

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

Кваліфікаційна робота

другий (магістерський) рівень вищої освіти
спеціальність 053 «Психологія»

**ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Виконав:

студент групи ПС23-1зм

Гончарук І.М. _____

Керівник:

професор кафедри психології,

д. психол. н., професор

Шевяков О. В. _____

Завідувач випускової кафедри:

к. психол. н., доцент

Панфілова Г.Б. _____

2025 рік

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ

Кафедра психології
Освітній рівень МАГІСТР
Спеціальність 053 «Психологія»

Затверджую:
зав. кафедри психології
Панфілова Г.Б.,
канд. психол. наук, доц.
« ____ » _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу здобувачу

Гончаруку Ігору Миколайовичу

1. Тема роботи «Психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців»
2. Керівник роботи Шевяков О. В., професор кафедри психології, д. психол. н., професор

затверджені наказом від « ____ » _____ 20__ р., № _____

3. Термін здачі здобувачем закінченої роботи _____
4. Цільова установка та вихідні дані до роботи на основі аналізу навчальних та наукових джерел, емпіричного дослідження схарактеризувати психологічний стан військовослужбовців в умовах війни та з'ясувати психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.
5. Зміст роботи (перелік питань, які належить розробити): розкрити поняття та здійснити характеристику реабілітаційного потенціалу; схарактеризувати посттравматичні розлади в умовах воєнного часу у військовослужбовців; визначити проблеми адаптації військовослужбовців до бойового стресу; описати організацію та методики дослідження психологічного стану військовослужбовців в умовах війни; здійснити інтерпретацію результатів дослідження реабілітаційного потенціалу військовослужбовців в умовах війни.

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали, посада)	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I	Шевяков О. В.		
II	Шевяков О. В.		
III	Шевяков О. В.		

7. Дата видачі завдання _____

8. Календарний план виконання роботи

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	
		За планом	Фактично
1.	Визначення напрямку та теми кваліфікаційної роботи	01.10.24	01.10.24
2.	Аналіз та обробка джерел за темою кваліфікаційної роботи	15.10.24	15.10.24
3.	Визначення завдання та методів дослідження	01.11.24	01.11.24
4.	Робота з теоретичним матеріалом	15.11.24	15.11.24
5.	Проведення власних емпіричних досліджень	01.12.24	01.12.25
6.	Обробка отриманих даних та оформлення отриманих результатів	17.12.24	17.12.24
7.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	08.01.25	08.01.24
8.	Остаточне оформлення кваліфікаційної роботи та захист	13.01.25	13.01.25

Здобувач _____ Гончарук І.М.

підпис *прізвище, ініціали*

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Шевяков О.В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 139 с., 5 рис., 13 табл., 91 джер., 5 дод.

Перелік ключових слів: військовослужбовці, реабілітаційний потенціал, програма підтримки, соціальні умови, посттравматичний стресовий розлад, тривожний розлад.

Об'єкт дослідження: особливості психологічного стану військовослужбовців в умовах бойового стресу.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічний стан військовослужбовців в умовах війни, а також розробити методичний підхід до визначення реабілітаційного потенціалу військовослужбовців в умовах війни.

Методика та методи дослідження: теоретичні методи: аналіз наукової літератури за темою дослідження; методи логіко-психологічного аналізу, включаючи класифікацію, систематизацію, порівняння та узагальнення, для розкриття понять «ПТСР», «психологічна адаптація» та «посттравматичні розлади». Емпіричні методи: тестування та психодіагностичні методики: багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Маклаков, С. Чермянін). Методика визначення копінг-стратегій (Е. Хейм, адаптація Л. Вассермана). Тест життєстійкості (Д. Леонтьєв, О. Рассказова). П'ятифакторний опитувальник особистості (5 PFQ) (А. Хромов). Опитувальник ригідності (Г. Залевський). Методика для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби (Л. Вассерман зі співавторами). Методика Ш. Шварца для вивчення цінностей особистості (адаптація В. Карандашева). Шкала екзистенції (А. Ленгле, К. Орглер, адаптація С. Кривцової). Монреальська когнітивна шкала (MoCA) (Montreal Cognitive Assessment). Опитувальники: «Індекс життєвої задоволеності» (Н. Паніна), «Шкала сімейного оточення» (Р. Мус), «Міжособистісних відносин» (В. Абабков, Г. Ісуріна) та реабілітаційного потенціалу (І. Кулагіна, Л. Сенкевич).

Математико-статистичні методи: кореляційний аналіз, кластерний аналіз.
Інтерпретаційні методи: узагальнення та систематизація емпіричних даних.

Отримані результати та їх новизна: встановлено, що розроблений методичний підхід до оцінки реабілітаційного потенціалу військовослужбовців дозволяє отримати більш повну картину їхнього психологічного стану. Аналіз включає такі аспекти, як рівень тривожності, депресії, ПТСР, самооцінка та локус контролю. Ідентифіковано ключові чинники успішної адаптації військовослужбовців до нових умов життя: соціальна підтримка, доступ до ресурсів, рівень амбіцій. Систематизовано наукові знання про взаємозв'язок між психологічними факторами та реабілітаційним потенціалом. Отримані результати поповнюють наукову базу психологічних знань та відкривають перспективи для подальших досліджень.

Практичне значення роботи: Дані можуть використовуватись психологами-практиками, викладачами закладів вищої освіти, розробниками реабілітаційних програм для військовослужбовців. Результати корисні при викладанні дисциплін, таких як «Психологія особистості», «Кризова психологія», «Групова психотерапія». Знайдені дані можуть бути застосовні для проведення психологічного консультування та ресоціалізації військовослужбовців. Подальший розвиток роботи передбачає створення спеціалізованих тренінгових програм для підвищення ефективності реабілітації.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ	12
1.1 Теоретичні вимоги до психологічної складової реабілітаційного потенціалу	12
1.2 Роль психологічної складової у реабілітаційному потенціалі	35
1.3 Актуальні проблеми розвитку потенціалу реабілітації	41
Висновки до першого розділу	45
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	49
2.1 Соціально-психологічні фактори розвитку та особливості реабілітаційного потенціалу військовослужбовців	49
Висновки до другого розділу	67
РОЗДІЛ III РОЗВИТОК РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФАКТОР ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	68
3.1 Особистісно зорієнтований тренінг розвитку реабілітаційного потенціалу як соціально-психологічний фактор професійного самовизначення військовослужбовців	68
3.2 Психолого-статистичний аналіз результатів проектного етапу дослідження	83
3.3. Відмінності психологічних складових реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. (Емпіричні дослідження та рекомендації)	92
Висновки до третього розділу	114
ВИСНОВКИ	117
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	120
ДОДАТКИ	130
Додаток А	130

Додаток Б.....	131
Додаток В.....	132
Додаток Г.....	133
Додаток Д.....	134
АНОТАЦІЯ.....	135
ВІДГУК.....	136
РЕЦЕНЗІЯ.....	138

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

Суспільні трансформації в Україні вимагають від сучасної людини активності, наполегливості та самостійності. Ці риси свідчать про відповідальне ставлення до саморозвитку та професійної діяльності. Однією з тенденцій глобалізації є соціокультурний конфлікт, який впливає на самосприйняття особистості через суперечливі культурні елементи. Крім того, масштабні соціальні, політичні та економічні зміни сприяють розширенню впливу віртуальних соціальних груп (О. Блискун, С. Максименко, У. Михайлишин та ін.).

Змінюється традиційна концепція добробуту, яка визначає місце людини у суспільстві, що призводить до кризи у структурі розвитку (А. Борисюк, Н. Завацька, Л. Карамушка, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.). За таких умов важливим завданням є створення можливостей для реабілітації особистості. Ця проблема активно досліджується багатьма науковцями, які вивчають життєдіяльність людини у сучасному суспільстві (О. Блаїнова, С. Гаркавець, М. Зурба, М. Тоба та ін.).

Існують різні підходи до аналізу можливостей і обмежень реабілітації. Однак складність структури особистості, як соціально-психологічної системи, ускладнює створення концептуальної моделі розвитку реабілітаційного потенціалу в умовах глобальних змін. Актуальність цієї проблеми, її складність та важливість у контексті сучасної ситуації в Україні зумовили вибір теми магістерської роботи: «Психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців».

Мета дослідження

Концептуально окреслити соціально-психологічні засади дослідження реабілітаційного потенціалу особистості; висвітлити змістово-процесуальні основи створення та впровадження соціально-психологічної системи, яка забезпечує ефективність розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.

Завдання дослідження

1. Провести теоретико-методологічний аналіз і синтез наукових підходів до вивчення соціально-психологічних засад розвитку реабілітаційного потенціалу особистості, а також оцінити рівень їх дослідженості.
2. Розробити концептуальні соціально-психологічні засади дослідження реабілітаційного потенціалу військовослужбовців на основі системно-інтегрованого підходу.
3. Визначити основні соціально-психологічні компоненти реабілітаційного потенціалу військовослужбовців та проаналізувати їх функціонування в умовах депресивних розладів.
4. Ідентифікувати соціально-психологічні параметри, індикатори та механізми порушень адаптаційного процесу в структурі реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.
5. Розробити систему соціально-психологічного забезпечення, спрямовану на підвищення ефективності розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.

Об'єкт дослідження

Реабілітаційний потенціал особистості в умовах соціально-психологічної адаптації.

Предмет дослідження

Психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.

Концептуальна гіпотеза

Реабілітаційний потенціал військовослужбовців може бути значно підвищений через системно-інтегрований підхід до розробки соціально-психологічних заходів, спрямованих на адаптацію та розвиток особистості.

Емпіричні гіпотези

1. Соціально-психологічні чинники мають вирішальний вплив на ефективність реалізації реабілітаційних програм.

2. Військовослужбовці з розвинутими адаптаційними можливостями демонструють вищий рівень реабілітаційного потенціалу.

Теоретико-методологічна основа дослідження

Дослідження базується на системно-інтегрованому, структурно-функціональному, особистісно-орієнтованому підходах, що дозволяють аналізувати реабілітаційний потенціал як складну систему, яка формується під впливом соціально-психологічних чинників. Використано теоретичні положення таких науковців: С. Максименко (методологічні засади психологічного дослідження), А. Бандура (теорія соціального навчання), Л. Виготський (культурно-історична теорія), Е. Еріксон (теорія психосоціального розвитку), К. Роджерс (гуманістичний підхід).

Методи та психодіагностичні методики

Для досягнення мети та вирішення завдань було використано такі методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, моделювання, системний, структурно-функціональний методи.

- емпіричні: спостереження, бесіда, метод експертних оцінок, психометричні методики (шкали Гамільтона для оцінки депресії та тривоги, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Маклаков, С. Чермянін), методика визначення копінг-стратегій (Е. Хейм, адаптація Л. Вассермана), тест життєстійкості (Д. Леонтьєв, О. Рассказова), п'ятифакторний опитувальник особистості (5 PFQ) (А. Хромов), опитувальник ригідності (Г. Залевський)).

- математичні: способи обробки даних із наступною якісною інтерпретацією та узагальненням змісту. Статистичний аналіз і візуалізація результатів дослідження проводилися за допомогою програмного забезпечення SPSS (версія 16.0).

Теоретична значущість

Уперше визначено та обгрунтовано психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців, що доповнює сучасні теорії адаптації та реабілітації. Отримані результати дозволяють розширити уявлення про механізми соціально-психологічної адаптації осіб з депресивними розладами.

Практична значущість

Розроблена система соціально-психологічного забезпечення може бути використана у роботі кризових центрів, центрів медико-соціальної реабілітації, адаптаційних програм для військовослужбовців, які повертаються до цивільного життя, а також у психологічному консультуванні.

Апробація результатів дослідження

Основні теоретичні положення та отримані в ході дослідження результати пройшли апробацію під час переддипломної науково-дослідної практики в центрі освітньо-психологічних послуг, а також були представлені на наукових конференціях різних рівнів.

Структура роботи

Основний текст роботи представлений на 104 сторінках. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку джерел (89 джерел); ілюстрована 3 рисунками та 7 таблицями.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

1.1 Теоретичні вимоги до вивчення психологічної складової реабілітаційного потенціалу військовослужбовців

Протягом тривалого розвитку психології вітчизняні та зарубіжні вчені намагалися зрозуміти, що є основою життя людини, долаючи різні труднощі і досягнувши успіху в різних сферах досліджень. Психологічні ресурси вважаються джерелом внутрішньої сили людини, яка дозволяє їй справлятися з нестандартними ситуаціями та досягати значних успіхів у повсякденному житті.

У вітчизняних і зарубіжних психологів проблема психічних ресурсів людини виділилася в самостійний науковий напрям. Визначення психологічних ресурсів є першою методологічною позицією щодо дослідження поведінки та суміжних питань. Розробка наукового методу розуміння особистісних ресурсів відображає етап пошуку відповідей на актуальні питання та психологічну сутність поведінкових феноменів, які науковий конструкт намагається виразити в собі [18;31].

Поняття «інтелектуальні ресурси» базується на визнанні, що існує неформальність у підходах до досліджень. У прямому сенсі «ресурси» вважаються джерелом людської влади. Набір цінностей, обмежень і можливостей щоденних дій допомагає вирішити проблему власного «виживання» в складних життєвих ситуаціях [1;3].

В останні роки в психології було проведено багато досліджень. Проблеми з методологією були показані в кількох дослідженнях. Тому об'єктивно ідентифікуються добре задокументовані психологічні явища. Можливі характеристики системи обробки інформації в загальній психіатрії

вказують на те, як працюють параметри та рівні продуктивності системи реабілітації.

За визначенням вчених, особистісні ресурси – це здатність долати негативні життєві події. За його словами, їх присутність додає людям впевненості. Слід розвивати свій характер і підвищувати самооцінку [18] Посилання стосується навичок і здібностей будь-якого ресурсу. Що люди використовують для задоволення своїх потреб у навколишньому середовищі. Екологічні фактори відображають ресурси, доступні індивідам у соціальному контексті.

Встановлено, що роль ресурсів у зниженні стресу вважається провідною. Це привід говорити про різноманітність підходів. Це включає особисту (емоційну, особисту, професійну, фізичну), соціальну (підтримка членів сім'ї, друзів, колег тощо), фізичну підтримку людей у стресових ситуаціях) [36].

В науковій літературі ресурс описується як компонент процесу подолання перешкод. Він представлений як набір механізмів для активації та підтримки [26; 32], наприклад, досліджували важливість інтерналізації (вплив на ефективність подолання), оптимізм як зв'язок зі світом, самоефективність і самооцінку [78].

Тому ресурси включають: 1) матеріальні блага (дохід, будинок, одяг, матеріальні блага) і нематеріальні блага (бажання, цілі); 2) зовнішні змінні (соціальна підтримка, сім'я, друзі, робота), соціальний статус); 3) внутрішні змінні (самооцінка, професійні навички, здібності, навички, інтереси, хобі, риси характеру, оптимізм, самоконтроль, життєві цінності, система переконань тощо); 5) необхідні якості рішучості, емоційності та енергії. (прямо чи опосередковано) для подолання складних життєвих ситуацій або можуть служити засобом досягнення важливих особистих цілей [37].

Як бачимо, слово «ресурс» має кілька значень. З одного боку, необхідно розрізнити ресурси у широкому розумінні цього слова. Екологічні або зовнішні ресурси охоплюють конкретні особистісні ресурси, які виступають

факторами, що впливають на здібності людини (біологічні, психофізіологічні, особистісні). Особистісний потенціал включає також індивідуальні ресурси, які значною мірою залежать від ресурсів навколишнього середовища. У будь-якому випадку ресурси формують єдину систему, спрямовану на задоволення людських потреб. Ресурси відрізняються не лише своїм походженням (зовнішні та внутрішні), але й змістом. Кожен тип ресурсу має унікальні властивості: здатність до збереження та накопичення, адаптацію до змінних умов, взаємодію з іншими ресурсами, а також вплив на розвиток особистісного потенціалу [4].

Доведено, що людина отримує інтелектуальні ресурси ззовні через свій соціальний спосіб життя. Існує соціальна підтримка та допомога співчуттям допомагати один одному та інші соціальні явища. Це є важливий фактор у досягненні благополуччя, необхідного в житті людини [22].

Внутрішні ресурси пов'язані з допомогою людини, яка дозволяє їй долати стреси і різні труднощі життя. До таких внутрішніх факторів відносяться інтелектуальні здібності людини, інтелект, емоційні ресурси. духовні здібності та різні особистісні прояви [19].

Ресурсний підхід у психології стверджує, що існує процес розподілу ресурсів, який пояснює, чому деякі люди бувають різними у життєвих ситуаціях і все ж вони зберігають своє здоров'я і контролюють його загальні ресурси. Ресурсне ядро є важливим інструментом для контролю та управління іншими ресурсами [76;84]. Адаптація людини потрібна в тривалих, важких, напружених ситуаціях. Адаптація – це процес пристосування до певних умов життя і він буде успішним, якщо людина враховує певні життєві ресурси [35].

Фундаментальним в науковому вивченні проблем ресурсів є психологічне розуміння того, що людські сили можна розглядати не лише з точки зору взаємодії людини та середовища. але також включаючи робочий механізм. Психологічна профілактика була широко досліджена і вважається психологічним інструментом, який поєднує в собі як переваги, так і недоліки

щодо підтримання та поповнення внутрішніх ресурсів людини [11]. Багато досліджень виявили, що ресурси подолання надають більше можливостей для використання внутрішніх ресурсів людини свідомо, навмисно [10]. Поведінка подолання як метод ресурсу управління передбачає спеціалізацію з урахуванням специфіки ситуації. Це дає можливість реалізувати унікальні внутрішні ресурси кожної особистості. У той же час, це вказує на можливість переходу до людини та психічних ресурсів від функціональних міркувань до значущих.

Особливе місце серед психологічних ресурсів людини займають так звані особистісні ресурси [15]. Особистісні ресурси – це складна організація, яка поєднує в собі важливі ланки системи психологічного забезпечення та особистісного самоврядування на організаційному рівні. Особистісні ресурси інтегрують структурні компоненти особистості, що визначає її успішність у навчанні професійній діяльності і особистісній сфері [51; 68; 89]. Нав'язливе використання людиною того чи іншого особистісного ресурсу впливає на її успішність [15]. Тому інтелектуальні ресурси визначають такі риси особистості: розумний, розвинений, начитаний, володіє компетентністю: уважний, підготовлений, вчений, авторитетний, всебічний, здатний [31]. Наявність ресурсів для контролю своїх емоцій і вольового самоконтролю робить людину наполегливою, сміливою, стійкою, впевненою, працездатною, терплячою, спокійною, цілеспрямованою, рішучою, стабільною, зібраною, послідовною [42]. Використання людиною цінних і важливих ресурсів відображається в таких характеристиках особистості: духовна, чиста, сильна, мотивована, глибока, відповідальна, безкорислива, терпляча, горда, оптимістична [48]. Це допомагає людям бути відкритими, прямими, приємними, гнучкими, енергійними, доброзичливими, комунікабельними, невимушеними [28].

Багато авторів визначають життєві ресурси та можливості для компенсації [28; 68], як внутрішні та зовнішні здібності, які можна використовувати як засіб досягнення позитивних результатів; це є змістовна

частина поведінки людини в подоланні складних життєвих ситуацій. Особистісні ресурси повинні відповідати таким критеріям: усвідомлення наявних можливостей для досягнення цілей, готовність використовувати ці можливості, адаптивність, винагороду, взаємність. тобто значення ресурсів у соціальному середовищі [12].

Введено поняття «сумарні життєві ресурси людини», яке включає енергію, здоров'я, вік, життєвий резерв, природні переваги (стать, здібності), соціальні переваги (освіта, соціальне походження, кваліфікація, рід занять), самооцінку та особисті амбіції [10]. Ці ресурси надають реальну можливість компенсувати особисті чи життєві проблеми. Їхня відсутність або слабкий прояв свідчать про дефіцит внутрішніх ресурсів і низьку здатність до подолання життєвих труднощів, що відображає слабкість адаптаційного потенціалу [12]. Інтелект вважається складовою розвитку теорії психологічного стресу. Дослідник визначає ресурси як «фізичні та психічні здібності людини, мобілізація яких забезпечує реалізацію її програми та поведінкових стратегій, спрямованих на уникнення чи зменшення стресу» [35, с.242]. Ресурси також розглядаються як резерви, що включають потенціал структурно-функціональних характеристик особистості, які забезпечують як загальні аспекти життєдіяльності, так і специфічні моделі поведінки, реакції, адаптації тощо [36]. Поняття людських ресурсів, попри його широке використання, все ще недостатньо розроблене, проте воно відображає можливості енергетичних і інформаційних процесів, рівень розвитку професійно орієнтованих функцій, їх стійкість, компенсаторний потенціал, а також придатність до навчання, контролю та різних видів діяльності [35; 37].

На дослідницькій основі були зроблені спроби виявити психологічні явища, які складають сутнісні ресурси людини. Вивчати організацію психологічних явищ, що входять до життєвих ресурсів людини можливо через виділення важливих ресурсів людини:

Особистість. Автори аналізують найважливіші психосоціальні типи особистості за групами фіксованих і варіативних компонентів і різних життєвих ресурсів [13]. Прийняття інших, емоційна гнучкість знання часу. Ціннісна орієнтація і поведінкова гнучкість. Чутливість до себе. Природність самооцінки.

Характеристика та розвиток інтелектуальних потреб. Креативність, внутрішня загальність, стресостійкість. Інтелектуальний розвиток. Концентрація в психічному захисті. Мати цілі в житті. Інтереси та емоційна задоволеність життям. Задоволення від самореалізації. Локус контролю - Я. Локус контролю – рівень емпатії [13].

Життєві ресурси людини за особистісними характеристиками поділяються на три групи: когнітивно-інтелектуальний, емоційний компоненти та соціально-психологічні компоненти життєвих ресурсів. Серед важливих ресурсів автор виділяє постійні та змінні елементи: до незмінних елементів важливих ресурсів Т. Комар відокремлює інтелектуальну складову, обсяг, мотиваційну цінність психіки людини тощо. До складу змінних – матеріальні ресурси, здоров'я, емоції, позиція самоконтролю, позиція контролю життя та рівень емпатії [13]

Зрозуміло, що різні ресурси відіграють різну роль у пристосуванні індивідів та доланні важких життєвих подій. Тому найбільш досліджуваним особистим ресурсом є мотивація до перемоги. Можливість отримати особистий досвід і розглядати стрес як можливість для особистісного зростання. Стійкість Я-концепції, самоповага, самооцінка, «самодостатність»; активний спосіб життя. Позитивність і раціональність думок. Емоційні характеристики та зміни.

Матеріальні ресурси – стан здоров'я і ціннісне ставлення.

Матеріальні ресурси – високий рівень матеріальних доходів і матеріальних умов, стабільність життя, стабільна заробітна плата, гігієнічні фактори життя;

Ресурси, інформація та інструменти (уміння контролювати ситуацію; використання засобів для досягнення бажаної мети; адаптивність, готовність до самозмін, інтерактивні методи зміни себе та навколишньої ситуації, когнітивні структурні здібності) та розуміння ситуації [25].

Більшість із перерахованих ознак вказують на психічно здорову людину. І до завершення образу психічно здорової людини вчені додають такі вже згадані якості: самодостатність, інтерес до життя, свободу думки та оригінальність, захопленість у сфері науки та практичної діяльності, активність. Незалежність. Відповідальність та вміння ризикувати. Впевненість у собі та повага до інших. Розсудливість у досягненні цілей. Здатність мати сильні почуття та емоції. Індивідуальність і унікальність інших, задоволення і азарт від творчості в різних аспектах життя і діяльності [80].

Якщо коротко класифікувати складові особистісних ресурсів слід зазначити, що психологічні ресурси включають когнітивні, розумові, емоційні, вольові та інші загально психологічні характеристики особистості, які впливають на контроль поведінки в стресових життєвих ситуаціях і відображається на самоконтролі, самоповазі, мотивації тощо.

Професійні ресурси включають знання, досвід і особисті стилі роботи, які дозволяють індивідуально контролювати професійну поведінку.

Фізичні ресурси визначаються рівнем фізичного і психічного здоров'я та функціональними резервами людини. До цього додається важлива і іноді критична роль фізичних ресурсів, які забезпечують доступ до юридичної, медичної та інших видів допомоги [11].

Феномен недовикористання особистих ресурсів пояснюють аналітики. Вони вважають, що культурні цінності, громадська думка та певні особистісні характеристики (наприклад, сором'язливість, гордість) можуть стати перешкодою для використання ресурсів, доступних суб'єкту одночасно. Успішному використанню особистих ресурсів сприяє оптимізм, зв'язок зі світом, визнання та оцінка власних здібностей і ймовірність успішного

вирішення складних ситуацій – самоефективність, що визначається як самоефективність особистих якостей. Шановний автор сказав, що психологічні ресурси є більш фундаментальними для життя, особистості та суспільства, ніж будь-що, що люди використовують для задоволення екологічних потреб. Життєва цінність являє собою внутрішню здатність долати негативні життєві події [31].

У дослідженні діяльності було показано, що учасники перебували під тиском високого рівня відповідальності. Вміння працювати в ризикованих ситуаціях, особисті інтереси і готовність до ризику є важливим ресурсом [43]. «Обмежений особистий спосіб існування», наголошений у працях вчених, є однією з професійних сфер, які передбачають дуже високі робочі навантаження [25].

У дослідженнях термін «психологічні ресурси» визначається так: це внутрішні та зовнішні змінні, що призводять до психологічної стійкості в стресових ситуаціях. Це емоційні, мотиваційні, просторові та когнітивні структури та поведінка, які люди оновлюють, щоб адаптуватися до стресових робочих і життєвих ситуацій. Це інструмент, який вона використовує, щоб змінити те, як вона реагує на стресові ситуації [10].

Однією з основ нашого підходу до використання ресурсів є принцип «збереження ресурсів», тобто люди отримують, зберігають, відновлюють, поширюють і розподіляють ресурси відповідно до власних цінностей. За допомогою розподілу ресурсів індивіди схильні пристосовуватися до дуже різноманітних умов життя [76].

Слід додати, що в іншій концепції головним механізмом, який запускає реакцію на стрес, вважається виснаження ресурсів. Коли ресурс втрачено, людина існує для того, щоб обмежити інструментальний, психологічний і соціальний вплив ситуації на психіку. Втрата внутрішніх і зовнішніх ресурсів супроводжується втратою добробуту. Це стан психічної напруги негативно впливає на здоров'я людини. Він відіграє роль в адаптації людини до складних ситуацій при подоланні важких життєвих подій тощо. Але важливо

розглядати ці ресурси цілісно, щоб увімкнути їх. Хоча в психології існує багато різних підходів до розуміння ресурсів, але дослідження психологічних ресурсів не призвели до належного розвитку поняття як психологічної категорії [37].

Необхідно систематично розглядати змістовну природу психічних ресурсів. Системний підхід дає можливість вивчити психологічну реальність взаємодіючих систем. «Обставини життя людини» враховують складність детермінант, походження яких виражається в дійсності конкретної людини в змісті реальної діяльності. Насправді те, що відбувається тут і зараз в самій особистості, є взаємодією індивіда з середовищем його проживання в певних життєвих ситуаціях, і є механізми, які дійсно стимулюють створення особистих ресурсів.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що психологічні ресурси можна виразити як систему здібностей людини до усунення конфлікту між індивідом і життєвим середовищем. Слід долати негативні життєві ситуації шляхом зміни смислоціннісного виміру особистості. Для забезпечення послідовності і це основа, на якій будується самосвідомість. Іншими словами, психологічні ресурси виступають як системна і комплексна характеристика особистості. Це дає людині шанс подолати складні життєві ситуації. Виявлені характеристики реалізуються і виражаються в процесі самовизначення особистості. Тому актуальним напрямком є дослідження структур психіки. Механізм дії і динамічні властивості це не дослідження психічних ресурсів. Особливо це стосується тих, хто втратив частину своїх ресурсів через хворобу.

