**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичний аналіз проблеми ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ФАХІВЦІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР**

**1.1. Теоретичні передумови вивченння психологічних складових реабілітаційного потенціалу фахівців силових структур**

У ході багаторічного розвитку психологічної науки вітчизняні та зарубіжні вчені намагалися зрозуміти, що лежить в основі життєдіяльності людини, подолання різноманітних труднощів і досягнення успіху в різних сферах життя. Психічні ресурси вважалися джерелом внутрішньої сили людини, яка дозволяє їй справлятися з незвичайними, нестандартними ситуаціями та досягати значних життєвих досягнень у повсякденному житті [91].

В результаті зусиль кількох поколінь вітчизняних і зарубіжних психологів проблема психічних ресурсів людини поступово виросла в самостійний науковий напрям, що володіє яскравими індивідуальностями, досить потужним категоріально-понятійним апаратом і системними конструктами (або закономірностями), сформовані уявлення про визначники та можливості їх використання. Трактування психічних ресурсів зумовлювалося оригінальними методологічними позиціями авторів щодо розгляду особистості та суміжних проблем. Формування наукових підходів до розуміння особистісного ресурсу відображає етапи пошуку відповідей на питання щодо психологічної сутності феномену особистості, які намагалися відобразити у своїх наукових конструктах представники зарубіжних і вітчизняних наукових шкіл і напрямів [18; 31].

Поняття «психічний ресурс» характеризується значною змістовною варіативністю, що відображає неформальність бази його трактування. У загальному розумінні слова «ресурс» можна вважати джерелом людських сил, сукупністю цінностей, резервів і можливостей, які дають змогу здійснювати повсякденну діяльність, справлятися зі складними життєвими ситуаціями та вирішувати проблему «життєздатності» фізичних осіб [1; 3].

У психологічних дослідженнях останніх років проблема ресурсного підходу була представлена в різних дослідженнях [23]. Як зазначає В. Бодров, термін «ресурси» має інше значення. Застосовується в психофізіології при визначенні об'єктивно зареєстрованого явища, наприклад, активаційної функції ретикулярної формації; у загальній психології – коли вказує на ідеальну властивість системи перетворення інформації та характеризує ступінь обмеженості та розподілу засобів її функціонування [35].

За визначенням У. Михайлишина, ресурси особистості – це життєві активи, які формують реальний потенціал для подолання несприятливих життєвих явищ. Вказується, що сама їх присутність виконує адаптивну функцію: надає людині впевненості в собі, підтримує її самоідентичність і підвищує самооцінку [18]. Ресурси – це все те, що використовує людина для задоволення потреб навколишнього середовища [27]. У. Михайлишин виділяє два великі класи ресурсів: особистісні (психологічні) та екологічні (соціальні). Особистісні ресурси — це вміння та здібності людини. Екологічні ресурси відображають доступність допомоги особистості в соціальному середовищі (інструментальної, моральної, емоційної). Більш детальна класифікація дозволяє не тільки ідентифікувати конкретні ресурси (наприклад, культурні, політичні, інституційні ресурси), але й визначити їх джерело [17].

Цю точку зору поділяє В. Бодров, який вважає, що ресурси відіграють різну роль у подоланні стресу, що дає підстави говорити про їх різні види, які поділяються на дві групи: особистісні (психічні, особистісні, професійні, фізичні) соціальні (різноманітні форми підтримки з боку членів сім’ї, друзів, колег по роботі та матеріальна підтримка людей у стресових ситуаціях) [36; 37].

Неоднозначним є також ставлення до поняття «ресурси в психологічній науці». У науковій літературі ресурси трактуються як елемент копінг-процесів, які подаються як сукупність механізмів активізації та обслуговування ресурсів [26 ; 32]. Ресурси визначаються як фактори успіху поведінки людини в подоланні труднощів [36]. Наприклад, дослідження розглядали важливість інтернальності (її впливу на ефективність подолання), оптимізму, відчуття зв’язку зі світом, самоефективності та самооцінки [51; 77; 78].

Для подальшого розмежування розглянутих нами понять становить інтерес класифікація С. Хобфолла. На його думку, ресурси включають: 1) матеріальні об'єкти (дохід, будинок, одяг, матеріальні фетиші) і нематеріальні об'єкти (бажання, цілі); 2) зовнішні (соціальна підтримка, сім’я, друзі, робота, соціальний статус) і внутрішні змінні (самооцінка, професійні навички, здібності, навички, інтереси, хобі, риси характеру, оптимізм, самоконтроль, життєві цінності, система переконань, тощо); 3) психічний і фізичний стан; 4) вольові, емоційні та енергетичні якості, необхідні (прямо чи опосередковано) для подолання важких життєвих ситуацій або служать засобом досягнення особистісно значущих цілей [37].

Як бачимо, термін «ресурси» має кілька відтінків значення. З одного боку, слід розрізняти ресурси в широкому розумінні цього слова, ресурси навколишнього середовища або зовнішні ресурси, а також особисті ресурси зокрема. До ресурсів у широкому розумінні безумовно відносяться поняття «особистісні ресурси», «ресурси середовища», які в свою чергу впливають на потенціал особистості (біологічний, психофізіологічний, особистісний). При цьому потенціал особистості включає також особистісні ресурси і суттєво залежить від ресурсів середовища. У будь-якому випадку ресурси утворюють єдину систему, яка задовольняє або призначена для задоволення всіх людських бажань і потреб. Ресурси розрізняються не тільки за джерелом їх виникнення (зовнішнім і внутрішнім), а й за змістом. Кожен вид ресурсу характеризується певною здатністю до збереження та накопичення, здатністю пристосовуватися до мінливих умов, здатністю ресурсів взаємодіяти між собою та до особистісного потенціалу [4 ; 15 ; 20].

Доведено, що зовнішні інтелектуальні ресурси людина отримує через свій соціальний спосіб життя. Соціальна підтримка і допомога, співчуття, взаємодопомога та інші соціальні явища є суттєвим фактором досягнення людиною необхідного благополуччя в житті [22; 88].

Внутрішні ресурси пов'язані з певними задатками людини, які дозволяють долати різні стресори і труднощі. Такими внутрішніми факторами є когнітивні здібності людини, її інтелект, емоційні ресурси, духовний потенціал, спектр особистих здібностей тощо [19].

Ресурсний підхід у психології підкреслює, що існує процес розподілу ресурсів, який пояснює той факт, що деяким людям, незважаючи на різні життєві обставини, вдається зберегти своє здоров’я та успішно адаптуватися [6; 26; 29; 38; 47; 56; 64; 85]. Теорії ресурсів стверджують, що існує набір ключових ресурсів, які спрямовують і контролюють загальний фонд ресурсів. Ключовий ресурс – основний інструмент, який контролює та організовує розподіл інших ресурсів [76 ; 84]. Ресурсна проблематика сучасної психології бере свій початок у розгляді адаптивності людини, яка затребувана в напружених, важких, стресових та екстремальних ситуаціях. Адаптація являє собою процес пристосування до певних життєвих обставин і може бути успішним за умови врахування певних життєвих ресурсів людини [35].

Основою наступного кроку в науковому вивченні проблем ресурсів стало виникле в психології розуміння того, що людські сили можна розглядати не тільки з точки зору взаємодії людини з навколишнім середовищем, а й з точки зору механізмів функціонування. У психології психологічні захисти широко досліджуються і можуть розглядатися як психологічні інструменти, які мають свої переваги та недоліки, а також збереження та поповнення внутрішніх ресурсів особистості [11]. Ряд робіт виявив, що копінг-ресурси пропонують великі можливості для свідомого, свідомого та цілеспрямованого справляння з внутрішніми ресурсами індивіда [10]. Копінг-поведінка як інструмент регуляції ресурсів має певну спеціалізацію, яка з урахуванням специфіки ситуації дає змогу реалізувати специфічні внутрішні ресурси особистості. При цьому вказується на можливість переходу від ситуативного до особистісного та від функціонального до змістовного розгляду психічних ресурсів людини [90].

Особливе місце серед психічних ресурсів людини займають так звані особистісні ресурси [15]. Особисті ресурси — це складна сутність, яка об’єднує істотну частину системи психічної підтримки та автономії людини. На організаційному рівні особистісні ресурси інтегрують різноманітні за складністю структурні компоненти особистості, що визначають її успішність у навчанні, професійній діяльності та в особистісній сфері [51; 68; 89]. Ідею особистого ресурсу можна розглядати як систему понять, відносин і досвіду, які формують людину в цю психологічну формацію. Домінуюче використання особою певної структури особистих ресурсів впливає на її успішність [15]. Отже, пізнавальні та інтелектуальні ресурси визначають такі характеристики особистості: розумна, розвинена, досвідчена, начитана, компетентна, уважна, обачна, підготовлена, ерудована, авторитетна, всебічна, талановита [31]. Наявність ресурсів емоційно-вольової саморегуляції дозволяє людині бути наполегливою, сміливою, сильною, впевненою, працездатною, терплячою, спокійною, цілеспрямованою, рішучим, стійким, зібраним, наполегливим тощо. [42]. Використання особистістю цінних і значущих ресурсів відображається в таких характеристиках особистості: духовна, чиста, сувора, мотивована, глибока, відповідальна, самовіддана, витривала, горда, оптимістична [48]. Ресурси соціальної взаємодії дозволяють людині бути відкритою, прямою, приємною, мобільною, активною, доброзичливою, комунікабельною, невимушеною тощо. [28].

Багато авторів визначають ресурси особистості як її життєві характеристики та можливості компенсації [28; 51; 65; 88]. З. Ковальчук визначає особистісні ресурси як внутрішні та зовнішні можливості, які усвідомлюються та використовуються як засіб досягнення позитивних результатів при розгляді змістовної сторони поведінки людини при подоланні складних життєвих ситуацій. На їхню думку, особистісні ресурси повинні відповідати таким критеріям: усвідомлення наявних можливостей їх досягнення, готовність використовувати ці можливості, оптимальність, винагорода, конвертованість, тобто цінність ресурсів у соціальному середовищі [12].

Д. Азаматов вводить поняття «весь життєвий ресурс особистості», під яким він розуміє енергію, стан здоров’я, вік, життєвий резерв, природні переваги (стать, здібності), соціальні переваги (освіта, соціальне походження, кваліфікація, професія), самооцінка, ступінь особистих домагань [10]. Наявність перерахованих ресурсів у конкретної людини означає реальну можливість компенсації особистих чи життєвих проблем. Їх відсутність або слабка вираженість означає брак внутрішніх ресурсів і низьку здатність долати життєві труднощі, що означає слабку життєву силу [10; 12].

В. Бодров розглядає ресурс як частину розвитку теорії психічного стресу. Водночас дослідник так визначає ресурси: «Це фізичні та розумові здібності людини, мобілізація яких забезпечує реалізацію її програми та поведінки (стратегії), спрямованих на попередження або зменшення стресу» [35, с. 242]. Ресурс особистості автор визначає як резерв, потенціал різноманітних структурно-функціональних характеристик людини, що забезпечують загальні види життєдіяльності та конкретні форми поведінки, реагування, адаптації тощо. [36]. І зазначає, що поняття людських ресурсів, незважаючи на його широке використання, ще недостатньо розроблене, хоча в цілому воно відображає можливості енергетичних та інформаційних процесів, рівень розвитку професійно орієнтованих функцій, їх адаптивність, стабільність та винагороду, наявність освоєних програм і методик регулювання різних форм діяльності та багато іншого [35; 37].

Т. Комар на дослідницькій основі зроблено спроби виявити психологічні феномени, що складають життєві ресурси людини, вивчити структурну організацію психологічних феноменів, що входять до складу життєвих ресурсів особистості, та диференціювати життєві ресурси особистості. за групами інваріантних і мінливих компонентів і здійснити психологічний аналіз найважливіших типів особистості з різними домінантними життєвими ресурсами [13] . Автор продемонстрував, що життєві ресурси особистості пов’язані з такими психологічними показниками: самоприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, часова грамотність, ціннісні орієнтації, поведінкова гнучкість, чутливість до себе, спонтанність, самооцінка, уявлення про людину. характер, розвиток пізнавальних потреб, креативність, загальний інтер’єр, стресостійкість, інтелектуальний розвиток, напруженість психологічних захистів, наявність цілей у житті, інтерес та емоційна насиченість життя, задоволеність самореалізацією, місце контролю – І, місце контролю – життя, ступінь емпатії [13] . Життєві ресурси особистості за індивідуальними особливостями поділяються на три групи: сукупність когнітивно-інтелектуального та емоційного компонентів, ціннісно-значимого компонента та соціально-психологічного компонента життєвого ресурсу. Серед життєвих ресурсів автор виокремив інваріантні та мінливі компоненти: до інваріантних компонентів життєвих ресурсів Т. Комар віднесла когнітивно-інтелектуальний, вольовий, мотиваційно-ціннісний компоненти психіки людини та допомоги іншим; до змінних складових - матеріальні ресурси, здоров'я, емоції. Місце контролю – Я, Місце контролю – життя, Рівень емпатії [13] .

Очевидно, що різні ресурси відіграють різну роль в адаптації людини та її подоланні складних життєвих подій. Так, С. Соловйова до найбільш вивчених особистісних ресурсів відносить: активну мотивацію до подолання, ставлення до стресу як можливості набуття особистого досвіду та можливості особистісного зростання; міцність Я-концепції, самооцінки, самоповаги, самоповаги, «самодостатності»; активний спосіб життя; позитивність і раціональність мислення; емоційно-вольові якості; фізичні ресурси – стан здоров’я та ставлення до нього як до цінності; матеріальні ресурси – високий рівень матеріальних доходів і матеріальних умов, забезпеченість життя, стабільна оплата праці, гігієнічні фактори життя; Інформаційно-інструментальні ресурси (здатність контролювати ситуацію; використання методів або способів досягнення бажаної мети; здатність до адаптації, готовність до самозмін, інтерактивні техніки зміни себе та навколишньої ситуації; здатність до когнітивного структурування). і зрозуміти ситуацію [25].

Більшість із перелічених характеристик характеризують психічно здорову людину. І на завершення портрета психічно здорової людини І. Дубровіна до вже згаданих якостей додає такі: самодостатність, інтерес до життя, свободу думки та ініціативи, захопленість сферою науки і практичної діяльності, активність і самостійність, відповідальність та здатність до ризику, впевненість у собі та повага до інших, розсудливість засобів досягнення цілей, здатність до сильних почуттів та емоцій, усвідомлення своєї індивідуальності та радісне здивування унікальності оточуючих, креативність. у різних сферах життя та діяльності [91].

Якщо коротко охарактеризувати склад особистісних ресурсів, то слід зазначити, що до *психологічних* ресурсів належать когнітивні, психомоторні, емоційні, вольові та інші загальнопсихологічні характеристики людини. *Особистісний* включає різноманітні якості, риси та установки особистості, які впливають на регуляцію поведінки в стресових життєвих ситуаціях і відображаються в рисах самоконтролю, самоповаги, самооцінки, мотивації тощо. *Професійні* ресурси – це рівень знань, досвід та індивідуальний стиль діяльності, які дають змогу регулювати професійну поведінку людини. *Фізичні* ресурси визначаються рівнем фізичного і психічного здоров'я та функціональними резервами людини. До цього додається значна, часом надзвичайно значна роль матеріальних ресурсів, які відкривають доступ до інформаційної, правової, медичної та інших форм професійної допомоги [11; 43; 48; 70].

Феномен невикористання навіть достатніх особистих ресурсів аналізує Г. Бонанно [316]. Він вважає, що культурні цінності, громадська думка та деякі особисті характеристики (наприклад, сором'язливість, гордість) можуть стати перешкодою для використання ресурсів, доступних суб'єкту. Водночас успішній реалізації особистих ресурсів сприяє оптимізм, зв’язаність зі світом, прийняття та оцінка власних здібностей і можливостей успішно діяти в складних умовах – особистісна якість, що визначається як самоефективність, самоефективність. повага. Автор стверджує, що психологічні ресурси повинні бути представлені як основа життя, можливостей людей і суспільства; ніж усе, що людина використовує для задоволення вимог навколишнього середовища; як життєві цінності, що представляють реальний потенціал для подолання несприятливих життєвих подій [31].

У дослідженнях О. Бочарової показано, що в діяльності, де на суб’єкта тисне високий рівень відповідальності, важливу ресурсну роль відіграють здатність діяти в ризикованих умовах, індивідуальна схильність і готовність до ризику [43]. Цей ресурс, мабуть, відображає «граничний режим буття особистості», виділений у працях С. Сороко як один із режимів буття в професійній сфері, пов’язаний з екстремальними навантаженнями [25].

У дослідженнях М. Ільюшиної термін «психологічний ресурс» визначається так: це внутрішні та зовнішні змінні, які сприяють психологічній стійкості в стресових ситуаціях; Це емоційні, мотиваційно-вольові, когнітивні та поведінкові конструкти, які людина оновлює, щоб адаптуватися до напружених/напружених робочих і життєвих ситуацій. Це інструменти, які вона використовує, щоб змінити те, як вона взаємодіє зі стресовою ситуацією [10].

Однією з основ ресурсного підходу є принцип «збереження ресурсів», який передбачає здатність людини здобувати, зберігати, відновлювати, примножувати та перерозподіляти ресурси відповідно до власних цінностей. За допомогою такого розподілу ресурсів людина має можливість адаптуватися до найрізноманітніших умов середовища проживання [96]. Слід додати, що в концепції С. Хобфолла втрата ресурсів розглядається як первинний механізм, що запускає стресові реакції. При втраті ресурсів інші ресурси починають виконувати функцію обмеження інструментального, психологічного та соціального впливу ситуації на психіку. Втрата внутрішніх і зовнішніх ресурсів супроводжується втратою суб’єктивного благополуччя, переживається як стан психологічного стресу та негативно впливає на здоров’я особистості [37].

можуть відігравати ту чи іншу роль в адаптації людини до складних ситуацій, під час подолання важких життєвих подій тощо. Але важливо дивитися на ці ресурси цілісно, щоб мати можливість їх активувати. Незважаючи на різноманітність підходів до розуміння ресурсів, які існують у психологічній науці, результати досліджень психологічних ресурсів, саме поняття як психологічна категорія видається недостатньо розробленим.

Змістовні характеристики психологічних ресурсів необхідно розглядати як систему. Системний підхід відкриває можливості дослідження психічної реальності в системі взаємодії «людина – життєве середовище» з урахуванням комплексу детермінант, джерелом яких є реальність конкретної людини, представлена в змісті реальної діяльності, в сама особистість, в реальності, що переживається тут і зараз. Взаємодія між людьми та середовищем їх проживання відбувається в певних життєвих ситуаціях і є своєрідним пусковим механізмом для актуалізації певних ресурсів особистості.

Підводячи підсумок, можна зробити висновок, що психологічні ресурси можна представити як систему здібностей людини до усунення протиріч між особистістю та життєвим середовищем, до подолання несприятливих життєвих обставин через трансформацію ціннісно-смислового виміру особистості, забезпечення спрямованості та основа, створена для самореалізації. Інакше кажучи, психологічні ресурси функціонують як системна, інтегральна характеристика особистості, яка надає особистості здатність долати складні життєві ситуації. Вказана характеристика актуалізується і проявляється в процесах самовизначення особистості. Тому досить актуальним напрямком у вивченні психологічних ресурсів є дослідження їх структури, функціональних механізмів і динамічних властивостей, особливо в осіб, які втратили частину ресурсів внаслідок хвороби.

Специфічні особистісні ресурси як індикатори психологічного реабілітаційного потенціалу та предиктори психічного здоров'я. У сучасних умовах все більш актуальною стає проблема підвищення винахідливості кожної особистості. Результати емпіричних досліджень показують, що для різних видів діяльності важливі різні набори особистісних якостей, які опосередковують успіх у справлянні та виконанні діяльності та регулюють психічне напруження та ступінь психофізіологічної активації [43]. Внесок різних особистісних ресурсів у підтримку психологічного благополуччя та успішне подолання стресу також змінюється залежно від характеру вибірки, факторів середовища та ситуації [42]. Проте огляд літератури дозволяє визначити ключові риси особистості, які є найважливішими предикторами психологічного благополуччя, якості життя, успішного подолання стресу та ефективної роботи. Далі розглядаються найбільш поширені в психологічній літературі особистісні властивості (ресурси), прогностична важливість яких для психологічного благополуччя була доведена в численних дослідженнях.

*Довговічність.* У контексті подолання стресу та важких життєвих ситуацій С. Кобаса розробив конструкт стійкості як загальної життєвої диспозиції, яка є системою переконань про себе, світ і стосунки до світу [40]. Стійкість охоплює три основні переконання, які відображають залученість у життєвий процес (залучення), що характеризується наявністю зв’язків зі світом і низьким рівнем відчуження, внутрішнім локусом контролю (контролю) і прийняттям життєвих «викликів», що дозволяє позитивно оцінити ситуації, з якими стикається людина (наприклад, знайти вигоду в складних життєвих ситуаціях і знайти шляхи подолання труднощів). Як показують численні дослідження, стійкість є найважливішим предиктором зниження ймовірності розвитку соматичних і психологічних симптомів у стресових ситуаціях, збереження якості життя та суб’єктивного благополуччя в умовах зниження можливостей здоров’я, успішності та продуктивності співробітників і може бути визначена як: ядерний особистісний конструкт [3; 12; 63; 79].

Зазначені компоненти взаємодіють один з одним системно, синергетично, при цьому загальний ефект перевищує суму ефектів кожного окремого компонента. За словами С. Кобаси, вплив стійкості на психічне здоров’я опосередковується індивідуальною когнітивною оцінкою стресових ситуацій та індивідуальним репертуаром копінг-стратегій [40]. Зазначається, що стійкість поєднує в собі два компоненти оцінки. З одного боку, це впливає на сприйняття ситуації, що знижує оцінку загрози і ситуація сприймається як менш травматична через особистісні особливості [3; 59]. З іншого боку, стійкість заохочує проактивне подолання, збільшуючи очікування людини, що його спроби подолання будуть успішними. Воно пов’язане з «трансформаційним» копінгом, який передбачає дію та активність у стресовій ситуації [43]. Буферний ефект вітальності супроводжується підвищенням почуття відповідальності та пошуком активної соціальної підтримки [12; 29].

Л. Александрова розглядає категорію «стійкість» і пропонує розглядати її не окремо, а в контексті проблеми подолання життєвих труднощів [14]. Проблема подолання та копінг-поведінки неодноразово ставала предметом пильної уваги психологів [13]. А деякі дослідники вважають, що в основі копінг-поведінки лежить стійкість як здатність особистості використовувати несприятливі обставини для свого розвитку [13].

При цьому одним із компонентів життєздатності Л. Александров визначає особистісні ресурси, які забезпечуються на рівні реалізації розвиненими копінг-стратегіями. Іншою складовою є сенс, який визначає вектор життєдіяльності та життя людини в цілому [13 ; 14].

