут лист А4 и дают инструкцию: «Представьте, что это Ваша жизнь». В правом нижнем углу

расположен желтый круг («Представьте, что это Вы»), и просят разместить на листе круги для следующих объектов – семья, работа/учеба, болезнь, а также для 2 психических и 2 соматических жалоб, которые наиболее для него важны. Выводы об отношении болезни и симптомов, и их роли в жизни пациента делаются на основании сравнения расстояний от середины круга «Я» (начало координат), до центров других кругов. Были рассчитаны относительные расстояния, деля абсолютные значения на среднее расстояние от «Я» до двух других объектов – семьи и работы/учебы.

Для выявления наличия и степени выраженности депрессии использовалась *шкала депрессии*, разработанная А. Беком в 1961 г. [99], адаптирована Н. В. Тарабриной (2001) [81]. В шкале депрессии Бека около ста утверждений, касающихся специфических проявлений депрессии – по 4-5 утверждений в каждой категории симптомов и жалоб. Всего категорий 21. Каждое последующее утверждение усиливает влияние симптома на тяжесть депрессии в целом. Минимально выраженному симптому соответствует значение 0, максимально выраженному соответствует 3. Сумма максимальных баллов всей шкалы равна 62. В зависимости от полученной суммы баллов судят о тяжести депрессии больного: от 0 до 9 говорят об отсутствии депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия.

Для определения наличия и уровня тревожности был использован *интегративный тест тревожности* (ИТТ СТ), разработанный в НИПНИ им. Бехтерева А.П. Бизюком, Л.И. Вассерманом и Б.В. Иовлевым в 2005 году [7]. Данная методика является оригинальным экспресс психолого-диагностическим инструментом для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности. После подсчета сырых баллов и перевода их в станайны (ст.), результат < 4 ст. говорит о низком уровне тревожности; 4-6 ст. нормальный уровень; 7 > ст. высокий уровень тревожности.

Методика *уровень субъективного контроля* (УСК) разработана на основе шкалы Дж. Роттера [127] в НИИ им. Бехтерева и опубликована Е. Ф. Бажиным с



соавт. в 1984 году [3]. Она направлена на оценку уровня субъективного контроля над разнообразными ситуациями, другими словами, определяет степень ответственности человека за свои поступки и свою жизнь. Опросник УСК состоит из 44 пунктов, которые описывают различные способы интерпретации человеком наиболее часто встречающихся социальных ситуаций. Пациенту необходимо поставить «+» (если он считает, что утверждение к нему относится), или «-» (если не относится). С помощью ключа подсчитываются «сырые» баллы по каждой шкале, после чего «Сырые» баллы переводятся в стенов. Результат  $> 5,5$  стенов свидетельствует об интернальном типе контроля,  $< 5,5$  стенов – экстернальный тип.

С помощью опросника «*Потери и приобретения персональных ресурсов*» (ОППР) оценивалось соотношение потерь и приобретений личностных ресурсов. Опросник разработан Н. Водопьяновой и М. Штейн в 2009 году [15] на основе ресурсной концепции психологического стресса С. Хобфолла [120]. Опросник состоит из 2 частей: оценка потерь (30 вопросов) и оценка приобретений (30 вопросов), с его помощью производится оценка временного (за последний год-два) соотношения потерь и приобретений личностных ресурсов. Пациенту предлагается оценить по 5 балльной шкале степень напряженности его переживаний по каждому пункту опросника, например: «Стабильность в семье», «Мотивацию (желание) что-то делать», «Уверенность, что я достигаю своих целей» и другие.

Подсчитывается индекс ресурсности как частное от деления суммы баллов «приобретений» на сумму баллов «потерь». Значение индекса ресурсности  $< 0,8$  говорит о низком балансе между приобретениями и потерями;  $0,8-1,2$  – средний;  $> 1,2$  – высокий индекс ресурсности.

*Шкала семейного окружения (ШСО)* разработана Р.Х. Мус в 1974 году [131], на русском языке адаптирована С. Ю. Куприяновым в 1985 году [94]. Шкала предназначена для оценки социального климата в семьях и включает десять шкал, каждая из которых представлена девятью пунктами, имеющими отношение к характеристике семейного окружения: сплоченность, экспрессивность, конфликт, независимость, ориентация на достижения, интеллектуально-культурная

ориентация, ориентация на активный отдых, морально-нравственные аспекты, организация, контроль. Пациенту предлагается согласиться или не согласиться с утверждениями о семье, например: «Мы проводим большую часть времени выходных дней и вечеров дома», «Члены моей семьи часто слушают лекции на морально-этические темы», «Вся деятельность нашей семьи тщательно планируется», «У нас редко командуют членами семьи» и т.д.

При обработке данных опроса для каждой шкалы был рассчитан показатель путем суммирования ответов по всем пунктам соответствующей шкалы. Таким образом, низкий балл – это диапазон от 1 до 3; средний балл - от 4 до 6; высокий балл - от 7 до 9.

Также выделяются категории семейных отношений:

«Показатель отношений» вычисляется суммой субшкал «сплоченность», «экспрессивность», «конфликт».

«Показатель личностного роста»: «Независимость», «Ориентация на достижения», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых», «Морально-нравственные аспекты».

«Показатели управления семейной системой»: «Организация», «Контроль».

Для определения наличия и степени выраженности гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма использовался опросник *PhoPhiKat* <30> («gelotoPhobia», «gelotoPhilia», «Katagelasticism»), разработанный В. Рухом с соавторами в 2009 году [142], адаптированный для российской выборки Ивановой Е.М. с соавторами в 2016 году [36]. Опросник состоит из 30 вопросов, предназначенных для измерения трех показателей: гелотофобии - страха казаться объектом насмешки (например, «Когда в моем присутствии начинают смеяться, я настораживаюсь»), гелотофилии – стремлении выглядеть смешным (например, «В компании других людей я люблю подшучивать над собой, чтобы рассмешить окружающих»), катагеластичизма – склонности высмеивать окружающих (например, «Я люблю выставлять людей в смешном виде, и мне нравится, когда это вызывает смех окружающих»).

Подсчитывается средний балл по каждой шкале, согласно ключу. Баллы от 0 до 1,9 говорят о низкой степени выраженности гелотофобии, гелотофилии или катагеластиицизма; от 2 до 2,9 баллов – средняя степень выраженности; и 3-4 балла – выраженная гелотофобия, гелотофилия или катагеластиицизм.

Для определения наличия и степени выраженности самостигматизации использовался опросник (ISMI-9), разработанный Дж. Х. Хаммером и М.Д. Толандом в 2016 году [119], адаптирован Воронцовой В.С. с соавторами в 2019 году [18]. Опросник состоит из 9 утверждений, где каждый пункт оценивался пациентом от 1 (полностью не согласен) до 4 (полностью согласен). Для оценки степени выраженности самостигматизации по итоговому баллу ISMI-9 используются следующие градации [119]:

1.00-2.00: отсутствие/ минимальный уровень самостигматизации

2.01-2.50: низкий уровень самостигматизации

2.51-3.00: умеренная самостигматизация

3.01-4.00: выраженная самостигматизация.

Русскоязычная версия опросника представлена в приложении ...

Для исследования совладающего поведения с помощью юмора использовалась *шкала копинг-юмор*, разработанная Р. Мартином и Г. Лефкуром в 1983 году [129] и адаптирована Артемьевой Т.В. в 2011 году [2]. Шкала состоит из 7 пунктов, которые оценивают, насколько пациенты используют юмор, чтобы справиться со стрессом. Например: «Я часто теряю чувство юмора в трудной ситуации», «Я часто чувствую, что если бы возникла ситуация, плакать мне или смеяться, то я бы лучше смеялся». Ответы на вопрос даны по шкале 1-4, от категорического несогласия (1) до категорического согласия (4). За каждый положительный прямой вопрос (2,3,5,6,7) и отрицательный обратный (1,4) присваивается по одному баллу. Максимальное количество баллов по данной методике равно 7. Результаты до 3 баллов говорят о редком использовании юмора в напряженных ситуациях. От 4 до 7 баллов говорит о частом использовании юмора как совладающего поведения.

*Опросник совладания со стрессом (Копинг - англ. "coping" - справиться, выдержать, совладать)* был разработан К. Карвером, М. Шейером и Дж. Вейнтраубом в 1989 году [103], Опросник совладания со стрессом был адаптирован на русском языке и валидизирован П.А. Ивановым, Н.Г. Гараняном (2010 г.) и Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осиным (2013 г.) [68]. 15 шкал опросника, включающие 60 вопросов, позволяют протестировать продуктивные и непродуктивные копинг-стратегии в самом широком спектре. В том числе: склонности к религиозному обращению (в стрессовых ситуациях) и к употреблению психоактивных веществ, две формы опоры на социальную поддержку – эмоциональная и инструментальная. При этом в качестве критерия эффективности выбрано понижение чувства стрессовой уязвимости.

Исходя из расширенной классификации копингов Ч. Карвера с коллегами [103] и Э.Фрайденберг - Е.Льюиса [113], следует, что к наиболее приспособленным копинг-стратегиям относятся разрешательные стратегии, то есть нацеленные непосредственно на решение проблемной ситуации: «активное совладание», «принятие», «планирование», «позитивное переформулирование», «поиск соц. поддержки инструментального характера».

Человек может адаптироваться к стрессовой ситуации не только с помощью стратегий активного копинга. Ему может помогать блок следующих стратегий совладания: «сдерживание», «поиск эмоциональной соц. поддержки», «юмор», «подавление конкурирующей деятельности».

Неадаптивные стратегии составляют третью группу копинг-стратегий. Не все, но те, что помогут пациенту справиться со стрессовой ситуацией, адаптироваться к ней. В тяжёлых жизненных ситуациях человеку помогут следующие стратегии: «выражение эмоций, фокусирование на них», «отрицание», «отстранение – поведенческое и ментальное». Особая категория копинг-стратегий – «применение наркотиков, алкоголя», «обращение к помощи религии».

Условные критерии интерпретации: 0% - 20% низкий показатель; 21% - 40% пониженный показатель; 41% - 60% средний показатель; 61% - 80% повышенный показатель; 81% - 100% высокий показатель.

Качество жизни оценивалось с использованием Опросника MOS SF-36, разработанного в 1993 году Дж. Вейером и позднее (1998 г.) [151], валидизированного в Межнациональном Центре исследований качества жизни аналитиками соответствующего сектора (Санкт-Петербург) [93]. Оценивалось специфическое качество жизни – главным показателем было здоровье безотносительно, к заболеванию, полу, возрасту, специфике лечения.

Оценка одиннадцати разделов опросника происходит по 8 шкалам по принципу: чем больше балл, тем выше качество жизни (здоровья). Шкалы сгруппированы в два показателя: физический и психологический компоненты здоровья.

1) Общее состояние здоровья – оценка пациентом своего текущего состояния здоровья и перспектив лечения.

2) Физическое функционирование, которое отражает степень, в которой состояние здоровья ограничивает способность выполнять физическую деятельность (уход за собой, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.д.).

3) Влияние физического состояния на ролевое функционирование (работа, выполнение повседневной деятельности).

4) Влияние эмоциональных состояний на ролевое функционирование включает оценку степени, в которой эмоциональные состояния мешают выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, снижение рабочей нагрузки, снижение качества работы и т.д.).

5) Социальное функционирование, определяемое тем, насколько физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную деятельность (общение).

6) Интенсивность боли и ее влияние на способность выполнять повседневную деятельность, включая работу по дому и вне дома.

7) Жизнеспособность (означает ощущение энергичности или, наоборот, усталости).

8) Самооценка психического здоровья, описание настроения (наличие депрессии, тревоги, общий индекс положительных эмоций).

Чем выше балл, тем выше качество жизни:

0% - 20% низкий показатель качества жизни;

21% - 40% пониженный показатель качества жизни;

41% - 60% средний показатель качества жизни;

61% - 80% повышенный показатель качества жизни;

81% - 100% высокий показатель качества жизни.

Для группы пациентов после повреждений головного мозга из историй болезни были взяты данные о степени зависимости человека от посторонней помощи с применением шкалы функциональной независимости FIM (Functional Independence Measure) [114] и информация о клинической оценке мобильности пациента с помощью индекса мобильности Ривермид (ИМР) [124]. Измерение функциональной независимости (FIM) – это инструмент оценки, целью которого является оценка функционального состояния пациентов на протяжении всего процесса реабилитации после инсульта, черепно-мозговой травмы, повреждения спинного мозга или рака.

Опросник симптомов после повреждений головного мозга Ривермид представляет собой анкету, которая может быть введена кому-то, кто перенес мозговую катастрофу для измерения тяжести симптомов. Опросник используется для определения наличия и тяжести синдрома после ПГМ, набора соматических, когнитивных и эмоциональных симптомов после черепно-мозговой травмы, которые могут сохраняться от недели [126] до месяцев [130] или даже более шести месяцев [110;130].

### *2.3 Описание выборок и обоснование включения пациентов в исследование*

В исследовании приняли участие 2 группы пациентов. Отбор пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях проводился на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева»; вторая группа пациентов – с депрессивным синдромом при

повреждениях головного мозга – отбиралась на базе ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии». Для группы пациентов с психическими расстройствами обследование проводилось после снятия острой депрессивной симптоматики и заключения психиатра о готовности пациента к исследованию, для группы пациентов после ПГМ – после установления нейропсихологом повышения уровня сознания пациента и заключении об отсутствии выраженного когнитивного снижения.

Психодиагностическое обследование пациентов проводилось в период снятия острой депрессивной симптоматики (для пациентов с психическими заболеваниями) и после установленного повышения уровня сознания, а также при отсутствии выраженного когнитивного снижения для пациентов после ПГМ. Затем через 2 недели после начала реабилитации пациенты заполняли повторно опросник качества жизни SF-36 для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Критериями включения пациентов в исследование были следующие признаки:

- для психических расстройств: установленный диагноз аффективного расстройства по МКБ-10 (биполярно-аффективное расстройство, циклотимия, рекуррентное депрессивное расстройство), депрессивная фаза;

- для органических расстройств: повреждение головного мозга (ЧМТ), уровень сознания по Шкале восстановления после комы (Coma recovery scale-Revised (CRS-R)) [117] не ниже 23 баллов (была разработана в 2004 г. J. Giacino с соавт., адаптирована Мочаловой Е.Г. с соавт. [56], оценивалось нейропсихологом); уровень когнитивных функций по Шкале уровней когнитивного функционирования Rancho Los Amigos scale (RLAS) (или Ранчо шкала, оценивалось нейропсихологом) [121] не ниже 8 баллов, наличие клинически диагностированного психиатром депрессивного синдрома.

Критериями исключения для обеих групп были следующие признаки: сниженный уровень сознания (по CRS-R); выраженные когнитивные нарушения (по RLAS), зрительные нарушения, отсутствие согласия пациента на участие в

исследовании, полное отсутствие критики к своему состоянию и наличие острой психотической симптоматики.

Отбор пациентов проводился специалистами отделения (психиатры, нейропсихологи).

Всего в исследовании приняло участие 76 пациентов, которые были разделены на 2 группы: группа пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях (N=36) и группа пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ (N=40). Распределение по полу показано в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациентов по полу

Группа	Мужчины, %	Женщины, %
Пациенты с психическими заболеваниями	30,5	69,5
Пациента после ПГМ	47,5	52,5

Возраст больных составлял от 18 до 46 лет (группа пациентов с психическими заболеваниями  $m=28,56$ ,  $SD= 8,03$ , группа пациентов после ПГМ  $m=31, 93$ ,  $SD=8,34$ ).

Клинико-нозологическая структура выборки пациентов с психическими заболеваниями и после ПГМ представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Клинико-нозологическая структура выборки

Шифр МКБ-10	Нозологическая форма	Абс.	%
F31	Биполярное аффективное расстройство	7	9,2
F33	Рекуррентное депрессивное расстройство	4	5,2
F34.0	Циклотимия	25	32,9
<b>Итого пациентов от общего количества:</b>		<b>36</b>	<b>47,3</b>
<b>T90</b>	<b>Последствия травм головы</b>	<b>40</b>	<b>52,7</b>



В состав изучаемых выборок вошли пациенты с различной длительностью заболевания (таблица 4).

Таблица 4 – Распределение пациентов в зависимости от длительности заболевания

Длительность заболевания	Пациенты с психическими расстройствами		Пациенты после ПГМ	
	Абс.	%	Абс.	%
Менее года	13	36,2	23	57,5
1 год	15	41,6	11	27,5
2 года	4	11,1	4	10
Более 3 лет	4	11,1	2	5
<b>Итого</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Представленные в таблице 3 данные показывают, что в группе пациентов с психическими расстройствами почти половина пациентов уже около года страдают психическим расстройством, в то время как пациенты в другой группе являются первичными, т.е. их госпитализация оказалась первой на момент начала исследования.

Семейное положение пациентов, принявших участие в исследовании представлено в таблица 5.

Таблица 5 – Семейное окружение пациентов

Семейное окружение	Пациенты с психическими расстройствами		Пациенты после ПГМ	
	Абс.	%	Абс.	%
Родительская семья	10	27,8	16	40
Собственная семья без детей	8	22,3	7	17,5
Собственная полная семья с детьми	12	33,3	8	20
Одиночное проживание	6	16,6	9	22,5
<b>Итого:</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Представленные в таблице 4 данные показывают, что в группе пациентов с психическими расстройствами практически равное распределение по виду семейного положения, в то время как у пациентов с ПГМ превалирует жизнь в родительской семье.

В группе пациентов с повреждениями головного мозга также учитывались показатели реабилитационной маршрутизации (шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) [136]) и медицинского реабилитационного потенциала [65] (в группе пациентов с психическими расстройствами эти показатели не оценивались специалистами).

Оценка реабилитационной маршрутизации проходила по следующей градации: Оценка 0-1 - не нуждается в реабилитации; 2-3 – курс лечения в условиях ОМР дневного стационара; 4-6 – курс лечения в условиях ОМР круглосуточного пребывания, курс выездной реабилитации в домашних условиях, консультация в телемедицинском режиме. На рисунке 2 можно увидеть распределение результатов.



Рисунок 2 – Шкала реабилитационной маршрутизации пациентов после ПГМ

Как можно увидеть, 50% пациентов после ПГМ не нуждаются в дальнейшей реабилитации, 43% - наоборот, необходимо круглосуточное наблюдение, и только

7% - курс лечения в дневном стационаре. Это говорит о том, что на уровень психологического реабилитационного потенциала у пациентов после ПГМ может оказывать сильное влияние соматического состояния, в отличие от ситуации у пациентов с психическими расстройствами.

### ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1 Этап 1. Выявление представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение

Для выявления представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение, было проведено структурированное интервью с врачами, психологами и логопедами ФГБНУ НЦПЗ и ФГБНУ ФНКЦ РР. Всего в интервью приняло участие 30 специалистов.

Распределение специальностей опрошенных респондентов представлено в таблице 6. Вопросы были направлены на определение понятия реабилитационного потенциала и психологического реабилитационного потенциала, приходилось ли им оценивать РП и ПРП в своей практике, а также какие важные критерии РП они бы выделили. Список вопросов интервью представлен в Приложении 1.

Таблица 6 – Распределение специалистов, участвовавших в интервью на тему реабилитационного потенциала по специальностям

<b>Специальность</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>
Реабилитолог	3	10
Анестезиолог-реаниматолог	5	16,7
Невролог	6	20
Психолог	9	30
Психиатр	7	23,3
Всего:	30	100

Согласно результатам интервью, анестезиологи-реаниматологи используют понятие реабилитационного потенциала как для количественной, так и для качественной оценки прогнозирования состояния больного, отражающее состояние головного мозга, состояние внутренних органов. Психологический реабилитационный потенциал не учитывается. Это объясняется особенностями специальности, а именно работой с пациентами в том числе в сниженном или

вегетативном состоянии сознания, где на первое место выходят физиологические функции пациента.

Из интервью с врачами анестезиологами-реаниматологами:

*«Для меня реабилитационный потенциал – это понятие окончательно не сформулированное, противоречивое и не понятно, для чего предложенное. Прежде всего, это понятие, на мой взгляд, было сформулировано для проведения каких-то расчетов для того, чтобы выявить на сколько оптимистично, на сколько успешно будет реабилитационное лечение у конкретного больного».*

*«Я предполагаю, что для того, чтобы оценить реабилитационный потенциал, в количественном плане, нужно очень-очень много вводных дополнительных, которые в настоящее время выполняются не обязательно, нет каких-то нормативных актов, нет соответствующей квалификации у специалистов, отсутствуют условия и так далее».*

*«Если говорить о восстановлении, о возможности восстановления головного мозга, приняв условия, в которых находится этот мозг, я имею в виду деятельность всех органов и систем за идеальные, то мы получим какие-то относительные сведения, касающиеся вот этого реабилитационного потенциала по восстановлению мозга. Но это чисто гипотетическое. Но коль скоро мы не можем отделить голову от туловища, мы не можем рассматривать головной мозг отдельно от состояния желудочно-кишечного тракта, легких, трофических каких-то изменений, биохимических показателей, гемодинамики и так далее, и так далее, то все это, что относится к реабилитационному потенциалу, представляется спекулятивной проблемой».*

*«Говорить о реабилитационном потенциале с точки зрения одномоментного обследования, такого, которое выполняется психологами, неврологами, проводится нейровизуализация, какие-то вторичные коморбидные осложнения играют огромную роль на восстановлении деятельности мозга. Естественно, об этом можно говорить очень долго, и я полагаю, что говорить о реабилитационном потенциале можно весьма-весьма схематично, весьма примитивно, последовательно. Почему? Потому что вот вы оцениваете,*

*например, состояние мозга, находите что у пациента имеется определенный реабилитационный потенциал: у него есть динамика, например, улучшение деятельности мозга, появились рефлексy, стал следить взором, он пытается ответить на какие-то вопросы и так далее и так далее. Это неврологические проявления. Вы ставите, что у него хороший реабилитационный потенциал, что есть возможности. Но у пациента вдруг развивается почечно-печёночная недостаточность или у него развивается нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта с развитием белково энергетической недостаточности. И вся ваша оценка реабилитационного потенциала, она становится неправомерна, понимаете? Как тут оценить? А очень трудно».*

Неврологи чаще рассматривают реабилитационный потенциал с точки зрения не только физических возможностей пациента, но и реабилитационной среды, причисляя к наиболее важным факторам экзогенные: окружение пациента, уход за ним, вспомогательные средства ухода и т.д. Так же при оценке РП опираются на уровень сознания и соматическую отягощенность. С понятием ПРП не сталкивались, однако, при более детальном расспросе, выяснилось, что всё же оценивают в некоторой степени его компоненты. Например, окружение пациента, его отношения с родственниками, мотивационную приверженность лечению и наличие критики к своему состоянию. *«Если у пациента не ладятся отношения с теми людьми, с которыми он живет, то о какой успешности реабилитации мы можем говорить? Только он от нас выпишется, как ему опять станет хуже, потому что эмоциональный фон будет подавлен, и мотивация к дальнейшей реабилитации снизится».* Таким образом, неврологи считают, что определение реабилитационного потенциала пациента влияет на ход реабилитации в целом. Это позволяет составить индивидуальную программу реабилитации.

Понимания РП у психиатров и психологов достаточно схожи. С их точки зрения, РП – это способность человека к восстановлению и необходимо оценивать как физиологические функции, уровень сознания, степень поражения, возраст пациента, так и социальный статус, качество жизни до травмы, после травмы и после реабилитации. В своей работе, опираясь на медицинский РП, оценивают

ПРП: психический статус, особенности личности до болезни (со слов родственников), степень психического расстройства, оценку уровня возможностей и социальной компетентности, отношения с родственниками. Считают, что оценка реабилитационного потенциала пациента способствует разработке более эффективных реабилитационных программ: позволяет выделить мишени, подобрать наиболее подходящую стратегию реабилитации. Возможности изменить отношение человека к его травматическому опыту, помочь перестроить его жизнь к тем обстоятельствам что он имеет после травмы. Из интервью с психологами: *«ПРП – это мотивационная приверженность лечению, наличие критики к своему состоянию. Возможно, это степень личностной ресурсности и т.д., что может способствовать восстановлению. Это динамика восстановления высших психических функций, а также включенность пациента в процесс реабилитации. Психологический реабилитационный потенциал, на мой взгляд, тесно связан с мотивацией пациента и с его отношением к болезни».*

Врачи-реабилитологи рассматривают реабилитационный потенциал с точки зрения оценки функциональной недостаточности. Например, при высоком реабилитационном потенциале предполагается полное восстановление либо полная компенсация нарушенных функций. Проще говоря, РП включает в себя потенциал восстановления физиологических функций, а также способность к этому восстановлению. Психологические особенности (а значит и психологический реабилитационный потенциал) не учитываются. *«РП – это показатель, оценивающий психофизиологические и социальные факторы состояния пациента, влияющие на возможности восстановления нарушенных функций в процессе реабилитации. При оценке РП важен соматический статус, давность неврологической клиники, уровень сознания, степень поражения, возраст пациента и социальный статус».*

Таким образом, можно увидеть, что специалисты разных направлений по-разному рассматривают понятия РП и ПРП и их факторы. Необходимость изучения психологического реабилитационного потенциала врачами обуславливается его

связью с общим реабилитационным потенциалом и взаимосвязью с процессом реабилитации. Это подтверждает необходимость совместного изучения РП и ПРП.

Эти данные позволили подтвердить актуальность исследования психологических факторов реабилитационного потенциала.

### 3.2 Этап 2. Адаптация опросника ISMI-9

В этом этапе исследования приняли участие 103 пациента, которые были разделены на 3 группы: пациенты с последствиями травм головы (N=30), пациенты с депрессивным эпизодом различной степени тяжести (эндогенные аффективные расстройства - ЭАР) (N=30) и пациенты с психическими расстройствами невротического уровня (РНУ) без выраженного когнитивного снижения (N=43).

Был выполнен прямой и обратный перевод опросника ISMI-9 с английского на русский язык (в соответствии со стандартным алгоритмом адаптации зарубежных опросных методов Ю.Л. Ханина (1977)) [88].

Кроме того, была проведена модификация опросника для использования у пациентов с неврологической патологией. Таким образом, было использовано 2 варианта, которые отличались формулировкой ряда пунктов: один для пациентов с психическими расстройствами, представляющий собой перевод оригинальной версии (например: «Никто не захотел бы сблизиться со мной из-за моего психического заболевания»), другой – для пациентов с неврологической патологией (например: «Никто не захотел бы сблизиться со мной из-за моего состояния»).

Методики, использованные в исследовании для валидации опросника ISMI-9:

1) ТОБОЛ (тип отношения к болезни) [13]. Методика предназначена для психологической диагностики 12 типов отношения к болезни, описанных А.Е. Личко: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический,



апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

2) PhoPhiKat<30> - опросник отношения к юмору и смеху, оценивающий выраженность гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма [29]; в данной работе использовалась только шкала гелотофобии (страха насмешки).

В результате психометрического анализа русскоязычной версии опросника ISMI-9 были получены следующие описательные статистики и психометрические характеристики шкал уровня самостигматизации (таблица 7 и таблица 8).

Таблица 7 – Описательные статистики самостигматизации по всем группам и надёжность шкалы

	Ср. значение самостигматизации	Ст. отклонение	Асимметрия	Эксцесс	$\alpha$ -Кронбаха
Пациенты с ПГМ (N=30)	1,76	0,55	0,24	-0,91	0,84
Пациенты с ЭАР (N=30)	2,04	0,6	0,03	-0,9	0,84
Пациенты с РНУ (N=43)	2,05	0,54	0,47	-0,2	0,81

Была выявлена разница по группам в средних значениях самостигматизации, однако, дисперсионный анализ не выявил значимых различий в уровне самостигматизации. Полученное распределение можно считать приближенным к нормальному, так как значения ассиметрий и эксцессов по модулю не превышают единицу [18].

Анализ надёжности шкалы самостигматизации по критерию  $\alpha$ -Кронбаха показал внутреннюю согласованность всех пунктов:  $\alpha = 0,84$  по выборке в целом, что практически совпадает с данными оригинального исследования ( $\alpha = 0,86$ ). Надёжность шкалы при исключении какого-либо пункта не повышается.

Таблица 8 – Корреляция пунктов со шкалой ( $p < 0,001$ )

	Шкала самостигматизации, r
Пункт 1	,68
Пункт 2	-,53

Продолжение таблицы 8

	<b>Шкала самостигматизации, r</b>
Пункт 3	,58
Пункт 4	,77
Пункт 5	,71
Пункт 6	,68
Пункт 7	,75
Пункт 8	,68
Пункт 9	-,55

Результаты, представленные в таблице 8, показывают, что все пункты коррелируют с итоговым баллом самостигматизации, и что корреляции с пунктами 2 и 9 отрицательные, поскольку они кодируются обратными баллами. Аналогичный анализ корреляций пунктов со шкалой был проведен для каждой подгруппы и не выявил существенных различий с общими оценками для всех пациентов.

Результаты факторного анализа методом главных компонент свидетельствуют в пользу однофакторной структуры опросника ISMI-9. Первый фактор объясняет 44,9% общей дисперсии. Собственные значения первых четырех факторов: 4,04; 1,18; 0,81; 0,68. При использовании метода максимального правдоподобия выделяется один фактор со значением 3,46, объясняющий 38,5% общей дисперсии.

Таким образом, самостигматизация характерна для российской выборки. Среди пациентов с эндогенными аффективными расстройствами 13,3% показали умеренный и 6,66% - выраженный уровень самостигматизации; среди пациентов с РНУ 16,27% и 4,65% соответственно; а среди пациентов после ПГМ умеренный уровень самостигматизации встречался в 16,6% случаев, в то время как выраженной самостигматизации обнаружено не было. Можно отметить в целом, что у пациентов с повреждениями головного мозга встречается реже и более низкий уровень самостигматизации, в сравнении с двумя другими группами.

### 3.3 Этап 3. Исследование компонентов реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических расстройствах и после повреждений головного мозга

#### Реабилитационный потенциал личности

Исследование реабилитационного потенциала личности показало, что у пациентов с психическими заболеваниями средний уровень реабилитационного потенциала личности встречался в 51,25%, в то время как у пациентов после ПГМ в 68,39%.

На рисунке 3 представлены результаты исследования общего показателя реабилитационного потенциала личности у пациентов с психическими заболеваниями и пациентов после ПГМ, а также результаты по субшкалам: внутренняя картина болезни (ВКБ); мотивационный компонент (МК); эмоциональный компонент (ЭК); самооценочный компонент (СК); коммуникативный компонент (КК).

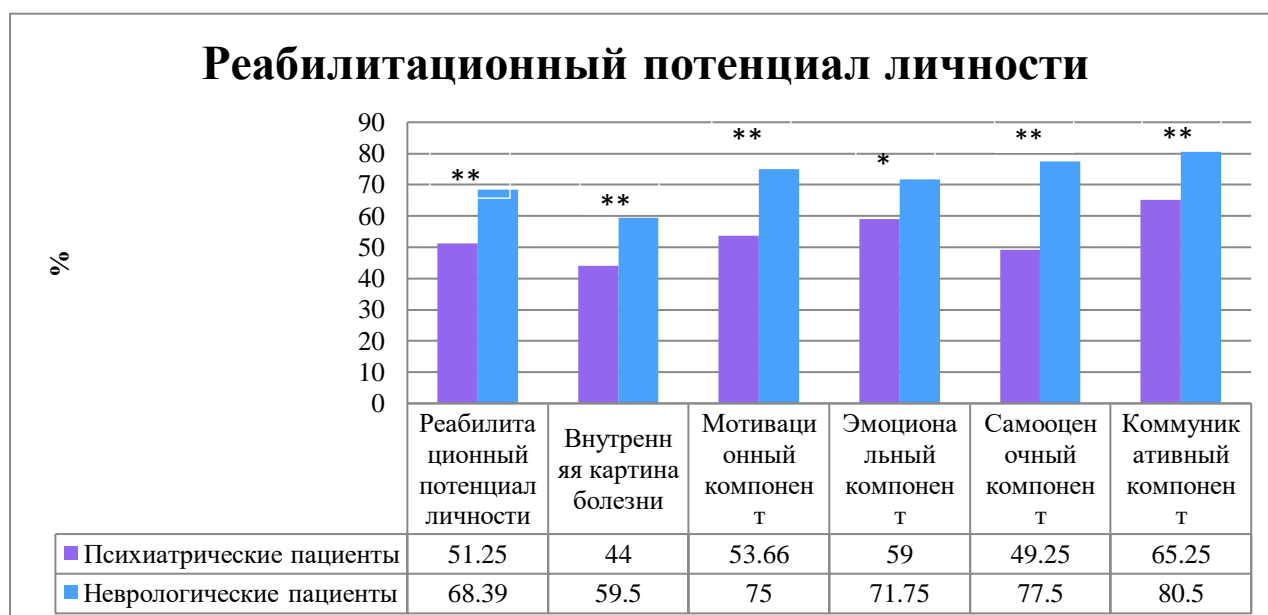


Рисунок 3 – Реабилитационный потенциал личности пациентов с психическими заболеваниями и пациентов после ПГМ. *Примечание:* \* - наличие достоверного отличия между группами пациентов с психическими заболеваниями и пациентами с ПГМ,  $p < 0,05$ , (критерий Манна-Уитни); \*\* - наличие

достоверного отличия между группами пациентов с психическими заболеваниями и пациентами с ПГМ,  $p \leq 0,001$ , (критерий Манна-Уитни).

Были подсчитаны параметры распределения (средние значения, стандартное отклонение), а также проводился анализ достоверности различий с помощью непараметрического критерия U Манна-Уитни. Результаты представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты сравнительного анализа, полученные по методике оценки реабилитационного потенциала личности

Показатели методики «Реабилитационный потенциал личности»	Пациенты после ПГМ		Пациенты с психическими заболеваниями		Укр.	p-уров.
	Сред. зн.	Ст. отк.	Сред. зн.	Ст. отк.		
Внутренняя картина болезни	11,98	3,25	8,89	3,83	381	0,000
Мотивационный компонент	8,95	2,02	6,44	2,59	319	0,000
Эмоциональный компонент	5,78	1,35	4,72	1,75	479	0,012
Самооценочный компонент	6,18	1,38	3,94	1,96	263	0,000
Коммуникативный компонент	6,48	1,36	5,22	1,57	387	0,001
РПЛ	39,25	6,99	28,72	8,34	213	0,000

Сравнительный анализ компонентов реабилитационного потенциала личности показал достоверные различия по всем шкалам методики. Так, оказалось, что общая оценка внутренней оценки болезни значимо выше в группе пациентов после ПГМ, по сравнению с группой с психическими заболеваниями. Более высокими оказались и баллы по шкалам «Мотивационный компонент», «Эмоциональный компонент», «Самооценочный компонент» и «Коммуникативный компонент». А также общий уровень показателя «РПЛ» достоверно выше в группе пациентов после ПГМ.

#### *Темперамент и характер (по TCI-125) как фактор РПЛ*

По методике на определения темперамента и характера TCI-125 было выявлено, что в группе пациентов с психическими заболеваниями чаще всего встречался темперамент «межличностное взаимодействие/сотрудничество» (77%) и «зависимость от социальной оценки» (64%).

В группе пациентов после ПГМ в 75% распространено «межличностное взаимодействие/сотрудничество» и «социально-желательное поведение» (68%).

Данные по распространенности типов темперамента и характера в каждой группе представлены на рисунке 4.

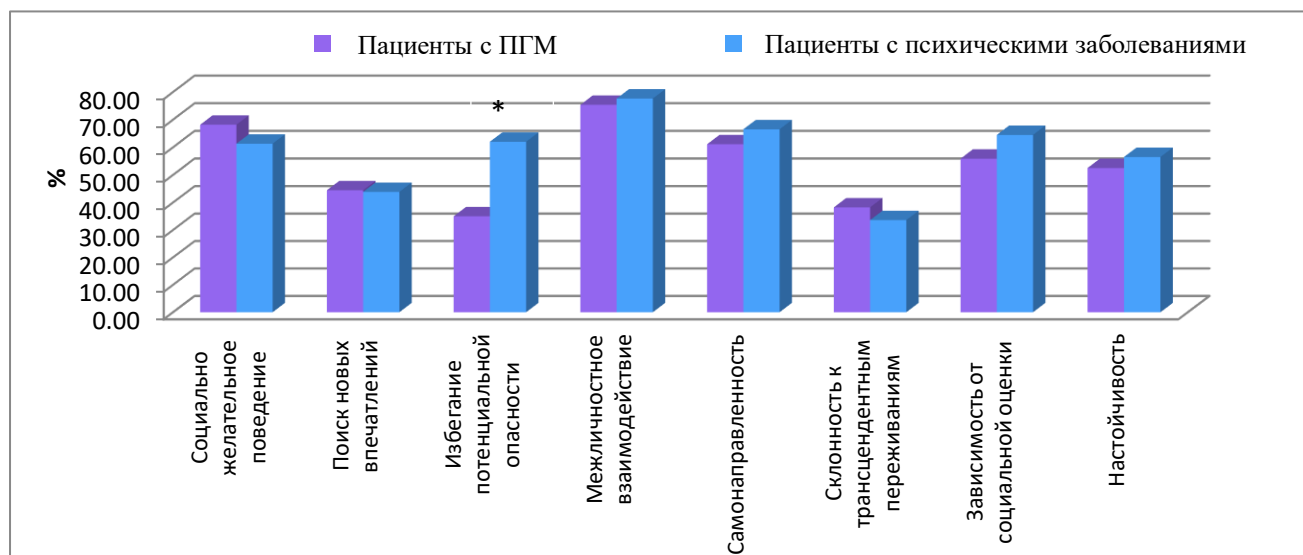


Рисунок 4 – Распространенность типов темперамента и характера среди пациентов после ПГМ и пациентов с психическими заболеваниями. *Примечание:*

\* - наличие достоверного отличия между группами пациентов с психическими заболеваниями и пациентами с ПГМ,  $p \leq 0,001$ , (критерий Манна-Уитни).

Так же было получено достоверное различие между исследуемыми группами. Обнаружено, что по шкале «Избегание потенциальной опасности» полученные баллы статистически значимо выше в группе пациентов с психическими заболеваниями ( $U=257$ ,  $p=0,001$ ).

По данной методике в характер входят шкалы самонаправленность, сотрудничество и трансцендентность Я. Было обнаружено, что, и в группе пациентов с психическими заболеваниями, и в группе пациентов после ПГМ, достаточно часто встречается тип «самонаправленность». Также было выявлено, что данный параметр в большей степени присущ пациентам с психическими заболеваниями ( $U=257$ ,  $p<0,001$ ), чем пациентам после ПГМ (рисунок 5).

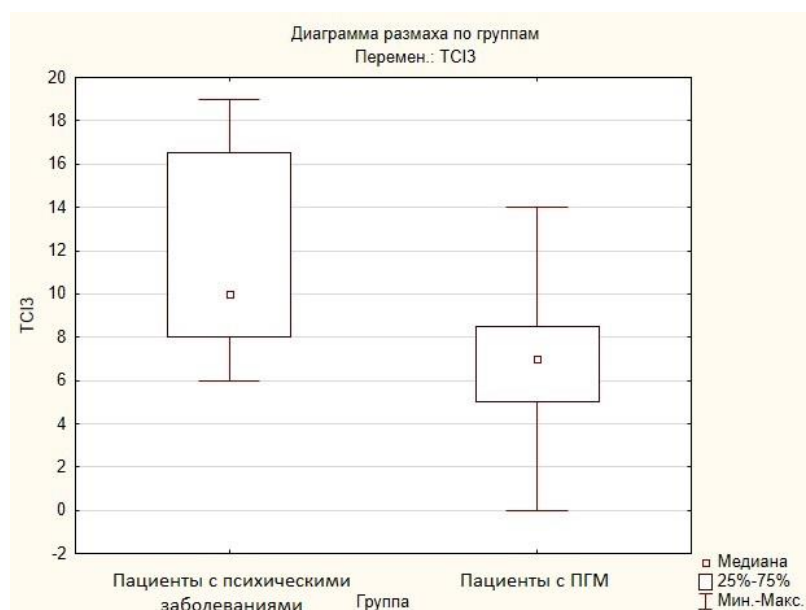


Рисунок 5 – Сравнительный анализ по шкале «самонаправленности» у пациентов с психическими заболеваниями и пациентов после ПГМ

#### *Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)*

Исследование типов отношения к болезни показало, что меланхолический, неврастенический и тревожный типы отношений к болезни формируют смешанный тип, который в группе пациентов с психическими заболеваниями встречается в 40% случаев.

В группе пациентов после ПГМ эргопатический, тревожный и сенситивный типы отношения к болезни формируют смешанный тип, который наблюдается у 29% пациентов, а в 20% наблюдался диффузный тип отношения к болезни, в который входили паранойяльный, дисфорический, апатический и анозогнозический типы отношения к болезни (рисунок 6).

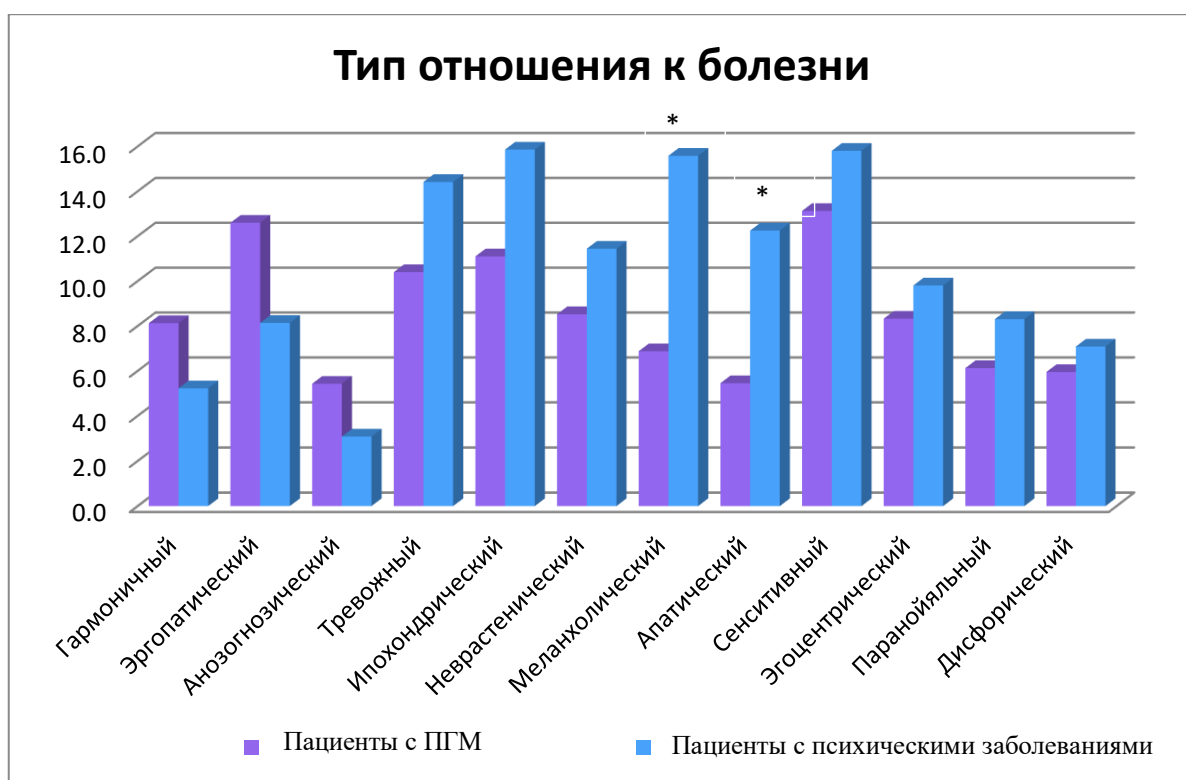


Рисунок 6 – Среднегрупповые значения, полученные по показателям методики исследования типа отношения к болезни «ТОБОЛ». *Примечание:* \* - наличие достоверного отличия между группами пациентов с психическими заболеваниями и пациентами с ПГМ,  $p < 0,05$ , (критерий Манна-Уитни)

Не смотря на наличие смешанного типа отношения к болезни в обеих группах, у данных групп они качественно отличаются. В смешанный тип у пациентов после ПГМ входили такие типы, как эргопатический, тревожный и сенситивный, в то время как в группе пациентов с психическими заболеваниями в него входили меланхолический, неврастенический и тревожный типы.

Результаты сравнительного анализа, полученные по методике исследования типа отношения к болезни «ТОБОЛ» представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты сравнительного анализа, полученные по методике исследования типа отношения к болезни «ТОБОЛ»

Показатели методики ТОБОЛ	Пациенты после ПГМ		Пациенты с психическими заболеваниями		Укр.	p-уров.
	Сред.зн.	Ст.отк.	Сред.зн.	Ст.отк.		
Гармоничный	8,1	12,3	5,2	9,8	636	0,385
Эргопатический	12,6	11,5	8,1	10,3	556	0,088
Анозогнозический	5,4	10,8	3,1	9,9	623	0,315

Продолжение таблицы 10

Показатели методики ТОБОЛ	Пациенты после ПГМ		Пациенты с психическими заболеваниями		Укр.	р-уров.
	Сред.зн.	Ст.отк.	Сред.зн.	Ст.отк.		
Тревожный	10,4	9,4	14,4	10,9	567	0,111
Ипохондрический	11,1	9,0	15,9	11,4	549	0,076
Неврастенический	8,5	6,5	11,4	8,0	578	0,141
<b>Меланхолический</b>	<b>6,9</b>	<b>8,1</b>	<b>15,6</b>	<b>15,0</b>	<b>470</b>	<b>0,009</b>
<b>Апатический</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>12,3</b>	<b>12,9</b>	<b>500</b>	<b>0,022</b>
Сенситивный	13,1	7,5	15,8	7,5	565	0,108
Эгоцентрический	8,3	5,8	9,8	7,9	661	0,543
Паранойяльный	6,1	4,9	8,3	6,1	565	0,108
Дисфорический	6,0	5,6	7,1	5,8	636	0,385

В целом у пациентов с психическими расстройствами более выражены меланхолический ( $m=17,03$ ,  $SD=14,54$  против  $m=6,5$ ,  $SD=8,24$ ;  $U=470$ ;  $p<0,001$ ) и апатический ( $m=13,13$ ,  $SD=12,61$  против  $m=4,43$ ,  $SD=5,31$ ;  $U=499,5$ ;  $p<0,001$ ) типы отношения к болезни.

#### *Рисуночная методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС)*

Было показано, что в группе пациентов после ПГМ 52,5% располагают «болезнь» вдали от круга «Я» (от 60 до 290 мм). Круг «учеба/работа/увлечения» 70% пациентов так же располагают вдали от круга «Я» (от 60 до 210 мм), что свидетельствует о значительно меньшей значимости данных сфер в жизни пациентов данной группы. Почти половина пациентов (52,5%) разместила круги «семья» в непосредственной близости к кругу «Я» (до 59 мм), что говорит о значимости семейных отношений в жизни пациентов.



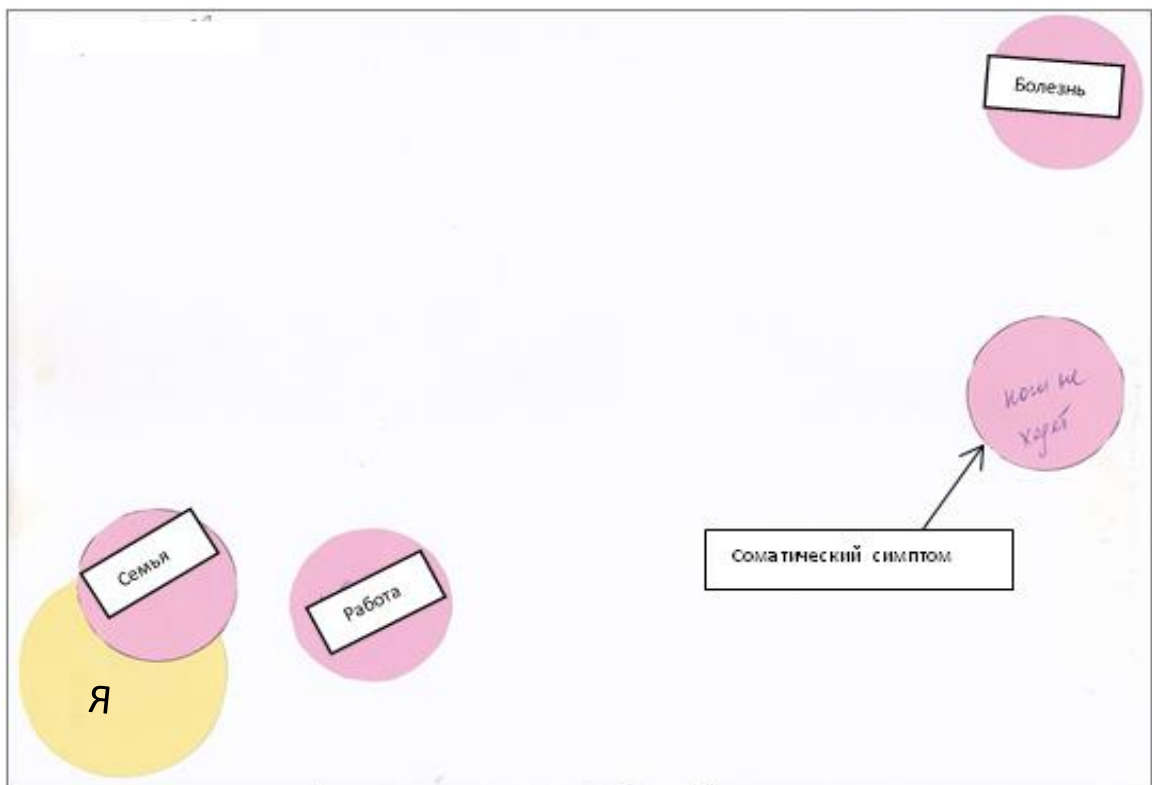
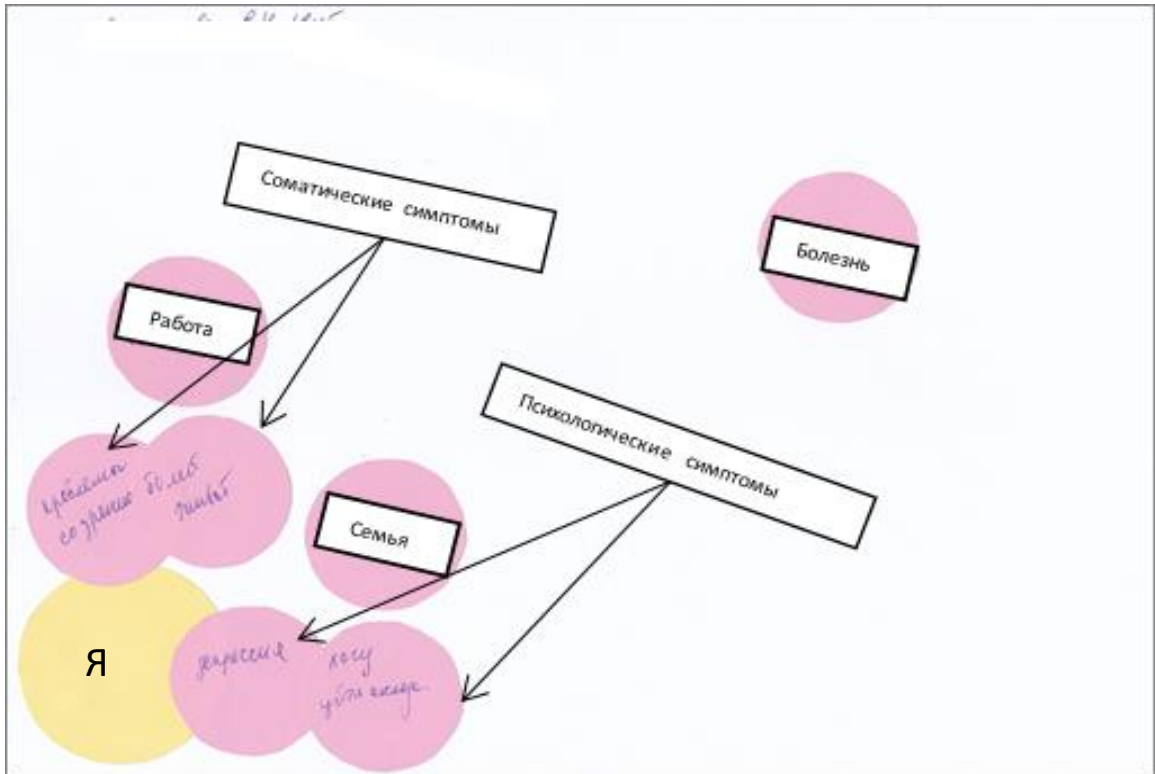


Рисунок 7 – Примеры выполнения методики «МОБиС» в группе пациентов после ПГМ

В группе пациентов с психическими заболеваниями все круги – «болезнь», «семья», «учеба/работа/увлечения» в большинстве случаев (более, чем в 58%) расположены вдали от круга «Я» (от 60 до 220 мм).

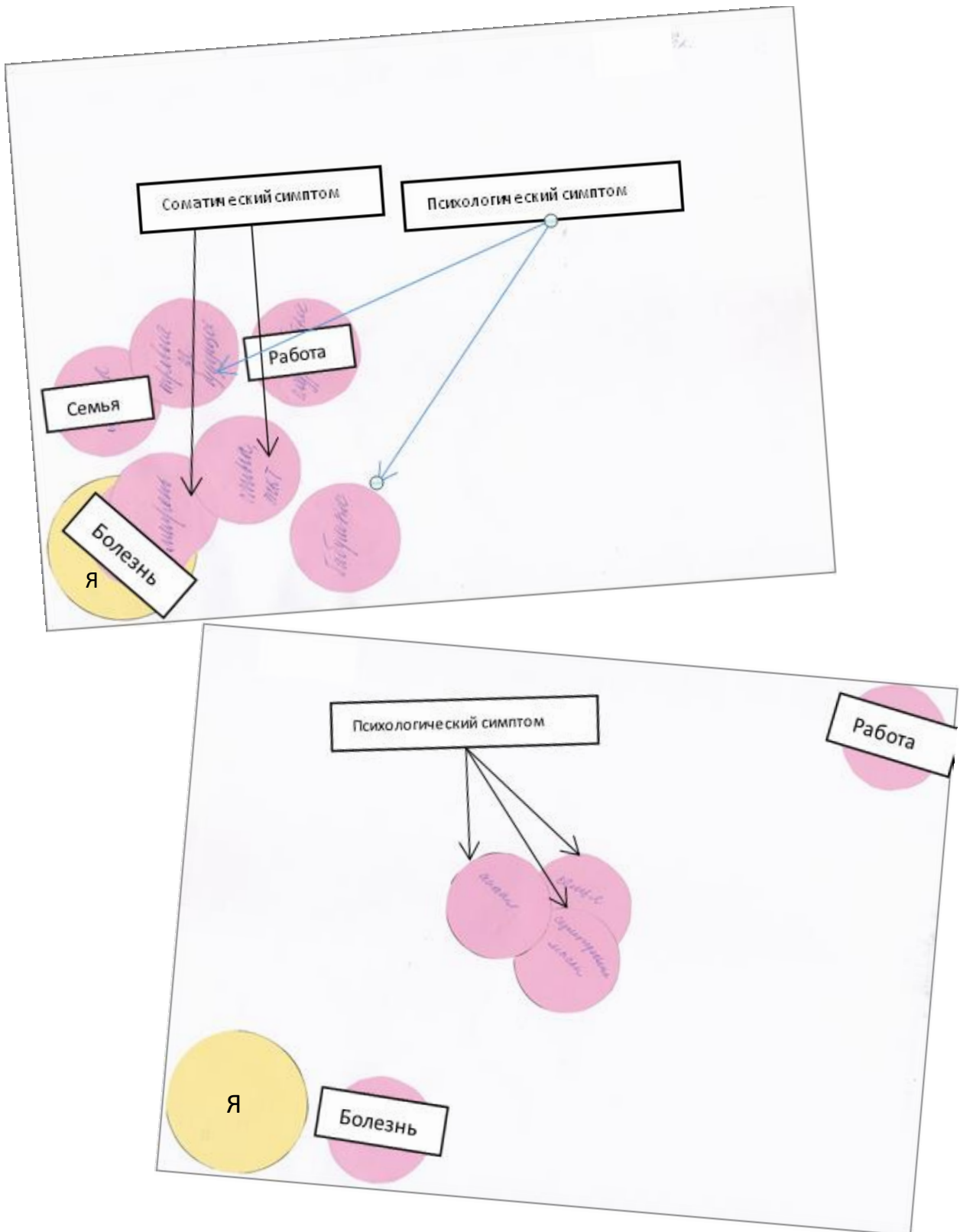


Рисунок 8 – Примеры выполнения методики «МОБИС» в группе пациентов с психическими заболеваниями

В ходе анализа данных было посчитано относительное расстояние между кругами «Я»-«болезнь», «Я»-«работа», «Я»-«семья» в группах пациентов после ПГМ и с психическими заболеваниями. Сравнение средних рангов по критерию Манна-Уитни показало отсутствие значимых различий между исследуемыми группами, что может говорить о сходном отношении к болезни и значимым факторам (семья, работа, болезнь) у пациентов исследуемых групп.

Однако, важно отметить различие в расположении круга «семья». Пациенты с ПГМ в половине случаев располагали его в относительной близости к кругу «Я», в то время как пациенты с психическими заболеваниями – только в 36% случаев. Это говорит о низкой значимости семьи для пациентов с психическими заболеваниями.

Также интересно оказалось то, что пациенты с ПГМ чаще, чем пациенты с психическими заболеваниями, располагали круг «болезнь» непосредственно на кругу «Я» (17,5% и 8,3%, соответственно). Это может говорить о своеобразном слиянии с болезнью, о большом влиянии болезни на пациентов.

### *Шкала депрессии Бека*

Несмотря на купирование острой депрессивной симптоматики, в группе пациентов с психическими заболеваниями в 27% случаев выявлена выраженная депрессия и в 22% - тяжелая. С другой стороны, несмотря на клинически диагностированный депрессивный синдром, в группе пациентов после ПГМ, у половины пациентов не было выявлено депрессии вовсе, а в 37,5% была только легкая степень выраженности.

Таблица 11 – Результаты сравнительного анализа

Показатели методики А. Бека	Пациенты после ПГМ		Пациенты с психическими заболеваниями		Укр.	Р- уров.
	Сред.зн.	Ст.отк.	Сред.зн.	Ст.отк.		
Шкала депрессии	9,68	6,43	20,56	11,13	292	0,001

Результаты сравнительного анализа показали, что для пациентов с психическими заболеваниями более характерен высокий уровень депрессии ( $U=292$ ,  $p=0,001$ ), чем для пациентов после ПГМ (таблица 11).

### Интегративный тест тревожности

При исследовании тревожности было выявлено, что в группе пациентов после ПГМ в 45% случаев встречается низкий уровень ситуативной тревожности и у 60% пациентов умеренный уровень личностной тревожности. В группе пациентов с психическими заболеваниями наблюдались высокие уровни и личностной (у 86,1% пациентов) и ситуативной тревожности (у 33,3% пациентов) (рисунок 9).

По шкале оценки степени тревоги (ИТТ) обнаружено, что уровни ситуативной тревожности и личностной тревожности значимо выше в группе пациентов с психическими заболеваниями ( $U=239$ ,  $p=0,001$  и  $U=183$ ,  $p=0,001$ , соответственно), в сравнении с группой пациентов после ПГМ (таблица 12).

Таблица 12 – Результаты сравнительного анализа

Показатели интегративного теста тревожности	Пациенты после ПГМ		Пациенты с психическими заболеваниями		Укр.	p-уров.
	Сред. зн.	Ст. отк.	Сред. зн.	Ст. отк.		
Ситуативная тревожность	3,77	2,34	6,69	2,10	239	0,001
Личностная тревожность	4,79	2,17	7,97	1,34	183	0,001

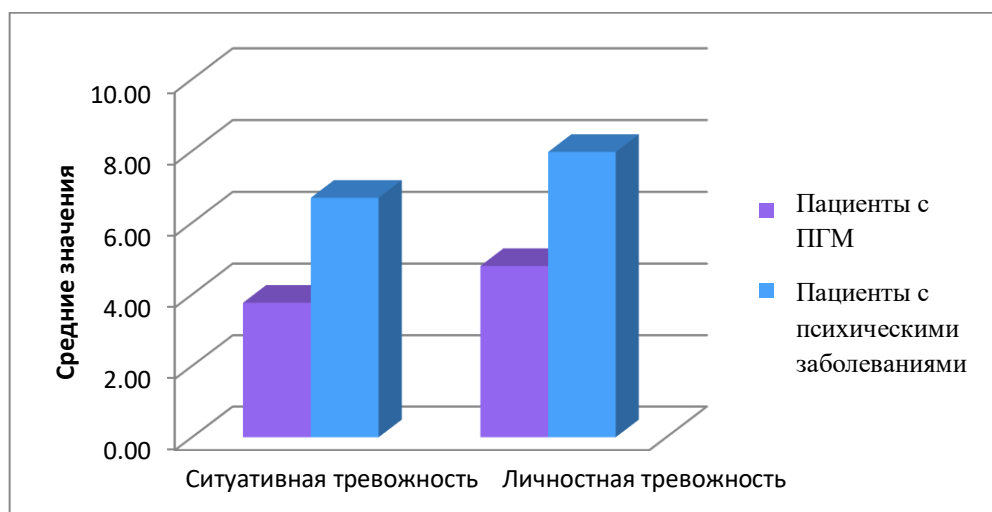


Рисунок 9 – Среднегрупповые значения, полученные по показателям методики исследования уровня тревожности

### *Уровень субъективного контроля*

По результатам опросника уровня субъективного контроля (УСК) было выявлено, что и пациентам с психическими заболеваниями, и пациентам после ПГМ чаще свойственен интернальный локус контроля.