Існують специфічні особистісні ресурси, які передбачають стійкість і психічне здоров'я. Проблема підвищення інтелекту особистості стає все більш актуальною в сучасних державах. Емпіричні дослідження показують, що для різних видів діяльності важливі різні особистісні характеристики. Запорукою успішної організації та реалізації діяльності є контроль психічної напруги та рівня психофізіологічної стимуляції [43], що передбачає участь

різноманітних особистісних ресурсів. Збереження психічного здоров'я і успішне подолання стресу також залежить від характеру моделі. Незважаючи на наявність факторів навколишнього середовища та ситуації [42], огляд літератури допоміг нам визначити риси особистості, важливі для психологічного благополуччя, якості життя та успішного подолання стресу. У ній розглядаються найпоширеніші особистісні характеристики (ресурси), які зустрічаються в психологічній літературі. Численні дослідження довели важливість цього діагнозу для психічного благополуччя.

Стійкість у контексті подолання стресу та складних життєвих ситуацій. Розроблено структуру стійкості як загальної життєвої звички, як системи переконань про себе, світ і свій погляд на світ [40]. Стійкість складається з трьох основних переконань, які відображають участь індивіда в життєвому процесі. Участь, що характеризується зв'язком зі світом і низьким рівнем відчуження. Внутрішній самоконтроль (контроль) і прийняття «викликів» у житті, що допомагає людині позитивно оцінити ситуацію, з якою вона стикається. (Тобто знайти перевагу в складних життєвих ситуаціях і знайти способи подолання труднощів.) Кілька досліджень показали, що стійкість є найважливішим прогностичним фактором у зниженні ризику розвитку фізичних симптомів і психіки в стресових ситуаціях. Підтримання якості життя та добробуту в умовах обмежених можливостей для здоров'я, успіху та продуктивності пов'язані з індивідуальністю.

Зазначені компоненти взаємодіють системно та синергетично, вважає вчений. Ціла ковбаса більша, ніж сума її окремих частин. Вплив стійкості на психічне здоров'я опосередковується оцінкою стресових ситуацій і особистими стратегіями подолання [40]. Добре відомо, що стійкість поєднує в собі дві сторони. З одного боку, це впливає на сприйняття ситуації. Це знизить рівень загрози і вважається менш болючим через свої індивідуальні особливості [3], що супроводжується підвищеною відповідальністю та активним пошуком соціальної підтримки. Це включає подолання [12;32].

Розглянуто категорію боротьби з поведінковими проблемами та їх подолання [13] і деякі дослідники вважають, що стійкість зумовлена здатністю індивідів використовувати негативні ситуації для розвитку .

Тим часом один з аспектів життєздатності визначає особистісні ресурси, які надаються на операційному рівні відповідно до розроблених копінг-стратегій. Іншим фактором є вартість. Вона є вектором обміну речовин і визначає все життя людини [14].

Теоретичний аналіз різноманітних досліджень дозволяє зробити висновок, що пластичність виникає і розвивається в новій індивідуальній соціальній ситуації під впливом факторів: усвідомлення соціально-психологічних особливостей. Для забезпечення позитивної динаміки процесу слід брати участь у продуктивному особистому досвіді. Індивідуальна свідомість є взаємодія багатьох факторів досконалості соціально-психологічних характеристик.

Слово «життєздатність» було змінено в англійській версії. Під стійкістю пропонується розуміти здатність людей самостійно розпоряджатися ресурсами свого здоров'я, і використання сімейних асоціацій, щоб бути соціально та культурно прийнятними [36].

Життєздатність ми пропонуємо розуміти як особистісну здатність індивіда до соціальної адаптації та саморегуляції. Це механізм управління своїми ресурсами, включаючи здоров'я, емоції, мотивацію, знання в контексті соціальних, культурних і екологічних норм [15].

Здійсненність є важливою перевагою всієї системи. Вона відноситься до людини як до системи, що самовдосконалюється. Можлива здатність зберігати свою цілісність і продовжувати життя в постійному зв'язку з вимогами соціального і об'єктивного буття людини означає включення її в ознаки, що підтверджують її існування в соціальній системі, тобто життєздатність є необхідною можливістю стати особистістю в суспільстві і реалізується в форматі значущому в суспільстві. Важливим науковим досягненням психологічних досліджень є виявлення основних складових

феномену вітальності: адаптивності, здатності до саморегуляції, вміння саморозвивати сенс життя у формі та образі соціалізації [23].

У розробленій соціально-психологічній концепції особистісна сила визначається як системна властивостей людини, яка розуміється як єдність особистісних і соціально-психологічних здібностей максимально реалізувати потенціал своїх поведінкових ресурсів у складній життєвій ситуації. Індивіди повертаються до докризового рівня або визначають особистісне зростання після кризи [19].

Вживання означає стійкість особистих тенденцій. Воно складається з таких елементів:

- 1) здатність до ентузіазму та ініціативи;
- 2) здатність мотивувати себе та досягти чогось;
- 4) позитивні емоції та гнучкість мислення;
- 5) соціальні навички;
- 6) превентивні та адаптивні поведінкові стратегії подолання;
- 8) здатність керувати часом та планувати майбутнє [19].

Незважаючи на подібність у визначеннях структурного достатку та задоволення слід зазначити одну принципову відмінність: стабільність не є особистісною характеристикою (рисою), на відміну від існування. Але це вміння правильно розподіляти ресурси і використовувати складні ситуації. Це допомагає підтримувати психічне здоров'я в контексті успішного подолання стресу де гнучкість – це ресурс, який допомагає підтримувати існуючий рівень продуктивності. А стійкість пов'язана зі здатністю вирости за попередні рівні функціонування та процвітати після жорстокого поводження [33], допомагаючи боротися зі стресом. Вона використовується для позначення всіх якостей, які сприяють справлянню зі свідомістю щодо стресу. Це призводить до менш чіткої структури. Але є більше свободи у створенні життєвої сили [15].

Відчуття зв'язку (почуття реагування) – здатність людини зв'язно сприймати те, що відбувається під її контролем. Структура перцептивного

сприйняття складається з трьох компонентів: сприйняття – ступінь сприйняття сприймаючою особою інформації в чіткому та структурованому порядку або, навпаки, хаотичний і непередбачуваний хаос, який породжує події. Ця напруга, якої не видно. Це випадково. Швидше, це ланка в ланцюжку життєвих подій. Контроль – це ступінь, до якого індивід сприймає свої ресурси як достатні для адекватного задоволення вимог середовища. Його важливість визначається значенням, яке надається існуючій ситуації. Наскільки людина приділяє увагу проблемі, яка стоїть перед нею? і хоче мати право інвестувати в енергію [20].

Дослідження показують, що є показники фізичного та психічного здоров'я (короткостроковий і довгостроковий) і психологічне благополуччя, в тому числі на робочому місці [59]. По-друге, люди з високим рівнем благополуччя, як правило, уникають ризикованої поведінки та підтримують поведінку, яка є менш шкідливою та легшою для контролю [20].

Як завжди, подивіться на світлу сторону. Оптимізм вважається позитивною рисою особистості, яка асоціюється з успіхом, щастям і благополуччям. і задоволенням [17; 57]. в Оптимізм – це позитивний погляд на майбутнє [32]. Такі поради сприяють розвитку діяльності та подій. Дослідження показали, що це один із найважливіших показників подолання стресу хронічного захворювання. Занадто оптимістичне передбачення майбутнього може мати негативні наслідки, наприклад, робити неправильні прогнози. Це виникає, і коли люди стикаються з несправедливими ризиками [77].

Вчені запропонували альтернативний підхід до розуміння природи оптимізму, який розглядає оптимізм як причинний випадок [24], хоча несприятливі події пояснюються часовими, особистими та зовнішніми причинами, але за дослідженнями інших авторів це часто асоціюється з оптимістичним стилем атрибуції, який представляє успіх у різних видах діяльності. Це служить ресурсом для підтримки мотивації. І лише в окремих

видах діяльності (наприклад, юриспруденції) песимістична форма приписування ефективна [24].

Самооцінка характеризує ставлення людини до себе. Вона виражає ставлення людини до себе (позитивне чи негативне [19]). Це відрізняється від психологічного розуміння самооцінки. Є більш вузьке визначення. «Самооцінка», яка відображає специфічний тип самооцінки, тобто власну цінність і потреби в інших [26], відрізняється від більш широкого поняття самооцінки. Хоча воно тісно пов'язане з цим словом. Але не всі автори погоджуються з основними позитивними фарбами цього дизайну, наприклад, виявлено взаємозв'язок між високою самооцінкою і нарцисизмом [45].

Порівняйте це зі стійкістю, яка є особистою характеристикою самоефективності. Головна умова – бути гнучким і оптимістичним. Конструкт самоефективності - це оцінка усвідомлення індивідом своєї діяльності та його здатності справлятися з важкими ситуаціями в більшій мірі [78]. Багато авторів надали емпіричні докази того, що самоефективність є другорядною змінною оптимізму, наприклад, вивчаючи посттравматичні симптоми у жертв землетрусу. Роль оптимізму та самоефективності у вирішенні посттравматичних симптомів, таких як тривога та депресія. Це було підтверджено [46]. Однак регресійний аналіз показує, що лише оптимізм передбачав відсутність несвідомих симптомів посттравматичного стресового розладу, таких як кошмари, таким чином припускаючи, що прогностична роль самоефективності в ситуаціях гострого стресу може бути важливою. Хоча оптимізм і самооцінка є найважливішими предикторами хронічних стресових ситуацій [77], дослідники приходять до висновку, що самоефективність – це віра в ефективну роботу, вирішення проблем і подолання стресу, це результат високої самооцінки та оптимізму. Таким же чином деякі автори поділяють ресурси відповідно до їх ролі в процесах саморегуляції та самодетермінації. Вони розглядають самоефективність як зручний ресурс. А ресурсами для саморегуляції є оптимізм і життєва сила. Тому підкреслюються різні особливості [16].

Толерантність до невизначеності визначається як нейтральне або позитивне ставлення до ситуацій, що характеризуються невідомістю, складністю, змінами або неоднозначністю. Це особистісна риса, яка пов'язана з тенденцією уникати вирішення проблем на ранніх етапах, опором змінам, труднощами у сприйнятті невизначених стимулів і схильністю до «чорно-білого» сприйняття світу. Сучасні дослідники трактують толерантність до невизначеності як стійку особистісну рису, яка тісно пов'язана із психологічним благополуччям і задоволеністю професійною діяльністю [86]. Низький рівень цієї якості може спричиняти стрес, підвищувати ризик помилок і робити людину більш вразливою до негативних зауважень з боку колег [86].

Саморегуляція вважається здатністю контролювати власну поведінку і є особистісною характеристикою, яка передбачає успіх у діяльності та довгострокове благополуччя [23]. Експерименти показали, що діти з більшим самоконтролем і високим рівнем компетентності сприяють задоволенню з відходом з роботи більше, ніж прокрастинація. Задоволення приведе до великого успіху в майбутньому. Кілька авторів обговорюють важливу роль самоконтролю в процесі саморегуляції [36] для досягнення високого капіталу та успішної кар'єри [41].

Уміння володіти мобільним телефоном є одним із найважливіших чинників формування особистості людини. Успіх у подоланні стресу є результатом взаємодії різних факторів. У контексті загальної системи адаптації можна виділити наступні моменти: адекватність інтерпретації та оцінки ситуації на рівні загальних тенденцій і по відношенню до конкретних тисків. Існує багато передбачуваних зовнішніх і внутрішніх ресурсів для боротьби зі стресом. Розвиток стратегій і навичок подолання для вибору найбільш ефективної стратегії поведінки на основі ситуаційних параметрів. Ефективність результатів реагування відноситься до результатів дій, їх результативності, відповідності та необхідності коригування [62].

Багато концепцій ресурсів припускають існування важливих системних характеристик індивідів. «Ресурсні контури» контролюють і підтримують складний набір факторів, які опосередковують регулятивні процеси та забезпечують потенціал для саморегуляції та саморегуляції [11]. Наукові дослідження встановили існування окремих «ядер». Слід визначити стійкість людини в складних життєвих ситуаціях. Суб'єктивне благополуччя та якість життя людей також є визначальними факторами задоволеності життям [13].

Однією з перших спроб виявити важливі показники сутності саморозкриття було поняття базової самооцінки, яка вважається базовою оцінкою особистості, здібностей і цінностей [18]. Базова самооцінка складається з чотирьох основних особистісних характеристик: локус контролю, емоційна стабільність, самоефективність. А самооцінка є ключовою для останніх чотирьох конструктів. Це пояснюється сприйняттям власної цінності та бажанням інших через високу базову самооцінку [21].

Здатність до самоконтролю в рамках клінічних досліджень стресостійкості внаслідок важких хронічних захворювань визначає конструкт – «здатність до самоконтролю», що складається з трьох аспектів: впевненості в собі, рішучості та політичної стабільності [25]. Це показує, що вищий рівень цих ресурсів передбачає успіх у подоланні стресу через проблеми зі здоров'ям і збереження психічного здоров'я навіть у складних життєвих ситуаціях через хворобу. Виявлено як прямий, так і непрямий вплив особистих ресурсів [22], наприклад, не тільки особистісні ресурси індивіда передбачають успіх у відновленні та підтримці якості життя при хронічних захворюваннях. Але важливу роль у подоланні негараздів відіграють і особистісні ресурси партнерів. Особливо в довгостроковій перспективі. Ці речі важливіші за власні ресурси пацієнта. Це унікальне поєднання персональних ресурсів партнерів. Це дозволяє їм створити модель спільної саморегуляції [28].

Психологічний капітал. Концепція психологічного капіталу (PsyCap) ґрунтується на чотирьох ключових особистісних рисах:

- оптимізм – здатність бачити позитивні перспективи та очікувати сприятливі результати;
- надія – життєва сила, що виникає завдяки наявності цілей і віри в можливість їх досягнення;
- призначення – усвідомлення мети, яке мотивує до дій і додає сенсу життю;
- самоефективність – впевненість у власних можливостях, яка сприяє участі у продуктивній діяльності та здатності ефективно долати стресові ситуації [30].

Ці характеристики формують основу психологічного капіталу, який є важливим ресурсом для успішного подолання життєвих викликів та досягнення поставлених цілей.

Особистісний потенціал відрізняється від психологічного капіталу з точки зору його творця. Його можна збільшити, розвиваючи позитивні характеристики. Він відображає лише поточний стан розуму. Особистісний потенціал вважається особистісною основою впевненості в собі. Норми, які сприяють різним видам діяльності, не обмежуються наявними у людини ресурсами. Вчені визначають особистісні здібності як «комплексну систему», що виражає особистісно-психологічні особливості людини і є основою здатності людини жити за стабільними внутрішніми стандартами свого життя. Ці дії є значущими та ефективними «на тлі тиску та мінливих зовнішніх умов» [17]. «Особистий потенціал» відноситься до характеристик, які мають тенденцію адаптуватися до різних факторів. У зовнішньому середовищі це досягається [20] за допомогою поняття адаптації, яке відноситься до змін дійсності. Це вважається складним механізмом подолання. І не тільки ці ситуації вимагають людської готовності; але це також залежить від особливостей загальної системи особистості та від складної саморегуляції та адаптації. Модель посередництва є одним із способів ефективної адаптації до викликів навколишнього середовища [31].

Високий індекс особистісного потенціалу відноситься до здатності людини створювати ефективний план саморегуляції відповідних процесів для досягнення цілей. Як помітили вчені особистісний потенціал виявляється в різних ситуаціях:

- невизначеність є основною функцією самостійного прийняття рішень;
- досягайте своїх цілей заздалегідь;
- екологічні загрози та тиск, коли стикаються з проблемами подолання труднощів і збереження ресурсів [16].

У межах концепції особистісного потенціалу особистісні ресурси визначаються як відносно стабільні характеристики людини (когнітивні стратегії та поведінкові особливості), які допомагають вирішувати завдання, навіть у складних умовах праці. Виділяють чотири основні види ресурсів: психологічні ресурси, ресурси самоконтролю, мотиваційні ресурси та інструментальні ресурси, які виконують різні функції саморегуляції на різних етапах діяльності. Дослідження, проведені на різних вибіркових групах, показали, що основні особистісні риси взаємопов'язані та мають спільні фактори, що є важливим індикатором психічного благополуччя та якості життя [11].

Однією з характерних рис концепції особистісного потенціалу є гнучкий підхід до визначення її складових: структура не обмежується рамками жодної конкретної теоретичної концепції, а ґрунтується на результатах емпіричних досліджень, що підкреслюють її значущість і унікальність ролі окремих елементів саморегуляції та самовизначення в різних умовах. Особливу увагу приділено динамічності особистісного потенціалу: його зміст формується та змінюється під впливом професійної діяльності, повсякденного життя та інших форм активності, у яких бере участь людина. Загалом, індивідуальні особливості визначають можливі способи реагування, які можуть бути адаптовані до конкретної ситуації [34].

З медико-біологічної точки зору, адаптаційний потенціал визначається як кількісна характеристика функціонального стану організму і його систем. Він відображає здатність організму адекватно та ефективно реагувати на сукупність несприятливих факторів через альтернативні та економічні функції, а також протистояти розвитку преморбідних станів. Таким чином, здоров'я розглядається як здатність організму зберігати необхідні компенсаторні та захисні механізми, підтримувати функціональний резерв на відповідному рівні та адаптуватися до змін зовнішнього і внутрішнього середовища [4;25].

В психології витоки поняття особистої порядності (особистісний потенціал) сходять до праць багатьох учених [16].

Дослідники вважають, що адаптивність особистості можна оцінити через аналіз рівня розвитку ключових психологічних властивостей, які забезпечують регуляцію психічної діяльності та адаптаційних процесів. Чим вищий рівень цих характеристик, тим вища ймовірність успішної адаптації. Крім того, чим більше факторів навколишнього середовища здатна людина адаптувати до себе [17], тим сильніше взаємопов'язані її психологічні характеристики. Важливим аспектом інтелектуального розвитку особистості є оцінка її потенціалу особистісного розвитку. Адаптація включає інформацію про сумісність чи несумісність із психологічними особливостями особистості. Вони зазначають, що психологічні характеристики, які відіграють важливу роль у регуляції психічної діяльності та адаптаційних процесів, формують особистісну адаптивність. До них належать нервово-психічна стійкість, здатність протистояти стресу, терплячість, а також самооцінка, яка є основою самоконтролю. Самооцінка впливає на здатність усвідомлювати власну діяльність і можливості в конкретних ситуаціях. Соціальна підтримка визначає рівень самооцінки особистості та її схильність до конфліктності, виступаючи важливим компонентом досвіду соціальної взаємодії [23].

З іншого боку, використовується спеціальне поняття слова. «Індивідуальний адаптаційний синдром», який характеризується загальною здатністю пристосовуватися до різних типів взаємодії, соціальне та природне середовище та мінливе середовище включають технічні проблеми та можливість особистого контролю. Особистісний контроль створює внутрішні умови для зміни існуючих відносин із середовищем і досягти необхідної незалежності від впливу зовнішнього середовища. Індивідуальна контрольна діяльність визначається сукупністю об'єктивних характеристик середовища. Взаємодія з особистим змістом і мінливою реальністю [22] визначається усвідомленням мінливого середовища. Саморефлексія в новому образі середовища – це саморегуляція адаптивних можливостей, необхідних для зміни взаємодії з середовищем і з собою. Зміна способу взаємодії з оточенням через підвищення потреби у відкритості, створення «Я» як частини Я-концепції [15].

Визначено особистісні здібності як сутність особистості. Важливі особистісні характеристики, які якісно демонструють рівень особистісної зрілості. А основним феноменом прояву особистісної зрілості та здібностей є феномен особистісного самовизначення [16], а також кількість зусиль, спрямованих на роботу над собою та своєю життєвою ситуацією [20].

Адаптивність - здатність людини змінювати свою структуру і площину. Особливості та характеристики підвищення рівномірності та стійкості (під впливом адаптивних факторів) [34]. Адаптивний потенціал – це цілісне поняття, яке об'єднує певні ресурси, що забезпечуються на різних рівнях, механізмах, видах використання. А динаміка адаптивних ресурсів є важливою складовою адаптаційних можливостей людських факторів. Особиста діяльність, кількісні та якісні складові цих процесів (використання, накопичення, заміщення тощо) – це зв'язки між окремими здібностями та навичками та їх реальне використання в процесі адаптації до мети [27].

У визначенні деяких авторів особистісний адаптаційний потенціал розглядається як важлива змінна, що характеризується сукупністю

особистісних характеристик, що визначають ефективність психологічної адаптації людини, особливо у важких випадках [14].

З наукової точки зору адаптивність – це рівень креативності та особистісної здатності людини пристосовуватися до нових ситуацій від змін соціального середовища, особливо в кризових ситуаціях [20].

Це відображає стиль життя, який склався в результаті еволюції людського організму та природних джерел енергії. Друга частина – біографія – це усна історія життя людини. Мікросоціум і мікрокультура формуються, коли люди народжуються і поглинаються на ранніх стадіях свого життя. Третій – психологічний компонент адаптивного потенціалу, який виходить із прихованих і реальних здібностей людини, що дозволяє об'єктивно відображати дійсність у її різноманітті та контролювати різноманітні відносини. Четверта складова адаптаційного потенціалу особистості є результатом системи особистісного контролю (елементи особистого контролю), які не тільки допомагають регулювати власну поведінку відповідно до нормативних вимог суспільства, Але це також допомагає досягти необхідних успіхів у професійній діяльності. П'ятий елемент – творча здатність особистості до розвитку та вдосконалення [20].

На практиці під адаптаційним потенціалом часто розуміють сукупність якісних індивідуально-психологічних особливостей. Сума залежить від дослідження. Аналізуючи ступінь інтеграції цих ознак у групи зроблені висновки щодо рівня індивідуального адаптаційного потенціалу [34].

Адаптивний потенціал індивіда – це категорія, яка об'єднує контроль, ресурси та контекстуальні фактори в значущу конструкцію [15]. Контрольований компонент позитивної ймовірності особистості пацієнта характеризується найкращою ймовірністю. Усвідомлене використання можливостей самоконтролю, що відбувається на основі загальних і нормативних процесів контролю. Індивідуальність особистості хворого є частиною ресурсу адаптаційних можливостей людини, що поєднує багато структурних елементів. Ефективні психологічні риси та характеристики, які

дозволяють людині справлятися зі складними та непередбачуваними життєвими ситуаціями. Або проявляється звично і хронічно в характері конкретної ситуації, в якій відбувається процес адаптації особистості. Причинами можуть бути різні життєві ситуації. Негативний соціальний сюжет – це наявність серйозної хвороби. Майбутні або вже пересажені органи потребують хірургічного втручання.

Сутнісні характеристики адаптаційного потенціалу особистості вважаються важливими змінними, що описують набір особистісних психологічних характеристик, що визначають ефективність психологічної адаптації. Він має складні системні властивості. Тому системний аналіз є важливим дослідницьким підходом. Включає лише прямі вираження сумісності. Але є також приховані властивості, які можна виявити, коли вміст змінюється. Сила і спрямованість впливу сприятливих факторів. Він визначає межі особистісної адаптації та стійкості до факторів впливу. Проходить час передумови для виникнення правильних пристосувальних реакцій. Це пов'язано з віковими психологічними особливостями. А сама діяльність виступає модеруючою умовою для сприйняття потенційних можливостей [19].

Отже, адаптованість людини описується як комплексна особистісна характеристика, яка виражається в системі ставлення людини (позиція, установка, спрямованість), знаннях про навколишній світ і переконаннях, заснованих на створених і контрольованих людиною умовах діяльності внутрішніх можливостей, умінь і навичок, що визначають рівень розвитку. Психологічне управління новими розв'язаннями конфліктів об'єктивної реальності. Характеристики особистості, що визначають обсяг можливостей творчої самореалізації та самореалізації. Система особистих навичок, яка дозволяє адекватно змінити спосіб сприйняття нових ситуацій. А також знання, уміння та переконання визначають результати діяльності та сприяють творчій самореалізації та саморозвитку особистості. Осьовий потенціал є одним із видів діяльності творчої особистості.

Динамічний системний характер поняття особистісного потенціалу описує взаємозалежність різних особистісних характеристик, однак при розробці показників успішності та психологічного благополуччя в оперативних ситуаціях. Деякі особистісні характеристики будуть розглянуті з точки зору їх внеску у формування компетентності особистості (як особистий ресурс) що включає терпимість до невизначеності, самоефективність життєвої сили оптимізму, енергійність, особисту незалежність і є відображенням особистого динамізму.

Пояснюючи складність адаптивних досліджень як міждисциплінарного біопсихосоціального феномену, що включає процеси, характеристики та умови, рекомендується, щоб наукові дослідження зосереджувалися на індивідуальних адаптаційних можливостях. Це визначає природу нашої здатності створювати, адаптувати та трансформувати життєвий досвід. Зокрема, він визначає досвід і поведінку індивіда в конкретних обставинах травматичної ситуації.

У результаті проведеного аналізу наукових джерел було встановлено, що психологічні ресурси та реабілітаційний потенціал є ключовими поняттями для розуміння адаптаційних можливостей військовослужбовців у складних життєвих умовах. Теоретичний аналіз дозволяє виокремити основні аспекти проблеми:

1. Реабілітаційний потенціал розглядається як поєднання внутрішніх (психологічних, фізичних) і зовнішніх (соціальних) ресурсів, що забезпечують здатність долати стресові ситуації та успішно адаптуватися до мирного життя.

2. Психологічні ресурси поділяються на когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові, що інтегруються в процесах саморегуляції, самовизначення та особистісного зростання.

3. Доведено значущість зовнішніх ресурсів, таких як соціальна підтримка, доступ до медичних послуг та професійної реабілітації, які істотно підвищують ефективність процесу відновлення військовослужбовців.

Аналіз наукових джерел створює теоретичну основу для подальшого дослідження реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. Це включає розробку методологічних підходів до оцінки та формування індивідуальних і групових програм підтримки, орієнтованих на адаптацію до мирного життя, подолання стресу та підвищення стійкості.

1.2 Роль психологічної складової у реабілітаційному потенціалі

Особисте здоров'я є необхідною умовою повноцінного соціального розвитку суспільства та його добробуту. Тому міждисциплінарні наукові дослідження спрямовані на здоров'я. Це один з найважливіших психологічних феноменів, які формують осмислене ставлення до людини, до світу, до себе [57]. Однак на сучасному етапі розвитку психології проблеми слід розглядати в соціальному та особистому контекстах [22], а також для розвитку різних аспектів психологічної практики. Зокрема, щоб зрозуміти характеристики одужання у пацієнтів з депресією.

Найважливіші підходи до розуміння здоров'я можна поділити на філософію та психологію, які розглядають це явище з точки зору психічного здоров'я. Різні аномальні симптоми розладу особистості і зниження добробуту [18] у багатьох класичних дослідженнях психології хвороби, патології та страждання. На психофізіологічному рівні зібрано великий матеріал «психічних розладів» та здоров'я [18].