Теоретичний аналіз різноманітних досліджень дав змогу зробити висновок, що стійкість виникає і розвивається в нових особистісно значущих соціальних умовах під впливом чинників: актуалізації соціально-психологічних характеристик (забезпечення позитивної динаміки процесу), актуалізації продуктивного накопичення особистісного досвіду (усвідомлення особистості). взаємодії багатьох факторів), актуалізація соціально-психологічних характеристик, адекватна соціальна ситуація (характеристики створюють імпульс до змін).

*Життєздатність (стійкість).* Термін «життєздатність» закріпився в англійському варіанті «resilience» (гнучкість, стійкість, стійкість) завдяки міжнародному проекту, який запропонував трактувати життєздатність як здатність людини розпоряджатися ресурсами власного здоров’я та використовувати сім’ю, суспільство для соціального прийнятний , культура [36].

Життєздатність ми пропонуємо розуміти як індивідуальну здатність людини до соціальної адаптації та саморегуляції, яка є механізмом управління своїми ресурсами: здоров’ям, емоційною, мотиваційною, вольовою, когнітивною сферами в контексті соціальних, культурних норм та умов середовища [15]. ] .

Життєздатність розглядається як загальносистемна, інтегративна властивість, актуальна для людини як системи, що саморозвивається, що характеризує потенційну здатність підтримувати свою цілісність і підтримувати життя в постійному зв’язку з вимогами соціального існування та призначенням людини. Системна життєздатність передбачає її включення до властивостей, що забезпечують можливість існування людини як соціальної системи, тобто життєздатність визначається автором як інтегральна можливість становлення особистості в суспільстві, що реалізується у формі універсальної змістовної соціальності. Важливим науковим досягненням психологічних досліджень є виділення основних компонентів феномену вітальності: адаптивності, здатності до саморегуляції, здатності до саморозвитку, осмисленості життєдіяльності та комунікабельності у вигляді інтегрального фактора, у вигляді з яких реалізуються інші згадані компоненти [23].

У створеній соціально-психологічній концепції життєздатність особистості визначається як системна властивість особистості, що характеризує єдність індивідуальних і соціально-психологічних здібностей людини до реалізації потенціалу ресурсів, використання конструктивних стратегій поведінки у важких життєвих ситуаціях, що дозволяє індивіду повернутися до рівня працездатності до кризи або визначає особистісне зростання після кризи [19] .

Життєздатність визначається як стійка схильність особистості, що включає такі компоненти: 1) здатність до активності та ініціативи; 2) вміння мотивувати себе і чогось досягти; 3) емоційний контроль і саморегуляція; 4) позитивні когнітивні установки та гнучкість мислення; 5) самоповага; 6) соціальні навички; 7) адаптивні, захисні поведінкові копінг-стратегії; 8) уміння організовувати свій час і планувати майбутнє [19].

Незважаючи на подібність у визначенні конструктів життєздатність і життєздатність, слід відзначити їх принципову різницю: на відміну від життєздатності, життєздатність – це не особистісна схильність (риса), а стан, що характеризується здатністю правильно розподіляти ресурси та використовувати складні ситуації, що сприяє підтримці психологічного благополуччя. У контексті успішного подолання стресу стійкість розглядається як ресурс, який допомагає підтримувати існуючі рівні функціонування, а стійкість пов’язана зі здатністю вирости за межі попередніх рівнів функціонування та посттравматичного зростання [33]. Інша принципова відмінність між конструктами стосується специфіки їх розвитку: якщо спочатку поняття життєздатності було запропоновано для позначення певного набору переконань, які сприяють справлянню зі стресом, то поняття життєздатності використовувалося для позначення всіх характеристик, які сприяють справлянню зі стресом, що призводить до менш чіткої структури, але більшої широти побудови життєздатності [15].

*Почуття когерентності (почуття когерентності)* — це здатність людини зв'язно, когнітивно й емоційно сприймати те, що відбувається під її контролем. Конструкт включає три компоненти: Зрозумілість – ступінь сприйняття людиною отриманої інформації як упорядкованої, чіткої та структурованої або, навпаки, як тривожної, хаотичної, непередбачуваної, що сприяє тому, що стресова подія не так сприймається, стає випадковою. , а як ланка в ланцюзі життєвих подій ; Керованість – характеризує ступінь, до якого індивід сприймає власні ресурси як достатні для належного реагування на вимоги середовища; Значущість – визначається тим, який сенс надається існуючій ситуації, наскільки індивід цінує пред’явлені йому проблеми та вимоги, які заслуговують вкладення енергії [20].

Дослідження показують, що високий SOC є предиктором як фізичного здоров’я (короткострокового та довгострокового), так і психологічного благополуччя, в тому числі на роботі [59]. Згідно з науковими дослідженнями, існує три способи впливу SOC на здоров’я. По-перше, відчуття злагодженості може призвести до фізіологічних змін в організмі - нормалізації роботи ендокринної та імунної системи (тобто її вплив на зворотні фізіологічні ефекти стресу). По-друге, люди з високим SOC схильні уникати ризикованої поведінки та брати участь у поведінці, спрямованій на збереження та зміцнення здоров’я. По-третє, SOC впливає на когнітивну оцінку подій: вони сприймаються як менш загрозливі та більш керовані [2; 20; 24; 54; 56].

*Оптимізм.* Традиційно під оптимізмом розуміють позитивну рису особистості, що асоціюється з успіхом, радістю, благополуччям і задоволеністю [17 ; 24 ; 57]. В даний час в літературі найбільш поширені дві основні концепції оптимізму, в яких оптимізм має різний зміст і функції. У концепції диспозиційного оптимізму під оптимізмом розуміють позитивне ставлення до майбутнього [32]. Таке керівництво сприяє активності та ефективній діяльності суб'єкта, а також, згідно з дослідженнями, є одним із найважливіших предикторів подолання стресу, викликаного хронічними захворюваннями. Проте, якщо оптимізм занадто великий, позитивна переоцінка майбутнього може мати й негативні наслідки: помилкові очікування не справдяться, і людина піддається невиправданому ризику [77].

Альтернативний підхід до розуміння природи оптимізму пропонують науковці, які розглядають оптимізм як атрибутивний стиль [24]. Оптимістичний атрибутивний стиль пояснює позитивні події, посилаючись на тимчасово стійкі причини, які стосуються всіх сфер життя і пов'язані з самим суб'єктом, тоді як негативні події пояснюються посиланням на тимчасові, приватні та зовнішні причини. Дослідження інших авторів показують, що успіх у різних видах діяльності частіше пов’язаний з оптимістичним стилем атрибуції, який діє як ресурс для підтримки мотивації, і що тільки в певних видах діяльності (наприклад, юриспруденція) песимістичний стиль атрибуції є продуктивним [24].

*самооцінка* як характеристика самоставлення, що виражає ставлення людини до себе (позитивне чи негативне) [19]. На відміну від розуміння самооцінки у вітчизняній психології, зарубіжні дослідження використовують більш вузький конструкт «самооцінка», який відображає певний тип самооцінки – відчуття власної цінності та потреби в інших людях [26]. Поняття самооцінка, на відміну від більш широкого поняття самооцінки, тісніше пов'язане з російськомовним терміном «самооцінка». Однак не всі автори погоджуються з принципово позитивним забарвленням цієї конструкції. Наприклад, було виявлено зв’язок між високою самооцінкою та нарцисизмом [45]. Тому, як і при оптимізмі, ресурсна роль самооцінки визначається її рівнем [32].

*самоефективність.* На відміну від стійкості як особистісної схильності, стійкості як умови та оптимізму як орієнтиру, конструкт самоефективності являє собою когнітивну оцінку власної діяльності та здатності більшою мірою справлятися зі складними ситуаціями [78]. Дослідження показали, що впевненість у власній ефективності передбачає не лише успішність діяльності, а й психологічне благополуччя та фізичне здоров’я [18]. Ряд авторів отримали емпіричні дані, які вказують на те, що самоефективність є скоріше другорядною змінною, яка є похідною від оптимізму. Наприклад, дослідження посттравматичних симптомів у тих, хто пережив землетрус у Туреччині, підтвердило захисну буферну функцію оптимізму та самоефективності у сприйманих посттравматичних симптомах, таких як тривога та депресія [46]. Однак регресійний аналіз показав, що лише оптимізм був предиктором відсутності несвідомих посттравматичних симптомів, таких як кошмари. З цієї причини прогностична роль самоефективності є більш важливою в гострих стресових ситуаціях, тоді як оптимізм і самооцінка є найважливішими предикторами в хронічній стресовій ситуації [77]. Дослідники також дійшли висновку, що самоефективність, тобто віра у свою здатність ефективно працювати, вирішувати проблеми та долати стрес, є наслідком високої самооцінки та оптимізму [37]. Подібним чином деякі автори розподіляють ресурси на основі їхньої ролі в процесі саморегуляції та самодетермінації, приписуючи самоефективність ресурсам стійкості та оптимізм і життєздатність ресурсам саморегуляції, таким чином підкреслюючи різну природу конструкцій [16] .

*Толерантність до невизначеності* - нейтральне або позитивне ставлення суб'єкта до невизначених ситуацій (невідомих, складних, мінливих, неоднозначних). У ранніх дослідженнях толерантність до невизначеності розглядалася як особистісна риса, пов’язана з раннім відходом від вирішення проблем, опором мінливим нестабільним стимулам і «чорно-білим» поглядом на світ [86]. Сучасні автори вважають толерантність до невизначеності стійкою особистісною диспозицією, пов’язаною з психологічним благополуччям і задоволеністю роботою [86]. Люди з низькою толерантністю до невизначеності більш схильні до стресу, уникають ризиків і більш чутливі до негативних відгуків колег [86].

*самоконтроль.* Здатність контролювати власну поведінку вважається особистісною характеристикою, яка також передбачає успішність діяльності та самопочуття в довгостроковій перспективі [23]. У результаті експерименту було показано, що діти, які мають вищий рівень самоконтролю та здатні відкладати задоволення на користь відстроченого задоволення, є більш успішними в майбутньому, мають вищу чисту вартість і успішні у своїй кар’єрі [ 41]. Ряд авторів відводить ключову роль самоконтролю в процесі саморегуляції [36].

*Копінг-компетентність* розглядається як один із важливих факторів адаптації особистості, успішності подолання стресу та як результат взаємодії різних компонентів (психофізіологічного, емоційного, інтелектуального, вольового) у контексті загальної системи адаптації [30; 37; 51]. У копінг-компетентності можна виділити наступні компоненти: адекватність в інтерпретації та оцінці різних параметрів ситуації як на рівні загальної тенденції, так і щодо конкретних стресорів; адекватність сприйняття зовнішніх і внутрішніх ресурсів для подолання стресу; багатий репертуар стратегій подолання та формування навичок вибору найбільш ефективних стратегій поведінки відповідно до параметрів ситуації; адекватність результатів копінгу, наслідки вжитих заходів, їх ефективність, можливість і необхідність корекції [62].

У рамках низки ресурсних концепцій передбачається існування інтегральної системної риси особистості, яка контролює та організовує «ресурсний цикл», як всеосяжного фактора, що опосередковує регуляторні процеси та функціонує як потенціал для саморегуляції та саморегуляції. рішучість [11]. Наукові дослідження встановлюють наявність особистісного «стрижня», «мотора», «стрижня», який робить людину стійкою в складних життєвих ситуаціях, а також є вирішальним фактором задоволеності життям, суб’єктивного благополуччя та якості життя людини [13]. . Робляться спроби розробки діагностичних засобів, що дозволяють виміряти системну організацію особистісних ресурсів та визначити інтегральний показник [17].

*ядро саморозкриття.* Однією з перших спроб виділити інтегральний показник є концепція базової самооцінки, яка розглядається як базова оцінка особистості, здібностей і цінностей [18]. Базова самооцінка охоплює чотири основні особистісні характеристики: локус контролю, емоційну стабільність, самоефективність і самооцінку. Останній вважається ключовим із чотирьох конструктів, оскільки сприйняття себе як цінного, потрібного іншим є фундаментальним чинником для високої базової самооцінки [21].

*саморегуляційна компетентність.* У рамках клінічних досліджень стресостійкості внаслідок важких хронічних захворювань було визначено конструкт «здатність до саморегуляції», який включає три фактори: впевненість у собі, волю та емоційну стійкість [25]. Як показують дослідження, високі показники цих ресурсів передбачають успішне подолання стресу, викликаного проблемами зі здоров'ям, і збереження психологічного благополуччя навіть у складних життєвих обставинах, викликаних хворобою. Виявлено прямі та непрямі віддалені ефекти особистих ресурсів [22]. Наприклад, не тільки власні особистісні ресурси індивіда є предикторами успішного одужання та підтримки якості життя при хронічній хворобі, але й особистісні ресурси партнера відіграють важливу роль у подоланні труднощів, особливо в довгостроковій перспективі, де вони стають ще більшими. важливіше, ніж власні ресурси пацієнта. Також важливою є унікальна комбінація особистих ресурсів партнерів, яка дає їм змогу створювати спільні моделі саморегуляції [28].

*психологічний капітал.* Концепція психологічного капіталу (PsyCap) ґрунтується на виділенні єдиного фактора, що складається з чотирьох особистісних рис: оптимізму, життєвої сили, надії, яка операціоналізується на основі наявності цілей, і самоефективності як віри у свою здатність здійснювати продуктивну діяльність і ефективно справлятися зі стресовими обставинами [30] .

*особистісний потенціал.* На відміну від психологічного капіталу, який, з точки зору його творців, може бути збільшений шляхом розвитку своїх позитивних якостей, але все ж відображає лише поточний психологічний стан, особистісний потенціал розглядається як особистісна основа самовпевненості. Регулювання, яке потенційно може сприяти різним видам діяльності, не обмежується наявними особистими ресурсами. Вчені визначають особистісний потенціал як «цілісну систему, що характеризує індивідуально-психологічні особливості особистості і є основою здатності особистості виходити зі стійких внутрішніх критеріїв у своїй життєдіяльності та зберігати стійкість змістовних орієнтацій і ефективність діяльності проти ім.. «На тлі тиску і зміни зовнішніх умов» [17] . Ряд авторів використовують термін «особистісний потенціал» для позначення характеристик, що лежать в основі можливості успішної адаптації до різноманітних факторів середовища. Однак розуміння особистісного потенціалу лише як механізму коригування сильно обмежує підхід до проблеми [13]. Поняття особистісного потенціалу виходить за рамки адаптації і змістовно розкриває ідею «мінливої особистості в мінливому світі» [20]. На зміну йому приходить поняття адаптації, під яким розуміють складні механізми подолання мінливої реальності — не просто пристосування до заданих умов, а й готовність їх змінити, здатність самостійно створювати необхідні умови. Саме особистісний потенціал визначає, наскільки психологічне благополуччя та якість життя людини залежить від неї самої, а не від сприятливого збігу обставин. Йдеться не стільки про базові особистісні властивості чи орієнтири, скільки про особливості системної організації особистості в цілому, про її архітектуру, яка формується протягом життя і ґрунтується на складній схемі саморегуляції та самоопосередкування. [31].

Високий показник особистісного потенціалу свідчить про здатність людини формувати ефективні гнучкі схеми саморегуляції процесів для досягнення цілей. Як відзначають вчені, особистісний потенціал проявляється в різних ситуаціях:

- невизначеності, коли першочерговим завданням є самовизначення;

- Досягнення вже визначених цілей;

- Екологічні загрози та тиск, коли виникають виклики для подолання труднощів і збереження ресурсів [16].

У рамках концепції особистісного потенціалу під особистісними ресурсами розуміють відносно стійкі характеристики індивіда (характеристики, когнітивні та поведінкові стратегії, атрибутивні схеми), які сприяють вирішенню актуальних для індивіда завдань навіть у важких умовах праці. Виділяють чотири типи ресурсів: психологічні ресурси стійкості, психологічні ресурси саморегуляції, мотиваційні ресурси та інструментальні ресурси, які по-різному діють на різних фазах саморегуляції. Результати досліджень на різних вибірках свідчать про те, що основні риси особистості взаємопов’язані і є складовими єдиного фактора, високий показник якого є важливим предиктором психологічного благополуччя та якості життя [11].

Іншою особливістю концепції особистісного потенціалу є «відкритий» підхід до виділення її компонентів: її структура не «задана» жодною теоретичною концепцією, а базується на низці емпіричних досліджень, які демонструють важливість і унікальний внесок певні компоненти процесів саморегуляції та самодетермінації в різних ситуаціях. Підкреслюється динамічний компонент особистісного потенціалу: компоненти, що містяться в ньому, формуються і змінюються під впливом життєвих завдань і контекстів діяльності, в які бере участь індивід. По суті, особистісний потенціал визначає потенційні варіанти реагування, які можуть бути реалізовані в конкретній ситуації [34].

З медико-біологічної точки зору адаптаційний потенціал - це кількісна визначеність рівня функціонального стану організму і його систем, що характеризує його здатність адекватно і надійно реагувати на комплекс несприятливих факторів при щадному використанні функціональних резерви, що дозволяють запобігти розвитку преморбідного стану. І тоді здоров’я – це здатність організму зберігати необхідні компенсаторно-захисні властивості, певний рівень функціональних резервів і оптимальну пристосованість до умов зовнішнього і внутрішнього середовища [4; 9; 15].

У психології витоки поняття адаптаційного потенціалу (особистісного потенціалу) індивіда сягають праць ряду вчених [16].

Вони вважають, що оцінити адаптаційні можливості індивіда можна за допомогою оцінки рівня розвитку психологічних якостей, найважливіших у регуляції психічної діяльності та процесу адаптації. Чим вищий рівень розвитку цих рис, тим вища ймовірність успішної адаптації і тим ширший діапазон факторів середовища, до яких може адаптуватися індивід [17]. Ці психологічні характеристики особистості взаємопов’язані і являють собою одну з невід’ємних особливостей інтелектуального розвитку особистості – особистісний адаптаційний потенціал, показники якого містять інформацію про відповідність чи невідповідність психологічних особливостей особистості її загальноприйнятих норм. На думку дослідників, психологічні особливості людини, що мають першочергове значення в регуляції психічної діяльності та самого процесу адаптації, формують її особистісний адаптаційний потенціал, який включає: нервово-психічну стійкість, рівень розвитку якої забезпечує стресову стійкість; толерантність; Самооцінка особистості, яка є основою саморегуляції і впливає на ступінь адекватності сприйняття умов діяльності та власних можливостей; почуття соціальної підтримки, що визначає самооцінку; ступінь конфліктності особистості; досвід соціального спілкування [23; 34].

У свою чергу, введено спеціальне поняття «синдром особистісної адаптації», який характеризує загальні прояви адаптаційного потенціалу до різних видів взаємодії зі змінними соціальними, предметно-технологічними та природно-кліматичними умовами навколишнього середовища і пов’язаний з активізацією особистого регулювання. Особистісна регуляція створює внутрішні умови для трансформації існуючих відносин із середовищем і досягнення необхідної незалежності від впливів середовища. Активність особистісної регуляції визначається поєднанням об'єктивних особливостей середовища, її особистісного змісту і домінуючим способом взаємодії з мінливою дійсністю [22]. Психологічний зміст адаптивної особистості визначається: усвідомленням мінливого середовища; відображення себе в новому образі навколишнього середовища; саморегуляція адаптивного потенціалу, необхідного для трансформації взаємодії з середовищем і собою; трансформація способів взаємодії з середовищем; виражена самоорієнтація як можливий наслідок зростання потреби у розкритті; шляхом зміни «Я» як елемента Я-концепції [15].

Д. Леонтьєв визначає особистісний потенціал як ядро особистості, її основну індивідуальну рису, яка якісно характеризує ступінь особистісної зрілості, а основним феноменом особистісної зрілості та формою прояву особистісного потенціалу є феномен індивідуального самовизначення [16] . Особистісний потенціал відображає те, якою мірою індивід долає дані обставини і самого себе, а також міру його зусиль, спрямованих на роботу над собою і над обставинами свого життя [20].

Адаптаційний потенціал визначається як здатність індивіда здійснювати структурні та площинні зміни (під впливом адаптогенних факторів) якостей і властивостей, підвищуючи свою організованість і стійкість [34]. Адаптаційний потенціал – це цілісне поняття, що включає специфічні ресурси, представлені на різних рівнях організації людини (індивідуальна, особистісна, предметна діяльність). Важливими складовими адаптаційного потенціалу є механізми, типи використання та перетворення адаптаційних ресурсів, їх кількісна та якісна складові (розгортання, накопичення, наповнення тощо). Ці процеси є сполучною ланкою між здібностями і навичками індивіда та їх реальною реалізацією в цілеспрямованому процесі адаптації [27].

У визначенні деяких авторів під особистісним адаптаційним потенціалом розуміють інтегральну змінну, що характеризується сукупністю індивідуальних особливостей, що визначають ефективність психічної адаптації людини, особливо в екстремальних ситуаціях [14].

З наукової точки зору адаптаційний потенціал – це ступінь відкритих творчих і особистісних можливостей індивіда пристосуватися до нових, мінливих умов соціального середовища (зокрема кризових) [20]. На цій основі описано п'ять компонентів адаптаційного потенціалу особистості. Перший компонент – біопластик – відображає еволюційно сформовані форми життя людського організму та вроджені енергетичні ресурси. Друга складова має біографічний характер – це індивідуальна історія життя людини. Виникає мікросоціум і мікрокультура, в яких людина народжується і в які вона занурюється на ранніх етапах свого життя. Третій – це психічний компонент адаптивного потенціалу, який забезпечується прихованими і реальними здібностями людини, які дозволяють відображати об’єктивну реальність у всьому її різноманітті та регулювати різноманітні відносини з нею та з самим собою, щоб зберегти свою цілісність і зберегти себе. -покращення. Четвертим компонентом особистісного адаптаційного потенціалу є сформована система особистісної регуляції (особистісно-регулятивний компонент), яка дозволяє не тільки контролювати свою поведінку відповідно до нормативних вимог суспільства, але й досягати необхідних успіхів у професійній діяльності, але також розвиватися та вдосконалюватися. П’ятий компонент – творчі здібності особистості [20].

На практиці під адаптивним потенціалом часто розуміють сукупність якісно особливих індивідуально-психологічних властивостей, кількість яких неоднакова в різних дослідженнях. Висновок про рівень адаптивного потенціалу особистості робиться в результаті аналізу рівневих характеристик цих властивостей, об’єднаних в одну групу [34 ; 51].

