

*socialization influences on modern man are shown. Social-psychological types of personality in the conditions of transitional economy are outlined.*

*Key words: socialization, professional training, by inside group relationship, mechanisms, stages of socialization, social type, social crisis.*

**Л.П. Журавльова, В.Г. Сенкевич**

### **ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ ВІЛ-СЕРВІСНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ**

*У статті розглядається проблема соціально-психологічної адаптації працівників ВІЛ-сервісних організацій на фоні прояву у них професійного вигорання. Досліджується система чинників професійного вигорання: особистісні характеристики та тривалість заняття професійною діяльністю.*

**Ключові слова:** соціально-психологічна адаптація, дезадаптація, професійне вигорання.

**Постановка проблеми.** Адаптація людини до різноманітної професійної діяльності давно приваблювала дослідників в області психології. Зазвичай адаптацію визначають, як процес активного психодинамічного пристосування індивіда до умов соціального середовища, що спрямований на збереження функцій гомеостазу. Субстанціональний аспект адаптації – самоіндексація індивідом певної соціоролі [14]. Дезадаптація навпаки, є результатом внутрішньої і зовнішньої дезармонізації у взаємодії людини з собою та оточуючим світом, яка проявляється в негативних переживаннях, неадекватних реакціях, порушеннях поведінки.

У відповідності до комплексного підходу вивчення феномену адаптації в ньому виділяють три основних рівні: психофізіологічний, психологічний і соціально-психологічний. Адаптація на соціально-психологічному рівні є найбільш значущою й вважається успішною лише за умови результативності індивідуальної адаптації на психофізіологічному та психологічному рівнях. Результатом соціально-психологічної дезадаптації є стан особистісної дезадаптованості: стійкої, тимчасової або ситуативної (наприклад, у ситуації професійної взаємодії) [1].

Соціально-психологічна адаптація одночасно є обов'язковою складовою професіоналізму особистості та передумовою ефективної професійної діяльності [9].

Проте висока динамічність суспільства, що зумовлена трансформаційними процесами сучасності, слугує серйозним випробовуванням стресостійкості суб'єктів професійної діяльності. Численна низка досліджень, як у вітчизняній так і в зарубіжній психології відмічають вплив тривалого професійного стресу на зниження загальної психічної активності, появи почуття незадоволеності результатами своєї діяльності, відмову під час виконання завдань у ситуаціях

підвищеної вимогливості, що призводить до особистісних деформацій і, навіть, хвороб [4, 11, 12, 13]. Аналіз факторів, які зумовлюють подібні симптоми дозволив вважати явище професійного вигорання результатом професійної дезадаптації.

Існує багато підходів до опису професійного вигорання. В загальних рисах професійне вигорання репрезентують негативні переживання пов'язані з професійною діяльністю. Також, це характеристика психічного стану здорових людей, які перебувають в інтенсивному й тісному спілкуванні з клієнтами чи пацієнтами в емоційно напруженій атмосфері під час надання професійної допомоги. Тобто, це вироблений особистістю своєрідний механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на окремі психотравмуючі впливи [2].

Професійне вигорання можна розглядати в контексті особливого виду стресу – професійного, коли адаптаційні можливості людини для подолання проблем професійної діяльності суттєво перевищені. Професійне вигорання є динамічним процесом, який протікає поетапно у повній відповідності з механізмами розвитку стресу за теорією Г. Сельє [10]. На початку нової роботи у суб'єкта часто спостерігається невиправданий «ентузіазм» чи надмірна активність, далі – «стагнація» з появою незадоволеності результатами діяльності, «фрустрація», як ознака наростання психологічного дискомфорту і наприкінці – «апатія» як захисна реакція на хронічне напруження. Дезадаптація розвивається відносно тривалий час, минаючи фазу «напруження» (запуск процес вигорання), фазу «резистентності» (опір наростаючому вигоранню), і гостро спостерігається у фазі «виснаження», коли організм стає вразливим до зовнішніх впливів та нездатний самовідновлюватися [2].