По шкалам методики «УСК» были получены два достоверных различия между группами, по шкалам «Интернальность в области достижений» и «Интернальность в области отношений здоровья и болезни». Выявлено, что в большей мере ощущают себя ответственными за свои собственные достижения пациенты после ПГМ ( $U=531$ ,  $p=0,049$ ).

При этом, пациенты с психическими заболеваниями оказались более интернальными в отношении своего здоровья и болезни ( $U=507$ ,  $p=0,027$ ).

### *Индекс ресурсности*

При определении соотношения и динамики персональных ресурсов человека за последние полгода выявилось, что у пациентов обеих групп чаще встречался средний показатель индекса ресурсности (пациенты после ПГМ – 82,5%, пациенты с психическими заболеваниями – 61%, а высокий уровень встречался у 17,5% пациентов после ПГМ и 14% пациентов с психическими заболеваниями (рис.10). Более высокое значение отмечается в группе пациентов после ПГМ, что подтверждается критерием Манна-Уитни ( $U=489$ ,  $p=0,016$ ).

Значимым отличием является низкий уровень индекса ресурсности в группе пациентов с психическими заболеваниями, который встречался в 25% случаев, в то время как в группе пациентов после ПГМ низкого уровня выявлено не было.

### *Шкала семейного окружения*

Результаты исследования семейного окружения по методике ШСО, путем высчитывания показателя суммы ответов пациентов, показали, что в группе пациентов с психическими заболеваниями превалирует «Интеллектуально-культурная ориентация» (выявлены высокие баллы – от 7 до 9 – у 33,3% пациентов

с психическими заболеваниями). На втором месте, в 80% случаев, встречается «Независимость» (средние баллы от 4 до 6 баллов). Важно отметить, что в группе пациентов с психическими заболеваниями вообще не встречается «Ориентация на достижения».

Категории и уровни семейных отношений у пациентов с психическими заболеваниями представлены на рисунке 10.

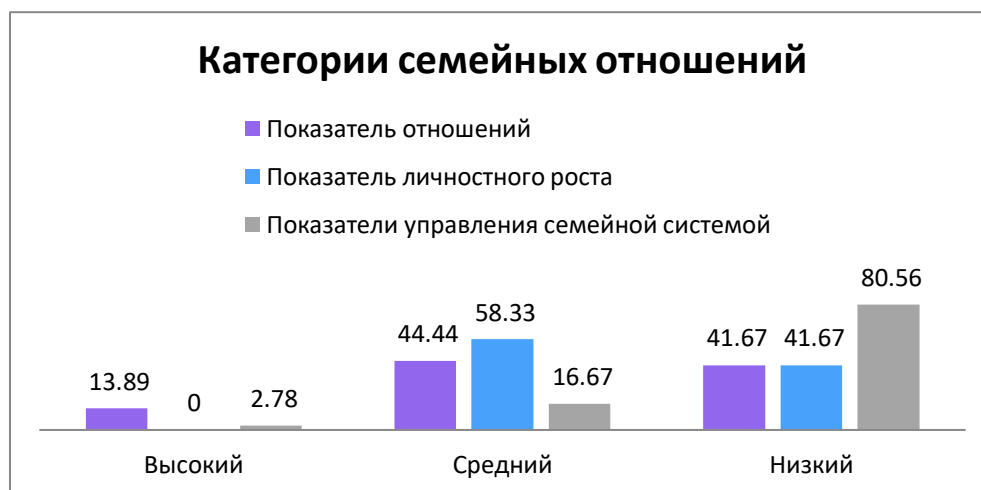


Рисунок 10 – Категории семейных отношений пациентов с психическими заболеваниями

На рисунке можно увидеть, что у пациентов с психическими заболеваниями в 44,44% случаев «Показатель отношений» находится в диапазоне средних значений (по сумме трех шкал – «сплоченность», «экспрессивность», «конфликт»); «Показатель личностного роста» также в диапазоне средних значений (сумма шкал «Независимость», «Ориентация на достижения», «Интеллектуально-культурная ориентация», «Ориентация на активный отдых», «Морально-нравственные аспекты»), а «Показатели управления семейной системой» (сумма шкал «Организация» и «Контроль») в 80,56% имеют низкие показатели.

В группе пациентов после ПГМ у 45% наблюдается «Сплоченность» (высокие показатели) и у 70% «Независимость» (средние показатели).

Категории семейных отношений у пациентов после ПГМ представлены на рисунке 11.

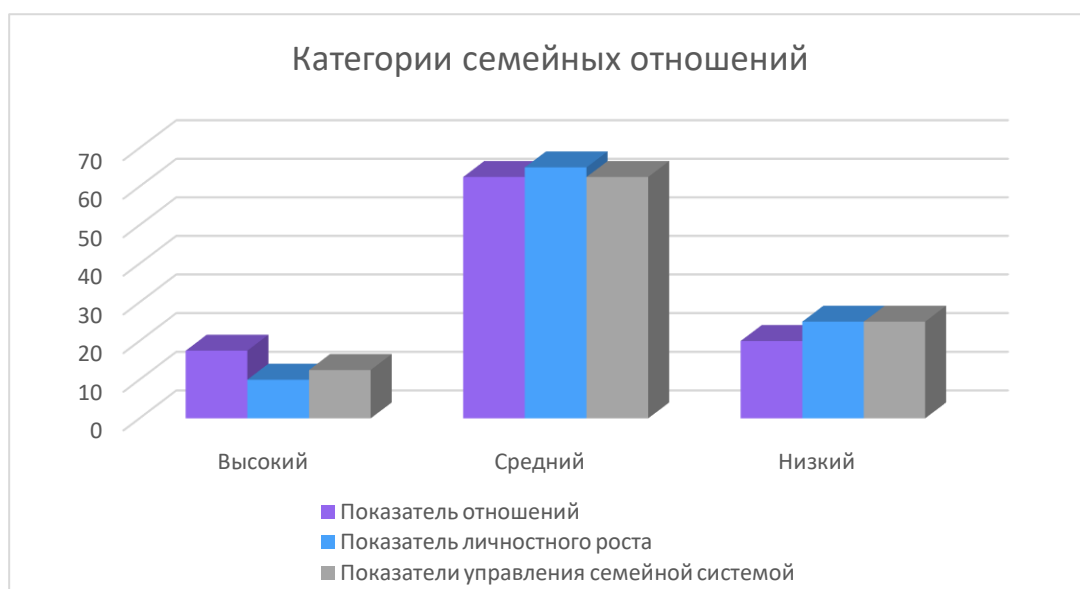


Рисунок 11 – Категории семейных отношений пациентов после ПГМ

На диаграмме можно увидеть, что у пациентов после ПГМ все категории семейных отношений находятся в пределах средних значений: «Показатель отношений» у 62,5%, «Показатель личностного роста» у 65% пациентов, «Показатели управления семейной системой» у 62,5%.

Важно отметить, что в группе пациентов с психическими заболеваниями вовсе не отмечались высокие показатели личностного роста и в 2,78% высокие показатели управления семейной системой.

Также был обнаружен ряд значимых различий между исследуемыми группами. Выявлено, что уровень семейной сплочённости выше в группе пациентов после ПГМ ( $U=417$ ,  $p=0,002$ ), также они ощущают себя более независимыми от семейного окружения ( $U=460$ ,  $p=0,007$ ), более ориентированными на свои достижения и на активный отдых ( $U=376$ ,  $p=0,000$  и  $U=478$ ,  $p=0,012$ ). Пациентов после ПГМ выше оценивают организованность семьи ( $U=515$ ,  $p=0,033$ ) и осуществляемый ею контроль ( $U=295$ ,  $p=0,000$ ).

#### *Отношение к юмору и смеху*

Психические нарушения могут быть вызваны любым повреждением мозга. Что ведёт к значительным изменениям в поведении человека, его чувствах, мыслях.

Заметно снижаются навыки преодоления трудностей. Преобразованное психическим заболеванием чувство юмора может привести к потере адаптации.

В методике на определение отношения к юмору и смеху оценивались наличие и степень выраженности гелотофобии, гелотофилии и катагелластицизма.

Результаты исследования показали, что гелотофобия наблюдалась в обеих группах, но в разной степени выраженности. У пациентов с психическими заболеваниями гелотофобия была выявлена у 56,7% испытуемых, а в группе пациентов после ПГМ у 36,7%. Высокая степень выраженности гелотофобии была выявлена у 39% пациентов с психическими заболеваниями.

Обнаружено достоверное различие по гелотофобии, уровень которой оказался выше в группе пациентов с психическими заболеваниями ( $U=398$ ,  $p=0,001$ ), при этом данный феномен более выражен у женщин, чем у мужчин ( $m=2,53$ ,  $SD=0,79$  против  $m=1,75$ ,  $SD=0,35$ ;  $U=40,00$ ;  $p=0,026$ ). Среди пациентов после ПГМ различий гелотофобии в зависимости от пола выявлено не было.

### *Самостигматизация*

Результаты исследования самостигматизации показали, что значимых различий между психиатрическими пациентами и пациентов после ПГМ в исследуемых группах выявлено не было. В 100% случаев было выявлено наличие самостигматизации - реакции самого пациента на заболевание и статус в обществе (рисунок 12).

Переживание вины в связи с собственной несостоятельностью может приводить к снижению требований к себе и, следовательно, - к социальной дезадаптации. Таким образом, отсутствие, либо минимальный уровень самостигматизации у 71% пациентов в группе пациентов с ПГМ и у 62% пациентов с психическими заболеваниями, а серьезный уровень самостигматизации был выявлен только в группе пациентов с ПГМ.





Рисунок 12 – Распределение степени выраженности самостигматизации у психиатрических и пациентов после ПГМ

### *Копинг-стратегии (COPE)*

Исследование копинг-стратегий показало, что пациенты с психическими заболеваниями для совладания со стрессом прибегают к планированию в 26% случаев, в то время как пациенты после ПГМ к активному совладанию (22,5%) и позитивному переформулированию (28%).

Среднегрупповые значения, полученные по показателям методики оценки копинг-стратегий (COPE) представлены на рисунке 13.

Было обнаружено, что в группе пациентов с психическими заболеваниями выше значения по шкалам, относящимся к следующим копинг-механизмам: «Мысленный уход от проблемы» ( $U=414$ ,  $p=0,001$ ), «Концентрация на эмоциях и их выражение» ( $U=366$ ,  $p=0,001$ ), «Инструментальная социальная поддержка» ( $U=524$ ,  $p=0,042$ ), «Юмор» ( $U=500$ ,  $p=0,022$ ), «Поведенческий уход от проблемы» ( $U=382$ ,  $p=0,001$ ), «Эмоциональная социальная поддержка» ( $U=456$ ,  $p=0,006$ ), «Использование «успокоительных»» ( $U=447$ ,  $p=0,005$ ), «Принятие» ( $U=487$ ,  $p=0,0015$ ).

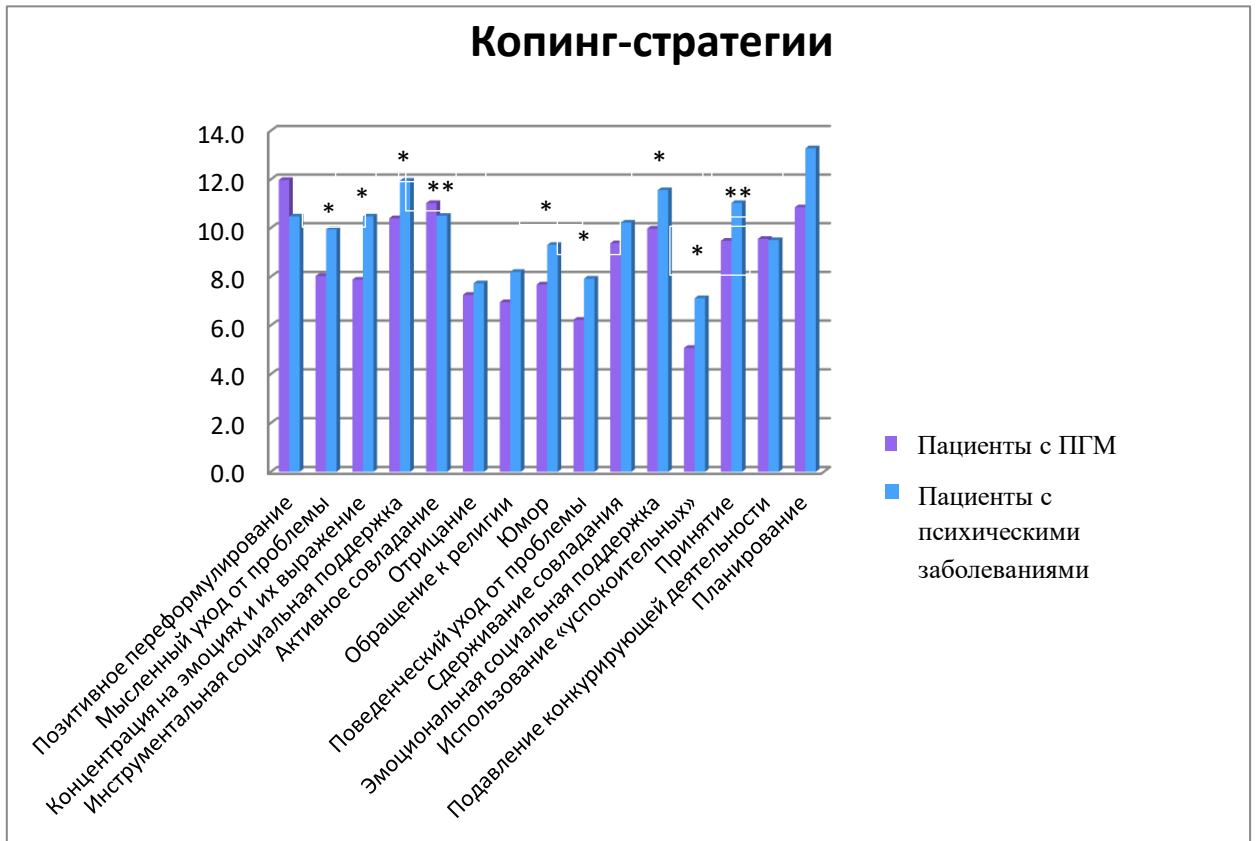


Рисунок 13 – Среднегрупповые значения, полученные по показателям методики оценки копинг-стратегий (COPE) у пациентов после ПГМ и пациентов с психическими заболеваниями. *Примечание:* \* - наличие достоверного отличия между группами пациентов с психическими заболеваниями и пациентами с ПГМ,  $p < 0,05$ , (критерий Манна-Уитни); \*\* - наличие достоверного отличия между группами пациентов с психическими заболеваниями и пациентами с ПГМ,  $p \leq 0,001$ , (критерий Манна-Уитни).

Отдельно было рассмотрено совладание со стрессом с помощью юмора (рисунок 14) по методике Р. Мартина и Г. Лефкура, в адаптации Т.В. Артемьевой.

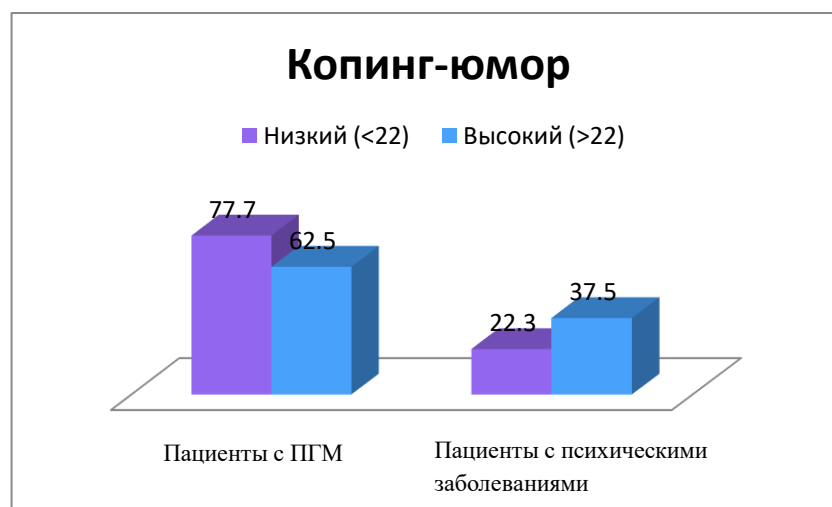


Рисунок 14 – Совладание со стрессом с помощью юмора

Стратегия совладающего поведения, связанная с использованием юмора оказалась более характерна для пациентов после ПГМ ( $U=501$ ,  $p=0,023$ ).

### *Качество жизни*

Болезни изменяют привычные условия жизни и как следствие – качество и стиль жизни. На рисунках 16, 17 и 18 видно, как распределились показатели физического и психического здоровья по уровням в группе пациентов с психическими заболеваниями и пациентов после ПГМ, а также среднегрупповые значения, полученные по показателям методики оценки качества жизни (SF-36).

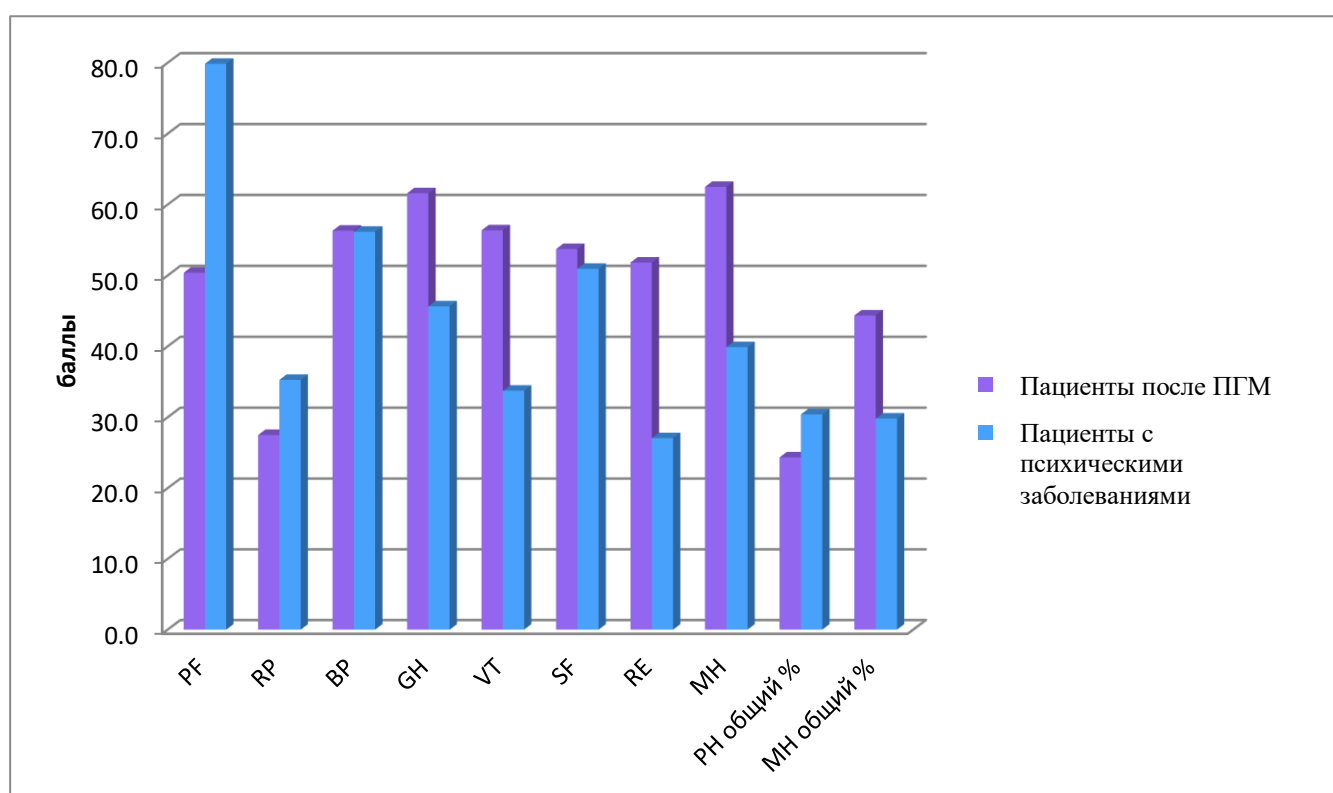


Рисунок 15 – Среднегрупповые значения, полученные по показателям методики оценки качества жизни (SF-36). *Примечание:* PF – физическое функционирование; RP – Рольевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье; PH – физическое здоровье.

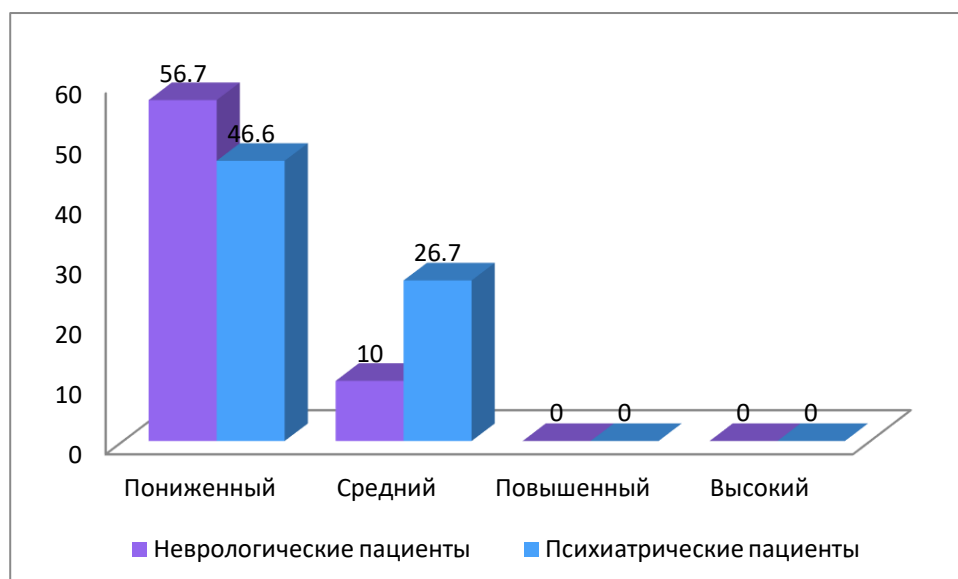


Рисунок 16 – Показатели физического здоровья у психиатрических и пациентов после ПГМ

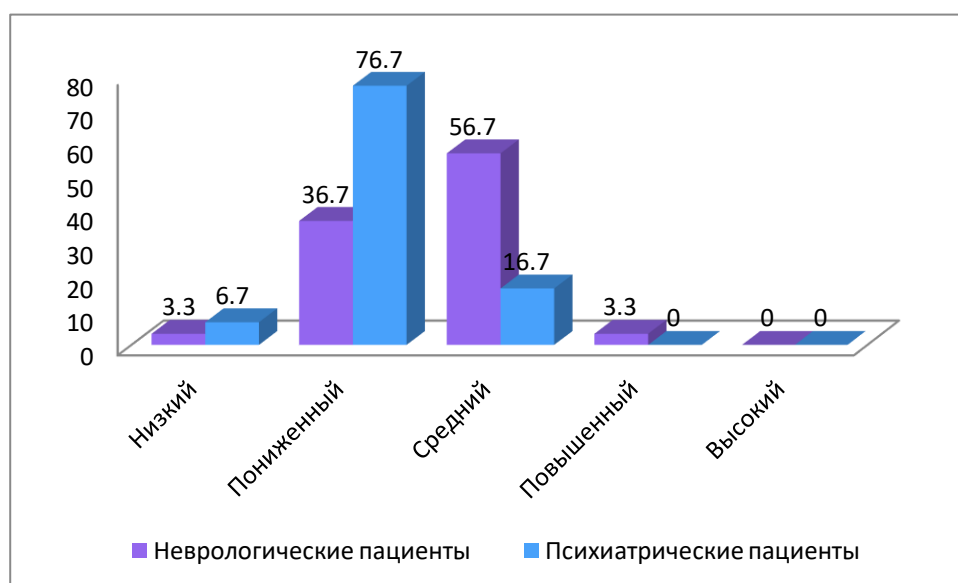


Рисунок 17 – Показатели психического здоровья у психиатрических и пациентов после ПГМ

Было обнаружено, что в группе пациентов с психическими заболеваниями значимо выше значения по шкале «Физическое функционирование (PF)» ( $U=382$ ,  $p=0,001$ ), пациенты данной группы выше оценивают своё качество жизни по данному параметру [75]. В группе пациентов после ПГМ значимо выше значения по шкалам «Общее состояние здоровья (GH)» ( $U=370$ ,  $p=0,000$ ), «Жизненная активность (VT)» ( $U=289$ ,  $p=0,000$ ), «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)» ( $U=489$ ,  $p=0,016$ ) и «Психическое здоровье

(МН)» ( $U=280$ ,  $p=0,000$ ) [75]. Общая оценка уровня психического здоровья (МН общий %) достоверно выше в группе пациентов с психическими заболеваниями ( $U=206$ ,  $p=0,000$ ).

### *Шкала функциональной независимости FIM и индекс мобильности (ИМР)*

В группе пациентов после ПГМ реабилитологом оценивались показатели функциональной независимости (по FIM) и индекс мобильности Ривермид (ИМР) в начале реабилитации и через 2 недели после (таблица 13, рисунок 18).

Таблица 13 – Динамика показателей FIM и ИМР в группе пациентов после ПГМ

Шкала функциональной независимости FIM и индекс мобильности (ИМР) (динамика показателей в группе пациентов с ПГМ)	Первый замер		Динамика		Ткр.	р-уров.
	Сред.зн.	Ст.отк.	Сред.зн.	Ст.отк.		
FIM	45,0	21,5	55,4	22,1	0,00	0,000
ИМР	3,3	3,3	5,8	3,5	0,00	0,000

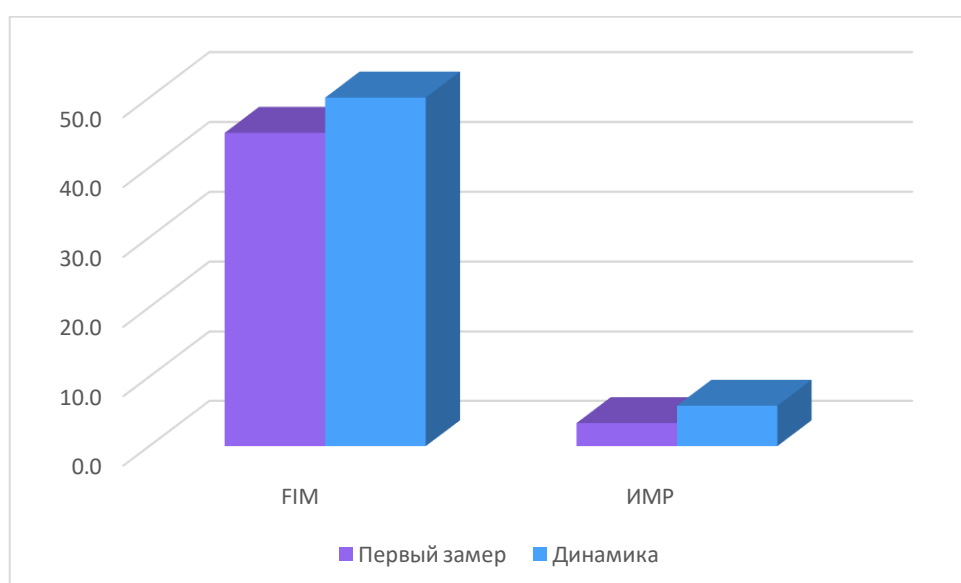


Рисунок 18 – Динамика показателей FIM и ИМР в группе пациентов после ПГМ

Было обнаружено, что показатели FIM и ИМР значительно изменяются в группе пациентов после ПГМ. Значения по исследуемым параметрам становятся достоверно выше ко второму замеру, что подтверждается статистическим критерием Т – Вилкоксона ( $T=0,0$ ,  $p=0,00$ ).

*Динамика отношения к болезни и качества жизни*

*Рисуночная методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС)*

Через две недели после первого проведения данной методики, было проведено повторное исследование. Было выявлено, что в группе пациентов после ПГМ «болезнь» немного отдалась от круга «Я» (рисунок 19), что говорит об уменьшении значимости болезни. Круг «семья» - наоборот приблизился (рисунок 20), а «работа, учеба, увлечения» отдалились (рисунок 21). Статистически значимых различий выявлено не было.

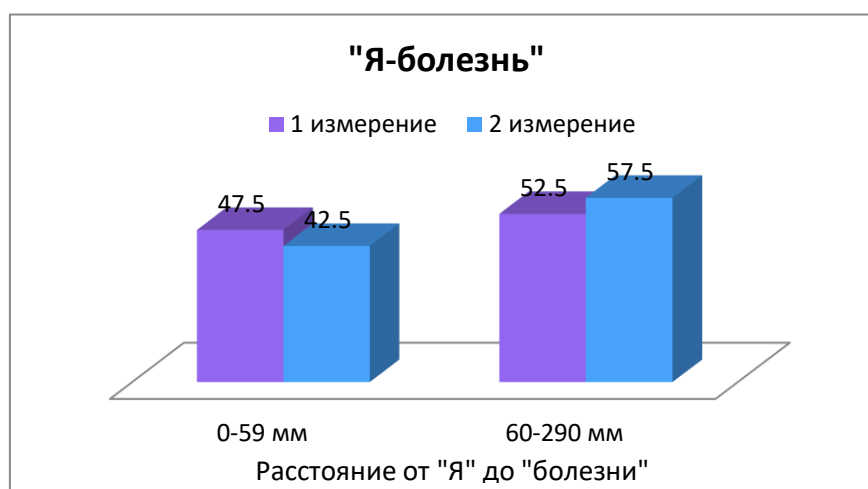


Рисунок 19 – Динамика «Я-болезнь» в группе пациентов после ПГМ

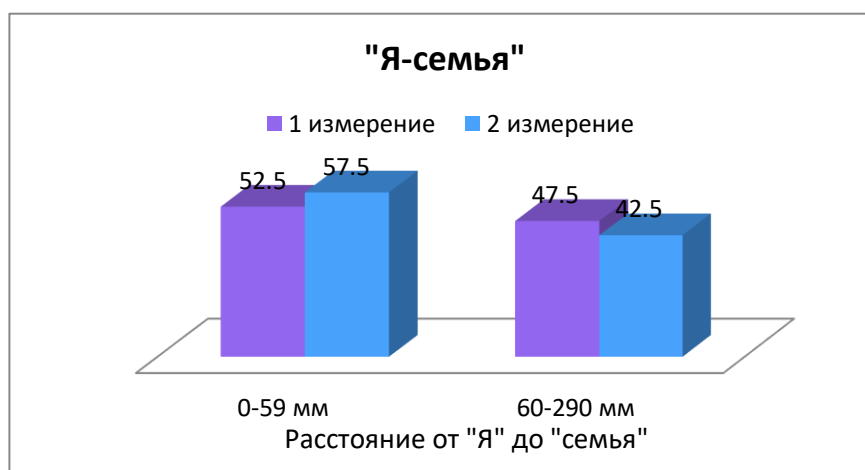


Рисунок 20 – Динамика «Я-семья» в группе пациентов после ПГМ

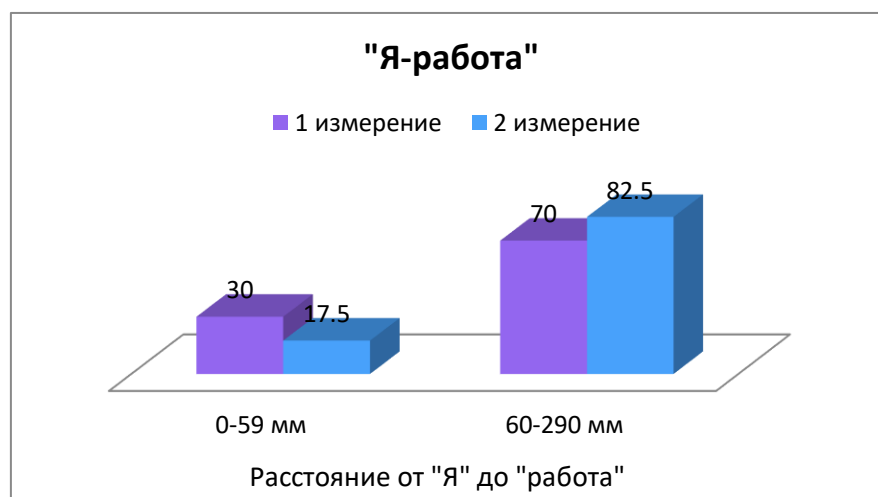


Рисунок 21 – Динамика «Я-работа» в группе пациентов после ПГМ

В группе пациентов с психическими заболеваниями так же были отмечены динамические изменения. Круг «болезнь» расположили дальше от круга «Я» еще 11,2% пациентов (рисунок 22)

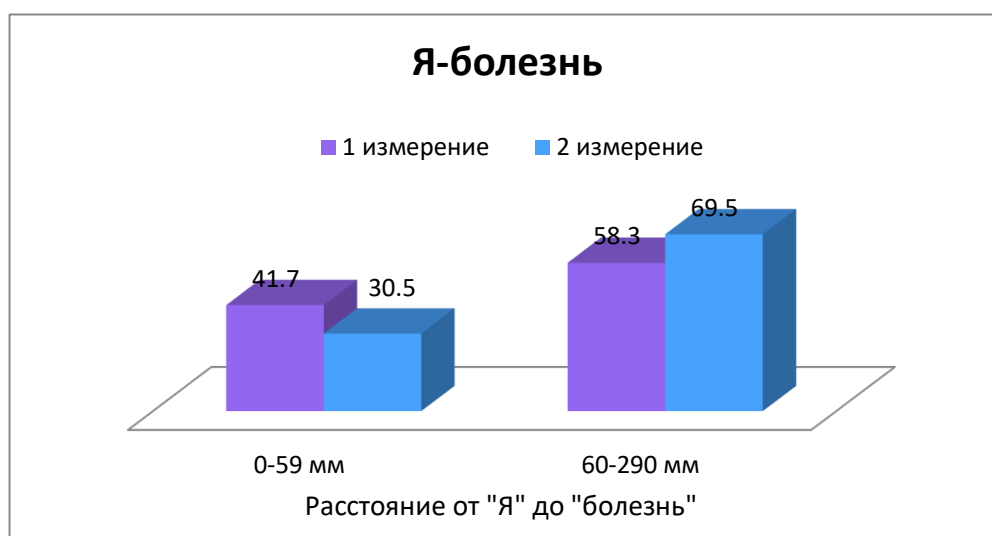


Рисунок 22 – Динамика «Я-болезнь» в группе пациентов с психическими заболеваниями

Круг «семья» стал ближе к кругу «Я» у 13,9% пациентов (рисунок 23), а круг «работа» приблизился у 8,3% пациентов (рисунок 24).

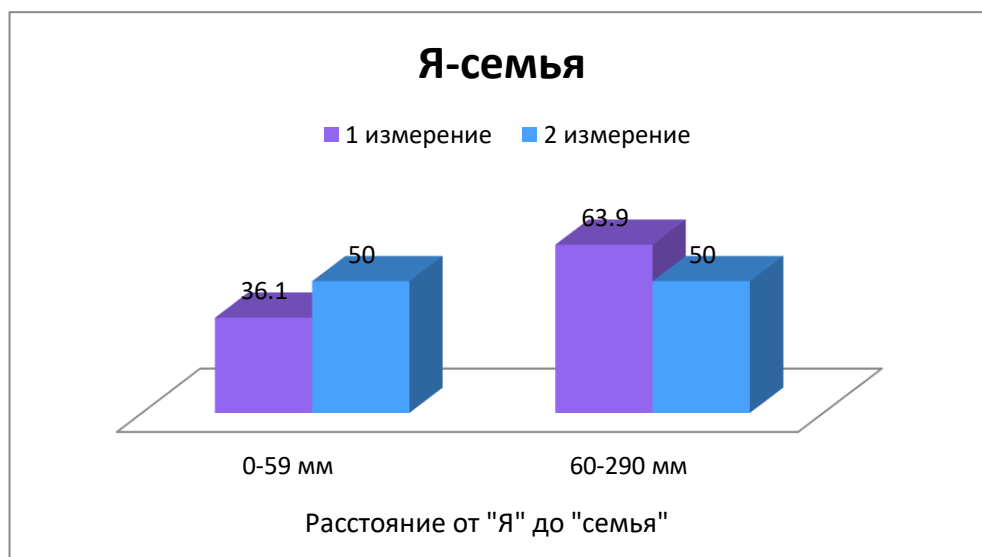


Рисунок 23 – Динамика «Я-семья» в группе пациентов с психическими заболеваниями

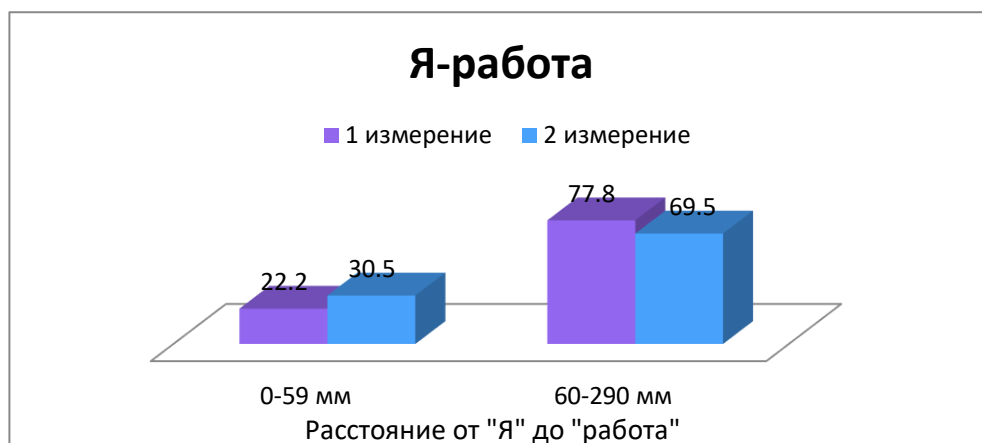


Рисунок 24 – Динамика «Я-работа» в группе пациентов с психическими заболеваниями

Применение рисуночной методики МОБиС показало отсутствие значимых различий между исследуемыми группами в динамике.

#### *Качество жизни (по SF-36)*

Была произведена оценка динамики показателей общего физического здоровья и общего физического здоровья по методике оценки качества жизни по опроснику «SF-36» в исследуемых группах. Для оценки значимости различий между произведёнными замерами применялся статистический критерий Т-Вилкоксона для связанных выборок (таблица 14, таблица 15).



Таблица 14 – Результаты сравнительного анализа, полученные по методике оценки качества жизни (SF-36), динамика показателей РН и МН в группе пациентов после ПГМ

Показатели методики оценки качества жизни SF-36 (динамика показателей в группе пациентов после ПГМ)	общий %		динамика		Ткр.	р-уров.
	Сред.зн.	Ст.отк.	Сред.зн.	Ст.отк.		
Физическое здоровье	24,3	11,2	31,4	11,1	122	0,000
Психическое здоровье	44,4	10,0	44,1	12,4	395	0,840

Как видно из таблицы, получено одно значимое различие между значениями показателя РН (физическое здоровье), значение по которому становится выше ко второму замеру (Т=122, р=0,000). Можно сказать, что в группе пациентов после ПГМ оценка удовлетворённости своим физическим состоянием повышается.

Таблица 15. Результаты сравнительного анализа, полученные по методике оценки качества жизни (SF-36), динамика показателей физического и психического здоровья в группе пациентов с психическими заболеваниями

Показатели методики оценки качества жизни SF-36 (динамика показателей в группе НЦПЗ)	общий %		динамика		Укр.	р-уров.
	Сред.зн.	Ст.отк.	Сред.зн.	Ст.отк.		
Физическое здоровье	30,4	11,9	31,9	12,5	264	0,404
Психическое здоровье	29,8	8,6	42,4	11,8	40	0,000

В группе пациентов с психическими заболеваниями оценка физического здоровья оказалась неизменной. При этом повышается оценка психического здоровья (показатель МН: прирост пониженного уровня (51,4% против 36,7%) и повышенного (23,6% против 3,3%), что также говорит о положительной динамике), различие статистически – значимо (Т=40, р=0,000).

Были выявлены значимые различия между группами в динамике. У пациентов с повреждениями головного мозга психическое здоровье значительно выше, чем у пациентов с психическими расстройствами (U=355, р<0,001), а также

выше общее состояние здоровья ( $U=369,5$   $p<0,001$ ) и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ( $U=488,5$   $p=0,01$ ).

### *3.4 Связь реабилитационного потенциала личности с психологическими параметрами*

Был проведён корреляционный анализ реабилитационного потенциала личности и его компонентов с результатами по другим методикам. Выборка по большинству параметров в обеих группах имела распределение, отличное от нормального (коэффициент Шапиро-Уилка  $W<0,99$ ), соответственно, применялся непараметрический метод исследования корреляции Спирмена.

#### *Взаимосвязь типа отношения к болезни и реабилитационного потенциала личности*

Исследование показало, что типы отношения к болезни имеют преимущественно обратные корреляционные связи с реабилитационным потенциалом личности и его компонентами (таблица 16 и таблица 17).

Таблица 16 – Связь типов отношения к болезни и РПЛ у пациентов с психическими заболеваниями

<b>Корреляционные связи</b>	<b>Значение <math>p&lt;0,001</math></b>
Внутренняя картина болезни - тревожный тип отношения к болезни	$r=-0,41$
Внутренняя картина болезни - меланхолический тип отношения к болезни	$r=-0,48$
Внутренняя картина болезни - паранойяльный тип отношения к болезни	$r=-0,46$
Внутренняя картина болезни – дисфорический тип отношений к болезни	$r=-0,41$
Мотивационный компонент - неврастенический тип отношения к болезни	$r=-0,35$
Эмоциональный компонент - дисфорический тип отношения к болезни	$r=-0,35$
Коммуникативный компонент – анозогностический тип отношения к болезни	$r=0,33$
Мотивационный компонент - дисфорический тип отношения к болезни	$r=-0,34$

## Продолжение таблицы 16

<b>Корреляционные связи</b>	<b>Значение <math>p &lt; 0,001</math></b>
Самооценочный компонент - неврастенический тип отношения к болезни	$r = -0,35$
Реабилитационный потенциал личности - дисфорический тип отношения к болезни	$r = -0,52$
Реабилитационный потенциал личности - неврастенический тип отношения к болезни	$r = -0,41$

Из таблицы 16 можно увидеть, что положительная связь выявлена только у коммуникативного компонента реабилитационного потенциала личности с анозогностическим типом отношения к болезни. Остальные корреляционные связи реабилитационного потенциала личности (и его составляющих) имеют отрицательную связь с типами отношения к болезни.

Таблица 17 – Связь типов отношения к болезни и реабилитационного потенциала личности у пациентов после ПГМ

<b>Корреляционные связи</b>	<b>Значение <math>p &lt; 0,001</math></b>
Внутренняя картина болезни - тревожный тип отношения к болезни	$r = -0,35$
Внутренняя картина болезни - сенситивный тип отношения к болезни	$r = -0,35$
Эмоциональный компонент - тревожный тип отношения к болезни	$r = -0,34$
Самооценочный компонент - тревожный тип отношения к болезни	$r = -0,37$
Самооценочный компонент - гармоничный тип отношения к болезни	$r = 0,41$
Реабилитационный потенциал личности - анозогностический тип отношения к болезни	$r = 0,33$
Реабилитационный потенциал личности - тревожный тип отношения к болезни	$r = -0,31$

В группе пациентов после ПГМ положительную связь имеют реабилитационный потенциал личности с анозогностическим типом отношения к болезни и самооценочный компонент реабилитационного потенциала личности с гармоничным типом отношения к болезни. Выделенные типы отношения к болезни являются адаптивными, что схоже с картиной в группе пациентов с психическими заболеваниями. Отрицательные связи выявлены между реабилитационным потенциалом личности (и его составляющих) с дезадаптивными типами отношения к болезни.

Важно отметить, что в группе пациентов с психическими заболеваниями положительная связь была выявлена между анозогностическим типом с

коммуникативным компонентом, а в группе пациентов после ПГМ с самооценочным компонентом и общим реабилитационным потенциалом личности.

Также важно то, что в группе пациентов с психическими заболеваниями была выявлена обратная связь мотивационного компонента с двумя типами отношения к болезни: дисфорический и неврастенический типы. У пациентов после ПГМ связи с мотивационным компонентом реабилитационного потенциала личности выявлено не было.

Таким образом, корреляционный анализ выявил большое количество как положительных, так и отрицательных корреляционных взаимосвязей между реабилитационным потенциалом личности и типами отношения к болезни (адаптивными и неадаптивными) у психиатрических и пациентов после ПГМ.

*Взаимосвязь депрессии и тревожности с реабилитационным потенциалом личности*

В таблице 18 представлены корреляционные связи депрессии с реабилитационным потенциалом личности в группе пациентов с психическими заболеваниями.

Таблица 18 – Взаимосвязь депрессии и реабилитационного потенциала личности у пациентов с психическими заболеваниями\*

	Реабилитационный потенциал личности				
	ВКБ	МК	ЭК	КК	РПЛ
Депрессия	$r=-0,5$	$r=0,29$	$r=-0,4$	$r=0,39$	$r=0,4$

\* $p<0,001$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК -эмоциональный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

Чем выше уровень депрессии, тем меньше у пациента представление о своей болезни (ВКБ) и степень выраженности эмоционального компонента и тем выше мотивационный компонент и коммуникативный, а также общий показатель реабилитационного потенциала личности.

В группе пациентов после ПГМ связи депрессии с реабилитационным потенциалом личности выявлено не было, несмотря на то, что у пациентов данной группы также была выявлена депрессия.

В таблице 19 представлены корреляционные связи тревожности и реабилитационного потенциала личности.

Таблица 19 – Взаимосвязь тревожности и реабилитационного потенциала личности у пациентов с психическими заболеваниями\*

	Реабилитационный потенциал личности				
	ВКБ	МК	ЭК	КК	РПЛ
Ситуативная тревожность	$r=-0,61$	$r=0,35$	$r=-0,54$	$r=0,44$	$r=0,42$
Личностная тревожность	$r=-0,57$	$r=0,44$	$r=-0,54$	$r=0,56$	$r=0,53$

\* $p<0,001$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

Как видно из таблицы, чем выше ситуативная и личностная тревожность, тем меньше у пациента понимание своей болезни (ВКБ) и эмоциональный компонент, и тем выше мотивационный и коммуникативный компоненты, а также общий показатель реабилитационного потенциала личности.

У пациентов после ПГМ связи тревожности и реабилитационного потенциала личности выявлено не было.

#### *Уровень субъективного контроля и реабилитационного потенциала личности*

Учитывая наличие связей уровня субъективного контроля и общего показателя по реабилитационному потенциалу личности, важно включить изучение данного феномена при определении психологического реабилитационного потенциала у пациентов после ПГМ (таблица 20).

Таблица 20 – Взаимосвязь уровня субъективного контроля и реабилитационного потенциала личности у пациентов с психическими заболеваниями и после ПГМ

	<b>ВКБ</b>	<b>СК</b>	<b>КК</b>	<b>РПЛ</b>
<i>Пациенты с психическими заболеваниями</i>				
Интернальность в области достижений	r=0,37	-	r=0,34	-
Интернальность в области неудач	r=0,34	-	-	-
<i>Пациенты после ПГМ</i>				
Интернальность в области достижений	r=0,31	r=0,36	-	r=0,38
Интернальность в области семейных отношений	-	r=0,33	-	r=0,35
Интернальность в области производственных отношений	r=0,37,	r=0,37	-	r=0,35

\* $p < 0,05$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; СК – самооценочный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

#### *Взаимосвязь индекса ресурсности и реабилитационного потенциала личности*

У пациентов после ПГМ индекс ресурсности связан с самооценочным компонентом ( $r=0,24$ ,  $p < 0,001$ ). С общим показателем реабилитационного потенциала личности или другими его компонентами выявлено не было.

У пациентов с психическими заболеваниями связи индекса ресурсности и реабилитационного потенциала личности (и его компонентов) обнаружено не было.

#### *Взаимосвязь темперамента и реабилитационного потенциала личности*

Была выявлена связь типа темперамента по методике ТСИ-125 и реабилитационного потенциала личности. Так, в группе пациентов с психическими заболеваниями было выявлено, что чем больше у человека проявление типа темперамента «Избегание потенциальной опасности или возможного ущерба», тем меньше представлений у человека о своём заболевании ( $r=-0,54$ ,  $p < 0,001$ ) и более негативный эмоциональный фон жизни ( $r=-0,45$ ,  $p < 0,001$ ), но в то же время больше мотивации к выздоровлению ( $r=0,38$ ,  $p < 0,001$ ).

Также в группе пациентов с психическими заболеваниями было отмечено, что чем больше проявление темперамента по типу «Избегание потенциальной опасности или возможного ущерба», тем больше потребность в общении с другими людьми ( $r=0,50$ ,  $p<0,001$ ) и тем выше общий показатель реабилитационного потенциала личности ( $r=0,48$ ,  $p<0,001$ ).

Чем выше зависимость от социальной оценки, тем меньше представлений у пациента о своей болезни ( $r=-0,25$ ,  $p=0,022$ ) и тем выше мотивационный компонент ( $r=0,23$ ,  $p=0,043$ ).

Самонаправленность прямо связана с самооценочным компонентом реабилитационного потенциала личности в группе пациентов с психическими заболеваниями ( $r=0,25$ ,  $p=0,021$ ).

В группе пациентов после ПГМ чем выше самонаправленность, тем больше мотивации к реабилитации ( $r=0,34$ ,  $p=0,035$ ), выше самооценочный компонент ( $r=0,31$ ,  $p=0,041$ ), потребность в общении ( $r=0,49$ ,  $p=0,001$ ) и выше общий показатель реабилитационного потенциала личности ( $r=0,36$ ,  $p=0,022$ ).

*Взаимосвязь семейных отношений (по «Шкале семейных отношений») и реабилитационного потенциала личности*

Анализ связей балла по шкале семейных отношений и реабилитационного потенциала личности показали многочисленные корреляции пациентов с психическими заболеваниями и единичные у пациентов после ПГМ (таблица 21 и таблица 22).

Таблица 21 – Связь семейного окружения и реабилитационного потенциала личности и его компонентов у пациентов с психическими заболеваниями

Шкалы по ШСО	ЭК	КК
Сплоченность	-	( $r=0,35$ , $p=0,026$ )
Ориентация на достижения	( $r=0,33$ , $p=0,035$ )	-
Интеллектуально-культурная ориентация	-	( $r=0,35$ , $p=0,025$ )

\* $p<0,05$ . Примечание: ЭК – эмоциональный компонент; КК – коммуникативный компонент.

Таблица 22 – Связь семейного окружения и реабилитационного потенциала личности и его компонентов у пациентов после ПГМ\*

Шкалы по ШСО	ВКБ	МК	ЭК	КК	РПЛ
Сплоченность	r=0,3, p=0,007	r=-0,31, p=0,006	r=0,25, p=0,02	r=-0,35, p<0,001	r=-0,29, p=0,009
Независимость	r=0,27, p=0,016	r=-0,32, p=0,003	r=0,25, p=0,027	r=-0,3, p=0,007	r=-0,28, p=0,01
Ориентация на достижения	r=0,44, p<0,001	r=-0,23, p=0,044	r=0,42, p=0,026	r=-0,34, p=0,002	r=-0,3, p=0,007
Ориентация на активный отдых	r=0,29, p=0,011	-	r=0,26, p=0,020	r=-0,23, p=0,04	-
Организация	r=0,26, p=0,022	-	r=0,24, p=0,031	r=-0,26, p=0,02	r=-0,22, p=0,04
Контроль	r=0,48, p<0,05	r=-0,38, p<0,001	r=0,47, p<0,001	r=-0,5, p<0,001	r=-0,46, p<0,001
Конфликт	-	-	-	r=-0,25, p=0,02	r=-0,24, p=0,032

\* $p < 0,05$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

Из таблиц 21 и 22 видно, что шкала семейного окружения у пациентов с психическими заболеваниями так или иначе связана с реабилитационным потенциалом личности и его компонентами, в то время как в группе пациентов после ПГМ этих связей было намного меньше и баллы по шкалам семейного окружения не связаны с реабилитационным потенциалом личности, а связаны только с эмоциональным и коммуникативным компонентами.

### *Гелотофобия как фактор реабилитационного потенциала личности*

У пациентов с психическими расстройствами гелотофобия обратно связана с внутренней картиной болезни ( $r = -0,45$ ,  $p < 0,05$ ). Чем выше степень выраженности страха насмешки, тем меньше представления пациента о своей болезни, что может затруднять процесс реабилитации.

У пациентов с повреждениями головного мозга гелотофобия связана с эмоциональным компонентом реабилитационного потенциала личности ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Это говорит о том, что страх насмешки может негативно сказаться на



эмоциональном фоне жизни больного, его динамике в связи с заболеванием и возможностью регуляции эмоциональных реакций, что в свою очередь может привести к замедлению процесса реабилитации. И наоборот: негативный эмоциональный фон, невозможность регуляции эмоциональных реакций может увеличивать страх насмешки.

*Взаимосвязь самостигматизации и реабилитационного потенциала личности*

Взаимосвязи самостигматизации и реабилитационного потенциала личности выделено не было ни в одной из исследуемых групп.

*Взаимосвязь копинг-стратегий (по шкале COPE) и реабилитационного потенциала личности*

Выяснилось, что изучение типа совладающего поведения в большей степени важно для определения психологического реабилитационного потенциала в группе пациентов с психическими расстройствами, чем для пациентов после ПГМ (таблица 23 и таблица 24).

Таблица 23 – Связь копинг-стратегий и реабилитационного потенциала личности у пациентов с психическими заболеваниями\*

Тип совладающего поведения	ВКБ	МК	ЭК	КК	РПЛ
Мысленный уход от проблемы	r=-0,37, p<0,001	-	r=-0,39, p<0,001	r=0,3, p=0,006	r=0,28, p=0,013
Концентрация на эмоциях и их выражение	r=-0,37, p<0,001	r=0,41, p<0,001	r=-0,3, p=0,007	r=0,41, p<0,001	r=0,37, p<0,001
Инструментальная социальная поддержка	r=-0,3, p=0,006	-	r=-0,26, p=0,023	-	-
Поведенческий уход от проблемы	r=-0,34, p=0,002	r=0,27, p=0,017	r=-0,37, p<0,001	r=0,4, p<0,001	-
Эмоциональная социальная поддержка	r=-0,38, p<0,001	-	r=-0,34, p=0,002	r=0,24, p=0,035	r=0,28, p=0,014
Использование «успокоительных»	r=-0,26, p=0,021	r=0,27, p=0,016	r=-0,31, p=0,005	r=0,36, p<0,001	r=0,37, p<0,001

## Продолжение таблицы 23

Тип совладающего поведения	ВКБ	МК	ЭК	КК	РПЛ
Юмор	-	r=0,25, p=0,025	r=-0,23, p=0,043	r=0,31, p=0,005	r=0,3, p=0,007
Принятие	-	-	-	r=0,31, p=0,005	r=0,32, p=0,004

\* $p < 0,05$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

Можно отметить, что чем выше представление у пациентов с психическими заболеваниями о своей болезни, тем ниже проявление неадаптивных стратегий «мысленный уход от проблемы», «концентрация на эмоциях и их выражение», «поведенческий уход от проблемы», «использование «успокоительных», но и ниже проявление адаптивных копингов, таких как «инструментальная социальная поддержка» и «эмоциональная социальная поддержка».

Чем выше мотивация к реабилитации у пациентов с психическими заболеваниями, тем выше проявление преимущественно неадаптивных стратегий совладания: «Концентрация на эмоциях и их выражение», «Поведенческий уход от проблемы», «Использование «успокоительных» и выше проявление адаптивной стратегии «Юмор».

Чем выше проявление эмоционального компонента реабилитационного потенциала личности, тем реже использование неадаптивного совладающего поведения, такого как: «Мысленный уход от проблемы», «Поведенческий уход от проблемы», «Концентрация на эмоциях и их выражение» и «Использование «успокоительных»», но в то же время и снижение адаптивного совладающего поведения: «Инструментальная социальная поддержка», «Эмоциональная социальная поддержка», «Юмор».

Чем выше проявление коммуникативного компонента реабилитационного потенциала личности, тем выше проявление преимущественно неадаптивных стратегий совладания: «Мысленный уход от проблемы», «Концентрация на эмоциях и их выражение», «Поведенческий уход от проблемы», «Использование

«успокоительных»»; и адаптивных стратегий: «Эмоциональная социальная поддержка», «Юмор» и «Принятие».

Чем выше общий балл реабилитационного потенциала личности, тем выше проявление неадаптивных стратегий совладания: «Мысленный уход от проблемы», «Концентрация на эмоциях и их выражение», «Использование «успокоительных»»; и адаптивных стратегий: «Эмоциональная социальная поддержка», «Юмор» и «Принятие».

Таблица 24 – Связь копинг-стратегий и реабилитационного потенциала личности и его компонентов у пациентов после ПГМ\*

Тип совладающего поведения	МК	СК	КК	РПЛ
Инструментальная социальная поддержка	r=0,33, p=0,035	r=0,33, p=0,038	-	r=0,34, p=0,02
Позитивное переформулирование	-	r=0,41, p=0,007	-	r=0,37, p=0,01
Использование «успокоительных»	-	-	r=-0,37, p=0,01	-

\* $p < 0,05$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

Как видно из таблицы 24, в группе пациентов после ПГМ реабилитационный потенциал личности и его составляющие связаны только с адаптивными стратегиями совладания. А чем выше коммуникативный компонент реабилитационного потенциала личности, тем ниже применение неадаптивного копинга совладания «Использование «успокоительных»».

#### *Качество жизни и реабилитационный потенциал личности*

Исследуя качество жизни пациентов, было выявлено, что только показатель по психическому здоровью имеет связь с реабилитационным потенциалом личности и только в группе пациентов с психическими заболеваниями (таблица 25)

Таблица 25 – Связь качества жизни и реабилитационного потенциала личности у пациентов с психическими заболеваниями\*

	<b>ВКБ</b>	<b>МК</b>	<b>ЭК</b>	<b>СК</b>	<b>КК</b>	<b>РПЛ</b>
Физическое здоровье	-	-	-	-	-	-
Психическое здоровье	r=0,32	r=0,32	r=0,25	r=0,48	r=0,34	r=0,49

\* $p < 0,05$ . Примечание: ВКБ – внутренняя картина болезни; МК – мотивационный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; СК – самооценочный компонент; КК – коммуникативный компонент; РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

Связи качества жизни с реабилитационным потенциалом личности в группе пациентов после ПГМ с повреждениями головного мозга не было выявлено, а значит можно сделать вывод, что изучение данного феномена не является актуальным при определении психологического реабилитационного потенциала пациентов после ПГМ.

*Связь медицинского реабилитационного потенциала и реабилитационного потенциала личности в группе пациентов после ПГМ.*

Отдельно были рассмотрены взаимосвязи психологических параметров с медицинским реабилитационным потенциалом в группе пациентов после ПГМ (рисунок 25).

На рисунке 25 показаны множественные взаимосвязи медицинского реабилитационного потенциала с типами отношения к болезни, шкалой функциональной независимости и морально-нравственными аспектами семейного окружения.

Это говорит о том, что чем выше медицинский реабилитационный потенциал у пациентов после ПГМ, тем выше проявление адаптивных типов отношения у болезни – гармоничного и анозогностического и тем ниже проявление дезадаптивных типов: тревожного и ипохондрического.