Адаптаційний потенціал особистості – це категорія, що включає у свою змістовну структуру регулятивний, ресурсний та ситуативний компоненти [15] . При більш детальному розгляді видно, що регуляторний компонент адаптивного потенціалу особистості пацієнта найкраще характеризує як потенційні, так і реально використовувані можливості свідомої саморегуляції його поведінки, яка відбувається на основі загальних регулятивних процесів і відповідно до регулятивних. та особистісні характеристики особистості хворого. . Ресурсний компонент адаптаційного потенціалу особистості поєднує в собі велику кількість конструктивних і продуктивних психологічних характеристик і якостей особистості, які дозволяють їй справлятися з найскладнішими і непередбачуваними, а точніше рутинними і хронічними життєвими ситуаціями. Ситуаційний компонент виявляється в характерній специфіці конкретної ситуації, в якій відбувається процес адаптації особистості. Причинами можуть бути різні життєві ситуації, негативний соціальний план, наявність серйозних супутніх захворювань, необхідність майбутнього або вже проведеного хірургічного лікування.

До основних характеристик адаптаційного потенціалу особистості можна віднести те, що він розглядається як інтегральна змінна, яка характеризує сукупність індивідуально-психологічних особливостей, що визначають ефективність психічної адаптації; має властивості складної системи і відповідно системний аналіз є основним підходом його дослідження; включає не тільки безпосередні прояви адаптивних здібностей, а й латентні властивості, які можуть проявлятися при зміні змісту, сили та спрямованості впливу адаптогенних факторів; визначає межі адаптивності та стійкості особистості до факторів впливу, містить передумови для певного діапазону відповідних адаптивних реакцій; пов'язані з віково-психологічними особливостями, а власна активність виступає умовою, що регулює ступінь реалізації потенційних можливостей [19].

Тому адаптаційний потенціал особистості описується як інтегративна особистісна риса, що виражається у ставленні людини (позиції, установці, спрямованості) до світу; система знань і переконань, на основі яких будується і регулюється дія людини, загострене відчуття новизни, здатність швидко змінювати способи дій відповідно до нових умов діяльності; сукупність реальних можливостей, умінь і навичок, що визначають рівень їх розвитку; психологічне керівництво нетрадиційним вирішенням протиріч об'єктивної дійсності; характерна якість особистості, що визначає обсяг її можливостей до творчої самореалізації та самореалізації; система навичок особистості, що дозволяє оптимально змінювати способи дій відповідно до нових умов, а також знання, уміння та переконання, що визначають результати діяльності та спонукають людину до творчої самореалізації та самовдосконалення; одна зі сфер діяльності творчої особистості, її аксіологічний потенціал.

Системно-динамічний характер поняття особистісного потенціалу пояснює залежність внеску різноманітних особистісних характеристик у його структуру та показники успішності та психологічного благополуччя від ситуації діяльності. Однак ряд особистісних характеристик розглядається з точки зору їх можливого внеску в структуру особистісного потенціалу (як особистісних ресурсів): толерантність до невизначеності, самоефективність, життєстійкість, оптимізм, вітальність, особистісна автономія, особистісний динамізм, рефлексивність, часова перспектива, життєздатність тощо.

Характеризуючи складність адаптивного дослідження як міждисциплінарного біопсихосоціального феномену, зміст якого поширюється на процес, риси та стани, доцільно зосередити наукові дослідження на адаптаційному потенціалі особистості з урахуванням її специфіки регуляторної діяльності, її адаптивних ресурсів та Особливості умов життя, в яких перебуває особистість, тобто все те, що характеризує її здатність формувати, коригувати і перетворювати життєвий досвід, що, зокрема, визначає переживання і поведінку людини в конкретній ситуації в ситуації хвороби. .

**1.2. Роль психологічної складової у реабілітаційному потенціалі працівників правоохоронних органів**

Особисте здоров'я є необхідною умовою повноцінного соціального розвитку суспільства та його процвітання. Таким чином, здоров’я є пріоритетним напрямком міждисциплінарних наукових досліджень, одним із найважливіших психологічних феноменів, що формує основу ціннісно-смислового ставлення особистості до світу, до життя, до себе та суспільства [57; 81]. Традиційно ця проблема є предметом медичних знань, клінічної та загальної психології у зв'язку з визначенням норми, виявленням меж патології, розробкою діагностичних засобів і вивченням внутрішньої клінічної картини [12] . Проте на сучасному етапі розвитку психологічної науки цю проблему необхідно розглядати також у соціально-особистісному контексті [22]. Системне, комплексне уявлення про здоров'я важливе не тільки для розширення і поглиблення наукових знань про людину, а й для всебічного розвитку різних напрямів психологічної практики, особливо для розуміння особливостей їх відновлення у хворих на депресивні розлади.

Найважливіші підходи до розуміння здоров'я можна розділити на філософський, валеологічний і психологічний. У філософії здоров’я розуміється як гармонійний, цілісний взаємозв’язок психічної та фізичної складових організму [40; 59]. У медицині це явище розглядається з точки зору психічного здоров'я, прояву різноманітних розладів, розладів особистості та поганого самопочуття [18]. Велика кількість класичних досліджень, присвячених психології хвороби та патології та страждання, накопичила великий матеріал про «психічні аномалії» та психофізіологічні рівні здоров’я [18; 41].

Сучасний стан проблеми психічного здоров’я пов’язаний насамперед із введенням у науковий обіг терміна «психічне здоров’я», під яким прийнято розуміти стан «психічного благополуччя» (благополуччя), що не те ж як відсутність захворювань [60]. Критеріями психічного здоров'я традиційно були усвідомлення та відчуття безперервності, сталості та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»; відчуття сталості та тотожності переживань у подібних ситуаціях; критичність до себе та власного розумового виробництва (діяльності) та його результатів; відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті впливів середовища, соціальних обставин і ситуацій; здатність контролювати поведінку, яка відповідає суспільним нормам, правилам і законам; уміння планувати свою життєдіяльність і реалізовувати задуми; здатність змінювати поведінку у відповідь на зміну життєвих ситуацій та обставин [19]. Вчені описують критерії психічного здоров’я як особистий інтерес, соціальний інтерес, самоконтроль, висока стійкість до фрустрації, гнучкість, прийняття невизначеності, орієнтація на творчі плани, наукове мислення, самоприйняття, ризик, довгостроковий гедонізм. , неутопізм і відповідальність [31].

Психічне здоров'я визначається як динамічний процес психічної діяльності, що характеризується детермінованістю психічних явищ, гармонійним співвідношенням між відображенням обставин дійсності і ставленням до неї особистості, відповідністю реакцій навколишнім соціальним і біологічним обставинам. , психічні та фізичні стани, зумовлені здатністю людини контролювати свою поведінку, планувати та реалізовувати свій шлях у мікро- та макросередовищі [59].

Психічне здоров'я розглядається як стан динамічної рівноваги індивіда з навколишнім середовищем, у якому повною мірою використовуються всі здібності, закладені в його біологічній істоті, і всі життєво важливі підсистеми функціонують з оптимальною інтенсивністю [24]. Науковці вважають, що це власна життєва сила індивіда, яка забезпечується повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату [35].

У сучасній побутовій психології «психічне здоров’я» розуміється як результат нормального розвитку, д , але діалогічна позиція щодо спокою та узгодженості структурних (рівні психічного здоров’я) і процесуальних компонентів психічної діяльності (механізмів саморегуляції, адаптація та самоактуалізація) [18; 34; 59].

Як сучасний напрям у дослідженнях психічного здоров’я слід підкреслити особливе значення, яке надається духовності людини [19]. Так, науковці зазначають, що саме особистісно-смисловий рівень психічного здоров’я відповідає за виникнення смислових орієнтацій, визначення загального сенсу та мети свого життя, ставлення до інших людей у процесі самореалізації. Цей висновок є провідним у розумінні психічного здоров’я [22].

Розуміння поглядів психологів-гуманістів і реальний розвиток їхньої концепції ввели в науковий лексикон новий термін «психічне здоров’я», що відображає здатність людини до самоактуалізації, до пошуку внутрішнього сенсу свого існування [91] .

Підхід до поділу «психічного» та «психічного» здоров’я вже отримав подальший розвиток в інших дослідженнях [59 ; 87 ; 84]. На думку вчених, основою «психічного здоров’я» є повноцінний розвиток і функціонування систем психічного та соматичного життєзабезпечення, а основою «психічного здоров’я людини є нормальний розвиток суб’єктивної реальності в онтогенезі» [29].

Термін «психічне здоров’я» відноситься до особистості в цілому [19]. Тож можна сказати, що психічне здоров’я – це особисте здоров’я. У психології здоров'я особистості розглядається з позицій різних напрямків і підходів, враховуючи різноманіття його змістових компонентів і структурних зв'язків [25]. Тому з точки зору біхевіоризму здоров'я розглядається як відповідність поведінкових реакцій вимогам зовнішнього середовища [35]. Для збереження здоров'я, з точки зору психоаналітичної традиції, необхідно підтримувати баланс між несвідомим і свідомим, внутрішнім світом і його соціальним оточенням [59]. У гуманістичній психології психічне здоров'я визначається як повна самореалізація людини, гармонія між зовнішніми стосунками людини та самою собою, при цьому вважається, що здоров'я слід розглядати як розвиток і рух до самореалізації [59].

У сучасних дослідженнях здоров'я особистості визнається однією з актуальних галузей психологічного знання. Було розроблено багато концепцій психічного здоров’я [17]. Традиційним у дослідженнях охорони здоров'я стає синтез наукового та гуманітарного підходів до вирішення цієї проблеми. Водночас визначення здоров'я залишається одним із найбільш дискусійних питань. Аналіз літератури показав, що під здоров’ям розуміють:

* стан фізичної, соціальної, психологічної гармонії людини, доброзичливих стосунків з людьми, природою, собою;
* об'єктивний стан і суб'єктивне відчуття повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювань і фізичної вади;
* цілісна, динамічна, інтегративна характеристика особистості, детермінована соціально-суб'єктною діяльністю особистості і виявляється в суб'єктивному благополуччі;
* поєднання біологічних, соціокультурних та інтрапсихічних процесів, які інтегрують особистість;
* динамічна сукупність духовних якостей, що забезпечує внутрішню гармонію особистості, гармонію людини і суспільства, можливість повноцінної життєдіяльності людини протягом її життя;
* багатофакторна конструкція, що представляє складний взаємозв'язок культурних, соціальних, психологічних, фізичних, економічних і духовних факторів;
* стан організму, що забезпечує здатність повноцінно виконувати основні соціальні функції;
* певний рівень інтеграції особистості, здатність до інтеграції (засвоєння) життєвого досвіду;
* стан суб’єктивного благополуччя особистості, який забезпечує оптимальний вибір дій, вчинків і поведінки в ситуації взаємодії з навколишнім світом та іншими людьми та дозволяє реалізувати індивідуально-психологічні здібності [17; 25; 40; 43; 59].

Порівняльний аналіз уявлень про здоров’я з позицій різних підходів показав, що структурні компоненти здоров’я особистості розглядаються з двох позицій: рівневого та критеріального підходів [24; 83].

Перший рівень психічного здоров'я - особистісно-значущий, або рівень здоров'я особистості, який «відповідає» за змістовну орієнтацію, визначення загального сенсу свого життя, ставлення до інших людей і себе. Критерієм і відображенням здоров'я особистості є моральна орієнтація людини. Діяльність людини, її активність — це другий рівень реалізації, так званий індивідуально-виконавчий або індивідуально-психологічний рівень. Третій — психофізіологічний рівень, який визначається особливостями внутрішньої, мозкової та нейрофізіологічної організації психічної діяльності. Третій рівень відноситься до біологічних ознак, а перший і другий рівні залежать від соціальних умов. На біологічному рівні здоров'я означає динамічний баланс функцій усіх внутрішніх органів і відповідну реакцію на вплив зовнішнього середовища. На психологічному рівні проблеми зі здоров'ям пов'язані з особистісним аспектом погляду на людину як на психічне ціле [59].

Базовий рівень здоров’я – це психофізіологічне здоров’я людини, здоров’я організму та особистості, основні критерії здоров’я – поняття «норми» з біологічної, медичної та психологічної точки зору. Другий рівень – особистісне здоров’я людини як представника соціокультурного та професійного середовища, що є системоутворюючим рівнем у структурі психічного здоров’я людини. Критерієм особистого здоров'я є суб'єктивне благополуччя особистості. Третій рівень – психічне та моральне здоров’я людини – здоров’я особистості. На цьому рівні основним законом є моральність, любов до інших людей, можливість брати участь [25].

У цьому контексті можна припустити, що чим гармонійніше взаємодіють усі психологічні компоненти здоров’я особистості, тим більш стабільною, збалансованою та цілісною є особистість. При цьому перехід від одного рівня до іншого досить умовний.

У структурі здоров’я виділяють декілька підсистем: інтраіндивідуальну, міжіндивідуальну та метаіндивідуальну [19]. До інтраіндивідуальних компонентів відносяться: структура характеру, риси темпераменту, навички, психічні процеси - всі вони узгоджені і визначаються як психічне здоров'я. Міжіндивідуальна підсистема полягає в інтерпретації особистості в термінах людських стосунків. Гармонія елементів цієї підсистеми формується поняттям «психічне здоров'я». Метаіндивідуальна підсистема описується як здатність однієї особини продовжуватися в іншій. На цьому рівні відбувається персоналізація, суб'єкт може бути представлений у життєдіяльності інших людей, виступати як особистість [89].

Усі підходи до здоров’я об’єднує комплексний підхід, ідея цілісності, внутрішньої єдності як характеристики здорового функціонування кожної живої системи. Рівень організму відповідає фізичному здоров'ю, пристосованості до природних факторів; на рівні особистості – природне та психічне здоров’я, адаптованість до середовища; на рівні особистості – особистісне та психічне здоров’я (внутрішня гармонія, цілісність особистості, ціннісні орієнтації, регуляція життєдіяльності) і на рівні особистості – духовно-моральне здоров’я (мораль, цінності). Очевидно, що кожен наступний рівень спирається на попередній, використовуючи його як функціональну основу та надаючи змісту своєму розвитку. Цілісність кожного попереднього рівня є показником здоров’я та передумовою наступного рівня здоров’я [19 ].

Благополуччя особистості є центральним інтеграційним критерієм здоров’я особистості , як показує теоретичний аналіз психологічної літератури [43]. Психічне благополуччя (ПБ) співвідноситься з екзистенційним досвідом ставлення людини до життя і базується на інтегральній життєвій оцінці [34]. ПБ розглядається як системна якість особистості, що формується в процесі життєдіяльності і виявляється суб'єктом у переживанні змістовної повноти цінності життя в цілому [59]. ПБ визначається як сукупність необхідних особистісних ресурсів, що забезпечують суб’єктивну та об’єктивну успішність особистості в системі «суб’єкт-середовище». У структурі ПБ автор виділяє п'ять компонентів: афективний (баланс позитивних і негативних афективних переживань); компонент, пов'язаний з метапотребами (особистісне зростання, рівень самоактуалізації); світогляд (наявність цілей у житті); інтрарефлексивна (самоприйняття); інтеррефлексивна (компетентність у поводженні з навколишнім середовищем) [29]. Р. Лукас вважає, що компонентами ПБ є: ресурсний (особистісна зрілість), процедурний (самоактуалізація), ефективний (особистісне благополуччя), структурний (особистісна гармонія), оціночний (суб’єктивне благополуччя) [41]. ПБ розглядається як функціонально-динамічне утворення, окремі компоненти якого відіграють провідну роль на різних етапах онтогенезу і забезпечують людині можливість позитивного функціонування [21].

З цієї точки зору хвороба розглядається як поєднане порушення трьох рівнів - психосоматичного здоров'я, соціальної адаптованості та психічного здоров'я. Рівень «психічного здоров'я» як онтогенетично останній у цьому випадку просто не формується. Порушення однієї або двох окремих площин, на нашу думку, свідчить про транзиторному, «преморбідному» стані.

Загалом здоров’я розглядається як багатовимірне явище, яке має складну структуру, поєднує в собі якісно різні психологічні складові та відображає всі сторони людського існування. Курс базується на принципах комплексного, системного та міждисциплінарного підходу.

Як випливає з представленого аналізу, визначення здоров'я є складним методологічним і науковим питанням. Неоднозначність, невизначеність і складність цього поняття вимагає системного та всебічного вивчення. При цьому очевидно, що психічне здоров’я – це не стільки окремі психічні процеси, скільки цілісне утворення – особистість, а критерієм психічного здоров’я є психічне благополуччя. На сучасному етапі розвитку медико-психологічної науки і практики питання відновлення психічного здоров’я людей з депресивними розладами різної етіології є надзвичайно актуальним, що потребує детального вивчення ПРП при цих розладах.

**1.3. Актуальні проблеми розвитку реабілітаційного потенціалу працівників правоохоронних органів**

Адаптація є одним із ключових понять у галузях знань, які вивчають людину з наукової, гуманітарної та соціальної точки зору. Тому в науковій літературі існують різноманітні погляди та думки щодо того, що вважати адаптацією [10; 31; 42; 82]. У ситуації такого міждисциплінарного розмаїття для реалізації науково-практичних завдань важливо з’ясувати сутність поняття адаптації та суміжних понять, що характеризують особистісні характеристики.

У традиціях фізіології адаптацію в контексті системно-динамічного підходу розглядали як єдину, цілісну, інтегративну реакцію організму, спрямовану на підтримання його життєдіяльності в умовах зовнішнього середовища, що постійно змінюється [4; 31; 34].

Шляхом інтеграції змісту поняття адаптації діяльнісного компонента було значно поглиблено та наближено його сутність до завдань психологічних досліджень і практики. З цієї точки зору адаптацію розуміють не просто як процес і результат взаємодії людини з навколишнім середовищем, а як системну реакцію організму на тривалу і багаторазову маніпуляцію зовнішнім середовищем, спрямовану на зміну структури гомеостатична регуляція, що регулює його життєдіяльність і забезпечує їх активність шляхом формування адекватного зовнішнього чинника, первинної реакції та мінімальної реакції (плати) [4; 9; 21].

Дійсно, дослідження показують, що характерною особливістю взаємодії в системі людина-довкілля є те, що люди виступають їх активними партнерами та моделюють різноманітні стратегії адаптації, використовуючи як генетично закріплені, так і набуті механізми адаптивної поведінки [9; 10; 15; 21]. Можна стверджувати, що адаптація визначається як процес взаємодії між людиною та її оточенням, надаючи їм моделі поведінки та стратегії, що відповідають умовам, які змінюються спільно в цьому середовищі [28; 31; 42].

Розглядаючи психофізіологічні та психологічні основи адаптації, необхідно звернутись до традиційного погляду на те, що психічну адаптацію можна визначити як процес встановлення оптимальної відповідності між особистістю та навколишнім середовищем при виконанні людиною діяльності. Це дозволяє задовольнити актуальні потреби і реалізувати пов'язані з ними суттєві цілі, забезпечити відповідність психічної діяльності та поведінки вимогам середовища [28].

Тому психічна адаптація, крім підтримки психічного гомеостазу, передбачає також оптимізацію постійної взаємодії особистості з навколишнім середовищем і встановлення відповідної відповідності між психічними та фізіологічними особливостями при формуванні певних і відносно стійких психофізіологічних взаємовідносин [74].

Серйозним самостійним питанням за методом і змістом є питання про види і форми адаптації. Єдиного тлумачення в літературі немає. У структурі адаптації виділяють наступні рівні (види): психофізіологічну, психологічну та соціальну адаптацію, при цьому особливу увагу приділяється тому, що всі вони одночасно беруть участь у регулятивних процесах [19]. При всьому розмаїтті класифікаційних моделей адаптації можна виділити три форми адаптації людини до постійно мінливих умов середовища: біологічну, соціальну та психологічну [15].

Вони говорять про складні механізми фізіологічної, психічної та соціальної адаптації. Він розглядає їх і як рівні єдиної адаптації, і як окремі види адаптації [17]. Три рівні адаптації взаємопов'язані, безпосередньо впливаючи один на одного і визначаючи інтегральні характеристики загального рівня функціонування всіх систем організму. Ця інтегральна ознака є більш динамічним утворенням, яке прийнято називати «функціональним станом організму» [18].

Наголошуючи на тому, що людина є не лише живим організмом, а насамперед складною біосоціальною системою, учені наголошують на необхідності виокремлення трьох рівнів функціонування при розгляді проблем адаптації людини: фізіологічного, психічного та соціального [26].

Вони також вважають, що психічна адаптація включає в себе психологічну і в цілому складається з трьох блоків: біологічного, психологічного і соціального, відповідно до прийнятих уявлень про три рівня психічної регуляції - біологічний, індивідуально-особистісний і особистісно-середовищний . При цьому кожен блок психічної адаптації, у свою чергу, має свою складну структуру. Таким чином, сама психічна адаптація включає когнітивний, емоційно-вольовий, мотиваційний і практичний аспекти [13].

Під психічною адаптацією вчені розуміють адаптацію на рівні психічних функцій у її цілісному контексті і називають її вищим рівнем адаптації. Умовною він вважає виокремлення психофізіологічної адаптації, яка включає не тільки процеси на рівні психічної сфери, а й пов’язані з нею фізіологічні функції [42].

На думку багатьох авторів, психічна адаптація здійснює найважливіші зв'язки між людиною та навколишнім середовищем, а психологічна адаптація є не специфічною, а індивідуальною адаптацією і тому визначається психологією особистості та її особливостями [28].

Сучасні прихильники психоаналітичного напряму психології виділяють два види адаптації: 1) алопластична адаптація, яка здійснюється за допомогою змін зовнішнього світу, які вносить людина з метою пристосування його до своїх потреб; 2) аутопластична адаптація, яка здійснюється за рахунок змін особистості (структури, здібностей, навичок тощо) і за допомогою яких вона пристосовується до середовища [4]. Слід зазначити, що в деяких роботах згадується ще один вид адаптації – пошук особиною такого середовища, сприятливого для функціонування організму [30].

У результаті узагальнення даних, зібраних у цій сфері, була створена модель, яка включає наступні компоненти та етапи процесу адаптації:

1-й етап. Дисбаланси та їх вплив на особистість. Ця фаза процесу адаптації характеризується переживанням стану фрустрації та стресу, які можуть бути спричинені як конфліктом, так і когнітивним дисонансом.

2 рівень. Підготовча фаза адаптації, яка полягає в основному в накопиченні актуальної інформації про ситуацію: орієнтація в проблемі - підключення когнітивного і мотиваційного компонентів для загальної акліматизації; Визначення та формулювання проблеми – її конкретний опис та визначення конкретних цілей.

3 рівень. Стадія початкового психологічного стресу пов'язана зі станом нервово-психічного переживання підготовчих дій (подій) і первинного входження в нові умови діяльності. Тут відбувається внутрішня мобілізація психічних і психофізіологічних ресурсів людини: породження альтернатив - розробка численних можливих варіантів вирішення проблеми; Вибір оптимальної стратегії адаптивної поведінки.