Професійне вигорання не лише лінійний процес, а й циклічний, що повторюється час від часу і переноситься на всі життєві сфери людини. В працях К. Масlach [16] детально описано структуру професійного вигорання, а також дано його визначення як синдрому фізичного та емоційного виснаження, включаючи розвиток негативної самооцінки, незадоволення ставлення до роботи, втрату розуміння і співчуття по відношенню до клієнтів. Тут психоемоційне наповнення «вигорання» та динаміка його утворення розділяється в межах трьох компонентів: 1) емоційне виснаження – відчуття емоційного перенавантаження, спустошеності, вичерпаності особистих емоційних ресурсів; 2) деперсоналізація – тенденція до розвитку негативного, бездушного, цинічного ставлення до людей; 3) редукція особистих досягнень – відчуття некомпетентності в роботі, незадоволеність собою, знецінення своєї діяльності, ігнорування або обмеження своїх службових обов'язків [11].

До психологічних детермінант професійного вигорання слід віднести: індивідуальні особистісні якості працівника, а саме загальний рівень його адаптаційних можливостей та наявних ресурсів, що впливають на працездатність і стресостійкість (показники тривожності, агресивності, фрустраційної толерантності, ригідності тощо); сукупність професійних дій, як набутий стереотип професійної поведінки, що з часом здатен деформувати

психологічні якості працівника; умови праці, що вимагають постійного емоційного напруження внаслідок контакту з психологічно важким контингентом [12]. Найчастіше «вигорання» супроводжує людей тривожних, тонко відчувачих, емпатійних, схильних до інтроверсії, які мають гуманістичну спрямованість і, разом з тим, не володіють уміньми утримувати професійну дистанцію та визначати межі власної компетенції.

Наслідки професійного вигорання можуть проявлятися як у психологічних змінах (когнітивних, емоційних, мотиваційних), так і у психосоматичних порушеннях. Такі деформації загалом суттєво зашкоджують здоров'ю працівника і його професійній діяльності. Їх важливість та вплив на організм підтверджує той факт, що професійному вигоранню надано діагностичний статус й включено до «Міжнародної класифікації захворювань – 10».

Дослідження професійного вигорання впродовж останнього десятиліття виявили пріоритетність цієї проблеми саме для консультантів – лікарів, психологів, середніх медичних працівників, соціальних працівників – які працюють у сфері надання допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію і СНІД [3, 6, 10, 15].

Наявність професійного вигорання у працівників ВІЛ-сервісу зумовлена усвідомленням ними постійної відповідальності за життя пацієнта; високим професійним ризиком; необхідністю подолання існуючих у суспільстві явищ дискримінації та стигматизації ВІЛ-позитивних громадян; переживанням негативних емоцій щодо невиліковності та смертності їх клієнтів/пацієнтів і, як наслідок, перегляду особистого сенсу життя; низьким рівнем забезпеченості медико-соціальними та психологічними послугами широкого загалу населення, що в цілому знижує соціальний статус означеного переліку працівників, залишаючи їх «на самоті вирішення» своїх професійних проблем [10].

Зважаючи на сказане вище, існує нагальна потреба в дослідженні особливостей психологічної адаптації працівників ВІЛ-сервісних організацій, а саме – міри прояву у них професійного вигорання та його залежності від особистісних рис і стажу роботи працівника.

**Об'єктом** нашого дослідження є особливості соціально-психологічної адаптації працівників ВІЛ-сервісних організацій. **Предмет** – професійне вигорання як результат соціально-психологічної дезадаптації.

**Метою** роботи було дослідження системи чинників професійного вигорання працівників ВІЛ-сервісних організацій.

**Передбачалося**, що в процесі роботи у ВІЛ-сервісі працівники проходять складну соціально-психологічну адаптацію, яка супроводжується станом професійного вигорання. Високі показники професійного вигорання зумовлюють дезадаптивні процеси у професійній діяльності суб'єкта. Чинниками професійного вигорання є індивідуальні характеристики працівника та тривалість його роботи у ВІЛ-сервісній організації.

**Методи дослідження.** Дослідження проводилося за допомогою шести психодіагностичних методик. З метою виявлення загального ступеню дезадаптації працівників ВІЛ-сервісу використано тест «Професійна

дезадаптація» [5]. Для встановлення показників прояву професійного вигорання з точки зору двох підходів – як фаз професійного стресу і як синдрому із сукупністю симптоматичних субшкал – застосовувалися, відповідно, «Опитувальник для виявлення рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко [2] і тест «Вигорання» [10]. Рівень залежності ризику виникнення професійного вигорання від найбільш проблемних сфер професійної взаємодії визначався за «Опитувальником потенційного ризику вигорання» [6]. Оцінювання особистісної і реактивної тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності відбувалося за методикою Спілбергера-Ханіна [7] «Шкала реактивної та особистісної тривожності» і тесту Г. Айзенка [8] «Самооцінка психічних станів». Для статистичної обробки даних використовували метод лінійної кореляції Пірсона.