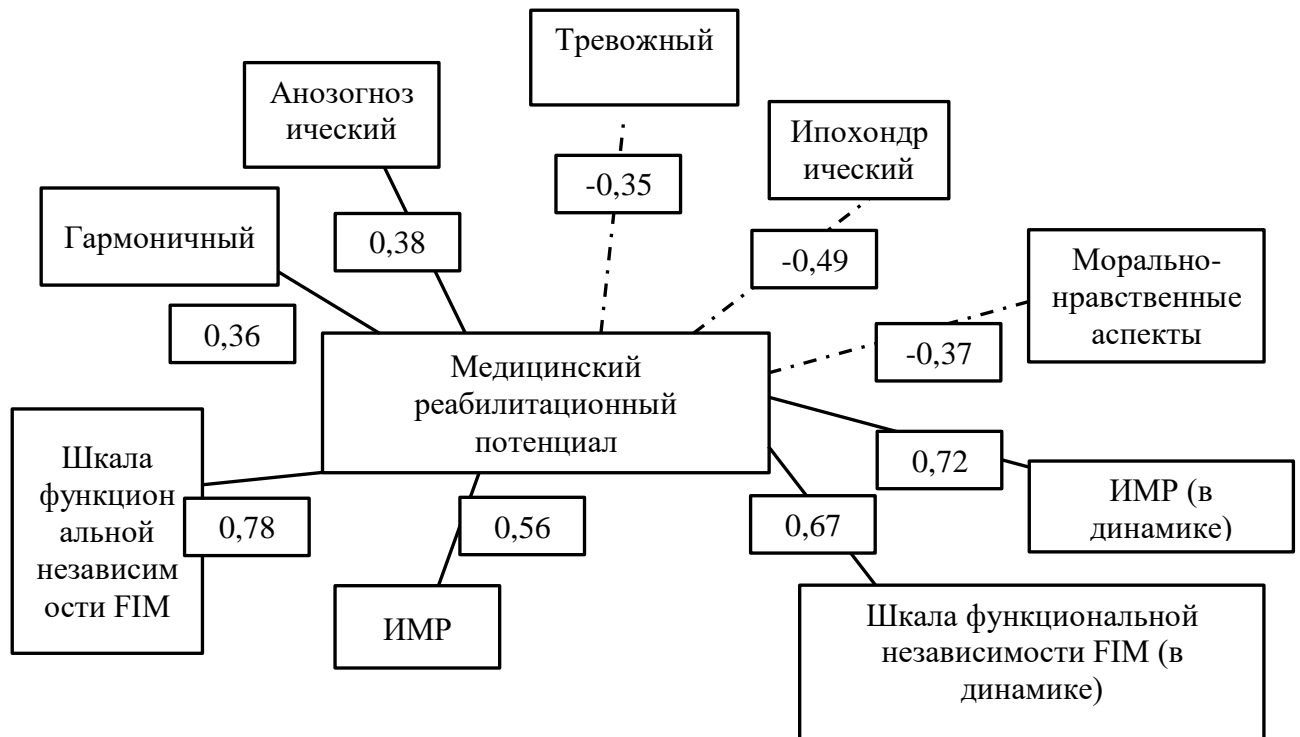


Рисунок 25 – Связь медицинского реабилитационного потенциала и психологических параметров в группе пациентов после ПГМ

*Представленные корреляционные взаимосвязи, значимые на уровне  $p \leq 0.05$*

*Примечание: прямой линией обозначены положительные корреляционные связи; пунктирной линией – отрицательные корреляционные связи.*

МРП прямо связан со шкалой функциональной независимости и индексом мобильности как до реабилитации, так и с показателями в динамике. Это говорит о том, что чем лучше физическое состояние пациента, чем более он самостоятелен, тем выше медицинский реабилитационный потенциал.

Также была выявлена обратная взаимосвязь МРП и морально-нравственных аспектов по шкале семейного окружения. Это значит, что чем выше МРП, тем ниже степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям.

### *3.5 Выявление значимых факторов психологического реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга*

Для выявления ведущих факторов психологического реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ был использован многомерный факторный анализ методом главных компонент. Этот статистический метод позволил сгруппировать и выделить общие компоненты ПРП.

В соответствии с критерием «каменистой осыпи», позволяющим рационально выбрать число компонент, рассматривались 3 фактора для *группы пациентов с психическими заболеваниями* (рисунок 26).

Суммарная дисперсия трех факторов объясняет 31,43% полученных показателей (таблица 26). Анализируемые факторные нагрузки  $> 0,4$ .

В состав первого фактора F1 (Дп – 14,13%) вошли 34 показателя, относящиеся к темпераменту, тревожности и депрессии, отношению к юмору и смеху, самостигматизации, совладанию со стрессом, уровню субъективного контроля, реабилитационному потенциалу личности и типу отношения к болезни. Исходя из состава компонентов, которые вошли в F1, он был назван «Активное преодоление болезни».

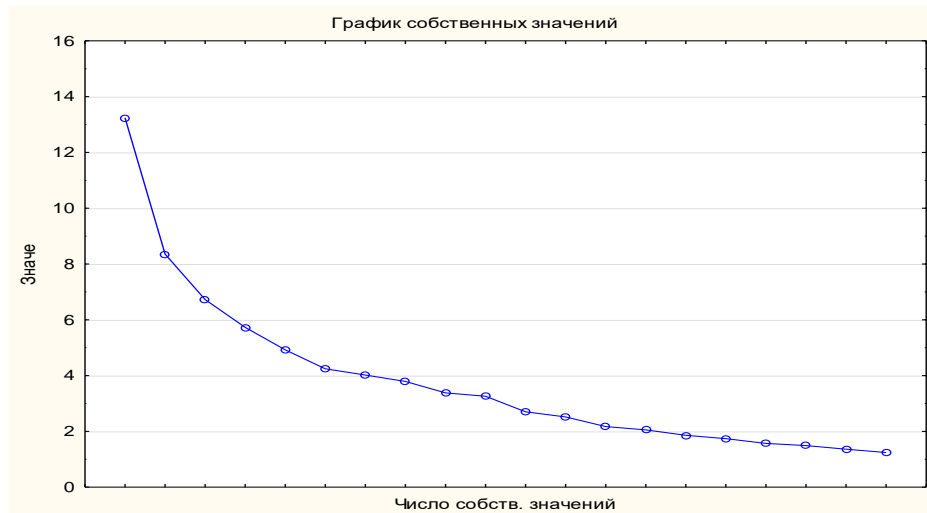


Рисунок 26 – Критерий «каменистой осыпи» для группы пациентов с психическими заболеваниями

Таблица 26 – Состав факторов и факторных нагрузок в группе пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях

Фактор	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 «Активное преодоление болезни»	Социально-желательное поведение (темперамент по TCI-125)	0,764
	Депрессия (шкала депрессии Бека)	-0,683
	Гелотофобия (опросник РРК-30)	-0,682
	Шкала интернальности в области достижений (Ид) (опросник «Уровень субъективного контроля»)	0,661
	Психическое здоровье (качество жизни по SF-36)	0,646
	Избегание потенциальной опасности или возможного ущерба (темперамент по TCI-125)	-0,617
	Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им) (опросник «Уровень субъективного контроля»)	0,616
	Внутренняя картина болезни (методика «Реабилитационный потенциал личности»)	0,616
	Неврастенический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,603
	Дисфорический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,597
	Сенситивный (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,589
	Жизненная активность (качество жизни по SF-36)	0,587
	Общий показатель реабилитационного потенциала личности	0,572
	Активное совладание (опросник COPE)	0,566
	Тревожный (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,557

Продолжение таблицы 26

Фактор	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 «Активное преодоление болезни»	Сплоченность (шкала семейного окружения)	0,544
	Шкала интернальности в области неудач (Ин) (опросник «Уровень субъективного контроля»)	0,54
	Ипохондрический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,523
	Позитивное переформулирование (опросник COPE)	0,522
	Паранойяльный (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,504
	Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис) (опросник «Уровень субъективного контроля»)	0,497
	Поведенческий уход от проблемы (опросник COPE)	-0,491
	Самостигматизация (опросник ISMI-9)	-0,479
	Эгоцентрический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,474
	Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип) (Уровень субъективного контроля)	0,469
	Меланхолический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,456
	Конфликт (шкала семейного окружения)	0,455
	Ситуативная тревожность (интегративный тест тревожности)	-0,451
	Физическое здоровье (качество жизни по SF-36)	0,443
	Коммуникативный компонент (методика «Реабилитационный потенциал личности»)	0,421
	Интеллектуально-культурная ориентация (шкала семейного окружения)	0,419
	Апатический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,416
Ориентация на активный отдых (шкала семейного окружения)	0,412	
F2 «Психическое и физическое функционирование»	Физическое функционирование (качество жизни по SF-36)	0,861
	Интенсивность боли (качество жизни по SF-36)	0,725
	Общее состояние здоровья (качество жизни по SF-36)	0,682
	Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (качество жизни по SF-36)	0,562
	Сдерживание (опросник COPE)	-0,462
	Социальное функционирование (качество жизни по SF-36)	-0,404
F3 «Социальное взаимодействие»	Инструментальная социальная поддержка (опросник COPE)	0,645
	Эмоциональная социальная поддержка (опросник COPE)	0,591
	Зависимость от социальной оценки (темперамент по TCI-125)	0,562
	Шкала интернальности в отношении здоровья (опросник «Уровень субъективного контроля»)	-0,535
	Концентрация на эмоциях и их выражение (опросник COPE)	0,462
	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (качество жизни по SF-36)	0,446
	Катагеластизм (опросник PPK-30)	-0,431
	Независимость (шкала семейного окружения)	0,408
	Экспрессивность (шкала семейного окружения)	0,406

В состав второго по значимости фактора F2 (Дп – 10,12%) вошли в основном показатели качества жизни (см. таблицу 26), в частности, различного рода



функционирование: ролевое, социальное и физическое, а также интенсивность боли и общее состояние здоровья. Отдельный показатель «Сдерживание» относится к типу совладающего поведения и имеет отрицательную факторную нагрузку, что говорит об активном совладании со стрессовой ситуацией. Так как все параметры связаны с физическим и психическим функционированием, второй фактор был назван фактором «Психическое и физическое функционирование».

В состав третьего по значимости фактора F3 (Дп – 7,18%) вошли показатели, связанные социальным взаимодействием (см. таблицу 26), причем в зависимом плане. Зависимость от социальной поддержки, выражение эмоций, экспрессивность и поиск социальной поддержки. Так как катагеластизм – это склонность к высмеиванию других, а данный показатель имеет отрицательную факторную нагрузку, что говорит об обратном «эффекте», то так же можно отнести его к положительному социальному взаимодействию.

Далее был проведен факторный анализ компонентов психологического реабилитационного потенциала у *пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ*.

В соответствии с критерием «каменистой осыпи» было выделено 3 фактора для группы пациентов после ПГМ (рисунок 27)

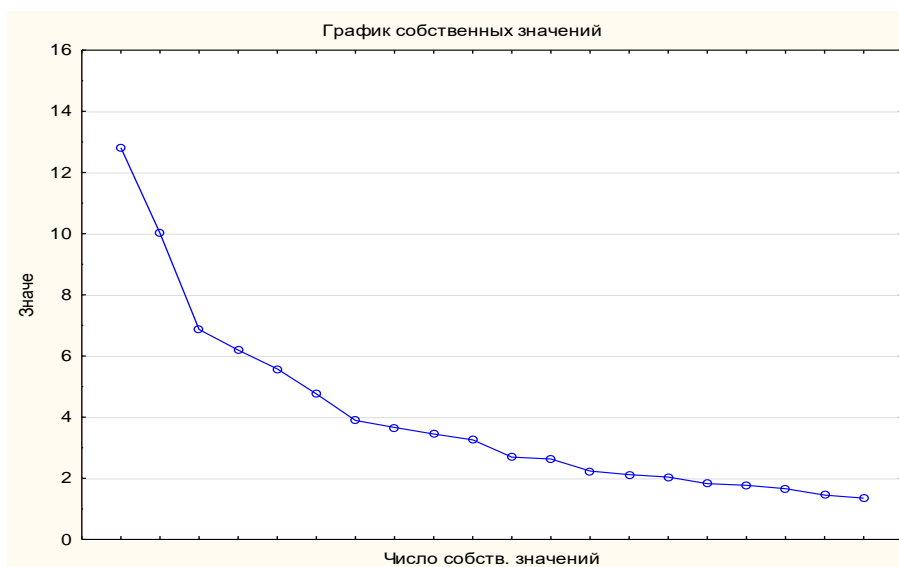


Рисунок 27 – Критерий «каменистой осыпи» для группы пациентов после ПГМ

Суммарная дисперсия трех факторов охватывает 33,37% полученных показателей. Анализируемые факторные нагрузки  $> 0,4$ .

В состав первого фактора F1 (Дп – 14,2%) вошли 30 показателей, относящихся к опроснику COPE, качества жизни (SF-36), шкале семейного окружения и гелотофобия (см. таблицу 27). Так же, как и у пациентов с психическими заболеваниями, у пациентов после ПГМ в первый, наиболее весомый фактор вошли показатели «активное совладание», «гелотофобия», «жизненная активность», «ориентация на активный отдых», «сплоченность» и «физическое здоровье». Однако, они имеют либо меньшее, либо противоположное значение. Также в факторе F1 присутствуют показатели, относящиеся к социальной поддержке и социальному взаимодействию, но с отрицательным значением факторной нагрузки, что позволило назвать этот фактор «социальная отгороженность».

Таблица 27 – Состав факторов и факторных нагрузок в группе пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ

Фактор	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 «Социальная отгороженность»	Эмоциональная социальная поддержка (опросник COPE)	-0,749
	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (качество жизни по SF-36)	0,7
	Мысленный уход от проблемы (опросник COPE)	-0,714
	Инструментальная социальная поддержка (опросник COPE)	-0,713
	Физическое функционирование (качество жизни по SF-36)	0,676
	Морально-нравственные аспекты (шкала семейного окружения)	-0,658
	Интенсивность боли (качество жизни по SF-36)	0,653
	Общее состояние здоровья (качество жизни по SF-36)	0,65
	Позитивное переформулирование (опросник COPE)	-0,646
	Ориентация на активный отдых (шкала семейного окружения)	-0,646
	Организация (шкала семейного окружения)	-0,572
	Сплоченность (шкала семейного окружения)	-0,567
	Планирование (шкала семейного окружения)	-0,565
	Жизненная активность (качество жизни по SF-36)	0,542
	Принятие (опросник COPE)	-0,538
	Интеллектуально-культурная ориентация (шкала семейного окружения)	-0,536
	Ориентация на достижения (шкала семейного окружения)	-0,536
Контроль (шкала семейного окружения)	-0,529	

## Продолжение таблицы 27

Фактор	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 «Социальная отгороженность»	Активное совладание (опросник COPE)	-0,521
	Концентрация на эмоциях и их выражение (опросник COPE)	-0,501
	Экспрессивность (шкала семейного окружения)	-0,482
	Независимость (шкала семейного окружения)	-0,481
	Подавление конкурирующей деятельности (шкала семейного окружения)	-0,481
	Ситуативная тревожность (интегративный тест тревожности)	0,455
	Обращение к религии (опросник COPE)	-0,438
	Гелотофобия (опросник РРК-30)	0,435
	Физическое здоровье (качество жизни по SF-36)	0,402
	Отрицание (опросник COPE)	-0,416
	Юмор (опросник COPE)	-0,419
	Сдерживание совладания (опросник COPE)	-0,426
F2 «Негативное отношение к болезни»	Индекс мобильности Ривермид	-0,584
	Общий показатель реабилитационного потенциала личности (методика «Реабилитационный потенциал личности»)	-0,577
	Тревожный (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	0,568
	Шкала функциональной независимости FIM	-0,565
	Индекс ресурсности (опросник приобретенных и потерянных ресурсов)	-0,554
	Шкала интернальности в области достижений (опросник «Уровень субъективного контроля»)	-0,551
	Внутренняя картина болезни (методика «Реабилитационный потенциал личности»)	-0,548
	Ипохондрический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	0,531
	Самооценочный компонент (методика «Реабилитационный потенциал личности»)	-0,531
	Шкала интернальности в семейных отношениях (опросник «Уровень субъективного контроля»)	-0,519
	Гармоничный (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,518
	Общее состояние психического здоровья (качество жизни по SF-36)	-0,511
	Анозогностический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,501
	Медицинский реабилитационный потенциал	-0,494
	Меланхолический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	0,443
	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (качество жизни по SF-36)	-0,439
	Депрессия (шкала депрессии Бека)	0,437
	Эргопатический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	-0,437
	Апатический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	0,416
	Эмоциональный компонент (методика «Реабилитационный потенциал личности»)	-0,411
F3 «Активность»	Социальное функционирование (качество жизни по SF-36)	0,646
	Физическое функционирование (качество жизни по SF-36)	0,612
	Эгоцентрический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	0,554
	Неврастенический (тип отношения к болезни по ТОБОЛ)	0,458

В состав второго по значимости фактора F2 (Дп – 11,06%) вошли в основном дезадаптивные типы отношения к болезни с прямой связью (см. таблицу 27): апатический, ипохондрический, меланхолический и адаптивные типы с обратной связью: эргопатический, анозогностический, гармоничный. Переживание болезни (внутренняя картина болезни, индекс ресурсности, депрессия) так же носят отрицательный заряд, как и эмоциональные составляющие. Так как все параметры связаны с типом отношения к болезни и отрицательным эмоциональным состоянием, то второй фактор был назван - «Негативное отношение к болезни».

В состав третьего по значимости фактора F3 (Дп – 8,1%) вошли показатели качества жизни и типы отношения к болезни. Самым весомым в этом факторе является социальное и физическое функционирование. Т.к. эти параметры относятся к активности (социальной и физической), а указанные типы отношения к болезни к рабочей (эргопатический тип отношения к болезни) и «раздражительной» активности (неврастенический тип отношения к болезни), то эта шкала была названа «Активность».

Далее был произведен анализ качественного состава выявленных факторов у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ. Результаты представлены в таблице 28.

Таблица 28 – Качественный состав факторов пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ

<b>Фактор и его факторный вес</b>	
<b>Пациенты с психическими заболеваниями</b>	<b>Пациенты после ПГМ</b>
F1 «Активное преодоление болезни», 34 переменные, Дп – 14,13%	F1 «Социальная отгороженность», 30 переменных, Дп – 14,2%
F2 «Психическое и физическое функционирование», 6 переменных, Дп – 10,12%	F2 «Негативное отношение к болезни», 20 переменных, Дп – 11,06%
F3 «Социальное взаимодействие», 9 переменных, Дп – 7,18%	F3 «Активность», 4 переменные, Дп – 8,11%
Суммарная дисперсия – 31,43%	Суммарная дисперсия – 33,37%

Таким образом, факторный анализ позволил выделить факторы для каждой группы пациентов, влияющие на психологический реабилитационный потенциал.

Одним из важных выводов, который следует из результатов факторного анализа, является отсутствие однородности феномена психологического реабилитационного потенциала. Общим для обеих групп является наличие трех факторов в группе пациентов с психическими заболеваниями и трех факторов в группе пациентов после ПГМ, однако, содержание этих факторов в группах различны.

## ГЛАВА 4 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как показал анализ литературы, в современных исследованиях здоровья человека можно выделить две группы подходов к изучению реабилитационного потенциала личности: медико-биологический и психологический. Согласно первой группе подходов, потенциал выздоровления связан с функциональным состоянием организма, который обладает определенной способностью адекватно справляться с болезнью. Второй подход, психологический, основан на изучении многогранного сочетания индивидуальных психологических характеристик [16;38;64].

Большинство исследований посвящены отдельному изучению реабилитационного потенциала и психологического реабилитационного потенциала, данная работа сфокусирована на вопросах совместного клинико-психологического исследования РП и РПЛ у пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ, а также на выявлении значимых компонентов реабилитационного потенциала личности для каждой из изучаемых групп.

Полученные в диссертации данные подтверждают и расширяют психологическое содержание модели психологического реабилитационного потенциала личности Порохиной Ж.В. [64] и Кулагиной И.Ю. [46], дополняя его клинико-психологическими характеристиками пациентов после ПГМ и при психических заболеваниях, что позволяет провести дифференцированную клинико-психологическую оценку компонентов реабилитационного потенциала личности пациентов, способных влиять на реабилитацию.

#### *4.1 Обсуждение результатов анализа представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение*

Первой и необходимой ступенью было выявление представлений специалистов о реабилитационном потенциале и психологическом реабилитационном потенциале и практического запроса на их изучение.

Результаты исследования показали, что понятие реабилитационного потенциала среди специалистов разных отраслей медицины имеет разную интерпретацию, как самого понятия, так и важных факторов для его определения. Можно разделить специалистов по пониманию реабилитационного потенциала на группы.

Например, анестезиологи-реаниматологи и реабилитологи опираются только на физическую составляющую при оценке реабилитационного потенциала. О психологическом реабилитационном потенциале специалисты или не слышали, или слышали, но не учитывали в своей работе. Это в целом объясняется особенностями специальности, а именно работой с пациентами, в том числе в сниженном или вегетативном состояниях сознания, где на первое место выходит физическое состояние пациента.

Неврологи учитывают и физическую и психологическую составляющие процесса реабилитации. Безусловно, как врачи, они в большей степени учитывают физические характеристики пациента, однако, окружение пациента, его отношения с родственниками, мотивационную приверженность лечению и наличие критики к своему состоянию неврологи также считают важными для реабилитации, хоть и не оценивают эти особенности специальными методами.

Как показало исследование, психологи и психиатры в силу своей специализации знают о психологическом реабилитационном потенциале и оценивают различные его компоненты, однако, не было выявлено универсального метода оценки психологического реабилитационного потенциала или выделения значимых для реабилитации компонентов.

Таким образом, изучение психологического реабилитационного потенциала актуально в силу его влияния на процесс реабилитации (по мнению специалистов) и определение значимых компонентов для пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ необходимо для составления индивидуальной программы реабилитации.

#### *4.2 Обсуждение результатов адаптации опросника интернализованной стигмы заболевания ISMI-9*

Адаптация опросника самостигматизации позволит использовать ISMI-9 в качестве надежного и простого способа определения ее выраженности, что необходимо учитывать при проведении лечебных и, в первую, очередь, психореабилитационных мероприятий. Поэтому, следующим этапом стала адаптация русскоязычной версии опросника интернализованной стигмы заболевания ISMI-9.

Результатами исследования подтверждена свойственность самостигматизации для выборки больных в нашей стране. Высокие психометрические свойства опросника также подтверждены данными, выявленными апробацией методики ISMI-9 [18,146]. Её структура оказалась высоко согласованной. Исследуемые феномены полностью соответствовали русскоязычной выборке. Валидность апробированного для России опросника подтверждена корреляционным анализом типов отношения к болезни, смеху, юмору со шкалами опросника. Методика ISMI-9, адаптированная под пациентов после ПГМ, также может быть рекомендована к использованию.

Полученные результаты по опроснику ISMI-9 [18,146] в целом согласуются с данными авторов исследования Дж. Бойд с коллегами [100]. Однако, судить о согласованности в полной мере трудно, т.к. в оригинальном исследовании процедура опроса проводилась онлайн, и респонденты сами идентифицировали



себя как психически больных, либо когда-либо имевших депрессию, т.е. могли и не иметь официального диагноза.

#### *4.3 Обсуждение результатов психологических особенностей и их связей с реабилитационным потенциалом личности у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга*

##### *Реабилитационный потенциал личности*

Анализ теоретических концепций и данных отечественных эмпирических исследований позволил выделить компоненты психологического реабилитационного потенциала. Выделяют мотивационный, эмоциональный (эмоционально-волевой) и когнитивный компоненты. Рассматривая реабилитационный потенциал личности как важную составляющую психологического реабилитационного потенциала, стоит выделить его составляющие.

Одним из важнейших личностных ресурсов пациента является оптимистичная внутренняя картина болезни (в этом случае, показатели по данной шкале будут высокими), что мы можем наблюдать у пациентов после ПГМ. Если показатель имеет низкий уровень, как в случае с пациентами с психическими расстройствами, внутренняя картина болезни считается пессимистичной и может выступать фактором, снижающим РП.

РПЛ может рассматриваться частью личностных ресурсов и способствует реадaptации и реабилитации пациентов. При хроническом заболевании он выше в группе больных после ПГМ. Но значительно ниже в группе с психическими заболеваниями. Внутренняя картина болезни после ПГМ более оптимистична, мотивационная компонента более выражена, пациент достаточно активен в жизненных ситуациях, высок интерес к жизни.

Данные, полученные при изучении РПЛ и его компонентов, позволяют говорить о различии общего эмоционального фона у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и у пациентов после ПГМ. Также различны их интересы и активность. Исследовалась активность, направленная на восстановление здоровья (мотивационная компонента). У пациентов после ПГМ представления о себе, своем заболевании и перспективах выздоровления (ВКБ) более оптимистичны, они в большей мере сохранили социальные связи (коммуникативная компонента) и рассчитывают на социальную поддержку, прежде всего семейную.

### *Темперамент и характер*

В процессе исследования также были изучены темперамент и характер, которые впоследствии рассматривались как факторы реабилитационного потенциала личности.

Как в группе пациентов после ПГМ, так и при психических заболеваниях, наиболее распространенный тип темперамента – «межличностное взаимодействие/сотрудничество». Этот тип говорит о социально одобряемых чертах в человеке, повышенном интересе к делам других и желании участвовать в коллективных делах. В группе пациентов с психическими заболеваниями этот тип взаимосвязан с коммуникативным компонентом реабилитационного потенциала личности. Эти данные могут говорить о сохранности данных пациентов как личности и высокой способности к реабилитации.

В группе пациентов после ПГМ также часто встречается «Социально-желательное поведение». Этот тип характеризуется склонностью или установкой представлять себя с наиболее выгодной стороны, тенденцией отвечать на вопросы согласно социальным нормам. Это может говорить о компенсации пациентами своего физического дефекта или о том, что если они будут соответствовать социальным нормам, то на них меньше будут обращать внимание, а значит, не будут замечать физических недостатков.

В группе пациентов с психическими заболеваниями так же часто встречается темперамент по типу «Зависимость от социальной оценки». Такие люди характеризуются сентиментальностью, чуткостью, не стесняются проявлять свои эмоции на людях, а также они очень ранимы и зависимы от одобрения окружающих. Этот тип очень схож с «Социально желательным поведением» (в группе пациентов после ПГМ), однако, носит больше эмоционально заряженный характер. В данном случае люди не просто пытаются соответствовать социальным нормам, а зависимы от социальной оценки и одобрения общества. Значимость от социальной оценки способна негативно влиять на представление пациента о своей болезни, но в то же время способствует повышению мотивации для успешной реабилитации.

В группе пациентов с психическими заболеваниями негативное влияние паттерна «Избегание потенциальной опасности или возможного ущерба» поведения подтверждается выявленной отрицательной взаимосвязью с внутренней картиной болезни, мотивационным и эмоциональным компонентами. Это говорит о том, что чем ярче проявление темперамента по этому типу, тем меньше у человека представления о своей болезни, тем меньше он мотивирован к реабилитации и ниже общий эмоциональный фон жизни, ниже динамика больного в связи с заболеванием и возможность регуляции эмоциональных реакций.

В группе пациентов после ПГМ так же встречался тип характера «Избегание потенциальной опасности», но в меньшей степени, чем в группе пациентов с психическими заболеваниями. И полученное статистически достоверное различие между двумя группами по этому типу говорит о том, что пациенты с психическими заболеваниями менее адаптивны по своему темпераменту.

Было обнаружено, что, и в группе психиатрических, и в группе пациентов после ПГМ встречается тип характера «самонаправленность» и была обнаружена статистически значимая разница. Пациенты с психическими заболеваниями в большей степени способны дифференцировать себя как автономного субъекта и у них присутствует способность к самоконтролю, саморегуляции своего поведения сообразно ситуации, в согласии с самостоятельно выбранными целями и

ценностями. Данный тип характера в группе пациентов с психическими заболеваниями взаимосвязан с самооценочным компонентом реабилитационного потенциала личности, а в группе пациентов после ПГМ связью с мотивационным компонентом, самооценочным, коммуникативным и общим показателем реабилитационного потенциала личности, что подтверждает необходимость изучения типа темперамента при оценке психологического реабилитационного потенциала.

#### *Тип отношения к болезни*

Разграничивая типы отношения к болезни на те, при которых психологическая и социальная адаптация нарушается и существенно не нарушается, следует отметить, что в большей степени группе пациентов с психическими заболеваниями свойственны типы с интрапсихической направленностью (меланхолический, неврастенический, тревожный) личностного реагирования на болезнь, которая обуславливает нарушения социальной адаптации и может осложнять реабилитационный процесс. Эти данные согласуются с данными другого исследования [20].

Выявленные типы отношения к болезни в целом соответствуют клинической картине депрессии: свехдурченность болезнью, неверие в выздоровление и нетерпеливость в обследовании и лечении. Также психиатрическим пациентам свойственно полное безразличие к исходу своего заболевания. Они пассивно подчиняются процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, не имеют ярко выраженного интереса к происходящему вокруг и с ними.

Исследование взаимосвязей типа отношения к болезни и реабилитационного потенциала личности показало, что в группе пациентов с психическими заболеваниями с коммуникативным компонентом реабилитационного потенциала личности связан анозогностический тип отношения к болезни. Этот тип относится к условно адаптивным типам, при котором выраженные явления психической дезадаптации отсутствуют. Следовательно, чем выше коммуникативный компонент реабилитационного потенциала личности, тем выше игнорирование

своей болезни у пациента. Это может быть связано с сохранностью критики к своей болезни и осознанному игнорированию осознания себя как больного.

Также было выявлено множество отрицательных связей типов отношения к болезни с реабилитационным потенциалом личности. Выделенные типы относятся ко второму и третьему блокам и являются дезадаптивными типами отношения к болезни. Это говорит о том, что чем меньше проявление тревожного отношения к болезни, неверие в выздоровление, подозрительность в отношении болезни и лечения, а также отсутствие вспышек озлобленности со склонностью винить всех вокруг в своей болезни, тем больше и полнее у человека представление о своем заболевании, тем больше он ее осознает.

Чем меньше проявление дисфорического и неврастенического типов отношения к болезни, тем выше мотивация к реабилитации у пациента, лучше эмоциональный фон, выше самооценочный компонент и в целом выше реабилитационный потенциал личности.

Эргопатический, тревожный и сенситивный типы отношения к болезни в группе пациентов после ПГМ относятся к блоку менее дезадаптивных типов по сравнению с другими типами, что говорит о снижении психической адаптации данных пациентов и в свою очередь об относительной сохранности психических процессов [150]. Следует отметить, что дезадаптивные тенденции все еще остаются, например, стыдиться своего заболевания на публике, "использовать" болезнь для достижения определенных целей, строить параноидальные представления о причинах и хроническом течении болезни, проявлять разнородные агрессивные тенденции и обвинять других в своей болезни. Пациенты с таким типом отношения характеризуются чувствительным отношением к болезни, на которое наиболее сильно могут влиять преморбидные личностные особенности.

В группе пациентов после ПГМ реабилитационный потенциал личности связан с активным неприятием мысли о болезни, ее возможных последствиях, даже отрицание очевидной составляющей и самооценка реабилитационного потенциала личности связана с оценкой пациентом своего состояния без склонности к преувеличению его тяжести, но и без занижения тяжести болезни; стремление

активно способствовать успеху лечения во всем. К адаптивным типам отношения к болезни относятся анозогнозический и гармоничный типы, что свидетельствует о сохранности пациентов после ПГМ и использовании адаптивных типов отношения к болезни.

У пациентов с тревожным типом отношения к болезни меньше понимание и осознание своего состояния, более негативный эмоциональный фон жизни больного, ниже представления о своих наиболее значимых качествах и отношение к себе как к больному человеку, и в целом ниже реабилитационный потенциал личности.

Таким образом можно сделать вывод, что психиатрическим пациентам свойственны дезадаптивные типы отношения к болезни (меланхолический, неврастенический и тревожный типы), а пациентам после ПГМ – менее дезадаптивные (гармоничный и анозогнозический относятся к адаптивным типам, эргопатический – к менее адаптивным).

В обеих изучаемых группах была выявлена взаимосвязь типов отношения к болезни с реабилитационным потенциалом личности, что соотносится с результатами исследования И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич, которые в своем исследовании показали взаимосвязь реабилитационного потенциала личности с адаптивными типами отношения к болезни [46].

### *Депрессия и тревожность*

Наличие тяжелой и выраженной депрессии и высокой тревожности в группе пациентов с психическими заболеваниями обусловлено спецификой заболевания [98;128;139;141]. Взаимосвязь депрессии и тревожности с реабилитационным потенциалом личности можно объяснить тем, что у пациентов с психическими заболеваниями депрессивная и тревожная симптоматика и высокое их проявление является непосредственными симптомами заболевания, которые затрагивают все сферы жизни пациента. Исследование показало влияние депрессии и тревожности на выявленный уровень реабилитационного потенциала личности. Возможно, это указывает на сохранность пациентов данной группы: уровень тревоги возрастает,

пациенты начинают задумываться о своем заболевании и об избавлении от него, в связи с чем растет мотивация к реабилитации, человек начинает искать помощи у своего окружения и тем самым растет общий показатель реабилитационного потенциала личности. Но в то же время в силу заболевания у таких пациентов снижается понимание своей болезни, что приводит к повышению уровня депрессии.

В группе пациентов после ПГМ депрессия была выявлена в легкой степени и не было обнаружено связи с реабилитационным потенциалом личности. Это может говорить о том, что в целом эмоциональное состояние, наличие тревожности и депрессии, не взаимосвязаны с психологическим реабилитационным потенциалом. Возможно, это связано с большей психической сохранностью данной группы пациентов, что они могут не поддаваться депрессивным и тревожным состояниям и полноценно заниматься реабилитацией, а не уходить в свои переживания.

Таким образом, психиатрическим пациентам наиболее свойственен высокий уровень ситуативной тревожности, а пациентам после ПГМ — в основном, умеренный и низкий. Вместе с тем, для пациентов с психическими расстройствами характерен высокий уровень личностной тревожности, что позволяет говорить, в данном случае, о тревожности как о характеристике личности пациентов с психическими расстройствами, в отличие от пациентов после ПГМ.

Можно сделать вывод, что изучение данного феномена для психологического реабилитационного потенциала значимо только для группы пациентов с психическими заболеваниями, чтобы через работу с тревогой и депрессией повышать уровень психологического реабилитационного потенциала.

#### *Уровень субъективного контроля*

Интернальный локус контроля, присущ и пациентам с психическими заболеваниями, и пациентам после ПГМ. Однако, с психическими заболеваниями в большей степени свойственно во многом считать себя ответственными за своё здоровье и они, в отличие от пациентов после ПГМ, полагают, что выздоровление зависит преимущественно от их действий. Взаимосвязей с реабилитационным потенциалом личности было выявлено меньше, чем в группе пациентов после

ПГМ, но они так же являются значимыми. Взаимосвязь интернальности в области достижений и в области неудач с внутренней картиной болезни говорит о том, что больные, склонные приписывать причины различных заболеваний себе, более уверены в своем контроле над заболеванием, выше оценивают важность и эффективность лечения и лучше понимают свое заболевание. Эти данные согласуются с исследованием Е.А. Рассказовой [67] о восприятии болезни у пациентов с психическими заболеваниями с депрессивным синдромом. Автор пришел к выводу, что люди с депрессией склонны объяснять болезнь личностными и (в меньшей степени) ситуационными факторами, верят в важность и эффективность лечения, в свою способность управлять своим состоянием, в то, что болезнь носит кратковременный, а не циклический характер.

Пациентам после ПГМ же в большей степени свойственно чувство ответственности над эмоционально положительными событиями. В этом случае, люди считают, что всего самого хорошего в своей жизни они добились сами и что они способны с успехом идти к намеченной цели в будущем. Интернальность в области достижений взаимосвязана у них с внутренней картиной болезни, самооценочным компонентом и с реабилитационным потенциалом личности. Это говорит о том, что повышенный контроль над своими успехами положительно влияет на осознание своего заболевания, представление о своих наиболее значимых качествах и отношении к себе как к больному человеку, а также на принятие ответственности за процесс реабилитации. Принятие ответственности за события, происходящие в семейной жизни и в производственных отношениях, взаимосвязаны с отношением к себе как к больному и с реабилитационным потенциалом личности.

Учитывая наличие связей между уровнем субъективного контроля и реабилитационным потенциалом личности, остается важным включить изучение данного феномена при определении психологического реабилитационного потенциала у пациентов с психическими заболеваниями и после ПГМ.



### *Индекс ресурсности*

Наличие низкого индекса ресурсности в группе пациентов с психическими заболеваниями говорит о низкой сбалансированности жизненных разочарований и достижений и низком адаптационном потенциале личности, большой стрессовой уязвимости. Но так как не было выявлено взаимосвязей с реабилитационным потенциалом личности, трудно говорить о значимости индекса ресурсности в группе пациентов с психическими заболеваниями.

У пациентов после ПГМ приобретенные и потерянные ресурсы связаны с самооценочным компонентом РПЛ. Чем более сбалансированы приобретения и потери, чем выше индекс ресурсности, тем лучше у человека представление о своих наиболее значимых качествах и отношении к себе как к больному человеку, что может влиять на процесс реабилитации.

### *Шкала семейного окружения*

Исследование семейного окружения в группе пациентов с психическими заболеваниями показало, что трети семей пациентов свойственна высокая степень активности в социальной, интеллектуальной, культурной и политической сферах деятельности. Данные исследования семейного окружения говорят о том, что члены семьи часто говорят о социальных и политических проблемах, ходят на концерты и спектакли и в их отношениях часто бывают интеллектуальные дискуссии. Этот тип семейных отношений сложно назвать тесным или «личным». В данном случае тесный контакт, эмоциональная привязанность могут как присутствовать, так и отсутствовать. Так же семейному окружению пациентов с психическими заболеваниями свойственна средняя степень типа отношений, при котором члены семьи поощряются к самоутверждению, независимости к самостоятельности в обдумывании проблем и принятии решений.

Отсутствие в данной группе «ориентации на достижения» может подтверждать депрессивную симптоматику: необязательно быть лучшим в любом

деле, жизненный успех не очень важен, отсутствует стремление делать всё лучше и лучше, в семье нет стремления к успеху и т.д.

Семейные отношения в группе пациентов с психическими заболеваниями характеризуются средней сплоченностью и эмоциональной открытостью между членами семьи, семейные ценности не особо поддерживают личностный рост членов семьи, а низкие показатели по шкале управления семейной системой говорят о хаотичном типе организации семьи.

Несмотря на отсутствие тесной связи между членами семьи, была выявлена значимость семейного окружения для реабилитационного потенциала личности в группе пациентов с психическими заболеваниями. Выраженные чувства принадлежности семье, забота членов семьи друг о друге взаимосвязана с осознанием своей болезни и представлением о ней. Интересен факт, что чем выше сплоченность членов семьи в данной группе, тем ниже мотивация к лечению у пациентов, ниже эмоциональное реагирование на болезнь, ниже динамика межличностных взаимоотношений и в целом реабилитационный потенциал личности. Это может подтверждать хаотичный тип организации семьи, то есть, эмоциональное сближение пациента с членами семьи приводит к эмоциональной беспомощности – «пусть всё делают за меня», «пусть чувствуют за меня», «пусть взаимодействуют с другими за меня».

Семейные отношения в группе пациентов после ПГМ можно охарактеризовать высокой степенью заботы членов семьи друг о друге, помощи друг другу; выраженности чувства принадлежности к семье, а также средней степенью поощрения членами семьи к самоутверждению, независимости к самостоятельности в обдумывании проблем и принятии решений. Показатели отношений и личностного роста можно описать как средняя сплоченность и эмоциональная открытость в семье, семейные ценности в средней степени поддерживают личностный рост членов семьи, а управление семейной системой носит гибкий характер.

Взаимосвязь семейного окружения и реабилитационного потенциала личности говорит о том, что чем больше члены семьи заботятся друг о друге и

больше активность членов семьи в социальной, интеллектуальной, культурной и политической сферах деятельности., тем более значимы социальные связи для пациента и лучше динамика межличностных отношений во время болезни. А взаимосвязь соревновательного компонента взаимоотношений с членами семьи и общего эмоционального фона пациента может говорить о позитивном настрое пациентов и стабильном эмоциональном фоне.

Выявленные связи семейного окружения и реабилитационного потенциала личности говорят о том, что для группы пациентов после ПГМ в меньшей степени, чем для группы пациентов с психическими заболеваниями, данный параметр важен для процесса реабилитации. Но несмотря на это, у пациентов после ПГМ семейное окружение в большей степени носит благоприятный характер, чем семейное окружение пациентов с психическими заболеваниями: члены семьи заботятся друг о друге, они независимы и ориентированы на достижение успеха.

#### *Отношение к юмору и смеху*

Исследование отношения к юмору и смеху показало, что гелотофобия характерна для обеих групп пациентов: для пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ (первично не имеющие психопатологических симптомов). Это показывает, что депрессивный синдром в той или иной степени связан с наличием гелотофобии [52].

В группе пациентов с психическими заболеваниями наличие высокого уровня гелотофобии говорит о том, что данным пациентам свойственна подозрительность, некая паранойяльность. Доля пациентов с психическими заболеваниями, имеющих высокий уровень гелотофобии (39%), превышает её распространённость в выборке психически здоровых людей (14,9% [36]), и сходится с данными других исследований [77;96;101;112]. Так, в исследовании пациентов с депрессивным синдромом в рамках эндогенных аффективных расстройств и шизофрении порог гелотофобии превысили 44% пациентов [52], среди пациентов с синдромом Аспергера — 45% [143], с расстройствами

настроения — 81% [109], среди пациентов с пограничным расстройством личности — 87% [101].

Выявленная взаимосвязь страха насмешки на представление пациента о своей болезни может объясняться тем, что высокие переживания о том, что подумают люди, страх казаться смешным, препятствует здравому осмыслению болезни, осознанию того, что с ним происходит. Данный вывод так же согласуется обратной взаимосвязью тревожности и внутренней картины болезни, описанные выше.

Гелотофобия на пациентах после ПГМ ранее не исследовалась. Гелотофобия в группе пациентов после ПГМ может объясняться наличием ограничения физических возможностей, соматических дефектов, их переживаниями по поводу своего состояния и изменениями привычной жизни.

Большая выраженность гелотофобии при не психотических расстройствах после ПГМ также может объясняться сопутствующим психоорганическим синдромом, проявляющимся снижением гибкости суждений, снижением активности, повышенной ригидностью, эмоциональной неустойчивостью и повышенной склонностью к компульсивным реакциям, как отмечают исследователи [77], может быть дополнительным фактором, влияющим на повышенную уязвимость, низкую самооценку, сомнения и неуверенность в себе.

Взаимосвязь гелотофобии и эмоционального компонента реабилитационного потенциала личности в группе пациентов после ПГМ может указывать на то, что страх насмешки может негативно сказаться его динамике в связи с заболеванием и возможностью регуляции эмоциональных реакций, что в свою очередь может привести к замедлению процесса реабилитации.

Таким образом, можно сделать вывод о значимости гелотофобии при изучении психологического реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

### *Самостигматизация*

По сравнению с пациентами с психическими расстройствами, у пациентов после ПГМ отмечается более низкий уровень и частота встречаемости самостигматизации. Возможно, на момент обследования, ввиду относительно недавней травмы, у пациентов после ПГМ ещё не сформировалось отношение к себе как к «другим». Тем не менее, умеренный уровень самостигматизации был столь же распространен среди этих пациентов, как и среди пациентов с психическими заболеваниями, что может указывать на то, что они по-прежнему критически относятся к своим физическим недостаткам. Однако, статистически значимых различий в выраженности самостигматизации между этими группами пациентов выявлено не было, как не было и связи между самостигматизацией и реабилитационного потенциала личности

### *Копинг-стратегии*

Преобладание стратегии «Планирование» в группе пациентов с психическими заболеваниями говорит том, что пациенты данной группы для совладания со стрессом используют обдумывание того, как действовать в отношении трудной жизненной ситуации, разрабатывают стратегии поведения. Этот тип реагирования говорит о произвольных проблемно-фокусированных усилиях по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме, и относится к наиболее адаптивным копингам, направленных непосредственно на разрешение проблемной ситуации.

Важность изучения совладающего поведения для психологического реабилитационного потенциала в группе пациентов с психическими заболеваниями подтверждается их взаимосвязью с реабилитационным потенциалом личности.

Осознание своей болезни и общий эмоциональный фон у пациентов с психическими заболеваниями может приводить к меньшему погружению в свою проблему, меньшей фокусировке на неприятных эмоциях, неприятностях и выражении чувств, способствованию лечению и реабилитации, к отказу от

использования алкоголя, лекарственных средств или наркотиков как способа избегания проблемы и улучшения самочувствия. Это всё в целом говорит о сохранной способности приложить поведенческие и когнитивные усилия для того, чтобы справиться со стрессовой ситуацией/болезнью. Но в то же время, представление о своей болезни у пациентов с психическими заболеваниями связано с отказом от стремления получить совет, помощь, эмоциональную, моральную поддержку, сочувствие и понимание.

Одним из хорошо известных симптомов депрессии является снижение мотивации. Исследование показало, что на стремление сохранить/восстановить здоровье влияет фокусировка на неприятных эмоциях, отказ от лечения и употребление алкоголя, лекарственных средств или наркотиков как способа избегания проблемы и улучшения самочувствия, что говорит о связи мотивации с неадаптивными типами совладания со стрессом, а повысить мотивацию могут шутки и смех по поводу ситуации [108]. Стратегия совладающего поведения, связанная с использованием юмора более характерна для пациентов после ПГМ. Считается, что юмор, используемый в критических жизненных ситуациях, часто является важным средством поддержания групповой сплоченности и морального духа, сохранения ощущения своего превосходства, надежды и чувство собственного достоинства.

Было выявлено, что чем крепче социальные связи и социальная поддержка у пациентов с психическими заболеваниями, тем больше пациент фокусируется на неприятных эмоциях, использует различные виды активности для отвлечения от неприятных мыслей, связанных с проблемой, отказывается от решения проблемы (в данном случае, от лечения), использует алкоголь, лекарственные средства или наркотики как способ избегания от проблемы, но в то же время тем больше ищет эмоциональную, моральную поддержку, сочувствие, понимание и принимает реальность произошедшего.

Пациенты после ПГМ для совладания со стрессовой ситуацией чаще всего используют активные шаги или прямые действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации, и пытаются переосмыслить стрессовую ситуацию в

позитивном ключе, что приводит к радости от жизни, супружеской удовлетворенности, субъективной оценке своего здоровья (но не объективному уровню здоровья), социальной поддержке и психосоциальной адаптированности [149].

Изучение типа совладающего поведения в большей степени важно для определения психологического реабилитационного потенциала в группе пациентов с психическими заболеваниями, чем для пациентов после ПГМ.

### *Качество жизни*

Согласно данным изучения качества жизни, связанными с физическим и психическим компонентами здоровья (SF-36), пациентов с психическими заболеваниями и после ПГМ, эти показатели существенно не различались.

Физический компонент здоровья пациентов в обеих группах в большинстве случаев имеет пониженный уровень [150]. Для группы пациентов после ПГМ это вполне объяснимо: из-за неврологического дефицита, ограничения движений, неспособности ходить и т.д. Интересным является то, что в группе пациентов с психическими заболеваниями почти в половине случаев встречается пониженный уровень физического компонента здоровья при том, что у них отсутствуют неврологические проблемы и ограничения в движениях. Это может объясняться приемом препаратов, которые способны снижать общее самочувствие, повышать чувство слабости и сонливости, что часто прослеживается в беседе и при проведении методики «МОБиС», где в качестве соматического симптома указывали: слабость, сонливость, головную боль, боль в животе и прочие.

Интересным является то, что показатели по шкале физического функционирования в группе пациентов с психическими заболеваниями значимо выше, чем в группе пациентов после ПГМ, что объясняется спецификой заболеваний, но в то же время общее состояние здоровья, жизненная активность, эмоциональное состояние и психическое здоровье значимо выше в группе пациентов после ПГМ. Это может говорить о негативном влиянии психического

заболевания, депрессии и в целом эмоционального состояния на физическое здоровье.

Достоверные различия по психическому здоровью между группами указывает на то, что пациенты с психическими заболеваниями, оценивают свое психическое здоровье выше, чем пациенты после ПГМ. Это может быть связано как со снижением критики к своему состоянию у пациентов с психическими заболеваниями, так и в возникновении психических проблем после травмы в группе пациентов после ПГМ.

Среди параметров качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья, следует выделить улучшение состояния физического здоровья в группе пациентов после ПГМ, что вполне закономерно в связи с активной медицинской реабилитацией, в отличие от группы пациентов с психическими заболеваниями, где отмечалась положительная динамика по психическому здоровью.

Значимые различия в динамике между группами по психическому здоровью и общему состоянию здоровья говорят о большей психической сохранности пациентов после ПГМ и способности к более быстрой психологической и общесоматической реабилитации.

Психическое здоровье по методике изучения качества жизни взаимосвязано с представлением пациента о болезни, его информированностью и принятием болезни, способствует повышению общего эмоционального фона жизни больного, улучшению представления о своих наиболее значимых качествах и отношении к себе как к больному человеку и раскрывает специфику значимых социальных связей и динамику межличностных отношений во время болезни. Психическое здоровье играет важную роль для реабилитационного потенциала личности в группе пациентов с психическими заболеваниями и является важным для изучения.

А вот в группе пациентов после ПГМ связи качества жизни и реабилитационного потенциала личности выявлено не было. Можно предположить, что это связано с достаточно быстрыми изменениями в динамике этих параметров, из-за чего не удалось отследить взаимовлияние качества жизни и реабилитационного потенциала личности.



#### *4.4 Медицинский реабилитационный потенциал и реабилитационный потенциал личности пациентов после повреждений головного мозга*

Изучение взаимосвязи медицинского реабилитационного потенциала и реабилитационного потенциала личности в группе пациентов после ПГМ позволило показать значимость психологических особенностей пациентов на успешность реабилитации.

Исследование показало, что чем сильнее выражен медицинский реабилитационный потенциал, тем больше человек склонен активно содействовать успеху лечения, тем больше он стремится уменьшить бремя заботы о себе для близких, тем больше он склонен отвергать симптомы болезни как "бессмысленные" симптомы или случайные колебания самочувствия, и тем больше пациенты склонны не испытывать себя зависимыми от других в своей повседневной жизни. Также наблюдается снижение постоянной тревоги и недоверие по поводу неблагоприятного течения болезни и возможных осложнений неэффективного или даже опасного лечения. Снижение склонности концентрироваться на степени субъективной боли и других нарушениях и постоянно говорить об этих проблемах с врачами, сиделками и другими людьми, а также чем выше медицинский реабилитационный потенциал, тем меньше расстояние между "Я" и "болезнью", что отражает особое место болезни в жизни человека. Этому заболеванию по-прежнему боятся и плохо понимают, что, по-видимому, приводит к мероприятиям, связанным с выявлением все большего числа жалоб, наблюдением за телесными ощущениями и охранительным поведением.

#### 4.5 Факторный анализ

Анализ позволил выделить значимые факторы психологического реабилитационного потенциала для группы пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ.

В группе пациентов с психическими заболеваниями было выделено три фактора, влияющих на психологический реабилитационный потенциал: «Активное преодоление болезни», «Психическое и физическое функционирование» и «Социальное взаимодействие».

Первый фактор описывает взаимосвязь таких психологических характеристик личности, как *темперамент* (социально-желательное поведение, избегание потенциальной опасности), *депрессия*, *гелотофобия*, *уровень субъективного контроля* (интернальность в области достижений, шкала интернальности в области межличностных отношений, шкала интернальности в области неудач, шкала интернальности в семейных отношениях, шкала интернальности в области производственных отношений), *качество жизни* (психическое и физическое здоровье, жизненная активность), *реабилитационный потенциал личности* (внутренняя картина болезни, общий показатель реабилитационного потенциала личности, коммуникативный компонент реабилитационного потенциала личности), *тип отношения к болезни* (неврастенический, дисфорический, сенситивный, тревожный, ипохондрический, паранойяльный, эгоцентрический, меланхолический, апатический), *совладающее поведение* (активное совладание, позитивное переформулирование, поведенческий уход от проблемы), *семейное окружение* (сплоченность, конфликт, интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на активный отдых), *самостигматизация*, *ситуативная тревожность*.

Ко второму фактору относятся показатели *качества жизни* (физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, ролевое

функционирование, обусловленное физическим состоянием, социальное функционирование), *совладающее поведение* (сдерживание).

И в состав третьего фактора вошли *совладающее поведение* (инструментальная социальная поддержка, эмоциональная социальная поддержка, концентрация на эмоциях и их выражение), *темперамент* (зависимость от социальной оценки), *уровень субъективного контроля* (шкала интернальности в отношении здоровья), *качество жизни* (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), *катагеластический, семейное окружение* (независимость, экспрессивность)

В группе пациентов после ПГМ также было выделено три фактора: «Социальная отгороженность», «Негативное отношение к болезни» и «Активность».

У пациентов после ПГМ в первый, наиболее весомый фактор вошли *совладающее поведение* (эмоциональная социальная поддержка, мысленный уход от проблемы, инструментальная социальная поддержка, позитивное переформулирование, принятие, активное совладание, концентрация на эмоциях и их выражение, обращение к религии, отрицание, юмор, сдерживание совладания), *качество жизни* (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, физическое здоровье), *семейное окружение* (морально-нравственные аспекты, ориентация на активный отдых, организация, сплоченность, планирование, интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на достижения, контроль, экспрессивность, независимость, подавление конкурирующей деятельности), *ситуативная тревожность, гелотофобия*.

Ко второму фактору относятся *индекс мобильности Ривермид, тип отношения к болезни* (тревожный, ипохондрический, гармоничный, анозогнозический, меланхолический, эргопатический, апатический), *шкала функциональной независимости FIM, индекс ресурсности, уровень субъективного контроля* (шкала интернальности в области достижений, шкала интернальности в семейных отношениях), *реабилитационный потенциал личности* (общий

показатель реабилитационного потенциала личности, внутренняя картина болезни, самооценочный компонент, эмоциональный компонент), *качество жизни* (общее состояние психического здоровья, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), *медицинский реабилитационный потенциал*, *депрессия*.

В состав третьего фактора вошли *качество жизни* (социальное функционирование, физическое функционирование), *тип отношения к болезни* (эгоцентрический, неврастенический).

Таким образом, факторный анализ позволил выделить факторы для каждой группы пациентов, влияющие на психологический реабилитационный потенциал. Одним из важных выводов, который следует из результатов факторного анализа, является отсутствие однородности феномена психологического реабилитационного потенциала. Общим для обеих групп является наличие трех факторов в группе пациентов с психическими заболеваниями и трех факторов в группе пациентов после ПГМ, однако, содержание этих факторов в группах различны.

Общими факторами для обеих групп, влияющими на психологический реабилитационный потенциал, являются депрессия, ситуативная тревожность, гелотофобия, совладающее поведение (позитивное переформулирование, концентрация на эмоциях и их выражение, инструментальная социальная поддержка, активное совладание, сдерживание совладания, эмоциональная социальная поддержка), уровень субъективного контроля (шкала интернальности в области достижений, в семейных отношениях), реабилитационный потенциал личности (внутренняя картина болезни, общий реабилитационный потенциал личности), тип отношения к болезни (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический), семейное окружение (сплоченность, независимость, интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на активный отдых, морально-нравственные аспекты), качество жизни (физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное

функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием).

Но есть и качественные различия. Так, для группы пациентов с психическими заболеваниями важными компонентами являются *темперамент* (социально-желательное поведение, избегание потенциальной опасности, зависимость от социальной оценки), *самостигматизация*, *катагеластиицизм*, *совладающее поведение* (поведенческий уход от проблем), *уровень субъективного контроля* (шкала интернальности в области неудач, в области производственных отношений, в области межличностных отношений, шкала интернальности в отношении здоровья и болезни), *реабилитационный потенциал личности* (коммуникативный компонент), *тип отношения к болезни* (сенситивный, паранойяльный, дисфорический), *семейное окружение* (экспрессивность, конфликт), качество жизни (психическое здоровье).

В группе пациентов с ПГМ важный вклад в психологический реабилитационный потенциал вносят: *индекс ресурсности*, *совладающее поведение* (мысленный уход от проблем, отрицание, обращение к религии, юмор, принятие, подавление конкурирующей деятельности), *реабилитационный потенциал личности* (эмоциональный компонент, самооценочный компонент), *тип отношения к болезни* (гармоничный, эргопатический, анозогнозический), *семейное окружение* (ориентация на достижения, морально-нравственные аспекты, организация, контроль), *медицинский реабилитационный потенциал*, *индекс мобильности Ривермид*, *шкала функциональной независимости FIM*, *медицинский реабилитационный потенциал*.

## ВЫВОДЫ

1. По мнению специалистов, изучение психологического реабилитационного потенциала актуально в силу его влияния на процесс реабилитации и определения психологических факторов реабилитационного потенциала для пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после ПГМ необходимо для составления индивидуальной программы реабилитации.

2. Проведена адаптация и показаны хорошие психометрические свойства русскоязычной версии опросника интернализированной стигмы психического состояния ISMI-9, получены данные о его надёжности и валидности. Версия ISMI-9, адаптированная для пациентов после повреждения головного мозга, также может быть рекомендована к использованию.

3. Реабилитационный потенциал личности у пациентов с депрессивным синдромом после ПГМ выше, чем у пациентов при психических заболеваниях. РПЛ взаимосвязан с психологическими особенностями пациентов обеих групп, но имеет нозологическую специфичность. Отличительной особенностью является то, что у пациентов с психическими заболеваниями не были выявлены взаимосвязи реабилитационного потенциала личности с индексом ресурсности, в отличие от группы пациентов после ПГМ. В группе пациентов после ПГМ связи депрессии, тревожности, качества жизни, самостигматизации с реабилитационным потенциалом личности выявлено не было, но были выявлены множественные взаимосвязи медицинского реабилитационного потенциала с типами отношения к болезни, шкалой функциональной независимости и морально-нравственными аспектами семейного окружения.

4. В группе пациентов с психическими заболеваниями, факторами, влияющими на психологический реабилитационный потенциал, являются «активное преодоление болезни», «психическое и физическое функционирование»,

и «социальное взаимодействие». Для группы пациентов после повреждений головного мозга при определении ПРП важным являются «социальная отгороженность», «негативное отношение к болезни» и «активность».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью проведенного исследования было изучение психологических факторов реабилитационного потенциала у пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга. Теоретический анализ основных понятий и методологических основ по данной теме показал, что понятие психологического реабилитационного потенциала имеет неоднозначное толкование, недостаточно изучены факторы, влияющие на ПРП. Авторы, изучающие ПРП, выделяют схожие структуры психологического реабилитационного потенциала, которые включают в себя потребностно-мотивационную и эмоционально-волевыми сферы, однако, компоненты могут различаться в зависимости от заболевания. В связи с этим возникают трудности в определении единой универсальной структуры и значимые факторы при оценке ПРП для разных нозологий.

Подход к вопросам реабилитации, который изменился за последнее десятилетие кардинальным образом, в первую очередь основывается на развитии реабилитационного направления с фокусированием проблем пациентов на их психологических особенностях. Изучение развития взглядов на необходимость изучения психологического реабилитационного потенциала и их влияние на реабилитационный процесс убедительно показало, что оценка реабилитационного потенциала пациента является не только чисто медицинским вопросом, но имеет явный социально-психологический аспект.

Вопросы реабилитации нельзя рассматривать в отрыве от личности, поскольку каждый человек реагирует на изменения в социальном контексте развития сугубо индивидуальным способом обработки информации.

Интервью с врачами, психологами и логопедами для выявления представлений о реабилитационном потенциале и психологическом реабилитационном потенциале, показало необходимость изучения данного вопроса. На практике специалисты разных направлений по-разному рассматривают



понятия РП и ПРП и их компоненты. Необходимость изучения психологического реабилитационного потенциала врачами обуславливается его связью с общим реабилитационным потенциалом и взаимосвязью с процессом реабилитации, что подтверждает необходимость совместного изучения РП и ПРП.

Психологический реабилитационный потенциал пациента в данной работе в первую очередь рассматривается как реабилитационный потенциал личности. Обзор ПРП сосредоточен на описании личности пациента и его ресурсов для определения вероятности развития адаптивного поведения. Психологические характеристики и ресурсы человека составляют содержание ПРП. Под ним понимается система личностных психологических характеристик (мотивация, эмоционально-волевая сфера), сформировавшихся до болезни, которые служат основными ресурсами в случае изменения социальной ситуации развития, вызванного болезнью, и которые помогают человеку приспособиться к новым условиям жизни. Проведенное исследование позволило выявить значимые взаимовлияния реабилитационного потенциала личности и его компонентов (по Кулагиной) с другими психологическими особенностями личности, такими как темперамент, самостигматизация, совладающее поведение, тип отношения к болезни и другими. Важным отличием между группами было то, что в группе пациентов с психическими заболеваниями выявлена взаимосвязь РПЛ с депрессией, тревожностью, совладающим поведением (в большей степени, чем для группы пациентов после ПГМ), семейным окружением (в большей степени, чем для группы пациентов после ПГМ), качеством жизни.