4-й етап. Стадія гострих психічних реакцій: реалізація рішення - реалізація стратегії поведінки; Аналіз результатів – підтвердження ефективності обраної стратегії адаптації.

5-й етап. Стадія остаточної психічної декомпресії настає при сприятливому розвитку процесу адаптації і складається з комплексу емоційно-поведінкових реакцій, пов'язаних із входженням у нове соціальне середовище [9].

Слід зазначити, що процес адаптації може бути як активно-цільовим, так і пасивно-адаптаційним залежно від індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Огляд літературних джерел дозволяє говорити про величезну різноманітність теоретичних підходів до проблеми адаптації в різних областях наукового знання, пов'язаних зі специфікою завдань дослідження, що проводиться, а також різних підходів, прийнятих в окремих областях. наукові школи. Понятійно-категоріальний апарат досліджуваного феномену диференційовано залежно від мети, змісту, методів і результатів процесу адаптації, а також з урахуванням відмінностей в описі характеристик двох взаємодіючих систем: індивіда та середовища.

**РОЗДІЛ 2**

**Емпіричне дослідження ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ФАХІВЦІВ СИЛОВОЇ СТРУКТУРИ**

На основі проведеного аналізу в розділі висвітлено основні аспекти проблеми розвитку психологічного реабілітаційного потенціалу.

**2.1. Соціально-психологічні фактори розвитку та особливості реабілітаційного потенціалу фахівців силових структур**

Реабілітаційний потенціал та його психологічні складові. Як відомо, термін «реабілітація» в медицині вперше був офіційно використаний для хворих на туберкульоз. У США вперше відбувся конгрес з реабілітації цих хворих, на якому було запропоновано таке визначення: «Реабілітація – це цілеспрямована діяльність колективу в медичному, освітньому, соціальному та економічному плані з метою підтримки, відновлення і зміцнення здібностей людини до активної участі в суспільному житті” [ 47, c . 89]. Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає реабілітацію як «процес, що включає всі заходи, спрямовані на забезпечення можливості соціальної інтеграції» [49].

Сучасні уявлення ВООЗ щодо процесу реабілітації ґрунтуються на Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров’я (ICF), яка була прийнята на 54-й сесії Асамблеї ВООЗ 22 травня 2001 р. [17]. Ця класифікація включає три функціональні рівні:

1) функціонування на рівні організму або органу;

2) функціонування людини, що відображається в діяльності, яку вона може виконувати;

3) функціонування людини в соціальному середовищі, що відображає участь у соціальному житті.

На жаль, термін «реабілітація» часто звужують до медичного аспекту, ядром якого є відновна медико-біологічна терапія [47 ; 76]. Безумовно, надання медичної допомоги є важливим, але на практиці медична реабілітація здійснюється без урахування індивідуально-особистісних особливостей людини, шкали цінностей, рівня домагань, уявлень про особистий та суспільний комфорт тощо. для гідного існування серед нових умов [76]. Проведення відновної терапії не може замінити виконання індивідуальної програми реабілітації, найважливішою змістовною складовою якої є кваліфікована допомога у з’ясуванні реабілітаційного потенціалу кожної особистості [46; 85].

Психічна хвороба – значуща подія в житті людини і сама по собі потужний стресор, який впливає на людину, її емоційний стан, самооцінку тощо. [84]. Воно впливає як на систему об'єктивних життєвих обставин, до яких відносяться тяжкість захворювання, ступінь його соціальних наслідків, формування нового соціального статусу хворого, так і на суб'єктивне значення захворювання, яке пов'язане насамперед з нове розуміння себе в ситуації хвороби [75].

Водночас значну небезпеку становлять хронічні захворювання, що знижують якість життя та соціальний статус людини, виникає особлива соціальна ситуація хронічної психічної хвороби, яка впливає на соціальний стереотип захворювання, прийняття/неприйняття соціальна роль пацієнта, емоційна оцінка захворювання, контекст ситуації – події, що відбуваються в житті людини, тощо включають порушення адаптації (соціальний стрес), час початку (вікова стадія) і тривалість захворювання [75]. ]. Хронічні захворювання, які є хронічним тягарем для хворого, перешкоджають його прагненню до самореалізації, розвитку як особистості [16; 69; 85]. Від її реабілітаційного потенціалу значною мірою залежить здатність людини адекватно переживати й справлятися з соціальною ситуацією хвороби як критичною ситуацією, що руйнує сенс життя [63; 67].

Проблема реабілітації, ймовірно, вперше була визнана в психіатрії як комплексна медико-соціальна проблема [16]. У психології дуже рано було помічено, що після виписки зі стаціонару, навіть при досить успішному лікуванні, пацієнт виявлявся непристосованим до життя в умовах соціальної дійсності, в яку він потрапляв [17]. Реабілітаційна програма радянської домашньої психіатрії включала середовищну терапію (тобто організацію терапевтичного співтовариства, що сприяло соціальному та психологічному відновленню особистості; це середовище включало також трудотерапію, соціотерапію, клубну роботу та інші колективні заходи за інтересами) . Біологічна терапія, психотерапія ( у тому числі групова), сімейна психотерапія, ерготерапія тощо зазвичай призначалися окремо [29 ; 45 ; 50].

На Заході психологія розвивалася іншим шляхом [28]. Вона перебуває під сильним впливом психоаналізу та глибинної психології в цілому, а потім гуманістичної психології [2]. На додаток до новітніх підходів у західній психотерапії, спільноти людей з обмеженими можливостями, окремі люди та їхні сім’ї, а також різноманітні правозахисні організації (спільноти сліпих, сім’ї психотичних хворих, діти-аутисти, анонімні алкоголіки тощо) також мають значний розвиток. вплив на реабілітаційні програми другої половини 20 ст. Слід зазначити, що ці рухи були реакцією на безпорадність психіатрії у підходах до реабілітації психічно хворих, а також на її репресивність [28]. Усі ці впливи призводять до формування підходу до реабілітації як багатостороннього та багатоетапного процесу [37]. Реабілітація тепер розуміється не тільки як соціальна реабілітація, а й як реабілітація особистості та реабілітація особистості [28]. Це означає, що йдеться не про безпосередню соціалізацію особистості, а про розвиток і зміцнення усвідомлення нею власної індивідуальності. Респондентів вчать приймати себе такими, якими вони є, вчать цінності самопізнання тощо, шукають відповідне середовище для сприйняття та розвитку [47]. Це шлях самопізнання, самоприйняття і на цій основі створення нового способу життя. Це рівень екзистенціальної реабілітації [2].

У рамках безпосереднього реабілітаційного процесу виникло поняття реабілітаційного потенціалу, який визначає вплив самої особистості на процес реабілітації [14]. Проблема реабілітаційного потенціалу інвалідів привертала увагу науковців і раніше, але дискусійним і недостатньо з’ясованим залишається питання про зміст і критерії оцінки реабілітаційного потенціалу [22]. З'ясування реабілітаційного потенціалу є необхідною умовою не тільки прогнозу і правильної побудови реабілітаційної програми, а й адекватної організації реабілітаційного процесу. Проте термін «реабілітаційний потенціал» все частіше зустрічається в науковій літературі і не має належного використання в практиці реабілітації психічно хворих [21].

На сьогодні існує кілька підходів до визначення поняття «реабілітаційний потенціал». Реабілітаційний потенціал визначається як сукупність біологічних, особистісних і соціально-екологічних факторів, що становлять основу ресоціалізації пацієнта [41]. Реабілітаційний потенціал – це здатність хворої людини за певних умов і за підтримки реабілітаційних служб і суспільства в цілому залучати біологічні та соціально-психологічні резерви для мобілізації процесів реституції, компенсації та адаптації та інших механізмів, що лежать в основі відновлення. про погіршення здоров'я, працездатності, особистий статус і становище в суспільстві [10].

Під реабілітаційним потенціалом вчені розуміють здатність людини, яка страждає захворюванням або вадою (медико-біологічним, соціальним, психологічним), компенсувати, зменшити або компенсувати соціальні недоліки та (або) обмеження в житті [56]. Подібне визначення: реабілітаційний потенціал – це комплекс біологічних і психологічних особливостей людини, а також соціальних і середовищних факторів, які дозволяють певною мірою реалізувати свій потенціал [27].

Реабілітаційний потенціал є унікальною системною біопсихосоціальною характеристикою стану пацієнта. Відповідно в цілісній структурі реабілітаційного потенціалу виділяють його елементи (або компоненти):

- саногенетичний потенціал, який визначає можливість розширення сфер життя шляхом відновлення або компенсації порушень анатомо-фізіологічного стану організму;

- психологічний потенціал, який визначає можливість розширення сфери життєдіяльності шляхом відновлення або компенсації порушень на психологічному рівні;

- соціально-екологічний потенціал, який визначає можливість розширення різних сфер життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень, викликаних соціально-екологічними чинниками.

При цьому очевидно, що саногенетична та психологічна складові реабілітаційного потенціалу характеризують відповідні ресурси самої особистості та соціоекологічні ресурси суспільства (мікросередовище пацієнта, економічні умови тощо), які сприяють оновленню та саногенетичному та психологічні реабілітаційні можливості [85 ; 78].

Якщо інакше розглядати виділені раніше елементи реабілітаційного потенціалу, то необхідно визначити їх важливість по відношенню до різних аспектів реабілітації. Очевидно, що саногенетичний реабілітаційний потенціал прямо вказує на перспективність медичної реабілітації, психологічний реабілітаційний потенціал – на психологічну реабілітацію тощо. Водночас реабілітаційний потенціал є цілісною, системною характеристикою статусу особистості. А це означає, що виділені конкретні структурні елементи реабілітаційного потенціалу перебувають у певному взаємозв’язку, взаємозалежності і, відповідно, кожен із них має те чи інше значення по відношенню до всіх видів реабілітації [50; 85].

Виділяють кілька складових (внутрішню, що визначається на рівні організму, і зовнішню, соціальну та середовищну) реабілітаційного потенціалу:

1. Базовий (анатомо-фізіологічний) компонент базується на сомато-особистісних характеристиках індивіда, які зберігаються незважаючи на хворобу чи дефект і є передумовою для відновлення певного соціального статусу. Це й визначення рівня фізичного розвитку та фізичної витривалості, рівня психофізіологічної витривалості, рівня психоемоційного розвитку та стійкості. Вони базуються на анатомічних і психофізичних даних (когнітивної, мотиваційної, емоційної сфер і особистісних особливостей).
2. Психофізіологічний (клініко-функціональний) компонент - це сукупність збережених функцій і особистісних особливостей, які виявляються під час проведення спеціальних тестів із застосуванням навантажень, при фармакологічних пробах тощо в рамках різних методів функціональної діагностики.
3. Професійно-трудова складова – можливість досягнення певних трудових цілей, професійного та соціального трудового статусу, включаючи забезпечення працевлаштування, можливості навчання, пристосування до трудового процесу.
4. Навчальна частина – це можливість набути знань, умінь і навичок (загальнонавчальних, професійних, соціально-культурних і побутових) у сфері рекомендованої професійної діяльності.
5. Соціально-побутова складова – можливість самозабезпечення та самостійного життя.
6. Соціально-екологічна складова – це можливість реалізовувати самостійну соціальну та сімейну діяльність [22].

Важливою частиною реабілітаційного потенціалу є його психологічна частина (психологічний реабілітаційний потенціал (ПРП). Водночас досі немає загальноприйнятого визначення терміну «психологічний реабілітаційний потенціал», а також єдиної моделі складу компонентів реабілітаційного потенціалу. це поняття [27].

Так, наприклад, деякі розуміють ППР як систему преморбідно сформованих індивідуально-психологічних особливостей особистості (мотиваційних, емоційно-вольових, когнітивних), які виступають основним ресурсом у разі зміни ситуації соціального розвитку в результаті хвороби, яка інвалідизує людину і сприяє її адаптації до нових умов життя [22].

Іноді ПРП розглядають з точки зору холістичного підходу як комплекс когнітивних процесів, емоційно-вольову сферу особистості, сукупність адаптаційних можливостей особистості, особистісної спрямованості, зацікавленості та готовності до психологічної роботи над особистістю та відкритість до отримання нових Переживання, що визначають ступінь можливого відновлення та продуктивної інтеграції в сучасне суспільство (соціалізації) [27].

PRP розглядається як можливість розширити сферу життя шляхом відновлення або компенсації порушень на психологічному рівні [23].

Як і всі інші компоненти, PRP як компонент реабілітаційного потенціалу характеризується своєю внутрішньою структурою, яка по-різному визначається дослідниками [63].

C PRP включає наступні основні компоненти: мотивація, емоції, інтелект і середовище [27].

Вчені включають в PRP наступні компоненти:

- інтелектуальна складова, яка дозволяє реабілітологу краще зрозуміти проблеми, пов'язані з хворобою та інвалідністю, і використовувати реабілітаційні заходи для їх вирішення. Інтелектуально-реабілітаційний потенціал залежить від рівня розвитку пізнавальних процесів і рівня інтелекту;

- емоційно-вольовий компонент, який визначає енергійність реабілітолога в досягненні цілей і завдань реабілітації, емоційне забарвлення ставлення до цих цілей і завдань, а також до індивідуальних реабілітаційних заходів і залежить від індивідуально-психологічних особливостей реабілітації. особистість, емоційні стани та вольові процеси;

- мотиваційний компонент, який визначає спрямованість на досягнення цілей і завдань реабілітації і являє собою сукупність цілей, установок, мотивів і потреб, актуальних для реабілітолога з точки зору різноманітних зведень, результатів реабілітації і залежних від ціннісно-мотиваційних характеристик реабілітолога. індивід, система особистісних відносин у цілому [25].

Отже, незаперечним є той факт, що стан реабілітаційного потенціалу визначається певними параметрами на біологічному, психологічному та соціально-екологічному рівнях. Принципове значення при детермінації має виявлення збережених ресурсів на біологічному та психологічному рівнях, які можуть виконувати функції компенсаторної функції, а також діагностика патологічних процесів (порушень). Іншими словами, в даному випадку мова йде про позитивні і негативні складові реабілітаційного потенціалу, представлені в усіх його елементах. Оцінка позитивної складової є специфічною рисою реабілітаційної діагностики, на відміну, наприклад, від клінічної діагностики і призначена для відображення не тільки стану об'єкта діагностики, а й прогнозу реалізації здібностей людини в умовах обмеження життєдіяльності. У цьому аспекті реабілітаційний потенціал слід розглядати як один із інфраструктурних фрагментів реабілітаційного процесу, що включає реабілітаційну діагностику, реабілітаційний ефект і постреабілітаційний супровід.

Складові психологічного реабілітаційного потенціалу, що визначають реабілітаційний прогноз. Усі підструктури реабілітаційного потенціалу можна розглядати як функціональні компоненти, на які слід зосередити увагу в реабілітаційному процесі для досягнення головної мети – адаптації людини до життя та відновлення її статусу [33].

Залежно від ступеня вираженості основних компонентів реабілітаційного потенціалу діагностується його рівень, який є комплексною характеристикою особистості людини з обмеженими можливостями, що охоплює всі етапи її розвитку та соціалізації (від народження до початку захворювання, до розвитку та соціалізації. До реального соціального статусу та психологічних особливостей, що сформувалися протягом хвороби [49; 58; 65; 76; 80; 88]. Він також поєднує в собі індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні характеристики та головну спрямованість особистісно-соціального розвитку та ціннісні орієнтації пацієнта [85].

При визначенні реабілітаційного потенціалу зазвичай розрізняють три рівні, що характеризують реабілітаційну здатність пацієнта щодо певної життєдіяльності:

* високий реабілітаційний потенціал визначається реальною перспективою практично повного відновлення порушених функцій, трудових і соціальних навичок або високим ступенем відновлення певної життєдіяльності в рамках реалізації реабілітаційних заходів ;
* відмічається помірно виражена реабілітаційна здатність з реальною перспективою досить значного відновлення функцій (незначна або помірна вада), незначні обмеження домашньої діяльності та працездатності (зниження кваліфікаційних можливостей та обсягу виконуваної роботи) в процесі реабілітації. ;
* Про низький реабілітаційний потенціал говорять, коли обмежена можливість суттєвого відновлення працездатності, втрачена працездатність, забезпечення самостійного існування та подолання обмежень у життєдіяльності за допомогою реабілітаційних заходів неможливе [20].

У літературі можна виділити чотири рівні реабілітаційного потенціалу: високий, помірний (або справедливий), низький і практично відсутній [28]. При цьому реабілітаційний потенціал оцінюється за всіма факторами, що характеризують реабілітаційний потенціал інваліда, а саме:

* високий - повне одужання, відновлення всієї нормальної діяльності людини, працездатності та соціального статусу. Це повна реабілітація;
* задовільний - неповне одужання із залишковими проявами у вигляді помірних функціональних розладів. Здійснення основних видів діяльності з більш тривалим терміном, можливо, з використанням технічних засобів, зниження працездатності, зниження рівня життя. Є потреба в соціальній допомозі, підтримці і потреба в матеріальній допомозі. Це часткова реабілітація I, II-III груп інвалідності;
* низька - це повільно прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражене функціональне порушення, зниження працездатності більшості видів, здатності виконувати трудову діяльність у спеціально створених умовах, зниження здатності до соціальної інтеграції, потреби в соціальній підтримці та соціальна допомога ;
* Недоліком реабілітаційного потенціалу є прогресуючий перебіг захворювання, явне порушення функцій організму та нездатність самостійно виконувати елементарні види діяльності. Втрата працездатності, потреба в постійній сторонній допомозі та залежність від інших людей [28].

Для загальної оцінки реабілітаційного потенціалу вирішальне значення має прогностична оцінка можливого результату реабілітації на вищому соціальному рівні. Так, одужання або компенсація на першому, біомедичному рівні може бути неповною. Проте повне одужання можливе завдяки компенсаторному заміщенню та адаптації до наявних обмежень у життєдіяльності, цілеспрямованості, високому ступеню домагань, особистісним резервам та іншим механізмам.Основними формами життєдіяльності та першою є можливий соціальний статус хворого ( в цілому реабілітаційний потенціал високий).

Таким чином недостатній реабілітаційний потенціал «нижчого» (біологічного) рівня може бути компенсований соціально-психологічними, технічними, соціальними та соціально-екологічними механізмами (вищого рівня), забезпечуючи тим самим повну реабілітацію пацієнта.

Цілісна оцінка реабілітаційних можливостей відновлення окремих видів життєдіяльності має бути узагальненою та відображати їх рівень на основі чітких кількісних градацій показників, отриманих у результаті комплексних досліджень [22].

прогноз реабілітації- очікувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та очікуваний ступінь інтеграції пацієнта в суспільство – можливий результат реабілітації. Прогноз реабілітації визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу, а й реальними можливостями використання сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів їх реалізації [1; 7; 65].

Прогноз реабілітації визначається на основі комплексної оцінки внутрішніх і зовнішніх факторів, які можуть різною мірою позитивно чи негативно впливати на процеси відновлення здоров’я (клінічний прогноз), працездатності (трудовий прогноз). особистий і соціальний статус хворого чи інваліда (соціальний прогноз).

При оцінці враховуються такі фактори:

- Особливості захворювання та його наслідки (патологічний потенціал);

- реабілітаційний потенціал;

- соціально-психологічні характеристики особистості (її відповідна реабілітаційна діяльність);

- Можливості використання сучасних реабілітаційних технологій для конкретного пацієнта;

- соціально-екологічні умови – реабілітаційне середовище тощо.

Прогноз реабілітації має три рівні оцінки:

- сприятливий - за можливості повного відновлення порушених категорій життя та повної соціальної, у тому числі трудової інтеграції інваліда в рамках здійснення реабілітаційних заходів;

- відносно дешеві - за можливості часткового відновлення порушених категорій життя, зниження ступеня їх обмеження або стабілізації, підвищення здатності до соціальної інтеграції та переходу від повного до часткового соціального та матеріального забезпечення в рамках реабілітаційних заходів. ;

- сумнівний (невизначений) - неясний прогноз;

- несприятливий – у разі неможливості відновлення або компенсації порушених обмежень життєдіяльності, будь-яких істотних позитивних змін (незначного результату) в особистісному, соціальному та соціально-екологічному статусі пацієнта в рамках здійснення реабілітаційних заходів.

Визначення показань до проведення реабілітаційних заходів включає послідовне визначення необхідності та доцільності проведення заходів і засобів реабілітаційного впливу щодо виявлених розладів за категоріями обмежень життя [23; 47; 64]. При цьому для кожної категорії інвалідності визначається можливий очікуваний ефект від реабілітації: відновлення чи компенсація (повна чи часткова) або відсутність відновлення чи компенсації.

Психологічна складова реабілітаційного потенціалу пацієнта покликана саме визначити можливості та ресурси особистості для проведення як психологічної, так і комплексної реабілітації. Визначення рівня PRP є цінним для самого пацієнта, оскільки розкриває перед людиною приховані в ньому особистісні ресурси, що дає змогу нівелювати обмежені можливості та повністю адаптувати його до нової ситуації соціального розвитку [ 56 ; 76] .

При оцінці ПРП особистості слід враховувати всі складові психіки [47; 85] . Важливість психологічного аспекту реабілітаційного потенціалу зумовлена насамперед його мотиваційною складовою, завдяки якій можлива компенсація порушень не лише в інших компонентах ПРП, а й недостатній рівень інших аспектів реабілітаційного потенціалу: медичного , соціальні, професійні. Головною потребою пацієнта на етапі реабілітації є його мотивація, а отже ефективність реабілітаційних заходів, незважаючи на всі проведені заходи медичної, технічної та соціальної реабілітації [8 ; 80] .

Емоційно-вольовий компонент, з одного боку, визначає вихідну позицію пацієнта по відношенню до реабілітації, і безпосередньо впливає на характер інших компонентів індивідуального реабілітаційного потенціалу. Рівень емоційно-вольового компонента визначається домінуванням відповідних негативних чи позитивних переживань, їх інтенсивністю, ступенем стійкості, емоційною збудливістю, страхом і здатністю до вольових зусиль [66; 85].

Рівень інтелектуальних здібностей людини і стан вищих психічних функцій забезпечують розуміння проблем, пов'язаних з хворобою та інвалідністю, і можливість їх вирішення за допомогою реабілітації. Під інтелектом, що міститься в структурі здібностей, розуміються психічні якості людини - стійке утворення, що забезпечує певний рівень поведінки і діяльності, характерний для конкретної людини [22] . Є дослідження, які показують, що інваліди з вищою освітою і високим рівнем інтелекту переживають «глибшу і гострішу психодуховну кризу», яка супроводжує інвалідність, усвідомлюючи свою неповноцінність і обмежено використовуючи свої можливості і ресурси [10 ] .