До процедури дослідження було залучено 30 чоловік віком від 25 до 58 років, які працюють в різних ВІЛ-сервісних організаціях м.Житомира: у медичних закладах, неурядових організаціях, соціальній службі для молоді тощо. Відповідно до стажу роботи у ВІЛ-сервісі респондентів було поділено на три групи («працюючі тривалий час») склали 16 чоловік, які працювали у ВІЛ-сервісі понад 5 років. До другої групи («працюючі нетривалий час») було віднесено 8 респондентів стаж роботи яких складає 3-4 роки. Шість чоловік склали групу «працюючі короткотривалий час».

#### Результати та їх обговорення.

Дослідження феномену «професійного вигорання» ускладнено неоднозначністю його змістовних та структурних характеристик. Прояви вигорання не завжди виникають одночасно і мають широкі індивідуальні варіації. Опис складових професійного вигорання по-різному інтерпретуються авторами досліджень, незважаючи на семантичні збіги ключових понять.

Основні кореляційні взаємозв'язки, знайдені за результатами дослідження подано у таблиці 1.

З метою об'єктивації результатів нами представлено два підходи до дослідження професійного вигорання. У першому підході значущі кореляти встановлювалися за методикою «Вигорання» окремо для кожного показника за трьома субшкалами вигорання – «емоційне виснаження», «деперсоналізація», «редукція особистих досягнень» та за інтегральним показником субшкाल, що представлений середнім значенням суми трьох показників.

Другий підхід дозволив дослідити динаміку розвитку професійного вигорання за допомогою диференціації його показників за фазами – «напруження», «резистентність», «виснаження», та інтеграції їх у середнє значення з метою подальшого порівняння. За кількісними показниками встановлювався факт сформованості окремої фази вигорання.

В першу чергу розглянемо значущі кореляти рівня потенційного ризику вигорання і дезадаптації, як причинно-наслідкові аспекти професійного вигорання.

Незважаючи на те, що показники потенційного ризику професійного вигорання для всієї вибірки не перевищували середні значення, виявлено високостовірну кореляцію між рівнем потенційного ризику вигорання та

проявами професійного вигорання за обома підходами у дослідженні останнього.

**Таблиця 1**  
**Кореляційні зв'язки між показниками професійного вигорання та його базових детермінант**

Детермінанти	Прояви професійного вигорання							
	Субшкала 1 Емоційне виснаження	Субшкала 2 Деперсоналізація	Субшкала 3 Редукція особистих досвідів	Середній показник вигорання (Тест «Вигорання»)	Фаза 1 Напруження	Фаза 2 Резистентність	Фаза 3 Виснаження	Середній показник вигорання (за В.В.Бойко)
Тривожність особистісна (за Спілбергером-Ханінім)	0,36*	0,10	-0,20	0,12	0,22	0,42*	0,42*	0,42*
Тривожність (за Г.Айзенком)	0,55**	0,27	-0,10	0,35	0,19	0,48**	0,43*	0,44*
Фрустрація	0,26	0,10	-0,20	0,10	-0,10	0,22	0,27	0,18
Агресивність	0,21	0,10	0,13	0,19	0,16	0,22	0,41*	0,30
Ригідність	-0,02	0,04	0,05	0,03	0,004	0,07	0,15	0,09
Тривалість роботи у ВІЛ-сервісі	-0,22	-0,36*	-0,30	-0,39*	-0,10	-0,6**	-0,17	-0,39*

Примітка: \* –  $p < 0,05$ ;

\*\* –  $p < 0,01$ .

Позитивна кореляція пов'язує потенційний ризик вигорання з інтегральним показником субшкал ( $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ), окремо за субшкалою «емоційне виснаження» ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ), субшкалою «деперсоналізація» ( $r=0,64$ ;  $p<0,01$ ),

а також із фазою «напруження» ( $r=0,43$ ;  $p<0,01$ ). Отже, потенційний ризик вигорання достовірно призводить до професійного вигорання, що супроводжується наростаючими порушеннями міжособистісної взаємодії. Аналіз результатів дослідження потенційного ризику вигорання додатково дозволив встановити низку найбільш проблемних сфер професійної взаємодії, серед яких превалюють: прояви «несправедливого поведіння» з боку керівництва, стан «перевантаження» роботою, «безперспективність і нудьга». Величина середніх показників потенційного ризику вигорання дозволяє припустити, що взаємостосунки у колективі на цьому етапі не є визначальними для розвитку вигорання та потребують додаткового вивчення.