В группе пациентов после повреждений головного мозга отличительной особенностью были взаимосвязи РПЛ с индексом ресурсности и отношением к юмору и смеху. Также, изучение взаимосвязи медицинского реабилитационного потенциала и реабилитационного потенциала личности в группе пациентов после ПГМ позволило показать значимость психологических особенностей пациентов для успешности их реабилитации.

В результате факторного анализа были выделены психологические компоненты, непосредственным образом влияющие на психологический

реабилитационный потенциал пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга и были показаны различия значимых факторов в группах.

В каждой группе было выделено по три фактора, качественно отличающихся друг от друга. В группе пациентов с психическими заболеваниями были выделены факторы «Активное преодоление болезни», «Психическое и физическое функционирование» и «Социальное взаимодействие». В группе пациентов после ПГМ – «Социальная отгороженность», «Негативное отношение к болезни» и «Активность». Факторный анализ позволил выделить как общие значимые факторы для психологического реабилитационного потенциала, так различия факторных структур ПРП для двух групп.

Научное определение содержания ПРП, выявление компонентов и выделение значимых факторов показывают важность изучения психологических особенностей пациентов и определения реабилитационного потенциала личности.

Психологический компонент реабилитационного потенциала пациента помогает определить возможности и ресурсы человека в плане психологической и общей реабилитации. Именно оценка потенциала психологической реабилитации в начале реабилитационного процесса помогает сформировать эффективную систему реабилитационных мероприятий. Определение ПРП также имеет прогностическое значение, так как может определить прогноз дальнейшей жизни пациентов в исследуемой группе. Система дальнейших мер психологической реабилитации, основанная на оценке ПРП пациента, поможет скорректировать изменившиеся установки, чтобы как можно полнее интегрировать людей с психическими заболеваниями или после ПГМ в социум.

Ограничениями работы выступает неоднородность гендерного состава, что могло повлиять на результаты. В обеих изучаемых группах преобладают пациенты женского пола. Необходимо дальнейшее исследование для уточнения полученных результатов на выборках мужского пола.

Таким образом, цель исследования достигнута, задачи реализованы, гипотезы нашли свое подтверждение. Предложенный психодиагностический

комплекс позволяет проводить не только качественный, но и количественный анализ данных, полученных в ходе исследования психологической составляющей реабилитационного потенциала. Результаты исследования позволяют выделить мишени психологического воздействия и разработать индивидуальный подход в рамках реабилитации данных пациентов.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВКБ – внутренняя картина болезни.

ИБС – ишемическая болезнь сердца.

ПГМ – повреждения головного мозга.

ПРП – психологический реабилитационный потенциал.

РНУ – расстройства невротического уровня.

РП – реабилитационный потенциал.

РПЛ – реабилитационный потенциал личности.

УСК – уровень субъективного контроля.

ЧМТ – черепно-мозговая травма.

ШСО – шкала семейного окружения.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Результаты исследования психологического реабилитационного потенциала пациентов с депрессивным синдромом при психических заболеваниях и после повреждений головного мозга могут быть использованы в просветительских целях, с целью информирования врачей-практиков о роли ПРП для лучшего понимания роли личности в возникновении, развитии и потенциале преодоления или компенсации болезни.

2. Предложенный способ определения компонентов психологического реабилитационного потенциала пациента необходимо внедрить в практику работы медицинских психологов медицинских и социально-профессиональных служб и психологов лечебно-профилактических учреждений для принятия наиболее правильных и обоснованных экспертных решений и разработки индивидуальных планов восстановления для конкретных групп пациентов.

3. Важность личностного фактора в процессе реадaptации пациента должна учитываться государственными учреждениями при разработке социальной политики. Формированию позитивного и жизнеспособного статуса пациентов способствуют социальные меры, направленные на их максимально полную интеграцию в общество и поддержание (восстановление) их личностного статуса.

4. Рабочий функционал психолога в социальной работе должен быть направлен на активизацию и усиление потенциала психологической реабилитации пациента и выявление ресурсов личности, способных компенсировать нарушенные функции и компоненты.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева О. С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 20-26.
2. Артемьева Т.В. О методе исследования совладания (копинг) юмором и его возможностях // Казанский педагогический журнал. Казань: Издательство «Магариф». 2011. № 4. С.118 – 123.
3. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). - М.: Смысл,1993. - 16с.
4. Байрачная Л. В., Горбачев В. И., Калёнова К. И., Манжеев Т. П., Сидоренко Ю. К. Семья пациента с ОНМК как субъект реабилитационного процесса // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – № 3. – С.13-14.
5. Белкин А. А., Рудник Е. Н., Белкин В. А., Пинчук Е. А., Липовка Н. С. Оптимизация этапной помощи пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии на основе градации шкалы реабилитационной маршрутизации-6. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2021;3(1): 142-148. 001; <https://doi.org/10.36425/rehab64082>.
6. Белов В. П., Ефимов И. Н. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – 1975. – Вып. 2. – С. 26-31.
7. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации. СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005.- 23 с.
8. Бразевич С.С., Сидорова А.Ю. Инвалидность: проблемы преодоления стигматизации и становления толерантного сознания. Современные проблемы науки и образования. 2013 (1). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8192> (дата обращения: 10.10.2019).

9. Бурцев Е.М., Бобров А.С. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы,- М. Медицина, 1986.-208 с.
10. Василюк Ф.Е. Пережить горе. // Человеческое в человеке. — М.: Политиздат, 1991. - С. 7- 12.
11. Василюк Ф.Е. Психологические аспекты разрешения критических и травмирующих ситуаций. // Социальные, гигиенические и организационные аспекты охраны здоровья населения. - Рига, 1981. — С.13-21.
12. Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: МГУ, 1984. - 200 с.,
13. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации. - Л., 1987. - 27с.
14. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении (2-е изд.). Социальная и клиническая психиатрия. СПб: Питер 2001; 432. EDN: YWWGXN
15. Водопьянова Н.Е., Штейн М. Опросник Потери и приобретения персональных ресурсов (Тест ОППР) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psycabi.net/testy/516-oprosnik-poteri-i-priobreteniya-personalnykh-resursov-test-oppr-n-vodopyanova-m-shtejn> (дата обращения:10.08.2020).
16. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. –СПб.: Медея, 2007. –256 с.
17. Ворожбитова А. Л. Методические указания по выполнению практических работ по дисциплине «Физическая реабилитация» Ставрополь 2016 год, с. 9.
18. Воронцова В.С., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М., Пичугина И.М. Русскоязычная адаптация опросника интернализованной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 // Неврологический вестник. 2019. с.29-34.
19. Гажа А.К., Струкова Е.Ю., Османов Э.М., Тулупова О.В. // Психосоциальная реабилитация психических больных. Вестник ТГУ, т.20, вып.4, 2015.

20. Голубчикова О.В., Кушаковская Е.М. Механизмы личностного реагирования на болезнь у пациентов с депрессивными расстройствами // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016. №2 (13) Т.3.
21. Гудилина О.Н. Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести // Психологическая наука и образование [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru). 2012. № 4. С. 60-70.
22. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М: ИД Медпрактика 2007; 492. EDN: QLQHRH
23. Доброхотова Т.А. - Нейропсихиатрия. 2006.
24. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. Психопатология черепно-мозговой травмы. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство 1, - 1998. с.269-313.
25. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 26–31.
26. Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г. Исследование психологических характеристик девиантного поведения с помощью биосоциальной методики – структура характера и темперамента (ТСИ-125) и методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ-74) // Ежегодник российского психологического общества. Психология в системе наук (междисциплинарные исследования). 2002. Т.9, № 1. С. 92.
27. Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья. Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова): 109-121.
28. Ефименко В.Л., Е. Депрессии в пожилом возрасте. Л. Медицина, 1975: 16-17, 54-55, 90-93.
29. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии//М., 1965.—120 с.



30. Залученова Е. А. Принципы оценки психологического компонента реабилитационного потенциала // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 2. – С. 29-32.
31. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. //Москва: ГеотарМед. – 2003. –С.150.
32. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи. М 2004; 224. EDN: QODDDP.
33. Иванов П.А. Гаранян Н.Г. Апробация опросника копинг-стратегий (COPE) // Психологическая наука и образование. 2010. №1. С. 82–93.
34. Иванова Е.М., Макогон И.К., Стефаненко Е.А. и др. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat. Вопр. психол. 2016; 2: 162–171.
35. Ильченко К.Ю. Динамика психосоциальных характеристик наркозависимых лиц на этапах социальной реабилитации и адаптации / К.Ю. Ильченко, А.М. Ромодина, Е.В. Цибарт // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. - 2020. - №3 (30), Т. 1. - С. 47-50
36. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб 1998; 256.
37. Кардаш О.И. Оценка реабилитационного потенциала в условиях ресоциализации пациентов, перенесших инсульт, средствами оккупациональной терапии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 8-5. – С. 826-830.
38. Карлинг П.Д. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Пер. с англ. О.П. Чернявской. Киев: Сфера 2001; 442.
39. Кербигов О.В. Избранные труды; - М.: Медицина, 1971. с.262- 264.
40. Клемешева Ю. Н., Воскресенская О. Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5. – № 1. – С. 120-123 [Электронный ресурс] –

Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=12535044> (дата обращения – 10.09.2020).

41. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995,
42. Коробов М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. М 1995; 17.
43. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. – издательский центр «Академия», 2003г. – 144с.
44. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети. URL: [https://medvestnik.ru/content/news/trevozhnodepressivnye\\_rasstroystva\\_u\\_pacientov\\_v\\_pervichnoy\\_medicinskoj\\_seti.html](https://medvestnik.ru/content/news/trevozhnodepressivnye_rasstroystva_u_pacientov_v_pervichnoy_medicinskoj_seti.html).
45. Красовская Н. Н. Бригадин П. И. Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Медицинская психология», Беларусь. 2018, 95, 96.
46. Кулагина И.Ю., Л.В. Сенкевич. Реабилитационный потенциал личности при хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология, 2015. Том 11, № 1, с. 50—60.
47. Курникова И.А., Трусов В.В., Чернышова Т.Е.,Климентьева Г.И., Зыкина С.А. Количественная оценка реабилитационных возможностей организма больных сахарным диабетом// Современные проблемы науки и образования. – 2010. – № 2 – С. 57-64.
48. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: дис.. канд. психол. наук: 19.00.13. М., 2004. 170 с.
49. Кьюперс Л., Лефф Дж., Лэм Д. Шизофрения. Работа с семьями. Практическое руководство. Пер. с англ. Амстердам-Киев 1996; 128.
50. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. - М.: МГУ, 1972. - 575с.

51. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные. – М.: Медицина, 1977. – 111 с.
52. Любавская А.А., Олейчик И.В.,Иванова Е.М.Особенности гелотофобии, гелотофилии и катагеластиицизма у пациентов с депрессивным синдромом. Клин. и специальн. психол. 2018; 7; 3 (27): 119–134.
53. Максимова М.Ю. Депрессия после инсульта // Нервные болезни. №4. 2018. С. 56-60. Doi: 10.24411/2226-0757-2019-12058.
54. Маркин, С. П. Оценка Малкин П.Ф. Клиника и терапия психических заболеваний с затяжным течением. Ч. 1. Свердловск, 1959.,
55. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии». Пер. с нем. Э.Л. Гушанского. — М.: Алетейа, 2001.
56. Мочалова Е.Г., Легостаева Л.А., Зимин А.А., Юсупова Д.Г., Сергеев Д.В., Рябинкина Ю.В., Бодин Е., Супонева Н.А., Пирадов М.А. Русскоязычная версия пересмотренной шкалы восстановления после комы - стандартизированный метод лечения пациентов с хроническими нарушениями сознания. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова / Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, Всероссийское общество неврологов [и] Всероссийское общество 118 (3): 25 DOI: 10.17116 / jnevro20181183225-31.
57. Новикова Л.Б., Акопян А.П., Ахметова А.Р. Роль реабилитационного потенциала в восстановительном периоде инсульта. Consilium Medicum. 2017; 2.1: 14-16.
58. Ньюфельдт О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии. Социал и клинич психиатрия 2002; 12: 3: 5-13.
59. Образцова В.С., Пичугина И.М., Рихтер С.В., Иванова Е.М. Психологические факторы реабилитационного потенциала при расстройствах эмоционального спектра у пациентов после ЧМТ (обзор литературы) // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 2 (84). С. 113-117.
60. Осадчих А. И., Лаврова Д. И. Основы медико-социальной экспертизы. М, 2005: 277-353.

61. Осадчих А И., «Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов. Руководство.» М.: Медицина, 2005: 303-307.,
62. Петрова Е.А. Постинсультные аффективные расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;111(10): 12-17.
63. Пивень Б. Н. К патогенетическому обоснованию прогноза и терапии депрессивных состояний экзогенно-органической этиологии. // Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. М., 1985, с. 98-100.
64. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (На примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. М., 2004. 183 с.
65. Пряников И.В., Кочетков А.В., Пузин М.Н. Методические подходы к оценке реабилитационного потенциала у больных и инвалидов вследствие цереброваскулярных болезней. в сборнике: Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации. Сборник научных трудов. 2003. С. 213-214
66. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2005 г.
67. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10, № 1. С. 82–118.
68. Рассказова Е.И. Русскоязычная версия опросника восприятия болезни Р.Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных. // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 2016. № 1. с.123-142.
69. Садальская Е. В., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Оценка влияния заболевания на повседневную жизнь больных психосоматическими расстройствами (первый опыт применения в России метода PRISM) // Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы адаптации больных хроническими заболеваниями» (6 - 8 июня 2000 г., г. Самара). Самара, 2000. С. 111 - 113.

70. Семке В.Я. Превентивная психиатрия: Руководство для врачей и студентов. Томск: изд-во ТГУ, 1999.
71. Скрипка, Е. Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е. Ю. Скрипка. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2012. — № 7 (42). — С. 232-237. — URL: <https://moluch.ru/archive/42/5092/> (дата обращения: 05.10.2022).
72. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. М., 1983.
73. Сокрут В. Н. Казаков В. Н. Медицинская реабилитация в спорте. Руководство для врачей и студентов. Донецк 2011 год, стр. 8.
74. Сокрут В. Н. Яблчанский Н. И. Медицинская реабилитация. 2015, Славянск. стр.15.
75. Сорокина В.С., Шуненков Д.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Качество жизни и темперамент как компоненты реабилитационного потенциала личности у пациентов с депрессивным синдромом при психических расстройствах и после повреждений головного мозга // Психиатрия. 2022. Т. 20. № S3 (2). С. 64-65.
76. Старобина Е. М., Свистунова Е. Г., Гордиевская Е. О. Психологические аспекты реабилитационного потенциала инвалидов: методическое пособие. – СПб.: Эксперт, 2008. – 72 с.
77. Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. Особенности отношения к юмору и смеху у больных шизофренией. Ж. неврол. и психиатрии. 2014; 1: 26–29.
78. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. и др. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал, 2016. - Том 32, № 2. - С. 94–108.
79. Суржко. Г. В. Острое нарушение мозгового кровообращения как фактор в возникновении клинико-психологических расстройств / Журнал: Молодой ученый. Рубрика: Медицина. 05. 2015. №10(90). С.462-464. URL:<https://moluch.ru/archive/90/18654/>.

80. Сытый В. П., Гулько И. С., Глинская Т. Н. Организация этапов реабилитации пожилых больных с артериальной гипертензией в сочетании с ИБС: инструкция на метод. – Минск, 2004. – 41 с..

81. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

82. Теплов Б.М. Об объективном методе в психологии // Б.М. Теплов. Избранные труды. М., Т. 2, 1985, с. 281-309.

83. Усольцева Н.И., Воронцова В.С., Канарский М.М., Петрова М.В., Менгисту Э.М., Пичугина И.М., Фрай А.В. Роль психологической поддержки родственников пациентов, перенесших тяжелые повреждения головного мозга // Живая психология. 2020. Т. 7. № 1 (25). С. 21-27.

84. Халак М. Е. Влияние уровня личностной тревожности на психологический реабилитационный потенциал людей пожилого возраста // «Нейрореабилитация – 2011»: материалы III Межд. конгресса. – М., 2011. – С. 186-187.

85. Халак М. Е. Определение уровня психологического потенциала у лиц с ограниченными возможностями // Концепт. – 2012. – № 10.,

86. Халак М. Е. Психологическое сопровождение восстановительного лечения лиц с ограниченными возможностями и низким психологическим реабилитационным потенциалом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Нижний Новгород, 2012. – 24 с.,

87. Халак М. Е. Роль уровня психологического реабилитационного потенциала инвалида в процессе психологического сопровождения // Актуальные вопросы восстановительной медицины и реабилитации больных с двигательными нарушениями: материалы Межрегион. науч.-практ. конф. – Н. Новгород, 2009. – С. 182-183.

88. Ханин Ю. Л. Стандартный алгоритм адаптации зарубежных опросных методов. — В сб.: Психологические проблемы предсоревновательной подготовки квалифицированных спортсменов.—Л., 1977, с. 129—135.

89. Хвилицкий Т.Я. Учение о маниакально-депрессивном психозе и клинике его атипичных форм. Дисс. Л., 1958.
90. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С. Лечебно-реабилитационный потенциал больных шизофренией и их семей. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;112(5):70-76.
91. Цыцарева И.В. Преморбидные особенности личности и психогенные факторы в развитии эндогенной депрессии в пожилом возрасте. Диссер. Канд. мед. наук, Л., 1988, с. 169.
92. Шахматов Н.Ф. Психическое старение.-М. Медицина, 1966.- 304 - 307с.,
93. Шевченко, Ю. Л. (Ред.). (2007). Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп».
94. Шостакович В.В. Границы наследственности в этиологии душевных заболеваний.- Совр. Психоневрология, 1929, в ч. 1, с. 33.
95. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия // М: Медицина. 1977. 216 с.
96. Шуненков Д.А., Худяков А.В. Особенности гелотофобии у пациентов с психическими расстройствами невротического уровня. Практич. мед. 2019; 17 (3): 84–88. [Shunenkov D.A., Khudyakov A.V. Features of gelotophobia in patients with neurotic mental disorders. *Prakticheskaya meditsina*. 2019; 17 (3): 84–88. (In Russ.)],
97. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. - СПб.: Речь, 2003.,
98. Angst J., Grigo H., Lanz M. Classification of depression. *Acta Psychiatr*, 1981: 23-28.
99. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. – 1961. – Т. 4. – №. 6. – С. 561-571.
100. Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and

perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17-23. doi: 10.1037/prj0000035,

101. Brück C., Derstroff S., Wildgruber D. Fear of being laughed at in borderline personality disorder. *Front. Psychol.* 2018; 9: 4. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00004.

102. Büchi S., Sensky T. PRISM: Pictorial representation of illness and Self measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. // *Psychosomatics*. 1999. 40(4) P. 314–320.

103. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 56. P. 267–283.

104. Cicerone, K.D. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury / K.D. Cicerone [et al.] // *Arch Phys Med Rehabil.* — 2004. — V. 85, Issue 6. — P. 943—950.

105. Cloninger C.R. (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3. P.167-228.

106. Conti AA. Western medical rehabilitation through time: a historical and epistemological review. *Sci World J.* 2014(2014):432506.

107. David Martínez-Pernía 1 2 3 4, Óscar González-Castán 5, David Huepe 1 From ancient Greece to the cognitive revolution: A comprehensive view of physical rehabilitation sciences// *Physiother Theory Pract.* 2017 Feb;33(2):89-102. doi: 10.1080/09593985.2016.1266720. Epub 2017 Jan 10.

108. Dixon, N.F. (1980). Humor: A cognitive alternative to stress? In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.) *Stress and anxiety* (Vol.7, pp. 281-189). Washington, D.C.: Hemisphere.

109. Dreeben O. Development of the physical therapy profession. *Introduction to Physical Therapy for Physical Therapist Assistants*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2007:3-22.

110. «Evans RW (2004). Post-traumatic headaches // *Neurological Clinics*. 22 (1): 237–249. doi:10.1016/S0733-8619(03)00097-5. PMID 15062537.

111. Eysenck HJ. The organization of personality. *J Pers.* 1951 Sep;20(1):101-17.



112. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients. *Humor Int. J. Humor Res.* 2009; 22: 233–251. DOI: 10.1515/HUMR.2009.011.
113. Frydenberg E., Lewis R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? // *American Educational Research Journal.* 2000. Vol. 37, N 3. P. 727–745.
114. Furlan, JC; Noonan, V; Singh, A; Fehlings, MG (August 2011). „Assessment of disability in patients with acute traumatic spinal cord injury: a systematic review of the literature“. *Journal of Neurotrauma.* 28 (8): 1413–30. doi:10.1089/neu.2009.1148. PMC 3143412. PMID 20367251.
115. Geneva Peace Conference (1973). *The Israeli-Palestinian Conflict: An Interactive Database.* ECF. Дата обращения 18 декабря 2018.
116. Giacino JT, Kalmar K, Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: measurement characteristics and diagnostic utility. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2004;85(12):2020-2029/
117. Giacino, J.T. Monitoring rate of recovery to predict outcome in minimally responsive patients / J.T. Giacino, M.A. Kezmarsky, J. DeLuca et al. // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 1991. – Vol. 72, №11. – P. 897–901.
118. Giacino, J.T. The vegetative and minimally conscious states: consensus–based criteria for establishing diagnosis and prognosis / J.T. Giacino // *NeuroRehabilitation.* – 2004. – Vol. 19, №4. – P. 293–298.
119. Hammer J.H. and Toland M.D. Internal Structure and Reliability of the Internalized S of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) Among Americans With Depression. Online First Publication, July 14, 2016. DOI: 10.1037/sah0000049.
120. Hobfoll S. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress // *American Psychologist.* 1989. 3. 513-524.
121. [https://web.archive.org/web/20110514024558/http://rancho.org/Research\\_RanchoLevels.aspx](https://web.archive.org/web/20110514024558/http://rancho.org/Research_RanchoLevels.aspx).

122. Hudson JI, Pope HG. The concept of affective spectrum disorder: relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1994 Nov;8(4):839-56.
123. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie.* — Berlin. — 1965. — 748 S.»,
124. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NE, Wade DT The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: A measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *J. Neurol.* September 1995. 242 (9): 587–92. doi:10.1007/BF00868811. PMID 8551320.
125. Klein DF. Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:447-54.
126. Legome E. 2006. Postconcussive syndrome. *eMedicine.com.* Retrieved 14 November 2012.
127. Lydiard RB Obsessive-compulsive disorder: a new perspective in diagnosis and treatment. *Int Clin Psychopharmacol.* 1994 Jun;9 Suppl 3:33-7. 97).
128. Marneros A. *Hirnorganische Melancholie.* *Psychiatr. Clin.,* 1982; 15:S.212-230.
129. Martin, R.A., & Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality & Social Psychology,* 45(6), 1313-1324.
130. McHugh T, Laforce R, Gallagher P, Quinn S, Diggle P, Buchanan L (2006). „Natural history of the long-term cognitive, affective, and physical sequelae of mild traumatic brain injury“. *Brain and Cognition.* 60 (2): 209–11. doi:10.1016/j.bandc.2004.09.018. PMID 16646125.
131. Moos, R. (1974). *The family environmental scale.* Palo Alto, CA: Social Ecology Lab, Stanford University.
132. Moss-Morris. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health* 17(1):1-16 February 2002. DOI: 10.1080/08870440290001494.
133. Pharoah F.M., Mari J.J., Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2000; 75.

134. Poidasheva, A.G. Rtms application in disorders of consciousness / A.G. Poidasheva, L.A. Legostaeva, E.G. Mochalova et al. // *Clin. Neurophysiol.* – 2018. – Vol. 129, №1. – e153.
135. Prigatano, G.P. Principles of neuropsychological rehabilitation / G.P. Prigatano. — Oxford University Press, 1999. — 356 p.
136. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. *Scott Med J.* 1957;2(5):200-215. doi: 10.1177/003693305700200504.
137. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1984 Nov;45(11):450-7.
138. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. // *Psychiatry Res.* 2003 Nov 1;121(1):31-49. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008.
139. Roth M, Mountjoy CQ, Caetano D. Further investigations into the relationship between depressive disorders and anxiety state. *Pharmacopsychiatria.* 1982 Jul; 15(4): 135-41.
140. Rotter, J.B. (1966). „Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements“. *Psychological Monographs.* 80 (whole no. 609).
141. Rouillon F. Depression, yesterday, today and tomorrow: historical evolution of concepts. *Therapie.* 2005 Sep-Oct;60(5):425-9.
142. Ruch W., Proyer R.T. Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticians // *Humor: Internat. J. of Humor Research.* 2009. V. 22.P. 165–182.
143. Samson A., Huber O., Ruch W. Teasing, ridiculing and the relation to the fear of being laughed at in individuals with Asperger’s syndrome. *J. Autism. Dev. Disord.* 2011; 41: 475–483. DOI: 10.1007/s10803-010-1071-2.
144. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care // *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Oct; 50 (10): 819-24.

145. Schulte W. Psychotherapy of emotional disturbances in the latter years of life. *Int J Neuropsychiatry*. 1965 Dec; 1(6): 656-63.
146. Shunenkov D., Vorontsova V., Ivanova A. Gelotophobia, attitudes to illness and self-stigmatisation in patients with non-psychotic mental disorders and brain injuries // *The European Journal of Humour Research* 9 (2) 141–153. 2021
147. Sjogren H. Paraphrenic, melancholic and psychoneurotic states in presenile-senile period of life. *Acta psych. Scand., suppl.*, 176, 1964.
148. Tennakoon L., Fannon D., Doku V. Experience of care giving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 529-533.
149. Vaillant G.E., Davis T.J. Social/ Emotional intelligence and midlife resilience in schoolboys with low tested intelligence // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000. 70. 2. 215–222.
150. Vorontsova V., Gusev Yu., Polkovnikova E., Razina A., Endler V., Luginina E., Pradhan P., Podolskaya Yu. Psychological Factors of Rehabilitation Potential in Brain Injured Patients with Depressive Syndromes // *Latin American Journal of Pharmacy (Lat. Am. J. Pharm*, 41 (special issue): 179-82. 2022.
151. Ware J.E. et al. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide* / MA: Boston, Nimrod Press. 1993.
152. Weinman John The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness // *Psychology & Health* Volume 11, 1996 - Issue 3.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1

Анкета для выявления представлений специалистов о реабилитационном потенциале и практического запроса на его изучение

ФИО \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

1. Что Вы вкладываете в понятие «Реабилитационный потенциал»? Что нужно учитывать?
2. Что Вы понимаете под понятием «Психологический реабилитационный потенциал»?
3. Как Вы понимаете разделение понятий на медицинский реабилитационный потенциал и психологический реабилитационный потенциал?
4. Каким способом Вы оцениваете реабилитационный потенциал пациента?
5. Какие критерии реабилитационного потенциала, на Ваш взгляд, наиболее важные?
6. Как Вы считаете, оценка реабилитационного потенциала пациента влияет на ход реабилитации в целом?
7. Пациенты с какой патологией, на Ваш взгляд, легче поддаются реабилитации?
8. Какое реабилитационное направление Вы считаете наиболее эффективным в работе с пациентами?
9. Опишите случай успешной реабилитации в Вашей практике. Что этому поспособствовало?
10. Опишите негативный опыт реабилитации. Что помешало реабилитации пациента?
11. Какой случай из Вашей практики для Вас был наиболее сложный?
12. Из Вашего опыта: какое максимальное время восстановления было у пациентов после ПГМ?
13. Из Вашего опыта: какое минимальное время восстановления было у пациентов после ПГМ?
14. Какие виды ЧМТ, на Ваш взгляд, наиболее и наименее перспективны в плане восстановления?
15. Повлияло ли как-то на реабилитацию не врачебное вмешательство (работа с психологом, общение с родственниками и т.д.)?

## Степень выраженности самостигматизации (ISMI-9)

### (для психических расстройств)

Мы будем использовать термин психическое заболевание в этом опроснике, но вы можете думать об этом в более удачных для вас терминах.

По каждому вопросу, пожалуйста, ответьте: полностью не согласен (1), не согласен (2), согласен (3) полностью согласен (4).

		полностью не согласен	не согласен	согласен	полностью согласен
1	Стереотипы о психически больных относятся ко мне.	1	2	3	4
2	Могу жить так, как мне нравится	1	2	3	4
3	Негативные стереотипы о психическом заболевании изолируют меня от нормального мира.	1	2	3	4
4	Я чувствую себя не в своей тарелке, что отличаюсь от других людей, я чувствую себя неуверенно, потому что у меня есть психическое заболевание.	1	2	3	4
5	В кругу людей, у которых нет психического заболевания, я чувствую себя каким-то не таким, неадекватным.	1	2	3	4
6	Людам без психических расстройств меня не понять.	1	2	3	4
7	Никто не захотел бы сблизиться со мной из-за моего психического заболевания.	1	2	3	4
8	Я не могу вносить свой вклад в общество из-за психического заболевания.	1	2	3	4
9	У меня может быть хорошая, полноценная жизнь, несмотря на моё психическое заболевание.	1	2	3	4

### Степень выраженности самостигматизации (ISMI-9)

#### (для органических расстройств)

Мы будем использовать термин лица с ограниченными возможностями в этом опроснике, но вы можете думать об этом в более удачных для вас терминах.

По каждому вопросу, пожалуйста, ответьте: полностью не согласен (1), не согласен (2), согласен (3) полностью согласен (4).

		полностью не согласен	не согласен	согласен	полностью согласен
1	Стереотипы о лицах с ограничениями возможностей относятся ко мне.	1	2	3	4
2	В целом я могу жить так, как мне нравится	1	2	3	4
3	Негативные стереотипы о лицах с ограничениями возможностей изолируют меня от нормального мира.	1	2	3	4
4	Я чувствую себя не в своей тарелке, что отличаюсь от других людей, я чувствую себя неуверенно, потому что у меня есть ограничения возможностей	1	2	3	4
5	В кругу людей, у которых нет ограничений возможностей, я чувствую себя каким-то не таким, неадекватным.	1	2	3	4
6	Людам без ограничений возможностей меня не понять.	1	2	3	4
7	Никто не захотел бы сблизиться со мной из-за моего состояния.	1	2	3	4
8	Я не могу вносить свой вклад в общество из-за своих ограничений возможностей.	1	2	3	4
9	У меня может быть хорошая, полноценная жизнь, несмотря на мои ограничения возможностей.	1	2	3	4

**Mental Health Research Center**

*Manuscript Copyright*

**Sorokina Victoria Sergeevna**

**PSYCHOLOGICAL FACTORS OF REHABILITATION POTENTIAL IN PATIENTS  
WITH DEPRESSIVE SYNDROME IN MENTAL ILLNESS AND AFTER BRAIN  
DAMAGE**

Scientific specialty 5.3.6. Medical Psychology

Dissertation  
for the academic degree of  
Candidate of Psychological Sciences

*Translation from Russian*

**Scientific Supervisor:**  
Candidate of Psychological Sciences,  
associate professor  
Enikolopov Sergey Nikolaevich

**Moscow  
2023**



## TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION .....	4
CHAPTER 1. BASIC CONCEPTS AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF REHABILITATION POTENTIAL IN A VARIETY OF ILLNESSES.....	12
1.1 <i>History of rehabilitation and the concept of rehabilitation potential</i> .....	12
1.2 <i>Rehabilitation potential of patients with mental disorders</i> .....	19
1.3 <i>Rehabilitation potential of patients with somatic diseases</i> .....	21
1.4 <i>Psychological consequences of brain damage</i> .....	25
1.5 <i>Depressive syndrome in mental illnesses and after brain damage</i> .....	28
CONCLUSIONS FROM CHAPTER 1 .....	30
CHAPTER 2 MATERIALS AND RESEARCH METHODS.....	32
2.1 <i>Research Procedures</i> .....	34
2.1.1 <i>Stage 1. Development of a questionnaire and conducting interviews with specialists and psychologists on the topic of rehabilitation potential</i> .....	34
2.1.2 <i>Stage 2. Adaptation of the internalized stigma of mental illness (self-stigmatization) scale (ISMI-9) for patients with mental illnesses and after brain damage</i> .....	34
2.1.3 <i>Stage 3. Main stage. Study of the psychological factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage</i> .....	37
2.2 <i>Characteristics of research methods</i> .....	39
2.3 <i>Description of Selections and Rationale for Inclusion of Patients in the Study</i> ....	48
CHAPTER 3. TEST RESULTS .....	53
3.1 <i>Stage 1. Identification of current specialists' perceptions of rehabilitation potential and practical request for its study</i> .....	53
3.2 <i>Stage 2. Adaptation of the ISMI-9 questionnaire</i> .....	56
3.3 <i>Stage 3. A study of the psychological factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in psychological illness and after brain damage</i> .....	59
3.4 <i>Connection of a person's rehabilitation potential to psychological parameters</i> ...	81

<i>3.5 Identification of significant factors of psychological rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage .....</i>	<i>92</i>
<b>CHAPTER 4 DISCUSSION OF THE RESULTS .....</b>	<b>99</b>
<i>4.1 Discussion of the results of the analysis of the views of specialists about the rehabilitation potential and the practical application of its study.....</i>	<i>99</i>
<i>4.2 Discussion of the results of the adaptation of the ISMI-9 Internalized Stigma of Illness Questionnaire .....</i>	<i>100</i>
<i>4.3 Discussion of the results of psychological features and their relationship to the rehabilitation potential of the individual in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage .....</i>	<i>101</i>
<i>4.4 Medical rehabilitation potential and rehabilitation potential of the individual in patients after brain damage .....</i>	<i>116</i>
<i>4.5 Factor analysis.....</i>	<i>116</i>
<b>FINDINGS.....</b>	<b>120</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>121</b>
<b>ABBREVIATIONS.....</b>	<b>124</b>
<b>PRACTICAL RECOMMENDATIONS:.....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAPHY .....</b>	<b>126</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>141</b>

## INTRODUCTION

### **Relevance of the research topic**

Persons experiencing serious illness, whether mental illness or brain damage, can encounter medical, social, legal and psychological problems. In order to prevent these consequences, the patient requires first and foremost careful and correct diagnosis of the disorders, after which a rehabilitation programme then needs to be established.

The most effective and efficient method of rehabilitation is comprehensive multidisciplinary work with the patient. Depending on patient needs, this can include the work of a psychologist, attending physician, physiotherapist and other specialists [1]. The joint work of the specialists is necessary to prepare an effective rehabilitation program, which elaboration and implementation demands close attention to the rehabilitation capabilities of a patient's personality.

The issue of rehabilitation potential (RP) has long been of interest to specialists and researchers in the field of rehabilitation [1;41;49]. However, the problem is that the majority of studies stem from medical research and, as a result, are aimed at the medical rehabilitation of the patient. Thus, rehabilitation potential is understood as a medically justified prospect for achieving the intended goals of rehabilitation within a certain period of time. The rehabilitation potential takes into account: the clinical course of the disease, the degree and severity of damage, other functional disorders – complications, psychological state of the patient, individual resources and compensatory capabilities of the body, environmental factors affecting the viability and social activity of the patient. The psychological rehabilitation of the patient is a relatively recent area of study [16;49;58]. The very concept of psychological rehabilitation potential appeared within the framework of the rehabilitation process itself and in a broad sense means the influence of a patient's psychological characteristics on the process of rehabilitation. The currently existing "functional" concept of psychological rehabilitation potential does not provide a complete and meaningful understanding of this concept.

In this work, the emphasis is directly on the personal characteristics of patients who

can be regarded as targets for elaboration of an effective rehabilitation program, which can be designated as the rehabilitation potential of the personality.

In this regard, it becomes relevant to assess the psychological characteristics that affect the rehabilitation potential of the personality of patients.

Research shows that affective disorders can be presented both within the framework of mental illness and as a consequence of brain damage [23]. However, as such they will manifest qualitative differences due to the difference of the disorder [23]. In albeit similar affective disorders, the consequence of the organic factor differs, and, consequently, the structure of the RP may differ. The determinant factors for RP in affective disorders, in patients with mental illnesses and after brain damage (hereinafter referred to as BD) were not previously identified [59].

Depressive symptoms are frequently encountered as part of the structure of organic disorders [23], but they are not a distinct or independent nosological category. This lack of a clear clinical differentiation of the syndrome can lead to difficulty when assessing the condition and determining suitable treatment.

The definition of the components of RP in affective disorders in patients with mental illness and after BD will allow a rehabilitation program to be developed for each nosological group, depending on the disorders identified.

Affective disorders are known to aggravate the course of somatic illness. They can also reduce the effectiveness of somatotropic therapy, complicate the clinical picture, increase the risk of complications and the frequency of relapses. Depression exacerbates the prognosis of somatic illness, making it resistant to therapy [44].

Patients experiencing affective disorders have no or decreased motivation for recovery, work, and socialisation.

### **Aim and objective of the study**

**The aim** of the study is to examine the psychological factors of rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in the case of mental illness and after BD.

Pursuant to this aim, the following **objectives** were established:

1. To conduct a theoretical analysis of the basic concepts and methodological approaches to the study of RP in the case of a variety of illnesses.

2. To conduct a structured interview with clinicians of different specialties to identify the doctors' ideas about the rehabilitation potential and a practical request for its study.
3. To adapt the Russian version of the ISMI-9 Internalized Stigma of Mental Illness Questionnaire.
4. To conduct an empirical study aimed at highlighting the features of the psychological rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after BD.
5. To identify significant factors of psychological rehabilitation potential.
6. To conduct a comparative analysis of the components of psychological rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after BD.

**Research hypothesis:**

Psychological factors of rehabilitation potential differ in patients with mental illnesses and after brain damage.

**The theoretical and methodological basis** of the study consisted of the following: a personality-oriented approach to the study of mental health (L.S. Vygotsky, P.K. Anokhin, A.N. Leontiev, B.F. Lomov, V.I. Lubovsky); conceptual approaches to the study of the psychological structure of the individual and relationships (K.A. Abulkhanova-Slavskaya, B.G. Ananyev, L.I. Antsiferova, A.G. Asmolov, A.V. Brushlinsky, E.V. Shorokhova, K.K. Platonov, etc.).

**Research methods:**

1. Clinical and psychological
  - study of medical histories
  - clinical conversation with patients
  - structured interview to identify doctors' ideas about rehabilitation potential and a practical need for its study;
2. Psychometric:
  - 1) Rehabilitation potential of the individual methodology [46].
  - 2) Individual questionnaire of temperament and character (TCI-125) [26];

- 3) Type of attitude towards illness – methodology (TOBOL - TATI) [66];
- 4) Methodology for assessing the impact of illness and symptoms [69].
- 5) Beck's Depression Scale [100];
- 6) Integrative anxiety test (ITT - IAT ST) [7];
- 7) Level of subjective control (USC - LSC) [3];
- 8) Losses and Acquisitions of Personal Resources questionnaire (LAPR) [15];
- 9) Family Environment Scale (FES) [55];
- 10) PhoPhiKat Gelotophobia, Gelotophilia and Katagelasticism Questionnaire [78];
- 11) Internalized stigma of mental illness questionnaire (ISMI-9) (Appendix 2a, 2b) [18];
- 12) Coping strategies questionnaire (COPE) [67];
- 13) Coping with Humour Scale [2];
- 14) Quality of Life Questionnaire (SF-36) [94];
- 15) Coma recovery scale-Revised (CRS-R) (assessed by a neuropsychologist) [56];
- 16) Rancho Los Amigos scale (RLAS) [121];
- 17) Functional Independence Scale (FIM) (assessed by a rehabilitator) [115].
- 18) Rivermid Mobility Index (RMI) (estimated by a rehabilitation specialist) [125].

The following non-parametric statistical criteria were used to analyze the results of the study:

- 1) Mann-Whitney U-test for ordinal scales;
- 2) Spearman's rank correlation coefficient;
- 3) Factor analysis.

**Sample Characteristics.** The study involved 76 people aged 18 to 46 years with depressive syndrome. The first group of respondents consisted of patients with depressive syndrome in the framework of affective illness (F31, F33, F34.0) (36 people). The second group consisted of patients after BD with depressive syndrome (T90, I69 according to ICD-10) (40 people).

**The empirical basis of the study.** The study was conducted on the basis of the Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation and the Federal State Budgetary Institution of the Scientific Center for Mental Health.

The study was carried out in three stages.

1. Preliminary stage – conducting interviews with doctors and psychologists on the topic of rehabilitation potential.

2. Adaptation of the questionnaire to the presence and severity of self-stigmatization (ISMI-9).

3. Main stage. Study of the psychological factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after BD.

**Informed consent:** the study participants were informed of the aims and objectives of the survey and gave their consent to undergo testing and processing of personal data.

**The authenticity and reliability** of the results is defined in terms of the theoretical grounds of the problem, the representative nature of the sample of patients participating in the study, the use of scientifically sound methods of psychological research corresponding to the aims and objectives, comprehensive approach to the choice of research methods and techniques and the processing of the data obtained, using methods of mathematical statistics. Statistica 10 was used for statistical analysis.

### **Scientific Novelty of the Research**

This study shows that psychological factors of rehabilitation potential is not universal in patients with depressive syndrome in mental illness and after BD; something which has not previously been analyzed.

It is the first time that psychological factors of rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after BD have been compared. An important difference found between the groups was that in the group of patients with mental illnesses, the relationship of RPL with depression, anxiety, coping behavior (to a greater extent than for the group of patients after BD), family environment (to a greater extent than for the group of patients after BD), quality of life was revealed. In the group of patients after brain injuries, a distinctive feature was the relationship of RPL with the index of resourcing and the attitude to humor and laughter.

Psychological factors that directly affect the psychological rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage were also identified, and differences in significant factors in the groups were shown.

In each group, three factors were identified that differ qualitatively from each other. Factor analysis allowed to identify both common significant factors for psychological rehabilitation potential and differences in the factor structures of PRP for the two groups.

It is also the first time that the questionnaire has been adapted for the Russian-speaking sample, in order to determine the presence and severity of self-stigmatization.

**The theoretical significance.** The obtained results deepen and expand the existing concepts about rehabilitation potential as a multicomponent or multifactorial phenomenon, factors in the structure of psychological rehabilitation potential are not universal and have different weights for different diseases.

**The practical significance of the research.** The proposed psychodiagnostic research allows not only qualitative, but also quantitative analysis of the data obtained during the study of the psychological component of the rehabilitation potential. The results of the study allow the targets of psychological impact to be identified and for an individual approach to the rehabilitation of these patients to be developed. Key targets include: the presence and severity of depression; anxiety; self-stigmatization; gelotophobia; family relations; and attitude to the illness, inter alia.

An adaptation of the ISMI-9 self-stigmatization questionnaire can be used as a reliable and simple way of determining its severity. This is something which must be taken into account when conducting therapeutic and, above all, psycho-rehabilitation measures.

Moreover, the data obtained during the study can be applied to the practical work of psychologists, psychiatrists and rehabilitation doctors aimed at restoring the psychological state of the patient.



### **Provisions of defended:**

1. Psychological rehabilitation potential is a multicomponent phenomenon that includes physiological, psychological and social components.
2. The role of rehabilitation potential and psychological rehabilitation potential is not taken into account enough by practitioners of different specialities in the patients' rehabilitation.
3. The Russian version of internalized stigma the ISMI-9 questionnaire yielded good psychometric properties, reliability and validity. The version adapted for patients after brain damage may also be recommended for use.
4. The rehabilitation potential of an individual (according to the questionnaire of I.Y. Kulagina, L.V. Senkevich) in patients with depressive syndrome after brain damage is higher than in patients with mental illness.
5. Psychological factors of rehabilitation potential in patients of different nosological groups are different.

**Approval of the results of the study.** The results of the study were reported at the VII Moscow International Scientific and Practical Student Conference "Illness and a Healthy Lifestyle". 07.12.2018; IInd Scientific and Practical Conference (with international participation) of graduate students, residents and young scientists "Current Issues of Anaesthesiology, Resuscitation and Rehabilitation"; XIV International (XXIII All-Russian) Pirogov Scientific Medical Conference; XIV Jubilee All-Russian School of Young Psychiatrists "Suzdal-2019" (poster report); Fifth International Geological Congress "Laughter and Communication" 29 May – 1 June 2019; All-Russian Scientific and Practical Conference "Rehabilitation Technologies: Science and Practice", September 22-23, 2022.

**Publications** Based on the materials of the dissertation work, 16 works have been published, including 6 articles in peer-reviewed journals recommended by the Higher Attestation Commission under the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for the publication of the main results of the dissertation research.

**Structure and Scope of work.** The dissertation contains 143 pages of typewritten text. It consists of an introduction, 4 chapters, a conclusion, a list of abbreviations, a list

of references (152 sources, 55 of them in English), 3 annexes. The work is illustrated by 28 figures and 28 tables.

**Personal contribution of the candidate.**

The candidate personally participated in the development and implementation of the research programme, as well as in the definition of the theoretical foundations and approaches to the evaluation of the data obtained. The candidate independently formed a working hypothesis, scientifically substantiated the components of the psychological rehabilitation potential affecting the rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illnesses and after brain damage, analyzed the structure of psychological rehabilitation potential, showed the similarities and differences between the two groups in terms of the factors of psychological rehabilitation potential identified, conducted research and collected empirical data, carried out a statistical analysis of the research results and interpreted the results obtained.

## CHAPTER 1. BASIC CONCEPTS AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF REHABILITATION POTENTIAL IN A VARIETY OF ILLNESSES

### *1.1 History of rehabilitation and the concept of rehabilitation potential*

Rehabilitation (medical rehabilitation) has long been known as a means of recovery after impairment of bodily functions. Ancient Egyptian doctors used certain methods of occupational therapy, in order to accelerate patients' recovery. Physical activation of patients and occupational therapy were used by doctors in Ancient Greece and Rome. In these countries massage was used not only to improve performance, but also as a hygienic and therapeutic agent [54].

The development of rehabilitation has traditionally focused on the measurement of motor disorders and improvements during the therapeutic process. Nevertheless, the physical rehabilitation sciences have not focused on understanding the philosophical and scientific principles of clinical intervention and their interrelationships [108].

Thousands of years ago, the ancient Chinese used congfa motion therapy, as pain relief. In the fifth century BC, the Greek physician Herodicus described a complex system of gymnastic exercises aimed at preventing and treating illness. The Roman physician Galen described interventions to restore trauma suffered during war in the second century AD [110].

In the 18th century, psychological assistance to patients became part of medical rehabilitation in Europe [73]. In the 19th century, the United States became the centre for rehabilitation therapy [107]. Since the beginning of the 20th century, there has been a multiplication of the number of institutions in the US which apply various types of physical load on patients, in order to solve mental problems [73]. The First World War which resulted in injuries to thousands of people provided an impetus for the development of rehabilitation of patients. Scientific and practical disciplines such as orthopaedics,

physiotherapy, occupational therapy and therapeutic physical culture began to develop rapidly [73].

In 1917, the Restorative Therapy Association was established in the United States [73]. The Second World War served as a stimulus for the development of medical, psychological, social, including professional, rehabilitation. By 1945, 26 specialized training institutions had been established in the United States for the training of rehabilitation specialists. Over time a realization has grown that certain areas of medicine are unable to cope with the increase in cases of chronic illness which lead to incapacity. As early as 1944, the British Council for the Rehabilitation of the Disabled was set up in England [73]. In 1946, a Medical Rehabilitation Service was established at the Bevellue Medical Center in New York [76]. In 1950, the UN Economic and Social Council approved a resolution on the "Social Rehabilitation of the Disabled," which called for international planning and the creation of rehabilitation programmes for individuals. The importance, relevance and social impact of rehabilitation have led to an increase in the number of national programmes and institutions dealing with these issues. Initially, the term "restorative treatment" implied the use of medical therapeutic methods [73]. However, after the Second World War, the problem of social and occupational rehabilitation of the disabled became widespread. The solution included not only medical issues, but also a number of others: psychological, and social. At that time, the concept of "rehabilitation" was replaced by "restorative treatment" [17].

About 20-30 years ago, rehabilitation was considered by medical practice to be something secondary, and not part of the primary health care measures [73]. For the majority of health workers, it was related to the concept of social assistance. However, over time, an increasing number of medical institutions began to recognize the importance and effectiveness of rehabilitation services. Special wards and departments were established. At the present time, rehabilitation services have merged into the structure of rehabilitation centres which specialise in profiled illnesses (cardiological, neurological, orthopaedic, etc.). The rehabilitation service may be in the form of inpatient clinics or sanatoriums. The increase in the number of such institutions is also due to certain economic benefits. This is based on the conclusion that it is much more efficient and cost-

effective to provide rehabilitation at the initial stage of illness, rather than to restore the health capacity of patients at later stages.

The main objective of rehabilitation is to restore a person to the level of independent existence (“WHO Meeting Report” [107]). Throughout the world, rehabilitation occupies high positions in medical and social care areas. A variety of scientific studies have been carried out on the effects of rehabilitation. They conclude that about 50% of seriously ill patients can be returned to active life, provided that a sensibly-designed rehabilitation programme is developed [73]. The very fact that the American Restorative Therapy Association had more than 45,000 members (as early as 1992), and succeeded in engaging 160 colleges and universities to take part in specialized training programmes, indicates the importance of the development of rehabilitation [73].

The provision of psychological assistance to patients with chronic illness or disability is important in the process of rehabilitation, since the patient's personality may undergo change, which in turn affects all areas of his life. A properly developed rehabilitation programme which takes into account the principles of all scientific achievements, can contribute to preserving the patient's lifestyle, in whole or in part, and restore his or her ability to work. It is this psychological support that can play such a huge role [45].

When illness occurs, the usual style and conditions of life are subject to change. The degree to which a person adapts depends both on the functioning of individual organs and systems and on the individual as a whole. Therefore, the rehabilitation capabilities of each individual are key to designing a rehabilitation programme. It is here that the bio-psychosocial approach to the rehabilitation of patients comes to the fore. The concept of the "psychological rehabilitation potential of the individual" [64] describes the influence of the individual his or herself on the process of rehabilitation.

The concept of “rehabilitation potential” (RP) has several meanings. For example, in the opinion of M.V. Korobov, rehabilitation potential is the ability of a patient, given certain conditions and with the support of rehabilitation services and society as a whole, to create the biological and psychosocial reserves necessary to mobilise the restorative, compensatory, adaptive processes and other basic mechanisms needed to restore his

health, ability to work, personal status and social position [42]. V.P. Belov and I.N. Efimov define RP as "a complex of biological, personal and socio-environmental factors that form the basis of the patient's resocialization" [6].

R.M. Voitenko defines rehabilitation potential as the biological and psychosocial ability of a person suffering from a illness or impairment of health to compensate for restricted abilities. He also identifies three levels in the structure of rehabilitation potential: organism, personality, individual (as a member of a social group) [16]. In the author's opinion, the rehabilitation potential of the body consists of bio-energy, genetic-institutional and medical-organizational potential.

Each rehabilitation potential substructure needs to be considered as a functional component to be taken into account and worked with in the rehabilitation process. It is this process which is aimed primarily at adapting the patient to life, and restoring the status of the individual [81;84-87].

Rehabilitation potential depends on the social environment of a person with a particular illness. RP is also influenced not only by the social environment, but also by the personality and character of the individual. Expertise in the social and medical spheres is closely linked to considering a person's RP and how the individual uses it throughout his or her life. By identifying the level of PRP (Psychological rehabilitation potential) psychologists are able to calculate the length and standard of life of a person who does not have the full range of their abilities due to health deterioration. PRP is an important indicator not only for the psychologist, but also for the person him or herself. It enables them to determine how to properly allocate their psychological and physical resources, as well as to establish a course of rehabilitation in connection with the occurrence of disorders.

The level of RP is diagnosed based on the severity of the main components, and it represents a comprehensive characteristic of a person with an illness. It also takes into account all stages of development and socialization (from birth and the beginning of the illness), the current social status, as well as the psychological characteristics created thereby [86]. RP also combines such personal characteristics as cognitive, affective,

motivational, communicative, moral and ethical, with the key areas of personal and social development of the patient and his or her values [84].

3 levels have been defined to characterize the recovery capabilities of the patient with respect to certain types of vital activity [40;77;87]:

- High RP: a realistic prospect of near-complete recovery from dysfunction, ability to perform work and social activities, or a high degree of recovery of a certain type of activity;
- Moderate RP: a real prospect of the sufficiently significant recovery of functions, a slight restriction of domestic activity and working capacity;
- Low RP: a limited ability to regain function, loss of ability to work, inability to ensure independent existence and overcoming disability.

In the opinion of Russian researchers (Zh.V. Porokhina, N.B. Shabalina, L.P. Povarova, L.V. Bayrachnaya, V.I. Gorbachev, et al.), psychological rehabilitation potential is understood as a system of psychological characteristics of the individual (motivation, emotional and volitional sphere, cognition) formed before the onset of illness, within the context of social development status, in order to function as an important resource contributing to adaptation to new conditions of life when changes occur as a result of illness [4;60]. It is important to note that a high level of PRP can only be established, if the motivational component is maintained or slightly changed.

Psychological rehabilitation potential, as a component of recovery capacity, like all other components, has its own internal structure and is defined differently by researchers.

In the opinion of Kulagina I.Yu. and Senkevich L.V., the psychological rehabilitation potential of a person consists of a certain group of indicators [46]:

1) a person's personality traits which include character, temperament, emotional and moral state, level of motivation;

2) the history and substance of the illness, taking into account not only the illness per se, but also how a person understands their condition and what consequences it will have in the future, the term and complexity of rehabilitation and whether it is possible at all;

3) the psychological state of the patient, namely their thought processes, memory, the ability to quickly and clearly formulate thoughts and desires, perception of the overall picture of the illness.

Zh. V. Porokhina [64], O. N. Gudilina [19] held a similar view of the structure of psychological rehabilitation potential and identified three components:

- The cognitive component provides a degree of understanding on the part of the person undergoing rehabilitation of the problems associated with the illness and the probability of resolving these problems through rehabilitation treatment.
- Intellectual RP treatment depends on the intellectual level and the state of cognitive processes;
- The emotional and volitional component is responsible for the energy and emotional nuancing with which the recovering patient achieves the task and objectives and undertakes individual measures for recovery. It is formed by individual psychological personality characteristics, volitional processes, and the emotional state.
- The motivational component is the set of objectives, motives, attitudes, and needs of a recovering person – in terms of the results of recovery, and their result. It places the focus on recovery and depends on the person, his/her relations, system of values, and personal motivational characteristics [71;91].

Despite the similarity in defining and describing the structure of psychological rehabilitation potential, the authors establish different components.

Zh.V. Porokhina in her studies defines nine components: the state of anxiety of the patient; the aspirational level; assessment of the illness; mental and nervous state; self-esteem; locus of control; state of professional activity, level of communication with society; and the level of complexity of the illness [64].

Gudilina O.N., unlike Porokhina Zh.V., divides the rehabilitation potential into two key systems: psychological and personal rehabilitation potentials [21]. In the opinion of Gudilina O.N., human rehabilitation potential consists of the personality traits of the individual and how they participate in the rehabilitation process and are able to adapt to changes in the environment. O.N. Gudilina's works define seven components of



rehabilitation potential: self-evaluation; locus of control; personal assessment of the illness; resilience to changing situations in life; motivation for change and achievements; prospects for change.

In the opinion of E. A. Engenchenova (1998), when assessing PRP, the operational component needs to be defined (type of the nervous system, temperament, higher mental functions, executive aspects of activity, sensory and perceptual characteristics of the personality) [30].

M. E. Halak (2012) proposes an expanded structure of PRP, which includes, in addition to the motivational, emotional and intellectual components, the environment (the environment in which the person grew up, the features of relationships in the family and psychological climate of the family, the education of parents, inter alia.) [87]. The degree of severity of PRP was assessed by M.E. Halak by its components, such as emotional stability, intellectual and motivational potentials, environmental characteristics and breadth of communication, professional achievements and commitment to rehabilitation [87].

The structure of rehabilitation potential is shown in Figure 1.

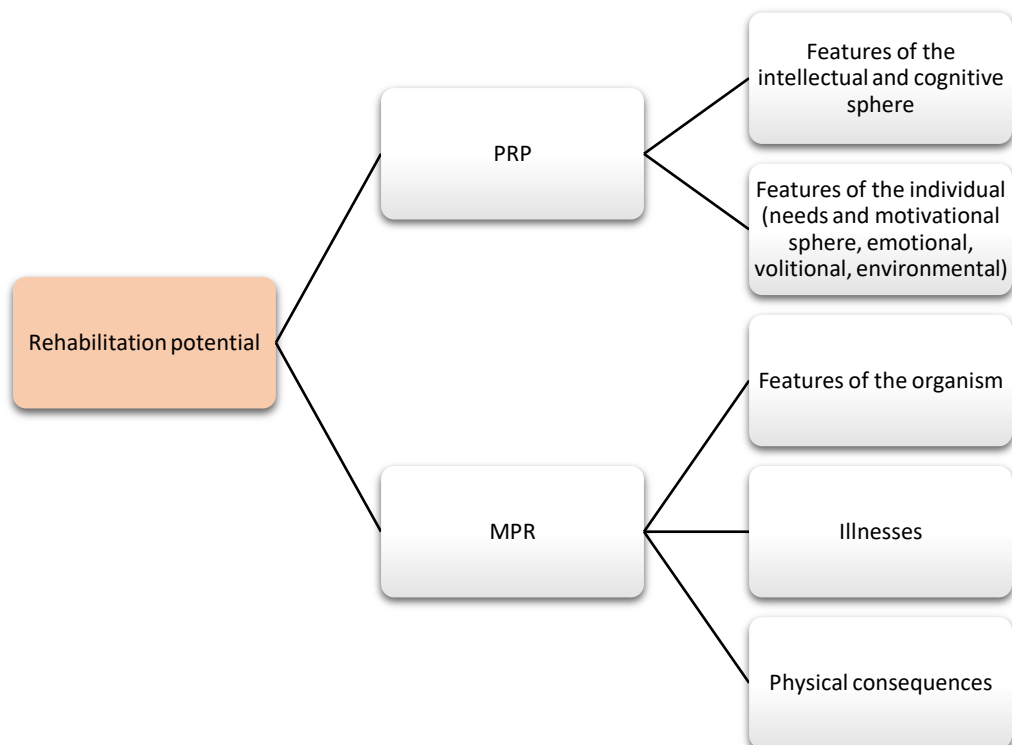


Figure 1 – Structure of rehabilitation potential

## *1.2 Rehabilitation potential of patients with mental disorders*

Patients with a wide range of diseases, with the consequence of violation of social and biological functions, such as heart attacks and strokes, injuries of the musculoskeletal system, diseases of the organs of hearing, vision, etc., need rehabilitation. In the course of building a rehabilitation plan, it is necessary to take into account individual characteristics of each patient, as well as the social characteristics of each of the diseases. [35].

In 2006, T.N. Dudko in the NSC of Narcology developed the Scale for assessing the level of rehabilitation potential of patients, which, having shown high results and effectiveness, was highly appreciated and widely distributed among specialists [25]. This scale was primarily aimed at assessing the level of rehabilitation potential (LRP) of patients suffering from opiate addiction, however, there are variations in the scale for assessing LRP of patients suffering from alcoholism [25].

In practical application, the URP assessment scale has therapeutic and medico-social perspectives, as it makes it possible to obtain a clear digital expression of URP, which means the data that can be easily analyzed and statistically processed. Diagnostics on this scale includes four blocks of specific questions: 1) premorbid (a condition preceding the disease); 2) clinical features of the existing disease; 3) features of the patient's social status and social consequences; 4) personality changes (acquired in the process of the disease). Consequently, this assessment scale is based on the available objective data on heredity, premorbidity, somatic condition, severity and consequences of drug addiction, features of personality development and social status of patients [25].

In their work, D.F. Hritinin and D.S. Petrov analyzed the rehabilitation potential using several key indicators [87]. They examined the impact of social status, quality of life, emotional and instrumental support of patients, the level of awareness in the field of psychiatry. They divided the obtained data into two blocks: rehabilitation potential (opportunities) and rehabilitation losses (limitations).

In addition, many scientists and practitioners point out that the rehabilitation potential of a patient cannot be limited only by personality traits. Many authors [14;22;32;36;38;49;58] mention that the rehabilitation process takes a long time and it is quite complex; and its successful course and the best result, as a rule, requires participation of not just one, but several social institutions. In this case, we mean the impact of the microsocium surrounding a patient on the success of rehabilitation measures. And here we are talking not only about family and close people, but also about a wider circle of communication: friends, colleagues, society as a whole, that is, a certain "rehabilitation field" [22;32;32;36;38;134;151] of mentally ill persons.

The study of D.F. Hritinin and D.S. Petrov showed that patients with schizophrenia have a decrease in the quality of life according to financial, social, and psychological indicators. The deterioration of social status increases with the progression of the disease and ultimately leads to disability, unskilled labor, job loss and, as a result, to a deterioration in the financial situation and living conditions, isolation from society [90].