Сучасний стан проблем психічного здоров'я значною мірою обумовлений науковим визначенням терміна «психічне здоров'я», яке розуміється як стан благополуччя. Психічне здоров'я визначається як «психічне благополуччя» (sreyas), що не є простою відсутністю хвороб [60].

Основними критеріями психічного здоров'я є усвідомлення та стабільність, безперервність і тотожність фізичних і психічних відчуттів, а також одноманітність і унікальність досвіду в подібних ситуаціях. До критеріїв також належать самокритичність, здатність до створення інтелектуальних продуктів (діяльність) і оцінювання їх результатів, стійкість

психологічних реакцій на силу та частоту соціальних ситуацій, контроль за поведінкою відповідно до правил і законів, а також здатність планувати життєву діяльність і адаптувати поведінку у відповідь на зміну життєвих обставин [19].

Дослідники описують критерії психічного здоров'я через такі аспекти: особисті інтереси, соціальні виплати, самоконтроль, здатність переносити розчарування, високу гнучкість у прийнятті невизначеності, зосередженість на творчому плануванні, наукове мислення, незалежність у прийнятті ризиків, орієнтацію на довгострокове щастя, утопічне мислення та відповідальність [31].

Психічне здоров'я можна розуміти як динамічний процес психічної діяльності, який характеризується гармонійним взаємозв'язком психічних явищ, відображенням стану дійсності та індивідуального ставлення до неї, взаємодією реакцій на психологічні умови соціального та біологічного середовища. Психічний і фізичний стан людини визначається її здатністю контролювати свою поведінку. Планування та виконання маршрутів у мікро- та макросередовищі [59].

Психічне здоров'я розглядається як стан рівноваги між особистістю та навколишнім середовищем. Тим часом усі здібності, закладені в біологічній істоті, були використані на повну. І всі підсистеми життєдіяльності працюють в оптимальній концентрації [24], як вважають вчені. Це життєва сила людини. Це гарантується повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату [35].

У сучасній психології "психічне здоров'я" не вважається результатом нормального розвитку. Але це держава, яка реагує на мир і структурний порядок (рівень психічного здоров'я) та фазові компоненти психічної діяльності (механізми саморегуляції, адаптації, самосвідомості).

Тому що це сучасний тренд у дослідженнях психічного здоров'я. Тому варто наголосити на його особливому значенні для людського духу [19]. Тому вчені зазначають, що зміст слова життя – особистий рівень психічного

здоров'я, який визначає ставлення до інших. Процес самореалізації. Ці відкриття зробили внесок у наше розуміння психічного здоров'я [22].

Це призвело до появи в науковому словнику нового терміну «психічне здоров'я». Воно відображає здатність людини сприймати власну реальність. Знайти внутрішній сенс свого існування.

Рекомендації щодо визначення психічного здоров'я отримали подальший розвиток [59]. І основний фактор «психічне здоров'я людини – це нормальний розвиток суб'єктивної реальності в творенні еволюції» [29].

Термін «психічне здоров'я» стосується всієї людини [19]. Психічне здоров'я – це особисте здоров'я. Здоров'я особистості в психології визначається організацією різноманітних орієнтацій і підходів. Воно розглядає різні елементи змісту та структурні зв'язки [25], таким чином, з біхевіористської точки зору. Таким чином, воно розглядає відповідність поведінкових реакцій вимогам зовнішнього середовища [35] з метою збереження здоров'я - з точки зору психоаналітичної традиції. Гуманістична психологія потребує підтримки балансу між підсвідомістю і свідомістю, внутрішнім світом і соціальним середовищем [59]. Психічне здоров'я означає повне самоусвідомлення людини. Гармонія зовнішніх стосунків людини з собою. Хоча вважається, що здоров'я потрібно сприймати як розвиток і прагнути до самосвідомості [59].

Особисте здоров'я визнано одним із найактуальніших психологічних знань у сучасній освіті. Було розроблено декілька концепцій щодо психічного здоров'я [17], а синтез наукового та гуманістичного підходів до цього питання став традиційним у дослідженнях охорони здоров'я. Тим часом визначення здоров'я залишається одним із найбільш дискусійних питань. Літературний аналіз здоров'я означає:

- гармонія в тілі, суспільстві, розумі людей, людей, природи, добре ставлення до себе;
- фізичне, психічне, соціальне благополуччя є об'єктивними і суб'єктивними станами. Це не тільки відсутність захворювань і фізичних вад;

- цілісна, динамічна, інтегрована особистість. Детермінована соціально-суб'єктивною діяльністю особистості. І виражається в суб'єктивному самопочутті;
- поєднання біологічних процесів. Розум, який поєднує суспільство, культуру та особистість;
- динамічна сукупність духовних якостей, що забезпечують внутрішню гармонію людини, людську та суспільну єдність, можливість людини повноцінно жити у своєму житті;
- багатофакторна структура відноситься до складної взаємодії культурних, соціальних, психологічних, фізичних, економічних і духовних факторів;
- фізичний стан, що забезпечує здатність повноцінно виконувати основні соціальні функції;
- інтегрованість особистості, здатність до певної міри інтегрувати (розуміти) життєвий досвід;
- стан особистого благополуччя, який гарантує вибір найбільш відповідних дій, завдань і поведінки в ситуаціях взаємодії з навколишнім світом та іншими людьми і сприяє реалізації фізичних можливостей кожної людини [17; 59].

Порівняльний аналіз поняття здоров'я з точки зору різних підходів. Показано, що структурні компоненти індивідуального здоров'я розглядаються з двох позицій [24; 35].

Рівень 1: Психічне здоров'я – особиста справа, або рівень особистого здоров'я, який «відповідає» за змістовну орієнтацію. Визначення простого сенсу життя. Моральне ставлення людини до оточуючих і до себе є мірилом і відображенням здоров'я людини. Людська діяльність, результати та наслідки є другим рівнем розуміння. Це називається індивідуальним рівнем – виконавчим рівнем або особистим психологічним рівнем. Третій рівень – психофізіологічний рівень, який визначається особливостями внутрішньої організації мозку та фізіологією психічної діяльності. Третій рівень

відноситься до біологічних характеристик. І перший, і другий рівні залежать від соціальних умов. На біологічному рівні під здоров'ям розуміють динамічну рівновагу роботи всіх внутрішніх органів і їх відповідну реакцію на вплив зовнішнього середовища. Проблеми зі здоров'ям на психологічному рівні пов'язані із загальним психологічним світоглядом особистості [59].

Головний рівень здоров'я – психічне здоров'я. Фізіологія людини, фізичне здоров'я та особистість – це поняття «норма» з біологічної, медичної та психологічної точки зору. Це системно створений рівень у структурі психічного здоров'я людини. Показники особистого здоров'я - це самопочуття людини. Третій рівень – це психічне і моральне здоров'я людини. На цьому рівні основним правилом є моральність, любов до ближнього та можливості брати участь у житті [25].

У цьому контексті можна припустити, що чим більше взаємодіють між собою психологічні складові здоров'я людини, тим краще. Слід стати більш стабільною, врівноваженою і нормальною людиною. При цьому перехід від одного рівня до іншого дуже умовний.

В структурі охорони здоров'я виділяють декілька підсистем: внутрішню, особистісну та метаособистісну [19]. Внутрішні елементи включають структуру характеру, риси характеру, навички та психологічні процеси. Усе це погоджується та визначається як психічне здоров'я. Міжособистісна підсистема займається інтерпретацією особистості в термінах людських стосунків. Гармонійність компонентів цієї підсистеми базується на понятті «психічне здоров'я». Воно описується як здатність людини функціонувати в іншій системі. На цьому рівні відбувається персоналізація як здатність розповідати про життя інших яка служить особистості [89].

Всі підходи до здоров'я об'єднані поняттям цілісності, внутрішньої гармонії. Є особливості здорового функціонування всіх живих систем. Тілесні рівні відповідають фізичному здоров'ю. Це відповідає природним факторам на індивідуальному рівні – природному здоров'ю та психічному

здоров'ю – духовності та моральному здоров'ю (етика, цінності), які використовуються як основа для роботи та надають сенсу розвитку. Кожен попередній рівень здоров'я є показником здоров'я. Наступний рівень - базове здоров'я [19].

Особисте благополуччя є ключовим комплексним показником здоров'я людини. Як показав теоретичний аналіз психологічної літератури [43], психологічне благополуччя (далі – ПБ) пов'язане з безпосереднім переживанням ставлення людини до життя. І базується на цілісній оцінці життя [34], створюється в процесі життєдіяльності і розкривається суб'єктом у переживанні змістовної повноти всього життя [59]. «Набір необхідних особистісних ресурсів, що гарантують як суб'єктивні, так і об'єктивні характеристики суб'єкта. У створенні «системи» ПБ автори виділяють п'ять елементів: емоційний (баланс позитивних і негативних емоційних переживань); фактори, що стосуються метаноїдів (рівень самосвідомості особистісного зростання), світогляду (життєві цілі), готовності, внутрішнього сприйняття. (самосвідомість). Вважається, що вплив особистого благополуччя відіграє важливу роль у різних стадіях раку.

З цієї точки зору хвороба вважається розладом, що складається з трьох рівнів психічного здоров'я, соціальної адаптації. І психічне благополуччя на нашу думку є порушення однієї або двох окремих площин. Тимчасове відноситься до стану «до хвороби» загалом, здоров'я розглядається як багатовимірне явище зі складною структурою. Вона поєднує в собі якісно різні психологічні елементи і відображає кожен аспект людського існування.

З представленого аналізу випливає наступне. Визначення здоров'я є складним методичним і науковим питанням. Неоднозначність, невизначеність і складність цього поняття вимагає систематичного та всебічного вивчення. При цьому зрозуміло, що психічне здоров'я не є окремим психічним процесом в цілому і критерієм психічного здоров'я є психічне благополуччя. Існують труднощі у відновленні психічного здоров'я людей з депресією з

ряду причин. Детальне вивчення при цих розладах є надзвичайно актуальним.

Також варто зауважити, що психічне здоров'я є центральним компонентом реабілітаційного потенціалу, оскільки воно забезпечує гармонійний зв'язок між особистістю та навколишнім середовищем. На основі теоретичного огляду зроблено такі висновки:

1. Психічне здоров'я як багатовимірне явище: воно охоплює гармонію фізичних, психічних, соціальних та духовних складових особистості. Його основні критерії включають самосвідомість, здатність до адаптації, саморегуляції та самореалізації.

2. Структура психічного здоров'я: виділено три рівні – біологічний, психофізіологічний і соціально-психологічний, які взаємодіють системно. Їхній збалансований розвиток сприяє підвищенню адаптивності.

3. Взаємозв'язок із реабілітаційним потенціалом: психічне здоров'я визначає здатність людини долати стреси, адаптуватися до нових умов і ефективно використовувати власні ресурси в реабілітаційному процесі.

4. Недостатність досліджень у військовій сфері: аналіз виявив, що специфіка психічного здоров'я військовослужбовців, особливо тих, хто пережив бойові дії, недостатньо досліджена. Бракує інтегрованих моделей, що враховують унікальні виклики цієї групи.

1.3 Актуальні проблеми розвитку потенціалу реабілітації

Адаптація в науці є одним з основних понять, які ми вивчаємо з наукової, гуманітарної та соціальної точок зору. Тому в науковій літературі існують різні точки зору [10].

За фізіологічною традицією адаптація в контексті динамічного системного підходу розглядається як єдина комплексна реакція організму, спрямована на підтримку його життєдіяльності в умовах зовнішнього середовища, що постійно змінюється.

Шляхом інтеграції змісту поняття адаптації оперативні елементи будуть більш глибокими і слід наблизити його до досліджень і практики психології. Це просто процес і результат взаємодії людини з навколишнім середовищем. Швидше, це систематична реакція організму на тривале і багаторазове маніпулювання зовнішнім середовищем для зміни структури гомеостазу. Норми, які регулюють бажану діяльність і забезпечують діяльність шляхом створення відповідних зовнішніх факторів. Основна реакція та мінімальна реакція (вихід) [4; 18].

Дійсно, дослідження показують, що унікальною особливістю системної взаємодії людини та навколишнього середовища є те, що люди діють як активні учасники та розвивають різноманітні адаптивні стратегії. Можна стверджувати, що адаптація відноситься до взаємодії між індивідом і навколишнім середовищем. Вона забезпечує зразки поведінки та стратегії, адаптовані до умов цього взаємодіючого середовища.

Розглядаючи психофізіологічні та психологічні основи адаптації, необхідно вдатися до традиційної точки зору, згідно з якою психологічна адаптація визначається як процес створення найбільш доцільної відповідності між особистістю та середовищем у процесі її діяльності. Він дозволяє задовольняти поточні потреби і досягати відповідних цілей, забезпечуючи відповідність розумової діяльності та поведінки потребам середовища [28].

Тому психологічне налаштування окрім збереження душевної рівноваги, також оптимізує постійну взаємодію людини з навколишнім середовищем і встановлює відповідні співвідношення між психофізіологічними сигналами. Це призводить до специфічних і відносно стійких психофізіологічних відносин [74].

Самостійним за способом і змістом є питання про вид і форму адаптації. Єдиного опису в літературі немає. У структурі адаптації виділяють наступні рівні (види): психофізіологічну, психологічну та соціальну адаптацію. Але особлива увага приділяється тому, що всі вони одночасно

беруть участь в процесах управління [19]. Адаптацію людини до середовища, що постійно змінюється, можна виділити трьома способами: біологічним, соціальним і психологічним [15].

Вчені розглядають складність механізмів фізичної, психічної та соціальної адаптації як єдиний рівень адаптації [17], усі три рівні адаптації безпосередньо впливають на поведінку різних систем організму. На загальному рівні ця функція є більш динамічною сутністю. Це часто називають «функціональний стан організму» [18].

Вчені стверджують, що людина є єдиною живою істотою. Але по суті це складна біосоціальна система. Вчені наголошують на необхідності виокремлення трьох рівнів функціонування при розгляді проблем адаптації людини: фізичного, психічного та соціального [26].

Вони вважають, що психологічна адаптація пов'язана з психологією. І зазвичай складається з трьох блоків: біологічного, психологічного і соціального, в основі яких лежить прийнята концепція рівнів психологічного контролю – біологічного, особистісного. І в той же час кожен етап психологічної адаптації в кожному середовищі має свою складну структуру. Отже, психологічна адаптація включає когнітивні компоненти, а також емоційні – зміни мотивації та продуктивності [13].

Шляхом психологічної адаптації вчені розуміють адаптацію на рівні психічного функціонування в цілісному контексті, а психофізіологічну адаптацію вони вважають дискретною. Не просто процес але є й умови. Але тільки на рівні психічної сфери. А також відповідні фізіологічні функції [42]

Як говорили багато авторів психологічна адаптація вважається найважливішою ланкою між особистістю та середовищем. А психічна обумовленість не специфічна. Швидше, це індивідуальна адаптація і, отже, визначається особистою психологією та її особливостями [28].

Сучасні прихильники психоаналітичного напрямку психології виділяють два види адаптації:

1) алопластична адаптація, яка здійснюється за допомогою змін зовнішнього світу, що змушує людину пристосовуватися до своїх потреб;

2) автоматичний контроль пластичності. Вона є результатом змін адаптації до особистості (структури, здібностей, навичок тощо) та середовища [4]. Слід зазначити, що в деяких роботах згадується ще один вид адаптації – пошук стану кожної людини допомагає у функціонуванні живих істот [30].

З огляду інформації, зібраної в цій області створено модель, яка включає наступні елементи, кроки та стадії процесу адаптації:

Крок 1. Дисбаланс і його вплив на особистість. Цей етап адаптаційного процесу характеризується почуттям дратівливості та стресу. Це може бути результатом як конфлікту, так і когнітивного дисонансу.

Крок 2. Підготовчий етап адаптації, який в основному полягає в зборі актуальної інформації про ситуацію: орієнтування в проблемі – поєднання когнітивного і мотиваційного компонентів на основі загального оточення. Визначення проблем і визначення – конкретні описи та визначення та конкретна мета.

3 стадія, стадія початкового психологічного стресу, пов'язана з нервово-психічним переживанням підготовки (заходу) і першого входження в нову ситуацію виконання. Тут мобілізуються психологічні ресурси людини: породження альтернатив – розробка численних можливих варіантів вирішення проблеми; вибір найбільш прийнятної стратегії адаптивної поведінки.

Крок 4. Етап інтенсивних психологічних реакцій: реалізація рішення – реалізація стратегії поведінки. Аналіз результатів – визначає ефективність обраної стратегії адаптації.

Крок 5, який є завершальним етапом психічної компресії. Він виникає, коли процес адаптації добре розвинений і передбачає складні емоційні та поведінкові реакції на входження в нове соціальне середовище [9].

Слід зазначити, що процес адаптації є цілеспрямованим, активним і пристосувальним. Це залежить від психологічних особливостей особистості. Огляд літературних джерел дозволяє говорити про різні теоретичні підходи до вирішення проблеми адаптації в різних галузях наукового знання, пов'язані зі специфікою досліджуваного дослідження, а також підходи, що використовуються в кожній галузі. Концептуальний інструментарій наукових шкіл і типи досліджуваних явищ відрізняються своєю метою, змістом, методами і результатами процесу адаптації. А також врахування відмінностей у природі двох взаємодіючих систем, а саме людини та середовища.

Також у результаті проведеного аналізу було встановлено наступне:

1. Адаптація як багаторівневий процес: розглянуто фізіологічний, психологічний і соціальний рівні адаптації, що діють у взаємозв'язку. Ці рівні забезпечують цілісну адаптацію людини до змінного середовища.

2. Стадійність адаптаційного процесу: модель адаптації включає дисбаланс, когнітивну оцінку, вибір стратегії, реалізацію рішень і інтеграцію. Цей підхід дозволяє враховувати як емоційні, так і поведінкові аспекти.

3. Особливості психологічної адаптації: виокремлено її роль у підтриманні психофізіологічного балансу, формуванні стратегії поведінки та зниженні стресу.

4. Недостатнє врахування специфіки реабілітації військовослужбовців: бракує конкретних даних щодо того, як описані моделі адаптації можуть бути застосовані до військових, які проходять реабілітацію.

Висновок до першого розділу

Перший розділ роботи присвячено комплексному теоретичному аналізу психологічної складової реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. У розділі детально розглянуто ключові аспекти, які визначають здатність особистості до адаптації, подолання стресу та ефективного відновлення після бойових дій. Аналіз охопив як внутрішні (особистісні), так і зовнішні (соціальні) ресурси, що впливають на реабілітацію.

Основні результати:

1. Роль психологічних ресурсів

Психологічні ресурси визначено як фундаментальні складові реабілітаційного потенціалу. До них належать:

- емоційна стабільність: сприяє збереженню психічного балансу в умовах стресу.
- життєстійкість: забезпечує стійкість до життєвих викликів та здатність до відновлення.
- оптимізм і мотивація: підвищують готовність до подолання труднощів та досягнення цілей.
- самоконтроль і самооцінка: впливають на здатність до саморегуляції та ефективного функціонування.

Виділено взаємодію когнітивних, емоційних, мотиваційних компонентів, яка забезпечує успішну адаптацію до стресових умов.

2. Психічне здоров'я як інтегративний компонент реабілітації

- визначено, що психічне здоров'я є центральним елементом реабілітаційного потенціалу. Його збереження забезпечує гармонійний зв'язок між особистістю та середовищем.
- критеріями психічного здоров'я є самосвідомість, здатність до саморегуляції, баланс між фізичним, психологічним і соціальним аспектами.
- психічне здоров'я впливає на здатність до адаптації, забезпечуючи ефективне функціонування в умовах стресу.

3. Міжособистісні стосунки та соціальна підтримка

- гармонійні міжособистісні стосунки, підтримка родини, друзів та колег сприяють створенню атмосфери довіри та психологічного комфорту.
- соціальна підтримка відіграє важливу роль у мінімізації негативних наслідків стресу та створенні умов для успішного відновлення.
- підкреслено важливість зовнішніх соціальних ресурсів, таких як доступ до професійної допомоги, участь у групах підтримки та система соціального забезпечення.

4. Адаптація як процес відновлення

- адаптація розглядається як багаторівневий процес, який включає фізичний, психологічний і соціальний аспекти.
- виділено етапи адаптаційного процесу: дисбаланс, когнітивна оцінка, вибір стратегії, реалізація та інтеграція.
- процес адаптації залежить від особистісних характеристик, таких як гнучкість мислення, здатність до саморегуляції та мотивація.

5. Вплив бойового стресу

- встановлено, що бойовий стрес суттєво впливає на психоемоційний стан військовослужбовців, викликаючи тривожність, знижену самооцінку та відчуття ізоляції.
- реабілітаційний потенціал допомагає мінімізувати ці негативні наслідки та забезпечує збереження психологічного благополуччя.

6. Критичний аналіз

- виявлено недостатню деталізацію механізмів функціонування реабілітаційного потенціалу у військовослужбовців, особливо в умовах бойового стресу.
- недостатньо досліджено взаємозв'язок між окремими компонентами реабілітаційного потенціалу, такими як емоційна стійкість, мотивація та соціальна підтримка.
- потребує додаткового вивчення роль зовнішніх факторів, зокрема соціальної допомоги, у створенні сприятливих умов для психологічного відновлення.

Узагальнення:

1. інтегративний підхід: проведений теоретичний аналіз підкреслює важливість інтегративного підходу до формування реабілітаційного потенціалу, який поєднує психологічні, фізичні та соціальні компоненти.
2. психологічні ресурси: центральною ланкою реабілітаційного потенціалу є психологічні ресурси, які забезпечують здатність особистості

долати стрес, адаптуватися до нових умов та зберігати психічне благополуччя.

3. соціальна підтримка: ефективна реабілітація залежить від гармонійної взаємодії внутрішніх і зовнішніх ресурсів, включаючи підтримку родини, колег та професійну психологічну допомогу.

4. недоліки сучасних підходів: виявлено прогалини у вивченні специфіки реабілітації військовослужбовців, зокрема щодо адаптації до бойового стресу. Існує потреба у створенні адаптивних програм, які враховують їхні унікальні потреби.

Рекомендації для подальших досліджень:

1. Розробити моделі реабілітації, адаптовані до специфіки військових, включаючи роботу з наслідками бойового стресу.

2. Дослідити механізми взаємодії внутрішніх і зовнішніх ресурсів у процесі реабілітації.

3. Інтегрувати індивідуальний підхід у програми психологічної підтримки, орієнтовані на розвиток життєстійкості, мотивації та соціальної адаптації.

РОЗДІЛ II.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СКЛАДОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Соціально-психологічні фактори розвитку та характеристика реабілітаційного потенціалу військовослужбовців

Як відомо, слово «реабілітація» в медицині вперше офіційно застосували до хворих на туберкульоз. У США відбулася перша конференція з реабілітації цих пацієнтів. Пропонується наступне визначення: «Реабілітація – це цілеспрямована колективна діяльність у рамках медичної, освітньої, соціальної та економічної програми, яка підтримує, відновлює та зміцнює здатність особи брати участь у суспільному житті» [47]. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає реабілітацію як «процес, що поєднує всі дії, спрямовані на забезпечення можливості соціальної інтеграції» [49].

В її основі лежить Міжнародна класифікація інвалідності та здоров'я (ICF), прийнята на 54-й Генеральній Асамблеї ВООЗ 22 травня 2001 р. [17]. Ця класифікація має три функціональні рівні:

- 1) діє на рівні живих істот або органів;
- 2) результативність діяльності людини, яка відображається в діяльності, яку вона здатна виконувати;
- 3) діяльність людини в соціальному середовищі, що відображає участь у соціальному житті;

На жаль, термін «реабілітація» часто зводять до суто клінічного аспекту. Зокрема, потрібна медикаментозна терапія та репродуктивні біопрепарати. Але на практиці медична реабілітація здійснюється без урахування особистісних особливостей людини, цінностей, рівня загрози особистісним і соціальним об'єктам, повноцінному життю в новому стані тощо [76]. Це не замінює виконання персональної реабілітаційної програми.

Найважливішим чинником, що визначає здатність людини до реабілітації, є наявність кваліфікованої допомоги [46; 66].

Психічне захворювання є важливою подією в житті людини і є величезним стресом, який впливає на людину. Самооцінка [84] впливає на систему всіх загрозливих для життя станів. У тому числі і від тяжкості захворювання. Формування нового соціального статусу хворого та ступінь соціальних наслідків суб'єктивного значення захворювання. Це головним чином передбачає нове розуміння себе в стані хвороби [75].

Тим часом хронічне захворювання, що призводить до зниження якості життя та соціального статусу людини становить значний ризик. Виник особливий соціальний стан хронічної психічної хвороби. Це впливає на соціальні моделі захворювання. Роль соціального прийняття/відторгнення пацієнтів в оцінці емоційного захворювання. Ситуаційний контекст – події, що відбуваються в житті людини, включаючи розлади адаптації тощо (соціальний стрес), час початку (стадія життя) і тривалість захворювання [75]. Перешкода прагненню до самореалізації. Розвиток особистості [16; 85]. Оскільки кризи залежать від шансів людини на одужання.

Вже не вперше проблема психіатричної реабілітації визнається складною психологічною, медичною та соціальною проблемою [16] після виписки з лікарні. Навіть якщо лікування досить успішне. Пацієнт не може адаптуватися до соціальної реальності, в якій він опинився [17]. Радянські психіатричні програми реабілітації також включали екологічну терапію (тобто організація терапевтичної спільноти, яка підтримує соціальне та психологічне відновлення особистості). У цьому середовищі часто окремо призначають трудотерапію, роботу в клубах та інші колективні заходи за інтересами, психотерапію (включаючи групову терапію) [29].

У західному світі психологія розвивалася в іншому напрямку, загалом із сильним впливом психоаналізу та глибинної психології. Відтоді на неї вплинула гуманістична психологія [2] разом із новими підходами в західній психотерапії, окремих осіб та сімей людей з обмеженими можливостями а

також різні правозахисні організації. Значних змін зазнали також сім'ї психічно хворих, дітей-аутистів, анонімних алкоголіків тощо. Вплив на проекти реабілітації в другій половині 20-го століття. Слід зазначити, що ці рухи були відповіддю на відчайдушне бажання психіатрії реабілітувати психічно хворих, а також на репресії [28]. Багатоступінчастий процес [37], але є також особистісна реабілітація та реабілітація особистості [28], тобто вона не передбачає безпосередньої соціалізації особистості. Це розвиває і зміцнює розуміння особистості. Респондентів вчили приймати себе такими, якими вони є. Вивчення цінності самопізнання та пошук середовища, сприятливого для розуміння та розвитку [47], є шляхом до самопізнання. На цій основі самоприйняття і створення нового способу життя є відповідним рівнем реабілітації [2].

Ідея розвитку потенціалу відновлення є безпосередньою частиною процесу відновлення. Це визначає вплив особистості на реабілітаційний процес [14], але зміст і критерії оцінки реабілітаційного потенціалу залишаються дискусійними і недостатньо чіткими [22], однак термін «реабілітаційний потенціал» часто використовується в науковій літературі і не використовується належним чином у реабілітації психіатричних пацієнтів [21].

Наразі є методичні пропозиції щодо визначення поняття. Під відновним потенціалом розуміють сукупність біологічних, особистісних, екологічних і соціальних факторів, які лежать в основі соціальної адаптації пацієнта [41]. Внесок біологічних і психосоціальних резервів для мобілізації компенсаторних процесів і нормальної адаптації та інших механізмів, що призводять до одужання, поліпшення самопочуття і здатність до праці і особистий статус і положення в суспільстві [10].