Отримано підтвердження існування прямого позитивного взаємозв'язку між показниками рівня професійної дезадаптації та фазою «виснаження» ( $r=0,41$ ;  $p<0,05$ ). Фаза «виснаження» є центральним компонентом у формуванні професійного вигорання, що супроводжується емоційним дефіцитом, відстороненістю, психосоматичними порушеннями і в цілому свідчить про високий рівень професійної дезадаптації.

Тривалість роботи у ВІЛ-сервісній організації обернено корелює з інтегральним показником субшкал вигорання ( $r = -0,39$ ;  $p<0,05$ ), а також інтегральним показником фаз вигорання ( $r = -0,39$ ;  $p<0,05$ ). Отримано підтвердження того, що із збільшенням тривалості роботи з ВІЛ-інфікованими особами та їх оточенням зменшуються показники професійного вигорання. Цікавим є те, що показники коефіцієнтів кореляції продемонстрували залежність між стажем роботи та окремими складовими вигорання у двох підходах: з показниками субшкали «деперсоналізація» ( $r = -0,36$ ;  $p<0,05$ ), а також з показниками фази «резистентність» ( $r = -0,67$ ;  $p<0,01$ ).

Вочевидь, професійне вигорання не є стійким феноменом. За умови включення внутрішніх психологічних ресурсів суб'єкта з метою позбавлення від наслідків професійного стресу, динаміка професійного вигорання спрямовується в напрямку зменшення його проявів. Власне, чим більш тривалим є стаж роботи у ВІЛ-сервісних організаціях, тим менше негативних переживань та установок у працівників по відношенню до суб'єктів своєї діяльності, і тим менш значущим є безпосереднє переживання стресу в процесі роботи.

Серед індивідуальних характеристик працівників, що сприяють професійному вигоранню, встановлено залежність між особистісною тривожністю та показниками субшкали «емоційне виснаження» ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), фази «резистентність» ( $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ), фази «виснаження» ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ) та інтегральним показником за фазами вигорання ( $r=0,44$ ;  $p<0,05$ ). Підтвердженням значущості впливу показників тривожності на формування і прояви професійного вигорання є виявлений зв'язок між тривожністю в самооцінці психічних станів та мірою вираженості вигорання в обох підходах ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$  та  $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ). Отже, тривожність є вагомою індивідуальною характеристикою у формуванні професійного вигорання. Чим тривожнішим є працівник, тим більшою мірою він відчуває психоемоційне виснаження, дискомфорт, незадоволеність собою, надає перевагу усталеним

формальним стосункам з вибірковими емоційними реакціями та обмеженням професійних обов'язків.

Пряма кореляція між проявами особистісної тривожності та показниками дезадаптації ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ) дає підстави вважати, що, рівень розвитку тривожності працівника ВІЛ-сервісу в цілому впливає на його професійну дезадаптацію.

Окрім тривожності, встановлено зв'язок між показниками агресивності та фазою «виснаження» ( $r=0,41$ ;  $p<0,05$ ). Зважаючи на це, можемо констатувати, що чим більше працівник схильний до агресивності, тим більше у нього виникає неадекватних емоційних реагувань, конфліктних взаємодій з вимушеною особистісною ізоляцією на фоні високих показників професійного вигорання.

У дослідженні також проведено порівняльний аналіз середніх величин професійного вигорання у групах працівників з різною тривалістю роботи. В обох підходах дослідження вигорання у респондентів групи «працюючі нетривалий час» виявлені вищі показники професійного вигорання. Найнижчих значень вигорання набуває у групі «працюючі тривалий час». Тобто, стаж роботи від 3 до 4 років є найбільш стресовим періодом із проявами тимчасової професійної дезадаптації працівника ВІЛ-сервісу. Зазначені результати визначають необхідність подальшого скерування аналізу в площину перевірки статистичних достовірностей виявлених відмінностей.

#### Висновки.

Висунута на початку дослідження гіпотеза підтвердилася емпіричними даними. Всі працівники ВІЛ-сервісних закладів проходять складний шлях соціально-психологічної адаптації, що супроводжується професійним вигоранням. У сформованому вигляді професійне вигорання свідчить про дезадаптованість працівника у сфері діяльності з ВІЛ/СНІДу.