Вчені вважають, що при оцінці PRP необхідно виділити наступні рівні порушення психологічного статусу людини:

* операційний (особливості нервової системи, темпераменту, вищих психічних функцій, виконавчої сторони діяльності та врахування сенсорних і перцептивних особливостей особистості);
* емоційно-вольовий (емоції, афекти, почуття і настрої, ступінь деструктивного впливу емоцій на перебіг діяльності особистості і в цілому емоційна стійкість),
* особистісні (загальна спрямованість особистості на себе, на спілкування, на бізнес; рівень активності, мотивація, сфера інтересів, особливості соціально-психологічної адаптації, зв’язки з мікро- та макросоціумом) [23].

Виявлено дев'ять компонентів PRP: тип ставлення до хвороби, рівень нейропсихологічного стану, рівень самооцінки, рівень роздратування, рівень реактивної та особистісної тривожності, локус контролю, стан відносин із соціальним оточенням та задоволеність роботою. [22].

Вважається, що PRP має складну структуру, яка включає когнітивні, афективні та особистісні компоненти [80].

Визначення тяжкості PRP ґрунтується на таких його компонентах, як емоційна стабільність та інтелектуальний і мотиваційний потенціал, характеристики середовища та широта спілкування, професійні досягнення та реабілітаційна компетентність. Загальна оцінка компонентного рівня в кінцевому підсумку є критерієм визначення психологічного реабілітаційного потенціалу.

Розглядаючи PRP особистості, виділяють 5 компонентів: внутрішню клінічну картину, а також мотиваційний, емоційний і самооцінний компоненти [14].

Внутрішня клінічна картина є поняттям, близьким до поняття «сприйняття хвороби», що використовується в зарубіжній психології [16]. Основна увага приділяється когнітивним (уявлення про хворобу, її причини, перебіг і наслідки) та емоційним (ставлення до хвороби та способу життя пацієнта) сторонам внутрішньої клінічної картини [75].

Мотиваційний компонент відображає коло інтересів і рівень активності пацієнта, спрямований на вирішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я. Емоційний компонент являє собою загальний емоційний фон життя пацієнта (позитивно-негативний), його динаміку, пов'язану з хворобою та здатність регулювати емоційні реакції. Компонент самооцінки (Я-концепція) включає уявлення про найважливіші характеристики і ставлення до себе як до хворої людини. Комунікативний компонент розкриває особливості важливих соціальних стосунків і динаміку міжособистісних стосунків у разі хвороби, задоволеність цими стосунками [73; 86].

Як чинники, що впливають на прогноз психічного РП, виділено реабілітаційний потенціал в умовах ресоціалізації хворих на інсульт, внутрішню клінічну картину, місце контролю, а також соціально-побутові аспекти [28].

Підкреслюється особлива важливість мотиваційного рівня (складової) внутрішньої клінічної картини. З їх точки зору, це визначає реалізацію пацієнтом діяльності щодо відновлення та збереження здоров'я. Розрізняють різні стратегії боротьби з хронічними соматичними захворюваннями – активну та пасивну [29].

Додатковими факторами, необхідними для подолання хворобливого стану та успішної реабілітації та реінтеграції, багато авторів вважають екзистенціальну наповненість, активність, оптимізм і життєву енергію [2; 77; 79].

Для отримання цілісної оцінки психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнта запропоновано до розгляду прогностичні таблиці, засновані на різних комбінаціях компонентів ПРП, кожна з яких має певну вираженість порушень (табл. 2.1-2.3) [20].

*Таблиця 2.1*

**Показники, що характеризують вираженість порушень мотиваційної складової реабілітаційного потенціалу**

|  |  |
| --- | --- |
| **тяжкість порушень** | **область мотивації** |
| Психологічноіндекси |
| Відсутній або  незначний  (1) | Вищі потреби (у соціальних сферах, спілкуванні, самооцінці, самореалізації), відповідний рівень роздратування, тип ставлення до хвороби (гармонійний, ергопатичний, анозогностичний), при якому соціальна адаптація істотно не порушена, реалістичне, стійке Я -шанування, широке коло інтересів, відповідна ієрархія життєвих цінностей, загальнолюдські чуттєві орієнтації. При незначних змінах - певна нестійкість мотиваційної спрямованості. |
| Помірний  (2) | Нестійкість мотивів дій, потреби низького порядку (у соціальних стосунках, безпеці), зниження критичності, не зовсім адекватний рівень домагань, нестійка самооцінка, своєрідна інтерпретація соціальних цінностей, норм і правил, недостатня ієрархічність структури лейтмотивів. , обмежене коло інтересів, егоцентричні або групоцентричні смислові орієнтації, ставлення до хвороби, що порушує соціальну адаптацію. |
| Виражений  (3) | Переважання потреб нижчого порядку (фізіологічних, безпеки), прагматичних або егоцентричних смислових орієнтацій, асоціальних ціннісних орієнтацій, вкрай вибіркове ставлення до соціальних норм і правил поведінки, некритичність самооцінки, недостатній рівень домагань, формування надціннісних орієнтацій, вузькість, примітивність. коло інтересів, недостатнє ставлення до хвороби, спостерігається явна неадекватність (або неадекватність) в ієрархії мотиваційних структур, що забезпечують діяльність. |
| Сильно  виражений  (4) | Потреби нижчого порядку, практично повне заперечення соціальних норм і правил поведінки, «невмотивованість» дій, відсутність критики, відсутність спрямованих інтересів, відсутність структурованості ієрархії мотивів, ціннісних орієнтацій, «розпад» особистості. |

*Таблиця 2.2*

**Показники, що характеризують вираженість порушень емоційно-вольової складової реабілітаційного потенціалу**

|  |  |
| --- | --- |
| **рівень експресії**  **порушення** | **Емоційно-вольова сфера** |
| Незначний  (1) | Дещо підвищена (або знижена) емоційна збудливість, схильність до тривожних реакцій (реактивна тривога), деяка лабільність, невелике зниження емоційно-мотиваційного тонусу, епізодичні зміни настрою з фіксацією на негативних емоційних переживаннях, деякі труднощі в діяльності, що вимагає вольових зусиль, емоційна фон нестабільності . |
| Помірний  (2) | Значно підвищена (знижена) емоційна збудливість, стійка, але помірно виражена схильність до реакцій страху, емоційна лабільність, помірна емоційна ригідність, деяка схильність до емоційної «зацикленості», досить часта зміна настрою, схильність до стереотипних емоційних реакцій, ослаблення самоконтролю, свавілля. емоційних реакцій, Нестійкість емоційних уподобань, інтересів, певна фіксація на негативних емоційних переживаннях, легке згладжування емоцій, епізодичні, ситуативні, недостатні емоційні «сплески» у вигляді афективних реакцій, можлива схильність до епізодичних агресивних реакцій, знижена здатність до контролю. емоційні реакції. |
| Виражений  (3) | Посилення зазначених проявів, а також схильність до амбівалентних емоцій, недостатня об’єктивність емоційних переживань, тривалі періоди «сумного» настрою, часто недостатнє емоційне реагування, слабкий емоційний компонент пізнавальної діяльності та ціннісні орієнтації, виражена емоційна ригідність, домінування афективні реакції, переважання ейфоричних або депресивних емоційних реакцій, вкрай низька здатність до подолання труднощів за рахунок довільних зусиль, виражена імпульсивність поведінки, схильність до аутоагресії. |
| Виражено чітко  (4) | Переважання амбівалентних, безпредметних, ситуативно безумовних емоційних реакцій, практична невміння «гнучко» поводитися, стійке і виражене домінування негативних емоційних переживань, відсутність модуляції емоцій, повна нездатність до прояву вольового зусилля. |

*Таблиця 2.3*

**Показники, що характеризують вираженість порушень когнітивної складової реабілітаційного потенціалу**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівень експресії**  **порушення** | **Когнітивні процеси**  **(пам'ять, увага, сприйняття, динаміка психічних процесів)** |
| Незначний  (1) | Незначні порушення одних видів пам'яті при одночасному збереженні інших, здатних повністю компенсувати наявний мнестичний дефект, злегка погладжена або нестійка крива засвоєння матеріалу, епізодичні мимовільні відволікання в діяльності, що вимагає тривалої концентрації, незначні коливання розумова працездатність, пов'язані з цим труднощі в поєднанні кількох завдань, деяка недостатність довільної уваги, дещо уповільнений темп розумової діяльності або схильність до швидкого темпу. |
| Помірно виражений  (2) | Помірні порушення окремих видів пам'яті, коли компенсація не досягається за допомогою інших видів, або незначні, але повні порушення мнестичної функції, коливання розумової працездатності, пов'язані з недостатньою концентрацією уваги, зниження загальної продуктивності психічної діяльності, легка відволікання від зовнішніх незначних подразників, Утруднення виконання паралельних дій, помірне звуження діапазону дій, зміна уваги, помірне зниження темпу психічної діяльності з ознаками підвищеної виснаженості. |
| Виражений  (3) | Помірні, але повні розлади мнестичної функції, періодично повторювані помилкові спогади, практична відсутність підвищення кривої навчання («ефект плато») з вираженим звуженням обсягу довготривалої пам'яті, виражені порушення обсягу, концентрації, перемикань і розподілу. порушення уваги, виражене мимовільне відволікання зовнішніми подразниками, що викликають - часті кількісні та якісні помилки, вкрай низька здатність до концентрації, практична неможливість поєднувати деякі види діяльності, низька продуктивність розумової діяльності з високою стомлюваністю, виражене зниження уваги, темп діяльності. |
| Виражено чітко  (4) | Виражене загальне порушення пам'яті, стійкі помилкові спогади, плато або спадна крива пам'яті, можлива повна нездатність пригадувати, надзвичайно низький обсяг як короткочасної, так і довготривалої пам'яті, практична нездатність до концентрації, масовий провал розумової діяльності, розпад волі. увага, крайня непродуктивність цілеспрямованої діяльності або її відсутність, виражені порушення всіх функцій уваги: концентрації, обсягу, розподілу, переключення, непродуктивність розумової діяльності, різко виражені порушення темпу психічної діяльності. |

Дослідження різних авторів показали, що рівень PRP майже не корелює з рівнем медико-реабілітаційного потенціалу [27]. Якщо останній був оцінений як низький у 61,1% випадків, то потенціал психологічної реабілітації був оцінений як низький лише у 22,2% випадків [37].

Аналіз літературних даних показав, що часто зустрічається високий рівень PRP з низьким потенціалом медичної реабілітації, що підтверджує факт великої ресурсної спроможності людини в процесі реадаптації та дає зрозуміти, чи має дана особа Інструкції щодо використання залишкових функціональних навичок з урахуванням індивідуальних механізмів саморегуляції з метою подальшого покращення психологічного благополуччя.

**2.2. Психолого-статистичний аналіз результатів опитувального етапу дослідження**

Встановлено, що психологічний зміст реабілітаційного потенціалу працівників правоохоронних органів полягає у пошуку особистісних засад, що суб’єктивно переживається як пошук покликання, відповідного потребі зрозуміти себе та знайти сенс свого життя.

Оскільки свідомий вибір професії силовика впливає на подальше життя та визначає успішність навчання, постає необхідність організації ефективної професійної роботи, спрямованої на те, щоб допомогти фахівцеві зробити свідомий вибір професії, що відповідає соціальним та особистісним вимогам, проблема надзвичайно актуальна .

Встановлено, що психологічною основою кар’єрного пошуку фахівця є вибір професії .

Результати дослідження показали, що в цілому переважаючими мотивами професійного вибору респондентів є внутрішні індивідуальні мотиви, внутрішні соціальні, зовнішні позитивні та негативні, соціально-моральні мотиви, пізнавальні, утилітарні, престижні та змістовні мотиви праці.

Тобто фахівці владних структур орієнтуються переважно на соціальні цілі, загальнолюдські потреби, моральні та духовні цінності.

Відсутність глибокого розуміння змістовних складових професії правоохоронця інколи призводить до недостатнього оцінювання себе як суб’єкта професійного розвитку.

Отримані результати свідчать про те, що внутрішня мотивація вибору кар’єри правоохоронців пов’язана з їх осмисленими життєвими орієнтаціями, зокрема уявленнями про себе як про сильну особистість, яка має достатню свободу вибору, щоб будувати своє життя відповідно до своїх цілей.

Внутрішня мотивація вибору кар'єри пов'язана з наявністю і рефлексією індивіда цілей на майбутнє, які надають життю сенс, напрям і часову перспективу; Відчуття продуктивності та задоволеності своїм життям.

Зауважимо, що внутрішні, індивідуально значущі мотиви пов’язані з очікуванням позитивного ставлення з боку оточуючих ( r =0,40, p <0,001), власним інтересом ( r =0,358, p <0,001) і впевненістю в собі ( r =0,26). , p <0,001), самоприйняття ( r =0,38, p <0,001).

Зовнішні мотиви обернено залежать від самоузгодженості та самоспрямованості ( r =−0,38, p <0,001).

Слід також зазначити, що внутрішні соціально значущі мотиви пов'язані з такими механізмами психологічного захисту, як заперечення ( r =0,36, p <0,001), компенсація ( r =0,47, p). p <0,001) та раціоналізації ( r =0,33, p <0,001).

Мотивація роботи правоохоронців пов’язана з їхньою життєвою орієнтацією, зокрема з уявленнями про себе як про сильну особистість із достатньою свободою волі, щоб формувати своє життя відповідно до своїх цілей.

Отримані результати свідчать про те, що внутрішні мотиви вибору професії силовика пов’язані зі смисложиттєвими орієнтаціями, зокрема з рефлексією майбутніх цілей, які надають життю сенс, спрямованість і часову перспективу, а також задоволеність своїм життям.

Професійна підготовка фахівців силових структур є одним із основних напрямів і напрямків їх самореалізації, що виражається в наявності зв’язку між досвідом проблем професійної підготовки та осмисленістю їхнього життя.

Встановлено, що життєві цілі, задоволеність процесом самореалізації та осмислення буття пов’язані з внутрішніми мотивами вибору професії та навчання у ЗВО, а також професійною спрямованістю, які визначають позитивне, змістовне ставлення силовики для майбутньої професії.

Результати дослідження свідчать про те, що вони відіграють важливу роль у забезпеченні внутрішньої мотивації підготовки охоронця, осмисленості його життєвих цілей і перспектив, внутрішнього локусу контролю та особистої автономії, яка полягає у здатності визначати власну позицію. визначати, грати та вміння самостійно визначати та регулювати власне життя.

У процесі навчання у ВНЗ часто змінюється переважаючий мотив.

Для характеристики навчального мотиву як дидактичної умови проектування навчальної діяльності учнів важливим є питання про те, який мотив є домінуючим.

За результатами шкала «засвоєння знань» залишається провідною до кінця навчання. Дещо знижуються показники «володіння професією» у студентів 4 курсу навчання при отриманні ними ступеня бакалавра.

Коли домінує зовнішня мотивація, переважають зовнішні, утилітарні мотиви, які не мають змістовного відношення до цілей навчальної діяльності, навчання набуває формального характеру.

Також було зазначено, що умови для формування та розвитку внутрішньої навчально-професійної мотивації створюються та досягаються через цінності особистісного розвитку, духовного задоволення та творчості; Створюється простір міжособистісної взаємодії, що забезпечує моральну підтримку, основу для формування самооцінки, самозацікавленості, самосприйняття, саморозуміння та впевненості в собі; Пропонуються можливості для розвитку професійно важливих якостей і цінностей.

Виявлено, що такі компоненти самооцінки, як очікуване ставлення оточуючих, особистий інтерес, ставлення інших і особистий інтерес відрізняються між собою, що свідчить про те, що самооцінка виникає внаслідок соціальних зв’язків і за певних соціальних умов при оцінці різниці. між поведінкою професіонала і поведінкою інших людей.

Професіонали починають відчувати дискомфорт від соціального порівняння.

Крім того, в структурі самоставлення охоронців найбільше виражені особистий інтерес і самоприйняття, а найменше – ставлення оточуючих, оскільки саме на знаннях про себе людина має ставлення. по відношенню до своєї особистості, які можуть бути позитивними чи негативними, можуть бути або не відповідати.

**РОЗДІЛ 3**

**розвиток РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ як соціально-психологічний фактор професійного самовизначення ФАХІВЦІВ СТРУКТУРИ ВЛАДИ**

**3.1. Особистісно зорієнтований тренінг розвитку реабілітаційного потенціалу як соціально-психологічний фактор професійного самовизначення силовиків**

Аналіз наукової літератури з питань психологічної реабілітації осіб з депресивними розладами виявив відсутність комплексних диференційованих програм їх корекції. Водночас поширеність депресивних розладів у популяції, їх стійкість і схильність до хронізації свідчить про те, що існуючі психотерапевтичні та реабілітаційні програми є недостатньо ефективними, оскільки не враховують PRP особистості.

Метою наступного етапу дослідження була розробка диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості з визначенням та врахуванням рівня PRP. З метою визначення рівня PRP та визначення його складових залежно від рівня PRP було обстежено особи з депресивними розладами: 91 пацієнт з депресивними розладами невротичного генезу, 86 осіб з депресивними розладами органічного генезу та пацієнти з депресивними розладами розладами ендогенного генезу (рис. 3.1). Відповідно до поставленої задачі визначення рівня PRP класифікація людей з депресивними розладами була проведена за допомогою багатовимірного статистичного методу – дискримінантного аналізу, який дав змогу виявити відмінності між трьома передбачуваними підгрупами (залежно від рівня PRP). і дав змогу класифікувати об’єкти за принципом їх максимальної схожості. За допомогою дискримінантного аналізу вдалося якісно класифікувати людей з депресивними розладами за рівнем PRP (табл. 3.1).

**Рис. 3.1. Групи обстежених осіб з депресивними порушеннями щодо визначення рівнів їх реабілітаційного потенціалу**

Так, до першої підгрупи (особи з депресивними розладами з високим PRP) було віднесено 42 особи, до другої підгрупи (особи з депресивними розладами із задовільним PRP) – 118 осіб, до третьої підгрупи (особи з депресивними розладами) з низьким PRP – дзеркало) – 110 чол.

*Таблиця 3.1*

**Класифікаційна матриця (за результатами дискримінантного аналізу)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назва індикаторів** | **Групи** | | | | | | **Загалом** |
| невротичні депресії | | органічна депресія | | ендогенна депресія | |
| сума асб | % | сума асб | % | сума асб | % |
| Низький рівень PRP | 21 | 09/19 | 37 | 33,64 | 52 | 47.27 | 110 |
| Задовільний рівень PRP | 43 | 36,44 | 38 | 32.20 | 37 | 31:35 | 118 |
| Високий вміст PRP | 27 | 64,28 | 11 | 26:19 | 4 | 9.52 | 42 |

Як видно з табл. 3.1 більшість суб’єктів із високим рівнем PRP становили пацієнти з депресивними розладами невротичного генезу (64,28 %), а з низьким рівнем PRP — з депресивними розладами ендогенного походження (47,27 %). Середнє значення PRP становило 36,44% у пацієнтів з невротичною депресією, 32,20% у осіб з органічною депресією та 31,35% у пацієнтів з ендогенною депресією.

Також встановлено, що в осіб із невротичною депресією 23,07% пацієнтів мали низький рівень PRP, 47,25% — середній рівень PRP, 29,67% — високий рівень PRP (табл. 3.2). Серед людей з органічними депресивними розладами 43,02% мали низьке значення PRP, 44,18% – середнє значення PRP і 12,79% – високе значення PRP. Серед хворих на ендогенну депресію переважали особи з низьким рівнем PRP (55,91 ± 4,04 %), середній рівень PRP — у 39,78 %, низький — лише 4,30 % пацієнтів. Статистичний аналіз, проведений за точним методом Фішера, дав змогу встановити, що для суб’єктів із невротичними розладами характерна менша кількість пацієнтів із низьким рівнем PRP (p < 0,0023, DC = 2,71, MI = 0, 27 та p < 0,0001). , DC). =3,84, MI=0,63) та більше людей із високим рівнем PRP (p<0,003, DC=3,65, MI=0,31 та p<0,0001, DC=8,39, відповідно MI=1,06) порівняно з пацієнтами з органічною та ендогенною депресією.

*Таблиця 3.2*

**Презентація реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **рівнях** | **Невротична депресія ( N =91 )** | **Органічна депресія ( N =86)** | **Ендогенна депресія ( N =93)** |
| % ± м% | | |
| Низький рівень PRP | 23,08 ± 2,25\* | 43,02 ± 3,82\*\*\* | 55,91 ± 4,04\*\* |
| Задовільний рівень PRP | 47,25 ± 3,81 | 44,19 ± 3,88 | 39,78±3,36 |
| Високий вміст PRP | 29,67 ± 2,76\* | 12,79 ± 1,41\*\*\* | 4,30 ± 0,46\*\* |
| *Примітка: \* - На рівні p < 0,05 вірогідні відмінності між особами з невротичною депресією та органічною депресією; \*\* - Імовірні відмінності на рівні p<0,05 між особами з невротичною депресією та ендогенною депресією; \*\*\* - На рівні p < 0,05 вірогідні відмінності між особами з ендогенною та органічною депресією.* | | | |

Водночас слід зазначити, що кількість осіб з високим рівнем PRP була більшою в осіб з органічною депресією (p < 0,027, DC = 4,73, MI = 0,20), тоді як у пацієнтів з ендогенною депресією людей з низьким у рівнях PRP (p<0,027, DC=1,14, MI=0,07).

На наступному етапі дослідження було визначено вплив психологічних факторів на рівень PRP. З цією метою всі особи з депресивними розладами були ранжовані відповідно до рівнів PRP, а факторний аналіз використовувався для оцінки факторів, пов’язаних з високим, проміжним і низьким рівнями PRP. За результатами факторизації ознак виділено п’ять факторів, що характеризують високий, середній та низький рівні PRP (табл. 3.3). Слід зазначити, що сумарна інформативність факторів, що характеризують високий рівень PRP, дорівнювала сумі власних значень, поділених на кількість змінних, і становила 0,729; на середньому рівні – 0,621, а на низькому рівні сумарна інформативність виявлених факторів становила 0,797. Іншими словами: вибрані фактори пояснюють 72,9%; 68,1% і 79,7% від загальної дисперсії, що вважається прийнятним результатом.