Quality of life deterioration of the patients with schizophrenia and other mental disorders primarily depends on the clinical picture of the disease, but is determined either by other reasons. The family status of the patient and the conditions for providing qualified care play an important role here. An important meaning has psychological unpreparedness, as well as unawareness of the patient about their diagnosis, its course and possible prognoses, as well as the treatment methods. Thus, detailed analysis and taking into account various areas of a patient's life can significantly help to improve the quality of medical and rehabilitation measures [90].

The study by D.F. Hritinin and D.S. Petrov also showed that the majority of patients still have the conditions for realization of their adaptive capabilities (family, housing, etc.) and rehabilitation potential (satisfactory quality of life, ability to work, learning opportunities, etc.), i.e. there are some resources that can become the basis for the implementation of rehabilitation therapy.

Thus, attention of rehabilitation specialists should be directed not only to providing high-quality medical care, but also to building the best environment for rehabilitation, a microsocium. In this context, the phenomena of stigmatization and self-stigmatization

can play an important role, which are often an additional cause of suffering for such patients, complicating the process of adaptation in society, and reducing the quality of life.

In the studies conducted within the framework of clinical psychology, social psychology, psychiatry, the authors focused on the description of self-stigmatization through the concept of stigma, studying the influence of stigma on the therapeutic process [70]. Currently, little attention is paid to self-stigmatization in clinical practice, there are no validated and standardized quantitative methods for assessing and studying this psychological phenomenon in Russia.

A study conducted by A.K. Gazha and colleagues showed that in the Tambov Psychiatric Clinical Hospital the majority of inpatients with mental illnesses with a prolonged period of treatment (more than 5 years) for the period 2010-2012 were patients over 50 years old with schizophrenia and disability group II. More than 80% of patients were recognized as incapacitated [19]. The authors concluded that it is the social reasons that are the main ones for the prolonged stay of patients in a psychiatric hospital.

Thus, the option of a successful return of these patients to life in society and an increase in the level of their social functioning are possible under the condition of successful implementation of rehabilitation psychosocial measures.

### *1.3 Rehabilitation potential of patients with somatic diseases*

Studies of the rehabilitation potential for somatic diseases in the literature are presented for patients with diabetes mellitus, coronary heart disease, oncology, stroke and other diseases, but the rehabilitation potential of patients who have suffered a traumatic brain injury is hardly mentioned.

In general terms it is difficult to define rehabilitation potential in chronic illness such as diabetes mellitus (DM). The patient may fully return to their active and habitual lifestyle, regain their social functions. The results of laboratory and functional tests may

indeed remain within the norm, despite the continued presence of the illness and no suggestion of complete recovery. Kurnikova I.A. and colleagues in their study observed 211 patients with confirmed diabetes over a period of seven years [47]. Type 1 diabetes mellitus (DM 1) was identified in 82 people, and type 2 diabetes mellitus (DM 2) in 129 people. For the purpose of objective evaluation, only persons in the 20-60 age category participated in the study.

They observed that non-disabled persons displayed the highest level of psychological rehabilitation potential (LPRP). LPRP is to a lesser extent extant in the elderly, since during the aging process the intellectual and mnestic sphere naturally changes in their mental health. In addition, low LPRP is due to a reduced level of psychological rehabilitation competence, and the negative perception of problems and complications caused by the illness [47].

Kardash O.I. in a study of the rehabilitation potential in the conditions of resocialization by means of occupation therapy of patients who have undergone a stroke, wrote that the success of rehabilitation after a stroke is medically influenced by the type of stroke; the severity of neurological deficiency, the area of limitation caused by brain stroke; accompanying illness; and how timely the rehabilitation activities began [37].

Kardash O.I. assessed patient attitude towards illness, expectations of recovery, and how they assesses the overall picture of the illness. She established that patients with a harmonic and ergopathic type of attitude towards illness tend to manifest a high level of rehabilitation potential. Hypochondriac and sensitized patients have an average rehabilitation potential. If the attitude to the illness is not adaptive in nature, then the rehabilitation prognosis is low. The more open, trusting and socialized a person is, the greater the chance of recovery [37].

The rehabilitation potential of patients with oncological illness, illness of the cardiovascular system, gastrointestinal illness, HIV-infection and drug addiction is variable. This is due not only to the age and gender characteristics of the organism of a given individual, but also to the degree of complexity and danger of the illness, as well as the moral and emotional state of the patient [46]. This study has allowed the author to establish certain trends with regard to RP. RP was highest in people with gastrointestinal

disorders. Drug-dependent and HIV-infected patients had the lowest RP. Conversely, recovering patients who possess a well-developed motivational component (a stable wide range of interests, a highly active attitude to life and who are active at work, in the family, and society), as well as optimistic illness dynamics, manifest the highest rehabilitation potential [46].

Studies of rehabilitation potential conducted by Russian and foreign researches in the field of medicine and psychology have established that the highest rehabilitation potential is observed in patients of the middle and younger age groups of illness of the gastrointestinal tract [46]. This can be explained by the fact that illness of the gastrointestinal tract do not significantly affect human viability, productivity and the ability to perform their work duties in the usual manner. Patients suffering illness of the gastrointestinal tract have a greater level of opportunity to continue studying or do day-to-day activities, while at the same time undergoing therapeutic therapy according to the type of illness. There is a clear difference in rehabilitation potential between patients with gastrointestinal illness, oncological illness and HIV. With each subsequent illness, the level of human rehabilitation potential decreases [46].

A study conducted by Porokhina Zh.V. [64] established significant differences in the socio-psychological status of disabled people of groups II and III among patients with IHD (ischemic heart illness). The author established that IHD group II patients have a much more pronounced loss of the ability to adapt to the conditions of the social environment, when compared with IHD group III patients. In this case, it is accompanied by more persistent personality changes. These changes are determined, above all, by the change in value orientations, the restructuring of the hierarchy of motives with the identification of the fundamental objective – i.e. the preservation of health.

The test subjects were divided into three subgroups. The classification was carried out on the basis of the level of psychological rehabilitation potential and allowed test subjects to be classified based on the most similar characteristics [64].

In the course of the study, Zh.V. Porokhina proposed a practical model for determining the level of PRP. This model was based on the assessment of changes

(significant, pronounced, moderate, insignificant) in its main components. They can be used to comprehensively assess the PRP of people with disabilities [64].

The level of rehabilitation potential may be high, satisfactory or low. The motivational component plays a special role in assessing the level of rehabilitation potential. It can offset the low performance of other components while significantly increasing PRP. Levels of rehabilitation potential can be defined by the following characteristics [64]:

1. High (18.5% of cases): all PRP components are completely preserved or slightly reduced, while the emotional or cognitive component is moderately reduced, but the motivational component remains unchanged.
2. Satisfactory (59.3% of cases): the motivational component is moderately reduced, while the remaining components are retained or reduced to a slight degree.
3. Low (22.2% of cases): a marked degree of reduction of at least one component of PRP in combination with a marked or moderate reduction of other components.

When correlating the levels of PRP with the background data in each subgroup, the psychological factors and social characteristics were found to correspond. It can be claimed with a high degree of confidence that in the case of disability, the stereotypical living situation is based upon the disabled person's personal attitude to their illness, their individual self, environment, and the motivational aims present in their social life [64].

In her analysis of the data obtained, Porokhina Zh.V. came to conclusions about the low relationship between the levels of medical and psychological rehabilitation potentials. Medical capacity was low in 60 per cent of cases, and psychological capacity was low in only 22 per cent. Thus, high levels of PRP can often be observed in persons with disabilities with low medical rehabilitation potential. Re-adaptation shows confirmation of the great resource capabilities of the individual. The study helped to identify the presence or absence of a given person's attitude towards continued quality of life and, consequently, when taking into account individual self-regulation mechanisms, whether it is possible to use the extant residual functional capabilities [64].

Despite the importance of psychological factors for RP, individual psychological rehabilitation programmes are not created for all categories of patients. It is the very individuality of the patient that determines everything. This individuality is the cornerstone of rehabilitation. For some categories of patients (in particular – patients after a stroke), methods have been developed to assess the psychological factors on which the RP of these patients depends [39]. However, the PRP of patients with depressive syndrome in the case of mental illness and post – BD has still not been determined. It is for this reason that there are no individual programs of psychological rehabilitation for these particular patients. It is important to study the rehabilitation potential and its structure, since they establish the personal resources of each patient. In the future this may help them more easily adapt to the new conditions of life and social environment.

It is important to understand that only a holistic approach to rehabilitation can produce positive results. It is for this reason that it is so important to determine the psychological factors of rehabilitation potential in each individual case. This forms the basis for establishing rehabilitation aims and developing a psychosocial support program in the rehabilitation process.

#### *1.4 Psychological consequences of brain damage*

Disorders of awareness in patients with depressive syndrome can be observed in any type of brain damage (except the mildest). One of the consequences is a change in the personality of the patient. This occurs when prolonged phases of delirium are often detected, sometimes changes in behaviour, mood disorders, mental disorders and disorientation.

In the case of brain damage, it is the chronic psychological consequences of the injury that are determined first. The consequences of brain damage can include medical, social, psychological and legal problems. Such injuries can lead not only to health problems, but also create difficulties for the normal life of a person in society.



Two types of psychological consequences of brain damage can be conditionally defined:

– the first type: structural disorders to the brain are the causes of psychological functional disorders. Patients with such types of brain damage most often present emotional disorders such as anxiety, depression, and mood swings. 50 to 70% of patients are affected [136]. The next most common are behavioural disorders, namely impatience and impulsiveness, increased irritability, inertia and passivity [32;42;50]. Impaired memory, speech, attention, perception, awareness (intellectual and emotional), self-control, activity planning, regulation of mental activity, and other psychological functions – necessarily lead to a deterioration in the patient's adaptation (socio-psychological) [104];

– the second type of psychological consequences (aka secondary psychological problems) is mainly the reaction of a patient to the negative effects of the illness on their abilities and life in general. This reaction is manifested in a change in human behaviour, views, and emotional stress. Loss of faith in oneself and the future is the most serious psychological problem among such patients [23;25].

The physical and psychological consequences of traumatic brain injury often burden the patient's relatives, especially in the case of personality change. It is a difficult thing for families to deal with. They experience great difficulties, and sometimes they are forced to completely change their way of life [83].

Depending on the extent of brain damage, the symptoms will be manifested to a greater or lesser extent. The consequences of acute disorders of cerebral circulation (ADCC) and stroke can be very serious, up to the death of the patient. The residual events of ADCC may be present throughout life, even after the end of the main therapy. It is for this reason that rehabilitation is important, which if necessary needs to be repeated after a certain time.

The consequences of ADCC will depend on the area of brain damage and the extent of the disorders. The consequences can be manifested from mild psychological disorders with no physical changes (for example, imperceptible changes in behaviour) up to complete paralysis.

The patient has difficulty in moving, carrying out previous activities, and taking care of themselves. In severe post-stroke cases, the patient can remain bedridden. After a moderate damage, the patient's speech activity is impaired, they cannot speak clearly, control the timbre and the volume of their voice. Communication usually takes place with the help of gestures and facial expressions. Memory impairment and dementia are often manifested as well. Depression is one of the serious consequences of a stroke. This condition should not be underestimated, since a positive psychological attitude is necessary for the subsequent recovery of the patient [53].

The situation can be aggravated by a patient's reaction to their illness. The course of the illness and its result are influenced by fairly frequent neuropsychiatric disorders of a non-psychotic nature. In addition to the damage to the brain tissue itself, the reaction to the illness itself can be the reason for such disorders [80]. The reaction can be both adaptive and maladaptive. In the first case, there is constructive reassessment of the risk to patients, with an understanding of the importance of treatment at an early stage of the illness and its prevention. In the second case (maladaptive reaction), borderline disorder forms can occur that can be persistent and negatively affect the treatment of the underlying illness [80]. Anxiety, depression and neurotic reactions and conditions of varying severity are the most common. [80] This fact also adversely affects the recovery and quality of life of a person after a stroke. Depressive reactions in up to 40-60% of cases often accompany ONMC [80]. The presence of a psychological disorder increases the probability of death by more than 2.5 times, thus negatively affecting the recovery process. Despite the fact that post-stroke anxiety disorders have been less studied than depressive, they make up between 24% to 30% and as such are quite common [62].

Thus, after brain injuries psychological disorders can be observed. The emotional context becomes impoverished and restricted, with the presence of depression, a slowing of speech and motor reactions, all of which can lead to depressive syndrome [23].

### *1.5 Depressive syndrome in mental illnesses and after brain damage*

Depressive syndrome is a set of symptoms: depressed mood, loss of interest and joy, increased fatigue. It is believed that the main symptom of depression is anhedonia, which refers to the loss of interest or feeling of pleasure from certain activities that usually bring people joy [96].

At the present time there are difficulties in the “terminological definition” of depression. Despite the fact that this pathology is widespread [40], there are difficulties in assigning depressive disorders to a diagnostic group. This is because depression is understood both as a symptom, syndrome, and as a diagnostic category [136]. At present, the classification of depressions by aetiology is quite common: endogenous depression of unknown aetiology; depression of organic origin; and psychogenic depression associated with psychological factors [98;115;141;144;152, etc.]. This distinction is conditional, since the terms "endogenous", "exogenous" and "psychogenic" are not sufficiently defined in psychiatry.

K. Schneider (1965) opposed the use of the term "exogenous" and "organic". He considered that "organic" disorders should not be discussed, since he wanted to explain schizophrenia and cyclothymias, for example by using organic reasons which, unfortunately, are unknown. The author introduced such concepts as "somatically conditioned psychoses", in order to replace "organic" and "exogenous". K. Schneider proposed criteria for diagnosing somatically conditioned psychoses, which remain relevant today [145]:

1. The presence of certain somatic symptoms;
2. A clear temporal relationship between psychological and somatic disorders;
3. Parallelism of the course of both disorders;
4. The presence of typical psychological syndromes associated with the exogenous nature of the mental reaction.

The role of organic changes in the occurrence of affective disorders remains unclear. The cause of depressive disorders is still unknown in some cases and their

absence in others. The works of Alsen, I.Davydovsky (according to E.Ya. Sternberg [95]), note no correlation between psychopathic disorders (their type, severity and course) and somatic pathology.

The preference given to syndromic diagnostic criteria used in modern classification systems (agreeing with the importance of nosological evaluation) is justified for affective psychopathology.

Many authors have referred to the relationship between organic pathologies and human health [28;94;95;98;141;145], but the question of the degree of participation of exogenous and endogenous factors in the formation of affective disorders remains open.

At the present time, the problems relating to the occurrence of affective pathology, especially in terms of a causal relationship, have not been eliminated. The situation is further aggravated if there is a concomitant presence of organic pathology. To a large extent, this is caused by the pathological influence exerted by organic factors – both on the personal characteristics of the patient and on the structure of depression. Furthermore, a number of authors draw attention to the fact that organic depression can occur long before clinically significant organic changes to the personality [9;72].

Regarding the relationship between exogenous and endogenous (organic and hereditary) factors of affective pathology, most foreign and Russian researchers share a common opinion that two principles are true [29;39;60;127]:

1. Affective pathology is caused by organic pathology.
2. Organic pathology – a provocative (predisposing) and/or pathoplastic factor that causes the appearance of affective states of another origin, including endogenous.

Here "provocative" means the transition of a pathological process from a latent state to a manifestation.

The "typical" picture of endogenous depression with its depressive triad (ideatorial and motor retardation, affectation of sadness) is manifested in organic pathology less often than the "atypical" [29]. The atypicality of depressive states (in terms of manifestation and course) resembles the modified (under the influence of organic factors)

pattern of endogenous depression. On the other hand it may be a depressive disorder caused by the organic injury to the cerebellum [51; 87;152].

A.D. Doynitsyna and V.V. Tsytsarev, established a relationship between the presence of an organic process and the predominantly anxiety-causing nature of affectation, by analyzing the depressive triad in patients with organic brain damage [91] (Table 1):

Table 1 – A relationship between the presence of an organic process and the anxiety-causing nature of affectation

Genesis	Leading affect, %		
	apathy	anxiety	Sadness
Non-vascular	56.5	26.1	17.6
Vascular	0	82.3	17.6

Later, in his study, S.L. McElroy noted the coexistence of anxiety and depressive symptoms in 83-96% of patients with traumatic brain damage. Many foreign and domestic authors also note the frequent presence of anxiety symptoms in the structure of depressions of various genesis [92;122;123;128].

Diagnosis and treatment of depressive disorders remains one of the most difficult tasks of modern psychiatry. Even as depressive disorders are widespread among the global population, [144] there are still significant difficulties in defining the exact term depression. This is due to the fact that depressive disorder is understood as both a symptom and a syndrome, as well as a diagnostic category [55].

## CONCLUSIONS FROM CHAPTER 1

1. The theoretical analysis of the main conceptual and methodological foundations of the study of psychological rehabilitation potential (PRP) shows that in the

literature this concept is interpreted ambiguously. There is no definition of psychological factors affecting the PRP, and ambiguous understanding of its structure and components. This makes it difficult to assess the PRP in patients with depressive syndromes in psychiatric illness and after brain damage.

2. The theoretical analysis of literature has shown that depressive syndrome is distinguished both in patients with mental illnesses and after brain damage, but has qualitative differences, namely that with organic pathology there is no depressive triad, characterized by depressive affect, motor and ideational disorder.

3. The authors established a similar structure for psychological rehabilitation potential, which includes the need-motivational and emotional-volitional spheres, however, the components may vary depending on the illness. This poses difficulties in defining common universal factors, which impact the PRP under different nosologies.

## CHAPTER 2 MATERIALS AND RESEARCH METHODS

**Statement of the problem studied.** According to the concepts of psychological rehabilitation potential as described in the first chapter, an important feature is the multi-component nature of the phenomenon. An analysis of modern research demonstrates the relevance and novelty of the problem of identifying the psychological factors of rehabilitation potential, despite the focus of research on the similar structure of this phenomenon.

**The object** of the study was the factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome.

**The subject** of the study was psychological factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome.

**The aim** of the study was to examine the psychological factors of rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in the case of psychological illness and after brain damage.

The following **objectives** were established pursuant to this aim:

1. To conduct a theoretical analysis of the basic concepts and methodological approaches to the study of RP in the case of a variety of illnesses.
2. To conduct a structured interview with clinicians of different specialties to identify the doctors' ideas about the rehabilitation potential and a practical request for its study.
3. Adapt the Russian version of the ISMI-9 internalized mental stigma questionnaire as a factor of psychological rehabilitation potential.
4. Conduct an empirical study to study the psychological factors of rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage.
5. Identify potentially significant factors of psychological rehabilitation potential in patients with depressive syndrome.
6. To conduct a comparative analysis of the psychological factors of rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and brain damage.

A variety of psycho -diagnostic techniques were used: tests, questionnaires, and surveys. The reasons were based on the **hypothesis** that psychological rehabilitation potential is a multi-component phenomenon in which various factors acquire greater or lesser significance in different disorders, meaning that its structure is not universal,

The choice of psycho-diagnostic technique is determined by the structure of the psychological aspects of rehabilitation potential. A set of psycho-diagnostic methods has been designed to reflect the emotional-volitional and motivational components of the person's rehabilitation potential.

The choice of psychodiagnostic techniques was determined by the structure of psychological rehabilitation potential, namely: emotional-volitional and motivational spheres. The emotional-volitional sphere was defined as the degree of activity of the patient in achieving specific rehabilitation goals, which depends on personal resources (Questionnaire of lost and acquired resources), the level of subjective control (test «Level of subjective control»), anxiety (integrative anxiety test), depression (Beck depression inventory) and the impact of stigmatization scale (ISMI-9). The need-motivational sphere was considered as a set of goals, ideals, attitudes, motives and needs relevant to the patient in the situation of illness, which are based on the type of temperament and character (TCI-125), attitude to the disease (type of attitude to the disease (TOBOL)), methodology for assessing the effects of the disease and symptoms (MOBiS)), mechanisms of coping with stress (COPE), quality of life (SF-36) and social environment (family environment scale (FES)).

A study of patients with depressive syndrome in the case of mental illness and after brain damage was carried out, as well as a comparison of the data obtained in both groups, in order to determine the features of the disturbed of psychological factors of rehabilitation potential. The study was conducted from 2017 to 2020 on the basis of FSBSI Mental Health Research Center and FSBSI Federal Scientific and Clinical Center for Reanimation and Rehabilitation.



## 2.1 *Research Procedures*

In order to resolve the tasks set and achieve the research objective, the work was divided into 3 stages. Each stage had its own objectives.

### *2.1.1 Stage 1. Development of a questionnaire and conducting interviews with specialists and psychologists on the topic of rehabilitation potential*

The purpose of this stage was to identify current clinicians' perceptions of rehabilitation potential and the practical need to study it.

Procedure: specialists of different profiles of the medical sphere (neurologists (6), psychologists (9), psychiatrists (7), anesthesiologists-reanimators (5), rehabilitators (3)) were interviewed about the rehabilitation potential of the individual. Each interview took 30-50 minutes. The questionnaire consisted of 15 questions covering the concept of rehabilitation potential, psychological rehabilitation potential and their practical need. For example: "What do you understand by the concept of "rehabilitation potential"? What needs to be considered?", "What do you mean by the concept of psychological rehabilitation potential?", "In what way do you assess the rehabilitation potential of the patient?" (the full questionnaire is presented in Appendix 1).

### *2.1.2 Stage 2. Adaptation of the internalized stigma of mental illness (self-stigmatization) scale (ISMI-9) for patients with mental illnesses and after brain damage*

The aim: Russian-language adaptation of the questionnaire to identify the presence and severity of self-stigmatization ISMI-9 in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage.

In medicine, the concept of stigmatization (social labels) is most often used in psychiatry and refers to the process in which a person feels isolated from society due to the presentation of a mental diagnosis and is subsequently perceived through the stereotypes of psychiatric patients [27].

It is not only psychological patients who are especially stigmatized, but also somatically ill patients with a variety of defects which differentiate them from others in society. These include in particular, neurological patients, especially those with cranial defects after brain damage of differing genesis, the presence of paretic limbs or use of a wheelchair [18].

The stigma of mental or other illness is associated with prejudice and discrimination and results from the endorsement of negative stereotypes about people with illnesses. The internalized stigma of the illness is a harmful psychological influence which arises as a result of assimilation of this prejudice and projecting it upon oneself. The patient's own response to his or her illness and social situation can have a limiting effect on the rehabilitation process and hamper the recovery process.

The first scale for the quantitative measurement of self-stigmatization in mental disorders (ISMI-29) was developed by J. Boyd and colleagues [100]. Its distinguishing feature is its economy, since it has only 29 points. ISMI is a self-reporting tool designed to measure the overall strength of the internalized stigma of psychological illness (i.e. self-stigma of psychological illness) among people with psychological disorders.

The scale includes five topics on the internalized stigma of mental illness: rejection; stereotyping; perception of discrimination; social exclusion; and resistance to stigma. The questionnaire items assume that respondents perceive themselves as people with a mental illness (for example, "Since I have a mental illness, I need someone else to make most of my decisions") and are therefore most suitable for use in clinical groups. In the original study, the interview procedure was conducted online, and respondents identified themselves as mentally ill or depressed. This, however, meant that they may not have an official diagnosis or it was not reliably confirmed. Each item was evaluated by the respondent from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). The higher the score, the more pronounced the internal stigma regarding the psychological illness.

Later, the authors of this technique published a short version of ISMI with ten items. 2 items were selected for each of the 5 topics [119]. by J. H. Hammer and M.D. Toland showed that this version of the questionnaire retains the original 5-factor structure of the 29-factor version, but lacks good psychometric properties. In addition, they offered their own abbreviated version of the questionnaire and presented the ISMI-9 version [104]. Although ISMI-9 items are also taken from different ISMI-29 subscales, the confirmatory factor analysis confirmed its one-factor structure [119].

#### *Questionnaire adaptation procedure*

At the stage of adaptation of the questionnaire to identify the presentation and severity of self-stigmatization, 103 patients were involved, divided into three groups:

- 1) patients who have suffered brain damage (N=30) (in clear consciousness), without a pronounced cognitive decline, among whom 13 men, 17 women aged from 19 to 46 years (m=31.5 sd=8.3);
- 2) patients with endogenous, predominantly affective psychological disorders (N=30), among whom 8 men, 22 women aged from 18 to 47 years (m=27.9 sd=7.7)
- 3) patients with neurotic level mental disorders (NLD) without pronounced cognitive decline (N=43), among whom 12 men, 31 women aged from 18 to 49 years (m=32.6 sd=10.0).

The study was conducted in the facilities of the FSBSI Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation (Moscow), the FSBSI Scientific Center for Mental Health (Moscow), the State Budgetary Healthcare Institution "Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alekseeva" (Moscow) and RBHI "Regional Psychiatric Clinical Hospital in "Bogorodskoye" (Ivanovo).

The group of patients with brain damage included patients with the consequences of head injuries and the consequences of cerebrovascular illness (T90, I69 according to ICD 10). These patients with a background of organic brain damage were also noted by a psychiatrist to be suffering from depressive syndrome.

The group of patients with affective illness included patients diagnosed with a depressive episode of varying severity (F31, F33, F34.0 according to ICD 10). This group

of patients is characterized by the predominance of depressive symptoms, partially reduced against the background of psychopharmacological treatment.

The patients in the group were selected in agreement with the attending physicians. Inclusion criteria were clear level of consciousness (CRS>20, RLA>8), no pronounced cognitive decline (according to the psychiatrist), age from 18 to 49 years. The study was conducted individually with each patient, in person.

The exclusion criteria were serious cognitive impairment, decreased intellectual function, visual impairment, complete absence of criticism of his condition and the presentation of acute psychotic symptoms.

The study participants were informed about the aims and objectives of the survey and gave their consent to undergo testing and processing of personal data. A preliminary conversation was held with each patient, consent was signed, and questionnaires were offered.

### *2.1.3 Stage 3. Main stage. Study of the psychological factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage*

The study involved 76 patients who were divided into two groups:

1) patients with consequences of head injuries and consequences of cerebrovascular illness (T90, I69 according to ICD 10) (N=40) (in clear consciousness), without pronounced cognitive decline, aged 19 to 46 years (m=31.5 sd=8.3). These patients with a background of organic brain damage were also noted by a psychiatrist to be suffering from depressive syndrome.

2) patients with endogenous affective disorders, diagnosed with "Depressive episode of various severity" (F31, F33, F34.0 according to ICD 10). This group of patients is characterized by the predominance of depressive symptoms, partially reduced against the background of psychopharmacological treatment.

The study was conducted in the facilities of the Federal State Budget Scientific Institute "Federal Scientific and Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation" (Moscow), the Federal State Budget Scientific Institute "Scientific Center for Mental Health (Moscow).

### *Methods and procedure of the study*

The empirical study was carried out by the author of this work individually, in an isolated room. After the conversation, which explained the purpose of the study, anamnestic data, personal data was collected and informed consent was signed about participation in the study. A set of methods was proposed in a certain sequence: "Personality Rehabilitation Potential"; Personality Temperament and Character Questionnaire (TCI-125); Type of attitude to Illness (TAL); methodology for assessing the impact of illness and symptoms MOBIS – PRISM); Beck Depression Inventory; Integrative Anxiety Test (IAT); the method of "Subjective Control Level" (SCL); the questionnaire "Loss and Acquisition of Personal Resources" (LAPR); the Family Environment Scale (FES); the questionnaire of gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism PhoPhiKat; the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-9); the scale of coping with humour; the questionnaire of coping strategies (COPE); the questionnaire for assessing the quality of life (SF-36).

In the group of patients after brain damage, the degree of human dependence on external assistance (FIM) and patient mobility (RMI) was assessed by a rehabilitation specialist. On average, the interview took no more than an hour, after which the proposed battery of tests remained with the subjects and independent filling took from 1 to 3 days. Then, 2 weeks after the onset of rehabilitation, patients completed the SF-36 Quality of Life Questionnaire again to assess the effectiveness of rehabilitation activities.

The data obtained during the study was processed using Microsoft Office Excel, Statistica 10.

The Mann-Whitney U test, with a maximum allowable error rate of  $P=0.05$ , was used to test the statistical significance of differences in feature distributions. In order to process the statistics (the sample distributions of the two groups differed from the normal

- the Shapiro-Wilk coefficient  $W < 0.99$ ), non-parametric methods were used. Spearman's correlation analysis (R) was used in this connection, with a permissible error  $P < 0.05$ .

The reliability of the results of the study was achieved by an optimal sample of respondents, the use of a variety of methods for determining similar characteristics, as well as the statistical reliability of the results obtained.

## 2.2 Characteristics of research methods

The choice of psychological methods was determined on the basis of the components of psychological rehabilitation potential as identified by Zh.V. Porokhina [64]. The emotional and volitional component included an assessment of the resource index, the level of subjective control, the presence and severity of anxiety, depression, gelotophobia and self-stigmatization. The need-motivational component of the individual's rehabilitation potential was aimed at studying the type of attitude to the illness, temperament, style of coping with stress, quality of life and family environment of the patient.

The evaluation RPL was carried out according to the method of I.Yu. Kulagina and L.V. Senkevich "*Rehabilitation Potential of the Individual*" [46], developed in 2011 and tested over the following 2 years. The methodology is based on modified open individual questions from the questionnaire by Zh.V. Porokhina [64] and a structured interview by Zh.E. Kurtanova [48].

The method was intended for people over 16 years of age. It was conducted in the form of a questionnaire with 28 questions (closed) and three answers. There are two versions of the questionnaire – group and individual [46].

The questionnaire contains 5 scales, each for one of the following components of RPI: motivational, emotional, self-esteem, communicative and internal picture of the illness.

The motivational component shows the activity of patients (level and breadth of interests) who managed to resolve daily and educational (professional) objectives/problems in order to restore/maintain health. This included questions about current life problems, changes in patients' interests during the illness, in relation to work, and others. The maximum score is 12 points.

The emotional component represents the general (positive or negative) emotional background of the patient, their dynamics, and the ability of the patient to control emotions. The questions related to frequency of joyful mood, the tendency to get upset, and so on. Total maximum points is 8.

The self-assessment component defines the patient's attitude toward themselves as a patient, and their most important characteristics. The questions established whether the patient is happy, as well as their attitude to themselves, etc. The maximum score is 8 points.

The communicative component defines the significant social connections of the patient, their specifics and dynamics of development during the reporting time, as well as their satisfaction with interpersonal relations. The questions also established: the presence of close people connected by deep relations; changes in family relations; ways of resolving problems, and changes in relations with others in the reporting period. The maximum score is 8.

The concept of the internal picture of disease/illness (IPD) was introduced by R.A. Luria [51]. Western psychology uses the concept of perception of illness [127; 148], close to the concept of Luria. There are two components: cognitive and emotional. The first gives a notion of the illness, the course, the causes and the consequences. The second component expresses the attitude to the patient's lifestyle and illness. An important component of the rehabilitation potential is the internal sensations of the patient as a whole. This includes the way the patient feels in this situation, and the emotions they experience. The way other people treat them and the social environment they find themselves in. How the patient positions themselves, their attitude to the past and the present. The choice of the model of communication with the patient depends on all these points. In this regard, one third of the questions are related to the study of the internal

picture of the illness as a component of the rehabilitation potential of the individual. The following questions were used: "How often do you think about your illness?", "Does your mood depend on the illness?", "Do you need to tell your family and friends about your health problems?", "Do you think that a healthy person's life is different from the life of a sick person?" The maximum number of points is 20.

The overall level of individual rehabilitation potential is the percentage of the sum of points for all 28 points of the maximum value (56). Levels were considered to be medium when ranging from 41% to 60%, high above 60%, and low below 41% [46].

The comprehensive personality *questionnaire also known as Temperament and Character Inventory (TCI-125)*, developed by R. Cloninger in 1986, was used to determine temperament [105]. In Russian, the methodology was adapted by S.N. Enikolopov and A.G. Efremov in 2001 [26]. The questionnaire consists of 125 statements that relate to the life of the patient, which the patient must either agree with or disagree with. The questionnaire is based on R. Cloninger's theory, which distinguishes 4 main personality characteristics: the desire for the new; dependence on encouragement; avoidance of danger; and perseverance. Each of them includes several components. As a result, the questionnaire establishes 4 temperament levels ("search for the new", "dependence on praise", "persistence" and "avoidance of harm"), and 3 traits of character ("self-direction", "transcendence of the self", "cooperation").

The answer to each item suggests two options: True / False. The results are calculated according to the "key" of responses, where the patient is given one point if their response coincides with the key. When all scores were calculated, the raw scores were converted into percentages, since each scale had its own maximum score.

In 1987, the team of L.I. Wassermann with co-authors from the Research Institute named after Bekhtereva developed the *Type of Attitude to Illness (TAI)* test. He modelled the thinking of the classical psychologist and/or psychoneurologist when determining the psychological state and personal diagnosis of the patient, largely helping to compensate for the lack of experience of medical internists, since many somatic clinics lacked clinical psychoneurologists and psychologists [66]. Initially, the technique was called "BIPQ" (Bekhterev Institute Personality Questionnaire) and resembled a form with twelve groups



of statements, in each of which the patient had to choose a number – 1 or 2. This made the test different from a question-and-answer test. Each group of statements related to a certain sphere of life: well-being; appetite; sleep; attitude to relatives, friends, and others; medical staff; illness; treatment; work; the future; and loneliness. In each group, the patient chose the statement (in the extreme case – 2 statements) that most closely matched his/her condition. In the event that none of the statements corresponded, the last statement was chosen, stating that no other statement was suitable.

This test allows the following 12 types of relationship to be diagnosed: sensitive; anxious; hypochondriac; melancholic; apathetic; neurasthenic; egocentric; paranoid; anosognosic; dysphoric; ergopathic; and harmonious. In order to define the type of attitude of the patient towards illness based on the scales, the one with the maximum sum of the diagnostic coefficients is selected. Then the diagnostic zone is found - being the scale (scales) with scores less than the maximum by no more than 7 points. If only one scale has the maximum sum of coefficients and only one scale falls within the diagnostic zone, only the type corresponding to the scale within the diagnostic zone was selected. This type is known as the clean type. If there is one scale in the diagnostic zone, then this gives a "clean" type corresponding to this scale. If two or three, then the type is "mixed", and if more than three – "diffuse".

The types of attitude to the illness can also be divided into "blocks", in which mental and social adaptation is not significantly impaired (harmonious, ergopathic and anosognosic types of attitude to the illness) or impaired (anxious, hypochondric, neurasthenic, melancholic, apathetic, sensory, egocentric, dysphoric and paranoiac types).

The illustrative methodology for assessing the impact of illness and symptoms (MOBI - PRISM) was developed by S. Butchi and T. Sensky in 1999 [102], adapted by E.V. Sadalskaya et al. in 2000 [69] and aimed at screening diagnosis of the attitude towards illness in the case of mental illness. An A4 sheet is placed before the patient and they are given the instruction: "Imagine that this is your life." In the lower right corner there is a yellow circle ("Imagine that it is you"), and you are asked to place circles on the sheet for the following objects – family, work/study, illness, as well as for 2 mental

and 2 somatic complaints that are most important to them. Conclusions about the attitude towards illness and symptoms, and their role in the life of the patient are made on the basis of a comparison of distances from the middle of the circle "I" (the origin of coordinates), to the centres of other circles. Relative distances were calculated, by means of dividing absolute values by the average distance from the "I" to two other objects – family and work/study.

In order to identify the presence and severity of depression, the *depression scale* developed by A. Beck in 1961 was used [99], as adapted by N.V. Tarabrina (2001) [81]. In the Beck Depression Inventory, there are about a hundred statements concerning specific manifestations of depression – 4-5 statements in each category of symptoms and complaints. In total there are 21 categories. Each subsequent statement reinforces the effect of the symptom on the severity of depression as a whole. The least pronounced symptom corresponds to the value 0, the most pronounced corresponds to 3. The sum of the maximum scores of the entire scale is 62. Depending on the score obtained, the severity of the patient's depression is judged: 0 to 9, states the absence of depressive symptoms; 10-15 – mild depression (subdepression); 16-19 – moderate depression; 20-29 – expressed depression (moderate); 30-63 – severe depression.

In order to determine the presence and level of anxiety, *an integrative anxiety test* (IAT ST) was used, as developed in National Medical Scientific Research Institute, named after Bekhterev by the team of A.P. Bizyuk, L.I. Vasserman and B.V. Iovlev in 2005 [7]. This technique is an original express psychological and diagnostic tool used in the general structural rapid diagnosis of anxiety and anxiousness. After calculating the raw scores and transferring them to the stable (st.), the result of  $< 4$  st. indicates a low level of anxiety; 4-6 st. normal level;  $7 >$  st. high level of anxiety.

The *subjective control level* (SCL) technique was developed on the basis of the J. Rottera [127] in the Research Institute named after Bekhtereva and published by E.F. Bazhin et al. in 1984 [3]. Its objective is to assess the level of subjective control over diverse situations, in other words, to determine the degree of responsibility of a person for his or her actions and his or her life. The SCL questionnaire consists of 44 items that describe the different ways in which a person interprets the most common social

situations. The patient is given a “+” (if they think the statement is relevant) or “-” (if not relevant). The key is used to calculate "raw" points for each scale, after which the "raw" points are transferred to stens. A result of  $> 5.5$  stens indicates an internal type of control,  $< 5.5$  stens – external type.

The *Losses and Acquisitions of Personal Resources* (LAPR) questionnaire assesses the ratio of losses and acquisitions of personal resources. The questionnaire was developed by N. Vodopyanova and M. Stein [15] on the basis of the resource concept of psychological stress of S. Hobfoll [120]. The questionnaire consists of 2 parts: assessment of losses (30 questions); and assessment of acquisitions (30 questions). It is used to assess the temporal ration (over the year or two) of losses and acquisitions of personal resources. The patient is asked to rate on a 5-point scale the degree of intensity of their experiences on each item of the questionnaire, for example: "Stability in the family", "Motivation (desire) to do something", "Confidence that I achieve my goals" and others.

The resource index is calculated as a quotient of dividing the sum of the points of "acquisitions" by the sum of the points of "losses". The resource index value  $< 0.8$  indicates low balance between acquisitions and losses;  $0.8-1.2$  – average;  $> 1.2$  – high resource index.

The *Family Environment Scale* (FES) was developed by R. H. Mus in 1974 [131], adapted in Russian by S. Y. Kupriyanov in 1985 [94]. The scale is designed to assess the social climate in families and includes ten scales. Each is represented by nine points related to the characteristic of the family environment: cohesion; expressiveness; conflict; independence; orientation to achievements; intellectual and cultural orientation; orientation to active recreation; moral aspects; organization; and control. The patient is asked to agree or disagree with the statements about the family, for example: "We spend most of the weekend and evening at home", "My family members often listen to lectures on moral and ethical topics", "All the activities of our family are carefully planned", "We rarely command family members", etc.

When processing the survey data for each scale, the indicator was calculated by adding up the answers for all items of the corresponding scale. Thus, a low score is a range from 1 to 3; an average score is from 4 to 6; a high score is from 7 to 9.

The following categories of family attitudes are also defined:

The "Attitude indicator" is calculated by the sum of the subscales: "cohesion", "expressiveness", "conflict".

"Indicator of personal growth": "Independence", "Orientation to achievements", "Intellectual and cultural orientation", "Orientation to active leisure", "Moral and moral aspects".

"Indicators of family system management": "Organization", "Control".

The questionnaire PhoPhiKat <30> ("gelotoPhobia", "gelotoPhilia", "Katagelasticism") was used to define the presentation and level of gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism [36]. It was developed by V. Rukh et al. in 2009 [142], and adapted for the Russian sample by Ivanova E.M. et al. in 2016. The questionnaire consists of 30 questions designed to measure three indicators: gelotophobia - fear of being ridiculed (for example, "When people start laughing in my presence, I get worried"); gelotophilia – the desire to look ridiculous (for example, "In the company of other people, I like to make fun of myself to make fun of others"); and katagelasticism – the tendency to ridicule others (for example, "I like to make people look ridiculous, and I like it when people laugh").

The average score for each scale is calculated according to a key. Scores from 0 to 1.9 indicate a low degree of gelotophobia, gelotophilia or katagelasticism; from 2 to 2.9 points – a medium degree of severity; and 3-4 points – a high degree of gelotophobia, gelotophilia or katagelasticism.

In order to determine the presence and severity of self-stigmatization, a questionnaire (ISMI-9) developed by J. H. Hummer and M.D. Toland in 2016 [119], adapted by Vorontsova V.S. et al. in 2019 [17]. The questionnaire consists of 9 statements, where each item was assessed by the patient from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). The following gradations are used to assess the severity of self-stigmatization according to the final ISMI-9 score [119]:

1.00-2.00: none/ minimum level of self-stigmatization

2.01-2.50: low level of self-stigmatization

2.51-3.00: moderate self-stigmatization

3.01-4.00: pronounced self-stigmatization.

The Russian version of the questionnaire is presented in the annex ...

In order to study coping behaviour with the help of humour, *the scale* of coping humour developed by R. Martin and G. Lefkur in 1983 [129] and adapted by Artemyeva T.V. in 2011 [2] was used. The scale consists of 7 items that assess how patients use humour to cope with stress. For example: "I often lose my sense of humour in a difficult situation", "I often feel that if there was a situation, whether to cry or laugh, I would laugh better." The answers to the question are given on a scale of 1-4, from categorical disagreement (1) to categorical agreement (4). One point is awarded for each positive direct question (2,3,5,6,7) and negative reverse question (1,4). The maximum number of points according to this method is 7. Results including up to 3 points indicate the rare use of humour in tense situations. A result between 4 to 7 points indicates the frequent use of humour as a coping behaviour.

*The Coping with Stress Questionnaire (COPE)* was developed by C. Carver, M. Scheyer, and J. Weintraub in 1989 [103], the Questionnaire for coping with stress was adapted into Russian and validated by p.a. Ivanov, N.G. Garanyan (2010) and E.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, E.N. Osin (2013). [68] The 15 scales of the questionnaire, including 60 questions, allow productive and unproductive coping strategies to be tested in the widest range. These include: a tendency towards religiosity (in stressful situations) and to the use of psychoactive substances, two forms of reliance on social support – emotional and instrumental. At the same time, a decrease in the sense of stress vulnerability was chosen as the criterion of effectiveness.

Based on the extended classification of coping developed by C. Carver and colleagues [103] and E. Freidenberg - E. Lewis [113], it follows that the most adapted coping strategies include permitting strategies, i.e. those that are aimed directly at resolving a problem situation: "active coping", "acceptance", "planning", "positive reformulation", "search for social support of an instrumental nature".

A person can adapt to a stressful situation not only through active coping strategies. They can be helped by a combination of the following coping strategies: "restraint",

"search for emotional social support", "humour", and "suppression of competing activities".

Non-adaptive strategies form the third group of coping strategies - not all of them, but those which will help the patient cope with the stressful situation, and adapt to it. In difficult life situations, a person will be helped by the following strategies: "expression of emotions and focusing on them"; "denial"; and "removal – behavioural and mental". A special category of coping strategies is "use of drugs, alcohol", "appeal to the help of religion".

Conditional interpretation criteria were: 0% - 20% low indicator; 21% - 40% low indicator; 41% - 60% average indicator; 61% - 80% increased indicator; and 81% - 100% high indicator.

Quality of life was assessed using the MOS SF-36 questionnaire developed in 1993 by J. Weyer and later (1998) [151], validated at the International Center for Quality of Life Research by analysts from the relevant sector (St. Petersburg) [93]. A specific quality of life was assessed – the main indicator being health without regard to illness, sex, age, and specifics of treatment.

Eleven sections of the questionnaire are evaluated on 8 scales according to the principle: the higher the score, the higher the quality of life (health). The scales are grouped into two indicators: the physical and psychological components of health.

1) General state of health – the patient's assessment of his/her current state of health and prospects for treatment.

2) Physical functioning, which reflects the degree to which the state of health limits the ability to perform physical activity (self-care, walking, climbing stairs, carrying weights, etc.).

3) The influence of the physical state on the role functioning (work, performance of daily activities).

4) The influence of emotional states on role functioning includes an assessment of the extent to which emotional states interfere with the performance of work or other daily activities (including increasing time spent, reducing workload, reducing the quality of work, etc.).

5) Social functioning, determined by the extent to which the physical or emotional state limits social activity (communication).

6) Intensity of pain and its impact on the ability to perform daily activities, including work at home and outside the home.

7) Viability (feeling energetic or, conversely, tired).

8) Self-assessment of mental health, description of mood (presence of depression, anxiety, general index of positive emotions).

The higher the score, the higher the quality of life: 0% - 20% low quality of life; 21% - 40% reduced quality of life; 41% - 60% average quality of life; 61% - 80% increased quality of life; 81% - 100% high quality of life.

In the group of patients after brain damage, the data on the degree of human dependence on external assistance using the Functional Independence Measure (FIM) [114] and information on the patient's clinical assessment of mobility using the Rivermid Mobility Index (RMI) [124] was taken from the medical records. Functional Independence Measurement (FIM) is an assessment tool that assesses the functional status of patients throughout the rehabilitation process following a stroke, cerebral brain damage, spinal cord injury, or cancer.

The Rivermid Post-Brain Damage Symptom Questionnaire is a questionnaire that can be administered to someone who has experienced brain damage, in order to measure the severity of symptoms. The questionnaire is used to determine the presence and severity of syndrome after brain damage, and the set of somatic, cognitive and emotional symptoms after traumatic brain injury, which can last from a week [126] to months [130] or even more than six months [110;130].

### *2.3 Description of Selections and Rationale for Inclusion of Patients in the Study*

Two groups of patients participated in the study. The selection of patients with depressive syndrome in the case of mental illness was conducted at the facilities of the Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center» and the

Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow. The second group of patients – with depressive syndrome after brain damage – was selected on the basis of the Federal State Budgetary Scientific Institution «Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology». In the case of patients with mental disorders, the examination was carried out after recording acute depressive symptoms and the conclusion of the psychiatrist regarding the patient's suitability for the study. In the case of patients after brain damage, the examination was conducted after the neuropsychologist found an increase in the patient's level of awareness and the conclusion that there was no pronounced cognitive decline.

Psycho-diagnostic examination of patients was carried out during the period of recording acute depressive symptoms (for patients with mental illnesses) and after establishing an increase in awareness, as well as in the absence of pronounced cognitive decline for patients after brain damage. Then, 2 weeks after the onset of rehabilitation, patients completed the SF-36 Quality of Life Questionnaire again to assess the effectiveness of rehabilitation activities.

Patient inclusion criteria were as follows:

- in the case of mental disorders: diagnosis of affective disorder according to ICD-10 (bipolar-affective disorder, cyclothymia, recurrent depressive disorder), depressive phase;

- for organic disorders: brain damage (CNS, TBI), level of consciousness according to the Coma recovery scale (CRS-R) [114] not lower than 23 points (developed in 2004 by J. Giacino et al., adapted by Mochalova E.G. et al. [56]); level of cognitive functions according to the Rancho Los Amigos scale (RLAS) (or Rancho scale) [121] not lower than 8 points, the presence of clinically diagnosed depressive syndrome.

Exclusion criteria for both groups were: decreased level of consciousness (according to CRS-R); marked cognitive impairment (according to RLAS); visual impairment; lack of patient's consent to participate in the study, complete lack of criticism of their condition and the presence of acute psychotic symptoms.

The patients were selected by specialists of the department (psychiatrists, neuropsychologists).



A total of 76 patients were enrolled in the study, which was divided into 2 groups: the group of patients with depressive syndrome in mental illness (N=36) and the group of patients with depressive syndrome after brain damage (N=40). The distribution by gender is shown in table 2.

Table 2 – Distribution of Patients by Gender

Group	Male, %	Females, %
Patients with mental illness	30.5	69.5
Patient after brain damage	47.5	52.5

The age of patients was from 18 to 46 years (group of patients with mental illness  $m= 28.56$ ,  $SD= 8.03$ , group of patients after brain damage  $m= 31, 93$ ,  $SD=8.34$ ).

The clinical and nosological structure of the sample of patients with mental illness and after brain damage is presented in Table 3.

Table 3 – Clinical and nosological structure of the sample

ICD-10 code	Nosological form	Abs.	%
F31	Bipolar disorder	7	9,2
F33	Recurrent depressive disorder	4	5.2
F34.0	Cyclothymia	25	32.9
Total number of patients:		36	47.3
T90	Consequences of Head Injuries	25	32.9
I69	Consequences of cerebrovascular illness	15	19,8
Total number of patients:		40	52.7

The studied samples included patients with different illness duration (Table 4).

Table 4 – Distribution of patients according to the duration of the illness

Duration of illness	Patients with mental disorders		Patients after brain damage	
	Abs.	%	Abs.	%
Less than a year	13	36,2	23	57.5
1 year	15	41.6	11	27,5
2 years	4	11,1	4	10
More than 3 years	4	11,1	2	5
Total	36	100	40	100

The data presented in Table 4 shows that in the group of patients with mental disorders, almost half of the patients have already suffered from a mental disorder for about a year, while patients in the other group are primary, i.e. their hospitalization was the first at the start of the study.

The family status of the patients participating in the study is presented in Table 5.

Table 5 – Patients' family environment

Family environment	Patients with psychiatric disorders		Patients after brain damage	
	Abs.	%	Abs.	%
Parent Family	10	27.8	16	40
Own family without children	8	22,3	7	17.5
Own complete family with children	12	33.3	8	20
Living alone	6	16.6	9	22,5
Total:	36	100	40	100

The data presented in Table 5 shows that in the group of patients with mental disorders, the distribution by type of family status is almost equal, while in patients with brain damage, the prevalent situation is living with parents.

The group of patients with brain damage also took into account the rehabilitation routing indicators (rehabilitation routing scale (RRS) [136]) and medical rehabilitation potential [65] (in the group of patients with mental disorders, these indicators were not evaluated by specialists).

The assessment of rehabilitation routing was carried out according to the following grading: Assessment 0-1 - does not require rehabilitation; 2-3 – course of treatment in the conditions of medical rehabilitation department (MRD) at a day hospital; 4-6 – course of treatment in the conditions of MRD during a 24-hour stay, a course of on-site rehabilitation at home, consultation in a remote medicine mode.

Figure 2 shows the distribution of the results.

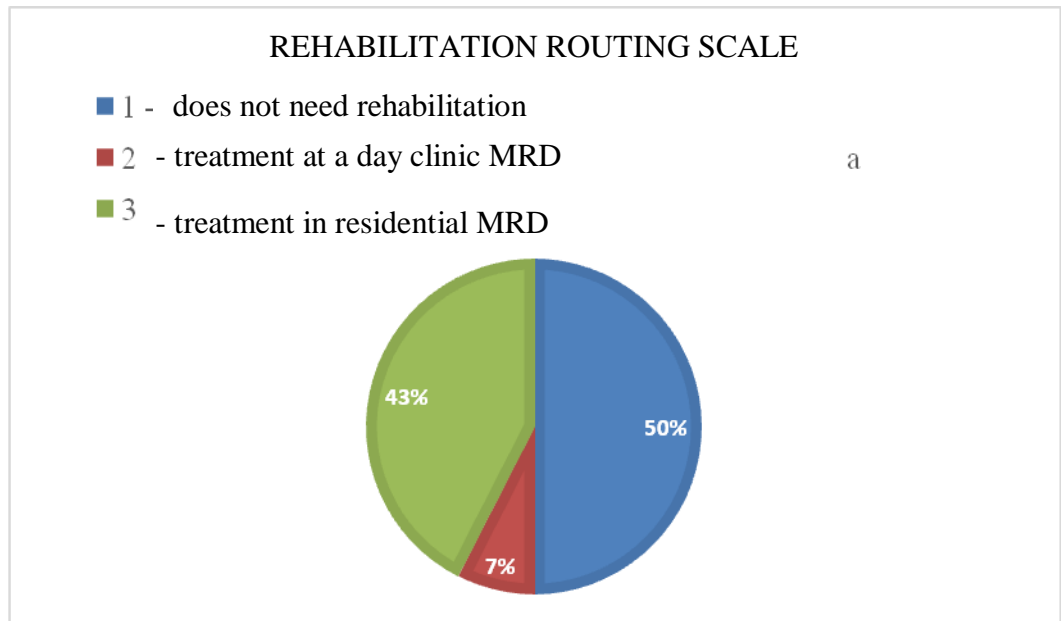


Figure 2 – Post-brain damage Rehabilitation Routing Scale

As can be seen, 50% of patients after brain damage do not need further rehabilitation, 43% - on the contrary, need round-the-clock observation, while only 7% - a course of treatment in a day hospital. This suggests that the level of psychological rehabilitation potential in patients after brain damage can be strongly influenced by the somatic state, in contrast to the situation in patients with psychological disorders.

## CHAPTER 3. TEST RESULTS

*3.1 Stage 1. Identification of current specialists' perceptions of rehabilitation potential and practical request for its study*

In order to identify the views of specialists about the rehabilitation potential and a practical request for its study, a structured interview was conducted with doctors, psychologists and speech therapists of the Mental Health Research Center and the Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology. A total of 30 practitioners took part in the interview.

The distribution of specialists is presented in Table 6. The questions were aimed at defining the concept of rehabilitation potential and psychological rehabilitation potential, whether they had to assess RP and PRP in their practice, as well as what important RP criteria they would highlight. The list of interview questions is presented in Appendix 1.

Table 6 – Distribution of specialists who participated in interviews on the topic of rehabilitation potential by specialties

Specialization	Abs.	%
Rehabilitation specialist	3	10
Anaesthesiologist reanimation specialist	5	16,7
Neurologist	6	20
Psychologist	9	30
Psychiatrist	7	23.3
Total:	30	100

According to the results of the interview, anaesthesiology and reanimation specialists use the concept of rehabilitation potential for both quantitative and qualitative assessment of the patient's condition prediction, reflecting the state of the brain, and the state of internal organs. Psychological rehabilitation potential is not taken into account. This is due to the specific nature of the specialty, namely, working with patients, including

in reduced or vegetative states of awareness, where the physiological functions of the patient come first.

From interviews with doctors by anaesthesiology and reanimation specialists:

*"For me, rehabilitation potential is a concept that is not finalized, contradictory, and it is unclear why it is proposed. First of all, this concept, in my opinion, was formulated to make some calculations, in order to reveal how optimistic, how successful the rehabilitation treatment of a particular patient will be. "*

*"I suppose that in order to evaluate rehabilitation potential, from a quantitative point of view, you have to have a lot of additional inputs which at the present moment aren't being carried out as mandatory, there aren't any regulations, specialists aren't trained in the appropriate way and there aren't the right conditions and so on..."*

*"If we're talking about recovery, about the possibility of brain recovery, and if we accept the conditions in which the brain is situated, by that I mean the ideal functioning of all the organs and systems, then we'll obtain some relative information about the rehabilitation potential for brain recovery. But this is purely hypothetical. But since we're not going to be able to separate the head from the body any time soon, we can't view the brain separately from the condition of the gastrointestinal tract, lungs, or any trophic changes, or biochemical indicators, haemodynamics, and so on, then everything which relates to rehabilitation potential is purely speculative. "*

*"To talk about rehabilitation potential based on a one-time examination, like those performed by psychologists and neurologists, they do neuroimaging, and there's some secondary comorbid complications that play a huge role in the restoration of brain activity. Naturally, we can talk about this for a very long time, and I believe we can talk about rehabilitation potential only very schematically, very primitively and logically. Why? Because you're evaluating, for example, the state of the brain, and you find that the patient has a certain rehabilitation potential. They have certain dynamics, for example, an improvement of brain activity, reflexes have appeared, the patient's started following your eye even trying to answer some questions and so on and so on. These are neurologic manifestations. You bet that they've got good rehabilitation potential, that there are possibilities. But the patient suddenly develops renal-hepatic insufficiency or develops a*

*disorder of the gastrointestinal tract with the development of protein-energy insufficiency. And then your whole assessment of the rehabilitation potential becomes irregular, you know? How can you evaluate it? And it is very difficult".*

Neurologists are more likely to consider rehabilitation potential from the point of view of not only the physical capabilities of the patient, but also the rehabilitation environment. This includes the most important exogenous factors: the patient's environment, care, auxiliary care aids, and so on. Also, when assessing RP, they rely on the level of consciousness and somatic burden. They were unaware of the concept of PRP, but with more detailed questioning, it became clear that they did assess some of its components to a certain extent. For example, the patient's environment, relationships with relatives, motivational commitment to treatment, and the presence of criticism of his condition. *"If the patient isn't getting on well with the people they're living with, what success of rehabilitation can we talk about? As soon as they're discharged from us, they'll get worse again, because the emotional background will be depressed, and the motivation for further rehabilitation will decrease."* In this way neurologists believe that establishing the rehabilitation potential of a patient affects the course of rehabilitation as a whole. This makes it possible to draw up an individual rehabilitation programme.

Psychiatrists and psychologists have quite similar understandings of RP. From their point of view, RP is a person's ability to recover and all the factors such as physiological functions, level of consciousness, degree of damage, age of the patient, and social status, quality of life before the injury, after the injury and after rehabilitation, need to be evaluated. They evaluate PRP based on medical RP. These factors are: mental status, personality characteristics before illness (in the words of relatives), the degree of mental disorder, assessment of the level of capabilities and social competence, and relations with relatives. They consider that an evaluation of the rehabilitation potential of the patient contributes to the development of more effective rehabilitation programs. It allows targets to be identified and for the most appropriate rehabilitation strategy to be selected. The possibilities of changing a person's attitude to their traumatic experience, to help rebuild their life to the circumstances after an injury. From interviews with psychologists: *"PRP is a motivational commitment to treatment, the presence of criticism to the condition. This*

*could be the degree of personal resourcefulness, inter alia, which could contribute to recovery. This is the dynamics of the restoration of higher psychological functions, as well as the inclusion of the patient in the process of rehabilitation. Psychological rehabilitation potential, in my opinion, is closely related to the patient's motivation and attitude to the illness. "*

Rehabilitation doctors view rehabilitation potential from the point of view of assessing functional insufficiency. For example, in the case of high rehabilitation potential, full recovery or full compensation for impaired functions is assumed. Put more simply, RP includes the potential to restore physiological functions, as well as the ability to do achieve rehabilitation. Psychological traits (and hence psychological rehabilitation potential) are not taken into account. *"RP is an indicator that assesses the psychophysiological and social factors of the patient's condition which affect the ability to restore impaired functions in the process of rehabilitation. When assessing RP, somatic status, the duration of neurological clinical presentation, the level of awareness, the degree of damage, the age of the patient and social status are important. "*

In this way, it can be seen that specialists from different areas consider the concepts of RP and PRP and their factors, in different ways. The need for doctors to study psychological rehabilitation potential is due to its connection with the general rehabilitation potential and its mutual connection with the rehabilitation process. This confirms the need for a joint study of the RP and the PRP.

These data allowed us to confirm the relevance of the study of psychological factors of rehabilitation potential.

### *3.2 Stage 2. Adaptation of the ISMI-9 questionnaire*

This phase of the study involved 103 patients divided into 3 groups: patients with head injuries and cerebrovascular illness (N=30), patients with a depressive episode of

varying severity (endogenous affective disorders - EI) (N=30), and patients with neurotic level psychiatric disorders (NSD) without pronounced cognitive decline (N=43).

The ISMI-9 questionnaire was translated from English into Russian (and back translated) in accordance with the standard algorithm for the adaptation of foreign survey methods by Y.L. Khanin (1977)) [88].

In addition, the questionnaire was modified for use in patients with neurological pathology. Thus, 2 variants were used, differing in the wording of a number of paragraphs: one for patients with psychological disorders, which is a translation of the original version (for example: "No one would want to get close to me because of my psychological illness"), the other – for patients with a neurological pathology (for example: "No one would want to get close to me because of my condition").

Methods used in the study to validate the ISMI-9 questionnaire:

1) TAIL - TOBOL (type of attitude to the illness) [13]. The technique is intended for the psychological diagnosis of 12 types of attitude to illness as described by A.E. Lichko: sensitive; anxious; hypochondriac; melancholic; apathetic; neurasthenic; egocentric; paranoid; anosognosic; dysphoric; ergopathic and harmonious.

2) PhoPhiKat <30> - a questionnaire of attitude towards humour and laughter, evaluating the severity of gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism [29]. In this work, only the scale of gelotophobia (fear of ridicule) was used.

As a result of the psychometric analysis of the Russian version of the ISMI-9 questionnaire, the following descriptive statistics and psychometric characteristics of the scales of the level of self-stigmatization were obtained (Table 7).

Table 7 – Descriptive statistics of self-stigmatization for all groups and reliability of the scale

	Average self-stigmatization value	Average deviation	Asymmetry	Excess	$\alpha$ -Cronbach
Patients with brain damage (N=30)	1.76	0.55	0.24	-0.91	0.84
Patients with Endogenous affect disorders (N=30)	2.04	0.6	0.03	-0.9	0.84
Patients with Neurotic level disorders (N=43)	2.05	0.54	0.47	-0.2	0,81



A difference in average self-stigmatization values was identified in the groups. However, a dispersion analysis did not reveal significant differences in the level of self-stigmatization. The resulting distribution can be considered to be close to normal, since the values of asymmetries and excesses in the modulus do not exceed one [17].