Динаміка розвитку професійного вигорання не є лінійною, має зворотний характер і більшістю працівників корегується за допомогою власних психологічних ресурсів. Термін зайнятості професійною діяльністю з ВІЛ-позитивними особами та їх оточенням від 3 до 4 років є кульмінаційним періодом для розвитку професійного вигорання.

Індивідуальні особистісні характеристики працівників – тривожність, агресивність – є значущими детермінантами актуалізації та розвитку професійного вигорання, впливають на формування, прояви та здатність долати означений стан з продовженням професійної діяльності у ВІЛ-сервісі.

В процесі дослідження професійної адаптації працівників служби ВІЛ/СНІД зацікавлення викликали індивідуально-психологічні особливості їх клієнтів/пацієнтів, а саме – людей, які живуть з вірусом імунодефіциту людини, як соціально-відчуженої групи, з високими рівнями фрустраційного напруження, порушеннями інтеграційної поведінки і суттєвим ризиком виникнення дезадаптивних проявів, що в свою чергу презентується складним соціально-психологічним феноменом взаємодії з ними і вимагає подальшого спрямування емпіричного пошуку.

#### Література

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – М., 1988. – 156 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб., 1999. – 105 с.
3. Валовая Л. Тренинговые модули по профилактике синдрома профессионального выгорания среди сотрудников общественных организаций, работающих в сфере профилактики ВИЧ/СПИД: Методические рекомендации. – К., 2007. – 144 с.
4. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии. Эмпирическое исследование / Психологический журнал. – 2001. – №1. – С.16–21.
5. Практикум по психологии профессиональной деятельности и менеджмента. – СПб., 2001. – С.94–98.
6. Профилактика и преодоление синдрома сгорания у сотрудников проектов снижения вреда. Пособие для психологов. – Одесса, 2003. – 90 с.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара, 2002. – 672 с.
8. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології. – К., 2005. – 278 с.
9. Савицька О.В., Подуфалова Л.С. Соціально-психологічні чинники та показники професійної адаптації практичних психологів // Проблеми сучасної психології. – 2010. – Випуск 7. – С.653–661.
10. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації. – К., 2006. – 620 с.
11. Старченкова Е.С., Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. // Практическая психология. – СПб.: Питер, 2008. – 258 с.
12. Трунов, Д.Г. «Синдром сгорания». Позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога. – 1998. – №5. – С. 84–89.
13. Форманюк Т.В. Синдром „эмоционального сгорания” как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. – 1994. – №6. – С. 58–65.
14. Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. – Мн., 1988. – 768 с.
15. Клодецьки А. Синдром сгорания. Обзор концепций // Интернет: <http://www.cfip.ru / press pmix / 2001-5/16. Shtml>
16. Maslach, C. And Jackson, S. The measurement of experienced burnout / Journal of Occupational behavior issue. – 1981. – №2. – P.70.

*В статье рассматривается проблема социально-психологической адаптации работников ВИЧ-сервисных организаций на фоне проявления у них профессионального выгорания. Исследуется система детерминант профессионального выгорания: личностные характеристики и продолжительность занятости профессиональной деятельностью.*

**Ключевые слова:** социально-психологическая адаптация, дезадаптация, профессиональное выгорание.

*In the article is analyzed the problem of socio-psychological adaptation specialists in the HIV-service organization; the main indicators and factors of job burnout; personal characteristics and the duration of professional activities.*

*Key words: socio-psychological adaptation, dis-adaptation, job burnout.*

**Н.В. Завязкіна**

### **ЕПІЛЕПТИЧНЕ СЛАБОУМСТВО: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ І СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ**

*У статті розглядаються деякі соціально-психологічні аспекти праці з хворими з епілептичною деменцією.*

*Ключові слова: епілептична деменція, якість життя, дезадаптація.*

Проблема деменцій останнім часом набуває все більшої значущості у зв'язку з демографічними змінами, що відбуваються в суспільстві. Епідеміологічні дослідження вказують на високу поширеність серед літніх людей різних форм слабоумства.

Актуальність досліджень у цьому напрямку обумовлена і статистичними даними. Так, якщо в 1980 році число осіб старше 65 років становила 250 млн., в 2000 році вже 400 млн., то до 2025 року, за деякими джерелами, ймовірно очікується 760 млн. осіб похилого віку. Вже в даний час літні люди складають близько 25% населення промислово розвинених країн світу.