*Таблиця 3.3*

**Фактори високого реабілітаційного потенціалу в осіб з депресивними розладами (за результатами факторного аналізу)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Найменування показників/факторів** | | **Фактор завантаження/інформаційної здатності** |
| Високий реабілітаційний потенціал | | |
| 1 | 2 | 3 |
| **ФАКТОР адаптивності** | | **18,16%** |
| потенціал для адаптації | * комунікативні навички; * відсутність соматичних скарг; * емоційна лабільність; * послідовність у досягненні цілей; * Узгодженість між цілями та досягненнями. | 0,423  0,467  0,512  0,409  0,398 |
| довговічність | * Середня життєва сила; * середній рівень залученості в життя; * Середня готовність діяти. | 0,556  0,512  0,476 |
| стратегії копіювання | * Компенсація; * Звернення; * пасивна співпраця; * Емоційне звільнення; * Відносність. | 0,522  0,426  0,377  0,384  0,401 |
| **ФАКТОР «Мотиваційна складова».** | | **11,67%** |
| ієрархія цінностей | * Важливість вимог до продуктивності; * Важливість потреби в самостійності; | 0,335  0,412 |
| Індикатори екзистенційного достатку | * середні ступені свободи; * Середній рівень самодистанціювання; * Низький рівень самоперевершення. | 0,467  0,508  0,511 |
| **ФАКТОР «Особистісні характеристики».** | | **12,69%** |
| Внутрішня картина хвороби | * ергопатичне ставлення до хвороби; * Анозогностичне ставлення до хвороби. | 0,472  0,411 |
| Риси характеру | * Низький/середній рівень психічної ригідності. * спілкування. | 0,378/0,412  0,466 |
| **ФАКТОР «Психопатологічні характеристики».** | | **14,58%** |
| Емоційні дисфункції | * Легка депресія; * Фобічна та неспокійна депресія; * знижений фон настрою; * Страх; * напруга; * Критичне ставлення до хвороби. | 0,612  0,623 і 0,408  0,688  0,711  0,398  0,406 |
| когнітивні розлади | * Зниження концентрації уваги. | 0,389 |
| **ФАКТОР «Міжособистісні компоненти».** | | **15,36%** |
| Особливості міжособистісного спілкування | * дотримання; * дбайливий; * виразність. | 0,313  0,465  0,433 |
| Особливості сімейних стосунків | * згуртованість і організованість сімейного ладу; * орієнтація на досягнення сім'ї ; \_ * Невдоволення стосунками з чоловіком. | 0,524 і 0,457  0,487  0,598 |
| **Середнє значення PRP** | | |
| **ФАКТОР адаптивності** | | **17,76%** |
| потенціал для адаптації | * Зниження інтересу до життя; * зниження нервово-психічної стійкості; * астенічні реакції; * емоційна лабільність; * відсутність витривалості; * Погана узгодженість між цілями та досягненнями. | 0,381  0,476  0,448  0,511  0,621  0,609 |
| довговічність | * Середній/низький рівень життєвого тонусу; * Середнє прийняття ризику; * Низький і середній рівень контролю. | 0,398/0,533  0,477  0,754 |
| стратегії копіювання | * Ігнорування; * придушення емоцій; * Спантеличеність; * Релігійність; * Активне уникнення. | 0,623  0,387  0,833  0,502  0,599 |
| **ФАКТОР «Мотиваційна складова».** | | **13,50%** |
| ієрархія цінностей | * важливість потреби в конформності; * Важливість потреб безпеки; * почуття обов'язку; * Зниження спонукальних мотивів. | 0,376  0,455  0,711  0,532 |
| Індикатори екзистенційного достатку | * Знижений рівень свободи; * низький рівень особистості; * Низький рівень самотрансцендентності; * зменшення екзистенційного достатку. | 0,465  0,498  0,501  0,432 |
| **ФАКТОР «Особистісні характеристики».** | | **13,05%** |
| Внутрішня картина хвороби | * Неврастенічне, чутливе, страхливе та егоцентричне ставлення до хвороби. | 0,677/0,534/  0,576 і 0,502 |
| Риси характеру | * невизначеність; * Агресивність; * самокритичність; * зниження самооцінки; * зниження самооцінки; * пасивність у досягненні цілей; * Високий рівень фактичної, сенситивної та наказової жорсткості. | 0,453  0,387  0,355  0,612  0,709  0,345  0,498/0,387/  0,466 і 0,508 |
| **ФАКТОР «Психопатологічні характеристики».** | | **11,12%** |
| Емоційні дисфункції | * Легка та помірна депресія; * соматизована депресія; * знижений фон настрою; * Страх; * напруга; * зниження працездатності; * раннє пробудження | 0,327/0,511  0,576  0,722  0,487  0,722  0,611  0,376 |
| когнітивні розлади | * Зниження концентрації уваги; * Зниження здатності до абстрагування; * Зниження темпу мовлення. | 0,511  0,403  0,509 |
| **ФАКТОР «Міжособистісні компоненти».** | | **12,67%** |
| Особливості міжособистісного спілкування | * холодний; * самодержавний; * Знижена виразність. | 0,411  0,576  0,733 |
| Особливості сімейних стосунків | * знижена згуртованість сімейного ладу; * Посилений контроль; * Невдоволення стосунками з подружжям і родичами. | 0,782  0,677  0,576/0,489 |
| **Низький рівень PRP** | | |
| **ФАКТОР адаптивності** | | **18,43%** |
| потенціал для адаптації | * Малий інтерес до життя; * пасивна життєва позиція; * неврологічна нестабільність; * песимістичне сприйняття; * Низький комунікаційний потенціал; * астенічні/психотичні реакції; * відсутність витривалості; * Погана узгодженість між цілями та досягненнями; * Негативна оцінка себе і власних вчинків; * Низька послідовність у досягненні цілей. | 0,678  0,734  0,822  0,562  0,644  0,413/0,398  0,512  0,492  0,588  0,482 |
| довговічність | * Низька життєздатність: відданість, відповідальність і контратака. | 0,698 |
| стратегії копіювання | * Смирення; * придушення емоцій; * самозвинувачення; * Послух. | 0,644  0,523  0,611  0,411 |
| **ФАКТОР «Мотиваційна складова».** | | **15,83%** |
| ієрархія цінностей | * зниження спонукальних мотивів; * Руйнування цілісної та мотиваційної сфери. | 0,783  0,798 |
| Індикатори екзистенційного достатку | * Маленьке екзистенціальне задоволення: свобода, відповідальність, особистість. | 0,667 |
| **ФАКТОР «Особистісні характеристики».** | | **15,46%** |
| Внутрішня картина хвороби | * Апатичне, меланхолійне, параноїдальне ставлення до хвороби. | 0,578/0,672/0,702 |
| Риси характеру | * субординація; * Байдужість; * замкнутість; * Ізоляція; * Негативна оцінка себе і власних вчинків; * недовіра; * пасивність; * Високий рівень психічної ригідності. | 0,371  0,487  0,398  0,518  0,733  0,498  0,663  0,684 |
| **ФАКТОР «Психопатологічні характеристики».** | | **15,11%** |
| Емоційні дисфункції | * Важка і помірна депресія; * адинамічна депресія; * знижений фон настрою; * гальмування; * іпохондрія; * напруга; * апатія; * добові коливання; * втрата ваги; * почуття провини; * суїцидальні наміри. | 0,671  0,609  0,521  0,772  0,427  0,533  0,712  0,398  0,365  0,377  0,403 |
| когнітивні розлади | * Зниження концентрації уваги; * Зниження здатності до абстрагування; * Зниження запам'ятовування; * Знижена швидкість мови; * Порушення виконавчих функцій. | 0,412  0,547  0,433  0,677  0,541 |
| **ФАКТОР «Міжособистісні компоненти».** | | **14,87%** |
| Особливості міжособистісного спілкування | * холодний; * питання довіри; * труднощі з розумінням інших; * соціальне уникнення; * Знижена виразність. | 0,443  0,465  0,621  0,798  0,683 |
| Особливості сімейних стосунків | * відсутність тісноти в сімейних стосунках; * Знижена орієнтація сім'ї на самостійність, досягнення, духовно-культурне життя та активний відпочинок; * жорсткість сімейного ладу; * Незадоволеність стосунками з подружжям, родичами, у професійній та соціальній сферах. | 0,734  0,456/0,623/0,318 і 0,411  0,776  0,723/0,472/0,376/  0,458 |

Як видно з табл. 3.3 виділено п’ять основних факторів, що впливають на рівень PRP: адаптивність пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність емоційно-когнітивних розладів, особливості міжособистісного спілкування. Отримані дані були враховані при складанні КДППР.

До основних факторів, що визначають процеси адаптації та відновлення особистості осіб з депресивними розладами, належать: ступінь нервово-психічної стійкості, вираженість когнітивних та емоційних дисфункцій, комунікативний потенціал особистості, рівень активності та наполегливості, рівень самооцінки, рівень життєвої цілеспрямованості, відповідальності та жорсткості, наповненість ціннісно-смислової сфери, адекватність типу ставлення до хвороби, ступінь послідовності в досягненні цілей, ефективність копіювання стратегій. .

Метою наступного етапу дослідження стала розробка диференційованої соціально-психологічної програми розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу в системі соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу. Психологічна допомога особам з депресивними розладами була спрямована на підвищення їх ПРП та особистісного адаптаційного потенціалу, у тому числі шляхом зменшення когнітивних та емоційних дисфункцій, підвищення мотиваційної складової особистості, удосконалення навичок усвідомленої регулятивної діяльності, розвитку особистісних та міжособистісних ресурсів адаптації, трансферу. переводять їх із латентного стану в активний, тим самим покращуючи якість життя та суб’єктивне самопочуття людей із хронічними захворюваннями. Все це може бути ефективно реалізовано не тільки при наявності конкретних і диференційованих уявлень про особливості клінічної картини і психічного стану, але і при обов'язковому врахуванні специфіки структури адаптаційного потенціалу особистості, особливостей її актуального психологічного стану. статус . Інформація, отримана в попередніх розділах, характеризує особливості структури адаптаційного потенціалу особистості.

Отримана в ході дослідження інформація про психологічні особливості людей з депресивними розладами, специфіку їх ПРН і ПРН, поточний психологічний статус лягла в основу розробки комплексного диференційованого підходу до психологічної допомоги хворим на депресивні розлади. .

Центральною ланкою диференційованого підходу до надання психологічної допомоги є цілі психологічної корекції та психотерапії (цілі психологічного впливу), результати яких мають прямий або опосередкований вплив на особистість пацієнта. Об’єктами психологічного впливу були п’ять основних факторів, що визначали рівень ПРП: адаптивність пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність емоційно-когнітивних розладів, особливості міжособистісного спілкування і детально представлені в таблицю нижче. 3.3.

На основі зазначених вище результатів визначено основні завдання, принципи та методи психологічної реабілітації хворих на депресивні розлади.

В основі КДППР лежить важлива мета, яка полягала у пошуку та активізації ресурсних можливостей (зовнішніх і внутрішніх) людей з депресивними розладами як факторів, що сприяють подоланню депресії.

диференційовану соціально-психологічну програму розвитку реабілітаційного потенціалу особистості , основними завданнями якої були:

1. Збільшення участі в житті;
2. оновлення адаптивних копінг-стратегій;
3. Відновлення комунікативного потенціалу особистості;
4. заохочення емоційного вираження;
5. підвищення нервово-психічної стійкості;
6. корекція дезадаптивного ставлення до хвороби;
7. підвищення самооцінки;
8. корекція когнітивних та емоційних дисфункцій;
9. підвищення осмисленості життя;
10. корекція міжособистісних стосунків;
11. Відновлення ціннісно-мотиваційної сфери.

При виборі стратегії і тактики психотерапевтичного втручання ми керувалися загальними тенденціями сучасної психотерапії, які полягають у пошуку концептуальних моделей психотерапевтичної інтеграції. Основою такої інтеграції має стати єдиний клініко-психологічний підхід, спрямований на підвищення ефективності лікування та забезпечення вторинної та третинної психопрофілактики.

Виконання обраних завдань |Задач| створено завдяки комплексному підходу з використанням |використання| поступова інтеграція психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренування стійкості, когнітивних і соціальних навичок). Кожен із методів психокорекції виконував свою роль у терапевтичному процесі, доповнюючи інші.

До реалізації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу особистості відноситься |слідуючи| етапи:

І - діагностичний етап;

II – психокорекційна фаза;

ІІІ – реконструктивний етап.

Пропонована програма передбачала поєднання індивідуальної та групової форм роботи. Зміст кожної з визначених фаз був таким.

*Діагностичний етап* мав на меті визначити ступінь та вираженість PRP в осіб з депресивними розладами, що відображає порушення їх особистісних ресурсів та адаптаційних можливостей, що слугувало визначенням цілей психотерапевтичних втручань.

*Психокорекційний етап* був спрямований на стабілізацію психоемоційного стану особистості, формування мотивації до лікування, психологічну перебудову ставлення до хвороби, до себе, зміну дисфункціональних переконань респондента на більш адаптивні, а також корекцію сфери мотивація та самооцінка людей з депресивними розладами.Ця фаза була реалізована шляхом інтеграції когнітивно-поведінкової, екзистенціальної аналітичної психотерапії та арт-терапії.

Мотиваційна робота базувалася на принципах і методах мотиваційної терапії (В. Ялтонський). Основним завданням мотиваційної терапії є пробудження внутрішньої готовності впоратися з проблемою шляхом усвідомлення наявності симптомів депресії, розпізнавання причини рецидиву депресивного розладу та пояснення респонденту необхідності лікування. Респондент повинен усвідомлювати і розуміти своє захворювання і необхідність його лікування, а також оцінювати прогноз терапевтичних заходів. Основними принципами запропонованої мотиваційної роботи є пацієнтоцентризм, емпатія, рефлексивність і підтримка особистості пацієнта. Особливу увагу лікар приділяє ролі пацієнта в процесі терапії, наголошує на необхідності його «внутрішньої» роботи, зміни стереотипів поведінки та міжособистісних стосунків. Окрім підвищення обізнаності, важливим методом мотиваційної роботи є побудова підтримуючих стосунків з пацієнтом. Підтримуючі стосунки повинні пропонувати турботу, підтримку, розуміння та прийняття, і базуватися на «відкритих запитаннях» і рефлексивному слуханні. Заняття складалися з 4-5 щоденних приватних уроків по 40 хвилин.

Арт-терапія була спрямована на усунення наявних поведінкових та емоційних розладів у людей з депресивними розладами, розвиток позитивної самооцінки, комунікативних навичок, здатності приймати самостійні рішення та проявляти ініціативу, навичок психічної саморегуляції та здатності конструктивно справлятися з емоціями. виражати, розвивати, що сприяють більш успішній адаптації, самовираженню та внутрішній інтеграції особистості. Техніки арт-терапії (живопис, скульптура тощо) забезпечували безболісний доступ до глибинного психологічного матеріалу, стимулювали переробку несвідомих переживань, забезпечували додатковий захист і знижували опір змінам. Доцільність використання арт-терапії в лікуванні депресивних розладів зумовлена кількома причинами:

По-перше, арт-терапевтичні матеріали дозволяють виражати почуття. Це також викликає різноманітні емоційні реакції, які сприяють психологічним змінам. По-друге, зображення впливають на минулий і поточний досвід пацієнта, а також дозволяють висловити ідеї про майбутнє; Нові ситуації та моделі поведінки можна змоделювати та відтворити в образотворчій формі, перш ніж вони будуть виражені та зрозумілі в реальній поведінці. По-третє, за допомогою картинок можна висловити думки та почуття, які важко передати словами тощо.

Для людей з депресивними розладами ми розробили та впровадили курс арт-терапевтичних заходів, особливістю якого стала регламентація сеансів арт-терапії та специфічні завдання для цієї групи людей. Сеанси арт-терапії проводилися тричі на тиждень по 60 хвилин. Тривалість курсу 3-6 місяців. Структура кожного сеансу арт-терапії складалася з двох основних частин:

1 - невербальна, творча, неструктурована. Найважливішим засобом самовираження є художня діяльність (малювання, ліплення). Використовувалися різноманітні механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (80% заняття).

2 - вербальний, який був більш апперцептивним і формально структурованим. Йшлося як про словесну дискусію, так і про інтерпретацію намальованих предметів та асоціацій, які виникали. Використовувалися механізми вербального самовираження та візуальної комунікації (20% заняття).

Когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) складалася з 10-12 індивідуальних сеансів тривалістю 50 хвилин. Метою було встановлення та актуалізація хворобливих ідей та переконань пацієнта та перетворення їх на більш адаптивні та продуктивні. Метою терапії є зміна емоційного стану і настрою пацієнта завдяки раціональному і логічному переробленню пацієнтом суб'єктивного образу себе і світу, що підкріплюється раціональним переконанням психолога пацієнта в необґрунтованості негативних і знижується. оцінка себе та своїх досягнень як у минулому, так і в сьогоденні та майбутньому.КПТ уможливила інтеграцію когнітивних, поведінкових та емоційних стратегій для зміни особистості, а також виявлення та представлення впливу пізнання та поведінки на емоційний області та функціонування всього організму пацієнта.

Терапевтичні методи, які використовуються в цьому підході, базуються на когнітивній моделі психопатології депресії та дозволяють ідентифікувати, аналізувати та виправляти помилкові концептуалізації та дисфункціональні переконання індивідів. Люди вчаться вирішувати проблеми та знаходити вихід із ситуацій, які раніше здавалися непереборними, переосмислюючи їх і коригуючи своє мислення. КПТ допомагає пацієнтам мислити та діяти більш реалістично та адаптивно, тим самим усуваючи симптоми, які їх турбують. Ключ до когнітивного підходу полягає в наданні об'єктивної інформації про причинно-наслідкові зв'язки розвитку депресивних розладів, позитивізації уявлень пацієнта про себе і свої можливості, формуванні оптимістичного ставлення до майбутнього.

Застосування терапії екзистенціального аналізу було спрямоване на те, щоб допомогти пацієнту повною мірою реалізувати себе як особистості, побачити нові перспективи життя, зрозуміти сенс теперішнього і майбутнього життя, допомогти пацієнту впоратися зі своїми життєвими проблемами і дати йому розуміння та навчити прийняти Зрозуміти життя таким, яке воно є, з усіма його труднощами та парадоксами, розвинути в ньому здатність краще знаходити свій шлях у реальному житті, навчити його використовувати свободу вибору та брати відповідальність за цей вибір і його наслідки. Екзистенціальна аналітична психотерапія проводилась у формі групової роботи. Групові заняття проходили щодня по 1,5 години (20-25 занять).

Екзистенціальна групова терапія базується на тих же принципах екзистенціальної філософії та психології, що й індивідуальна терапія. Загальновідомо, що екзистенціальна терапія спрямована не на людину як ізольовану духовну цілісність, а на людину як буття-у-світі, тобто на її життя. В екзистенціально-аналітичній психотерапії життя людини сприймається як сукупність її відносин зі світом (це визначення служить базовою передумовою як індивідуальної, так і групової екзистенціальної терапії). У контексті екзистенціальної терапії існує чотири основні виміри буття у світі: фізичний, соціальний, психологічний і духовний. Людина стикається зі світом одночасно в кожному із згаданих вимірів і на цій основі формує свої керівні установки, значення та цінності.

Іншою фундаментальною рисою екзистенціальної терапії (крім розуміння людини як буття-у-світі) є прагнення зрозуміти людське життя крізь призму універсальних екзистенціальних факторів. Окрім специфічних, індивідуальних екзистенціальних факторів, що визначають унікальність кожного з нас, загальнолюдські фактори утворюють своєрідну межу розуміння життя конкретної людини.

Терапевтична група – це структурована життєва ситуація, в якій кожен учасник має можливість для багатовимірного самовираження – особисті події, взаємодія між учасниками та з терапевтом формують життя групи. Учасники говорять не з точки зору пережитих проблем чи типів характерів, а також клінічних категорій, за якими їх можна класифікувати, а як люди, які формують своє життя по-різному та мають специфічні стосунки зі світом. Тому групу екзистенціальних переживань (ЕД) можна назвати мікрокосмосом, в якому відображається макрокосмос життя. Екзистенціальна група – це живий і терапевтичний досвід для всіх учасників. Будь-який людський досвід — свідомий і несвідомий, раціональний і ірраціональний, емоційний і когнітивний, особистий і міжособистісний, інтрапсихічний і трансперсональний — пов’язаний з явищами реальності. GED не оцінює досвід як хороший чи поганий, значущий чи безглуздий. Будь-який життєвий досвід має сенс, і ще важливіше те, що сама людина робить з цього досвіду. Відомий письменник О. Хакслі стверджував, що досвід - це не те, що відбувається в житті людини, а те, що людина робить з тим, що відбувається в її житті. ED пропонує пацієнтам з депресивними розладами унікальну можливість для самодослідження за присутності та підтримки інших з метою терапевтичних змін. Основна мета GED — допомогти учасникам зрозуміти можливості, які надаються їм у житті, та обмеження, пов’язані з ними через вплив індивідуальних і універсальних чинників існування. У групі вся увага приділяється розумінню процесу життєдіяльності як самої групи, так і окремих її учасників, розкриттю їх протиріч і парадоксів. Все спрямовано на те, щоб учасники групи могли краще побачити реалії життя, позбутися ілюзій і самообману, точніше визначити свої прагнення, бажання, цілі і основні установки, знайти життєвий напрямок, який задовольняє їх. їх.

Основні цілі GED можна визначити наступним чином:

1. Розширення меж свідомості та саморозуміння;
2. підвищення активної життєвої позиції особистості;
3. Розвиток уміння сприймати дійсність. Коли людина сприймає дійсність неспотвореною, вона позбувається ілюзій і самообману, ясніше бачить своє покликання і цілі в житті, знаходить сенс у повсякденних турботах, знаходить мужність бути вільною і нести відповідальність за цю свободу;
4. Прийняття та підвищення особистої відповідальності за події у своєму житті;
5. розвиток умінь формувати та підтримувати тісні стосунки;
6. розвиток уміння хотіти й отримувати без почуття провини;
7. розвиток здатності робити вибір і ризикувати та приймати неминучість страху та провини;
8. Розвиток здатності розпізнавати ресурси, механізми та методи вирішення конфліктів з минулого досвіду та розробляти нові адаптивні поведінкові стратегії для їх вирішення.

Предметом групової психотерапії, як і психотерапевтичних впливів в цілому, були психологічні чинники патогенезу захворювання (внутрішньопсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, «внутрішня клінічна картина», включаючи патологічну реакцію ) . індивіда до хвороби, система значущих стосунків пацієнта, включаючи соціальні зв’язки пацієнта, порушені хворобою).

При проведенні GED були використані певні підходи до суттєвих особистісних та екзистенційних питань:

* + 1. Основна увага приділяється розвитку впевненості в собі. самосвідомість, що включає усвідомлення «Я»; Усвідомлення своїх мотивів, вибору (вигоди), системи цінностей, цілей, смислів. У контексті екзистенціальної парадигми у центрі уваги – ціннісне переживання власного «Я», відкриття сенсу й цінності власного життєвого середовища. Дозвольте клієнту визнати та відчути свої обмеження, свою потенційну свободу від минулого, цінність свого «Я» та цінність життя в сьогоденні.
    2. Виховання свободи та відповідальності. Терапевт прагне допомогти клієнту знайти способи уникнути відповідальності та свободи та заохотити ризикувати, пов’язане з цими цінностями. Роз'яснення того, що у клієнта завжди є вибір, заохочення відкритого визнання своєї відмови від відповідальності, заохочення захисту своєї незалежності (автономії), підкреслення особистих бажань і переживань пацієнта, його особистого вибору в тій чи іншій життєвій ситуації - ось найважливіші передумови впровадження цього посібника.
    3. Допоможіть відкрити або створити сенс. Для впровадження цього посібника пропонується корисна техніка «контролю вмісту».