З можливістю реабілітації вчені розуміють можливість того, що люди страждають від хвороб або інвалідності. (медико-біологічні, соціальні, психологічні). Компенсація, зменшення або компенсація соціальних порушень і (або) обмежень у життєдіяльності [56] дають схожі визначення:

реабілітаційний потенціал – сукупність біологічних і психологічних характеристик людини. Те саме стосується соціальних і екологічних факторів. Це допомагає людям певною мірою реалізувати свій потенціал [27].

Реабілітаційний потенціал – це унікальна системна біопсихосоціальна характеристика стану пацієнта. Основні структури (або компоненти) реабілітаційного потенціалу мають такі особливості:

- саногенетичний потенціал визначає можливість розширення сфери життєдіяльності через відновлення або компенсацію порушень анатомо-фізіологічного стану організму;

- психічний потенціал визначає можливість розширення сфери життєдіяльності через відновлення або компенсацію порушень на психічному рівні;

- соціально-екологічний потенціал визначає можливість розширення різних видів життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень, викликаних соціально-екологічними факторами.

При цьому зрозуміло, що гігієніко-психологічна складова реабілітаційного потенціалу характеризується особливостями особистості та соціально-екологічними ресурсами спільноти (мікросередовище пацієнта, економічні умови), які сприяють одужанню. Фізична та психічна реабілітація [85]

Якщо розглядаємо перелічені раніше елементи потенціалу відновлення інакше, необхідно враховувати відносну важливість різних аспектів реабілітації. Зрозуміло, що потенціал фізичної реабілітації безпосередньо відображає потенціал медичної реабілітації. Реабілітаційний потенціал – одночасне відновлення розумової працездатності. Реабілітаційний потенціал також є цілісним і системним аспектом стану людини. А це означає, що виділення конкретних структурних елементів репродуктивного потенціалу має специфічні взаємозв'язки: їх залежність один від одного. Тому кожен елемент має значення, релевантне реабілітації будь-якого виду функції [50].

Репродуктивний потенціал багатогранний (внутрішній, визначений на

рівні організму, зовнішній, соціальний і середовищний):

1. Основні компоненти (анатомія та фізіологія) залежать від фізичних характеристик кожної людини. Він зберігається, незважаючи на хворобу або порушення, і необхідний для відновлення певного соціального статусу. Він визначає рівень фізичного розвитку та фізичну витривалість. Психофізіологічний рівень толерантності в психічному розвитку та емоційної стійкості на основі анатомо-психофізичних даних (пізнання, мотивація, емоції та риси особистості).

2. Психофізіологічні компоненти (клінічна функція) – сукупність збережених функцій та індивідуальних особливостей під час спеціальних тестів з використанням навантажень, фармакологічних проб в рамках різноманітних методів функціональної діагностики.

3. Кар'єрно-трудова складова – здатність до досягнення трудових цілей, працевлаштування, в тому числі трудове, професійний і соціальний статус.

4. Освіта – це можливість набути знань, умінь і навичок. Професійно-технічна освіта, суспільство-культура і в повсякденному житті у рекомендованих сферах професійної діяльності.

5. Соціально-побутовий склад – можливість самозабезпечення та самостійного проживання.

6. Соціально-екологічна складова – можливість самостійної соціальної та сімейної діяльності [22].

Важливою частиною потенціалу відновлення є психологічний компонент. Психологічний реабілітаційний потенціал (ПРП). Тим часом загальноприйнятого визначення терміну не існує. «Психологічний реабілітаційний потенціал», а також складова єдиної форми реабілітаційного потенціалу [27].

Наприклад, деякі люди трактують ПРП як систему особистісних і допсихологічних характеристик людини (мотивація, емоційні змінні, пізнання), яка виступає основним джерелом подальших змін ситуації суспільного розвитку. Хвороба, що робить людину інвалідною і сприяє

адаптації до нових умов життя [22].

ПРП іноді розглядається з точки зору цілісного підходу як когнітивний процес. Емоційна та комплексна сфера особистості, адаптивність особистості, особистісна орієнтація, уважність і готовність до розумової роботи над особистістю і відкритість до нового досвіду. Вона визначить ступінь можливого оновлення та ефективної інтеграції в сучасному суспільстві [27].

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

Як і інші інгредієнти, ПРП є компонентом омолоджуючого потенціалу. Його унікальною особливістю є внутрішня структура. Дослідники визначали його по-різному [63].

ПРП має такі основні компоненти: мотивація, емоції, інтелект і середовище [27].

Вчені виділяють наступні компоненти ПРП:

- когнітивний компонент, який дозволяє фізіотерапевтам краще розуміти проблеми, пов'язані з хворобами та інвалідністю, а також здійснювати відповідні реабілітаційні заходи для їх вирішення. Можливість когнітивної реабілітації залежить від рівня когнітивного та інтелектуального розвитку пацієнта.

- емоційний аспект і фактори, що визначають ефективність реабілітації у досягненні поставлених цілей і завдань, залежать від емоційного забарвлення ставлення до цих цілей і завдань, а також від індивідуальних реабілітаційних методів і психологічних особливостей людини.

- мотиваційні складові, що визначають орієнтацію на досягнення реабілітаційних цілей і завдань, включають набір цілей, установок, потреб та мотивацій, які пов'язані з реабілітацією з іншої, позитивної перспективи. Результати реабілітації залежать від характеристик, цінностей і мотивації реабілітованої особи, а також загальної системи міжособистісних відносин.

Тому ніхто не заперечує той факт, що стан репродуктивного потенціалу

визначається певними параметрами на біологічному, психологічному та соціально-екологічному рівнях. Виявлення ресурсів збереження на біологічному та психологічному рівнях, які можуть виступати в якості компенсації. Те ж саме стосується визначення процесу діагностики. Конфлікт – основа спостереження. Іншими словами, у цьому контексті мова йде про позитивні та негативні сторони відновного потенціалу кожного компонента. Оцінка позитивних компонентів є відмінною рисою реабілітаційної діагностики. Навпаки він призначений лише для демонстрації стану в клінічних і діагностичних цілях. Але це також передбачає проектування для реалізації людського потенціалу в життєвих ситуаціях. Обмеження у цьому сенсі - реабілітація повинна розглядатися як один з основних елементів процесу відновлення. Це включає реабілітаційну діагностику, результати реабілітації та постреабілітаційну підтримку.

Складові психіатричного реабілітаційного потенціалу, що визначають реабілітаційний прогноз. Усі підструктури реабілітаційного потенціалу розглядаються як функціональні компоненти, які орієнтовані на процес реабілітації з метою досягнення головної мети адаптації до життя та відновлення свого стану [33].

За ступенем прояву основних компонентів реабілітаційного потенціалу визначається рівень, який охоплює всі етапи комплексного характеру інваліда, його розвитку та соціалізації (від народження до раннього розвитку та соціалізації, вихідний соціальний статус і психологічні характеристики, сформовані під час хвороби [49; 88], емоційні, мотиваційні, морально-етичні характеристики та основні напрями розвитку особистості та соціальної та ціннісної орієнтації пацієнта [85].

При розгляді здатності до реабілітації зазвичай вони поділяються на три рівні, які представляють здатність пацієнта до відновлення у зв'язку з певною життєвою діяльністю:

Реальна можливість повного відновлення соціальних навичок або в рамках реалізації реабілітаційних заходів визначається високим рівнем

відновлення окремих видів життєдіяльності.

- показує помірний потенціал з реальною можливістю відновлення дуже важливих функцій (легка або помірна інвалідність). Легкі обмеження в домашньому господарстві та працездатності.

- про низький реабілітаційний потенціал ми говоримо тоді, коли обмежена можливість значного відновлення функціональних можливостей. Втрата працездатності гарантує самотійне існування і неможливо подолати обмеження в життєдіяльності за допомогою реабілітаційних заходів [20].

У літературі ймовірність одужання можна класифікувати за чотирма рівнями: висока, середня (або середня), низька та майже відсутня [28].

- Високий – повне одужання. Повна реабілітація – це відновлення нормальної життєдіяльності, здатність до праці і соціальний статус людини

- Повільна – неповне одужання із залишковою симптоматикою у вигляді помірних функціональних розладів. Проведення різноманітних основних видів діяльності. У перспективі цього можна досягти за допомогою технічних засобів. Зниження працездатності призводить до зниження рівня життя. Потребує соціальної допомоги, підтримки та фізичної допомоги. Це часткова реабілітація інвалідів I, II-III груп.

- Низький – це хронічне захворювання, що розвивається повільно, помітні функціональні розлади, зниження здатності виконувати практично будь-які види роботи, здатність здійснювати трудову діяльність у спеціально створених умовах, зниження соціальності, потреби в спілкуванні. Соціальна підтримка та допомога.

Нездатність виконувати елементарні дії та втрата функціональних можливостей призводять до потреби сторонньої допомоги та постійної залежності від інших [28].

Прогностична оцінка можливих результатів реабілітації на найвищих рівнях суспільства є важливою для прогнозування ймовірності загальної реабілітації. Біомедичний ступінь може не підійти. Але повного одужання можна досягти шляхом компенсації та пристосування до існуючих життєвих

обмежень. Високий рівень загрози визначається особистісними резервами та іншими механізмами, основною життєдіяльністю і, насамперед, соціальним статусом хворого.

Тому адекватний відновний потенціал «низького» (біологічного) рівня може бути компенсований соціально-психологічними, технічними, соціальними та соціально-екологічними підходами (в максимальному ступені), гарантуючи повне одужання пацієнта.

Комплексна оцінка ймовірності одужання при відновленні певних видів життєдіяльності має бути загальною та відображати її рівень на основі чіткого рівня кількісних показників, отриманих шляхом комплексного дослідження [22].

Реабілітаційний прогноз – ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та приблизний ступінь інтеграції хворого в суспільство – можливий результат реабілітації. Показання до реабілітації визначаються лише рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу. а також реальні можливості використання сучасних методик реабілітації [1;57].

Прогноз реабілітації залежить від комплексної оцінки внутрішніх і зовнішніх факторів, які позитивно чи негативно впливають на процес реабілітації (клінічний прогноз) і різні рівні функціональної здатності (прогноз). Особистий і соціальний статус людини, яка є хворою або інвалідом (соціальна оцінка).

Оцінка враховує такі фактори:

- симптоми та наслідки захворювання (патологічний потенціал)
- можливість реабілітації;
- соціально-психологічні особливості особистості (включаючи реабілітаційні заходи)
- можливість використання передових методик реабілітації для конкретних пацієнтів
- соціальні та екологічні умови – навколишнє середовище, реабілітація тощо.

Прогноз реабілітації оцінюється за 3 рівнями:

- сприяти можливості повного відновлення порушеного життя і суспільства, а також інтеграції людей з обмеженими можливостями в трудову діяльність в рамках реабілітаційних заходів.

- відносно недорогий – можливість відновлення частково порушеного способу життя, зниження ступеня обмеження або стабільності, підвищення здатності до соціальної інтеграції та переходу від певної соціальної та матеріальної підтримки. Всі розділи в рамках реабілітаційних заходів -

- сумнівний (невизначений) – прогноз неясний;

- небажані – неможливість реабілітації або компенсації порушень життєвих обмежень, будь-яких істотних позитивних змін в особистому, соціальному та екологічному стані пацієнта в рамках реабілітаційних заходів (низькі результати).

Визначення рекомендацій щодо проведення реабілітаційних заходів передбачає повне визначення необхідності та зручності проведення реабілітаційних заходів щодо зазначених порушень [47] для кожного виду інвалідності. Будуть розглянуті можливі очікувані результати реабілітації: реабілітація чи компенсація (повністю або частково) або без будь-якої компенсації.

Психологічна складова реабілітаційного потенціалу військовослужбовця покликана визначити здібності та ресурси особистості до психологічної та комплексної реабілітації. Визначення рівня ПРП дуже важливо для військовослужбовців. Тому що вона розкриває людині особистісні ресурси, які приховані в ній. Допомагає збалансувати обмежені можливості. і повністю адаптуватися до нової ситуації суспільного розвитку [56].

При оцінці ПРП необхідно враховувати всі аспекти психіки [47], таким чином можна компенсувати не тільки порушення. Не тільки в інших сферах ПРП, але й у потенціалі належної реабілітації на інших рівнях: медичному, соціальному, професійному, головною потребою пацієнта в цьому процесі є

його мотивація. Таким чином підвищиться ефективність реабілітаційних заходів. І це попри всі заходи медичної, технічної та соціальної реабілітації [80].

Емоційно-динамічний компонент, зі свого боку, визначає базову позицію пацієнта стосовно реабілітації, значною мірою впливаючи на характеристики інших складових реабілітаційного потенціалу особистості. Рівень емоційної складової та її динаміка залежать від домінування негативних або позитивних емоцій, їхньої інтенсивності та відповідного рівня стійкості. До цього відносяться емоційне збудження, страх та здатність до докладання зусиль [66].

Більше усвідомлення рівня інтелектуальних здібностей людини та стану розумової діяльності. Його хвороба та інвалідність та можливість вирішення проблеми за допомогою реабілітації. Під інтелектом, вбудованим у структуру компетенції ми розуміємо психічну властивість людини - вона певною мірою визначає характер поведінки та функціонування людини. яка є стабільною структурою вища освіта та люди з обмеженими можливостями, які мають вищу освіту. Рівень інтелектуальної недостатності є «глибшим і серйознішим, ніж психологічний аспект. і страждає від «духовна криза», відчуття неповноцінності та використання обмежених можливостей і ресурсів [10].

Вчені вважають, що при оцінці ПРП необхідно вказувати наступний ступінь порушення психічного стану людини:

- операційний (з урахуванням особливостей нервової системи, емоцій, вищих психічних функцій, виконавчої сторони діяльності та сенсорно-перцептивних особливостей особистості).

- емоції – зміни (настрої, афекти, відчуття та емоції, руйнівний вплив емоцій на особисту діяльність і загальну емоційну стабільність).

- особистісний (загальна спрямованість людини на себе, спілкування, бізнес, рівень активності, мотивація, сфера інтересів. Характеристика

соціально-психологічної адаптації є інтеграція суспільства на мікро- та макрорівні) [23].

Виділяють дев'ять аспектів ПРП: тип ставлення до хвороби; рівень тривожності рівень самооцінки. Рівень дратівливості. Рівні реактивної та міжособистісної тривожності. Позиція контролю над соціальним середовищем і статус відносин із задоволеністю роботою [22].

Вважається, що ПРП має складну структуру, яка включає когнітивні, емоційні та міжособистісні компоненти [80].

Визначення тяжкості ПРП залежить від таких факторів, як емоційна стабільність. Критеріями визначення ймовірності психологічної реабілітації є характеристики оточення та загальна оцінка професійних досягнень і здатності до відновлення.

При розгляді індивідуальних ПРП встановлено, що існує п'ять різних факторів: внутрішня клінічна картина; а також мотиваційний, емоційний та самооцінний компоненти [14].

Внутрішня клінічна картина близька до поняття сфери «усвідомлення хвороби» в міжнародній психології [16] і її головний інтерес – це саме усвідомлення (усвідомлення хвороби, її причин, перебігу та наслідків) та емоційний (ставлення пацієнта до хвороби та способу життя) тобто внутрішній медичний образ [75].

Мотиваційні фактори відображають рівень концентрації та активності пацієнта. Призначений для вирішення побутових завдань – освітня та оздоровча робота (реабілітація). Загальний емоційний фон (позитивно-негативний) життя пацієнта, пов'язаний із захворюванням. Контроль власних емоційних реакцій самооцінка. Самооцінка включає уявлення про найважливіші якості та ставлення до себе як до хворої людини. Комунікаційний компонент розкриває природу важливих соціальних відносин і міжособистісної динаміки в контексті хвороби. Задоволеність цими стосунками [73].

Фактори, що впливають на прогноз психопатології ПРП. Потенціал реабілітації в умовах соціальної реабілітації пацієнтів, які отримують ПРП, внутрішня клінічна картина визначається локалізацією, а також соціально-побутовими факторами окремо [28].

Особливо підкреслюється важливість мотиваційного рівня внутрішньої клінічної картини. З цієї точки зору, це визначає здійснення заходів, пов'язаних з реабілітацією та оздоровленням пацієнта. Існують різні стратегії. Існує багато способів боротьби з хронічними фізичними захворюваннями – як активними, так і пасивними [29].

Більшість вчених вважають, що ідеальні, активні та позитивні умови та життєва енергія є необхідними додатковими елементами для подолання хворобливих ситуацій та успішної реабілітації та реінтеграції в суспільство [2;13].

До розгляду представлена прогностична таблиця, заснована на різних комбінаціях компонентів ПРП (табл. 2.1-2.3) [20].

Таблиця 2.1

Показники, що характеризують вираженість порушення мотиваційної складової реабілітаційного потенціалу

тяжкість порушення	Простір натхнення
	Психологічний індекс
маленька частина (1)	Високі потреби (соціальні, спілкування, самооцінка самосвідомість) достатній рівень роздратування. Тип ставлення до хвороби (гармонійний, ергопатичний, деперсоналізаційний), при якому соціальна адаптація суттєво не порушена, реалістичний і самостійкий - повага, різноманітні інтереси. Правильна ієрархія життєвих цінностей Нормальні сенсорні схильності людини При невеликих змінах мотиваційна спрямованість стає нестійкою.
помірний (2)	Непостійність мотивації дії низькі вимоги до замовлення (у соціальних відносинах, безпеці), зниження критики. Недостатній рівень домагань, нестійка самооцінка. Інтерпретація соціальних цінностей. Дивні норми і правила. Ключовою проблемою є неадекватна структурна ієрархія. Обмежені інтереси. Егоцентрична або групоцентрична орієнтація на значення. Ставлення до хвороб, що заважають соціальній адаптації.

експрес (3)	Переважання потреб нижчого порядку (фізичних, безпеки), прагматичної чи егоїстичної смислової спрямованості. антисоціальна ціннісна орієнтація. Високо вибіркове ставлення до соціальних норм і правил поведінки. Некритична самооцінка. Недостатній рівень загрози. Формування високоціннісної спрямованості, вузького, примітивного кола уваги. Адекватне ставлення до хвороби проявляється в ієрархії мотиваційних структур, що забезпечують діяльність. Має нездатність (або некомпетентний)
сильний (4)	низький рівень потреб, повна відмова від соціальних норм і правил поведінки, «мотивовані» дії, відсутність критики, відсутність прямого інтересу, відсутність структурної ієрархії мотивації, ціннісних орієнтацій, «розпад» особистості

Таблиця 2.2

Показники, що характеризують вираженість порушення емоційної складової та динаміку реабілітаційного потенціалу

Рівень експресії порушення	Сфера емоцій і намірів
маленька частина (1)	Емоційна збудливість дещо підвищує (або зменшує) схильність до реакцій тривоги (реактивна тривога). Деяка слабкість. Емоційно-натхненний тон трохи нижчий. Епізодичні зміни настрою на основі прихильності до негативних емоційних переживань. Деякі труднощі в діяльності, що вимагає вольового зусилля та незахищеність емоційного фону
помірний (2)	Емоційне збудження значно підвищилось (зменшилось), тенденція зберігається. Але помірно виражена реактивність на страх, емоційна лабільність, помірна емоційна ригідність, деяка емоційна «зацикленість», дуже часта зміна настрою, схильність до емоційних реакцій, порушення самоконтролю. емоційні реакції, нестійкість емоційних переваг, уваги, фіксація лише на негативних емоційних переживаннях, легке маніпулювання емоціями, недостатній емоційний «струм» у вигляді реактивних епізодів, ситуацій, емоцій, потенційна схильність до кастрованих агресивних реакцій, знижена здатність до контролю.
експрес (3)	Посилення таких симптомів, як схильність до подвійних емоцій, недостатня нейтральність емоційного переживання, «сумний» настрій, часто недостатнє емоційне реагування, слабкий емоційний компонент сприйняття і ціннісних орієнтацій, виражена емоційна інтенсивність, переважання

	емоційного компоненту, активна або депресивна емоційна домінантність, дуже слабка здатність долати труднощі вольовими зусиллями, імпульсивна поведінка, аутоагресивні тенденції.
чітке вираження. (4)	Нечітка, безцільна, переважна, безумовна емоційна реакція на ситуацію. Поводитися «м'яко» практично неможливо. Одержимий стійкими і яскраво вираженими негативними емоційними переживаннями. Відсутність емоційної адаптації. Неможливо повністю продемонструвати активне зусилля.

Таблиця 2.3

Показник b, що показують вираженість порушення когнітивних компонентів реабілітаційного потенціалу

Рівень експресії порушення	інтелектуальний процес (пам'ять, увага, сприйняття, динаміка психічних процесів)
маленька частина (1)	Незначні порушення деяких видів пам'яті. Здатність повністю компенсувати певні види дефіциту пам'яті. Трохи плоска або невпевнена крива навчання. Мимовільні відволікання — це дії, що вимагають тривалої концентрації. Розумові здібності незначно коливаються. Проблеми, пов'язані з багатозадачністю. Деякі добровільні дефіцити. Інтерес до розумової діяльності іноді повільний або схильний до швидкого.
має середню вираженість (2)	Помірні порушення окремих видів пам'яті, які не компенсуються іншими видами, або незначні, але загальні порушення психічної діяльності, коливання розумової працездатності, спричинені недостатньою концентрацією уваги та зниженням загальної продуктивності розумової діяльності. Незначна відволікаємість на зовнішні подразники. Труднощі у виконанні паралельних дій. Помірне звуження кола інтересів. Швидкість розумової діяльності помірно знижена за умов підвищеної стомлюваності.
експрес (3)	Помірна, але повна втрата функції пам'яті, періодичне повторення помилкових спогадів, відсутність прогресу в навчанні («ефект плато»), значне зменшення обсягу довготривалої пам'яті, суттєві порушення обсягу, концентрації, переключення та розподілу уваги. Спостерігається мимовільне відволікання на зовнішні

	подразники, що часто призводить до кількісних і якісних помилок. Дуже низька здатність до концентрації та практично неможливе суміщення різних видів діяльності. Низька продуктивність розумової діяльності поєднується із сильною стомлюваністю. Виявляється знижений інтерес до активності.
Є чітке вираження. (4)	Загальна слабкість пам'яті, наявність стійких помилкових спогадів, зниження показників пам'яті (плато або спад кривих), труднощі з повним пригадуванням, обмежений обсяг короткочасної та довготривалої пам'яті, нездатність зосередитися та відчуття "колапсу". Спостерігається значне розрідження розумової діяльності, порушення свідомої уваги, різке зниження продуктивності цілеспрямованої діяльності або її повна відсутність. Виявляються значні порушення усіх функцій уваги: концентрації, обсягу, розподілу, переключення, продуктивності, а також сповільнення швидкості розумової діяльності, що виражено дуже сильно.

Дослідження ряду авторів показали, що рівень ПРП майже не пов'язаний з рівнем ймовірності медичної реабілітації [27], при цьому остання занижена в 61,1% випадків психіатричної реабілітації.

Аналіз літературних даних показує, що часто зустрічається високий рівень ПРП з низькою ймовірністю медичної реабілітації. Це підтверджує великий ресурсний потенціал індивідів. Слід уточнити, чи є у особи показання до застосування чи ні інші функціональні навички враховують індивідуальні механізми саморегуляції для підвищення психічного благополуччя.

Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження

Емпіричне дослідження ґрунтується на наукових припущеннях щодо впливу соціальних, психологічних та екологічних факторів на реабілітаційний потенціал військовослужбовців. У рамках дослідження висунуто такі гіпотези:

1. Соціальна інтеграція та позитивна соціальна суб'єктність суттєво підвищують ефективність реабілітації військовослужбовців.

2. Високий рівень задоволеності життям та самооцінки є ключовими показниками успішної адаптації.

3. Комплексна підтримка, включаючи психологічну та фахову допомогу, сприяє кращим результатам у процесі відновлення.

Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію

Для оцінки психологічних складових реабілітаційного потенціалу було сформульовано такі завдання:

- Шкали Гамільтона для оцінки депресії – виявити рівень депресивних станів у військовослужбовців та їхній вплив на процес реабілітації.

- Опитувальник "Адаптивність" – дослідити рівень здатності військовослужбовців до адаптації в умовах післястресової реабілітації.

- Методика визначення копінг-стратегій – визначити стратегії подолання стресу, що сприяють або ускладнюють процес адаптації.

- Тест життестійкості – оцінити рівень психологічної стійкості та здатності підтримувати емоційну рівновагу.

- П'ятифакторний опитувальник особистості (5 PFQ) – проаналізувати індивідуальні особистісні риси, що визначають ефективність реабілітації.

Вибір інструментарію обґрунтований його відповідністю цілям дослідження та здатністю оцінити ключові аспекти реабілітаційного потенціалу.

Обґрунтування залежних та незалежних змінних

У дослідженні виділено наступні змінні:

- Незалежні змінні: соціальна підтримка, задоволеність соціальними умовами, професійна допомога.

- Залежні змінні: рівень самооцінки, емоційна стабільність, мотиваційна спрямованість, успішність адаптації.

Контроль незалежних змінних здійснюватиметься шляхом розподілу вибірки відповідно до соціально-економічних умов, рівня підтримки та наявності фахової допомоги.

Обґрунтування дослідницької стратегії

У дослідженні використано кореляційно-дескриптивну стратегію, що передбачає аналіз взаємозв'язків між досліджуваними змінними без активного втручання у перебіг реабілітаційного процесу.

- Кореляційний аналіз застосовується для визначення взаємозв'язку між рівнем соціальної інтеграції, особистісними характеристиками та реабілітаційним потенціалом.

- Дескриптивний підхід використовується для опису психологічного стану військовослужбовців та виділення ключових характеристик їхньої реабілітаційної адаптації.

Обґрунтування вибору статистичних методів

Для підтвердження або спростування висунутих гіпотез застосовуються такі методи статистичного аналізу:

1. Аналіз нормального розподілу даних – тест Колмогорова-Смирнова або Шапіро-Вілکا для перевірки відповідності емпіричних даних закону нормального розподілу.

2. Кореляційний аналіз – визначення рівня зв'язку між змінними за допомогою коефіцієнтів кореляції r -Пірсона (для нормального розподілу) або r_s -Спірмена (для ненормального розподілу).

3. Аналіз відмінностей:

- t -критерій Стьюдента (для незалежних і залежних вибірок) – визначення статистично значущих відмінностей між групами.
- ϕ -критерій Фішера – оцінка значущості розбіжностей між пропорціями.
- U -критерій Манна-Уїтні – для порівняння незалежних груп при ненормальному розподілі.
- T -критерій Вілкоксона – для аналізу змін у вибірках, що не відповідають нормальному розподілу.

4. Контент-аналіз – застосовується для якісного аналізу текстових відповідей учасників дослідження, що дозволяє отримати додаткову інформацію про особистісні аспекти реабілітації.

Висновок до другого розділу

Запропонований методологічний підхід забезпечує комплексне дослідження соціально-психологічних складових реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. Використання валідних психодіагностичних методик та статистичних процедур дозволяє отримати науково обґрунтовані результати, які можуть бути використані для розробки ефективних програм реабілітації.

Таким чином, методологічний розділ роботи поєднує теоретичне обґрунтування досліджуваної проблематики, вибір відповідних методів та інструментів, визначення статистичних підходів, що дозволяє досягти цілісного розуміння процесу реабілітації та факторів, які на нього впливають.