Analysis of the reliability of the self-stigmatization scale according to the  $\alpha$ -Cronbach criterion showed the internal consistency of all points:  $\alpha = 0.84$  for the sample as a whole, which almost coincides with the data of the original study ( $\alpha = 0.86$ ). The reliability of the scale does not increase when any item is excluded.

Table 8. Correlation of points with the scale

	Self-stigmatization scale, r
Point 1	,68
Point 2	-,53
Point 3	,58
Point 4	,77
Point 5	,71
Point 6	,68
Point 7	.75
Point 8	,68
Point 9	-,55

*\*p < 0.001*

The results presented in Table 8 show that all items correlate with the final self-stigmatization score, and that the correlations with items 2 and 9 are negative since they are encoded by the inverse scores. A similar analysis of correlations between points and the scale was performed for each subgroup and did not reveal significant differences with overall scores for all patients.

The results of factor analysis by means of the principle component method support the univariate structure of the ISMI-9 questionnaire. The first factor explains 44.9% of the total dispersion. Own values of the first four factors are: 4.04; 1.18; 0.81; 0.68. The maximum likelihood method defines a single factor with a value of 3.46 which explains 38.5% of the total dispersion.

In this way, self-stigmatization is typical for the Russian sample. Among patients with endogenous affective disorders, 13.3% showed a moderate and 6.66% a pronounced level of self-stigmatization. Among patients with NLD, 16.27% and 4.65%, respectively; while among patients after brain damage, a moderate level of self-stigmatization was found in 16.6% of cases, while no pronounced self-stigmatization was found. It should be noted that patients with brain damage are in general terms are less likely to experience a lower level of self-stigmatization compared to the other two groups. At the time of the examination, it is possible that these patients had not yet formed an attitude towards themselves as towards "others". However, despite this, a moderate level of self-stigmatization was found as often as in patients with psychological disorders, which may indicate persisting criticism of their physical defects.

### *3.3 Stage 3. A study of the psychological factors of rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in psychological illness and after brain damage*

#### *Rehabilitation Potential of the Individual*

A study of the rehabilitation potential of the individual showed that in patients with psychological illnesses, the average level of rehabilitation potential of the personality was 51.25%, while in patients after brain damage, it was 68.39%.

Figure 3 shows the results of the study of the general indicator of rehabilitation potential of the individual in patients with psychological illness and patients after brain damage. It also shows the results on the subscales: the internal picture of the illness (IPD); the motivational component (MC); the emotional component (EC); the self-assessment component (SC); the communicative component (CC).

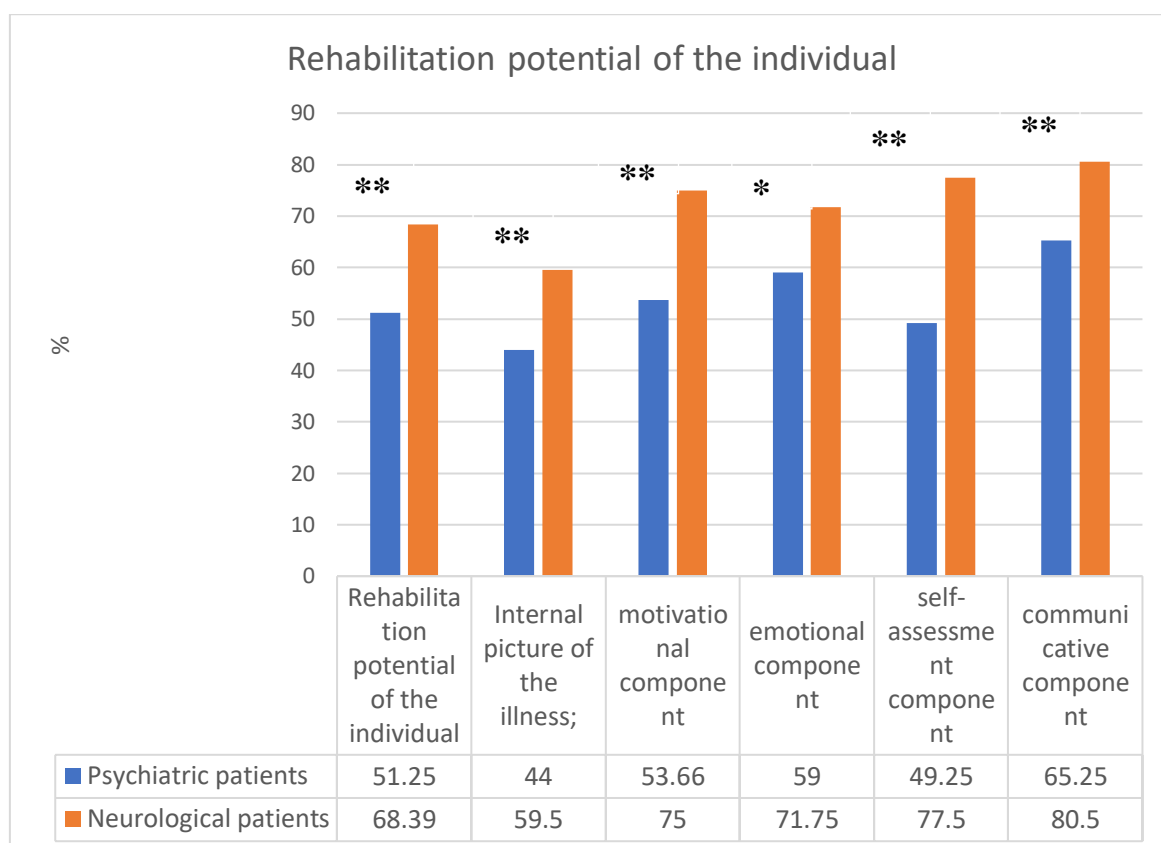


Figure 3 – Rehabilitation potential of the individual of patients with psychological illness and patients after brain damage. *Note:* \* - significant difference between groups of patients with psychological illness and patients with brain damage,  $p < 0.05$ , (Mann-Whitney test); \*\* - significant difference between groups of patients with psychological illness and patients with brain damage,  $p \leq 0.001$ , (Mann-Whitney test).

The distribution parameters (mean values, standard deviation) were calculated, and the significance of the differences was analyzed using the non-parametric Mann-Whitney U-test. The results are shown in Table 9.

Table 9 – The results of comparative analysis obtained by the method of evaluating the rehabilitation potential of the individual

Indicators of the "Rehabilitation Potential of the Individual" Methodology	Patients after brain damage		Patients with mental illness		U-test	p-value
	Avg. Value	Std. deviation	Avg. value	Std. deviation		
Internal picture of the illness	11.98	3.25	8.89	3.83	381	0.000
Motivational component	8,95	2.02	6.44	2,59	319	0.000
Emotional component	5.78	1.35	4.72	1.75	479	0.012
Self-assessment component	6.18	1.38	3.94	1.96	263	0.000
Communication component	6.48	1.36	5.22	1.57	387	0,001
RPI	39,25	6.99	28,72	8.34	213	0.000

A comparative analysis of the components of the rehabilitation potential of the individual showed significant differences in all scales of the methodology. Thus, the general evaluation of the internal evaluation of the illness is significantly higher in the group of patients after brain damage, compared with the group with psychological illness. The scores on the scales "Motivational component", "Emotional component", "Self-assessment component" and "Communication component" were also higher. The general level of the "RPI" indicator is significantly higher in the group of patients after brain damage.

*Temperament and character (according to TCI-125) as a factor of RPI*

According to the method for determining the temperament and nature of TCI-125, it was found that in the group of patients with psychological illness, the most commonly encountered temperament was "interpersonal interaction/cooperation" (77%) and "dependence on social assessment" (64%).

In the group of patients after brain damage, "interpersonal interaction/cooperation" and "socially desirable behaviour" are common in 75% (68%).

Data regarding to the prevalence of temperament types and character in each group are presented in Figure 4.

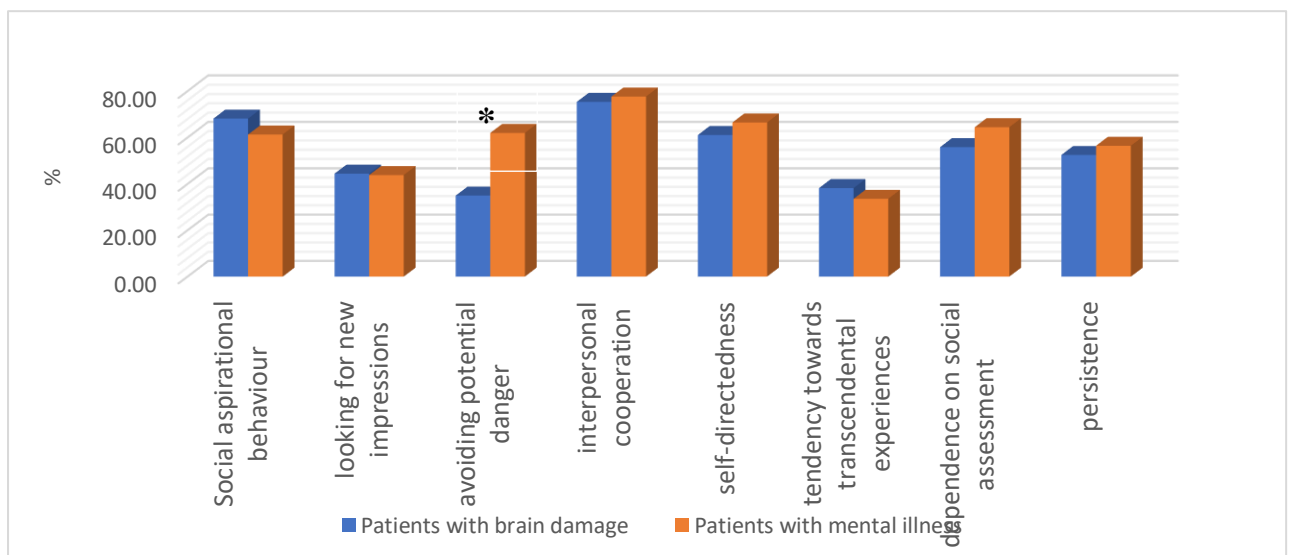


Figure 4 – Prevalence of temperament and character types among patients after brain damage and patients with psychological illness. *Note* \* - significant difference between groups of patients with psychological illness and patients with brain damage,  $p \leq 0.001$ , (Mann-Whitney test).

A significant difference was also obtained between the study groups. It was found that in accordance with the "Avoidance of potential danger" scale, the scores obtained are statistically significantly higher in the group of patients with psychological illnesses ( $U=257$ ,  $p=0.001$ ).

According to this method, the character includes the scales of self-directedness, cooperation and transcendence of the "self". It was also found that, both in the group of patients with psychological illnesses and in the group of patients after brain damage, the "self-directed" type is quite common. It was also found that this parameter is more common in patients with psychological illness ( $U=257$ ,  $p<0.001$ ) than in patients after brain damage (Figure 5).

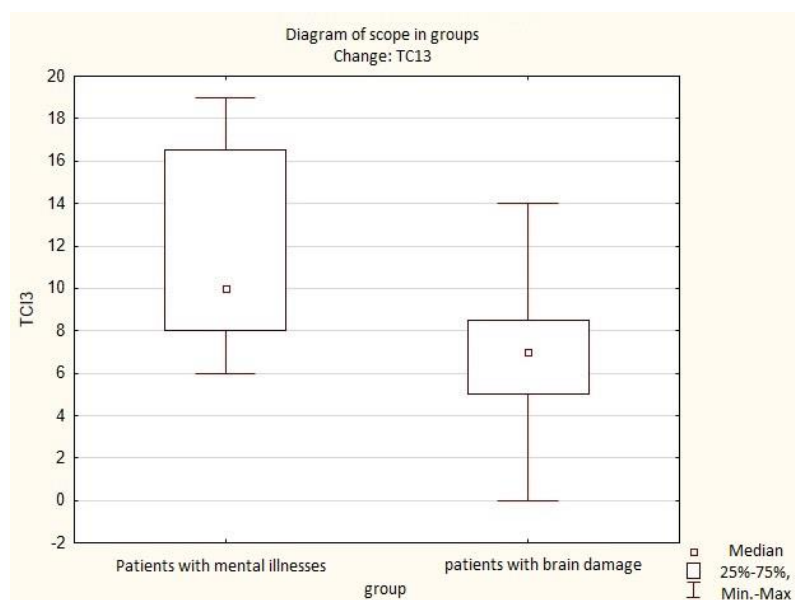


Figure 5 – Comparative analysis of the self-directedness scale in patients with mental illness and patients after brain damage

### *Type of attitude towards the illness (TAIL)*

A study of the types of attitudes towards illness showed that melancholic, neurasthenic and anxiety types of attitudes form a mixed type, which occurs in 40% of cases in the group of patients with mental illnesses.

In the group of patients after brain damage, ergopathic, anxiety and sensitivity types of attitude towards illness form a mixed type. This is observed in 29% of patients,

and in 20% there was a diffuse type of attitude towards illness, including paranoiac, dysphoric, apathetic and anosognosic types of attitude (Figure 6).

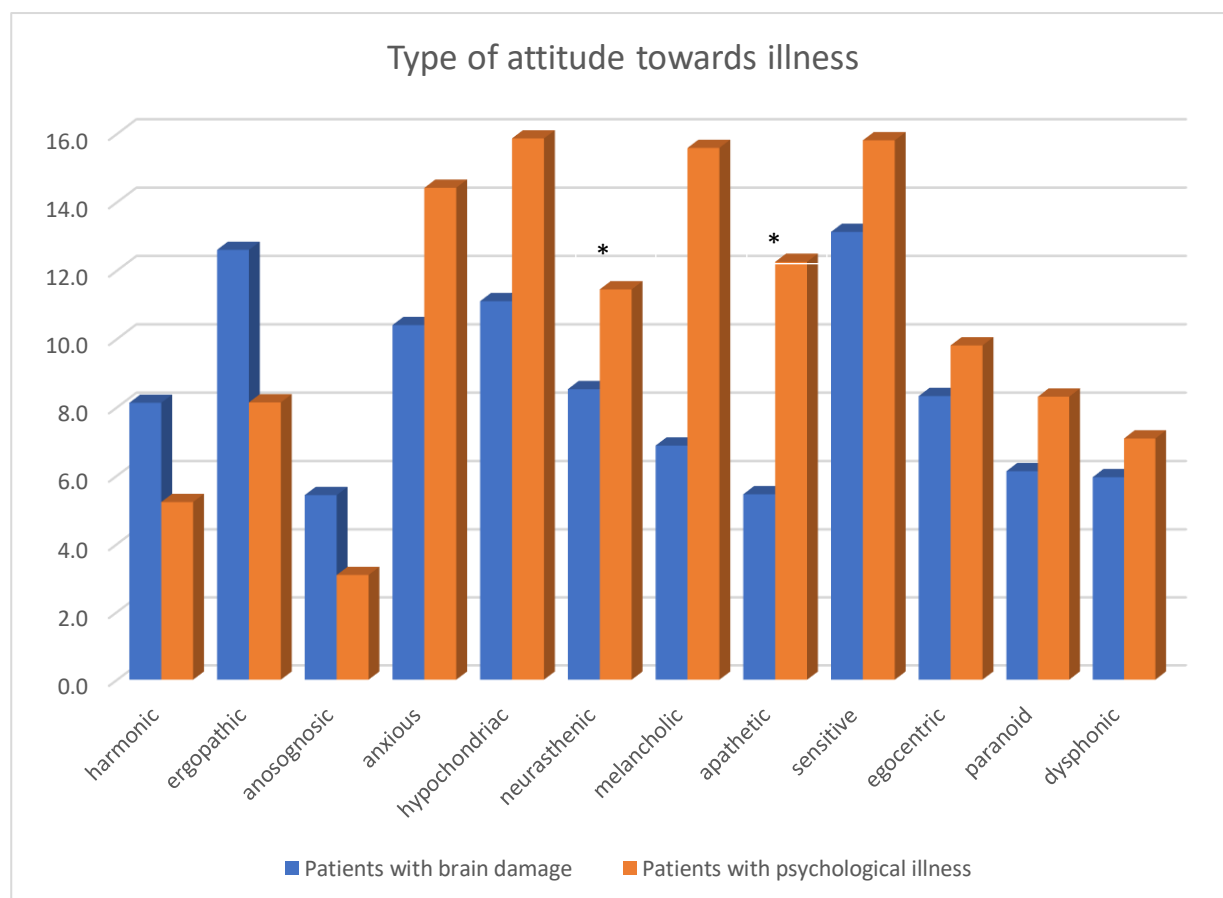


Figure 6 – Average group values obtained according to the indicators of the method of studying TAIL attitude towards illness. *Note:* \* - significant difference between groups of patients with mental illness and patients with brain damage,  $p < 0.05$ , (Mann-Whitney test)

Despite the presence of a mixed type of attitude to the illness in both groups, they are qualitatively different in these groups. The mixed type in patients after brain damage included ergopathic, anxious and sensitive types, while in the group of patients with psychological illnesses it included melancholic, neurasthenic and anxious types.

The results of the comparative analysis obtained by the method of studying TAIL attitude towards illness are presented in Table 10.

Table 10 – The results of the comparative analysis obtained by the method of studying the TAIL attitude towards illness.

TAILL - TOBOL methods indicators	Patients after brain damage		Patients with mental illness		U-test.	p-value
	Avg. value	Standard deviation	Avg. value	Standard deviation		
Harmonious	8.1	12.3	5.2	9.8	636	0.385
Ergopathic	12.6	11,5	8.1	10,3	556	0.088
Anosognosic	5,4	10,8	3.1	9,9	623	0.315
Anxious	10.4	9,4	14.4	10.9	567	0,111
Hypochondriac	11,1	9,0	15.9	11,4	549	0,076
Neurasthenic	8.5	6.5	11,4	8,0	578	0.141
Melancholic	6.9	8.1	15.6	15.0	470	0.009
Apathetic	5,5	6.0	12.3	12.9	500	0.022
Sensitive	13,1	7.5	15.8	7.5	565	0,108
Egocentric	8.3	5.8	9.8	7,9	661	0.543
Paranoid	6.1	4,9	8.3	6.1	565	0,108
Dysphoric	6.0	5,6	7,1	5.8	636	0.385

In general terms, patients with mental disorders have more melancholic ( $m=17.03$ ,  $SD=14.54$  vs.  $m=6.5$ ,  $SD=8.24$ ;  $U=470$ ;  $p<0.001$ ) and apathetic ( $m=13.13$ ,  $SD=12.61$  vs.  $m=4.43$ ,  $SD=5.31$ ;  $U=499.5$ ;  $p<0.001$ ) types of attitude to the illness.

*Illustrative methodology for assessing the impact of the illness and symptoms (MOBIS - PRISM)*

The group of patients after brain damage, 52.5%, were shown to have a “illness” remote from the circle of “self” (from 60 to 290 mm). The circle of “study/work/hobbies” in 70% of patients is also located away from the circle of “self” (from 60 to 210 mm). This indicates a much lower importance of these areas in the life of patients of this group. Almost half of the patients (52.5%) placed the circles of “family” in immediate proximity to the circle of “self” (up to 59 mm). This indicates the importance of family relations in the life of patients.

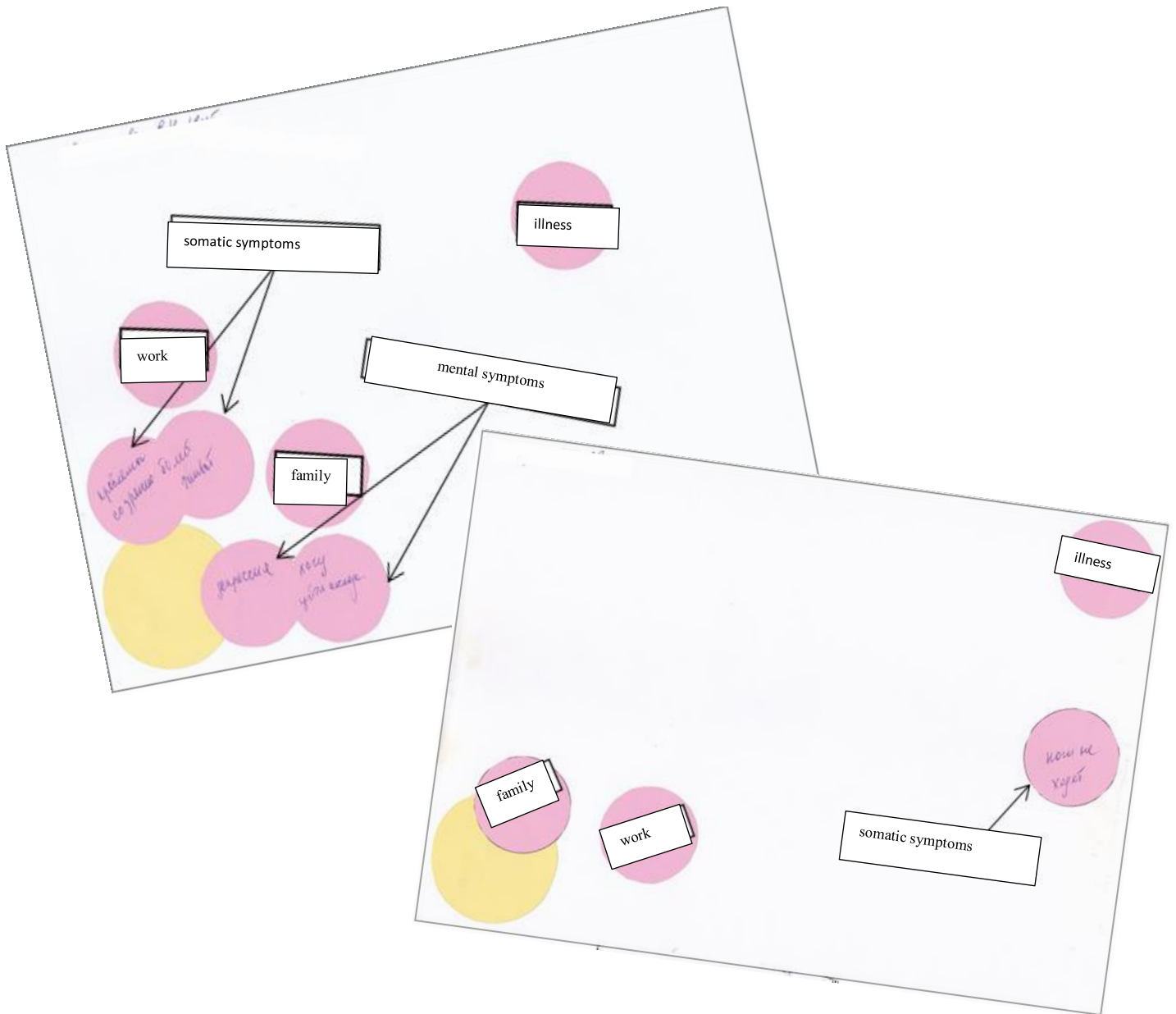


Figure 7 – Examples of using the "MAIIS" method in a group of patients after brain damage

In the group of patients with psychological illnesses, all the circles – "illness", "family", "study/work/hobbies" in most cases (more than 58%) are located away from the self" circle (from 60 to 220 mm).



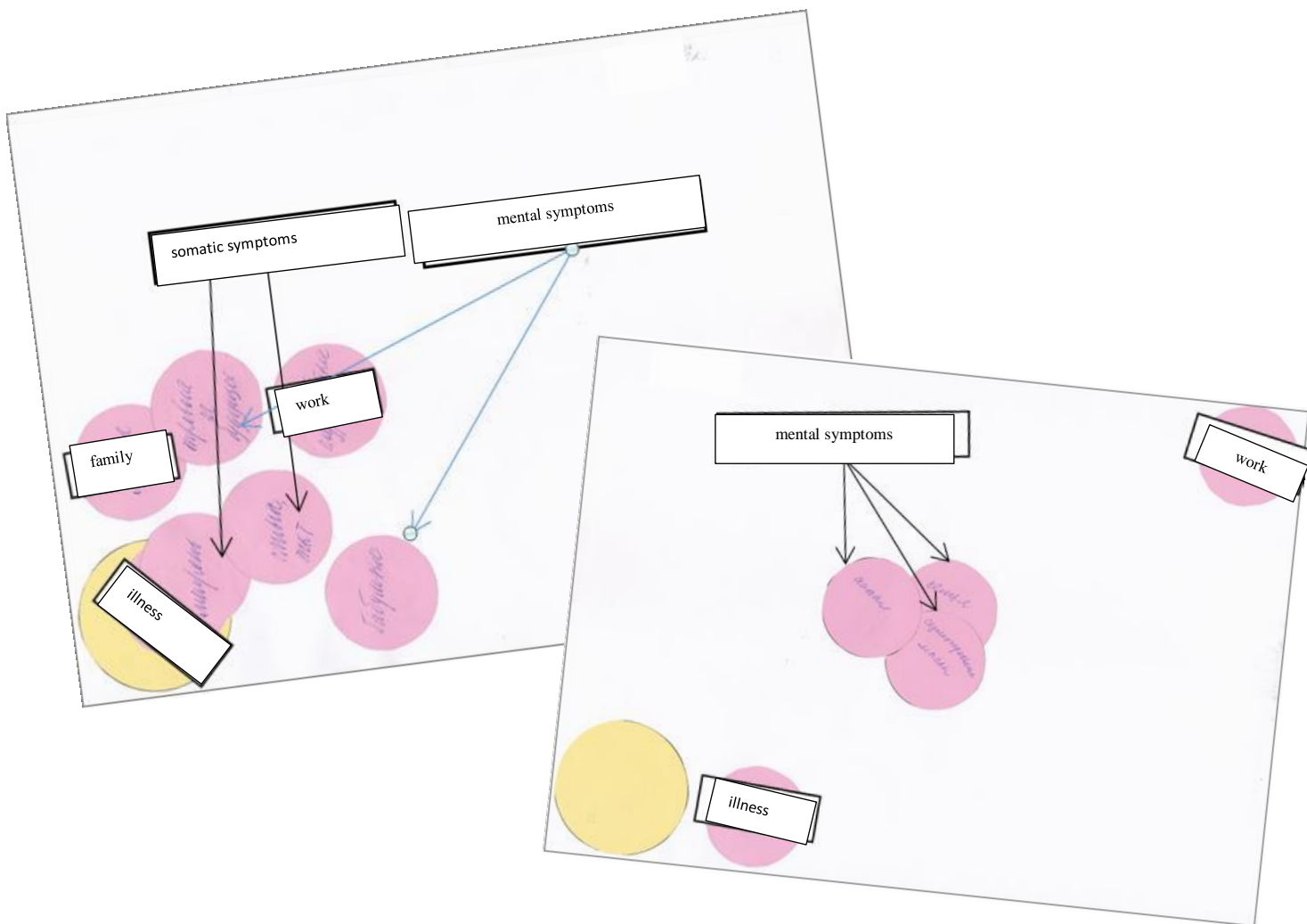


Figure 8 – Examples of the use of "MOBIS - PRISM" methodology in the group of patients with mental illnesses

In the course of data analysis, the relative distance between the circles of "self" - "illness", "self"- "work", "self"- "family" in groups of patients after brain damage and with mental illnesses was calculated. Comparison of the average ranks according to the Mann-Whitney test showed no significant differences between the study groups. This may indicate a similar attitude to the illness and significant factors (family, work, illness) in patients of the study groups.

However, it is important to note the difference in the location of the family circle. Patients with brain damage in half of the cases placed it in relative proximity to the circle of "self", while patients with mental illnesses - only in 36% of the cases. This indicates the low importance of the family for patients with mental illness.

It was also interesting that patients with brain damage were more likely than patients with mental illness to place the circle of “illness” directly on the circle of “self” (17.5% and 8.3%, respectively). This may indicate a particular merging with the illness, and the significant influence of the illness on patients.

### *Beck Depression Inventory*

Despite the relief of acute depressive symptoms, in the group of patients with mental illness in 27% of cases, clear depression was detected and in 22% - severe. On the other hand, despite a clinically diagnosed depressive syndrome, in the group of patients after brain damage, half of the patients were not depressed at all, and in 37.5% there was only a mild degree of severity.

Table 11 – Results of comparative analysis

Beck Depression Inventory Indicators	Patients after brain damage		Patients with mental illness		U-test.	p-value
	Avg. value	Standard deviation	Avg. value	Standard deviation		
Depression Scale	9.68	6.43	20,56	11.13	292	0,001

The results of the comparative analysis showed that patients with mental psychological illnesses have a higher level of depression (U=292, p=0.001) than patients after brain damage (Table 11).

### *Integrative anxiety test*

In the anxiety study, it was found that in the group of patients after brain damage, in 45% of cases there is a low level of situational anxiety and in 60% of patients a moderate level of personal anxiety. In the group of patients with mental illnesses, high levels of both personal (in 86.1% of patients) and situational anxiety (in 33.3% of patients) were observed (Figure 9, Table 12).

Table 12 – Results of comparative analysis

Indicators of integrative anxiety test	Patients after brain damage		Patients with psychological illness		U-test.	p-value
	Avg. Value	Standard Deviation	Avg. value	Standard Deviation		
Situational anxiety	3.77	2.34	6,69	2.10	239	0,001
Individual anxiety	4.79	2.17	7,97	1.34	183	0,001

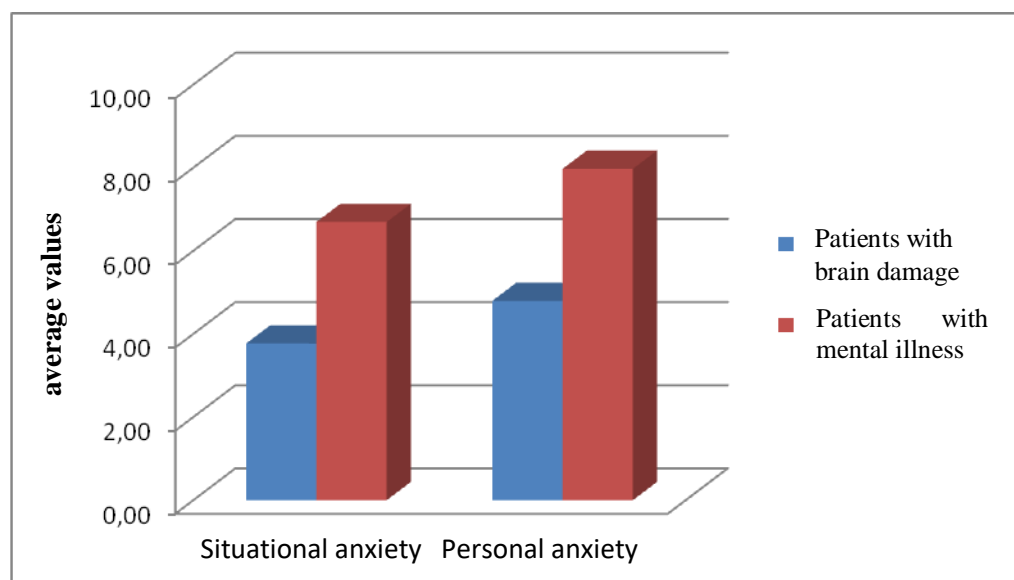


Figure 9 – Average group values were obtained according to the indicators of the anxiety level study methodology

According to the anxiety rating scale (ART), it was found that the levels of situational anxiety and personal anxiety are significantly higher in the group of patients with psychological illnesses ( $U=239$ ,  $p = 0.001$  and  $U=183$ ,  $p=0.001$ , respectively), compared with the group of patients after brain damage (Table.12).

#### *Level of subjective control*

According to the results of the questionnaire of the level of subjective control (LSC), it was established that both patients with mental illnesses and patients after brain damage are more likely to have an internal locus of control.

Two significant differences between the groups were obtained according to the scales of the "LSC" methodology, according to the scales "Internality in the field of achievements" and "Internality in the field of health and illness relations". It was

established that patients after brain damage were found to feel more responsible for their own achievements ( $U=531$ ,  $p=0.049$ ).

At the same time, patients with mental illness internalised their health and illness ( $U=507$ ,  $p=0.027$ ) to a greater extent.

### *Resource index*

When determining the ratio and dynamics of personal resources over the past six months, it turned out that patients in both groups had a more frequent average resource index (patients after brain damage – 82.5%, patients with psychological illness – 61%, and a high level was found in 17.5% of patients after brain damage and 14% of patients with psychological illness (Figure 10). A higher value is observed in the group of patients after brain damage which is confirmed by the Mann-Whitney test ( $U=489$ ,  $p=0.016$ ).

A significant difference is the low level of the resource index in the group of patients with psychological illnesses, which was found in 25% of cases, while in the group of patients after brain damage there was no low level.

### *Family Environment Scale*

The results of the study of the family environment according to the FES method, by calculating the indicator of the sum of patients' responses, showed that in the group of patients with psychological illnesses, "intellectual and cultural orientation" prevails (high scores were found – from 7 to 9 – in 33.3% of patients with psychological illnesses). In the second place, in 80% of cases, there is "Independence" (average points from 4 to 6 points). It is important to note that in the group of patients with psychological illnesses, "Achievement orientation" is not encountered at all.

The categories and levels of family relationships in patients with mental illness are presented in Figure 10.

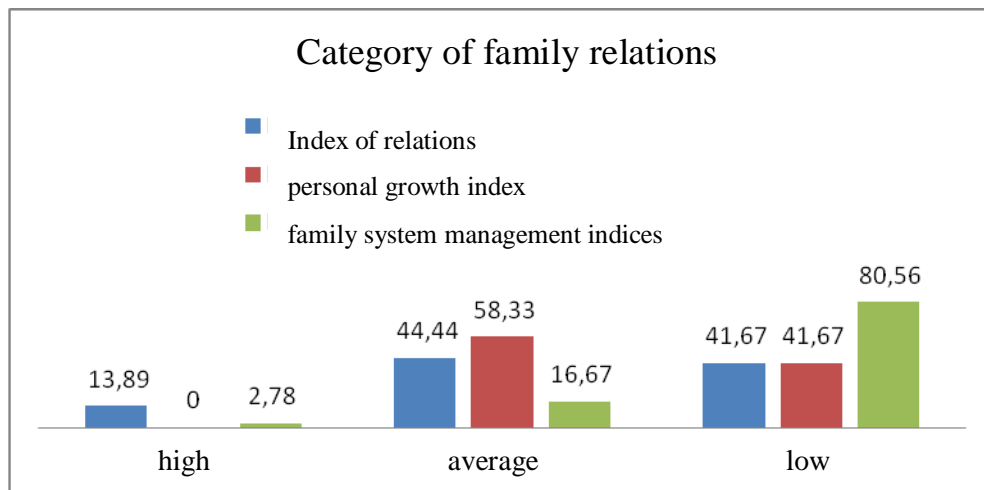


Figure 10 – Categories of family relations of patients with mental illness

The figure shows that in the case of patients with psychological illness, in 44.44% of cases, the "Relationship indicator" is in the range of average values (on the sum of three scales – "cohesion", "expressiveness", "conflict"); "Personal growth indicator" is also in the range of average values (the sum of the scales "Independence", "Orientation to achievement", "Intellectual and cultural orientation", "Orientation to active leisure", "Moral and moral aspects"), and "Indicators of family system management" (the sum of the scales "Organization" and "Control") in 80.56% have low indicators.

In the group of patients after brain damage, 45% have "Cohesion" (high values) and 70% have "Independence" (average values).

The categories of family relations in patients after brain damage are presented in Figure 11.

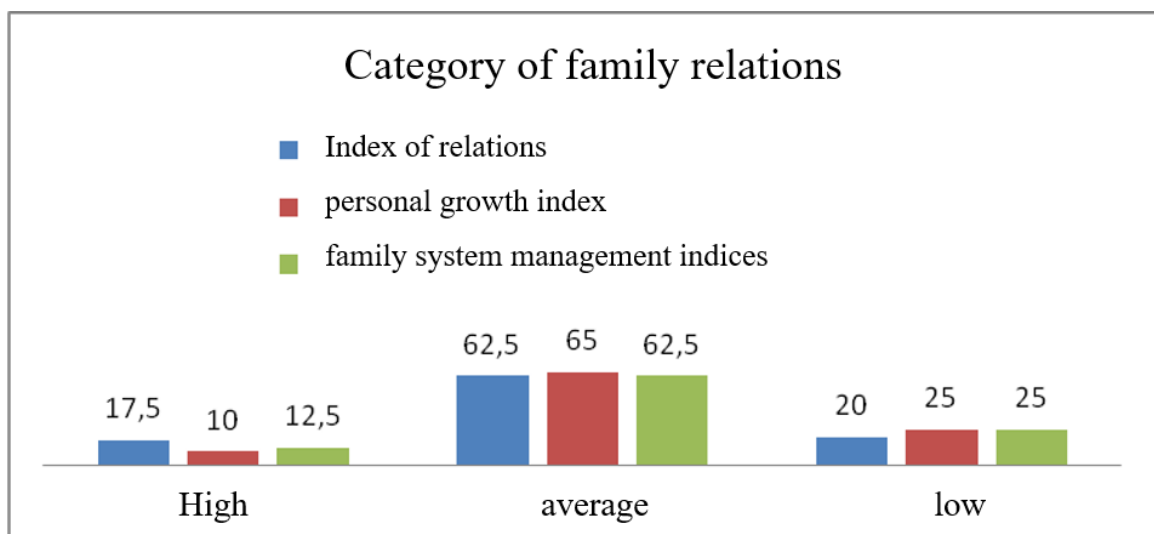


Figure 11 – Categories of family relations of patients after brain damage

The diagram shows that in patients after brain damage, all categories of family relations are within the average values: "Relationship index" in 62.5%, "Personal growth index" in 65% of patients, "Family system management indices" in 62.5%.

It is important to note that in the group of patients with psychological illnesses, there were no high indicators of personal growth and 2.78% high indicators of family system management.

A number of significant differences between the study groups were also found. It was established that the level of family cohesion is higher in the group of patients after brain damage ( $U=417$ ,  $p=0.002$ ). They also feel more independent of the family environment ( $U=460$ ,  $p=0.007$ ), more focused on their achievements and on active rest ( $U=376$ ,  $p=0.000$  and  $U=478$ ,  $p=0.012$ ). Patients after brain damage are assessed at a higher level for family organization ( $U=515$ ,  $p=0.033$ ) and level of achieved control ( $U=295$ ,  $p=0.000$ ).

#### *Attitude to humour and laughter*

Psychological disorders can be caused by any type of brain damage. This leads to significant changes in human behaviour, feelings, thoughts. Skills in overcoming difficulties are noticeably reduced. A sense of humour transformed by psychological illness can lead to a loss of adaptation.

In the methodology used to determine the attitude to humour and laughter, the presence and severity of gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism were assessed.

The results of the study showed that gelotophobia was observed in both groups, but in varying degrees of severity. In patients with psychological illness, gelotophobia was detected in 56.7% of the subjects, and in the group of patients after brain damage in 36.7%. A high degree of gelotophobia was found in 39% of patients with psychological illness.

A significant difference was found in the level of gelotophobia, which was higher in the group of patients with psychological illnesses ( $U=398$ ,  $p=0.001$ ), while this phenomenon is more pronounced in women than in men ( $m=2.53$ ,  $SD=0.79$  against

$m=1.75$ ,  $SD=0.35$ ;  $U=40.00$ ;  $p=0.026$ ). There were no gender-specific differences in gelotophobia among patients with brain damage.

### *Self-stigmatization*

The results of the self-stigmatization study showed that there were no significant differences between psychiatric patients and patients after brain damage in the study groups. In 100% of cases, the presence of self-stigmatization was revealed - the patient's reaction to the illness and status in society (Figure 12).

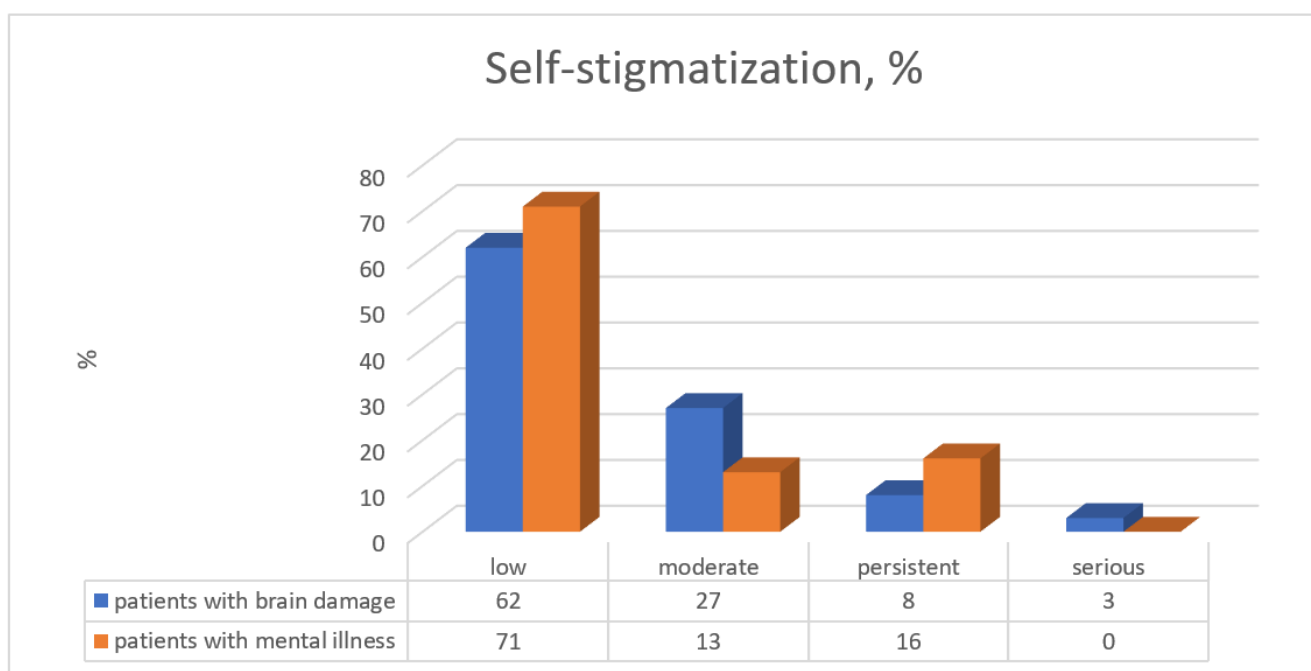


Figure 12 – Distribution of the severity of self-stigmatization in psychiatric and patients after brain damage.

The sense of guilt due to personal incapacity can lead to a reduction in the demands on oneself and, consequently, to social maladaptation. Thus, the absence or minimal level of self-stigmatization in 71% of patients in the group of patients with brain damage and in 62% of patients with mental illness, and a serious level of self-stigmatization was revealed only in the group of patients with brain damage.

### *Coping Strategy (COPE)*

A study of coping strategies showed that patients with mental illness resort to planning in 26% of cases to cope with stress, while patients after brain damage resort to active coping (22.5%) and positive reformulation (28%).

The average group values obtained from the indicators of the coping strategy methodology (COPE) are presented in Figure 13.

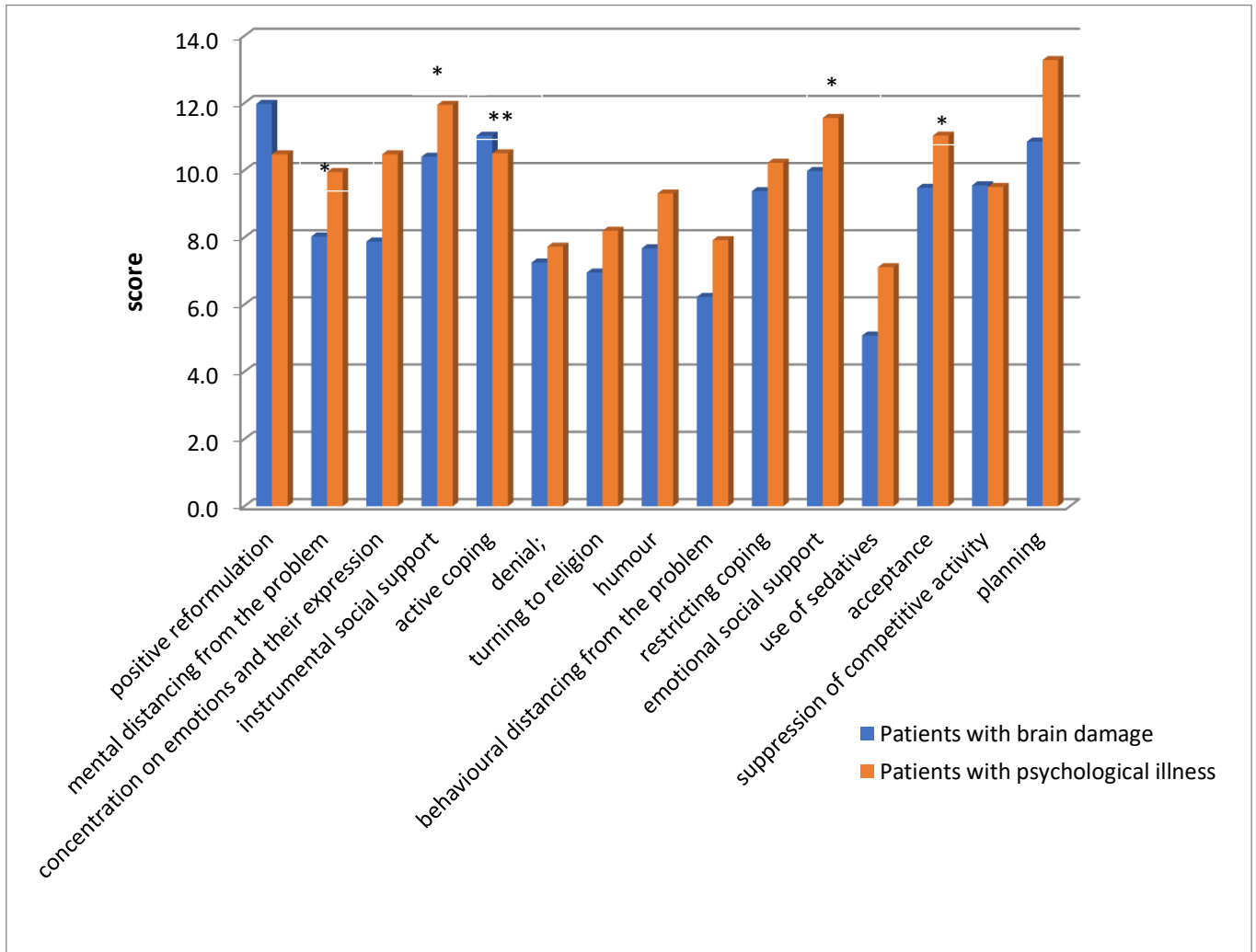


Figure 13 – Average group values obtained on the basis of coping strategy methodology (COPE) in patients after brain damage and patients with psychological illness. *Note:* \* - significant difference between groups of patients with mental illness and patients with brain damage,  $p < 0.05$ , (Mann-Whitney test); \*\* - significant difference between groups of patients with mental illness and patients with brain damage,  $p \leq 0.001$ , (Mann-Whitney test).

It was established that in the group of patients with mental illnesses, the values of the scales relating to the following coping mechanisms are higher: "Mental distancing from the problem" ( $U=414$ ,  $p=0.001$ ), "Concentration on emotions and their expression" ( $U=366$ ,  $p=0.001$ ), "Instrumental social support" ( $U=524$ ,  $p=0.042$ ), "Humour" ( $U=500$ ,  $p=0.022$ ), "Behavioural distancing from the problem" ( $U=382$ ,  $p=0.001$ ), "Emotional social support" ( $U=456$ ,  $p=0.006$ ), "Use of" sedatives "( $U=447$ ,  $p=0.005$ )," Acceptance "( $U=487$ ,  $p=0.0015$ ).



Separately, coping with stress using humour was considered (Figure 14) using the methodology designed by R. Martin and G. Lefkur, as adapted by T.V. Artemyeva.

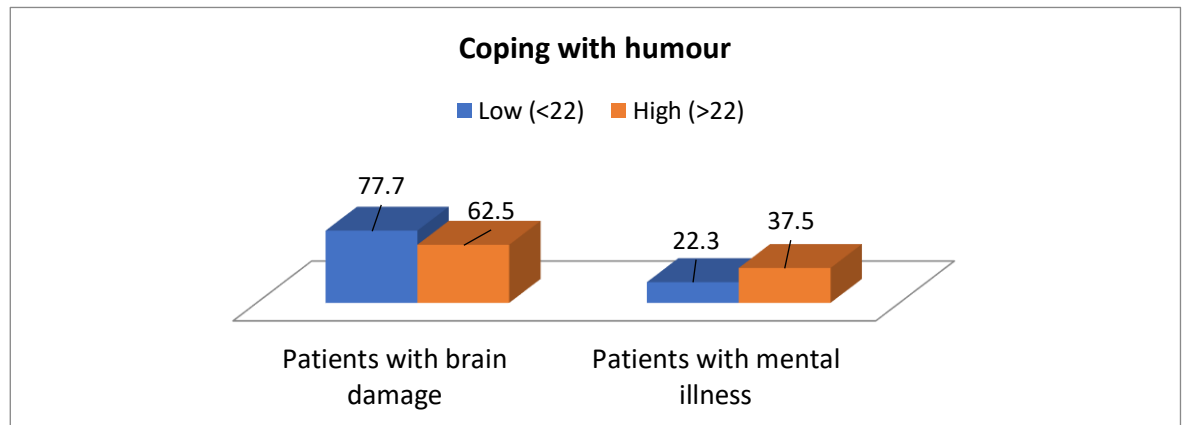


Figure 14 – Managing Stress with Humour

Coping strategy associated with the use of humour was more typical for patients after brain damage ( $U=501$ ,  $p=0.023$ ).

### *Quality of life*

Illnesses lead to a change in normal living conditions and, as a result, the quality and style of life. Figures 15, 16 and 17 show the distribution of physical and psychological health indicators by levels in the group of patients with mental illness and patients after brain damage, as well as the group average values obtained from the indicators of the quality of life assessment methodology (SF-36).

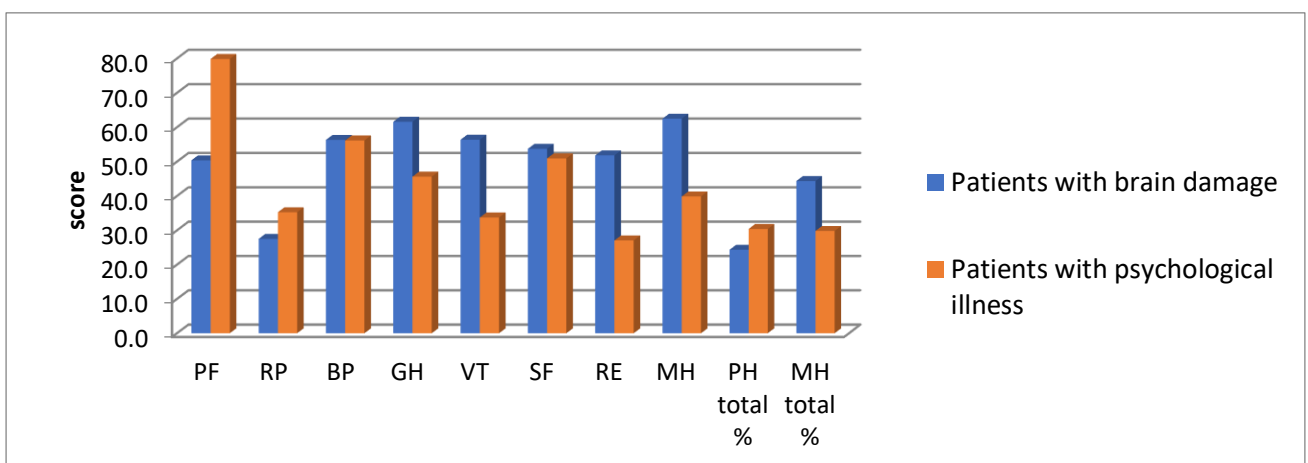


Figure 15 – Average group values obtained in accordance with by quality of life indicators (SF-36) *Note:* \*PF = Physical Function; RP = Role Function conditioned by physical condition; BP = Pain Intensity; GH = General Health; VT = Vital Activity; SF = Social Function; RE = Emotional Function; MH = Mental Health. PH total %; MH total %.

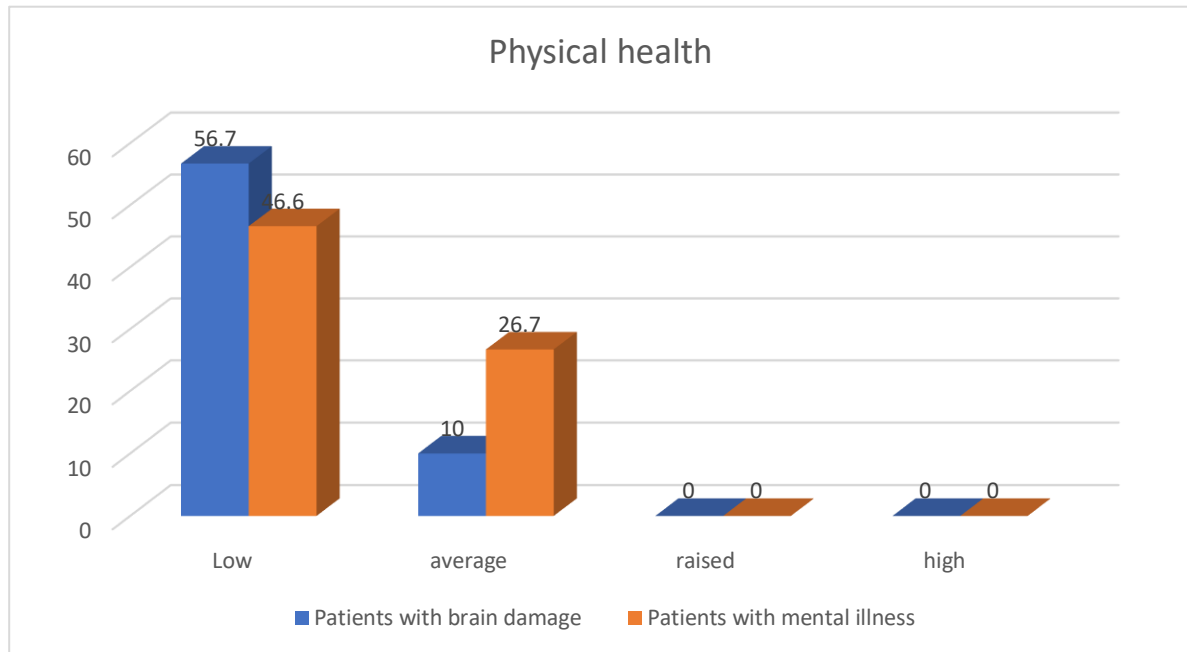


Figure 16 – Physical health indicators in psychiatric patients and after brain damage

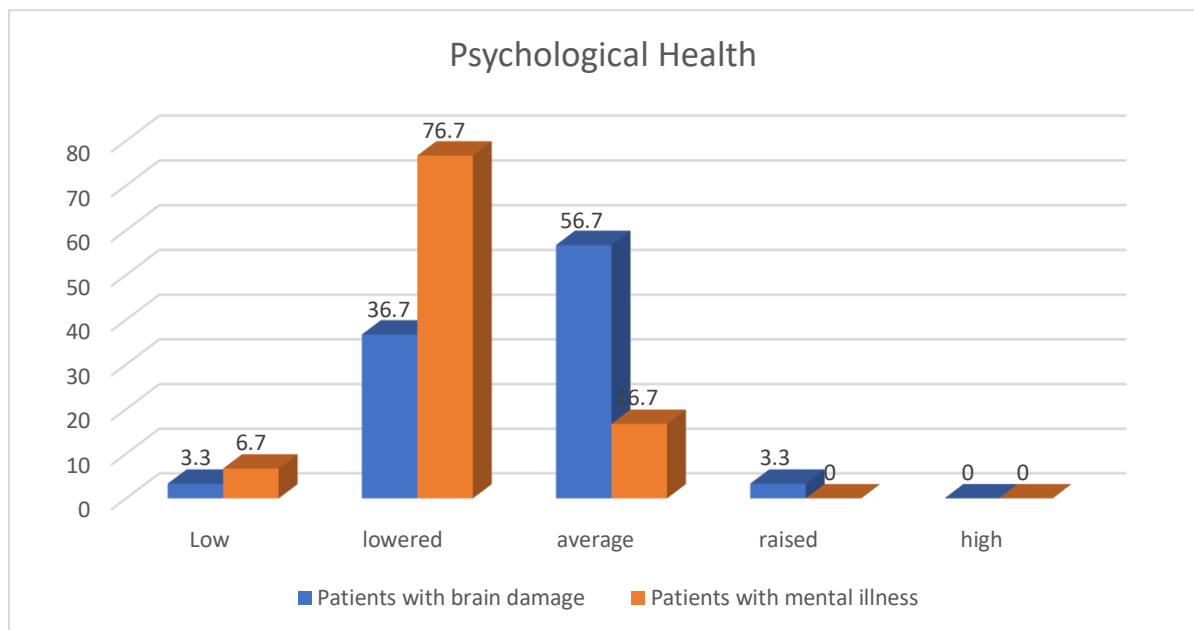


Figure 17 – Psychological Health Indicators in Psychiatric Patients and after Brain damage

It was established that the group of patients with mental illnesses show significantly higher values of "Physical Functioning (PF)" scale ( $U=382$ ,  $p=0.001$ ). The patients in this group have a higher evaluation of their quality of life in terms of this parameter [75]. In the group of patients after brain damage, the values are significantly higher on the scales "General health status (GH)" ( $U=370$ ,  $p=0.000$ ), "Vital activity (VT)" ( $U=289$ ,  $p=0.000$ ), "Role functioning due to emotional state (RE)" ( $U=489$ ,  $p=0.016$ ) and "Mental health

(MH)" ( $U=280$ ,  $p=0.000$ ) [75]. The overall assessment of the level of mental health (MH total %) is significantly higher in the group of patients with mental illness ( $U=206$ ,  $p=0.000$ ).

### *Functional Independence Scale (FIM) and Mobility Index (MI)*

In the group of patients after brain damage, the rehabilitation specialist assessed the indicators of functional independence (according to FIM) and the Rivermid Mobility Index (RMI) at the beginning of rehabilitation and 2 weeks after (Figure 18).

Table 13 – Dynamics of FIM and RMI indicators in the group of patients after brain damage

Functional Independence Scale (FIM) and Mobility Index (RMI) (dynamics of indicators in the group of patients after brain damage)	First measurement		Dynamics		T-test	p-value
	Avg. value	Standard deviation	Avg. value	Standard deviation		
FIM	45.0	21.5	55.4	22.1	0.00	0.000
RMI	3.3	3.3	5.8	3.5	0.00	0.000

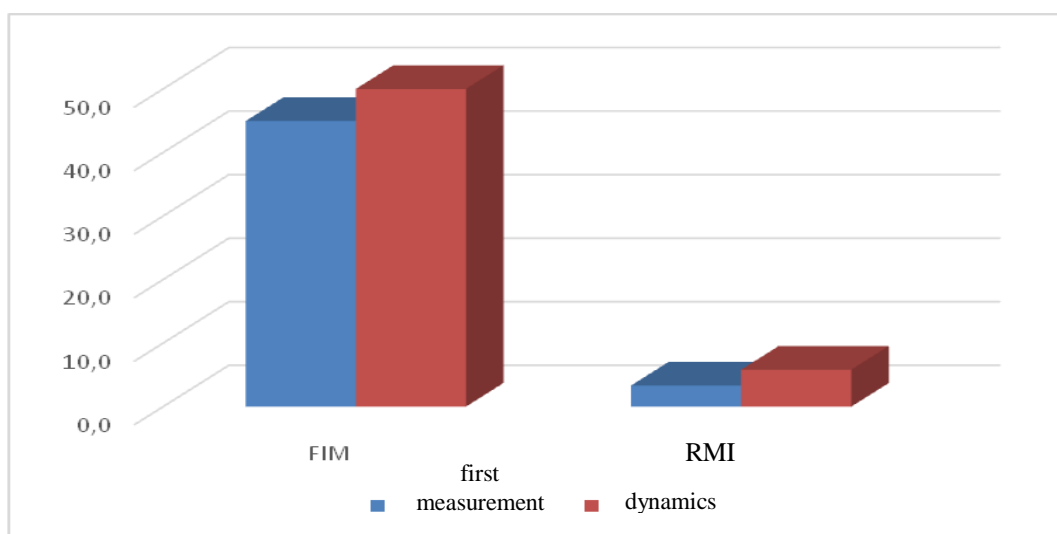


Figure 18. Dynamics of FIM and RMI in the group of patients after brain damage

It was established that FIM and RMI rates significantly change in the group of patients after brain damage. The values for the parameters become significantly higher by the second measurement, as confirmed by the statistical criterion of T-Wilcoxon ( $T=0.0$ ,  $p=0.00$ ) (Table 13).