Ю. Гендлін. Його зміст полягає в зосередженні уваги на тілесних відчуттях у процесі будь-якої дії. Клієнта просять зберігати мовчання та намагатися відчути та зрозуміти їхні справжні переживання та те, що вони для них означають. Важливим моментом у застосуванні техніки є відкриття «екзистенціального вакууму» (В. Франкл) і конфронтація з клієнтом або полегшення його можливих переживань, пов'язаних з цим. Психотерапевт не стверджує, в чому мета життя клієнта, а лише створює умови, в яких клієнт може відкрити або створити свої сенси.

4. Унікальність та самобутність. Ключ до реалізації цього «механізму» психотерапії полягає в тому, щоб спонукати клієнта відкрито виражати свої почуття та усвідомлювати різницю між реактивними, ситуативними та глибокими, особистими почуттями та переживаннями. Основним напрямком реалізації цієї психотерапевтичної передумови є відкриття свого «автентичного» «Я» і – «Я», яке не є справжнім, якщо пацієнт не робить, не говорить і не відчуває того, що йому властиво або чого він хоче. . Але те, що пов'язано з імітацією життя, з іграми, не є справжніми стосунками близькості чи відчуження з іншим. Власна ідентичність (де «я», «моє», де «не я», «не моє») і переживання власної ідентичності, «я» як унікального, неповторного життєвого середовища – головний фокус цієї психотерапевтичної передумови.

5. Зв'язки з часом. Незважаючи на те, що акцент робиться на реальних переживаннях, ставлення до часу (до майбутнього, до минулого) є важливим моментом і методом психотерапевтичної роботи. Просте запитання: «Як ти уявляєш нашу зустріч через 10 років?» — може викликати цілий спектр переживань, пов’язаних не лише з розумінням власного життя, а й з дослідженням його можливих смислів. Крім того, проективне вивчення можливих шляхів самореалізації іноді підвищує рівень реалізації особистості в сьогоденні.

*Реконструктивний етап* був спрямований на корекцію міжособистісних стосунків, розвиток навичок соціальної взаємодії та спілкування, підвищення стійкості до подолання складних життєвих ситуацій у людей з депресивними розладами. Ця фаза була реалізована за допомогою тренінгу когнітивних і соціальних навичок і тренування життєвої сили. Тренінг проводився з особами, які пройшли когнітивно-поведінкову психотерапію та HED та були мотивовані до наступного етапу реабілітації.

Тренінг когнітивних і соціальних навичок спрямований на:

* Корекція пам'яті шляхом її перебудови та інтеграції з іншими когнітивними функціями (сприйняття, мислення) за допомогою різних мнемотехнічних прийомів;
* активізація процесів мимовільної та довільної уваги;
* Розвиток і тренування навичок логічного мислення, що формує цілеспрямованість, послідовність і гнучкість висновків;
* Розвиток образного мислення, яке є необхідним ресурсом асоціативної пам'яті;
* Удосконалення вербальних навичок шляхом збільшення активного словникового запасу;
* залучення людей до творчої діяльності, що стимулює пошук творчих когнітивних і поведінкових стратегій;
* навчання людей здатності перемикати увагу від страшних і тривожних спогадів та ідей до корисної діяльності;
* Створення позитивної емоційної атмосфери, почуття задоволення від виконаної роботи з подолання інтелектуальної та соціальної ангедонії у пацієнтів;
* тренування регуляторних функцій шляхом дотримання режиму розумової діяльності, що чергується з відпочинком та іншими видами активної діяльності;
* Подолання соціальної ізоляції, формування навичок соціально адекватної поведінки в умовах групової роботи;
* Розширення загальної перспективи, що визначає можливості залучення до нових форм бізнесу та дозвілля;
* формування мотиваційного ставлення до самостійної роботи;
* Посилення комунікативної спрямованості та когнітивної диференціації мислення (робота з поняттями, орієнтованими на іншу людину, спільна діяльність у парах та групах для досягнення спільної мети);
* Розвиток когнітивної точності та диференціації соціальної перцепції (навчання розпізнаванню невербальної комунікації - міміки, пози, жестів, аналізу та кваліфікації міжособистісних ситуацій, точності відтворення мовної поведінки партнера);
* Розвиток регуляції своїх емоційних станів, мислення та поведінки шляхом розвитку навичок самоаналізу та самоосвіти;
* Відпрацювання навичок соціальної поведінки (навчання спілкуванню на різні теми в групі, моделювання та розігрування реальних ситуацій);
* Навчання ефективним стратегіям вирішення міжособистісних проблем (розбивка проблеми на більш дрібні, вибір етапів вирішення і конкретних завдань, методів вирішення цих завдань).

Участь у когнітивному тренінгу дозволяє пацієнтам повернутися до повноцінного активного життя, яке потребує сторонньої допомоги, виконання професійних обов’язків та реалізації кар’єрних прагнень, використовуючи власні когнітивні ресурси. При формуванні груп враховували тяжкість когнітивних розладів, але свідомо передбачали, що в тренінгу одночасно братимуть участь пацієнти з різним ступенем когнітивного зниження. При цьому очікуваний досвід неуспішності та неспроможності деяких людей запобіг індивідуальний підхід до кожного при виборі запропонованих завдань. Склад учасників з різними когнітивними можливостями створював природну конкуренцію в групі та стимулював активну роботу (важливо було не перевищити допустимий поріг емоційної напруги).

Тренування життєвої сили базується на припущенні, що життєва сила не є вродженою якістю, а формується протягом життя ( С. Мадді). Це система переконань, яку можна розвинути. Можна виділити дві основні цілі, які переслідує цей тренінг:

1. Глибше розуміння стресових обставин, шляхів їх подолання та пошук способів активного вирішення проблем.

2. Постійне використання зворотного зв'язку , що поглиблює саморозуміння включення, контролю та прийняття ризику.

Навчання включало три основні техніки:

1. Реконструкція ситуації. При використанні цієї техніки акцент робиться на фантазію і вирішення проблеми. Визначаються ситуації, які сприймаються як стресові; Стресові ситуації розглядаються з ширшої точки зору. Завдяки реконструкції ситуацій пацієнт дізнається, які приховані припущення він зробив, які визначають, наскільки стресовими є обставини та які заходи можуть розрядити ситуацію. У рамках реконструкції ситуацій використовувалося подання кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування (Фокусування). Застосовується, коли пряма трансформація стресових обставин неможлива. Техніка, розроблена Ю. Гендліном, являє собою пошук неусвідомлених емоційних реакцій (що перешкоджають прийняттю рішення) шляхом звернення до «внутрішнього змісту». Мета – емоційне розуміння, яке допомагає трансформувати стресові ситуації в можливості.

3. Компенсаторне самовдосконалення. Якщо трансформація ситуації неможлива, то фокус зміщується на іншу проблему, так чи інакше пов'язану з цією проблемою. Ваше рішення спонукає людину звернути увагу на те, що можна змінити (адже контролювати все неможливо).

Оптимальна чисельність навчальних груп – 12-15 осіб. Групи є змішаними з точки зору гендерного представництва. Тривалість уроку 75-90 хвилин. 2 рази на тиждень. У тренінгах реалізовано принцип «відкритого функціонування», що передбачає автономність і завершеність кожного заняття, що дає можливість учасникам бути залученими до роботи групи на кожному етапі.

Загалом основним результатом запропонованої диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості є усвідомлення психологічних механізмів розвитку депресивних розладів, підвищення адаптаційних ресурсів особистості, особистісної відповідальності за події, що відбуваються у власному житті, підвищення рівня адаптаційних можливостей особистості. психоемоційний стан, власні рішення та стосунки, що є суттєвим мотиваційним фактором у подоланні хвороб.Визначення ресурсних можливостей пацієнта в рамках терапії пропонує пацієнту додаткову підтримку та допомогу в подоланні симптомів депресії.

**3.2. Психолого-статистичний аналіз результатів проектного етапу дослідження**

З метою оцінки ефективності розробленого КДППР у хворих на депресивні розлади порівняно з традиційними методами лікування проведено його апробацію. В тестуванні розробленої системи взяли участь 98 осіб з депресивними розладами. До 1 групи увійшли 52 респонденти, які проходили диференційовану програму розвитку соціально-психологічного реабілітаційного потенціалу. ІІ групу склали 46 осіб, які отримували традиційні реабілітаційні заходи. Піддослідні в групу відбиралися на добровільній основі.

Критеріями оцінки ефективності диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості були обрані: вираженість характеристик реабілітаційного потенціалу (за результатами дослідження «Реабілітаційний потенціал особистості»). індивідуальна» методика І. Кулагіної, Л. Сенкевич), індекс задоволеності життям (за результатами шкали «Індекс задоволеності життям» Н. Паніної) та результати оцінки ступеня покращення стану за заг. клінічне враження за такими критеріями: одужання, значне поліпшення, поліпшення, відсутність ефекту та погіршення стану . Оцінку за цими шкалами проводили двічі: до і після лікування.

Результати оцінювання індексу задоволеності життям наведено на рис. 6.2, показуючи, що люди з депресивними розладами мають низькі показники інтересу до життя (20,34 бала для I групи та 21,08 бала для II групи), позитивну самооцінку (20,09 та 21,45 бала) та мали загальний фон настрою (21,76 та 22,45 бала відповідно), узгодженість між цілями та досягненнями (23,56 та 23,04 бала відповідно) та загальний індекс задоволеності життям (22,66 та 23 відповідно, 62 бали).

**Рис. 3.2. Динаміка психологічного благополуччя у осіб з депресивними розладами**

Після реабілітації позитивна динаміка спостерігалася в обох групах, але в 1-й групі динаміка вірогідно достовірна за показниками «інтерес до життя» (t=2,345, p<0,01), «загальний фон настрою» ( t = 2,176 ) . , p<0,025), «позитивна самооцінка» ( t = 3,512 , p< 0,0001) та «загальний індекс задоволеності життям» ( t =2,112, p<0,05). Тобто, можна сказати, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу вплинула на покращення суб’єктивного самопочуття, що виражається у підвищенні інтересу до життя як позитивної оцінки власних якостей і вчинків, і загальний фон настрою. Динаміку реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами оцінювали за шкалою «Індивідуальний реабілітаційний потенціал», яка фіксувала мотиваційний, емоційний, комунікативний, самооцінювальний компоненти реабілітаційного потенціалу та внутрішню клінічну картину. Вихідні показники РП були низькими та практично однаковими в обох групах осіб з депресивними розладами (рис. 3.3).

**Рис. 3.3. Динаміка реабілітаційного потенціалу у осіб з депресивними розладами**

Після проходження реабілітації в обох групах спостерігалась позитивна динаміка. Так, підвищився мотиваційний компонент РП, який відображає широту інтересів і ступінь активності респондента, який включається в рішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я: в І групі на 21,9 % ( р < 0,0001), в ІІ групі - на 9,01 %; підвищився загальний емоційний фон життя хворого: в І групі на 29,93 % ( р < 0,0001), в ІІ групі – на 10,04 % ( р < 0,05); покращились уявлення про власні якості і ставлення до себе як до хворої людини: в І групі на 24,56 % ( р < 0,0001), в ІІ групі – на 11,75 % ( р < 0,025); покращилась готовність осіб до соціальних зв’язків та комунікацій: в І групі на 31,46 % ( р < 0,0001), в ІІ групі – на 9,95 %.

Також змінилось ставлення до хвороби, знизилась фіксація на негативних аспектах хвороби: в І групі – на 17,98 % ( р < 0,0001), в ІІ групі – на 7,77 %. Були отримані вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні позитивної динаміки загального показника РП в І групі, який покращився на 25,16 % (р < 0,0001), у той час коли в ІІ групі позитивна динаміка не набувала вірогідних значень та дорівнювала 9,7 %.

Оцінка ступеню поліпшення стану за загальним клінічним враженням проводилась через 6 місяців після проведеного курсу лікування (табл. 6.4). Встановлено, що в групі хворих на депресивні порушення, що пройшли диференційовану соціально-психологічну програму розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, достовірно частіше відзначалось повне одужання (34,62 %), порівняно з особами контрольної групи (17,39 %), при р < 0,029. При цьому у хворих контрольної групи найчастіше відзначалось лише покращення стану (47,83 %), порівняно з респондентами, що були залучені до програми (26,92 %), при р< 0,017. Відсутність ефекту від терапії реєструвалася у 6,52 % осіб в групі порівняння.

*Таблиця 3.4*

**Оцінка ступеню покращення стану досліджуваних за загальними параметрами самопочуття**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Критерії оцінки** | **І група**  **(n=52)** | **ІІ група**  **(n=46)** | **Р** | **ДК** | **МІ** |
| Абс. кількість / % | |
| Одужання | 18 (34,62 %) | 8 (17,39 %) | 0,0291\* | -2,99 | 0,26 |
| Значне покращення | 20 (38,46 %) | 13 (28,26 %) | 0,0974 | -1,34 | 0,07 |
| Покращення | 14 (26,92 %) | 22 (47,83 %) | 0,0173\* | 2,50 | 0,26 |
| Відсутність ефекту | 0 | 3 (6,52 %) | 0,0998 | - | - |
| *Примітка: \*- достовірні відмінності на рівні p<0,05.* | | | | | |

Таким чином, результати апробації розробленої програми психологічної реабілітації людей з депресивними розладами свідчать про її високу ефективність та ефективність порівняно з традиційними програмами лікування депресивних розладів.

З метою створення диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості проведено аналіз рівня PRP у осіб з депресивними розладами. Встановлено , що для осіб із невротичними розладами характерна менша кількість пацієнтів із низьким рівнем PRP (p<0,0023, DC=2,71, MI=0,27 та p<0,0001, DC=3,84, MI=0,63). більше людей із високим рівнем PRP (p<0,003, DC=3,65, MI=0,31 та p<0,0001, DC=8,39, MI=1,06 відповідно) порівняно з пацієнтами з органічною та ендогенною депресією.

Отже, в результаті аналізу було виділено п’ять основних факторів, що впливають на рівень PRP: адаптивність пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність емоційно-когнітивних розладів, особливості міжособистісного спілкування та його були визначені компоненти. Отримані дані були враховані при визначенні цілей психотерапевтичного впливу та слугували для створення диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості .

Враховуючи складові ППР та ППР у осіб з депресивними розладами, розроблена програма визначила завдання психологічного впливу: підвищення залученості до життя; оновлення адаптивних копінг-стратегій; Відновлення комунікативного потенціалу особистості; заохочення емоційного вираження; підвищення нервово-психічної стійкості; корекція дезадаптивного ставлення до хвороби; підвищення самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; корекція міжособистісних стосунків; Відновлення ціннісно-мотиваційної сфери.

Пропонована програма реабілітації є комплексним підходом до лікування з використанням |використання| Інтеграція психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренування стійкості, когнітивних і соціальних навичок).

Під час реалізації програми наступне |Наступне| Етапи: І – діагностичний етап (діагностика ПРП та ПРП у осіб з депресивними розладами); II – психокорекційна фаза (фаза психологічної перебудови сфери мотивації та впевненості в собі); ІІІ – фаза реконструкції (фаза тренування навичок, що сприяють покращенню адаптаційних можливостей пацієнта та відбудові міжособистісних стосунків). Пропонована програма передбачала поєднання індивідуальної та групової форм роботи.

В затвердженні розробленої програми взяли участь 98 осіб з депресивними розладами. До першої групи увійшли 52 особи, які проходили психологічну реабілітацію за розробленою системою, до другої групи — 46 пацієнтів, які отримували традиційне лікування. Показано, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу особистості суттєво впливає на підвищення інтересу до життя (t=2,345, p<0,01) та загального фону настрою (t=2,176, p<0,025), позитивного самопочуття . оцінка ( t = 3,512, p < 0,0001), підвищення загального індексу задоволеності життям ( t = 2,112, p < 0,05) та реабілітаційного потенціалу (p < 0,0001) осіб з депресивними розладами.

Катамнетичні дослідження, проведені протягом 6 місяців після завершення диференційованої соціально-психологічної програми, спрямованої на розвиток реабілітаційного потенціалу особистості, підтвердили стійкість терапевтичного ефекту в 1 групі. За результатами апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами підтверджено її високу ефективність порівняно з традиційними реабілітаційними програмами.

У розділі запропоновано систему соціально-психологічного забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; наведено результати апробації диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу особистості; Проаналізовано та узагальнено результати початкового етапу дослідження.

У формувальній фазі дослідження взяли участь 98 осіб з депресивними розладами.

До 1 групи увійшли 52 респонденти, які проходили диференційовану програму розвитку соціально-психологічного реабілітаційного потенціалу. ІІ групу склали 46 осіб, які отримували традиційні реабілітаційні заходи. Піддослідні в групу відбиралися на добровільній основі.

Диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу передбачала : Етапи:

І - діагностична (діагностика складових реабілітаційного потенціалу осіб з депресивними розладами);

II – психокорекція (психологічна перебудова сфери мотивації та впевненості в собі);

ІІІ – фаза реконструкції (формування навичок, що сприяють підвищенню можливостей адаптації та реконструкції міжособистісних стосунків у структурі реабілітаційного потенціалу).

Аналіз компонентів реабілітаційного потенціалу обстежених 1-ї групи, який проводився на діагностичному етапі реалізації програми формуючого впливу, показав, що серед обстежених з невротичними розладами менша кількість обстежених. з незначною нейропатією. Виявлено високі рівні реабілітаційного потенціалу (ð<0,0023, DC=2,71, MI=0,27 і p<0,0001, DC=3,84, MI=0,63 відповідно) і більшу кількість людей з високим рівнем потенціал реабілітації (S<0,003, DC=3,65, MI=0,31 і p<0,0001, SD=8,39, MI=1,06 відповідно) порівняно з суб’єктами з органічною та ендогенною депресією.

Визначено основні чинники, що впливають на рівень розвитку реабілітаційного потенціалу: адаптивність, характеристики ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні характеристики, наявність/відсутність емоційно-когнітивних дисфункцій, особливості міжособистісного спілкування. Отримані дані були враховані на другому етапі диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу при визначенні цілей психокорекційних і психотерапевтичних втручань.

З урахуванням складових реабілітаційного потенціалу та складових психологічного реабілітаційного дефіциту осіб з депресивними розладами визначено завдання соціально-психологічної роботи в системі забезпечення ефективності процесу розвитку їхнього реабілітаційного потенціалу: підвищення рівня залученості до особи з депресивним розладом. в житті; оновлення адаптивних копінг-стратегій; відновлення комунікативного потенціалу; заохочення емоційного вираження; підвищення нервово-психічної стійкості; корекція дезадаптивного ставлення до хвороби; підвищення самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; Корекція міжособистісних стосунків.

Запропонована диференційована соціально-психологічна програма, яка входить до системи забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу обстежуваних, побудована на основі комплексного підходу до психокорекції, що передбачає інтеграцію психотерапевтичних підходів (поєднання арт-терапія, когнітивно-поведінкова, екзистенціальна психотерапія; тренінг життєвої сили, підвищення мотивації, розвиток когнітивних і соціальних навичок) та поєднання індивідуальної та групової форм роботи.

Доведено, що диференційована соціально-психологічна програма розвитку реабілітаційного потенціалу суттєво вплинула на підвищення інтересу до життя у досліджуваних 1 групи (t=2,345, p<0,01), загалом позитивний фон настрою. (t=2,176, p<0,025), позитивна самооцінка (t=3,512, p<0,0001); сприяло підвищенню загального індексу задоволеності життям (t=2,112, p<0,05) та реабілітаційного потенціалу (p<0,0001) в цілому.

При діагностиці депресивних розладів різного походження визначаються діагностичні маркери:

а) при невротичних депресіях: виражене пасивне ставлення до важких ситуацій; Поширеність дезадаптивних стратегій подолання («ігнорування», «збентеження», «емоційне придушення» та «активне уникнення»); виражена нервово-психічна нестійкість; зниження моральної нормативності; відсутність наполегливості, відповідальності та самовладання; високий рівень фактичної, чутливої та загальної жорсткості та помірний рівень рекомендованої жорсткості; Вираження тривожного, неврастенічного, чутливого та егоцентричного ставлення до хвороби; наявність потреби в безпеці; позиція невтручання та вичікування (ухилення від відповідальності); незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах; наявність психологічних травмуючих факторів : у подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних зв’язків, неузгодженість у розподілі обов’язків, фінансів і бажання мати дітей); по відношенню до родичів (невдоволення сімейно-побутовою обстановкою, ставлення до батьків дружини та родичів, які проживають на цьому ж місці); у професійній сфері (напружені стосунки з керівництвом і колегами, невизнання, розбіжність між роботою та професійними інтересами); у соціальній сфері (відмінності світоглядних позицій); наявність міжособистісних проблем: труднощі в розумінні інших, проблеми з довірою, труднощі у відкиданні та захисті своїх кордонів, напруженість і скутість у прояві почуттів; Характеристики психічного благополуччя: низький індекс задоволеності життям, поганий фон настрою, низький інтерес до життя, невідповідність між цілями та досягненнями, низька впевненість у собі та пасивна життєва позиція; Особливості сімейних стосунків: недостатня згуртованість сімейного ладу, труднощі вираження почуттів, особливо негативних, заохочення членів сім'ї при відсутності орієнтації на самостійність, низька орієнтація на інтелектуальне та культурне життя, низький ступінь структуризації сімейного ладу. з високим ступенем контролю; Патопсихологічні особливості: наявність легкої депресії, переважання фобічної та ажитованої форм депресивних розладів, вираженість обсесивно-компульсивної, вегетативної та серцево-судинної симптоматики, психічного занепокоєння, почуття тривоги, розладів травлення та іпохондрії.

б) при органічній депресії: відчуття безсилля перед складними ситуаціями; Поширеність дезадаптивних стратегій подолання: «приниження», «емоційне придушення», «підпорядкування», «активне уникнення» та «відсторонення»; Виражені астенічні реакції/стани та нервово-психічна нестійкість; падіння процентних ставок; висока регульована жорсткість; Вираженість неврастенічного і сензитивного ставлення до хвороби; сильне почуття обов'язку; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах; наявність факторів психологічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння); у професійній сфері (невідповідність роботи, професії та кваліфікації, перевантаження та монотонність праці); у соціальній сфері (відсутність соціальної активності); Характеристики психічного благополуччя: знижений настрій, пасивність у досягненні мети; Характеристика сімейних стосунків: висока працездатність членів сім'ї, низька орієнтація на інтелектуальне та культурне життя, низька орієнтація на активний відпочинок; Патопсихологічні особливості: переважання легкої та помірної депресії, переважання соматизованої форми депресивного розладу, вираженість соматичної та серцево-судинної симптоматики, соматичної тривоги, раннього пробудження та психічних розладів.