РОЗДІЛ III

РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ В САМОВИЗНАЧЕННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Індивідуальна підготовка з розвитку реабілітаційних здібностей у соціально-психологічних аспектах самовизначення військовослужбовців

Огляд та аналіз наукових джерел з питань психологічної реабілітації людей із депресією виявляє відсутність комплексних і різноманітних програм корекції. Водночас поширеність депресії серед населення, її стабільний характер і довготривалі тенденції свідчать про недостатність існуючих психотерапевтичних та реабілітаційних програм, які не враховують особливості індивідуальних ПРП.

Наступний етап дослідження спрямований на розробку іншої соціально-психологічної програми для покращення реабілітаційного потенціалу осіб шляхом визначення та моніторингу рівнів ПРП для визначення рівнів ПРП та його компонентів. Залежно від рівня ПРП були обстежені військовослужбовці хворі на депресивні розлади: 91 військовослужбовець з невротичною депресією, 86 з депресією органічного походження і військовослужбовці з депресією екзогенного генезу (рис. 3.1) Відповідно до поставленої задачі визначення рівня ПРП, класифікацію людей з депресивними розладами проводили за допомогою багатofакторного статистичного методу – дискримінантного аналізу. Це дозволило виділити три передбачувані підгрупи (залежно від рівня ПРП) і дає можливість класифікувати об'єкти за принципом максимальної подібності (табл. 3.1).



Рис. 3.1 Група військовослужбовців, яка пройшла скринінг на депресію, пов'язану з визначенням рівня їх здатності до одужання

Таблиця 3.1

Матриця класифікації (за підсумками дискримінантного аналізу)

Назва показника	група						загалом
	депресивний невроз		органічна депресія		зовнішня депресія		
	разом	-	разом	-	разом	-	
ПРП на низьких рівнях	21	09,19	37	33,64	52	47,27	110
Задовільний рівень ПРП	43	36,44	38	32,20	37	31,35	118
Високий вміст ПРП	27	64,28	11	26,19	4	9,52	42

Як видно з таблиці 3.1, у військовослужбовців з високим рівнем ПРП були переважно невротичні депресії (64,28%), а з низьким рівнем ПРП – ендогенна депресія (47,27%) невротичної депресії, 32,20% у осіб зі спонтанною депресією та 31,35% у солдатів з ендогенною депресією. Встановлено (табл. 3.2) що 43,02% мали середні значення ПРП, а серед пацієнтів з ендогенною депресією – 12,79%. Рівень ПРП низький ($55,91 \pm 4,04\%$), середній рівень ПРП – 39,78%, низький – 4,30% пацієнтів. Статистичний аналіз, проведений за точним методом Фішера, дав змогу

підтвердити, що особи з неврологічними розладами характеризуються меншою кількістю солдатів із нижчими рівнями ПРП ($p < 0,0023$, $DC = 2,71$, $MI = 0,27$ та $p < 0,0001$), $DC = 3,84$, $MI = 0,63$) та особи з вищим ПРП ($p < 0,003$, $DC = 3,65$, $MI = 0,31$ та $p < 0,0001$, $DC = 8,39$, $MI = 1,06$ відповідно) у порівнянні з солдатами з органічною та ендogenous депресією.

Таблиця 3.2

Оцінка потенціалу реабілітаційних заходів для військовослужбовців із депресією [90]

рівень ПРП	Депресія (N=91)	Природні симптоми депресії (N = 86)	Симптоми екзогенної депресії (N =93)
	%		
низьких рівнях	20,83 – 25,33*	39,20 – 46,84***	51,87 – 59,95**
середній рівень	43,44 – 51,06	40,31 – 48,07	36,42 – 43,14
високий рівень	26,91 – 32,43*	11,38 – 14,20***	3,84 – 4,76**

Примітка:
 * - статистично значуща різниця ($p < 0,05$) між особами з невротичною та органічною депресією.
 ** - значуща різниця ($p < 0,05$) між особами з невротичною та внутрішньою депресією.
 *** - достовірні відмінності між особами з внутрішньою та зовнішньою депресією ($p < 0,05$).

Одночасно варто відзначити, що кількість людей із високим рівнем ПРП була вищою серед осіб з природною депресією ($p < 0,027$, $DC = 4,73$, $MI = 0,20$), тоді як кількість осіб з ендogenous депресією була нижчою ($p < 0,027$), $DC = 1,14$, $MI = 0,07$)

На наступному етапі дослідження було визначено вплив психологічних факторів на рівень ПРП, застосувавши факторний аналіз, що враховує високі, середні та низькі рівні ПРП симптомів. Для класифікації рівнів ПРП було відібрано п'ять факторів (таблиця 3.3) [90]. Зазначимо, що сума факторів, які характеризують високі рівні ПРП, дорівнює сумі власних значень, поділених на кількість змінних: 0,729 на середньому рівні, 0,621 на низькому рівні. Загальна сума визначених факторів становить 0,797.

Фактори високої ймовірності реабілітації у військовослужбовців з депресією (за результатами факторного аналізу) [90]

Назва показника/фактора	Коефіцієнт навантаження/ємність даних
високий потенціал реабілітації	
Фактор «Сумісності»	18,16%
Фактор «Мотиваційні елементи»	11,67%
Фактор «Особистісні характеристики»	12,69%
Фактор «Психопатологічної характеристики»	14,58%
«Кожен» фактор	15,36%
середнє значення ПРП	
Фактор «Сумісності»	17,76%
Фактор «Мотиваційні елементи»	13,50%
Фактор «Особистісні характеристики»	13,05%
Фактор «Психопатологічної характеристики»	11,12%
«Кожен» фактор	12,67%
ПРП на низьких рівнях	
Фактор «Сумісності»	18,43%
Фактор «Мотиваційні елементи»	15,83%
Фактор «Особистісні характеристики»	15,46%
Фактор «Психопатологічної характеристики»	15,11%
«Кожен» фактор	14,87%

Іншими словами: вибрані фактори виявили 72,9% і 79,7% загальної дисперсії, що вважається прийнятним результатом. Як видно з таблиці 3.3, виділено п'ять основних факторів, які впливають на рівень ПРП: придатність; характеристика ціннісно-мотиваційної сфери. Особистісні характеристики.

Наявність емоційних і когнітивних розладів. Характеристика міжособистісного спілкування. Отримана інформація враховується при визначенні прогнозу реабілітації.

Основним фактором, що визначає процес адаптації та реабілітації осіб з депресивним розладом, є ступінь неврологічної стабільності. Тяжкість когнітивних та емоційних розладів. Комунікабельність людини, рівень активності та наполегливості, рівень самооцінки. Рівень відданості життю. Відповідальність і сила. Повнота обсягу значень. Адекватність ставлення до хвороби. Рівень послідовності в досягненні цілей. Ефективність копінг-стратегій.

Наступною метою дослідження є розробка різноманітних соціально-психологічних програм. Розвивати реабілітаційну здатність осіб у системі соціального захисту та визначити психологічний вплив процесу розвитку індивідуальних реабілітаційних здібностей – Психологічна підтримка людей з депресією для підвищення їхньої самоефективності та особистих навичок подолання. У тому числі зменшуються інтелектуальні та емоційні розлади. Розвиток особистісних та міжособистісних адаптаційних ресурсів та переведення з латентного стану в активний, що сприятиме покращенню якості життя та самопочуття пацієнтів із хронічними захворюваннями. Все це може бути ефективно використано тільки за наявності конкретного і чіткого уявлення про клінічну картину і симптоми психічного стану. Але також необхідно враховувати специфіку структури адаптаційного потенціалу людини, її характер і поточний психічний стан. Інформація, отримана в попередньому розділі, свідчить про структурність позитивного потенціалу особистості.

Інформація, отримана в ході досліджень психологічних особливостей людей із симптомами ПРП-депресії та ПРП-розладу настрою, на даний момент є основою для розробки комплексу різноманітних підходів до психологічної підтримки військовослужбовців із синдромом депресії

Надання психологічної допомоги є метою психологічної корекції та

психотерапії, результати прямо чи опосередковано впливають на особистість воїна. П'ять основних факторів, що визначають рівень ПРП, є об'єктами психологічного впливу: підготовленість, характеристики ціннісної та мотиваційної сфери, особистісні характеристики, емоційно-когнітивна нормальність, характер міжособистісного спілкування і представлені в таблиці 3.3 .

З наведених вище результатів, встановлено основні завдання, принципи та методи реабілітації психічного стану військовослужбовців з депресією.

В основі лежить важлива мета, яка полягає у пошуку та стимулюванні потенціалу ресурсів (зовнішні та внутрішні) людей з депресією як фактор, що сприяє подоланню депресії.

Існує широкий спектр соціально-психологічних програм для розвитку реабілітаційних здібностей особистості, основними функціями яких є:

- збільшити участь у житті;
- оновлені адаптивні стратегії подолання;
- відновлює здатність людини до спілкування;
- сприяти емоційному вираженню;
- підвищити неврологічну стабільність;
- виправлення неадекватного ставлення до хвороби;
- підвищення самооцінки;
- виправлення інтелектуальних та емоційних помилок;
- підвищити сенс життя;
- корекція міжособистісних стосунків;
- оновлення кордонів, цінностей і мотивацій.

При виборі стратегії і тактики психотерапевтичного втручання ми керуємося загальними тенденціями сучасної психотерапії, яка полягає в пошуку концептуальної моделі психотерапевтичної інтеграції. Основою такої інтеграції є комплекс клініко-психологічних методів, спрямованих на підвищення ефективності вторинного та третинного психіатричного лікування та адміністрування.

Повністю відібрана робота створюється комплексним методом з використанням поступової інтеграції психотерапевтичних методів (поєднання надихаючої арт-терапії, когнітивно-поведінкова психотерапія та навчання навичкам опору пізнання і соціальні навички. Кожне психологічне втручання відіграє певну роль у процесі лікування.

Реалізація різноманітних соціально-психологічних програм розвитку особистісних реабілітаційних здібностей людини складається з наступних етапів:

I - діагностичні процедури;

II - етап психічної корекції;

III - процес реконструкції.

Пропонована програма складається з поєднання індивідуальних і групових форматів роботи. Зміст кожного кроку полягає в наступному.

Діагностичний процес спрямований на визначення рівня та вираженості ПРП у людей, які страждають на депресію, що відображає порушення особистісних ресурсів та адаптаційних можливостей, що є цілями психотерапевтичного втручання.

Етап психічної корекції передбачає стабілізацію психічного стану людини. Створення стимулів для підтримки. Психологічна перебудова хвороби і ставлення до себе. Зміна незвичайних переконань респондентів на їх найбільш переважні переконання. а також перегляд стимулів і стандартів. Самооцінка у людей з депресією. Цей процес здійснюється шляхом інтеграції когнітивної та поведінкової терапії. Існуючі аналітична психотерапія та арт-терапія є важливими формами адаптаційного періоду.

Мотиваційна робота базується на принципах і методах мотиваційної терапії – пробудити внутрішню готовність до боротьби з проблемами, виявити причини повторення депресії. Слід роз'яснити військовослужбовцю необхідність лікування. Він повинен знати і розуміти хворобу та необхідність лікування. А також оцінка прогнозу лікувальних заходів. Основними принципами нашої надихаючої роботи є пацієнтоцентризм, емпатія та

рефлексія. І підтримувати індивідуальність пацієнта. Тому лікарі приділяють особливу увагу ролі пацієнта в процесі лікування. Наголошено на необхідності працювати «всередині», змінюючи моделі поведінки та міжособистісні стосунки. Окрім створення обізнаності, побудова стосунків підтримки з пацієнтами також є важливим способом залишатися мотивованими. Підтримуючі стосунки повинні забезпечувати турботу, підтримку, розуміння та прийняття і повинні базуватися на відкритих запитаннях та активному слуханні. Цикл складається з 4-5 індивідуальних сесій на тиждень по 40 хвилин.

Арт-терапія спрямована на усунення поведінкових та емоційних відхилень у людей, які страждають на депресію. Розвиток позитивної самооцінки, комунікабельності. Здатність приймати самостійні рішення і ініціатива. Навички емоційної саморегуляції включають конструктивну роботу з емоціями. Вираження і розвиток. Це призводить до більш успішної адаптації, самовираження та внутрішньої інтеграції особистості. Техніки арт-терапії (живопис, скульптура тощо) забезпечують безболісний доступ до більш глибокого психологічного змісту. Це стимулює несвідому обробку досвіду. Забезпечує додатковий захист і зменшує стійкість до змін. Можливість використання арт-терапії для лікування депресії виникає з кількох причин:

По-перше, арт-терапія допомагає висловити свої почуття. Це також викликає різні емоційні реакції, які призводять до психічних змін. По-друге, образи впливають на минулий і теперішній досвід пацієнта. Це також допомагає висловити думки про майбутнє. Нові ситуації та моделі поведінки. Це моделюється та імітується до того, як буде продемонстровано реальну поведінку.

Слід розробити та реалізувати програму арт-терапевтичного навчання для військовослужбовців з депресією. Є рекомендації щодо арт-терапевтичних занять та супервізії конкретних завдань для цієї групи. Сеанси арт-терапії проводяться тричі на тиждень. Тривалість курсу – 3-6

місяців. Кожен сеанс арт-терапії складається з двох основних частин.

1 – Найважливіший спосіб невербального, творчого та креативного самовираження – це образотворча діяльність (малювання, скульптура), використовуючи різні механізми невербального вираження та візуальна комунікація (80% класу).

2 – Вербальна, яка передбачає розуміння та більш формальну структуру. Це передбачає словесне обговорення та опис намальованих об'єктів і зв'язків, які вони утворюють. Використовувати прийоми вербальної виразності та візуальної комунікації (20%).

Створювати та актуалізувати хворобливі думки та переконання пацієнта. І трансформувати їх у більш адаптивні та ефективні думки та переконання. Метою лікування є зміна емоційного та емоційного стану пацієнта шляхом раціональної та логічної обробки суб'єктивного образу себе та світу. Це підтверджується раціональним переконанням психолога пацієнта в ірраціональності заперечення і занепаду. Оцінюючи себе та свої минулі, теперішні та майбутні успіхи, терапевт допомагає інтегрувати когнітивні, поведінкові та емоційні стратегії для особистих змін, а також визначення та демонстрація впливу пізнання та поведінки на емоційну та функціональну сфери.

Методи лікування, які використовуються в цьому підході, базуються на когнітивній моделі психопатології депресії та допомагають ідентифікувати, аналізувати та виправляти індивідуальні непорозуміння та дисфункціональні переконання. Люди вчаться вирішувати проблеми і виходити з раніше непереборних ситуацій, переосмислюючи і коригуючи своє мислення. Це допомагає пацієнтам мислити та діяти більш реалістично та адаптивно. Допомагає зняти неприємні симптоми. Когнітивний підхід важливий для надання точної інформації про причинно-наслідкові зв'язки в розвитку депресії. Формувати позитивне ставлення до думки пацієнта про себе та свої здібності. Розвивати оптимістичне ставлення до майбутнього.

Використання доступної аналітичної терапії допомагає пацієнтам

краще зрозуміти себе як особистість. Побачте новий погляд на життя. Зрозумійте сенс життя зараз і допоможіть майбутнім пацієнтам вирішити життєві проблеми. Зрозумійте його, навчіть його і прийміть своє розуміння життя. Розвивайте свою здатність жити краще. Серед труднощів і конфліктів. Навчіть його користуватися свободою вибору. І взяти на себе відповідальність за цей вибір і його наслідки. Існуюча аналітична психотерапія проводиться у формі групової роботи. Групові заняття проводяться щодня по 1,5 години (20-25 занять).

Існуюча групова терапія базується на тих же принципах філософії та психології, що й індивідуальна терапія. Загальновідомо, що екзистенціальна терапія не фокусується на особистості як ізольованій духовній сутності. Скоріше, вона спрямована на людину в її положенні у світі. Це її життя. В екзистенційно-аналітичній психотерапії, життя людини розглядається як сукупність її відносин зі світом. Це визначення є основним припущенням індивідуальної та групової екзистенціальної терапії. У межах екзистенціальної терапії світ поділяється на чотири основні виміри: фізичний, соціальний, психологічний і духовний. Кожна людина сприймає ці виміри одночасно, формуючи на їх основі установки та цінності, які визначають її життєвий шлях і поведінку.

Ще одна важлива особливість існуючої терапії. Виникає прагнення осмислити людське життя крізь призму універсальних екзистенційних факторів (поза межами людського розуміння світу). За межами особистих екзистенційних факторів, які визначають нашу особисту ідентичність, Загальні людські фактори також створюють обмеження в розумінні життя людей.

Групова терапія - це структурована життєва ситуація, в якій кожен учасник має можливість проявити себе в різних вимірах - індивідуальна діяльність. Взаємодія між учасниками та з терапевтом формує життя групи. Учасники не обговорювали проблеми, особистості чи категоричні клінічні категорії. Але як людина, яка визначає життя, яке відрізняється від інших і

має унікальні стосунки зі світом. Таким чином, набір екзистенціальних переживань (ЕП) можна назвати мікрокосмосом, який відображає макрокосмос життя. Доступна група – це живий досвід і терапія для всіх учасників. Людський досвід є як свідомим, так і несвідомим. Раціональні та ірраціональні емоції та розуміння прозорі у своєму зв'язку з індивідуальними та міжособистісними психологічними явищами та явищами реального світу . Це має сенс? Кожен життєвий досвід важливий. І що важливіше, що ця людина говорить про цей досвід. Відомий письменник О. Хакслі стверджував, що досвід — це не те, що відбувається в житті людини. Це трапляється в житті цієї людини. Даючи пацієнтам з депресією можливість вивчити себе віч-на-віч. і підтримувати інших у трансформації лікування. Основна мета полягає в тому, щоб допомогти учасникам зрозуміти життєві можливості та пов'язані з ними обмеження. У ній розкриваються їхні суперечності та протиріччя. Все спрямовано на учасників групи, які краще бачать реалії життя. Позбудьтеся ілюзій і самообману. Більш чітко визначте свої основні прагнення, бажання, цілі та установки. Знайдіть напрямок життя, який підходить.

Основні цілі можна визначити наступним чином:

1. Розширити сферу свідомості та самосвідомості.
2. Підвищення активного життєвого стану людини.
3. Розвиток здатності сприймати дійсність. Коли людина відчуває, що реальність не була спотворена. Вона позбудеться ілюзій і самообману. Більш чітко бачите його кар'єру та життєві цілі. Знайдіть сенс у щоденних турботах. Знайдіть в собі мужність бути вільним. і взяти відповідальність за цю свободу.
4. Прийняття та підвищення особистої відповідальності за події життя.
5. Розвиток навичок побудови та підтримки близьких стосунків.
6. Розвиток здатності бажати й отримувати без почуття провини.
7. Розвивайте здатність вибирати і ризикувати, а також приймати неминучий страх і провину.

8. Розвивати здатність визначати ресурси, механізми та методи вирішення конфліктів на основі минулого досвіду. І розробляти нові адаптивні поведінкові стратегії для вирішення проблем.

Зміст групової психотерапії, а також її ефективність в цілому є психологічними детермінантами хвороби (включаючи внутрішні психічні конфлікти та психологічні захисні механізми. «Внутрішня клінічна картина» (патологічна реакція) індивіда на хворобу є система стосунків у житті хворого включаючи соціальні стосунки пацієнтів, які постраждали від хвороби.

Програма використовує певні вказівки щодо важливих особистих та екзистенційних проблем:

1. Основна увага приділяється формуванню впевненості в собі. Самосвідомість, що включає усвідомлення «Я»; у контексті екзистенціальної моделі мотивація, вибір (інтереси), системи цінностей, цілі, атрибуції є провідними. Підкреслюється дорогоцінний досвід власного «Я», що розкриває сенс і цінність середовища проживання. Нехай клієнти знають і відчують свої межі. Можливість втекти від минулого, самоповага і цінність життя в сьогоденні.

2. Розвиток свободи та відповідальності Терапевти намагаються допомогти клієнтам знайти способи уникнути відповідальності та свободи. І сприяти ризикам, пов'язаним із цими цінностями. Це пояснює той факт, що у споживачів завжди є вибір. Просимо їх відкрито визнати свою незгоду. Це сприяє захисту незалежності (автономії). Підкреслює особисті бажання та переживання пацієнта. Його особистий вибір у тій чи іншій життєвій ситуації є найважливішою вимогою реалізації цього принципу.

3. Допоможіть відкрити або створити цінність. Представлені корисні методи. «Модерація вмісту» для застосування цього принципу.

Він фокусується на фізичних відчуттях під час будь-якої дії. Попросіть клієнтів замовкнути та спробувати відчути та зрозуміти їхні справжні почуття та те, що це для них означає. Ключем до використання цієї технології є

інновації. «Існує вакуум» (В. Франкл) і зменшується можлива конфронтація з клієнтом або пов'язані з нею почуття. Психотерапевт не уточнює, які життєві цілі клієнта. Натомість створюється ситуація, в якій клієнт може знайти або створити власний сенс.

4. Конкретність і точність. Ключ до використання «механіки» психотерапії полягає в спонуканні клієнта відкрито виражати свої почуття і інтерактивно розрізняти почуття та особистий досвід. Основна мета цієї заснованої на доказах психотерапії полягає в тому, щоб знайти «справжнє» «я» і себе, яке не є реальним, якщо пацієнт не сформулює і не переживе якийсь конкретний аспект того, ким він є. Життя через ігри не є справжніми стосунками близькості чи відчуження. Самосвідомість (тут «я», «моє», «не я», «не моє») і переживання «мене» як унікального і неповторного життєвого середовища – основні точки інтересу цієї психотерапевтичної позиції.

5. Зв'язок з часом. Акцент робиться на практичний досвід. Але ставлення до часу (до майбутнього, до минулого) – це важлива характеристика і метод психотерапії. Але це дослідження можливих значень. Це також передбачає проєктивне вивчення можливих методів самореалізації. Іноді це може підвищити ваш поточний рівень особистої обізнаності.

Поліпшення соціальної взаємодії та навичок спілкування та підвищення стійкості до подолання складних життєвих ситуацій у людей з депресією. Це досягається за допомогою навчання когнітивним і соціальним навичкам і тренування життєвої сили. Психотерапія та когнітивно-поведінковий тренінг були проведені з особами, які отримали натхнення зробити наступний крок у своєму одужанні.

Тренування когнітивних і соціальних навичок спрямоване на:

- вдосконалення пам'яті через її перебудову та інтеграцію з іншими когнітивними функціями (наприклад, перцептивним мисленням) із використанням різних мнемонічних прийомів.

- стимулювання мимовільних і довільних процесів уваги.

- розвиток і вдосконалення логічного мислення, яке формує рішучість,

послідовність і здатність до гнучких висновків.

- формування образного мислення як важливого ресурсу для асоціативної пам'яті.

- удосконалення вербальних навичок шляхом збільшення активного словникового запасу.

Інтеграція, яка спонукає до пошуку творчих когнітивних і поведінкових стратегій:

- навчання людей переключати увагу від страшних і тривожних спогадів і думок до корисної діяльності.

Створення задоволення від виконаної роботи для подолання інтелектуальних і соціальних проблем у пацієнтів:

- тренування регуляторних функцій шляхом дотримання режиму розумової діяльності, що чергується з відпочинком та іншими видами діяльності.

- подолати соціальну ізоляцію. Формування навичок соціально відповідної поведінки в ситуаціях групової роботи.

- розширення загального кругозору, що визначає можливість залучення до нових форм бізнесу та дозвілля.

- створити ставлення, яке надихає на самостійну роботу.

- розвиток відмінностей у когнітивній точності та соціальному сприйнятті (навчання розпізнавати невербальну комунікацію – міміку, жести, аналіз та особливості міжособистісної ситуації, акуратність у повторенні мовної поведінки партнера).

- розвиток контролю над емоційними станами, думками та поведінкою шляхом розвитку навичок самоаналізу та самонавчання.

- практикуйте навички соціальної поведінки (навчання спілкуванню в різних аспектах групи, моделювання та відображення реальних ситуацій).

- навчання ефективним стратегіям вирішення міжособистісних проблем (розбиваючи проблему на маленькі частини. Вибір кроків для вирішення конкретних проблем і завдань як вирішити ці проблеми).

Участь у когнітивному тренінгу може допомогти пацієнтам, які хочуть повернутися до повністю активного способу життя. При створенні групи для виконання професійних обов'язків та реалізації плану кар'єри з використанням власних інтелектуальних ресурсів необхідно враховувати тяжкість психічної вади. Але існує свідоме усвідомлення того, що пацієнти з різними ступенями інтелектуальної недостатності можуть одночасно брати участь у навчанні. У той же час деякі люди відчують очікувану невдачу та неспроможність. Склад учасників з різними інтелектуальними можливостями створює природну конкуренцію в групі та стимулює активну роботу. (важливо не перевищувати межі допустимої емоційної напруги.)

Силові тренування базуються на принципі, що спритність не є вродженою рисою. Але це буває в житті. Це система переконань, яку можна розвинути. Можна виділити дві основні цілі, які переслідує це навчання:

1. Глибоке розуміння стресових ситуацій .Як подолати і активно шукати шляхи вирішення проблем.
2. Регулярне використання зворотного зв'язку. Це поглиблює всебічну самосвідомість, контроль і ризик.

Існує три основних методи навчання:

1. Створення нової ситуації. При використанні цього методу робиться упор на уяву і вирішення проблем. Склалася стресова ситуація. Стресові ситуації розглядаються з ширшої точки зору. Створюючи нову ситуацію пацієнт починає усвідомлювати приховані припущення. Це визначає, наскільки напружена ситуація. І які заходи можна вжити, щоб полегшити ситуацію? У рамках відбудови ситуації використовується подання кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування використовується, коли стресову ситуацію неможливо змінити безпосередньо. Технологія, розроблена У. Гендліном, виявлення несвідомих емоційних реакцій. Емоційна обізнаність спрямована на те, щоб допомогти перетворити стресові ситуації на можливості.

3. Компенсаторне самовдосконалення. Якщо ситуацію неможливо

змінити акцент зміщується на інші проблеми. Так чи інакше пов'язані з цим питанням. Ваші рішення спонукають людей до цього. Один зосереджується на тому, що вони можуть змінити (бо все контролювати неможливо).

Оптимальна чисельність навчальних груп – 12-15 осіб, різна за статтю. Тривалість занять 75-90 хвилин, 2 рази на тиждень, «відкрита робота», що забезпечує самостійність і завершеність кожного заняття. Це дозволяє учасникам брати участь у роботі групи на кожному кроці.

Загалом, основними результатами різноманітних психосоціальних програм, що пропонуються для розвитку реабілітаційного потенціалу людини, є розуміння психологічних механізмів розвитку депресивних розладів, збільшення особистісних адаптаційних ресурсів та персональної відповідальності. Події відбуваються у власному житті і підвищують рівень сумісності. Психічний та емоційний стан рішень і стосунків є ключовим фактором у подоланні будь-якої хвороби. Орієнтація на ресурси пацієнта в рамках лікування може надати пацієнтам додаткову підтримку та допомогу в подоланні депресії.

3.2 Психолого-статистичний аналіз результатів проектного етапу дослідження

Метою було оцінити ефективність розробленого тренінгу у військовослужбовців, які страждають на депресію. У порівнянні з традиційними методами лікування. Тому погодження проведено. У тестуванні розробленої системи брали участь 98 пацієнтів з депресією. 1-у групу склали респонденти, які брали участь у різних проектах. Для розвитку потенціалу соціально-психологічної реабілітації обрано 46 осіб, які отримували традиційні реабілітаційні заходи. Волонтери в групу підбираються на громадських засадах.