*Trends in attitudes towards illness and quality of life*

*Illustrative methodology for assessing the impact of the illness and symptoms (MOBIS - PRISM)*

Two weeks later, a second study was performed. It was established that in the group of patients after brain damage, “illness” had moved slightly away from “self” (Figure 19), which indicates a decrease in the importance of the illness. The "family" circle - on the contrary, came closer (Figure 20), and "work, study, hobbies" were distanced (Figure 21). There were no statistically significant differences.

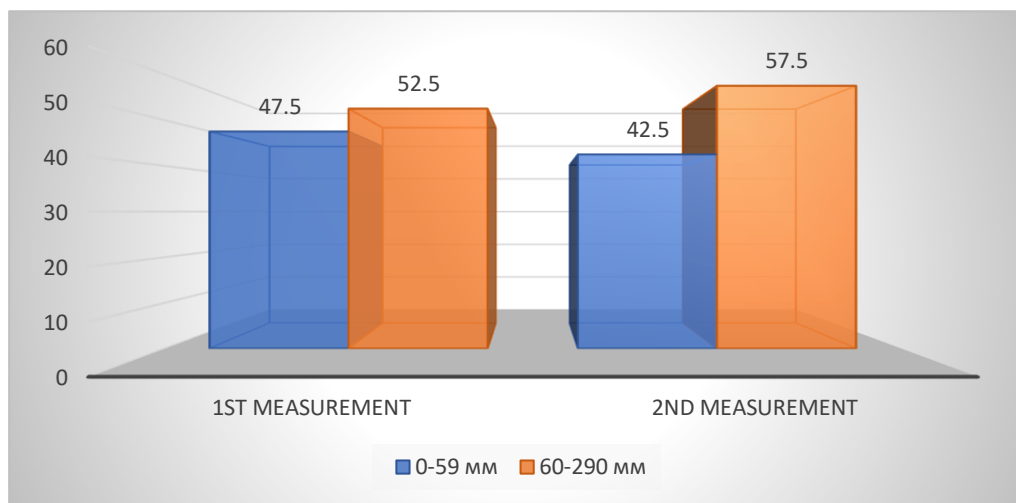


Figure 19 – Dynamics of "self -illness" dynamics in the group of patients after brain damage

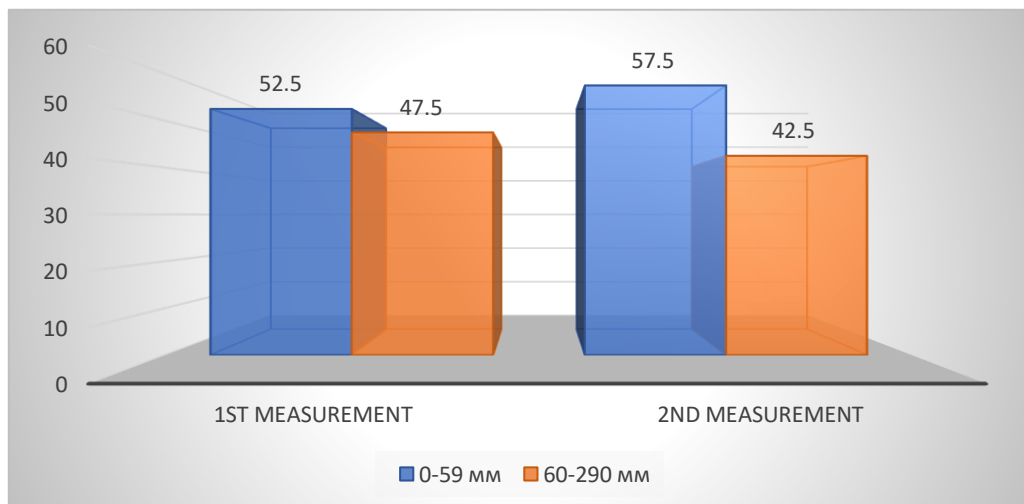


Figure 20 – Dynamics of "self-family" in the group of patients after brain damage

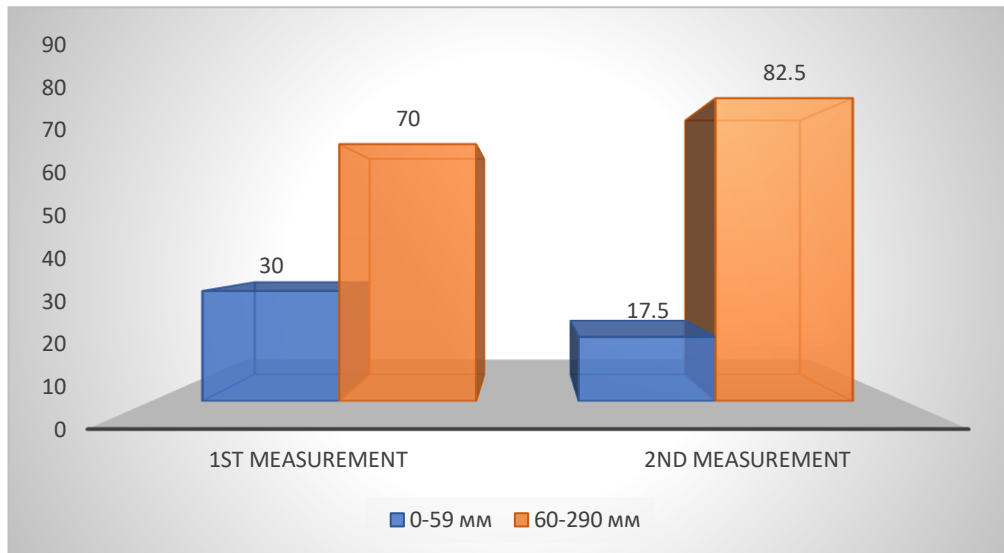


Figure 21 – Dynamics of "self-work" in the group of patients after brain damage

Dynamic changes were also noted in the group of patients with psychological illnesses. The "illness" circle was located further from the "self" circle of another 11.2% of patients (Figure 22).

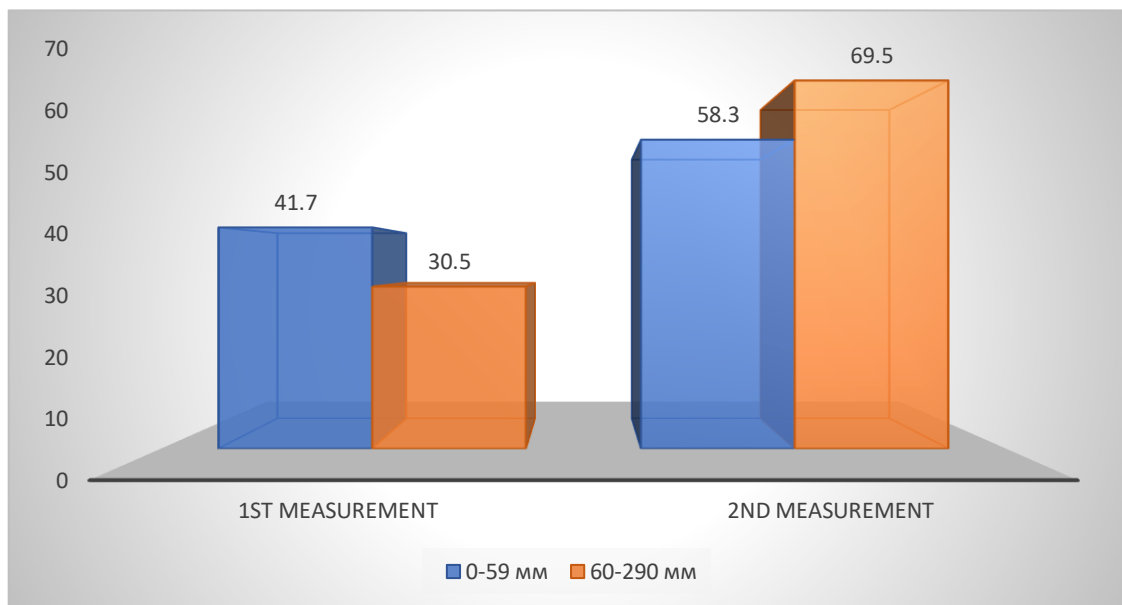


Figure 22 – Dynamics of "self-illness" in a group of patients with mental illnesses

The "family" circle became closer to the "self" circle in 13.9% of patients (Figure 23), and the "work" circle approached in 8.3% of patients (Figure 24).

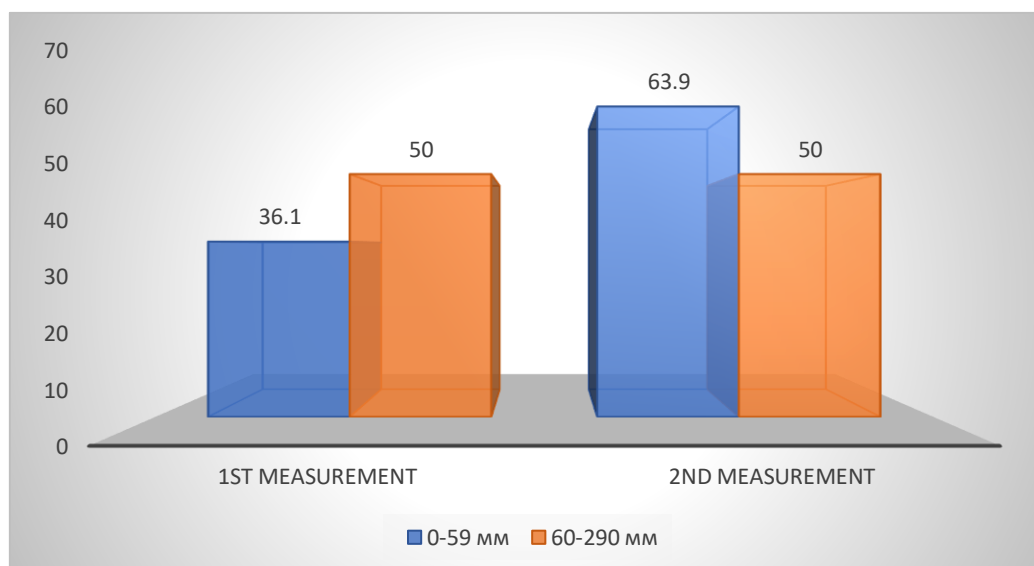


Figure 23 – Dynamics of "self-family" in the group of patients with mental illness

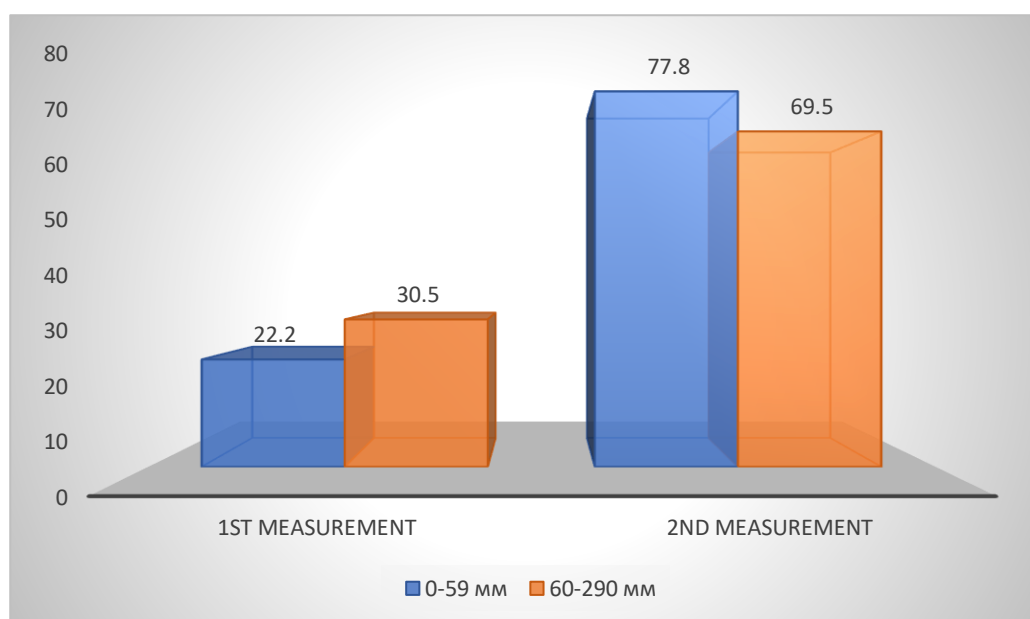


Figure 24 – Dynamics of "self-work" in the group of patients with mental illnesses

The application of the pictorial method of MOBIS showed the absence of significant differences between the studied groups in terms of dynamics.

#### *Quality of Life (according to SF-36)*

The dynamics of the general physical health indicators was assessed according to the method of assessing the quality of life using the SF-36 questionnaire in the study

groups. The T-Wilcoxon statistical test was used for the related samples, in order to assess the significance of the differences between the measurements (Table 14, Table 15)

Table 14 – The results of the Comparative Quality of Life Analysis (SF-36), Dynamics of PH and MH in the Post-brain damage group

Indicators of the SF-36 Quality of Life Methodology (dynamics of indicators in the group of patients after brain damage)	total		Dynamics		T-test	p-value
	Avg. value	Standard deviation	Avg. value	Standard deviation		
<i>Physical Health</i>	24,3	11,2	31,4	11,1	122	0.000
<i>Mental Health</i>	44.4	10.0	44.1	12,4	395	0.840

As can be seen from the table, there is one significant difference between the values of the indicator PH (physical health), the value of which becomes higher by the second measurement (T=122, p=0.000). In the group of patients after brain damage, it can be said that the assessment of satisfaction with their physical condition increases.

Table 15 – Results of the comparative analysis obtained by the quality of life assessment (SF-36), the dynamics of physical and mental health indicators in the group of patients with mental illnesses

Indicators of the SF-36 Quality of Life Methodology (dynamics of indicators in the group of patients t the national centre for mental health)	total		Dynamics		U-test	p-value
	Avg. value	Standard deviation	Avg. value	Standard deviation		
<i>Physical Health</i>	30.4	11,9	31.9	12.5	264	0.404
<i>Mental Health</i>	29.8	8.6	42,4	11,8	40	0.000

In the group of patients with mental illnesses, the assessment of physical health was unchanged. At the same time, the assessment of mental health is increased (MH indicator: increase in lowered level (51.4% against 36.7%) and increased (23.6% against 3.3%), which also indicates a positive dynamics), the difference is statistically significant (T=40, p=0.000).

Significant differences between groups in terms of dynamics were identified. In patients with brain damage, mental health is significantly higher than in patients with

mental disorders ( $U=355$ ,  $p<0.001$ ), as well as a higher level of general health ( $U=369.5$   $p<0.001$ ) and role functioning due to emotional state ( $U=488.5$   $p=0.01$ ).

### *3.4 Connection of a person's rehabilitation potential to psychological parameters*

A correlation analysis of the rehabilitation potential of the individual and its components with the results of other methods was carried out. The sample for most parameters in both groups had a different distribution from the normal (Shapiro-Wilk coefficient  $W<0.99$ ), respectively, a non-parametric method of studying the Spearman correlation was used.

#### *Relationship between the type of attitude to the illness and the rehabilitation potential of the individual*

The study showed that the types of attitude to illness have predominantly inverse correlations with the rehabilitation potential of the individual and its components (Table 16 and Table 17).

Table 16 – Connection of types of attitudes to illness and the rehabilitation potential of the individual in patients with mental illness

Correlation connections	P-value $<0.001$
The internal picture of the illness - anxious type of attitude towards the illness	$r=-0.41$
Internal picture of the illness - melancholic type of attitude to the illness	$r=-0.48$
Internal picture of the illness - paranoid type of attitude toward the illness	$r=-0.46$
Internal picture of the illness - dysphoric type of attitude to the illness	$r=-0.41$
Motivational component - dysphoric type of attitude to the illness	$r=-0.34$
Motivational component - neurasthenic type of attitude to the illness	$r=-0.35$
Emotional component - a dysphoric type of attitude to illness	$r=-0.35$
Communicative component – anosognosic type of attitude to the illness	$r=0.33$
Self-assessment component - neurasthenic type of attitude to the illness	$r=-0.35$
Rehabilitation Potential of the individual - dysphoric Illness Attitude	$r=-0.52$
Rehabilitation potential of the individual - neurasthenic type of attitude to the illness	$r=-0.41$



Table 16, shows a positive attitude only in the communicative component of the rehabilitation potential of the person with the anosognosic type of attitude to the illness. The remaining correlations of the rehabilitation potential of the individual (and its components) have a negative relationship with the types of attitude to the illness.

Table 17 – Relationship between the types of attitude to the illness and the rehabilitation potential of the individual in patients after brain damage

Correlation connections	Spearman's rank correlation coefficient, r. p<0.001
The internal picture of the illness - anxious type of attitude towards the illness	r=-0.35
Internal picture of the illness - sensitive type of attitude to the illness	r=-0.35
Emotional component - anxious type of attitude towards the illness	r=-0.34
Self-assessment component - anxious type of attitude towards the illness	r=-0.37
Self-assessment component - a harmonious type of attitude to the illness	r=-0.41
Rehabilitation potential of the individual - anosognosic type of attitude to the illness	r=0.33
Rehabilitation potential of the personality - anxious type of attitude to the illness	r=-0.31

In the group of patients after brain damage, there is a positive relationship between the rehabilitation potential of the individual and an anosognosic type of attitude to the illness; and the self-assessment component of the rehabilitation potential of the individual with a harmonious type of attitude to the illness. The selected types of attitude to the illness are adaptive, which is similar to the picture in the group of patients with mental illnesses. Negative relationships have been identified between the rehabilitation potential of the individual (and its components) with maladaptive types of attitude to the illness.

It is important to note that in the group of patients with mental illnesses, a positive relationship was found between the anosognosic type with a communicative component, and in the group of patients after brain damage with a self-assessment component and the overall rehabilitation potential of the individual.

It is also important that in the group of patients with mental illnesses, a positive connection of the motivational component was established with two types of attitude to the illness: dysphoric and neurasthenic types. In patients after brain damage, there was no connection with the motivational component of the rehabilitation potential of the individual.

Thus, the correlation analysis revealed a large number of both positive and negative correlations between the rehabilitation potential of the individual and the types of attitude to the illness (adaptive and non-adaptive) in psychiatric and post-brain damage patients.

*Relationship between depression and anxiety and the rehabilitation potential of the individual*

Table 18 presents the correlations of depression with the rehabilitation potential of the individual in the group of patients with mental illnesses.

Table 18 – Relationship between depression and individual rehabilitation potential in patients with mental illness \*

	Rehabilitation Potential of the Individual				
	IPD	MC	EC	CC	RPI
Depression	r=-0.5	r=0.29	r=-0.4	r=0.39	r=-0.4

\* $p < 0,001$ . Note: IPD – internal picture of the illness; MC – motivational component; EC - emotional component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the individual.

The higher the level of depression, the less the patient's understanding of his/her illness (IPD) and the degree of intensity of the emotional component, and the higher the motivational component and communicative, as well as the overall indicator of the rehabilitation potential of the individual.

In the group of patients after brain damage, there was no association of depression with the rehabilitation potential of the individual, despite the fact that depression was also identified in patients in this group.

Table 19 presents the correlations between anxiety and the rehabilitation potential of the individual.

As can be seen from the table, the higher the situational and personal anxiety, the less the patient's understanding of his illness (IPD) and the emotional component, and the higher the motivational and communicative components, as well as the overall indicator of the person's rehabilitation potential.

Table 19 – The relationship between anxiety and and the rehabilitation potential of the individual in patients with mental illness

	Rehabilitation Potential of the Individual				
	IPD	MC	EC	CC	RPI
Situational anxiety	r=-0.61	r=-0.35	r=-0.54	r=0.44	r=0.42
Individual anxiety	r=-0.57	r=0.44	r=-0.54	r=0.56	r=0.53

\*  $p < 0,001$ . Note: IPD – internal picture of the illness; MC – motivational component; EC - emotional component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the individual.

There was no association between anxiety and personality rehabilitation potential in patients after brain damage.

*The level of subjective control and rehabilitation potential of the individual*

Given the existence of links between the level of subjective control and the overall indicator on the rehabilitation potential of the individual, it is important to include the study of this phenomenon in determining of the psychological rehabilitation potential in patients after brain damage (Table 20).

Table 20 – Relationship between the level of subjective control and rehabilitation potential of the individual in patients with mental illness and after brain damage\*

	IPD	SC	CC	RPI
Patients with mental illness				
Internality in achievement	r=-0.37	-	r=-0.34	-
Internality in the area of failures	r=-0.34	-	-	-
Patients after brain damage				
Internality in achievement	r=-0.31	r=0.36	-	r=0.38
Internality in family relations	-	r=0.33	-	r=-0.35
Internality in the field of work	r=-0.37	r=-0.37	-	r=-0.35

\*  $p < 0.05$ . Note: IPD – internal picture of the illness; SC – self-assessment component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the person.

*Relationship between the resource index and the rehabilitation potential of the individual*

In patients after brain damage, the resource index is related to the self-assessment component ( $r=0.24$ ,  $p<0.001$ ). It was not identified with the general indicator of the rehabilitation potential of the individual or other components.

In patients with mental illnesses, the connection between the resource index and the rehabilitation potential of the individual (and its components) was not found.

*Relationship between temperament and the rehabilitation potential of the individual*

A relationship was established between the type of temperament according to the TCI-125 method and the rehabilitation potential of the person. Thus, in the group of patients with mental illnesses, it was established that the more a person exhibits the type of temperament "Avoidance of potential danger or possible damage", the less perception a person has of their illness ( $r=-0.54$ ,  $p<0.001$ ) and a more negative emotional background of life ( $r=-0.45$ ,  $p<0.001$ ), but at the same time, the more motivated they are to recover ( $r=0.38$ ,  $p<0.001$ ).

Also in the group of patients with mental illnesses, it was noted that the greater the manifestation of temperament "Avoidance of potential danger or possible damage" type, the greater the need for communication with other people ( $r=0.50$ ,  $p<0.001$ ) and the higher the overall indicator of the person's rehabilitation potential ( $r=0.48$ ,  $p<0.001$ ).

The higher the dependence on social assessment, the less perception the patient has of their disease ( $r=-0.25$ ,  $p=0.022$ ) and the higher the motivational component ( $r=0.23$ ,  $p=0.043$ ).

Self-directedness is directly related to the self-assessment component of the rehabilitation potential of the individual in the group of patients with mental illnesses ( $r=0.25$ ,  $p=0.021$ ).

In the group of patients after brain damage, the higher the level of self-directedness, the greater the motivation for rehabilitation ( $r=0.34$ ,  $p=0.035$ ), the higher the self-

assessment component ( $r=0.31$ ,  $p=0.041$ ), the need for communication ( $r=0.49$ ,  $p=0.001$ ) and the higher the overall indicator of the person's rehabilitation potential ( $r=0.36$ ,  $p=0.022$ ).

*The relationship between family relations (according to the "Family Relationship Scale") and the rehabilitation potential of the individual*

Analysis of the relationships of the family relations scale and the rehabilitation potential of the individual showed numerous correlations of patients with mental illnesses and single correlations in patients after brain damage (Table 21 and Table 22).

Table 21 – The relationship between the family environment and the rehabilitation potential of the individual and its components in patients with mental illness ( $p<0,05$ )

FES Scales	EC	CC
Family unity	-	( $r=0.35$ , $p=0.026$ )
Achievement Orientation	( $r=0.33$ , $p=0.035$ )	-
Intellectual and cultural orientation	-	( $r=0.35$ , $p=0.025$ )

*Note: EC - emotional component; CC - communicative component.*

Table 22 – Relationship between the family environment and the rehabilitation potential of the individual and its components in patients after brain damage ( $p<0,05$ )

FES Scales	IPD - internal picture of disease	MC	EC	CC	RPI
Family unity	$r=0.3$ , $p=0.007$	$r=-0.31$ , $p=0.006$	$r=0.25$ , $p=0.02$	$r=-0.35$ , $p<0.001$	$r=-0.29$ , $p=0.009$
Independence	$r=0.27$ , $p=0.016$	$r=-0.32$ , $p=0.003$	$r=0.25$ , $p=0.027$	$r=0.3$ , $p=0.007$	$r=-0.28$ , $p=0.01$
Achievement Orientation	$r=0.44$ , $p<0.001$	$r=-0.23$ , $p=0.044$	$r=0.42$ , $p=0.026$	$r=-0.34$ , $p=0.002$	$r=0.3$ , $p=0.007$
Orientation towards active recreation	$r=0.29$ , $p=0.011$	-	$r=0.26$ , $p=0.020$	$r=-0.23$ , $p=0.04$	-
Organisation	$r=0.26$ , $p=0.022$	-	$r=0.24$ , $p=0.031$	$r=-0.26$ , $p=0.02$	$r=-0.22$ , $p=0.04$
Control	$r=0.48$ , $p<0.05$	$r=-0.38$ , $p<0.001$	$r=0.47$ , $p<0.001$	$r=-0.5$ , $p<0.001$	$r=-0.46$ , $p<0.001$
Conflict	-	-	-	$r=0.25$ , $p=0.02$	$r=-0.24$ , $p=0.032$

*Note: IPD – internal picture of the disease; MC – motivational component; EC - emotional component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the individual.*

Tables 21 and 22 show that the family environment scale in patients with mental illness is related to the rehabilitation potential of the individual and its components, while in the group of patients after cerebral brain damage, these connections were much smaller and the scores on the scales of the family environment are not related to the rehabilitation potential of the person, but are related only to emotional and communicative components.

*Gelotophobia as a factor in the rehabilitation potential of the individual*

In patients with psychiatric disorders, gelotophobia is inversely related to the internal picture of the disease ( $r=-0.45$ ,  $p<0.05$ ). The higher the severity of the fear of ridicule, the less the patient's perception of his/her illness, which can complicate the rehabilitation process.

In patients with brain damage, gelotophobia is associated with the emotional component of the rehabilitation potential of the individual ( $r=-0.39$ ,  $p<0.05$ ). This suggests that the fear of ridicule can negatively affect the emotional background of the patient's life, his dynamics in connection with the disease and the possibility of regulating emotional reactions, which in turn can lead to a slowdown in the rehabilitation process. And vice versa: negative emotional background, the inability to regulate emotional reactions can increase the fear of ridicule.

*Relationship between self-stigmatization and the rehabilitation potential of the individual*

The relationship of self-stigmatization and the rehabilitation potential of the individual was not highlighted in any of the groups under study.

*The relationship between coping strategies (COPE scale) and the rehabilitation potential of the individual*

Studying the type of coping behaviour was found to be more important for determining the psychological rehabilitation potential in a group of patients with mental disorders than for patients after brain damage (Table 23 and Table 24).

Table 23 – Connection between Coping Strategies and Rehabilitation Potential of the Individual in Patients with Mental Illness

Type of coping behaviour	IPD - internal picture of disease	MC	EC	CC	RPI
Mental distancing from the problem	r=-0.37, p<0.001	-	r=-0.39, p<0.001	r=0.3, p=0.006	r=0.28, p=0.013
Concentration on emotions and their expression	r=-0.37, p<0.001	r=0.41, p<0.001	r=0.3, p=0.007	r=0.41, p<0.001	r=-0.37, p<0.001
Instrumental social support	r=0.3, p=0.006	-	r=-0.26, p=0.023	-	-
Behavioural distancing from the problem	r=-0.34, p=0.002	r=0.27, p=0.017	r=-0.37, p<0.001	r=0.4, p<0.001	-
Emotional social support	r=-0.38, p<0.001	-	r=-0.34, p=0.002	r=0.24, p=0.035	r=0.28, p=0.014
Use of "sedatives"	r=-0.26, p=0.021	r=0.27, p=0.016	r=-0.31, p=0.005	r=0.36, p<0.001	r=-0.37, p<0.001
Humour	-	r=0.25, p=0.025	r=-0.23, p=0.043	r=-0.31, p=0.005	r=0.3, p=0.007
Acceptance	-	-	-	r=-0.31, p=0.005	r=0.32, p=0.004

*Note: IPD – internal picture of the disease; MC – motivational component; EC - emotional component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the individual.*

It can be noted that the higher the perception of mental illness in patients, the lower the manifestation of non-adaptive strategies such as "mental distancing from the problem", "concentration on emotions and their expression", "behavioural distancing from the problem", "use of sedatives", but also the lower the manifestation of adaptive coping, such as "instrumental social support" and "emotional social support".

The higher the motivation for rehabilitation in patients with mental illnesses, the higher the manifestation of mostly inappropriate coping strategies: "Focusing on emotions and their expression", "Behavioural distancing from the problem", "Use of sedatives" and higher the manifestation of an adaptive strategy "Humour".

The higher the manifestation of the emotional component of the person's rehabilitation potential, the less frequent is the use of non-adaptive coping behaviour, such as: "Mental distancing from the problem", "Behavioural distancing from the

problem", "Focusing on emotions and their expression" and "Use of" sedatives "", but at the same time, the reduction of adaptive coping behaviour: "Instrumental social support", "Emotional social support", "Humour".

The higher the manifestation of the communicative component of the person's rehabilitation potential, the higher the manifestation of predominantly non-adaptive coping strategies such as: "Mental distancing from the problem", "Focusing on emotions and their expression", "Behavioural distancing from the problem", "Use of sedatives"; and adaptive strategies: "Emotional social support", "Humour" and "Acceptance".

The higher the overall rehabilitation potential score of the individual, the higher the manifestation of non-adaptive coping strategies such as: "Mental distancing from the problem", "Concentration on emotions and expressing them", "Use of sedatives"; and adaptive strategies: "Emotional social support", "Humour" and "Acceptance".

Table 24 – The relationship between coping strategies and the rehabilitation potential of the individual and its components in patients after brain damage

Type of coping behaviour	MC	EC	CC	RPI
Instrumental social support	( $r=0.33$ , $p=0.035$ )	$r=0.33$ , $p=0.038$	-	$r=0.34$ , $p=0.02$
Positive reformulation	-	$r=0.41$ , $p=0.007$	-	$r=0.37$ , $p=0.01$
Use of "sedatives"	-	-	$r=-0.37$ , $p=0.01$	-

*Note: IPD – internal picture of the disease; MC – motivational component; EC - emotional component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the individual.*

As can be seen from Table 23, in the group of patients after brain damage, the rehabilitation potential of the individual and its components are associated only with adaptive coping strategies. The higher the communicative component of the person's rehabilitation potential, the lower the use of maladaptive coping strategy "Use of sedatives".



*Quality of life and rehabilitation potential of the individual*

When examining the quality of life of patients, it was found that only the indicator on mental health has a relationship with the rehabilitation potential of the individual and only in the group of patients with mental illnesses (Table 25).

Table 25 – Relationship between quality of life and rehabilitation potential of the individual in patients with mental illness, ( $p < 0.05$ )

	IPD - internal picture of disease	MC	EC	SC	CC	RPI
Physical Health	-	-	-	-	-	-
Mental Health	$r=0.32$	$r=0.32$	$r=0.25$	$r=-0.48$	$r=-0.34$	$r=0.49$

*Note: IPD – internal picture of the disease; MC – motivational component; EC - emotional component; SC - self-assessment component; CC – communicative component; RPI – rehabilitation potential of the individual.*

The higher the indicators of mental health according to the quality of life questionnaire, the better the patient's understanding of their illness, the higher the motivation, the higher the emotional, self-esteem and communicative components, as well as the overall rehabilitation potential of the individual.

The relationship of the quality of life with the rehabilitation potential of the individual in the group of patients after brain damage was not established. This suggests the conclusion that the study of this phenomenon is not relevant for the structure of the psychological rehabilitation potential of patients after brain damage.

*Relationship between medical rehabilitation potential and the rehabilitation potential of the individual in the group of patients after brain damage.*

The relationships of psychological parameters with medical rehabilitation potential were considered separately in the group of patients after brain damage (Figure 25)

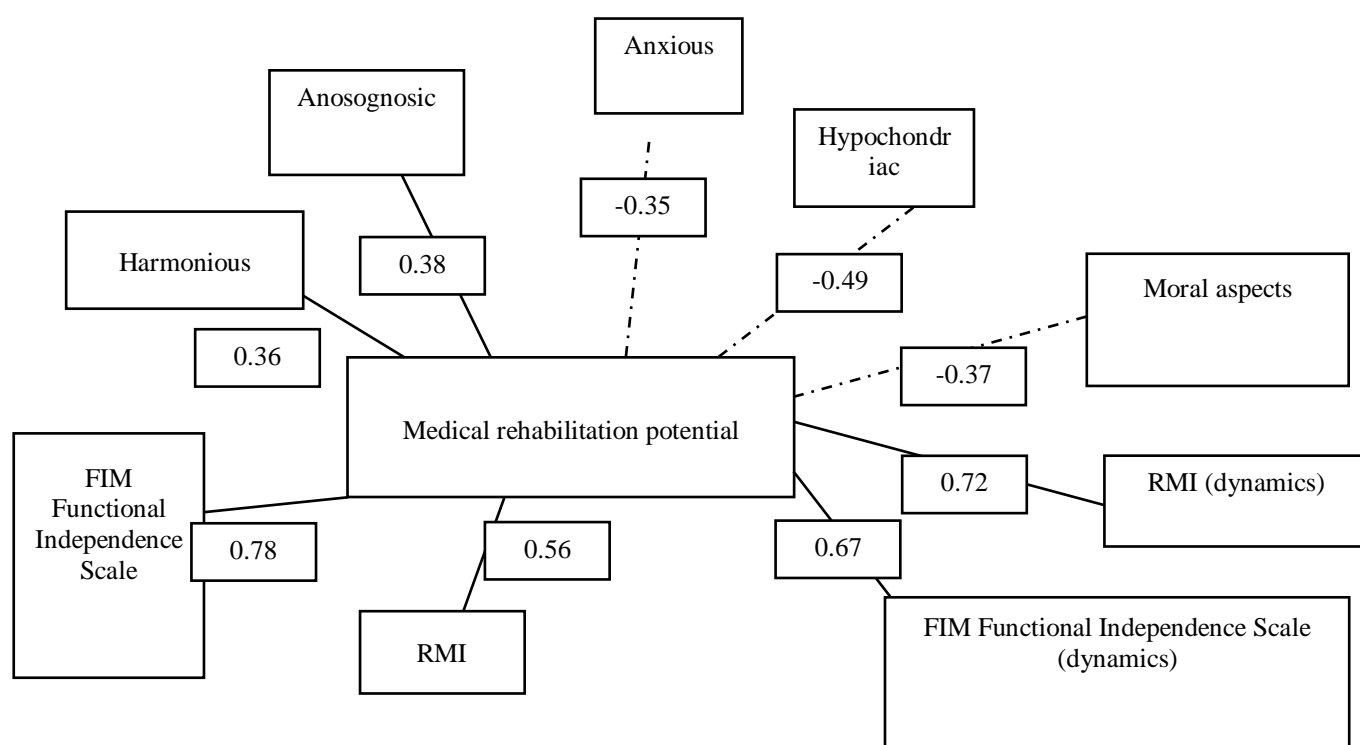


Figure 25 – Connection between medical rehabilitation potential and psychological parameters in the group of patients after brain damage. The correlation relationships are significant at the level of  $p \leq 0.05$ . *Note:* positive correlations are indicated by a straight line; negative correlations are indicated by a dashed line.

Figure 25 shows the multiple relationships of medical rehabilitation potential with the types of attitude to the disease, the scale of functional independence and the moral aspects of the family environment.

This suggests that the higher the medical rehabilitation potential in patients after brain damage, the higher the manifestation of adaptive types of attitude in the disease – harmonious and anosognosic and the lower the manifestation of maladaptive types: anxious and hypochondriac.

The MRP is directly linked to the Functional Independence Scale and the Mobility Index, both before rehabilitation and dynamically. This suggests that the better the physical condition of the patient, the more independent they are, and the higher the medical rehabilitation potential.

An inverse relationship between MRP and moral aspects on the scale of the family environment was also established. This means that the higher the MRP, the lower the degree of family respect for ethical and moral values and situations.

### *3.5 Identification of significant factors of psychological rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage*

In order to identify the leading factors of psychological rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage, a multivariate factor analysis by the main component method was used. This statistical method allowed the grouping and isolation of common components of the PRP.

In accordance with the criterion of "scree plot", which allows the rational choice of a number of components, 3 factors *for a group of patients with mental illnesses* were considered (Figure 26).

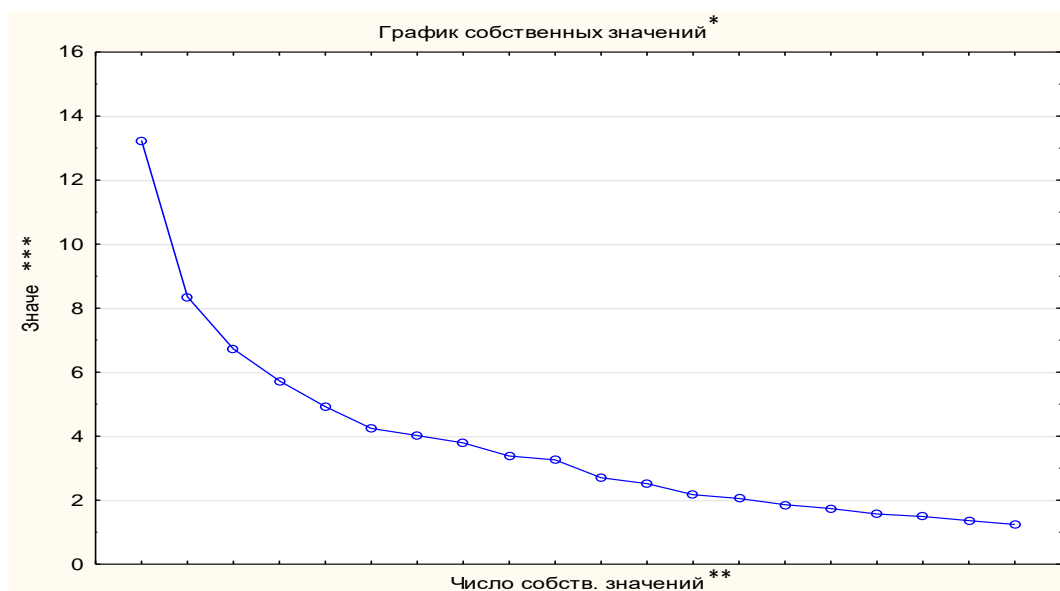


Figure 26 – Criterion of “scree plot” for the group of patients with mental illnesses. Note: \* Scale of proper values; \*\*Number of own values; \*\*\*value

The total variance of the three factors explains 31.43% of the obtained indicators (Table 26). Factor loads analyzed  $> 0.4$ .

The first factor F1 (Dp – 14.13%) included 34 indicators related to temperament, anxiety and depression, attitude to humour and laughter, self-stigmatization, coping with stress, level of subjective control, rehabilitation potential of the individual and type of attitude to the disease. Based on the composition of the components in F1, it was called “Active Disease Control”.

Table 26 – The composition of factors and factor loads in the group of patients with depressive syndrome in mental diseases

Factor	Variables (indicators, tests)	Factor load
F1 “Active overcoming of illness”	Socially desirable behaviour (TCI-125 temperament)	0,764
	Depression (Beck Depression Inventory)	-0,683
	Gelotophobia (PPK-30 questionnaire)	-0,682
	Internality Scale Achievement Domain (ID) (Subjective Control Level Questionnaire)	0,661
	Mental health (SF-36 quality of life)	0,646
	Avoidance of potential danger or possible damage (TCI-125 temperament)	-0,617
	Internality scale in the field of interpersonal relations (IR) (questionnaire "Level of subjective control")	0,616
	Internal picture of the illness (the "Rehabilitation Potential of the Individual" method)	0,616
	Neurasthenic (type of attitude to illness TAIL)	-0,603
	Dysphoric (type of attitude to illness TAIL)	-0,597
	Sensitive (type of attitude to illness TAIL)	-0,589
	Vital Activity (SF-36 Quality of Life)	0,587
	General indicator of the rehabilitation potential of the individual	0,572
	Active coping (COPE questionnaire)	0,566
	Anxious (type of attitude to illness TAIL)	-0,557
	Family unity (Family Environment Scale)	0,544
	Internality Scale of Failure (In) (Subjective Control Level Questionnaire)	0,54
	Hypochondriac (type of attitude to illness TAIL)	-0,523
	Positive reformulation (COPE questionnaire)	0,522
	Paranoid (type of attitude to illness TAIL)	-0,504
	Internality Scale in Family Relationships (IS) (Subjective Control Level Questionnaire)	0,497
	Behavioural distancing from the problem (COPE questionnaire)	-0,491
	Self-stigmatization (ISMI-9 questionnaire)	-0,479
	Egocentric (type of attitude to illness TAIL)	-0,474
	Internality scale in the area of work (Iw) (Subjective Control Level)	0,469
	Melancholic (type of attitude to illness TAIL)	-0,456
	Conflict (Family Environment Scale)	0.455

Table 26 continuation

Factor	Variables (indicators, tests)	Factor load
F1 "Active overcoming of illness"	Situational anxiety (integrative anxiety test)	-0,451
	Physical health (SF-36 quality of life)	0.443
	Communication component ("Rehabilitation potential of the individual" methodology)	0.421
	Intellectual and Cultural Orientation (Family Environment Scale)	0.419
	Apathetic (type of attitude to illness TAIL)	-0,416
	Focus on active leisure (family environment scale)	0.412
F2 "Mental and Physical Functioning"	Physical functioning (SF-36 quality of life)	0,861
	Pain intensity (SF-36 quality of life)	0.725
	General health condition (SF-36 quality of life)	0.682
	Physical Role Functioning conditioned by physical condition (SF-36 Quality of Life)	0,562
	Suppression (COPE questionnaire)	-0.462
	Social functioning (SF-36 quality of life)	-0,404
F3 "Social interaction"	Instrumental social support (COPE questionnaire)	0.645
	Emotional social support (COPE questionnaire)	0.591
	Dependence on social assessment (TCI-125 temperament)	0,562
	Internality Scale in the area of health (Subjective Control Level Questionnaire)	-0,535
	Concentration on emotions and their expression (COPE questionnaire)	0.462
	Role Functioning conditioned by emotional condition (SF-36 Quality of Life)	0.446
	Katagelasticism (PPK-30 questionnaire)	-0,431
	Independence (Family Environment Scale)	0.408
Expressiveness (family environment scale)	0.406	

The composition of the second most important factor F2 (Dp – 10.12%) included mainly quality of life indicators (see Table 26). These were, in particular, various kinds of functioning: role, social and physical, as well as the intensity of pain and the general state of health. A separate indicator "suppression" refers to the type of coping behaviour and has a negative factor load, which indicates active coping with a stressful situation. Since all parameters are related to physical and mental functioning, the second factor was called the "Mental and physical functioning" factor.

The third most important factor F3 (Dp – 7.18%) included indicators related to social interaction (see Table 26), in terms of dependence. Dependence on social support, expression of emotions, expressiveness and search for social support. Since katagelasticism is a tendency to ridicule others, and this indicator has a negative factor load, which indicates the opposite "effect", it can also be attributed to positive social interaction.

Further, a factor analysis of the components of psychological rehabilitation potential in patients with depressive *syndrome after brain* damage was carried out.

Using "scree plotting", 3 factors were distinguished for the group of patients after brain damage (Figure 27).

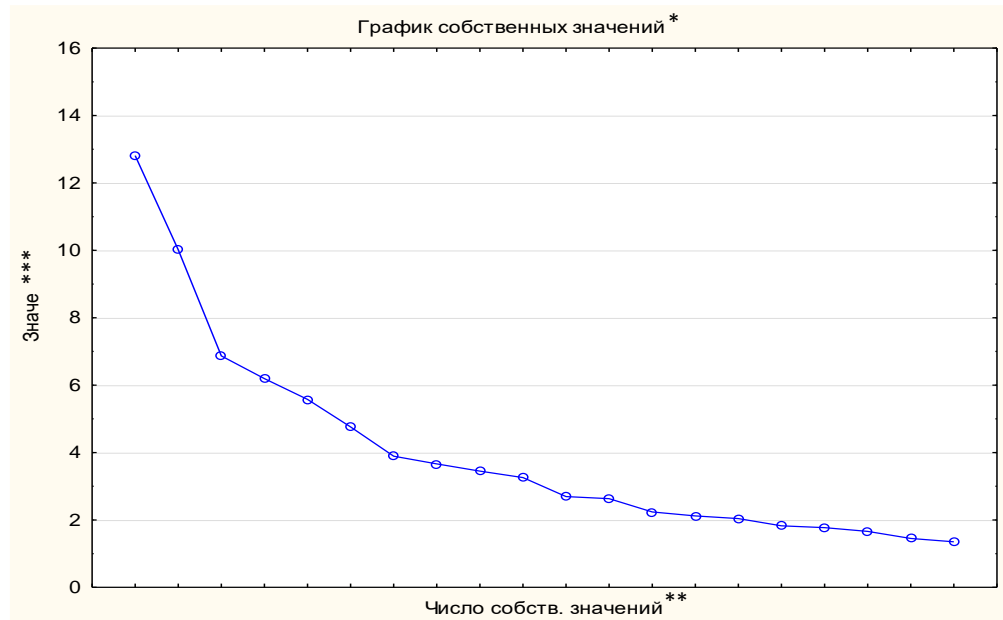


Figure 27. "Scree plotting" for the group of patients after brain damage. Note: \* Scale of proper values; \*\*Number of own values; \*\*\*value

The total variance of the three factors covers 33.37% of the indicators obtained . Factor loads analyzed  $> 0.4$ .

The first factor F1 (Dp – 14.2%) included 30 indicators related to the COPE questionnaire, quality of life (SF-36), the family environment scale and gelotophobia (see Table 27 As in patients with mental illnesses, in patients after brain damage, the first, most significant factor included the indicators "active coping", "gelotophobia", "vital activity", "focus on active rest", "cohesion" and "physical health". However, they are either of lesser or of opposite significance. Also in factor F1 there are indicators related to social support and social interaction, but with a negative value of the factor load, which made it possible to call this factor "social isolation".

Table 27 – The composition of factors and factor loads in the group of patients with depressive syndrome after brain damage

Factor	Variables (indicators, tests)	Factor load
F1 F1 “Social isolation”	Emotional social support (COPE questionnaire)	-0,749
	Physical Role Functioning conditioned by physical condition (SF-36 Quality of Life)	0.7
	Mental distancing from the problem (COPE questionnaire)	-0.714
	Instrumental social support (COPE questionnaire)	-0,713
	Physical functioning (SF-36 quality of life)	0.676
	Moral aspects (family environment scale)	-0,658
	Pain intensity (SF-36 quality of life)	0.653
	General health condition (SF-36 quality of life)	0.65
	Positive reformulation (COPE questionnaire)	-0,646
	Focus on active leisure (family environment scale)	-0,646
	Organization (Family Environment Scale)	-0,572
	Family unity (Family Environment Scale)	-0,567
	Planning (Family Environment Scale)	-0,565
	Vital Activity (SF-36 Quality of Life)	0.542
	Acceptance (COPE questionnaire)	-0,538
	Intellectual and Cultural Orientation (Family Environment Scale)	-0,536
	Achievement Orientation (Family Environment Scale)	-0,536
	Control (Family Environment Scale)	-0,529
	Active coping (COPE questionnaire)	-0,521
	Concentration on emotions and their expression (COPE questionnaire)	-0,501
	Expressiveness (family environment scale)	-0,482
	Independence (Family Environment Scale)	-0,481
	Suppression of competing activities (family environment scale)	-0,481
	Situational anxiety (integrative anxiety test)	0.455
	Turning to religion (COPE questionnaire)	-0,438
	Gelotophobia (PPK-30 questionnaire)	0.435
	Physical health (SF-36 quality of life)	0.402
	Negation (COPE questionnaire)	-0,416
Humour (COPE questionnaire)	-0,419	
Suppression coping (COPE questionnaire)	-0,426	
F2 "Negative attitude to illness”	Rivermid Mobility Index	-0,584
	General indicator of the rehabilitation potential of the individual ("Rehabilitation potential of the individual" methodology)	-0,577
	Anxious (type of attitude to illness TAIL)	0.568
	FIM Functional Independence Scale	-0,565
	Resource index (questionnaire of acquired and lost resources)	-0,554
	Internality Scale Achievement Domain (ID) (Subjective Control Level Questionnaire)	-0,551
	Internal picture of the illness (the "Rehabilitation Potential of the Individual" method)	-0,548
	Hypochondriac (type of attitude to illness TAIL)	0.531

Table 27 continuation

Factor	Variables (indicators, tests)	Factor load
F2 "Negative attitude to illness"	Self-assessment component ("Rehabilitation Potential of the Individual" methodology)	-0,531
	Internality Scale in Family Relationships (IS) (Subjective Control Level Questionnaire)	-0,519
	Harmonious (type of attitude to illness TAIL)	-0,518
	General mental health condition (SF-36 quality of life)	-0,511
	Anosognosic (type of attitude to illness TAIL)	-0,501
	Medical rehabilitation potential	-0,494
	Melancholic (type of attitude to illness TAIL)	0,443
	Role Functioning conditioned by emotional condition (SF-36 Quality of Life)	-0,439
	Depression (Beck Depression Inventory)	0,437
	Ergopathic (type of attitude to illness TAIL)	-0,437
	Apathetic (type of attitude to illness TAIL)	0,416
	Emotional component (Rehabilitation Potential of the Individual Methodology)	-0,411
F3 "Activity"	Social functioning (SF-36 quality of life)	0,646
	Physical functioning (SF-36 quality of life)	0,612
	Egocentric (type of attitude to illness TAIL)	0,554
	Neurasthenic (type of attitude to illness TAIL)	0,458

The composition of the second most important factor F2 (Dp – 11.06%) included mainly maladaptive types of attitude to illness with a direct relationship (see Table 27): apathetic, hypochondriac, melancholic and adaptive types with feedback: ergopathic, anosognosic, harmonious. The experience of the illness (internal picture of the illness, resource index, depression) brings both positive feelings, as well as emotional components. Since all parameters are related to the type of attitude to the illness and a negative emotional state, the second factor was called "Negative attitude to the illness".

The third most important factor F3 (Dp – 8.1%) included quality of life indicators and types of attitude to the illness. The most important factor in this factor is social and physical functioning. Since these parameters refer to activity (social and physical), and the specified types of attitude to illness disease in terms of working (ergopathic type of attitude to illness) and "irritable" activity (neurasthenic type of attitude to illness), this scale was called "Activity".



Further, the qualitative composition of the identified factors in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage was analyzed. The results are also shown in table. 28.

Table 28 – Qualitative composition of factors in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage

Factor and its factor weight	
Patients with mental illness	Patients after brain damage
F1 “Active overcoming of illness”, 34 variables, DP – 14.13%	F1 “Social isolation”, 30 variables, DP – 14.2%
F2 “Mental and Physical Functioning”, 6 variables, Dp – 10.12%	F2 "Negative attitude to the illness, 20 variables, Dp – 11.06%
F3 "Social interaction", 9 variables, Dp – 7.18%	F3 “Activity”, 4 variables, Dp – 8.11%
Total dispersion – 31.43%	Total dispersion – 33.37%

In this way, factor analysis allows for factors to be identified in each group of patients which can affect the psychological rehabilitation potential. One important conclusion that emerges from the results of the factor analysis is the lack of homogeneity of the phenomenon of psychological rehabilitation potential. Common to both groups is the presence of three factors in the group of patients with mental illness and three factors in the group of patients after brain damage. However, the content of these factors in the groups is different.

## CHAPTER 4 DISCUSSION OF THE RESULTS

As the analysis of the literature shows, in modern studies of human health, two groups of approaches to the study of the rehabilitation potential of the individual can be distinguished: biomedical and psychological. According to the first group of approaches, the potential for recovery is associated with the functional state of the body which has a certain ability to adequately cope with the illness. The second, psychological, approach is based on the study of a multifaceted combination of individual psychological characteristics [16;38;63].

Most of the studies are devoted to a separate study of rehabilitation potential and psychological rehabilitation potential. This work focuses on the joint clinical and psychological study of RP and RPI in patients with depressive syndrome after brain damage as well as on identifying significant components of the rehabilitation potential of the individual for each of the groups studied.

The data identified in the dissertation confirm and expand the psychological content of the model of psychological rehabilitation potential of the individual as defined by Porokhina Zh.V. [63] and Kulagina I.Yu. [46]. The data supplements it with the clinical and psychological characteristics of patients after brain damage and in mental illnesses, thus allowing a differentiated clinical and psychological assessment of the components of the rehabilitation potential of the individual of patients who are able to influence rehabilitation.

### *4.1 Discussion of the results of the analysis of the views of specialists about the rehabilitation potential and the practical application of its study*

The first and necessary step was to identify the current ideas among specialists about rehabilitation potential and psychological rehabilitation potential and the practical application of its study.

The results of the study show that the concept of rehabilitation potential among specialists in different branches of medicine differs in interpretation, both in terms of the concept itself and important factors for its determination. It is possible to divide specialists into groups in terms of their understanding of rehabilitation potential.

For example, anaesthesiologists and reanimators rely only on the physical component in assessing rehabilitation potential. These specialists either have not heard about psychological rehabilitation potential, or if they have, they do not take it into account in their work. This is generally explained by the specificities of the specialty, namely working with patients, in a reduced or vegetative states of consciousness, where the physical state of the patient comes first.

Neurologists take into account both the physical and psychological components of the rehabilitation process. As doctors, of course, they take greater account of the physical characteristics of the patient. However, neurologists also consider the patient's environment, their relations with relatives, motivational adherence to treatment and the presence of criticism to his condition, as important factors in rehabilitation, although they do not assess these features by special methods.

According to the study, psychologists and psychiatrists, due to their specialization, are aware of the psychological rehabilitation potential and evaluate its various components. However, no universal method for assessing the psychological rehabilitation potential or highlighting significant components for rehabilitation was established.

Thus, the study of psychological rehabilitation potential is relevant due to its impact on the rehabilitation process (according to experts) and the determination of significant components for patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage is necessary for the preparation of an individual rehabilitation program.

#### *4.2 Discussion of the results of the adaptation of the ISMI-9 Internalized Stigma of Illness Questionnaire*

Adaptation of the self-stigmatization questionnaire will allow to use the ISMI-9 as a reliable and simple way to determine severity of self-stigmatization, which must be

taken into account when conducting therapeutic and, first of all, psychorehabilitation measures. The next step was to adapt the Russian version of the ISMI-9 Internalized Stigma of Illness Questionnaire.

The results of the study confirmed self-stigmatization for a sample of patients in our country. The high psychometric properties of the questionnaire are also confirmed by the data established by the validation of the ISMI-9 method [18,146]. Its structure was highly consistent. The phenomena studies fully corresponded to the Russian-speaking sample. The validity of the Russia-approved questionnaire is confirmed by a correlation analysis of the types of attitude to illness, laughter, humour with the scales of the questionnaire. ISMI-9, adapted for patients with brain damage, may also be recommended.

The results obtained in the ISMI-9 questionnaire [18,146] are generally consistent with the data of the authors of the study J. Boyd and colleagues [100]. However, it is difficult to judge consistency to the full extent, since in the original study the survey procedure was conducted online, and the respondents identified themselves as mentally ill or as suffering from depression at some point in time or other, i.e. they may not have received an official diagnosis.

#### *4.3 Discussion of the results of psychological features and their relationship to the rehabilitation potential of the individual in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage*

##### *Rehabilitation potential of the individual*

An analysis of the theoretical concepts and data from Russian empirical studies allows the factors of psychological rehabilitation potential to be determined. The motivational, emotional (emotional-volitional) and cognitive components were established. When considering the rehabilitation potential of the individual as an

important component of the psychological rehabilitation potential, it is worth highlighting its components.

One of the most important personal resources of the patient is an optimistic internal picture of the illness, (in this case, the indicators on this scale will be high), which we observe in patients after brain damage. If the indicator is low, as in the case of patients with mental disorders, the internal picture of the illness is considered pessimistic and may act as a factor reducing RP.

RPI can be considered as part of personal resources and contributes to the adaptation and rehabilitation of patients. In the case of chronic illness, it is higher in the group of patients after brain damage. On the other hand, it is significantly lower in the group with mental illness. The internal picture of the illness after brain damage is more optimistic. The motivational component is more pronounced, the patient is quite active in life situations, and there is a greater interest in life.

Data obtained during the study of RPI and its components suggest a difference in the general emotional background in patients with depressive syndrome in mental illness and in patients after brain damage. Their interests and activities also vary. A study was carried out of the activity aimed at restoring health (motivational component). After brain damage, patients have a more optimistic perception of themselves, their illness and their prospects for recovery (IPD). They retain more social connections (communicative component), and rely on social support, especially family support.

#### *Temperament and character*

The study also examined temperament and character, which were subsequently considered as factors of the rehabilitation potential of the individual.

The most common type of temperament is “interpersonal interaction/cooperation” in both the group of patients after brain damage and in mental illnesses. This type is related to the socially approved traits in a person's character, increased interest in the affairs of others and a desire to participate in collective affairs. In the group of patients with mental illnesses, this type is interrelated with the communicative component of the

rehabilitation potential of the individual. This data may indicate the preservation of patient's traits as an individual and a high capacity for rehabilitation.

In the group of patients after brain damage, "Socially desirable behaviour" is also common. This type is characterized by a tendency or attitude to present themselves from the most advantageous side, and a tendency to answer questions according to social norms. This may mean that patients compensate for their physical defect. It may also suggest that if they correspond to social norms, they will be less noticed, which means that their physical deficiencies may not be noticed.

In the group of patients with mental illnesses, the temperament of "Dependence on social opinion" type is also commonly met. Such people are characterized by sentimentality and sensitivity. They do not hesitate to express their emotions openly, and they are very vulnerable and dependent on the approval of others. This type is very similar to "Socially Desirable Behaviour" (in the group of patients after brain damage). However, the type is more emotionally charged. In this case, people are not just trying to correspond to social standards, but are dependent on social assessment and social approval. The importance of social assessment can negatively affect the patient's perception of their illness. However, at the same time it can help to increase motivation for successful rehabilitation.

In the group of patients with mental illnesses, the negative influence of the "Avoidance of potential danger or possible damage" pattern of behaviour is confirmed by the identified negative relationship with the internal picture of the illness, motivational and emotional components. This suggests that the greater the manifestation of this type of temperament, the less a person has an idea of his illness. Additionally, the less they are motivated to rehabilitation and the lower the general emotional background of life; the lower the dynamics of the patient due to the illness and the possibility of regulating emotional reactions.

In the group of patients after brain damage, the character type "Avoidance of potential danger" was also encountered, but to a lesser extent than in the group of patients with mental illnesses. The statistically significant difference between the two groups for

this type suggests that patients with mental illnesses are less adaptive in terms of their temperament.

Both in the group of patients with mental illness and after brain damage, the character type "self-directedness" is encountered and a statistically significant difference was found. Patients with mental illness are more able to differentiate themselves as an autonomous subject. They have the ability to self-control, self-regulate their behaviour according to the situation, in accordance with independently chosen goals and values. This type of character in the group of patients with mental illness is interrelated with the self-assessed component of the person's rehabilitation potential. In the group of patients after brain damage this is connected with the motivational component, self-assessment, communicative and general indicator of the person's rehabilitation potential, confirming the need to study the type of temperament when assessing the psychological rehabilitation potential.

#### *Type of attitude to illness*

When dividing the types of attitudes towards illness into those in which psychological and social adaptation is either disturbed or not significantly disturbed, it should be noted that the group of patients with mental illnesses to a greater extent is characterized by types with an intrapsychological orientation (melancholic, neurasthenic, anxiety) of personal response to the illness. This can cause disorders of social adaptation and can complicate the rehabilitation process. This data is consistent with the data from another study [20].

The types of attitude to illness already identified generally correspond to the clinical picture of depression: over-depression of the illness, disbelief in recovery and impatience in examination and treatment. Also, psychiatric patients are characterized by complete indifference to the outcome of their illness. They passively submit to procedures and treatment with persistent inducement from the outside. They do not have a particular interest in what is happening around and with them.

A study of the relationship between the type of attitude to the illness and the rehabilitation potential of the individual shows that in a group of patients with mental

illnesses, an anosognosic type of attitude to the illness is associated with the communicative component of the rehabilitation potential of the individual. This type refers to conditionally adaptive types, in which there are no pronounced phenomena of mental maladaptation. Therefore, the higher the communicative component of the person's rehabilitation potential, the higher the patient's ignorance of his/her illness. This may be due to the person's persistence of criticism of illness and conscious disregard for the awareness of oneself as a sick person.

There were also many negative connections between the types of attitude to the illness and the rehabilitation potential of the individual. The selected types belong to the second and third blocks and are maladaptive types of attitude to the illness. This shows that the less the anxiety about the illness, the less the disbelief in recovery, suspicion about the illness and treatment, and the absence of outbursts of anger with a tendency to blame everyone around for their illness, the more complete a person's idea of their illness, and the more they are aware of it.