в) при ендогенній депресії: відчуття відчуженості від життя; відчуття безсилля впоратися зі складними ситуаціями; Переважання когнітивних копінг-стратегій «скромність» і «розгубленість»; Переважання емоційного копінгу «придушення емоцій», «самозвинувачення» та «покірності»; Переважання поведінкових копінг-стратегій «активне уникнення» та «відсторонення»; виражена нервово-психічна нестійкість і напруженість; зниження комунікативного потенціалу; виражені дезадаптивні розлади у вигляді астенічних і психотичних реакцій; Переважання субординації, ізоляції, байдужості, відмови від співпраці, інтроверсії та ізоляції; високий рівень актуальної, чутливої, інструктивної та загальної жорсткості; вираженість тривожного і параноїдального ставлення до хвороби; зниження потреби в гедонізмі та владі; відірваність свого «Я» від себе та інших; незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах; наявність психологічних травмуючих факторів: у подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння та емоційної близькості); по відношенню до родичів (непорозуміння з батьками та родичами дружини); у професійній сфері (монотонність праці); у соціальній сфері (невідповідність моральних настанов оточення власним); наявність міжособистісних проблем: уникнення соціальних контактів, труднощі розуміння інших, проблеми з довірою, труднощі у відкиданні та захисті своїх кордонів, напруженість і скутість у прояві почуттів; Характеристики психічного благополуччя: низький індекс задоволеності життям, низька самооцінка, пригнічений настрій, низький інтерес до життя, низька впевненість у собі.

За результатами оцінки диференційованої соціально-психологічної програми розвитку реабілітаційного потенціалу підтверджено її високу ефективність порівняно з традиційними реабілітаційними заходами.

Діагностичні зрізи, проведені через 6 місяців після завершення програми, підтвердили стійкість психокорекційного ефекту в 1 групі респондентів.

Загалом про ефективність запропонованої системи соціально-психологічного супроводу процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості свідчать підвищення життєвих показників; духовне благополуччя; оновлення адаптивних копінг-стратегій; відновлення комунікативного потенціалу; зростання нервово-психічної стійкості; самооцінки; корекція когнітивних та емоційних дисфункцій; підвищення осмисленості життя; Покращення міжособистісних стосунків і соціального функціонування в цілому.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Авер’янова Г.М. Особливості соціалізації молоді в умовах трансформації суспільства / Г.М. Авер’янова, Н.М. Дембицька, В.В. Москаленко. – К. : «ППП», 2005. – 307 с.
2. Адамова О.С. Подолання кризи в особистісних відносинах: окремі практичні аспекти / О.С. Адамова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – № 2(52). – С. 65-75.
3. Андріяш М.О. Особливості волі та вольових якостей в юнацькому віці / М.О. Андріяш // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – № 3(53). – Т.3. – С. 95-105.
4. Андрусів Л.С. Обумовленість певного стандарту поведінки особистості соціокультурними умовами життєдіяльності / Л.С. Андрусів // Зб. наук. праць Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. – Серія : Філософія. Соціологія. Психологія. – Івано-Франківськ : Вид-во Плай. – Вип. 9, Ч. 2. – С. 11 – 19.
5. Антоненко Т.Л. Основні принципи становлення ціннісно-смислової сфери особистості  / Т.Л. Антоненко //  [Духовність особистості: методологія, теорія і практика](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=JUU_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=IJ=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%9672678). – 2018. – Вип. 5. – С. 6 – 19.
6. Арнаутова В.В. Забезпечення соціально-психологічного супроводу вихованців закладів соціальної реабілітації / В.В. Арнаутова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 2(37). – Т. 3. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 15 – 25.
7. Арнаутова В.В. Інтегративний підхід до проблеми соціалізації особистості неповнолітніх в умовах депривації / В. В. Арнаутова // Матеріали ХХІІІ міжнар. наук. конф. студентів і молодих учених «Наука і вища освіта», 23 квіт. 2015 р., м. Запоріжжя. – Запоріжжя : КПУ, 2015. – С. 459 – 460.
8. Арнаутова В.В. Психологічні аспекти соціалізації десоціалізованої особистості в освітньому просторі / В.В. Арнаутова // Матеріали Х міжнар. наук.-практ. конф. «Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність», 11-13 верес. 2015 р., м. Мелітополь / за заг. ред. М. М. Радєвої. – Мелітополь : ТОВ «Колор Принт», 2015. – С. 4 – 6.
9. Арнаутова В.В. Психологічні засади соціалізації особистості в умовах освітньої взаємодії / В.В. Арнаутова // Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : монографія / Під ред. В.Й. Бочелюка та ін. – [2-е вид. перероб. і доп.]. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – С. 18 – 40.
10. Арнаутова В.В. Системний підхід до проблеми здоровʼязбереження молоді в умовах сучасного соціуму / В.В. Арнаутова, В.Ю. Завацький, // Психогенеза особистості: норма і девіація : зб. наук. статей [гол. ред. Я.О. Гошовський]. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. – С. 78 – 85
11. Афанасенко Л.А. Психологічні основи програми оптимізації самоідентифікації / Л.А. Афанасенко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – № 2(46). – С. 22 – 30.
12. Ахтирська Ю.І. Соціокультурні та психологічні виміри розвитку саморегуляції молоді в освітньому просторі / Ю.І. Ахтирська // Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. «Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті», 20 жовт. 2017 р., м. Чернівці. – Чернівці : ІППОЧО, 2017. – С. 11 – 13.
13. Ахтирська Ю.І. До проблеми соціально-психологічних особливостей цілісності особистості та її антиципації / З.Я. Ковальчук, Є.В. Гейко, Ю.А. Завацький, І.Є. Жигаренко, Ю.І. Ахтирська // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – № 3 (47). – Т. 3. – С. 82 – 90.
14. Ахтирська Ю.І. Соціально-вікові періоди онтогенезу у становленні особистості / Ю.І. Ахтирська // Соціально-психологічні складові розвитку обдарованої особистості : [монографія] / Н.А. Добровольська, Н.Є. Завацька, Ю.А. Завацький та ін. – К. : ПВТП «LAT&K», 2019. – С. 37 – 42.
15. Андросович К.А. Аналіз результативності програми соціальної адаптації [Текст] / К.А. Андросович // Наука і освіта : наук.-практ. журнал Південного наукового центру НАПН України. – Одеса : Південноукраїнський НПУ ім. К. Д. Ушинського, 2014. – № 5 (СХХІІ) – С. 112 – 118.
16. Андросович К. А. Аналіз емпіричного вивчення соціальної адаптації учнів професійно-технічних навчальних закладів [Текст] / К.А. Андросович // Освіта та розвиток обдарованої особистості : щомісячний наук.-метод. журн. – К. : Інститут обдарованої дитини, 2015. – № 5 (36). – С. 42 – 45.
17. Аршава І.Ф. Суїцидальна поведінка: діагностика та корекція : [навчальний посібник] / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко. – Д. : РВВ ДНУ, 2019. – 80 с.
18. Аршава І.Ф. Особливості формування Я-концепції осіб з фізичними вадами в контексті соціально-психологічної адаптації / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко, Т.В. Єрошкіна // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2013. – Вип.19. – С. 35 – 44.

23. Аршава І.Ф. Роль активних стратегій подолання стресу у прогнозуванні емоційної стійкості батьків важкохворих дітей / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Проблеми сучасної психології  : зб. наук. праць ДВНЗ «Запорізький національний університет» ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. –  №1(7). – Запоріжжя : ЗНУ, 2015. – С. 13 – 22.

24. Аршава І.Ф. Особливості гармонізації «образу Я» підлітків з патологією опорно-рухового апарату / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Вип. 32, Ч. 2. – К. : Вид-во НПУ Ім. М.П. Драгоманова, 2016. – С. 264 – 271*.*

25. Аршава І.Ф. Соціально-психологічна реабілітація дітей з психофізичними порушеннями засобами арт-терапії / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко, К.С. Тороп // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Вип. 30. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – С. 211 – 218.

26. Аршава І.Ф. Специфіка психологічної складової реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів хворих на депресивні розлади різного ґенезу / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Journal of Psychology Research. – Vol. 24(7). – Дніпро : Вид-во ДНУ імені Олеся Гончара, 2018. – С. 3 – 18.

27. Аршава І.Ф. Методологічні підходи вирішування педагогічних проблем адаптації та дезадаптації при здобутті вищої освіти молодими інвалідами в Україні / І.Ф. Аршава, П.П. Бачинський, В.В. Корнієнко // Матеріали Всеукр. наук. конф. «Освіта і наука в Україні», 21-22 черв. 2013 р., м. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ : Роял Принт, 2013. – Ч. І. – С. 121 – 124.

28. Балл Г.О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах) / Г.О. Балл. – Житомир : Волинь, 2008. – 232 c.

29. Бабатенко О.В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем діяльності / О.В. Бабатенко, О.В. Шевяков та ін. // Фундаментальні та прикладні психологічні дослідження в практиках провідних наукових шкіл: реалії та перспективи : міжнар. кол. монографія / за ред. акад. Л.Ф. Бурлачука, акад. Т.П. Вісковатової, проф. В.М. Синельникова. – MIEH-Institution Is Certified by International Education Society, London, Great Britain ; Nord-Press, 2012. – С. 208 – 228.

30.Білецький П.С. Соціально-психологічні проблеми професійного здоров’язбереження в сучасному соціуму / П.С. Білецький // Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір : [монографія] / Н.Є. Завацька, І.В. Ващенко, П.С. Білецький, О.В. Кованда та ін. – К. : ПВТП «LAT&K», 2019. – С. 25 – 35.

31. Білецький П.С. Управління освітніми медико-соціальними технологіями в умовах модернізації сучасного соціуму / П.С. Білецький // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Т. ІХ, Вип. 12. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2019. – С. 352 – 360.

32. Блинова О.Є. Криза ідентичності особистості у нестабільні періоди розвитку суспільства / О.Є. Блинова // Вісник Одеського національного університету. – Одеса : Астропринт, 2013. – Т.18. – Вип. 22, Ч. 1. – С. 30 – 38.

33. Блискун О.О. Соціально-психологічні чинники агресивної поведінки молоді у мережах Internet: автореф. дис. …канд. психол. наук : 19.00.05 / Олена Олександрівна Блискун. – Луганськ, 2013. – 20 с.

34.Блискун О.О. Соціально-психологічні засади реінтеграції молоді в умовах трансформаційного соціуму : [монографія] / О.О. Блискун. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – 320 с.

35. Блискун О.О. До проблеми психологічних принципів поведінки людини (генетико-моделюючий підхід С. Максименка) / О.О. Блискун // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. – № 2 (34). – С. 34 – 42.

36. Блискун О.О. Психологічні особливості прояву агресії та форми агресивної поведінки молоді / О.О. Блискун, Ю.О. Бохонкова, О.В. Пелешенко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. – № 3 (50). – Т. 3. – С. 33 – 44.

37. Блискун О.О. Психологічні особливості комплексної реабілітації молоді «групи ризику» / О.О. Блискун, О.В. Пелешенко // Perspectives of world science and education. – Series : Psychology, Sociology, Political Science. – Vol. 2. – Osaka : CPN Publishing Group, 2019. – P. 87 – 96.

38. Блискун О.О. Психологічна безпека молоді у просторі смисложиттєвих орієнтирів / О.О. Блискун // Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. «Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті», 20 жовт. 2017 р., м. Чернівці. – Чернівці : ІППОЧО, 2017. – С. 6 – 8.

39. Богучарова О.І. Практика психологічного супроводження здоровʼя як посилення субʼєктності особистості / О.І. Богучарова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 454 – 462.

41. Борисюк А.С. Професійна ідентичність медичного психолога: соціально-психологічний аналіз / А.С. Борисюк. – Чернівці : Книги – ХХІ, 2010. – 440 c.

42. Бондаренко Н.Б. Психологічні особливості соціальної підтримки осіб з проблемами психічного здоров’я у групах самодопомоги: дис. …к. психол. наук : 19.00.05 / Наталія Борисівна Бондаренко. – К., 2017. – 279 с.

43. Бохонкова Ю.О. Психологія випереджальної стратегії поведінки особистості в ситуації життєвих змін: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.05 / Юлія Олександрівна Бохонкова. – К., 2013. – 40 с.

44.Бохонкова Ю.О. Системність на синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму / Ю.О. Бохонкова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 2(37). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 104-157.

45.Бондаренко О.Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги / О.Ф. Бондаренко // Педагогіка і психологія. – 2002. – № 4. – С. 4 – 12.

46. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Л.Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.

46.Бочелюк В.Й. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : монографія / Під ред. В.Й. Бочелюка, Н.Є. Завацької. – [2-е вид. перероб. і доп.]. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – 280 с.

47.Васьківська С.В. Основи психологічного консультування / С.В. Васьківська. – К. : Ніка-центр, 2011. – 424 с.

48.Васютинський В.О. Інтеракційні виміри особистісного і соцієтального буття / В.О. Васютинський // Соціальна психологія. – 2005. – № 3 (11). – С. 8 – 19.

49.Ващенко І.В. Психологічні технології професійного самозбереження особистості та її соціальної підтримки в епоху суспільних трансформацій / І.В. Ващенко, Н.Є. Завацька // Розвиток особистості в різних умовах соціалізації : монографія / за наук. ред. Л.О. Калмикової, Г.О. Хомич. – ТК. : Видавничий Дім «Слово», 2016. – С. 405 – 421.

50.Ващенко І.В. Конфлікти великих соціальних груп / І.В. Ващенко, С.П. Гиренко. – Х. : Бурун Книга, 2006. – 208 с.

51.Вірна Ж. Концепція реабілітології. Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації / Ж. Вірна // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Отв. ред. А.М. Щербакова. – К., 2011. – 376 с.

52.Вірна Ж.П. Формування особистісного простору: оцінка, тенденції і закономірності / Ж.П. Вірна, В.В. Коширець // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 75 – 94.

53.Волошин П.В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23. – Вип. 1 (82). – С. 5 – 11.

54.Віденєєв І.О. Стресостійкість в контексті психологічних ресурсів особистості / І.О. Віденєєв // Матеріали ІІ міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 24 – 27.

55.Вольнова Л.М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю / Л.М. Вольнова. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2012. – 275 с.

61. Выготский Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский. – М. : Эксмо, 2003. – 1136 с.

56.Галецька І.І. Психологічне здоров’я як проблема національної безпеки / І.І. Галецька // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – Серія психологічна : зб. наук. праць. – Львів : ЛьвДУВС, 2012. – Вип. 2 (1). – С. 49 – 58.

57.Галецька І.І. Психологія здоров’я: теорія і практика / І.І. Галецька, Т. Сосновський. – Львів : Видавничий центр Львівського національного університету імені Івана Франка, 2006. – 338 с.

58. Гейко Є.В. Психологія цілісності особистості : монографія / Є.В. Гейко. – Кропивницький : Центрально-Українське видавництво, 2016. – 384 с.

59.Гейко Є.В. Соціально-психологічні особливості корекції полісистемної цілісності особистості / Є.В. Гейко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – № 3 (41). – С. 6 – 15.

60.Гейко Є.В. Функціональна структура полісистемної цілісності особистості зрілого віку / Є.В. Гейко // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка. – Т. ІХ, Вип. 7. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – С. 85 – 92.

61.Гейко Є.В. Цілісність особистості з афективними розладами у вимірі системного підходу / Є.В. Гейко // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2018. – Том ІХ. – Вип. 11. – С. 56 – 68.

62.Гарькавець С.О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі / С.О. Гарькавець – Луганськ : Ноулідж, 2010. – 343 с.

63.Гарькавець С.О. Мотиваційна сфера особистості та правовий конформізм як прояв впливу соціальних утворень / С.О. Гарькавець // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2005. – № 1 (9). – С. 71 – 79.

64.Грубʼяк О.М. Психологічне благополуччя особистості у період ранньої дорослості: дис. …к. психол. наук : 19.00.07 / Оксана Михайлівна Грубʼяк. – К., 2016. – 219 с.

65.Гулько Г.А. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. …к. психол. наук : 19.00.01 / Ганна Олександрівна Гулько. – К., 2017. – 249 с.

66.Глухова О.Г. Ідеальне як «соціо-культурна» теорія психіки в концепції Л.С. Виготського / О.Г. Глухова // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук праць. Серія «Психологічні науки». – № 1, Т. IIІ. – К. : Вид-во «Гнозис», 2012. – С. 145 – 152.

67.Глухова О.Г. Проблема ідеального образу в сучасній методології наукового пізнання / О.Г. Глухова // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Серія «Психологія і педагогіка». – Острог : Вид-во нац. ун-ту «Острозька академія», 2012. – Вип. 19. – С. 71 – 76.

68.Глухова О.Г. Ідеальне як соціокультурна модель свідомості / О.Г. Глухова // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Серія «Психологія і педагогіка». – Острог : Вид-во нац. ун-ту «Острозька академія», 2012. – Вип. 20. – С. 85 – 94.

69.Горностай П. Групові захисні механізми як форма реагування на колективні травми / П. Горностай // Проблеми політичної психології. – № 22(1). – С. 89 – 114.

70. Горностай П.П. Колективна травма та групова ідентичність / П.П. Горностай // Психологічні перспективи : [наук. журн.]. – 2012. – Спец. вип. «Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп». – Т. 2 : Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – С. 89 – 96.

71. Завацька Н. Є. Психологічні основи розвитку особистості : монографія / Н.Є. Завацька, Ю.А. Завацький та ін. / За заг. ред. В.В. Бочелюка. – Запоріжжя : Просвіта, 2019. – Т.6. – 416 c.

72.Завацька Н.Є. Дослідження адаптаційного потенціалу особистості / Н.Є. Завацька // Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. – 2003. – № 599. – С. 98 – 101. – (Серія : Психологія).

73.Завацька Н.Є. Психологічні основи соціальної реадаптації особистості зрілого віку: дис. …д. психол. наук : 19.00.05 / Наталія Євгенівна Завацька. – К., 2010. – 455 с.

74.Завацький В.Ю. Особливості опанувальної поведінки молоді та її здатність до антиципації в посттравматичній ситуації / В.Ю. Завацький, Н.Є. Завацька, Л.В. Спицька // Наука і освіта : наук.-практ. журн. Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. – Серія: Психологія. – Одеса : Вид-во Південноукраїнського нац. пед. ун-ту імені К.Д. Ушинського, 2017. – Вип. 7. – С. 136 – 142.

75. Карамушка Л.М. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоровʼя / Л.М. Карамушка та ін. // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Т. 55, № 1. – К. : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. – С. 23 – 30.

76. Карамушка Л.М. Особистісна та професійна самоактуалізація особистості: рівень значущості, розуміння сутності та умов для здійснення у соціумі / Л.М. Карамушка та ін. // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Т. 53, № 1. – К. : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019. – С. 15 – 22.

77.Карамушка Л.М. Психічне здоров’я особистості як вагомий чинник демографічної ситуації. Демографічна ситуація в Карпатському регіоні: реальність, проблеми, прогнози на ХХІ століття / Л.М. Карамушка, М.Є. Андрос // Тези міжнар. наук.-практ. конф. – Чернівці. – К. ; Чернівецький держ. ун-т ім. Ю. Федьковича, 1996. – С. 370 – 372.

78. Комар Т.В. Інтегративно-цілісний підхід до формування професійної зрілості спеціаліста в системі «людина – людина» / Т.В. Комар // Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 12. Психологічні науки : зб. наук. праць. – Вип. 5 (50). – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. – С. 198 – 204.

79. Корнієнко В.В. Про особливості соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату / І.Ф. Аршава, В.В. Корнієнко // Педагогіка здоровʼя як основа розвитку потенціалу особистості : [монографія] / В.А. Гладуш, Н.В. Зимівець, З.П. Бондаренко, Л.М. Ніколенко та ін. – Дніпро : Ліра, 2020 – С. 106 – 117.

80. Корнієнко В.В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості: [монографія] / В.В. Корнієнко. – К. : ПВТП «LAT&K», 2021. – 320 с.

81.Максименко С.Д. Структура та особистісні детермінанти професійної самореалізації суб’єкта / С.Д. Максименко, В.І. Осьодло // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам’янець-Подільського Національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України. – Вип. 8. – Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2010. – С. 3 – 19.

82. Максименко С.Д. Методологічні і теоретичні питання психології / С.Д. Максименко // Актуальні проблеми психології : Наукові записки інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України. – К., 1999. – Вип. 19. – С. 5 – 13.

83. Новицька Л.В. Проблематика самореалізації та самопрезентації особистості у вітчизняних наукових дослідженнях / Л.В. Новицька // Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : [монографія] / В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, А.О. Кононенко, Л.В. Новицька. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – С. 33 – 47.

84. Спицька Л.В. Етичні правила психологічного консультування / Л.В. Спицька // Етика психологічної роботи : навч. посіб. / В.Й. Бочелюк, О.А. Черепєхіна, Л.В. Спицька. – Запоріжжя : Просвіта, 2016. – С. 228 – 242.

85. Спицька Л.В. Методологія наукового дослідження в психології / Л.В.

86.Турбан В.В. Становлення етичної свідомості в онтогенезі: автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Вікторія Вікторівна Турбан. – К., 2013. – 38 с.

87. Чепелєва Н.В. Характеристика процесів розуміння та інтерпретації у контексті психотерапії / Н.В. Чепелєва // Наук. записки Ін-ту психол. ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. акад. С.Д. Максименка. – К., 2001. – Вип. 21. – С. 25 – 31.

88. Чепелева Н.В. Теоретико-методологические основы разработки нормативной модели самопроектирования личности / Н.В.Чепелева // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К., 2018. – Т. 2. – Вип.10 – С. 4 – 19.

89. Шевяков О.В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем /

90. Arshava І. Influence of personal and pathophychological characteristics on adaptation possibilities of  patients with depression in the process of medical-psychological rehabilitation / І. Arshava, V. Kornienko, A. Baratynska // Psychological perspectives on health and disease : [Collective monograph] / Malgorzata Tatala. – Rīga : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2019. – P. 1 – 18. – 272 p.

91.Kornienko V.V. Peculiarities of coping strategies of patients with depressive disorders / V.V. Kornienko // Polish journal of science. – Psychological Sciences. – № 12, Vol. 2. – Warszawa : Kozminski University, 2019. – P. 43 – 49.