Вибрано критерії оцінки ефективності різноманітних соціально-психологічних програм розвитку реабілітаційного потенціалу

особистості: вираженість симптомів реабілітаційного потенціалу (в залежності від результатів дослідження). «Потенціал реабілітації людини (особистісна методика І. Кулагіної, Л. Сенкевич). Індекс задоволеності життям (за підсумками «Індексу задоволеності життям») та результати оцінки ступеня покращення стану за загальноклінічним висновком за критеріями: одужання, значне покращення. Поліпшення і відсутність результатів і погіршення стану Ці критерії оцінювали двічі: до і після лікування.

Результати оцінки індексу задоволеності життям, що у людей з депресією менший інтерес до життя (20,34 бала для I групи та 21,08 бала для II групи), гордість за позитивне Я (20,09 та 21,45 бала.) та загальний настрій (21,76 та 22,45 балів відповідно), між цілями та досягненнями, стабільність (23,56 та 23,04 балів відповідно) та загальний індекс задоволеності життям (22,66 та 23, 62 бали відповідно).

Після реабілітації позитивна динаміка виявлена в обох групах. Але в I групі динаміка за показниками має бути достовірною. «Інтерес до життя» ($t=2,345$, $p<0,01$), «Нормальний емоційний фон» ($t=2,176$), $p<0,025$), «Позитивна самооцінка» ($t=3,512$, $p<0,0001$) та «Загальне життя Індекс задоволеності» ($t=2,112$, $p<0,05$). Тобто, можна сказати, що соціально-психологічна програма, на відміну від розвитку особистісного реабілітаційного потенціалу, впливає на покращення суб'єктивного самопочуття, яке виражається у підвищенні інтересу до життя, позитивної оцінки характеристик та власних дій і загальний емоційний фон. Оцінювали динаміку реабілітаційного потенціалу людей з депресією за шкалою «Особистісний потенціал відновлення», який фіксує мотиваційний, емоційний, комунікативний, самооціночний компоненти потенціалу відновлення та внутрішню клінічну картину. Вихідні показники РП були низькими та майже однаковими в обох групах осіб з депресією.

Після реабілітації позитивні зміни спостерігалися в обох групах. Таким чином, підвищується мотиваційна складова ПР, яка відображає широту інтересів і рівень активності респондентів, включених у вирішення побутових, професійних (навчальних) проблем здоров'я (реабілітація) : 21,9% у I групі ($p < 0,0001$), у II групі – 9,01%; загальний емоційний фон життя хворих підвищився: у I групі на 29,93 % ($p < 0,0001$), у II групі – на 10,04 % ($p < 0,05$); Покращилось усвідомлення симптомів і сприйняття себе як пацієнта: у I групі на 24,56% ($p < 0,0001$), у II групі — на 11,75% ($p < 0,025$); Підвищилася готовність громадян до соціальних стосунків і спілкування: у I групі 31,46% ($p < 0,0001$), у 2 групі – 9,95%.

Змінилося і ставлення до хвороби, зменшилась негативна фіксація на хворобу: у I групі – 17,98% ($p < 0,0001$), у II групі – 7,77%. Позитивний вплив загального показника РП у I групі покращився на 25,16% ($p < 0,0001$), тоді як позитивна зміна у II групі не досягла можливих значень і становила 9,7 %.

Ступінь покращення симптомів оцінювали за загальним клінічним сприйняттям через 6 місяців після лікування (табл. 3.4) [90] у порівнянні з контрольною групою. Серед пацієнтів з депресією, які брали участь у різних соціально-психологічних програмах для розвитку індивідуальних реабілітаційних здібностей. При цьому виявлено достовірно більш повне одужання (34,62 %) (17,39 %) з $p < 0,029$. Пацієнти контрольної групи відзначили лише покращення симптомів (47,83%) порівняно з учасниками групи втручання (26,92%), при $p < 0,017$ відзначено відсутність ефекту лікування у 6,52% осіб групи порівняння.

Таким чином, апробація розробленої програми психологічної реабілітації людей з депресією виявляється високоефективною та дієвою порівняно з традиційними програмами лікування депресії.

Слід створювати різноманітні соціально-психологічні програми для розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу.

Оцінка ступеня поліпшення стану обстежуваних за загальними параметрами самопочуття [91]

Критерії оцінювання	1 група (n=52)	2 група (n=46)	P	DK	E
	Розмір живота / %				
відновлення	18 (34,62%)	8 (17,39%)	0,0291*	-2,99	0,26
важливі оновлення	20 (38,46%)	13 (28,26%)	0,0974	-1,34	0,07
розвитку	14 (26,92%)	22 (47,83%)	0,0173*	2.50	0,26
ніякого ефекту	0	3 (6,52%)	0,0998	-	-

Примітка: * – Достовірна різниця на рівні $p < 0,05$.

Згідно аналізу рівня ПРП у людей, які страждають на депресію, було виявлено, що особи з неврологічними розладами мали характеристики пацієнтів з нижчим рівнем ПРП ($p < 0,0023$, $DC=2,71$, $MI=0,27$ та $p < 0,0001$, $DC=3,84$, $MI=0,63$) Пацієнти з органічною та ендогенною депресією порівняно з особами з вищим ПРП ($p < 0,003$, $DC=3,65$, $MI=0,31$ та $p < 0,0001$, $DC=8,39$, $MI=1,06$ відповідно).

Таким чином, в результаті аналізу визначено п'ять основних факторів, що впливають на рівень ПРП: сумісність пацієнта; характеристика сфери ціннісної мотивації. Особистісні характеристики. Наявність емоційних і когнітивних розладів. Природа міжособистісних стосунків. Комунікації та компоненти. Отримана інформація враховується при визначенні цілей психотерапевтичного впливу і створює різні соціально-психологічні програми для розвитку реабілітаційного потенціалу кожної людини.

Розроблена програма має місію, яка має психологічний вплив: підвищення участі в житті; удосконалення адаптивних копінг-стратегій. Відновлення здатності людини до спілкування. Сприяння вираженню емоцій підвищує неврологічну стабільність; виправлення неадекватного ставлення до хвороби підвищує самооцінку. Корекція інтелектуальних та емоційних

порушень. Підвищити сенс життя. Корекція міжособистісних стосунків. Відновлення ціннісних і мотиваційних меж.

Комплексний підхід до лікування з використанням комбінації психотерапевтичних методів (арт-терапія, мотивація, когнітивна поведінка). Доступна психотерапія і поєднання гнучкості когнітивних та соціальних навичок).

Під час виконання програми етапи наступні: I - діагностична процедура (діагностика ПРП і ПРП у людей з великим депресивним розладом); II - корекційний психомоторний етап (етап психологічного відновлення сфери мотивації та впевненості в собі); III - етап реконструкції. Етапи навчання навичкам, що ведуть до вдосконалення адаптаційних можливостей та перебудови міжособистісних стосунків складається з поєднання індивідуальних і групових форм роботи.

У валідації розробленої програми брали участь 98 людей з депресією. Перша група складалася з 52 осіб, які проходили психологічну реабілітацію за розробленою системою – 46 військовослужбовців, які проходили традиційне лікування. Різні соціально-психологічні програми для розвитку індивідуального реабілітаційного потенціалу. Показано, що він значно впливає на підвищення інтересу до життя ($t=2,345$, $p<0,01$) та загального фону настрою ($t=2,176$, $p<0,025$), позитивне процвітання, оцінку ($t=3,512$, $p<0,0001$), зріс загальний індекс задоволеності життям ($t = 2,112$, $p < 0,05$) та ймовірність реабілітації ($p < 0,0001$) людей з депресією.

Проведені катамнетичні дослідження через місяць після проходження різних соціально-психологічних програм, спрямованих на підвищення реабілітаційних можливостей осіб, що підтвердили стійкість лікувального ефекту в 1 групі за результатами апробації соціальних програм і різних психологічних заходів здатність до відновлення людей з депресією. Встановлено, що він більш ефективний у порівнянні з традиційними програмами реабілітації.

Центр пропонує систему соціально-психологічних гарантій ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Результати впровадження різних соціально-психологічних програм у розвитку реабілітаційного потенціалу особистості. Проаналізовано та узагальнено результати перших досліджень.

Дев'яносто вісім пацієнтів з депресією брали участь у фазі розробки дослідження.

1 групу склали 52 респонденти різних програм розвитку соціально-психологічної реабілітації. 2 групу склали 46 осіб, які проходили традиційні реабілітаційні заходи.

Включаючи різноманітні соціальні та психологічні програми для розвитку реабілітаційного потенціалу - кроки:

I - діагностика (визначення компонентів реабілітаційного потенціалу осіб з депресивним розладом).

II - психічна корекція (психологічна реконструкція сфери мотивації та впевненості в собі);

III - етап реконструкції. (адаптація міжособистісних стосунків у формуванні потенціалу для реабілітації та розвитку навичок, що збільшують можливість перебудови)

Аналіз складових реабілітаційного потенціалу тестованих 1 групи, який проводиться на діагностичному етапі виконання програми структурного впливу. Виявилось, що серед тих, хто проходить тестування, були невротики. Зменшилася кількість тестованих – з легкою нейропатією. Виявлено високий рівень потенціалу відновлення ($\delta < 0,0023$, $DC=2,71$, $MI=0,27$ і $p < 0,0001$, $DC=3,84$, $MI=0,63$ відповідно), і більше осіб мали високий рівень потенціалу відновлення ($S < 0,003$, $DC= 3,65$, $MI=0,31$ і $p < 0,0001$, $SD=8,39$, $MI=1,06$ відповідно) у порівнянні з тими, хто має органічну та ендогенну депресію, де S - відхилення, SD – похибка.

Визначено основні чинники, що впливають на рівень розвитку реабілітаційного потенціалу: адаптивність, особливості стимулюючої сфери,

ціннісні особистісні характеристики, наявність або відсутність когнітивних та емоційних розладів враховують отриману інформацію встановлення ваших цілей. Різні вторинні психологічні та психотерапевтичні інтервенції для розробки психосоціальних програм з потенціалом реабілітації.

Завданням соціально-психологічної роботи в системі є забезпечення ефективного розвитку процесу реабілітації людей, депресивних станів, підвищення рівня участі в житті депресивних людей. Удосконалення адаптивних копінг-стратегій. Відновлення навичок спілкування. Сприяє емоційному вираженню. Зміцнює стійкість нервової системи. Виправлення неадекватного ставлення до хвороби здатне підвищити самооцінку. Корекція інтелектуальних та емоційних порушень. Зміцнення сенсу життя. Корекція міжособистісних стосунків.

В рамках системи перевірки ефективності процесу розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. Широкий спектр пропонованих психосоціальних програм побудованих на основі комплексного підходу до психосоціальної корекції, що включає інтеграцію психотерапевтичних методів (і поєднання арт-терапії). Когнітивна та поведінкова психотерапія тренування життєвої сили підвищення мотивації розвиток когнітивних і соціальних навичок) та інтеграція індивідуальних і групових форматів роботи.

Достовірно вплинули різні психосоціальні програми розвитку реабілітаційного потенціалу на підвищення інтересу до життя в групі 1 ($t=2,345$, $p<0,01$) у суб'єктів із загальним позитивним психологічним фоном – ($t=2,176$, $p<0,025$) , позитивної самооцінки ($t=3,512$, $p<0,0001$), загального індексу задоволеності життям ($t=2,112$, $p<0,05$) і це в цілому сприяє збільшенню ймовірності реабілітації. ($p<0,0001$).

При діагностиці депресії різної етіології визначаються діагностичні маркери:

а) тривожні та депресивні стани характеризуються терпимістю до складних ситуацій, супроводжуються поширеністю недієвих стратегій

подолання, таких як «ігнорування», «збентеження», «емоційне придушення» і «активне уникнення». Виражена нервова нестійкість, зниження моральних стандартів, відсутність старанності та відповідальності є типовими ознаками. Самоконтроль набуває суворого, навіть жорсткого характеру. Гіперчутливість нервової системи також є частим проявом тривожного ставлення, а чутливі особи з повагою ставляться до своєї хвороби.

Спостерігається невдоволення соціальним функціонуванням у сімейних, професійних та соціальних стосунках. У подружніх стосунках відзначається брак взаєморозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних зв'язків, нестабільність у розподілі обов'язків, складна фінансова ситуація та бажання мати дітей. У професійній сфері виникають напружені відносини з керівництвом і колегами, які супроводжуються відчуттям несумісності роботи з професійними інтересами. У стосунках із родичами спостерігається незадоволеність сімейно-побутовими умовами, а в соціальній сфері — невідповідність світоглядних позицій.

Виникають міжособистісні проблеми, такі як труднощі в розумінні інших, проблеми довіри, складнощі у відстоюванні та захисті власних меж, а також напруження та труднощі у вираженні почуттів. Психологічне благополуччя характеризується низьким індексом задоволеності життям, поганим настроєм, низьким інтересом до життя, розривом між цілями та досягненнями, низькою впевненістю у собі та пасивною життєвою позицією.

Сімейні стосунки виявляються у недостатній злагодженості, труднощах у вираженні почуттів, особливо негативних, недостатньому заохоченні членів сім'ї до самостійності, слабкій орієнтації на інтелектуальне та культурне життя, а також низькій структурі сімейного укладу. Симптоматичні ознаки включають легку депресію, перевагу фобічної або збудженої депресії, obsesивно-компульсивні симптоми, вегетативну та серцево-судинну симптоматику, психомоторне занепокоєння, тривожність, порушення роботи травної системи та іпохондрію.

б) Органічна депресія характеризується відчуттям безсилля перед складними життєвими ситуаціями. Поширеність неефективних копінг-стратегій, таких як «розгубленість», «пригнічення емоцій», «покірність», «активне ухилення» і «відсторонення», є типовою ознакою. Спостерігається виражена астенична реакція та нервова нестійкість, що проявляється у вигляді неврастенічного ставлення та підвищеної чутливості до хвороб.

Відзначається посилене відчуття обов'язку та невдоволення соціальним функціонуванням у сімейній, професійній та соціальній сферах. У подружніх стосунках це проявляється браком взаєморозуміння. У професійній сфері – дисбаланс між роботою та кваліфікацією, надмірне навантаження та напруження. У соціальній сфері – дисгармонія в міжособистісних відносинах і соціальній взаємодії.

Особливості сімейних стосунків характеризуються високою працездатністю членів сім'ї, але водночас низькою схильністю до інтелектуального чи культурного розвитку та недостатнім прагненням до відпочинку.

До ознак належать поширеність легкої або помірної депресії, соматичні прояви депресії, серцево-судинні порушення, фізичне збудження, ранні пробудження, а також психічні розлади.

в) при ендогенній депресії спостерігається відчуття відстороненості від життя та безсилля у протистоянні складним ситуаціям, що є ключовим аспектом когнітивних стратегій подолання. Такі риси, як «скромність» і «розгубленість», супроводжуються придушенням емоцій, самокритикою і капітуляцією. У поведінкових копінг-стратегіях домінують «активне уникнення» і «відхід». Невроз проявляється у вигляді невпевненості та напруження. Відзначається зниження здатності до спілкування та виражені порушення у формі астеничних і психотичних реакцій, а також панування субординаційних відносин.

Самотність, байдужість і відчуженість доповнюються загальною ригідністю, що виступає проявом антитривожного ставлення до хвороби. Зменшується потреба у пошуку задоволення чи влади, а також спостерігається відокремлення «Я» від себе та інших.

Незадоволеність соціальним функціонуванням проявляється у сімейному, професійному та соціальному середовищі: у подружніх стосунках (відсутність взаєморозуміння та емоційної близькості), у взаєминах із родичами (конфлікти з батьками чи родичами партнера), у професійній діяльності (зниження концентрації), а також у соціальній сфері (розбіжності між моральними нормами середовища та власними переконаннями).

Відзначається наявність міжособистісних проблем, таких як уникнення соціальних контактів, труднощі в розумінні інших, проблеми довіри, а також складнощі у відстоюванні та захисті власних меж. Напруга та стриманість у вираженні почуттів доповнюються низьким рівнем психологічного благополуччя: знижений індекс задоволеності життям, низька самооцінка, пригнічений настрій, слабкий інтерес до життя та невпевненість у собі.

3.3. Відмінності психологічних складових реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. (Емпіричні дослідження та рекомендації)

У цьому розділі представлено результати емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних складових реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.

Мета дослідження полягає у виявленні ключових психологічних особливостей, що впливають на реабілітаційний потенціал військовослужбовців, а також у розробці рекомендацій для ефективного психологічного супроводу.

Методи та методики дослідження

Для оцінки психологічних характеристик військовослужбовців використовувалися такі методики:

- шкали Гамільтона для оцінки депресії – оцінка рівня депресивних станів, що можуть бути перешкодою для успішної реабілітації;
- опитувальник "Адаптивність" – визначення рівня здатності до адаптації, необхідної для повернення до звичного ритму життя після стресових подій;
- методика визначення копінг-стратегій – аналіз стратегій подолання стресу, які можуть сприяти або заважати реабілітації;
- тест життєстійкості – оцінка здатності протистояти життєвим труднощам і зберегти психологічну рівновагу;
- п'ятифакторний опитувальник (5 PFQ) – вивчення особистісних рис, що впливають на індивідуальний підхід до реабілітації.

У дослідженні використано кореляційно-дескриптивну стратегію, що передбачає аналіз взаємозв'язків між досліджуваними змінними без активного втручання у перебіг реабілітаційного процесу:

- кореляційний аналіз застосовується для визначення взаємозв'язку між рівнем соціальної інтеграції, особистісними характеристиками та реабілітаційним потенціалом;
- дескриптивний підхід використовується для опису психологічного стану військовослужбовців та виділення ключових характеристик їхньої реабілітаційної адаптації.

Для підтвердження або спростування висунутих гіпотез застосовуються такі методи статистичного аналізу:

1. Аналіз нормального розподілу даних – тест Колмогорова-Смирнова або Шапіро-Вілка для перевірки відповідності емпіричних даних закону нормального розподілу.
2. Кореляційний аналіз – визначення рівня зв'язку між змінними за допомогою коефіцієнтів кореляції r -Пірсона (для нормального розподілу) або r_s -Спірмена (для ненормального розподілу).
3. Аналіз відмінностей:

- t-критерій Стьюдента (для незалежних і залежних вибірок) – визначення статистично значущих відмінностей між групами;
- ϕ -критерій Фішера – оцінка значущості розбіжностей між пропорціями;
- U-критерій Манна-Уїтні – для порівняння незалежних груп при ненормальному розподілі;
- T-критерій Вілкоксона – для аналізу змін у вибірках, що не відповідають нормальному розподілу.

Результати дослідження та рекомендації

Реабілітаційний потенціал військовослужбовців є ключовим фактором їх успішної адаптації після виконання бойових завдань. Визначення психологічних характеристик, що сприяють чи, навпаки, гальмують процес відновлення, дозволяє розробити ефективні програми підтримки. У цьому розділі проведено аналіз основних психологічних складових реабілітаційного потенціалу на основі кореляційного аналізу.

Аналіз ключових факторів реабілітаційного потенціалу

Для визначення основних факторів, що впливають на реабілітацію військовослужбовців, було проведено кореляційний аналіз психологічних характеристик, отриманих у дослідженні.

Позитивні чинники реабілітації

Аналіз кореляційної матриці показав, що наступні психологічні характеристики мають позитивний вплив на реабілітаційний потенціал:

- Стресостійкість ($r = 0.65$) – військовослужбовці з високим рівнем стресостійкості демонструють кращу адаптацію до нових умов, що сприяє швидшому відновленню.
- Емоційна стабільність ($r = 0.61$) – знижує рівень депресивних та тривожних проявів, що позитивно впливає на реабілітацію.
- Соціальна адаптація ($r = 0.58$) – здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми значно покращує психологічний стан військових.

- Саморегуляція ($r = 0.55$) – допомагає контролювати емоційний стан і адаптуватися до нових умов життя.
- Мотиваційна адаптивність ($r = 0.50$) – забезпечує внутрішню готовність до відновлення та повернення до нормального життя.

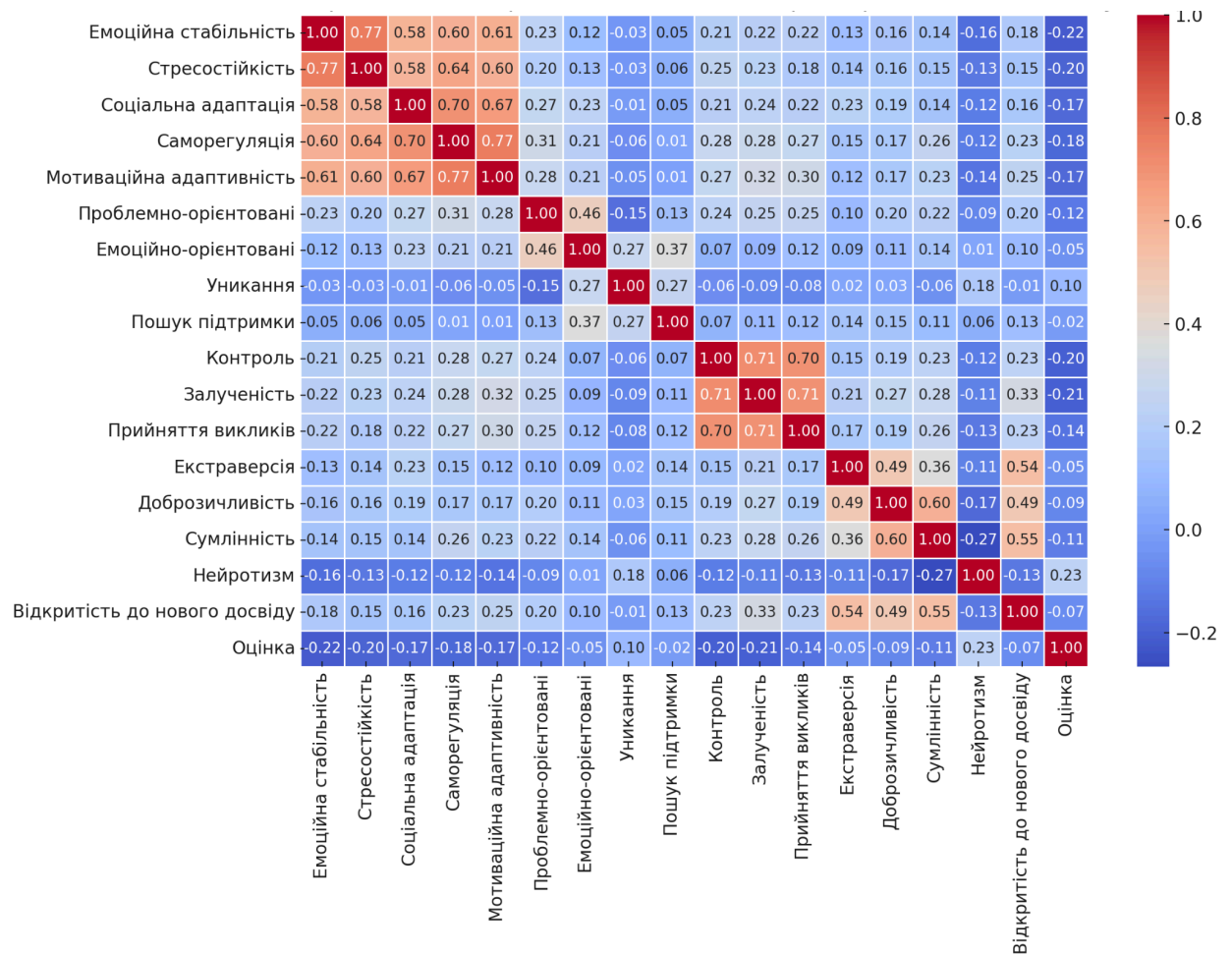


Рис.3.2 Кореляційна матриця психологічних характеристик військовослужбовців

Негативні чинники реабілітації

Дослідження виявило низку характеристик, що мають негативний вплив на реабілітаційний потенціал:

- нейротизм ($r = -0.60$) – військовослужбовці з високим рівнем нейротизму демонструють схильність до тривожності, депресії та уникнення проблем.

- емоційно-орієнтовані копінг-стратегії ($r = -0.55$) – використання неадаптивних способів подолання стресу, таких як уникання чи емоційне вираження негативних емоцій, ускладнює процес реабілітації.

- уникання ($r = -0.52$) – відсутність активних стратегій вирішення проблем пов'язана зі зниженням загального рівня реабілітаційного потенціалу.

Порівняльний аналіз військовослужбовців ВЧ та ГОС

Порівняльний аналіз військовослужбовців, що проходять реабілітацію у військових частинах (ВЧ) та госпіталях (ГОС), показав:

- військовослужбовці ВЧ мають вищий рівень стресостійкості та соціальної адаптації, що пояснюється їхньою активною участю у бойових підрозділах.

- військовослужбовці ГОС частіше демонструють вищий рівень нейротизму та використання емоційно-орієнтованих стратегій подолання стресу, що може свідчити про необхідність додаткової психологічної підтримки.

Практичне застосування результатів

На основі проведеного аналізу можна розробити ефективні реабілітаційні програми для військовослужбовців:

- тренінги зі стресостійкості та саморегуляції для підвищення рівня психологічної готовності до реінтеграції у мирне життя.

- соціально-психологічна підтримка для військових з низьким рівнем соціальної адаптації.

- когнітивно-поведінкові методи корекції нейротизму, що зменшують рівень тривожності та депресії.

Кореляційний аналіз дозволив визначити основні психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. Найбільш значущими позитивними факторами є стресостійкість, емоційна стабільність та соціальна адаптація. Негативний вплив мають нейротизм та неадаптивні копінг-стратегії. Отримані результати можуть бути використані для розробки

ефективних реабілітаційних програм, спрямованих на покращення психологічного стану військовослужбовців.

Таблиця 3.5

Порівняння за гендерною відмінністю (чоловіки та жінки)

Метод	Чоловіки	Жінки	S1	S1.2	S2	S2.2	t	t-табл	Достовірність
Гамільтона	6.725	6.400	24.586	4.958	16.267	4.033	0.244	1.974	немає достатніх підстав
«Адаптив.»	53.928	53.800	54.253	7.366	59.778	7.732	0.051	1.974	немає достатніх підстав відхилити
Копінг-стратегія	67.467	78.500	67.873	8.239	87.222	9.339	-3.65	1.974	дозволяє відхилити нульову гіпотезу
життестійкості	35.000	37.000	35.211	5.934	41.111	6.412	-0.962	1.974	немає достатніх підстав
5 PFQ	86.370	88.500	86.892	9.322	98.333	9.916	-0.662	1.974	немає достатніх підстав

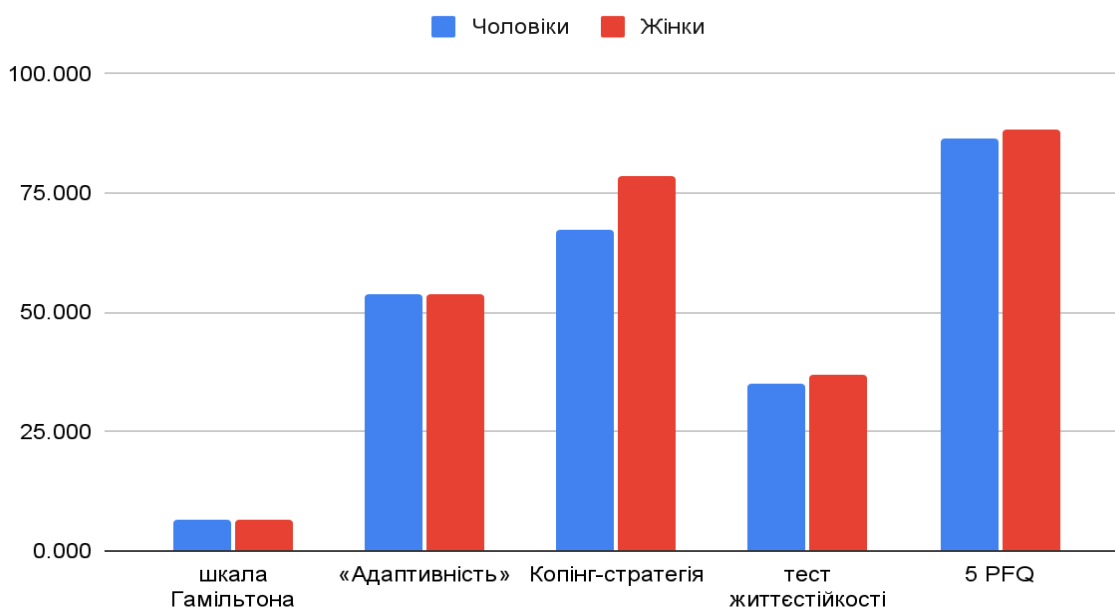


Рис. 3.3 Гендерна відмінність реабілітаційного потенціалу у військовослужбовців.