Деменції є клінічно поліморфними, що вимагає адекватної і грамотної діагностики як клінічної, так і соціально-психологічної картини. Особливість патогенезу дементного процесу (незалежно від клінічної форми захворювання), ураження головного мозку на всіх рівнях структурно-функціональної організації і, як наслідок, рання інвалідизація пацієнтів обумовлюють труднощі у виборі адекватного лікування, оцінці довгострокового прогнозу з точки зору соціального функціонування пацієнта.

Так, гетерогенну групу дементних синдромів представляє «судинна деменція» (СД), яка виникає внаслідок васкулярних причин, що проявляється різноманітними змінами в мозку, і, як наслідок, – своєрідними клінічними симптомами.

СД вважається другою за значимістю причиною деменції після хвороби Альцгеймера (БА) і спричиняє 15-25% випадків деменції. Результати популяційних досліджень, проведених у багатьох європейських і північноамериканських країнах, показують, що кількість випадків СД зростає із збільшенням віку. Така тенденція характерна і для показника поширеності. У цілому, СД частіше зустрічається серед чоловіків, ніж серед жінок, особливо у віці до 85 років.

Тривалість життя і його якість залежать від збереження когнітивних функцій. У перші 6 місяців після гострого порушення мозкового кровообігу когнітивні порушення відзначаються в 30-80% хворих. До 30% тих, які вижили

після інсульту, можуть страждати деменцією, включаючи хворобу Альцгеймера (БА), що відчутно збільшує тяжкість наслідків судинних уражень мозку.

Ускладнений варіант гострого порушення мозкового кровообігу пов'язаний з розвитком епісіндрому. За статистикою після перенесеного інсульту епісіндром розвивається у 3-7% людей похилого віку. З появою епінападів різної частоти у даної категорії хворих також відмічаються порушення когнітивних функцій.

Проблема когнітивної недостатності, що розвивається на тлі старіння, є однією з центральних проблем сучасної геронтопсихіатрії. Вивчення проявів прогресуючого мнестико-інтелектуального зниження в пізньому віці і відмежування цих станів від легких когнітивних порушень непрогредієнтного характеру при нормальному старінні набули особливої значущості у зв'язку з необхідністю ранньої діагностики та лікування деменції.

Переживання своєї наростаючої інтелектуальної і, в ряді випадків, рухової нездатності, вносить свій внесок у формування депресивних розладів, принаймні, на ранній стадії деменції, за відсутності вираженого зниження критики.

Наявність емоційних порушень здатна посилювати вираженість когнітивних розладів через підвищення рівня тривоги і пов'язаних з цим ускладнень щодо зосередження, невпевненості та очікування невдачі.

Нейропсихологічний метод дозволяє розглядати психічні функції у зв'язку з морфофункціональними змінами в роботі центральної нервової системи в нормі і при органічних захворюваннях мозку.

Найбільш адекватним для аналізу дифузної симптоматики при нормальному та патологічному старінні є застосування концепції А.Р. Лурії про три структурно-функціональних блоки мозку.

Істотним у психологічній діагностиці осіб похилого віку є відмежування пацієнтів з погіршенням когнітивних функцій у віковій нормі від деменції. Для цього в науці використовується сучасна дослідницька концепція mild cognitive impairment (MCI) – м'яке когнітивне зниження. У 2004 році були запропоновані вдосконалені критерії діагностики синдрому MCI. Діагноз MCI повинен ґрунтуватися на таких критеріях: скарги пацієнта на погіршення пам'яті, підтверджені інформацією, отриманою від членів його сім'ї і за допомогою тестування хворого; відсутність даних про наявність синдрому деменції; виключення ймовірного зв'язку когнітивного дефіциту з будь-якими іншими хворобливими станами, потенційно відповідальними за когнітивне зниження; дані про те, що когнітивна недостатність має прогресуючий характер [12].

Поширеність синдрому MCI в популяції у віці 65 років і вище коливається, за різними даними, в діапазоні від 7 до 38% [14, 15]. Встановлено, що в 3-15% випадків MCI протягом року трансформується в деменцію, за 6 років до 80% таких осіб отримують діагноз хвороби Альцгеймера [13].

Україна за віковим складом населення є однією з найбільш «старих» країн не лише СНД, але й Західної Європи в цілому. 20-25% всієї популяції