The less the manifestation of dysphoric and neurasthenic types of attitude to the illness, the higher the motivation for rehabilitation in the patient, the better the emotional background, the higher the self-esteem component and, in general, the higher the rehabilitation potential of the individual.

Ergopathic, anxious and sensitive types of attitudes towards illness in the group of patients after brain damage belong to the group of less maladaptive types compared to other types [150]. This indicates a decrease in the mental adaptation of these patients and, in turn, the relative maintenance of mental processes. It should be noted that maladaptive tendencies still remain. These include, for example, embarrassment by illness in public, "using" the illness to achieve certain goals, creating paranoid ideas about the causes and chronic course of the illness, displaying heterogeneous aggressive tendencies and blaming others for the illness. Patients with this type of attitude are characterized by a sensitive attitude to the illness, which can be most strongly influenced by pre-morbid personality traits.

In the group of patients after brain damage, the rehabilitation potential of the individual is associated with active rejection of the thought of the illness, its possible



consequences, even the denial of the obvious component. Self-assessment of the rehabilitation potential of the individual is associated with the evaluation of the patient's condition without the tendency to exaggerate its severity, but also without underestimating the severity of the illness. The patients also display a desire to actively contribute to the success of treatment in everything. The adaptive types of attitude to the illness include anosognosic and harmonic types. This can indicate the preservation of patients after brain damage and the use of adaptive types of attitude to the illness.

Patients with an anxious type of attitude to the illness have less understanding and awareness of their condition. They present a more negative emotional background of the patient's life, lower perception of their most significant qualities and attitude to themselves as a sick person, and generally lower rehabilitation potential of the individual.

Thus, it can be concluded that psychiatric patients are characterized by maladaptive types of attitude to the illness (melancholic, neurasthenic and anxiety types), while patients after brain damage are less maladaptive (harmonious and anosognosic are adaptive types, ergopathic – less adaptive).

In both study groups, the relationship between the types of attitude to the illness and the rehabilitation potential of the individual was identified. This correlates with the results of the study by I.Yu. Kulagina and L.V. Senkevich, who in their study showed the relationship between the rehabilitation potential of the individual and the adaptive types of attitude to the illness [46].

### *Depression and Anxiety*

The presence of severe and pronounced depression and high anxiety in the group of patients with mental illness is due to the specificity of the illness [98;128;139;141]. The relationship between depression and anxiety and the rehabilitation potential of the personality can be explained by the fact that in patients with mental illness, depressive and anxiety symptoms and their high manifestation are direct symptoms of the illness which affect all spheres of the patient's life. The study showed the effect of depression and anxiety on the identified level of the rehabilitation potential of the individual. This may affect the level of preservation of patients in this group. The level of anxiety

increases, patients begin to think about their illness and about overcoming it. This then increases the motivation for rehabilitation. Patients begin to seek help from those around them and thereby increase the overall indicator of the rehabilitation potential of the individual. However, at the same time, because of the patients' illness, their understanding of it is reduced, which leads to an increase in the level of depression.

In the group of patients after brain damage, the level of depression was found to be mild and there was no association with the rehabilitation potential of the individual. This may indicate that, in general, the emotional state, the presence of anxiety and depression, are not related to the psychological rehabilitation potential. Perhaps this is due to the greater level of mental preservation of this group of patients. They may not tend to depressive and anxious conditions and fully engage in rehabilitation, rather than focus on their own experiences.

Thus, psychiatric patients are characterized by a high level of situational anxiety, and patients after brain damage— mainly, moderate and low. At the same time, patients with mental disorders are characterized by a high level of personal anxiety, which suggests, in this case, anxiety as a characteristic of the personality of patients with mental disorders, in contrast to patients after brain damage.

Thus the study of this phenomenon for the purposes of psychological rehabilitation potential is significant only for the group of patients with mental illnesses, in order to increase the level of psychological rehabilitation potential through work with anxiety and depression.

#### *Level of subjective control*

The internal locus of control is inherent in both patients with mental illness and patients after brain damage. However, in the case of mental illness, it is more common for patients to consider themselves responsible for their health and, unlike patients after brain damage, they believe that recovery depends mainly on their actions. A connection with the rehabilitation potential of the individual was less clearly established than in the group of patients after brain damage, but it was still significant. A connection between the internality in the field of achievements and in the field of failures with the internal

picture of the illness suggests that patients who tend to attribute the causes of various illness to themselves, are more confident in their control over the illness, appreciate the importance and effectiveness of treatment and better understand their illness. This data is consistent with the study by E.A. Rasskazova [67] on the perception of illness in patients with mental illness with depressive syndrome. The author concluded that people with depression tend to explain the illness in terms of personal and (to a lesser extent) situational factors. They believe in the importance and effectiveness of treatment, in their ability to manage their condition, that the illness is short-term rather than cyclical.

Patients after brain damage have a greater sense of responsibility over emotionally positive events. In this case, people believe that they have achieved all the best in their lives themselves and that they are capable of successfully achieving the desired goal in the future. Internality in the field of achievements is interrelated with their internal picture of the illness, the self-evaluation component and with the rehabilitation potential of the individual. This suggests that the patient's increased control over their own success has a positive effect on awareness of the illness, perception of an individual's most significant qualities and attitude towards themselves as a sick person, as well as on taking responsibility for the rehabilitation process. Acceptance of responsibility for events occurring in family life and at work is interrelated with the attitude towards self as a patient and with the rehabilitation potential of the individual.

Given the links between the level of subjective control and the rehabilitation potential of the individual, it remains important to include this phenomenon in the structure of psychological rehabilitation potential in patients with mental illness and after brain damage.

### *Resource index*

The presence of a low resource index in the group of patients with mental illnesses indicates a low balance of life disappointments and achievements and a low adaptive potential of the individual, as well as high vulnerability to stress. However, since there is no clear relationship with the rehabilitation potential of the individual, it is difficult to

talk about the significance of the resource index in the group of patients with mental illnesses.

In patients after brain damage, lost and acquired are related to the self-assessment component of the RPI. The greater the balance between acquisition and loss, the higher the resource index, and the better the person's perception of their most significant qualities and attitude to themselves as a sick person, which can affect the rehabilitation process.

### *Family Environment Scale*

A study of the family environment in the group of patients with mental illnesses showed that one third of patients' families have a high degree of activity in the social, intellectual, cultural and political spheres of activity. A study of the family environment shows that family members often talk about social and political problems, go to concerts and performances, and often engage in intellectual discussions. This type of family relationship could not be described as close or "personal". In this case, close contact, emotional attachment can be both present and absent. Furthermore, the family environment of patients with mental illness is characterized by an average degree of relationship type, in which family members are encouraged to assert themselves, be independent and autonomous in thinking about problems and making decisions.

The lack of "achievement orientation" in this group may confirm depressive symptoms. They do not have to be best at everything, life success is not very important, there is no desire always to do everything better, and there is no desire for success in the family, etc.

Family relations in the group of patients with mental illnesses are characterized by medium cohesion and emotional openness between family members. Family values do not particularly support the personal growth of family members, and low indicators on the scale of family system management indicate a chaotic type of family organization.

Despite the lack of close communication between family members, the importance of the family environment for the rehabilitation potential of the individual in the group of patients with mental illnesses was established. The clear feelings of belonging to the family, the care of family members for each other are interrelated with the awareness of

their illness and the notion of it. It is an interesting fact that the higher the cohesion of family members in this group, the lower the motivation for treatment in patients, the lower the emotional response to the illness, and the lower the dynamics of interpersonal relations and, in general, the rehabilitation potential of the individual. This can be confirmed by the chaotic type of family organization, that is, the emotional closeness of the patient with family members leads to emotional helplessness – "they can do everything for me", "they can feel for me", "they can interact with others for me".

Family relations in the group of patients after brain damage can be characterized by a high degree of care of family members for each other, and assistance. There is a pronounced sense of belonging to the family, as well as a moderate degree of encouragement of family members to self-assertion, independence in thinking about problems and making decisions. Relationship and personal growth indicators can be described as average cohesion and emotional openness in the family. Family values support the personal growth of family members in a moderate way, and the management of the family system is flexible.

The relationship between the family environment and the rehabilitation potential of the individual shows that the more family members care about each other and the greater the activity of family members in the social, intellectual, cultural and political spheres of activity, the more significant are the social connections for the patient and the better the dynamics of interpersonal relations during illness. The relationship of the competitive component of relationships with family members and the overall emotional background of the patient can indicate a positive attitude of patients and a stable emotional background.

The clear relationships between the family environment and the rehabilitation potential of the individual suggest that for a group of patients after brain damage, this parameter is less important for the rehabilitation process than for the group of patients with mental illnesses. Despite this, the family environment is more favourable for patients after brain damage, than for patients with mental illness. In these cases family members care for each other, they are independent and focused on success.

*Attitude to humour and laughter*

A study of attitudes towards humour and laughter showed that gelotophobia is common in both groups of patients: patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage (initially without psychopathological symptoms). This shows that depressive syndrome is more or less associated with the presence of gelotophobia [52].

In the group of patients with mental illnesses, the presence of a high level of gelotophobia indicates that these patients are characterized by suspiciousness, and a certain level of paranoia. The proportion of patients with mental illness who have a high level of gelotophobia (39%) is greater than the sample of mentally healthy people (14.9% [36]), and converges with the data from other studies [77;96;101;112]. Thus, in a study of patients with depressive syndrome within the framework of endogenous affective disorders and schizophrenia, the threshold of gelotophobia was greater than 44% of patients [52], among patients with Asperger's syndrome — 45% [143], with mood disorders — 81% [109], among patients with borderline personality disorder — 87% [101].

The clear relationship of fear of ridicule to the patient's perception of their illness can be explained by the fact that acute sensitivity to what people will think, the fear of seeming ridiculous, hinders a healthy understanding of the illness, and an awareness of what is happening. This conclusion is also consistent with the inverse relationship of anxiety and the internal picture of the illness as described above.

Gelotophobia has not been previously studied in patients with brain damage. Gelotophobia in the group of patients after brain damage can be explained by the presence of physical disabilities, somatic defects, their experiences about their condition and changes in their habitual lives.

The greater level of gelotophobia in non-psychotic disorders after brain damage can also be explained by the accompanying psycho-organic syndrome, manifested by decreased flexibility of judgment, decreased activity, increased rigidity, emotional instability and an increased tendency to compulsive reactions. This has been noted by the

researchers [77], and can be an additional factor affecting increased vulnerability, low self-esteem, doubts and self-doubt.

The relationship between gelotophobia and the emotional component of the person's rehabilitation potential in the group of patients after brain damage may indicate that the fear of ridicule may negatively affect its dynamics due to the illness and the ability to regulate emotional reactions, which in turn may lead to a slow rehabilitation process.

Thus, it can be concluded that gelotophobia is an important factor in studying the psychological rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage.

### *Self-stigmatization*

Compared to patients with mental disorders, patients after brain damage have a lower level and incidence of self-stigmatization. It is possible that at the time of examination, due to a relatively recent injury, patients after brain damage have not yet formed an attitude towards themselves as "others". However, a moderate level of self-stigmatization was as prevalent among these patients as among patients with mental illnesses, which may indicate that they remain critical of their physical disabilities. However, there was no statistically significant difference in the severity of self-stigmatization between these groups of patients, nor was there a link between self-stigmatization and the rehabilitation potential of the individual

### *Coping Strategies*

The predominance of the "Planning" strategy in the group of patients with mental illnesses suggests that patients in this group use thinking about how to deal with a difficult life situation, in order to cope with stress and to develop behavioural strategies. This type of response suggests spontaneous problem-focused efforts aimed at changing the situation. They can involve an analytical approach to the problem and are among the most adaptive coping strategies aimed directly at solving the problem situation.

The importance of studying coping behaviour in terms of the psychological rehabilitation potential in the group of patients with mental illnesses is confirmed by their relationship with the rehabilitation potential of the individual.

Awareness of their illness and general emotional background in patients with mental illnesses can lead to a lower level of immersion in their problem, less focus on unpleasant emotions, problems and expressions of feelings. These factors can encourage treatment and rehabilitation, rejection of the use of alcohol, drugs or narcotics as a way to avoid the problem and improve well-being. This all suggests in general terms the preserved ability to make behavioural and cognitive efforts to cope with a stressful situation/illness. However, at the same time, the concept of own illness among patients with mental illness is associated with a refusal to seek advice, help, emotional, moral support, compassion and understanding.

One of the best known symptoms of depression is a decrease in motivation. The study shows that the desire to preserve/restore health is influenced by focusing on unpleasant emotions, refusing treatment and the use of alcohol, drugs or narcotics as a way to avoid the problem and improve well-being. This can suggest the connection of motivation with maladaptive types of coping with stress, while joking and laughter about the situation can increase motivation [108]. The strategy of coping behaviour associated with the use of humour is more typical for patients after brain damage. It is believed that the use of humour in critical life situations is often an important means of maintaining group cohesion and morale, and the preservation of a sense of superiority, hope and self-esteem.

It has been found that the stronger the social connections and social support in patients with mental illnesses, the more the patient focuses on unpleasant emotions; and the more they use various types of activity to distract from unpleasant thoughts related to the problem. They refuse to solve the problem (in this case, by means of treatment), they tend to use alcohol, drugs or narcotics as a way of avoiding the problem, but at the same time, they seek more emotional, moral support, empathy, understanding and accept the reality of what happened.



Patients after brain damage, in order to cope with stressful situations most often use active steps or direct actions aimed at overcoming the stressful situation. They try to interpret the stressful situation in a positive way, which leads to the joy of life, marital satisfaction, subjective assessment of their health (but not an objective level of health), social support and psychosocial adaptation [149].

A study of the type of coping behaviour is more important for determining the psychological rehabilitation potential in the group of patients with mental illnesses than for patients after brain damage.

### *Quality of Life*

According to the data of the study of the quality of life related to the physical and mental components of health (SF-36) of patients with mental illness and after brain damage, there was not a significant difference in these indicators.

The physical component of patient health in both groups is in most cases reduced [150]. For the group of patients after brain damage, this is quite understandable as a result of neurological deficiency, restriction of movement, inability to walk, etc. It is interesting to note that in the group of patients with mental illnesses, almost half of the cases present a reduced level of the physical component of health, while they do not have neurological problems or restrictions in movement. This can be explained by the use of medication which can reduce general well-being, increase the feeling of weakness and drowsiness. This can frequently be seen in conversation and in the use of the "MOBIS" (PRISM) method, where the following was indicated as a somatic symptom: weakness, drowsiness, headache, abdominal pain, and others.

It is also interesting to note that physical functionality scores are significantly higher in the group of patients with mental illnesses than in the group of patients after brain damage. This can be explained by the specificity of the illness, but at the same time the general state of health, vital activity, emotional state and mental health are significantly higher in the group of patients after brain damage. This may indicate the negative impact of mental illness, depression, and overall emotional state on physical health.

Significant differences in mental health between the groups indicate that patients with mental illness rate their mental health higher than patients after brain damage. This may be due to both a decrease in the criticism of their condition in patients with mental illnesses and the occurrence of mental problems after trauma in the group of patients after brain damage.

Among the parameters of the quality of life related to the general state of health, it is worth noting the improvement in the state of physical health in the group of patients after brain damage. This is quite natural in connection with active medical rehabilitation, in contrast to the group of patients with mental illness, where there was a positive dynamics in mental health.

Significant differences in dynamics between mental health and general health groups indicate a greater level of mental preservation in patients after brain damage and the capacity for faster psychological and general rehabilitation.

Mental health according to the method of studying the quality of life is associated with the patient's perception of the illness, and their awareness and acceptance of the illness. This contributes to increasing the general emotional background of the patient's life, improving the image of their most important qualities and attitude to themselves as a sick person while revealing the specifics of significant social connections and the dynamics of interpersonal relations during the illness. Mental health plays an important role for the rehabilitation potential of the individual in the group of patients with mental illnesses and is important for study.

However, in the group of patients after brain damage, the connection between the quality of life and the person's rehabilitation potential was not established. It can be assumed that this is due to rather rapid changes in the dynamics of these parameters, and for this reason it was not possible to track the mutual influence of the quality of life and the rehabilitation potential of the individual.

#### *4.4 Medical rehabilitation potential and rehabilitation potential of the individual in patients after brain damage*

The study of the relationship between the medical rehabilitation potential and the rehabilitation potential of the individual in the group of patients after brain damage allowed us to show the significance of the psychological characteristics of patients on the success of rehabilitation.

The study showed that the greater the medical rehabilitation potential, the more a person tends to actively contribute to the success of treatment; the more they alleviate the burden of care for themselves on the part of their loved ones; the more they tend to reject the symptoms of the disease as "meaningless" symptoms or accidental hiccups in well-being; and the more patients tend not to feel dependent on others in their daily life. There is also a decrease in constant anxiety and mistrust about the unfavourable course of the disease and possible complications of ineffective or even dangerous treatment. There is also a reduced tendency to focus on the degree of subjective pain and other disorders and to constantly talk about these problems with doctors, nurses and other people. The greater the medical rehabilitation capacity, the less the distance between the "self" and the "illness", which reflects the special place of the illness in human life. They continue to fear the illness and show poor understanding which can clearly lead to the presentation of an increasing number of complaints, and close monitoring of bodily feelings and protective behaviour.

#### *4.5 Factor analysis*

The analysis allowed us to identify significant factors of psychological rehabilitation potential for the group of patients with depressive syndrome with mental illness and after brain damage.

In the group of patients with mental illnesses, three factors affecting the psychological rehabilitation potential were identified: "Active overcoming of the disease", "Mental and physical functioning" and "Social interaction".

The first factor describes the relationship of psychological characteristics of the individual such as *temperament* (socially desirable behaviour, avoidance of potential danger), depression, *gelotophobia*, *level of subjective control* (internalization in the field of achievements, internalization in the field of interpersonal relations, internalization in the field of failures, internalization in family relations, internalization in the field of work), *quality of life* (mental and physical health, vital activity), rehabilitation potential of the individual (internal picture of the illness, general indicator of the *rehabilitation potential of the individual*, communicative component of the rehabilitation potential of the individual), *type of attitude to illness* (neurasthenic, dysphoric, sensitive, anxious, hypochondriac, paranoiac, egocentric, melancholic, apathetic), *coping behaviour* (active coping, positive reformulation, behavioural distancing from the problem), *family environment* (family unity, conflict, intellectual and cultural orientation, orientation to active rest), *self-stigmatization*, *situational anxiety*.

The second factor includes *quality of life* indicators (physical functioning, pain intensity, general health condition, role functioning due to physical condition, social functioning), *coping behaviour* (suppression).

The third factor also includes *coping behaviour* (instrumental social support, emotional social support, concentration on emotions and their expression), *temperament* (dependence on social assessment), *level of subjective control* (scale of internality in relation to health), *quality of life* (role functioning due to the emotional state), *katagelasticism*, *family environment* (independence, expressiveness)

Three factors were also identified in the group of patients after brain damage: "Social isolation", "Negative attitude to the disease" and "Activity".

In patients after brain damage, the first, most significant factor included *coping behaviour* (emotional social support, mental distancing from the problem, instrumental social support, positive reformulation, acceptance, active coping, concentration on emotions and their expression, turning to religion, denial, humour, coping suppression),

*quality of life* (role functioning due to the physical condition, physical functioning, pain intensity, general health condition, vital activity, physical health), *family environment* (moral aspects, active rest, organization, family unity, planning, intellectual and cultural orientation, orientation to achievements, control, expressiveness, independence, suppression of competing activities), *situational anxiety*, *gelotophobia*.

The second factor includes the *Rivermid mobility index*, the *type of attitude to illness* (anxious, hypochondriac, harmonious, anosognosic, melancholic, ergopathic, apathetic), the *FIM functional independence scale*, the *resource index*, the *level of subjective control* (the scale of internality in the field of achievements, the scale of internality in family relations), the *rehabilitation potential of the individual* (the total indicator of the person's rehabilitation potential, the internal picture of the illness, the self-assessment component, the emotional component), the *quality of life* (the general state of mental health, role functioning due to the emotional state), the *medical rehabilitation potential*, and *depression*.

The third factor includes the *quality of life* (social functioning, physical functioning), and the *type of attitude to illness* (egocentric, neurasthenic).

Thus, factor analysis allows for factors which can affect the psychological rehabilitation potential to be identified in each group of patients. One important conclusion that emerges from the results of the factor analysis is the lack of homogeneity of the phenomenon of psychological rehabilitation potential. Common to both groups is the presence of three factors in the group of patients with mental illness and three factors in the group of patients after brain damage. However, the content of these factors in the groups is different.

Common factors for both groups that affect psychological rehabilitation potential are depression, situational anxiety, gelotophobia, coping behaviour (positive reformulation, concentration on emotions and their expression, instrumental social support, active coping, coping suppression, emotional social support), level of subjective control (scale of internalization in the field of achievements, in family relations), rehabilitation potential of the person (internal picture of the illness, general rehabilitation potential of the individual), type of attitude to illness (anxious, hypochondriac,

neurasthenic, melancholic, apathetic, egocentric), family environment (family unity, independence, intellectual and cultural orientation, orientation to active rest, moral aspects), quality of life (physical functioning, role functioning, pain intensity, general health, vital activity, social functioning, role functioning due to the emotional state).

However, there are also qualitative differences. For the group of patients with mental illnesses, the important components are *temperament* (socially desirable behaviour, avoidance of potential danger, dependence on social assessment), *self-stigmatization*, *katagelasticism*, *coping behaviour* (behavioural distancing from the problem), *level of subjective control* (scale of internality in the field of failures, in the field of work, in the field of interpersonal relations, scale of internality in relation to health and disease), *rehabilitation potential of the individual* (communicative component), *type of attitude to illness* (sensitive, paranoid, dysphoric), *family environment* (expressiveness, conflict), and quality of life (mental health).

In the group of patients with brain damage, an important contribution to the psychological rehabilitation potential is made by: *the resource index*, *coping behaviour* (mental distancing from problems, denial, conversion to religion, humour, acceptance, suppression of competing activities), *the rehabilitation potential of the individual* (emotional component, self-assessment component), *the type of attitude to illness* (harmonious, ergopathic, anosognosic), *family environment* (orientation to achievements, moral aspects, organization, control), *medical rehabilitation potential*, *the Rivermid mobility index*, *the FIM functional independence scale*, *medical rehabilitation potential*.

## FINDINGS

1. According to experts, the study of psychological rehabilitation potential is relevant due to its influence on the rehabilitation process and the determination of significant components for patients with depressive syndrome in mental illness and after BRAIN DAMAGE is necessary for the preparation of an individual rehabilitation program.

2. The Russian version of the the Internalized Stigma of Mental Illness Scale ISMI-9 was carried out and yielded good psychometric properties, as well as its reliability and validity. The ISMI-9 version, adapted for patients after brain injury, may also be recommended for use.

3. The rehabilitation potential of the individual (according to the questionnaire of I.Yu. Kulagina) in patients with depressive syndrome after brain damage is higher than in patients with mental diseases.

4. The rehabilitation potential of the individual (according to I.Yu. Kulagina) is interrelated with the psychological characteristics of patients of both groups, but bears nosological specificity. The distinctive features are that in patients with mental illnesses, the relationship of the person's rehabilitation potential to the resource index was not established, unlike in the group of patients after brain damage. In the group of patients after brain damage, the relationship of depression, anxiety, quality of life, self-stigmatization with the rehabilitation potential of the individual was not identified. Nevertheless, many relations between medical rehabilitation potential with the types of attitude to the illness, the functional independence scale and moral aspects of the family environment were established.

5. In the group of patients with mental illnesses, factors influencing the psychological rehabilitation potential are "active overcoming of the disease", "mental and physical functioning", and "social interaction". For the group of patients after brain damage, "social isolation", "negative attitude to the disease" and "activity" are important in determining PRP.

## CONCLUSION

The aim of the study was to examine the psychological factors of rehabilitation potential in patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage. The theoretical analysis of the basic concepts and methodological principle in this area shows that the concept of psychological rehabilitation potential has an ambiguous interpretation, and that the factors influencing PRP have not been sufficiently studied. Authors who have studied PRP highlight similar structures of psychological rehabilitation potential, including the need-motivational and emotional-volitional spheres, however, the components may vary depending on the illness. Thus difficulties arise in defining a single universal structure and significant factors in PRP for different nosologies.

The approach to rehabilitation, which has changed dramatically over the past decade, is primarily based on the development of rehabilitation focused on the psychological characteristics of the problems of patients. An examination of the developing views on the need to study the psychological rehabilitation potential and its impact on the rehabilitation process shows convincingly that the assessment of the rehabilitation potential of the individual is not only a purely medical issue, but has a clear socio-psychological aspect.

Rehabilitation issues cannot be considered in isolation from the individual, since each person responds to changes in the social context of development in a strictly individual way of processing information.

Interviews with doctors, psychologists and speech therapists to identify their concepts about rehabilitation potential and psychological rehabilitation potential show the need to study this issue. In practice, specialists in different areas have different views on the concepts of RP and PRP and their structure. The need for doctors to study psychological rehabilitation potential is due to its connection with general rehabilitation potential and its relationship with the rehabilitation process. This confirms the need for joint study of RP and PRP and their components.



The psychological rehabilitation potential of the patient in this work is primarily considered as the rehabilitation potential of the individual. The review of PRP focuses on describing the patient's individuality and resources aimed at establishing the likelihood of developing adaptive behaviour. Psychological characteristics and personal resources make up the content of the PRP. It is understood as a system of personal psychological characteristics (motivation, emotional and volitional sphere) formed before the illness, which serve as the main resources in the event of a change in the social situation of development caused by the illness, and which help a person to adapt to new living conditions. The study establishes significant interactions between the rehabilitation potential of the individual and its components (according to Kulagin) with other psychological personality features, such as temperament, self-stigmatization, coping behaviour, type of attitude to the illness, inter alia. An important difference between the groups was that in the group of patients with mental illnesses, the relationship of PRP with depression, anxiety, coping behaviour (more than for the group of patients after brain damage), family environment (more than for the group of patients after brain damage), and quality of life was identified.

In the group of patients after brain damage, a distinctive feature was the relationship of RPI with the resource index and the connection with humour and laughter. Furthermore, the study of the relationship between the medical rehabilitation potential and the rehabilitation potential of the individual in the group of patients after brain damage allowed us to show the significance of the psychological characteristics of patients on the success of rehabilitation.

As a result of factor analysis, psychological components were identified that directly affect the psychological rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage, and differences in significant factors in the groups were shown.

Three qualitatively different factors were identified in each group. The group of patients with mental illnesses were distinguished by the factors: "Active overcoming of the disease", "Mental and physical functioning" and "Social interaction". The group of patients after brain damage were distinguished by: "Social isolation", "Negative attitude

to the illness" and "Activity". Factor analysis allowed common significant factors for psychological rehabilitation potential and differences in the factor structures of the PRP to be identified in both groups.

The scientific definition of PRP, identification of its components and the designation of the structure and the identification of significant factors show the importance of studying the psychological characteristics of patients and determining the rehabilitation potential of the individual.

The psychological component of a patient's rehabilitation potential helps define a person's capabilities and resources in terms of psychological and general rehabilitation. It is the assessment of the potential for psychological rehabilitation at the beginning of the rehabilitation process that helps to form an effective system of rehabilitation measures. The definition of PRP is also of prognostic importance, since it can determine the prognosis of the future life of patients in the study group. The system of further psychological rehabilitation measures, based on the assessment of the patient's PRP, will help adapt changed circumstances, in order to integrate people with mental illnesses or after brain damage into society as fully as possible.

The limitations of the work are the heterogeneity of the gender composition, which could affect the results. Female patients predominate in both study groups. Further study is needed to clarify the results obtained in the male samples.

Thus, the purpose of the study was achieved, the tasks were implemented, and the hypotheses were confirmed. The psycho-diagnostic research thus proposed allows not only qualitative, but also quantitative analysis of the data obtained during the study of the psychological component of the rehabilitation potential. The results of the study allow us to identify the targets of psychological impact and develop an individual approach within the framework of rehabilitation of the given patients.

## ABBREVIATIONS

IPD – internal picture of the disease/illness.

IHD – ischemic heart disease.

ADCC – acute disorders of cerebral circulation.

BD – brain damage.

PRP – psychological rehabilitation potential

NLD – neurotic level disorders.

RP – rehabilitation potential

RPI – rehabilitation potential of the individual

SCL – subjective control level.

CBI – cerebral brain injury

FES – family environment scale

## PRACTICAL RECOMMENDATIONS:

1. The results of the study of the psychological rehabilitation potential of patients with depressive syndrome in mental illness and after brain damage can be used for educational purposes. They can be used to inform practitioners about the role of the PRP for a better understanding of the role of the individual in the emergence, development and potential to overcome or compensate for the illness.

2. The proposed method of defining the components of the psychological rehabilitation potential of a patient should be introduced into the practice of medical psychologists in the medical and socio-professional services, as well as psychologists in medical institutions, in order to enable them to make correct and justified expert decisions and develop individual recovery plans for specific groups of patients.

3. The importance of the factor of the individual in the process of patient's rehabilitation should be taken into account by state institutions in the development of social policy. The formation of a positive and viable status for patients is facilitated by social measures aimed at their maximum integration into society and the preservation (restoration) of their individual status.

4. The functionality of a psychologist in social work should be aimed at activating and strengthening the potential for psychological rehabilitation of the patient and identifying the individual resources capable of compensating for impaired functions and components.

## BIBLIOGRAPHY

1. Andreeva O. S. Principles of formation and implementation of an individual rehabilitation program for a disabled person // Medical and social expertise and rehabilitation. - 2000. – No. 4. – pp. 20-26 [In Russ.].
2. Artemyeva T.V. On the method of coping with humor and its possibilities // Kazan Pedagogical Journal. Kazan: Magarif Publishing House. 2011. No. 4. pp.118 – 123 [In Russ.].
3. Bazhin E.F., Golinkina E.A., Etkind A.M. Questionnaire of the level of subjective control (USK). - M.: Sense, 1993. – 16 p. [In Russ.].
4. Bayrachnaya L. V., Gorbachev V. I., Kalenova K. I., Manzheev T. P., Sidorenko Yu. K. The family of a patient with ONMC as a subject of the rehabilitation process // Bulletin of Restorative Medicine. – 2014. – No. 3. – pp.13-14 [In Russ.].
5. Belkin A. A., Rudnik E. N., Belkin V. A., Pinchuk E. A., Lipovka N. S. Optimization of step-by-step care for patients in intensive care units based on grade 6 of the rehabilitation routing scale. Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation. 2021;3(1): 142-148. 001; <https://doi.org/10.36425/rehab64082> [In Russ.]
6. Belov V. P., Efimov I. N. Rehabilitation potential of a chronically ill person: analysis, content, evaluation // Medical and labor expertise. Social and labor rehabilitation of disabled people. - 1975. – Issue 2. – pp. 26-31 [In Russ.].
7. Bizyuk A.P., Wasserman L.I., Iovlev B.V. Application of the integrative anxiety test (ITT) // Methodological recommendations. St. Petersburg: Ed. Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev, 2005.- 23 p. [In Russ.].
8. Brazevich S.S., Sidorova A.Yu. Disability: problems of overcoming stigmatization and the formation of tolerant consciousness. Modern problems of science and education. 2013 (1). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8192> (date of application: 10.10.2019). [In Russ.].

9. Burtsev E.M., Bobrov A.S. The remote period of military traumatic brain injury, - M. Medicine, 1986.-208 p. [In Russ.]
10. Vasilyuk F.E. To survive grief. // The human in man. — M.: Politizdat, 1991. - pp. 7-12 [In Russ.].
11. Vasilyuk F.E. Psychological aspects of resolving critical and traumatic situations. // Social, hygienic and organizational aspects of public health protection. - Riga, 1981. — pp.13-21 [In Russ.].
12. Vasilyuk F.E. Psychology of experience. - Moscow: MSU, 1984. - 200 p. [In Russ.]
13. Wasserman L.I., Vux A.Ya., Iovlev B.V., Karpova E.B. Methodology for psychological diagnosis of types of attitude to the disease: Methodological recommendations. - L., 1987. – 27p. [In Russ.] .
14. Vid V.D. Psychotherapy of schizophrenia (2nd ed.). Social and clinical psychiatry. St. Petersburg: Peter 2001; 432. EDN: YWWGXN [In Russ.].
15. Vodopyanova N.E., Stein M. Questionnaire of Loss and acquisition of personal resources (Test of OPPER) [Electronic resource]. Access mode: <http://psycabi.net/testy/516-oprosnik-poteri-i-priobreteniya-personalnykh-resursov-test-oppr-n-vodopyanova-m-shtejn> (date of application:10.08.2020) [In Russ.].
16. Voitenko R. M. Fundamentals of rehabilitation and social medicine: concept and methodology. –St. Petersburg: Medea, 2007. -256 p. [In Russ.].
17. Vorozhbitova A. L. Methodological guidelines for the implementation of practical work on the discipline "Physical rehabilitation" Stavropol 2016, p. 9. [In Russ.].
18. Vorontsova V.S., Shunenkov D.A., Enikolopov S.N., Ivanova E.M., Pichugina I.M. Russian adaptation of the internalized stigma of the mental state (self-stigmatization) scale ISMI-9// Neurological Bulletin. 2019. pp.29-34 [In Russ.].
19. Gazh A.K., Strukova E.Yu., Osmanov E.M., Tulupova O.V. // Psychosocial rehabilitation of mental patients. Bulletin of TSU, vol.20, issue 4, 2015 [In Russ.].
20. Golubchikova O.V., Kushakovskaya E.M. Mechanisms personal response to the disease of the patients with depressive disorders // Bulletin of the Council of Young scientists and specialists of the Chelyabinsk region. 2016. No. 2 (13) Vol. 3 [In Russ.].

21. Gudilina O.N. Specificity of personal rehabilitation potential in adolescents with static-dynamic functioning impairment depending on the moment of the impairment manifestation and its gravity // Psychological science and education [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru). 2012. No. 4. pp. 60-70 [In Russ.].
22. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. M: ID Medpraktika 2007; 492. EDN: QLQHRH. [In Russ.]
23. Dobrokhotova T.A. - Neuropsychiatry. 2006.
24. Dobrokhotova T.A., Zaitsev O.S. Psychopathology of traumatic brain injury. Traumatic brain injury. Clinical Manual 1, - 1998. pp.269-313 [In Russ.].
25. Dudko T.N. Rehabilitation of narcological patients (rehabilitation and rehabilitation concepts) // Psychiatry and psychopharmacotherapy. - 2007. — Vol. 9, No. 1. — pp. 26-31 [In Russ.].
26. Enikolopov S.N., Efremov A.G. Investigation of the psychological characteristics of deviant behavior using a biosocial methodology – the structure of character and temperament (TCI-125) and methods for identifying the severity of schizotypal traits (SPQ-74) // Yearbook of the Russian Psychological Society. Psychology in the system of sciences (interdisciplinary research). 2002. Vol.9, No. 1. p. 92 [In Russ.].
27. Enikolopov S.N. Stigmatization and the problem of mental health. Medical (clinical) psychology: Traditions and prospects (For the 85th anniversary of Yuri Fedorovich Polyakov): pp.109-121 [In Russ.].
28. Efimenko V.L., E. Depression in old age. L. Meditsina, 1975: 16-17, 54-55, 90-93 [In Russ.].
29. Zhislin S. G. Essays of clinical psychiatry//M., 1965.-120 p. [In Russ.].
30. Zaluchenova E. A. Principles of evaluation of the psychological component of rehabilitation potential // Medical and social expertise and rehabilitation. - 1998. – No. 2. – pp. 29-32 [In Russ.].
31. Zakharov V.V., Yakhno N.N. Memory disorders. //Moscow: GeotarMed. - 2003. –p.150 [In Russ.].

32. Zubkova T.S., Timoshina N.V. Organization and content of work on social protection of women, children and family. M 2004; 224. EDN: QODDDP [In Russ.].
33. Ivanov P.A. Garanyan N.G. Approbation of the coping strategies questionnaire (COPE) // Psychological science and education. 2010. No. 1. pp. 82-93 [In Russ.].
34. Ivanova E.M., Makogon I.K., Stefanenko E.A. et al. A Russian-language adaptation of the PhoPhiKat questionnaire on gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism PhoPhiKat. Psychological Science and Education 2016; 2: 162-171 [In Russ.].
35. Ilchenko K.Yu. Dynamics of psychosocial characteristics of drug addicts at the stages of social rehabilitation and adaptation / K.Yu. Ilchenko, A.M. Romodina, E.V. Tsibart // Bulletin of the Council of Young scientists and specialists of the Chelyabinsk region. - 2020. - №3 (30), Vol. 1. - pp. 47-50 [In Russ.].
36. Kabanov M.M. Psychosocial rehabilitation and social psychiatry. St. Petersburg, 1998; 256 p [In Russ.].
37. Kardash O.I. Assessment of rehabilitation potential in the conditions of resocialization of stroke patients by means of occupational therapy // International Journal of Applied and Fundamental Research. - 2016. – No. 8-5. – pp. 826-830 [In Russ.].
38. Carling P.D. Return to the community. Building support systems for people with psychiatric disabilities. Translated from the English by O.P. Chernyavskaya. Kiev: Sphere 2001; 442 p. [In Russ.].
39. Kerbikov O.V. Selected works; - M.: Medicine, 1971. pp.262-264 [In Russ.].
40. Klemesheva Yu. N., Voskresenskaya O. N. Rehabilitation potential and its assessment in diseases of the nervous system // Saratov Scientific Medical Journal. - 2009. – Vol. 5. – No. 1. – pp. 120-123 [Electronic resource] – Access mode: <https://elibrary.ru/item.asp?id=12535044> (accessed 10.09.2020) [In Russ.].
41. Kovalev V.V. Psychiatry of childhood. M.: Medicine, 1995, 560 p. [In Russ.].



42. Korobov M.V. Rehabilitation potential: issues of theory and application in practice of medical and social expertise and rehabilitation of disabled people. M 1995; 17. [In Russ.].
43. Korsakova N.K., Moscoviciute L.I. Clinical neuropsychology: textbook. manual for students. higher. studies. institution. – publishing center "Academy", 2003 – 144 p. [In Russ.].
44. Krasnov V.N., Dovzhenko T.V., Bobrov A.E. Anxiety and depressive disorders in patients of the primary medical network. URL: [https://medvestnik.ru/content/news/trevozhnodepressivnye\\_rasstroystva\\_u\\_pacientov\\_pervichnoy\\_meditsinskoy\\_seti.html](https://medvestnik.ru/content/news/trevozhnodepressivnye_rasstroystva_u_pacientov_pervichnoy_meditsinskoy_seti.html). [In Russ.].
45. Krasovskaya N. N. Brigadin P. I. Educational and methodological complex for the academic discipline "Medical psychology", Belarus. 2018, 95, 96. [In Russ.].
46. Kulagina I.Yu., L.V. Senkevich. Rehabilitation potential of personality in various chronic conditions // Cultural and historical psychology, 2015. Volume 11, No. 1, pp. 50-60. [In Russ.].
47. Kournikova I.A., Trusov V.V., Chernyshova T.E., Klimentyeva G.I., Zykina S.A. Quantitative assessment of the rehabilitation capabilities of the body of patients with diabetes mellitus// Modern problems of science and education. - 2010. – No. 2 – pp. 57-64. [In Russ.].
48. Kurtanova Yu.E. Personal characteristics of children with various chronic somatic diseases: dis.. cand. psychological sciences: 19.00.13. M., 2004. 170 p. [In Russ.].
49. Kuipers L., Leff J., Lam D. Schizophrenia. Working with families. Practical guide. Translated from English. Amsterdam-Kiev 1996; 128. [In Russ.].
50. Leontiev A.N. Problems of the development of the psyche. - M.: Moscow State University, 1972. – 575 p. [In Russ.].
51. Luria R. A. The internal picture of the disease and iatrogenic. – M.: Medicine, 1977. – 111 p. [In Russ.].

52. Lyubavskaya A.A., Oleychik I.V., Ivanova E.M. Gelotophobia, gelotophiles, and katagelasticists in patients with depression. *Wedge. and special. psychol.* 2018; 7; 3 (27): 119-134. [In Russ.].
53. Maximova M.Y. Post-stroke depression // *Nervous diseases.* No.4. 2018. pp. 56-60. Doi: 10.24411/2226-0757-2019-12058. [In Russ.].
54. Markin, S. P., Malkin P.F. Clinic and therapy of mental diseases with a prolonged course. Part 1. Sverdlovsk, 1959. [In Russ.].
55. Mentsos S. Psychodynamic models in psychiatry". Translated from German by E.L. Gushansky. — M.: Aleteya, 2001. [In Russ.].
56. Mochalova E.G., Legostaeva L.A., Zimin A.A., Yusupova D.G., Sergeev D.V., Ryabinkina Yu.V., Bodin E., Suponeva N.A., Piradov M.A. The Russian version of the revised scale of recovery after coma is a standardized method of treating patients with chronic disorders of consciousness. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov / Ministry of Health and Medical Industry of the Russian Federation, All-Russian Society of Neurologists [and] All-Russian Society* 118 (3): 25 DOI: 10.17116 / jnevro20181183225-31. [In Russ.].
57. Novikova L.B., Akopyan A.P., Akhmetova A.R. The role of rehabilitation potential in the restorative period of the stroke. *Consilium Medicum.* 2017; 2.1: 14-16.
58. Newfeldt O.G. Principles and practice of public psychiatry. *Social and Clinical Psychiatry* 2002; 12: 3: 5-13. [In Russ.].
59. Obraztsova V.S., Pichugina I.M., Richter S.V., Ivanova E.M. Psychological factors of rehabilitation potential in disorders of emotional spectrum after craniocerebral trauma (review of literature) // *Bulletin of Restorative Medicine.* 2018. No. 2 (84). pp. 113-117. [In Russ.].
60. Osadchikh A. I., Lavrova D. I. Fundamentals of medical and social expertise. M, 2005: 277-353. [In Russ.].
61. Osadchikh A. I. Legal, organizational and methodological foundations of rehabilitation of disabled people. Manual. Moscow: Medicine, 2005: 303-307. [In Russ.].
62. Petrova E.A. Post stroke affective disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2011;111(10): 12-17. [In Russ.].

63. Piven B. N. On pathogenetic substantiation of prognosis and therapy of depressive states of exogenous organic etiology // Psychopathological and pathogenetic aspects of prognosis and therapy of depression. M., 1985, pp. 98-100. [In Russ.].
64. Porokhina Zh.V. Psychological rehabilitation potential of a disabled person (On the example of patients with ischemic heart disease): dis. ... cand. psychological sciences: 19.00.10. M., 2004. 183 c. [In Russ.].
65. Pryanikov I.V., Kochetkov A.V., Puzin M.N. Methodological approaches to the assessment of rehabilitation potential in patients and invalids due to cerebrovascular diseases. In the collection: Rehabilitation assistance to the population in the Russian Federation. Collection of scientific papers. 2003. pp. 213-214. [In Russ.].
66. Psychological diagnostics of the attitude to the disease. A manual for doctors. SPb NIPNI im. Behetereva, St. Petersburg, 2005. [In Russ.].
67. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Coping strategies in the structure of activity and selfregulation: properties and applications of the cope inventory // Psychology. Journal of the Higher School of Economics. 2013. vol. 10, No. 1. pp. 82-118. [In Russ.].
68. Rasskazova E.I. Russian version of the illness perception questionnaire (IPQ-R): validation in the patients with non-psychotic depressions // Bulletin of the Moscow University. Series 14. Psychology. 2016. № 1. c.123-142. [In Russ.].
69. Sadalskaya E. V., Enikolopov S.N., Dvoryanchikov N.V. Assessment of the impact of the disease on the daily life of patients with psychosomatic disorders (the first experience of using the PRISM method in Russia) // Abstracts of reports of the Interregional scientific and practical conference "Problems of adaptation of patients with chronic diseases" (June 6 - 8, 2000, Samara). Samara, 2000. pp. 111 - 113. [In Russ.].
70. Semke V.Ya. Preventive psychiatry: A guide for doctors and students. Tomsk: Publishing house of TSU, 1999. [In Russ.].
71. Skripka, E. Yu. Qualitative study of self-stigmatization of patients with mental disorders / E. Yu. Skripka. — Text : direct // Young scientist. — 2012. — № 7 (42). — Pp. 232-237. — URL: <https://moluch.ru/archive/42/5092> / (accessed: 05.10.2022). [In Russ.].

72. Snezhnevsky A.V. Handbook of Psychiatry. M., 1983. [In Russ.].
73. Sokrut V. N. Kazakov V. N. Medical rehabilitation in sports. A guide for doctors and students. Donetsk 2011, p. 8. [In Russ.].
74. Sokrut V. N. Yabluchansky N. I. Medical rehabilitation. 2015, Slavyansk. p.15. [In Russ.].
75. Sorokina V.S., Shunenkov D.A., Ivanova E.M., Enikolopov S.N. Quality of life and temperament as components of the rehabilitation potential of personality in patients with depressive syndrome within mental disorders and brain injuries // Psychiatry. 2022. Vol. 20. No. S3 (2). pp. 64-65. [In Russ.].
76. Starobina E. M., Svistunova E. G., Gordievskaya E. O. Psychological aspects of rehabilitation potential of disabled people: a methodological guide. – St. Petersburg: Expert, 2008. – 72 p. [In Russ.].
77. Stefanenko E.A., Enikolopov S.N., Ivanova E.M. The relation to the humor and laugh in patients with schizophrenia. J. neurol. and psychiatry. 2014; 1: 26–29. [In Russ.].
78. Stefanenko E.A., Ivanova E.M., Enikolopov S.N. et al. The fear of being laughed at diagnostics: russian adaptation of gelotophobia questionnaire // Psychological Journal, 2016. - Volume 32, No. 2. - pp. 94-108. [In Russ.].
79. Surzhko. G. V. Acute cerebrovascular accident as a factor in the occurrence of clinical and psychological disorders / Journal: Young scientist. Category: Medicine. 05. 2015. №10(90). Pp.462-464. [URL:https://moluch.ru/archive/90/18654/](https://moluch.ru/archive/90/18654/). [In Russ.].
80. Syty V. P., Gulko I. S., Glinskaya T. N. Organization of stages of rehabilitation of elderly patients with arterial hypertension in combination with coronary heart disease: instructions for the method. – Minsk, 2004. – 41 p. [In Russ.].
81. Tarabrina N.V. Workshop on the psychology of post-traumatic stress. St. Petersburg: Peter, 2001. 272 p. [In Russ.].
82. Teplov B.M. On the objective method in psychology // B.M. Teplov. Selected works. M., Vol. 2, 1985, pp. 281-309. [In Russ.].
83. Usoltseva N.I., Vorontsova V.S., Kanarsky M.M., Petrova M.V., Mengistu E.M., Pichugina I.M., Fry A.V. The role of psychological support for relatives of patients

after severe brain damage // *Living Psychology*. 2020. Vol. 7. No. 1 (25). pp. 21-27. [In Russ.].

84. Halak M. E. The influence of the level of personal anxiety on the psychological rehabilitation potential of elderly people // "Neurorehabilitation – 2011": materials of the III International Congress. – M., 2011. – pp. 186-187. [In Russ.].

85. Halak M. E. Determination of psychological potential's level of persons with limited abilities // *Concept*. – 2012. – No. 10. – pp.016-022. [In Russ.].

86. Halak M. E. Psychological support of rehabilitation treatment of persons with disabilities and low psychological rehabilitation potential: abstract. dis. ... cand. psychological sciences. – Nizhny Novgorod, 2012. – 24 p. [In Russ.].

87. Halak M. E. The role of the level of psychological rehabilitation potential of a disabled person in the process of psychological support // *Topical issues of restorative medicine and rehabilitation of patients with motor disorders: materials of the Mezhhregion. scientific and practical conf.* – N. Novgorod, 2009. – pp. 182-183. [In Russ.].

88. Khanin Y. L. Standard algorithm of adaptation of foreign survey methods. — In the collection: *Psychological problems of pre—competitive training of qualified athletes.*-L., 1977, pp. 129-135. [In Russ.].

89. Khvilitsky T.I. The doctrine of manic-depressive psychosis and the clinic of its atypical forms. Diss. L., 1958. [In Russ.].

90. Hritinin D.F., Petrov D.S. Medical - rehabilitation schizophrenic patients and their families' potential. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2012;112(5):70-76. [In Russ.].

91. Tsitsareva I.V. Premorbid personality traits and psychogenic factors in the development of endogenous depression in old age. *Disser. Candidate of Medical Sciences*, L., 1988, p. 169. [In Russ.].

92. Shakhmatov N.F. Mental aging-M. *Medicine*, 1966.- pp. 304 - 307. [In Russ.].

93. Shevchenko, Y. L. (Ed.). *Guidelines for the study of the quality of life in medicine*. Moscow: CJSC "Olma Media Group". 2007. [In Russ.].

94. Shostakovich V.V. The boundaries of heredity in the etiology of mental illness.- Sovr. Psychoneurology, 1929, in part 1, p. 33. [In Russ.].
95. Sternberg E.Ya. Gerontological psychiatry // M: Medicine. 1977. p. 216. [In Russ.].
96. Shunenkov D.A., Khudyakov A.V. Features of gelotophobia in patients with neurotic mental disorders. *Prakticheskaya meditsina*. 2019; 17 (3): 84–88 [In Russ.].
97. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikolskaya I.M. Family diagnosis and family psychotherapy. - St. Petersburg: Speech, 2003. [In Russ.].
98. Angst J., Grigo H., Lanz M. Classification of depression. *Acta Psychiatr*, 1981: 23-28.
99. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. – 1961. – T. 4. – №. 6. – C. 561-571.
100. Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17-23. doi: 10.1037/prj0000035,
101. Brück C., Derstroff S., Wildgruber D. Fear of being laughed at in borderline personality disorder. *Front. Psychol*. 2018; 9: 4. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00004.
102. Büchi S., Sensky T. PRISM: Pictorial representation of illness and Self measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. // *Psychosomatics*. 1999. 40(4) P. 314–320.
103. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 56. P. 267–283.
104. Cicerone, K.D. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury / K.D. Cicerone [et al.] // *Arch Phys Med Rehabil*. — 2004. — V. 85, Issue 6. — P. 943—950.
105. Cloninger C.R. (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3. P.167-228.

106. Conti AA. Western medical rehabilitation through time: a historical and epistemological review. *Sci World J.* 2014(2014):432506.
107. David Martínez-Pernía 1 2 3 4, Óscar González-Castán 5, David Huepe 1 From ancient Greece to the cognitive revolution: A comprehensive view of physical rehabilitation sciences// *Physiother Theory Pract.* 2017 Feb;33(2):89-102. doi: 10.1080/09593985.2016.1266720. Epub 2017 Jan 10.
108. Dixon, N.F. (1980). Humor: A cognitive alternative to stress? In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.) *Stress and anxiety* (Vol.7, pp. 281-189). Washington, D.C.: Hemisphere.
109. Dreeben O. Development of the physical therapy profession. *Introduction to Physical Therapy for Physical Therapist Assistants.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2007:3-22.
110. «Evans RW (2004). Post-traumatic headaches // *Neurological Clinics.* 22 (1): 237–249. doi:10.1016/S0733-8619(03)00097-5. PMID 15062537.
111. Eysenck HJ. The organization of personality. *J Pers.* 1951 Sep;20(1):101-17.
112. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients. *Humor Int. J. Humor Res.* 2009; 22: 233–251. DOI: 10.1515/HUMR.2009.011.
113. Frydenberg E., Lewis R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? // *American Educational Research Journal.* 2000. Vol. 37, N 3. P. 727–745.
114. Furlan, JC; Noonan, V; Singh, A; Fehlings, MG (August 2011). „Assessment of disability in patients with acute traumatic spinal cord injury: a systematic review of the literature“. *Journal of Neurotrauma.* 28 (8): 1413–30. doi:10.1089/neu.2009.1148. PMC 3143412. PMID 20367251.
115. Geneva Peace Conference (1973). *The Israeli-Palestinian Conflict: An Interactive Database.* ECF. Дата обращения 18 декабря 2018.
116. Giacino JT, Kalmar K, Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: measurement characteristics and diagnostic utility. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2004;85(12):2020-2029/

117. Giacino, J.T. Monitoring rate of recovery to predict outcome in minimally responsive patients / J.T. Giacino, M.A. Kezmarsky, J. DeLuca et al. // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 1991. – Vol. 72, №11. – P. 897–901.
118. Giacino, J.T. The vegetative and minimally conscious states: consensus-based criteria for establishing diagnosis and prognosis / J.T. Giacino // *NeuroRehabilitation.* – 2004. – Vol. 19, №4. – P. 293–298.
119. Hammer J.H. and Toland M.D. Internal Structure and Reliability of the Internalized S of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) Among Americans With Depression. Online First Publication, July 14, 2016. DOI: 10.1037/sah0000049.
120. Hobfoll S. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress // *American Psychologist.* 1989. 3. 513-524.
121. [https://web.archive.org/web/20110514024558/http://rancho.org/Research\\_RanchoLevels.aspx](https://web.archive.org/web/20110514024558/http://rancho.org/Research_RanchoLevels.aspx).
122. Hudson JI, Pope HG. The concept of affective spectrum disorder: relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1994 Nov;8(4):839-56.
123. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie.* — Berlin. — 1965. — 748 S.»,
124. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NE, Wade DT The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: A measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *J. Neurol.* September 1995. 242 (9): 587–92. doi:10.1007/BF00868811. PMID 8551320.
125. Klein DF. Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:447-54.
126. Legome E. 2006. Postconcussive syndrome. *eMedicine.com.* Retrieved 14 November 2012.
127. Lydiard RB Obsessive-compulsive disorder: a new perspective in diagnosis and treatment. *Int Clin Psychopharmacol.* 1994 Jun;9 Suppl 3:33-7. 97).
128. Marneros A. *Hirnorganische Melancholie.* *Psychiatr. Clin.,* 1982; 15:S.212-230.



129. Martin, R.A., & Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality & Social Psychology*, 45(6), 1313-1324.
130. McHugh T, Laforce R, Gallagher P, Quinn S, Diggle P, Buchanan L (2006). „Natural history of the long-term cognitive, affective, and physical sequelae of mild traumatic brain injury“. *Brain and Cognition*. 60 (2): 209–11. doi:10.1016/j.bandc.2004.09.018. PMID 16646125.
131. Moos, R. (1974). *The family environmental scale*. Palo Alto, CA: Social Ecology Lab, Stanford Uni-versity.
132. Moss-Morris. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health* 17(1):1-16 February 2002. DOI: 10.1080/08870440290001494.
133. Pharoah F.M., Mari J.J., Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2000; 75.
134. Poidasheva, A.G. Rtms application in disorders of consciousness / A.G. Poidasheva, L.A. Legostaeva, E.G. Mochalova et al. // *Clin. Neurophysiol.* – 2018. – Vol. 129, №1. – e153.
135. Prigatano, G.P. *Principles of neuropsychological rehabilitation* / G.P. Prigatano. — Oxford University Press, 1999. — 356 p.
136. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. *Scott Med J*. 1957;2(5):200-215. doi: 10.1177/003693305700200504.
137. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1984 Nov;45(11):450-7.
138. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. // *Psychiatry Res*. 2003 Nov 1;121(1):31-49. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008.
139. Roth M, Mountjoy CQ, Caetano D. Further investigations into the relationship between depressive disorders and anxiety state. *Pharmacopsychiatria*. 1982 Jul; 15(4): 135-41.
140. Rotter, J.B. (1966). „Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements“. *Psychological Monographs*. 80 (whole no. 609).

141. Rouillon F. Depression, yesterday, today and tomorrow: historical evolution of concepts. *Therapie*. 2005 Sep-Oct;60(5):425-9.
142. Ruch W., Proyer R.T. Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticians // *Humor: Internat. J. of Humor Research*. 2009. V. 22.P. 165–182.
143. Samson A., Huber O., Ruch W. Teasing, ridiculing and the relation to the fear of being laughed at in individuals with Asperger's syndrome. *J. Autism. Dev. Disord.* 2011; 41: 475–483. DOI: 10.1007/ s10803-010-1071-2.
144. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care // *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Oct; 50 (10): 819-24.
145. Schulte W. Psychotherapy of emotional disturbances in the latter years of life. *Int J Neuropsychiatry*. 1965 Dec; 1(6): 656-63.
146. Shunenkova D., Vorontsova V., Ivanova A. Gelotophobia, attitudes to illness and self-stigmatisation in patients with non-psychotic mental disorders and brain injuries // *The European Journal of Humour Research* 9 (2) 141–153. 2021
147. Sjogren H. Paraphrenic, melancholic and psychoneurotic states in presenile period of life. *Acta psych. Scand., suppl.*, 176, 1964.
148. Tennakoon L., Fannon D., Doku V. Experience of care giving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 529-533.
149. Vaillant G.E., Davis T.J. Social/ Emotional intelligence and midlife resilience in schoolboys with low tested intelligence // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000. 70. 2. 215–222.
150. Vorontsova V., Gusev Yu., Polkovnikova E., Razina A., Endler V., Luginina E., Pradhan P., Podolskaya Yu. Psychological Factors of Rehabilitation Potential in Brain Injured Patients with Depressive Syndromes // *Latin American Journal of Pharmacy (Lat. Am. J. Pharm,* 41 (special issue): 179-82. 2022.

151. Ware J.E. et al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide / MA: Boston, Nimrod Press. 1993.

152. Weinman John The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness // Psychology & Health Volume 11, 1996 - Issue 3.

## ANNEXES

## Annex 1

**Questionnaire to identify current clinicians opinions about rehabilitation potential  
and the practical need for its study;**

*Full name* \_\_\_\_\_

*Specialisation* \_\_\_\_\_

*Position* \_\_\_\_\_

*Length of work in specialisation* \_\_\_\_\_

1. What do you understand as "Rehabilitation Potential"? What needs to be considered?
2. What do you understand as "psychological rehabilitation potential"?
3. How do you understand the division of concepts into medical rehabilitation potential and psychological rehabilitation potential?
4. How do you assess the rehabilitation potential of the patient?
5. In your opinion, what are the most important criteria for rehabilitation potential?
6. Do you think the assessment of the rehabilitation potential of the patient affects the course of rehabilitation in general?
7. In your opinion, patients with which pathology are easier to rehabilitate?
8. Which rehabilitation area do you consider the most effective in working with patients?
9. Describe a case of successful rehabilitation in your practice. What contributed to this?
10. Describe a negative rehabilitation experience. What prevented the patient from being rehabilitated?
11. What was the most difficult case of your practice for you?
12. From your experience, what was the maximum recovery time for patients after brain damage?
13. In your experience, what was the minimum recovery time for patients after brain damage?
14. What types of CBI do you think are the most and least promising in terms of recovery?
15. Did medical intervention (work with a psychologist, communication with relatives, etc.) in any way affect rehabilitation?

### Internalized Stigma of Mental Illness Inventory – 9-item Version (ISMI-9)

We are going to use the term “mental illness” in the rest of this questionnaire, but please think of it as whatever you feel is the best term for it.

For each question, please mark whether you strongly disagree (1), disagree (2), agree (3), or strongly agree (4).

		strongly Disagree	disagree	agree	completely agree
1	Stereotypes about the mentally ill apply to me.	1	2	3	4
2	In general, I am able to live life the way I want to.	1	2	3	4
3	Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the ‘normal’ world.	1	2	3	4
4	I feel out of place in the world because I have a mental illness.	1	2	3	4
5	Being around people who don’t have a mental illness makes me feel out of place or inadequate.	1	2	3	4
6	People without illness could not possible understand me.	1	2	3	4
7	Nobody would be interested in getting close to me because I have a mental illness.	1	2	3	4
8	I can’t contribute anything to society because I have a mental illness.	1	2	3	4
9	I can have a good, fulfilling life, despite my mental illness.	1	2	3	4

**Internalized Stigma of Mental Illness Inventory – 9-item Version (ISMI-9)  
(for organic disorders)**

We will use the term person with limited ability in this questionnaire, but you can apply a more suitable term.

For each question, please answer: completely disagree (1), disagree (2), agree (3) completely agree (4).

		strongly Disagree	disagree	agree	completely agree
1	Stereotypes about persons of limited ability apply to me.	1	2	3	4
2	In general, I can live the way I like	1	2	3	4
3	Negative stereotypes about persons with limited ability isolate me from the normal world.	1	2	3	4
4	I feel uncomfortable that I am different from other people, I feel insecure because I have limited ability	1	2	3	4
5	In the circle of people who do not have limited ability, I don't feel like them, I feel inadequate.	1	2	3	4
6	People without limited ability don't understand me.	1	2	3	4
7	No one would want to get close to me because of my condition.	1	2	3	4
8	I cannot contribute to society because of my limited ability.	1	2	3	4
9	I could have a good, fulfilling life, despite my limited ability.	1	2	3	4