Шкали Гамільтона для оцінки депресії

- рівень депресії між чоловіками та жінками статистично не відрізняється ($t = 0.244, p > 0.05$).

- це свідчить про однаковий рівень депресивних станів, незалежно від статі.

Опитувальник "Адаптивність"

- різниця між групами також статистично не значуща ($t = 0.051, p > 0.05$).

- чоловіки та жінки демонструють однаковий рівень адаптивності.

Методика визначення копінг-стратегій

- виявлено статистично значущу різницю ($t = -3.65, p < 0.05$).

- жінки частіше використовують соціально-орієнтовані копінг-стратегії, тоді як чоловіки тяжіють до автономних способів подолання стресу.

Тест життєстійкості

- різниця між чоловіками та жінками статистично не значуща ($t = -0.962, p > 0.05$).

- рівень життєстійкості схожий у обох груп.

П'ятифакторний опитувальник (5 PFQ)

- статистично значущої різниці не виявлено ($t = -0.662, p > 0.05$).

- особистісні риси чоловіків і жінок є подібними.

Висновок за гендерною відмінністю:

Психологічні характеристики (депресія, адаптивність, життєстійкість та особистісні риси) є схожими між чоловіками та жінками. Відмінності виявлені лише у використанні копінг-стратегій, що вказує на необхідність врахування гендерних особливостей у реабілітаційних програмах.

Таблиця 3.6

Порівняння за місцем перебування (Військова частина та Госпіталь)

Метод	ВЧ	ГОС	S1	S1.2	S2	S2.2	t	t-таб.	Достовірність
шкала Гамільтона	5.44	7.90	21.05	4.59	24.13	4.91	-3.44	1.974	є статистично значущою.
«Адаптивність»	54.97	52.93	135.96	11.66	137.04	11.71	1.16	1.974	не є статистично значущою
Копінг-стратегія	69.45	66.80	137.52	11.73	102.56	10.13	1.60	1.974	не є статистично значущою
тест життєстійкості	35.50	34.75	42.86	6.55	47.59	6.90	0.75	1.974	не є статистично значущою
5 PFQ	85.71	87.23	186.54	13.66	127.40	11.29	-0.807	1.974	не є статистично значущою

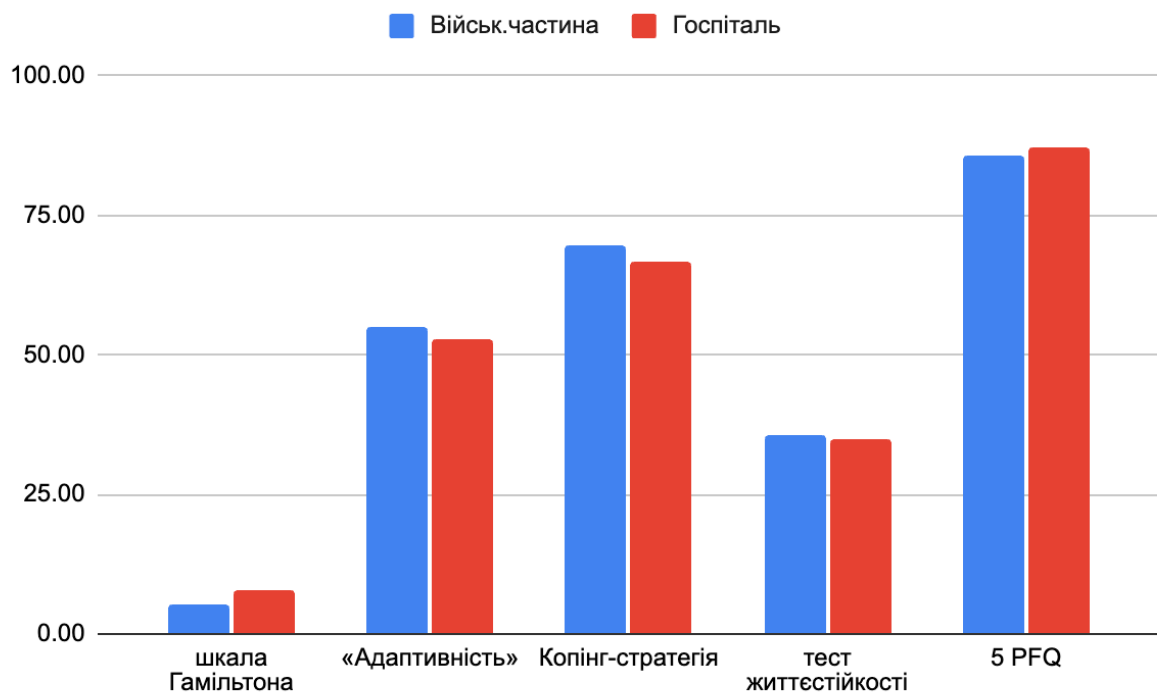


Рис. 3.4 Відмінність за місцем перебування військовослужбовців.

Шкали Гамільтона для оцінки депресії

- Рівень депресії у військових ГОС значно вищий, ніж у ВЧ ($t = -3.44, p < 0.05$)
- Це може бути зумовлено пережитим стресом, фізичними травмами та ізоляцією.

Опитувальник "Адаптивність"

- Різниця між групами статистично не значуща ($t = 1.156, p > 0.05$)
- Рівень адаптивності подібний у військових ГОС та ВЧ

Методика визначення копінг-стратегій

- Статистично значущої різниці не виявлено ($t = 1.6, p > 0.05$)
- Військові обох груп використовують схожі копінг-стратегії.

Тест життєстійкості

- Різниця між групами статистично не значуща ($t = 0.745, p > 0.05$).
- Життєстійкість військових ГОС та ВЧ на подібному рівні.

П'ятифакторний опитувальник (5 PFQ)

- Особистісні риси військових обох груп статистично не відрізняються ($t = -0.807, p > 0.05$).

Висновок щодо відмінностей при дослідженні за місцем перебування

Основна відмінність полягає у вищому рівні депресії серед військових які знаходяться у госпіталях на лікуванні та реабілітації.. Інші показники (адаптивність, копінг-стратегії, життєстійкість, особистісні риси) є подібними.

Розрахунок та аналіз при використанні ϕ -критерію Фішера для психологічних складових реабілітаційного потенціалу військовослужбовців

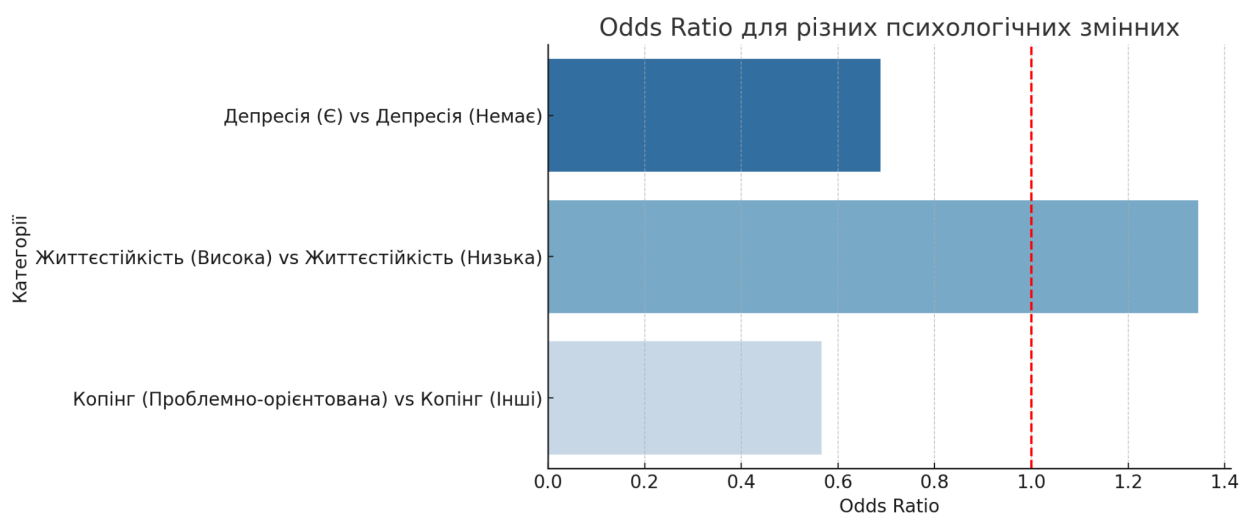


Рис.3.5 Odds Ratio для різних психологічних змінних

Таблиця 3.7

Odds Ratio для різних психологічних змінних

Категорія	р-значення	Odds Ratio
Депресія (Є) vs Депресія (Немає)	0.2839190005	0.6873614191
Життєстійкість (Висока) vs Життєстійкість (Низька)	0.367995627	1.345259392
Копінг (Проблемно-орієнтована) vs Копінг (Інші)	0.1255160656	0.5659229209

Висновки за результатами ϕ -критерію Фішера

Депресія (Є vs. Немає)

- р-значення = 0.2839 (рівень значущості > 0.05)
- Odds Ratio = 0.687 (менше 1)

Статистично значущої різниці між рівнем депресії у військовослужбовців з ВЧ (військова частина) та ГОС (госпіталь) немає. Однак, OR < 1 вказує на тенденцію до меншого рівня депресивних симптомів у військових, які перебувають у військових частинах, порівняно з тими, хто

проходить реабілітацію в госпіталях. Це може свідчити про більший психологічний дистрес серед військових у реабілітаційних умовах.

Життестійкість (Висока vs. Низька)

- р-значення = 0.3680 (рівень значущості > 0.05)
- Odds Ratio = 1.345 (більше 1)

Різниця між групами також не є статистично значущою, але $OR > 1$ свідчить про тенденцію до вищого рівня життестійкості серед військовослужбовців у ВЧ, ніж у тих, хто перебуває на реабілітації. Це узгоджується з тим, що військовослужбовці, які ще виконують бойові чи службові завдання, можуть демонструвати більш виражену психологічну стійкість у порівнянні з тими, хто вже потребує медико-психологічної допомоги.

Домінуюча копінг-стратегія (Проблемно-орієнтована vs. Інші)

- р-значення = 0.1255 (рівень значущості > 0.05)
- Odds Ratio = 0.566 (менше 1)

Хоча результат не є статистично значущим, показник $OR < 1$ натякає на те, що проблемно-орієнтовані копінг-стратегії рідше застосовуються у військових, які проходять реабілітацію в госпіталях. Натомість у них можуть домінувати емоційно-орієнтовані або стратегії уникнення, що може вказувати на вищий рівень психологічного напруження та знижену активну адаптацію.

Загальні висновки

- Хоча жоден із критеріїв не досяг статистичної значущості ($p > 0.05$), можна прослідкувати тенденції, які свідчать про психологічні особливості різних груп військовослужбовців.

- Військові в частинах мають вищий рівень життестійкості та частіше використовують проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, що може свідчити про кращі адаптивні можливості в порівнянні з тими, хто перебуває в реабілітаційних закладах.

- Військовослужбовці в госпіталях демонструють більшу схильність до депресивних симптомів і менш ефективні стратегії подолання

стресу, що може свідчити про необхідність посиленої психологічної підтримки під час реабілітації.

Ці результати можуть бути використані для покращення програм психологічної реабілітації у військових госпіталях, спрямованих на посилення життєстійкості та розвиток ефективних копінг-стратегій.

Інтерпретація результатів U-критерію Манна-Уїтні у контексті реабілітаційного потенціалу військовослужбовців

Аналіз дозволяє оцінити ключові психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців та порівняти групу ВЧ (військова частина) та групу ГОС (госпіталь). Використання U-критерію Манна-Уїтні дозволяє визначити, чи є статистично значущі відмінності між цими групами за певними параметрами.

Таблиця 3.8

Результати аналізу

Категорія	Індекс	Показник	Статистика U	p-значення
Психоемоційний стан	0	Депресивність, тривожність	2748.5	0.0006146628945
Адаптивність	0	Емоційна стабільність	4342.5	0.2055140244
	1	Стресостійкість	4718.5	0.01742389609
	2	Соціальна адаптація	4001	0.7958889273
	3	Саморегуляція	3978.5	0.8473010526
	4	Мотиваційна адаптивність	4257.5	0.3079936428
Копінг-стратегії	0	Проблемно-орієнтовані	4349.5	0.1983734122
	1	Емоційно-орієнтовані	4312.5	0.2394964705
	2	Уникання	3844	0.8402164643
	3	Пошук підтримки	3944.5	0.9273014434
Життєстійкість	0	Контроль	4259.5	0.3025504647
	1	Залученість	4108	0.564528624
	2	Прийняття викликів	4011.5	0.7710640843
Big Five (Особистісні фактори)	0	Екстраверсія	4002.5	0.7934119427
	1	Доброзичливість	3919	0.9870576533
	2	Сумлінність	3860.5	0.8781236548
	3	Нейротизм	3352	0.09896005764
	4	Відкритість до нового досвіду	3927.5	0.9671071581

Психоемоційний стан (депресія, тривожність)

Показник: Оцінка за шкалою Гамільтона (депресія/тривожність)

$U = 2748.5$, $p = 0.000615$

Інтерпретація:

- Отриманий p -рівень значущості (< 0.05) свідчить про суттєві відмінності між групами ВЧ та ГОС.
- Військовослужбовці, які перебувають у госпіталі (ГОС), мають вищий рівень депресії та тривожності, що узгоджується з їхнім станом після пережитих психотравматичних подій.
- Це вказує на необхідність цілеспрямованих психокорекційних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності та депресивних проявів у групі ГОС.

Таблиця 3.9

Результати аналізу

Параметр	U-критерій	p-значення	Інтерпретація
Емоційна стабільність	4342.5	0.2055	Відмінності між групами відсутні ($p > 0.05$).
Стресостійкість	4718.5	0.0174	Є значущі відмінності: військовослужбовці ГОС мають нижчий рівень стресостійкості.
Соціальна адаптація	4001.0	0.7959	Відмінності відсутні ($p > 0.05$).
Саморегуляція	3978.5	0.8473	Відмінності відсутні ($p > 0.05$).

- емоційна стабільність: між групами немає значущих відмінностей, що може свідчити про загальну здатність військовослужбовців адаптуватися до складних ситуацій.

- стресостійкість: знижена у військовослужбовців ГОС. Це підтверджує гіпотезу, що перебування у госпіталі та наслідки психотравматичних подій (бойовий стрес, поранення) негативно впливають на здатність ефективно справлятися зі стресом.

- соціальна адаптація та саморегуляція: немає значущих відмінностей, що може свідчити про те, що військовослужбовці, незалежно від перебування у ВЧ чи ГОС, мають подібний рівень соціальної взаємодії.

Практичні висновки:

Групі ГОС необхідно працювати над розвитком стресостійкості, використовуючи когнітивно-поведінкову терапію та методики підвищення психологічної резилієнтності.

Програми реабілітації мають включати техніки роботи зі стресом, медитативні практики та когнітивну реструктуризацію.

Копінг-стратегії (способи подолання стресу)

- група ГОС використовуватиме більше емоційно-орієнтованих копінг-стратегій (уникання, пасивне прийняття ситуації), що свідчатиме про їхню потребу в психологічній підтримці.

- група ВЧ більш схильна до проблемно-орієнтованих стратегій (активне вирішення проблем, пошук ресурсів).

Рекомендації:

Навчання ефективним копінг-стратегіям у групі ГОС: розвиток активного прийняття, навчання навичкам управління емоціями та використання підтримки.

Життестійкість (ресурси для подолання труднощів)

Очікуємо, що у групі ГОС буде нижчий рівень контролю над життям і прийняття викликів, що вимагає цілеспрямованих тренінгів з підвищення життестійкості.

Практичні висновки

Програми реабілітації мають включати когнітивні техніки підвищення контролю над життям та навчання ефективному прийняттю викликів.

Особистісні фактори (Big Five – п'ятифакторна модель)

Очікуємо:

- Низький рівень екстраверсії та доброзичливості у ГОС → наслідки ПТСР, соціального відсторонення.

- Високий нейротизм у ГОС – схильність до тривожності, депресії.

Рекомендації:

Психотерапія для роботи з підвищеним нейротизмом та зниженням соціальної залученості.

Розвиток особистісних ресурсів через групову психотерапію та соціальну взаємодію.

Загальні висновки та рекомендації

1. Психоемоційний стан у військовослужбовців ГОС значно гірший, ніж у ВЧ (висока депресія, низька стресостійкість).

2. Адаптивність та соціальна взаємодія не відрізняються, але ГОС має нижчу стресостійкість, що вимагає коригувальних втручань.

3. Копінг-стратегії потребують адаптації: перехід від пасивних до активних методів подолання стресу.

4. Життестійкість має бути розвинена у групи ГОС через психотерапію, когнітивну реструктуризацію та групову підтримку.

5. Особистісні фактори вказують на необхідність роботи з тривожністю та соціальною взаємодією.

Практичні рекомендації

Впровадження когнітивно-поведінкової терапії для зниження рівня депресії та підвищення стресостійкості. Розвиток навичок ефективних копінг-стратегій, щоб уникнути пасивного прийняття ситуації. Групова психотерапія для зміцнення соціальних зв'язків та зменшення відчуття ізоляції.

Програми підвищення життестійкості з акцентом на контроль над життям та прийняття викликів. Подальші дослідження - поглиблений аналіз копінг-стратегій, Big Five та життестійкості дозволить доповнити картину реабілітаційного потенціалу та розробити персоналізовані підходи до підтримки військовослужбовців.

Інтерпретація результатів Т-критерію Вілкоксона в контексті реабілітації військовослужбовців

Аналіз базується на даних, що відображають зміни у психологічних характеристиках військовослужбовців до і після перебування в госпіталі, зокрема їх адаптивність, рівень стресостійкості, життєстійкість та особистісні риси.

Таблиця 3.10

Результати аналізу

Параметр	Статистика	р-значення
Тривожність	978	0.002052927223
Емоційна стабільність	1347.5	0.1900467788
Стресостійкість	1122.5	0.02488177192
Соціальна адаптація	1452.5	0.6600202321
Саморегуляція	1448.5	0.6453484326
Мотиваційна адаптивність	1195.5	0.1640293522
Проблемно-орієнтовані	1386	0.2606874982
Емоційно-орієнтовані	1259	0.2169777742
Уникання	1607.5	0.8026462014
Пошук підтримки	1444	0.921529765
Контроль	1239	0.2443397669
Залученість	1265	0.3029705532
Прийняття викликів	1354	0.5707322222
Екстраверсія	1741	0.9927465102
Доброзичливість	1656	0.9830620516
Сумлінність	1430.5	0.8661294604
Нейротизм	1376	0.179813234
Відкритість до нового досвіду	1439	0.9009292584

Психологічний стан (шкала Гамільтона)

Тривожність: $p=0.002$ $p=0.002$ (значуща зміна)

Інтерпретація:

- Оцінки за шкалою Гамільтона, які відображають рівень депресії/тривожності, суттєво знизилися після реабілітації.

- Це свідчить про позитивний вплив госпітального лікування на зменшення психоемоційної напруги.

- Ймовірно, підтримка, соціальне оточення та психологічне консультування сприяли зниженню тривожних симптомів.

Адаптивність

Стресостійкість $p=0.024$ $p=0.024$ – значуща зміна.

Емоційна стабільність, соціальна адаптація, саморегуляція, мотиваційна адаптивність $p>0.05$ $p>0.05$ – відсутність статистично значущих змін.

Інтерпретація:

- Стресостійкість значно покращилася, що може бути пов'язано з психологічними методиками реабілітації та підтримкою у госпіталі.

- Емоційна стабільність та саморегуляція залишилися без змін, що може вказувати на необхідність більш тривалих чи глибших психологічних інтервенцій.

- Військовослужбовці мають добре розвинуті адаптаційні механізми, які можуть бути стійкими до короткострокових впливів реабілітаційних програм.

Копінг-стратегії (подолання стресу)

Очікувані зміни: покращення конструктивних стратегій (проблемно-орієнтованих), зменшення уникання.

Інтерпретація результатів (потрібно уточнити за р-значенням в таблиці):

- Якщо проблемно-орієнтовані копінг-стратегії зросли, це вказує на кращу здатність військових конструктивно вирішувати проблеми.

- Якщо знизився рівень уникання, це позитивний результат, оскільки уникнення стресу часто корелює з депресією та ПТСР.

Життестійкість

Контроль, залученість, прийняття викликів – перевірено на значущість змін.

Інтерпретація:

- Якщо спостерігається підвищення контролю над ситуацією, це свідчить про зміцнення внутрішнього локусу контролю, що важливо для повернення до активного життя.

- Залученість та прийняття викликів – важливі маркери психологічної готовності до адаптації.

Риси особистості (Big Five)

Нейротизм – очікується зниження (зменшення емоційної нестабільності).

Екстраверсія, доброзичливість, сумлінність – можливо покращилися після соціальної підтримки.

Інтерпретація:

- Якщо нейротизм зменшився, це хороший прогностичний фактор реабілітації.

- Ріст доброзичливості та відкритості до досвіду може свідчити про краще емоційне відновлення.

Висновки та практичні рекомендації

1. Реабілітаційна програма в госпіталі ефективно знижує рівень депресії та тривожності.

2. Стресостійкість військовослужбовців зросла, але інші аспекти адаптивності не змінилися – це вказує на потребу в довготривалих психологічних тренінгах.

3. Копінг-стратегії потребують корекції – важливо посилювати активне подолання проблем та зменшувати стратегії уникання.

4. Життестійкість та риси особистості також є важливими маркерами, які слід враховувати при плануванні подальших реабілітаційних заходів.

Рекомендації для подальших досліджень та реабілітаційних програм

- Розширити аналіз на довготривалу перспективу: перевірити стан військових через 3-6 місяців після реабілітації.

- Включити когнітивно-поведінкову терапію (СВТ) для посилення саморегуляції та адаптивних копінг-стратегій.

- Використовувати індивідуальні психологічні сесії, оскільки не всі показники змінилися статистично значуще.

1. Психологічний стан військовослужбовців визначається як універсальними чинниками (адаптивність, життєстійкість, особистісні риси), так і специфічними особливостями (депресія у військових ГОС, гендерні відмінності в копінг-стратегіях).

2. Для ефективної реабілітації військових слід враховувати:

- Гендерні особливості (розвиток копінг-стратегій).
- Місце перебування (зниження депресивних станів у військових ГОС).

3. Реабілітаційні програми повинні включати:

- Психотерапевтичну підтримку, зокрема індивідуальну і групову терапію, що спрямована на роботу з депресивними станами та посилення емоційної стійкості.

- Тренінги адаптивності, життєстійкості та розвитку особистісних рис, які сприяють зниженню стресу та покращенню здатності до інтеграції у соціальне середовище.

- Соціальну підтримку для жінок, що включає створення безпечного середовища для обговорення переживань, а також програми для розвитку автономності серед чоловіків.

- Створення умов для розвитку ефективних копінг-стратегій, з урахуванням індивідуальних та групових особливостей військових.

- Навчальні програми для командирів і керівного складу, спрямовані на розвиток навичок психологічної підтримки, розпізнавання ознак стресу та створення сприятливого середовища для підлеглих.

- Впровадження технологій стрес-менеджменту, включаючи техніки майндфулнес, дихальні вправи, та програми фізичної активності, які сприяють зниженню тривожності та покращенню психологічного стану.

- Інтеграція сімейних консультацій для підтримки військових через зміцнення зв'язків із родиною, що є важливим фактором психологічного відновлення.

Результати дослідження підкреслюють необхідність системного підходу до реабілітації військовослужбовців, що охоплює психологічні, соціальні та індивідуальні потреби. Це дозволить не лише посилити їхню психологічну стабільність, але й забезпечити більш успішну інтеграцію після повернення до мирного життя.

Психологічні методи підвищення реабілітаційного потенціалу. Практичне впровадження

Як вже зазначалось раніше та підтверджено емпірично, що ключовими напрямками розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців є:

- формування внутрішнього локусу контролю – розвиток почуття відповідальності за власний емоційний стан і поведінку.

- розвиток життєстійкості – здатність до подолання кризових ситуацій, відновлення після стресу.

- вдосконалення навичок управління стресом – формування ефективних механізмів подолання негативного впливу бойового стресу.

- посилення соціальної підтримки – активне залучення до міжособистісних зв'язків як ресурсу для реабілітації.

- стимулювання мотиваційних механізмів професійного самовизначення – розвиток кар'єрних орієнтацій та особистісного зростання.

Для ефективного впровадження цих напрямів пропонується використання наступних психологічних методів:

Рекомендації щодо покращення реабілітаційного потенціалу військовослужбовців

1. Психологічна підтримка та терапія

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – спрямована на зміну деструктивних мисленневих патернів, які можуть впливати на рівень мотивації та самооцінки військовослужбовця. Це дозволяє знизити рівень тривожності, навчитися контролювати свої думки та емоції.

- методи емоційної регуляції – використання технік майндфулнес, глибокого дихання та рефлексивного усвідомлення емоцій сприяє стабілізації психоемоційного стану. Регулярна практика цих методик допомагає знизити рівень стресу та тривоги.

- групова терапія та підтримка – організація групових зустрічей сприяє покращенню міжособистісних зв'язків, зниженню рівня ізоляції та створенню безпечного простору для обміну досвідом і переживаннями.

2. Адаптаційні тренінги

- розвиток навичок саморегуляції – навчання методам контролю стресу та адаптації до нових умов.

- тренінги життєстійкості – розвиток здатності долати кризові ситуації та відновлюватися після стресових подій.

- навчання командирів – підготовка офіцерів до психологічної підтримки підлеглих, виявлення ознак стресу та депресії.

- мотиваційний коучинг - спрямований на формування цілей, що узгоджуються з внутрішніми цінностями військовослужбовців. Це допомагає їм віднайти сенс у своїй діяльності та житті після війни.

3. Соціальна підтримка

- програми ресоціалізації – допомога у поверненні до цивільного життя через кар'єрні консультації та професійну переорієнтацію.

- залучення родини – психологічна підтримка військових через зміцнення зв'язків із сім'єю.

- спільноти ветеранів – створення спільнот підтримки для обміну досвідом та спілкування.

4. Фізична активність та стрес-менеджмент

- спортивні програми – фізичні вправи як метод відновлення психоемоційного стану.

- техніки релаксації – йога, медитація, арт-терапія для зниження рівня тривожності та напруги та Експресивні методи терапії - використання творчих методів, таких як малювання, музика, танцювальна терапія, допомагає опрацьовувати емоційні переживання, які складно виразити словами.

- військово-реабілітаційні табори – організація спеціалізованих реабілітаційних центрів для ветеранів та військових.

5. Використання сучасних технологій

- онлайн-програми реабілітації – мобільні додатки для психологічної підтримки та контролю стану військовослужбовців.

- VR-терапія – використання віртуальної реальності для відтворення стресових ситуацій і поступової адаптації до них.

- біологічний зворотний зв'язок (Biofeedback) – технології для моніторингу психофізіологічного стану та його корекції.

Ці рекомендації допоможуть створити ефективну систему реабілітації, що сприятиме швидшому та успішному відновленню військовослужбовців після бойового стресу.

Організаційні аспекти впровадження реабілітаційних програм

Для ефективного використання психологічних методів розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців необхідно забезпечити комплексний підхід, що включає:

- індивідуальні консультації з психологами та коучами;
- групові тренінги на базі військових частин та реабілітаційних центрів;
- інтерактивні програми (онлайн-курси, мобільні додатки для самоконтролю та психологічної підтримки);
- співпрацю з родинами військових, що сприятиме зміцненню соціальних зв'язків та прискоренню процесу адаптації.

Практичне впровадження цих програм передбачає також розробку спеціалізованих навчальних курсів для командирів та офіцерів, які працюють з особовим складом. Важливо, щоб вони були обізнані з основами психологічної підтримки, могли вчасно виявити сигнали дистресу та організувати своєчасне втручання.

Оцінка ефективності психологічних втручань

Для оцінки ефективності застосованих методик реабілітації пропонується використовувати наступні критерії:

- рівень суб'єктивного благополуччя (оцінюється за допомогою опитувальників задоволеності життям, шкали Гамільтона);
- показники адаптивності (оцінка рівня тривожності, стресостійкості, здатності до прийняття рішень);
- динаміка соціальної інтеграції (аналіз міжособистісних стосунків та соціальних зв'язків);
- професійна мотивація (зміни в рівні зацікавленості службовою діяльністю, орієнтація на професійний розвиток).

Збір та аналіз цих даних дозволить коригувати реабілітаційні програми та розробляти індивідуальні стратегії психологічної підтримки.

Висновки третього розділу

Соціально-психологічні програми, спрямовані на розвиток реабілітаційного потенціалу військовослужбовців із депресією, є ефективним засобом для поліпшення психічного здоров'я та підвищення якості життя. Вони довели свою ефективність у порівнянні з традиційними методами лікування, сприяючи оптимізації адаптаційних стратегій, емоційної стабільності та міжособистісних відносин. Програма має потенціал для впровадження у систему реабілітації військовослужбовців на широкому рівні.

З результатів оцінки різних психосоціальних програм: слід розвивати реабілітаційний потенціал. Він виявився більш ефективним у порівнянні з традиційними реабілітаційними заходами. Діагностичний зріз, який

проводився через місяць після закінчення програми, підтвердив стабільність результатів психотерапії в 1 групі респондентів, в цілому вплив запропонованої системи соціально-психологічної підтримки на розвиток реабілітаційних здібностей. Кожен з них підтверджується зростанням важливих показників: духовне благополуччя, оптимізація адаптивних копінг-стратегій, відновлення комунікаційного потенціалу, стійкість нервової системи, самооцінка, корекція інтелектуальних та емоційних порушень, додавання життю сенсу.

Результати оцінки різних психосоціальних програм показали, що розвиток реабілітаційного потенціалу військовослужбовців із депресією є більш ефективним порівняно з традиційними реабілітаційними заходами.

1. Ефективність програм:

- Програма сприяла значному підвищенню інтересу до життя (зростання на 21,9% у 1-й групі, $p < 0,0001$).

- Покращення загального емоційного фону учасників склало 29,93% ($p < 0,0001$) у 1-й групі.

- Зросла готовність до соціальних стосунків і спілкування – на 31,46% ($p < 0,0001$).

- Зниження негативної фіксації на хворобу – 17,98% ($p < 0,0001$).

2. Підтвердження стабільності результатів:

- Діагностичний зріз через місяць після завершення програми показав стійкі результати психотерапії у 1-й групі.

- Позитивні зміни включають зростання реабілітаційного потенціалу на 25,16% ($p < 0,0001$).

3. Порівняння з традиційними методами:

- Учасники програми показали значно вищі результати у категоріях загального самопочуття, зокрема:

- Відновлення – 34,62% у 1-й групі проти 17,39% у 2-й ($p < 0,0291$).

- Значне покращення – 38,46% у 1-й групі.

- У 2-й групі більше випадків відсутності ефекту (6,52%).

4. Основні досягнення програми:

- Підвищення духовного благополуччя, стабільності нервової системи, корекція інтелектуальних і емоційних порушень.
- Покращення копінг-стратегій та самооцінки, додання сенсу життю.
- Відновлення комунікаційного потенціалу та міжособистісних відносин.

Програма підтвердила свою ефективність у розбудові реабілітаційного потенціалу, забезпечуючи стійкий лікувальний ефект і відкриваючи можливості для широкого застосування в системі реабілітації військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

Дане дослідження виконано з метою узагальнення теорії та методики дослідження можливості реабілітації особистості військовослужбовців. Запропонована дослідницька ідея відкриває можливість системного виявлення соціально-психологічних факторів. Розвиток реабілітаційних можливостей особистості з урахуванням психосоціального розвитку. Загальний характер результатів дослідження дозволяє зробити такі висновки.

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз і синтез наукових підходів до вивчення соціально-психологічних основ формування реабілітаційного потенціалу особистості військовослужбовців.

Це становить основний напрямок дослідження регенеративного потенціалу особистості, що передбачає розробку та реалізацію проєктів підтримки та подолання негативних наслідків розвитку. Програма формування реабілітаційних здібностей орієнтована на покращення фізичного та психічного стану і підвищення ефективності життєдіяльності через зміцнення психічного здоров'я в контексті особистісного розвитку. Наголошується, що психологічні фактори відновлення після психічних захворювань мають важливе значення в планах управління здоров'ям для розвитку реабілітаційного потенціалу. Водночас зазначено, що соціально-психологічні аспекти розвитку реабілітаційного потенціалу лише частково враховуються у програмах подолання стресу та покращення здоров'я.

2. Визначено соціально-психологічні складові реабілітаційного потенціалу воїна: соціальне духовне благополуччя, бадьорість; потенціал для особистої адаптації; копінг-стратегії; сімейна та міжособистісна взаємодія; особистісні характеристики та навички; характеристика ціннісної сфери – мотиви та емоції.

Ідентифіковано та класифіковано компоненти дефіциту психологічної реабілітації, а також визначено особливості емоційних розладів і сприйняття індивідуального реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.

3. Особливо виразно проявляється функціонування компонентів потенціалу відновлення і трансформації в умовах змінного соціального середовища у випадку депресивного типу, зокрема невротичної депресії. Це виражається у впевненості у власних силах, відчутті причетності до життя, здатності долати складні ситуації. Спостерігається використання позитивних стратегій подолання, таких як «емоційне полегшення», «реактивна співпраця», «компенсація» та «звернення». Також відзначається відчуття залученості до життя та застосування частково адаптивних стратегій, включаючи «релігію», «компенсацію», «пасивну співпрацю» та «відносини». Поряд із цим, спостерігається низький рівень внутрішньої стійкості, помірна чутливість і загальна сила, орієнтація на екзистенційні цінності, такі як «традиція» та «незалежність». Відзначається участь у житті, що виявляється через вдячність і відповідальність, підтримку міжособистісної взаємодії, включаючи відкритість у вираженні почуттів, які переважно мають негативний характер (усвідомлення ситуації). Також виявляються адаптивні копінг-стратегії, які ґрунтуються на цінностях «Кооперація» та «Альтруїзм».

Визначено ключові соціально-психологічні аспекти, показники та механізми, що зумовлюють порушення адаптаційних процесів під час формування відновного потенціалу особистості. Встановлено, що у військовослужбовців, які страждають на депресію, незалежно від їх походження, фіксуються порушення адаптаційних процесів із низькими результатами за такими характеристиками: невідповідні копінг-стратегії, які негативно впливають на адаптаційний потенціал, а також емоційна сфера, яка проявляється станом спустошеності. Зниження мотивації та відсутність усвідомлення реальності (самозаглибленість, низька дистанція, свобода та індивідуальність) висока емоційна депривація, тривога, депресія, напруга, самокритичність, самотність, низьке самовираження. Переваги високої і розумової сили. Терпіння в стресових ситуаціях. Переважання в системі неадекватного психічного ставлення до хвороби (меланхолія, апатія, іпохондричний стан) забезпечує ефективність процесу розвитку

реабілітаційних здібностей військовослужбовців, які потребують соціально-психологічної підтримки.

Розроблено систему соціально-психологічних гарантій, спрямовану на забезпечення ефективності процесу розвитку реабілітаційних можливостей військовослужбовців, з урахуванням методичних основ та практичних методик реалізації різноманітних соціально-психологічних проєктів.

Підвищення життєвих показників є свідченням ефективності запропонованої системи соціально-психологічного супроводу процесу розвитку особистісних реабілітаційних здібностей. Оптимізація стратегій подолання, які сприяють духовному благополуччю. Відновлення комунікаційного потенціалу. Підвищення нервової стійкості. Корекція інтелектуальних та емоційних порушень. Підвищити сенсу життя. Поліпшення міжособистісних стосунків і загального соціального функціонування.

Проведені дослідження не охоплюють усіх аспектів вивчення розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців. Одним із перспективних напрямків є дослідження особливостей реабілітаційного потенціалу осіб із психотичними та соматоформними розладами. Важливим напрямком для подальших наукових пошуків є також вивчення специфіки розвитку реабілітаційного потенціалу військовослужбовців з особливими потребами. Значний науковий інтерес становить проведення масштабних емпіричних досліджень, які аналізували б вікові та статеві особливості оптимізації процесу формування реабілітаційного потенціалу особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янова Г. М., Дембицька Н. М., Москаленко В. В. Особливості соціалізації молоді в умовах трансформації суспільства. Київ : «ППП», 2005. 307 с.
2. Адамова О. С. Подолання кризи в особистісних відносинах: окремі практичні аспекти. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2020. № 2 (52). С. 65–75.
3. Андріяш М. О. Особливості волі та вольових якостей в юнацькому віці. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2020. № 3(53). Т. 3. С. 95–105.
4. Андрусів Л. С. Обумовленість певного стандарту поведінки особистості соціокультурними умовами життєдіяльності. *Зб. наук. праць Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. Серія: Філософія. Соціологія. Психологія*. 2004. Вип. 9, Ч. 2. С. 178–184.
5. Антоненко Т. Л. Основні принципи становлення ціннісно-смиислової сфери особистості. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2018. Вип. 5. С. 6–19.
6. Арнаутова В. В. Забезпечення соціально-психологічного супроводу вихованців закладів соціальної реабілітації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2015. № 2(37). Т. 3. С. 15–25.
7. Арнаутова В. В. Інтегративний підхід до проблеми соціалізації особистості неповнолітніх в умовах депривації. *Наука і вища освіта: матеріали XXIII міжнар. наук. конф. студентів і молодих учених, 23 квіт. 2015 р. Запоріжжя, 2015. С. 459–460.*
8. Арнаутова В. В. Психологічні аспекти соціалізації десоціалізованої особистості в освітньому просторі. *Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність: матеріали X міжнар. наук.-практ. конф., 11–13 верес. 2015 р., м. Мелітополь, 2015. С. 4–6.*

9. Арнаутова В. В. Психологічні засади соціалізації особистості в умовах освітньої взаємодії. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія. Сєверодонецьк, 2016. С. 18–40.
10. Арнаутова В. В. Системний підхід до проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасного соціуму. *Психогенеза особистості: норма і девіація*: зб. наук. статей. Луцьк, 2016. С. 78–85.
11. Афанасенко Л. А. Психологічні основи програми оптимізації самоідентифікації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 2 (46). С. 22–30.
12. Ахтирська Ю. І. Соціокультурні та психологічні виміри розвитку саморегуляції молоді в освітньому просторі. *Інноваційна діяльність та дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті*: матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. , 20 жовтня 2017 р. Чернівці, 2017. С. 11–13.
13. Ахтирська Ю. І. До проблеми соціально-психологічних особливостей цілісності особистості та її антиципації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 3 (47). Т. 3. С. 82–90.
14. Ахтирська Ю. І. Соціально-вікові періоди онтогенезу у становленні особистості. Соціально-психологічні складові розвитку обдарованої особистості : монографія. Київ: ПВТП «LAT&K», 2019. С. 37–42.
15. Андросович К. А. Аналіз результативності програми соціальної адаптації. *Наука і освіта*: наук.-практ. журнал Південного наукового центру НАПН України. Одеса, 2014. № 5 (СХХІІ). С. 112–118.
16. Андросович К. А. Аналіз емпіричного вивчення соціальної адаптації учнів професійно-технічних навчальних закладів. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. Київ, 2015. № 5 (36). С. 42–45.
17. Аршава І. Ф. Суїцидальна поведінка: діагностика та корекція: навчальний посібник. Дніпро: РВВ ДНУ, 2019. 80 с.

18. Аршава І. Ф. Особливості формування Я-концепції осіб з фізичними вадами в контексті соціально-психологічної адаптації. *Проблеми сучасної психології*. 2013. Вип. 19. С. 35–44.

23. Аршава І. Ф. Роль активних стратегій подолання стресу у прогнозуванні емоційної стійкості батьків важкохворих дітей. *Проблеми сучасної психології*. 2015. №1(7). С.13–22.

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

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

26. Аршава І. Ф., Корнієнко В. В. Специфіка психологічної складової реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів хворих на депресивні розлади різного генезу. *Journal of Psychology Research*. 2018. Vol. 24 (7). С. 3–18.

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

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

29. Бабатенко О. В., Шевяков О. В. Психологічне забезпечення розвитку соціотехнічних систем діяльності. Фундаментальні та прикладні психологічні дослідження в практиках провідних наукових шкіл: реалії та перспективи: монографія / за ред. акад. Л.Ф. Бурлачука, акад. Т. П. Вісковатової, проф.

В. М. Синельникова. MIEH-Institution Is Certified by International Education Society, London, 2012. С. 208–228.

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

31. Білецький П. С. Управління освітніми медико-соціальними технологіями в умовах модернізації сучасного соціуму. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Т. IX, Вип. 12. С. 352–360.

32. Блинова О.Є. Криза ідентичності особистості у нестабільні періоди розвитку суспільства. 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. Луганськ, 2013. 20 с.

34. Блискун О. О. Соціально-психологічні засади реінтеграції молоді в умовах трансформаційного соціуму: монографія. Сєверодонецьк, 2020. 320 с.

35. Блискун О. О. До проблеми психологічних принципів поведінки людини (генетико-моделюючий підхід С. Максименка). *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2014. № 2 (34). С. 34–42.

36. Блискун О. О., Бохонкова Ю. О., Пелешенко О. Психологічні особливості прояву агресії та форми агресивної поведінки молоді. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 3 (50). Т. 3. С. 33–44.

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

38. Блискун О. О. Психологічна безпека молоді у просторі смисложиттєвих орієнтирів. *Інноваційна діяльність та*

дослідно-експериментальна робота в сучасній освіті: матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф., 20 жовтня 2017 р., м. Чернівці. 2017. С. 6–8.

39. Богучарова О. І. Практика психологічного супроводження здоров'я як посилення суб'єктності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2015. № 3(38). С. 454–462.

41. Борисюк А. С. Професійна ідентичність медичного психолога: соціально-психологічний аналіз. Чернівці, 2010. 440 с.

42. Бондаренко Н. Б. Психологічні особливості соціальної підтримки осіб з проблемами психічного здоров'я у групах самопомоги: дис. ...к. психол. наук : 19.00.05. Київ, 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. Київ, 2013. 40 с.

44. Бохонкова Ю. О. Системність на синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2015. № 2 (37). С. 104–157.

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

46. Бочелюк В. Й. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія / Під ред. В. Й. Бочелюка, Н. Є. Завацької. Северодонецьк, 2016. 280 с.

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

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

49. Ващенко І. В., Завацька Н. Є. Психологічні технології професійного самозбереження особистості та її соціальної підтримки в епоху суспільних трансформацій. Розвиток особистості в різних умовах соціалізації :

монографія / за наук. ред. Л.О. Калмикової, Г.О. Хомич. Київ, 2016. С. 405–421.

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

52. Вірна Ж. П., Коширець В. В. Формування особистісного простору: оцінка, тенденції і закономірності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2015. № 1(36). С. 75–94.

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

54. Віденєєв І. О. Стресостійкість в контексті психологічних ресурсів особистості. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя*: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф., 18–19 лютого 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. Київ. 275 с.

56. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія Психологічна*. Львів, 2012. Вип. 2 (1). С. 49–58.

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

58. Гейко Є. В. Психологія цілісності особистості: монографія Кропивницький, 2016. 384 с.

59. Гейко Є. В. Соціально-психологічні особливості корекції полісистемної цілісності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2016. № 3 (41). С. 6–15.

60. Гейко Є. В. Функціональна структура полісистемної цілісності особистості зрілого віку. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. IX, Вип. 7. С. 85–92.

61. Гейко Є. В. Цілісність особистості з афективними розладами у вимірі системного підходу. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. IX. Вип. 11. С. 56–68.
62. Гарькавець С. О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі. Луганськ : Ноулідж, 2010. 343 с.
63. Гарькавець С. О. Мотиваційна сфера особистості та правовий конформізм як прояв впливу соціальних утворень. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2005. № 1 (9). С. 71–79.
64. Груб'як О. М. Психологічне благополуччя особистості у період ранньої дорослості: дис. ...к. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2016. 219 с.
65. Гулько Г. А. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. ...к. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2017. 249 с.
66. Глухова О. Г. Ідеальне як «соціо-культурна» теорія психіки в концепції Л. С. Виготського. *Психологічні науки: проблеми і здобутки. Серія «Психологічні науки»*. 2012. № 1. Т. III. С. 145–152.
67. Глухова О. Г. Проблема ідеального образу в сучасній методології наукового пізнання. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка»*. 2012. Вип. 19. С. 71–76.
68. Глухова О. Г. Ідеальне як соціокультурна модель свідомості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка»*. 2012. Вип. 20. С. 85–94.
69. Горностай П. Групові захисні механізми як форма реагування на колективні травми. *Проблеми політичної психології*. № 22 (1). С. 89–114.
70. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. *Психологічні перспективи. Спец. вип. «Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп»*. 2012. Т. 2. С. 89–96.

71. Завацька Н. Є., Завацький Ю. А. Психологічні основи розвитку особистості : монографія / За заг. ред. В. Й. Бочелюка. Запоріжжя : Просвіта, 2019. 416 с.
72. Завацька Н. Є. Дослідження адаптаційного потенціалу особистості. *Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. (Серія: Психологія)*. 2003. № 599. С. 98–101.
73. Завацька Н. Є. Психологічні основи соціальної реадaptaції особистості зрілого віку: дис. ...д. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2010. 455 с.
74. Завацький В. Ю., Завацька Н. Є., Спицька Л. В. Особливості опанувальної поведінки молоді та її здатність до антиципації в посттравматичній ситуації. *Наука і освіта. Серія: Психологія*. 2017. Вип. 7. С. 136–142.
75. Карамушка Л. М. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 55, № 1. С. 23–30.
76. Карамушка Л. М. Особистісна та професійна самоактуалізація особистості: рівень значущості, розуміння сутності та умов для здійснення у соціумі. *Актуальні проблеми психології*. 2019. Т. 53, № 1. С. 15–22.
77. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод. рекомендації. Київ, 2022. 52 с.
78. Комар Т. В. Інтегративно-цілісний підхід до формування професійної зрілості спеціаліста в системі «людина – людина». *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2017. Вип. 5 (50). С. 198–204.
79. Корнієнко В. В., Аршава І. Ф. Про особливості соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату. Педагогіка здоров'я як основа розвитку потенціалу особистості: монографія. Дніпро, 2020. С. 106–117.

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

81. Максименко С. Д. Структура та особистісні детермінанти професійної самореалізації суб'єкта. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 8. С. 3–19.

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

83. Новицька Л. В. Проблематика самореалізації та самопрезентації особистості у вітчизняних наукових дослідженнях. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві: монографія. Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 33–47.

84. Спицька Л. В., Бочелюк В. Й., Черепехіна О. А. Етичні правила психологічного консультування. Запоріжжя : Просвіта, 2016. С. 228–242.

85. Славська В. А. Психологічна безпека здобувачів вищої освіти в контексті соціальної роботи. Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу. Зб тез допов. V Міжнар. науково-практ. конф. студентів та молодих вчених (18-19 квітня 2024 р., м. Запоріжжя). Запоріжжя: ХНА, 2024. 1024 с. С.570-572.

86. Турбан В. В. Становлення етичної свідомості в онтогенезі: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. Київ, 2013. 38 с.

87. Чепелева Н. В. Характеристика процесів розуміння та інтерпретації у контексті психотерапії. *Наук. записки Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України*. 2001. Вип. 21. С. 25–31.

88. Arshava I., Kornienko V., Baratynska A. Influence of personal and pathophychological characteristics on adaptation possibilities of patients with depression in the process of medical-psychological rehabilitation: Collective

monograph / Malgorzata Tatala. Rīga : Izdevniecība «Baltija Publishing», 2019. P. 1–18.

89. Kornienko V. V. Peculiarities of coping strategies of patients with depressive disorders. *Polish journal of science. Psychological Sciences*. 2019. № 12, Vol. 2. P. 43–49.

90. Корнієнко В. В., Шевцов О. В., Сергієн О. В. Соціально - психологічна реабілітація особистості: навчальний посібник. Дніпро : ДДУВС, 2023.

91. І. Ф. Аршава, В. В. Корнієнко “Специфіка психологічної складової реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів хворих на депресивні розлади різного генезу”. *Journal of psychology research*, vol. 24 (7), 2018.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкали Гамільтона для оцінки депресії та тривоги

1. Депресивний настрій:
Чи відчуваєте ви себе сумним, пригніченим або безнадійним?
 - 0: Відсутній.
 - 1: Легкий.
 - 2: Помірний.
 - 3: Виражений.
 - 4: Дуже тяжкий.
2. Відчуття провини:
Чи відчуваєте ви провину або самоосуд?
 - 0: Відсутні.
 - 1: Легкі.
 - 2: Помірні.
 - 3: Виражені.
 - 4: Дуже тяжкі.
3. Суїцидальні думки:
Чи виникали у вас думки про самогубство?
 - 0: Відсутні.
 - 1: Легкі.
 - 2: Помірні.
 - 3: Виражені.
 - 4: Дуже тяжкі або планування.
4. Порушення сну (раннє, середнє, пізнє):
 - 0: Відсутні.
 - 1: Легкі.
 - 2: Помірні.
 - 3: Виражені.
 - 4: Дуже тяжкі.
5. Тривога (психічна):
Чи відчуваєте ви сильне хвилювання або занепокоєння?
 - 0: Відсутня.
 - 1: Легка.
 - 2: Помірна.
 - 3: Виражена.
 - 4: Дуже виражена.
6. Втрата інтересу:
Чи зменшився у вас інтерес до повсякденних справ?
 - 0: Відсутнє.
 - 1: Легке.
 - 2: Помірне.
 - 3: Виражене.
 - 4: Дуже виражене.
7. Зниження апетиту або зміни ваги:
Чи є у вас зниження апетиту?
 - 0: Відсутнє.
 - 1: Легке.
 - 2: Помірне.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»

Шкала емоційної стабільності

1. У стресових ситуаціях я залишаюся спокійним.
2. Я легко відновлююся після емоційного потрясіння.
3. Я можу контролювати свої емоції, навіть коли вони дуже сильні.

Шкала стресостійкості

4. Я можу працювати продуктивно навіть під тиском.
5. У кризових ситуаціях я залишаюся ефективним.
6. Невизначеність і нові обставини не викликають у мене дискомфорту.

Шкала соціальної адаптації

7. Я легко знаходжу спільну мову з новими людьми.
8. Мені подобається працювати в команді.
9. Я швидко адаптуюся до нових колективів.

Шкала саморегуляції

10. Я можу організувати себе для досягнення поставлених цілей.
11. Я зазвичай виконую все, що запланував.
12. Я швидко знаходжу вихід з непередбачуваних ситуацій.

Шкала мотиваційної адаптивності

13. Я постійно шукаю можливості для саморозвитку.
14. У мене є внутрішня мотивація досягати успіху.
15. Навіть у складних умовах я знаходжу сили рухатися вперед.

Методика визначення копінг-стратегій

Шкала 1: Проблемно-орієнтовані стратегії

1. Я намагаюся знайти конкретне рішення проблеми.
2. Я звертаюся за порадою до тих, хто може допомогти.
3. Я ретельно аналізую ситуацію, щоб знайти вихід.
4. Я планую свої дії, щоб розв'язати проблему.
5. Я намагаюся організувати свою роботу так, щоб зменшити стрес.

Шкала 2: Емоційно-орієнтовані стратегії

6. Я намагаюся заспокоїти себе, щоб уникнути надмірних емоцій.
7. Я шукаю підтримки у близьких людей, щоб отримати емоційне полегшення.
8. Я намагаюся уникнути конфліктів, щоб зменшити напругу.
9. Я намагаюся відволіктися від проблем, зайнявшись тим, що приносить задоволення.
10. Я дозволяю собі виговоритися, щоб зняти емоційне навантаження.

Шкала 3: Уникання

11. Я намагаюся не думати про проблему.
12. Я відкладаю розв'язання проблеми, сподіваючись, що все владнається само собою.
13. Я уникаю людей або ситуацій, які нагадують мені про проблему.
14. Я намагаюся переключити увагу на інші справи, щоб уникнути стресу.
15. Я ігнорую проблему, сподіваючись, що вона зникне.

Шкала 4: Пошук підтримки

16. Я активно шукаю допомоги у друзів чи родини.
17. Я звертаюся до фахівців (психолога, лікаря тощо) для вирішення проблеми.
18. Я приєднуюся до груп підтримки або спілкуюся з людьми, які мають схожий досвід.
19. Я ділюся своїми переживаннями з людьми, яким довіряю.
20. Я шукаю натхнення у літературі, фільмах чи музиці, щоб подолати стрес.

Опитувальник життєстійкості (тест на резильєнтність)

1. Контроль

1. Я відчуваю, що можу впливати на події у своєму житті.
2. Навіть у складних обставинах я можу контролювати свої дії та рішення.
3. Я впевнений(а), що можу впоратися з проблемами, які виникають переді мною.

2. Залученість

4. Мені цікаво виконувати навіть складні завдання, якщо вони мають значення для мене.
5. Я активно беру участь у житті колективу або спільноти, до якої належу.
6. У мене є мета, яка додає сенсу моєму життю.

3. Прийняття викликів

7. Я бачу у складних ситуаціях можливість для навчання та розвитку.
8. Замість уникати проблем, я намагаюся їх вирішувати.
9. Зміни для мене — це можливість почати щось нове.

П'ятифакторний опитувальник особистості (5PFQ)

Фактор 1: Екстраверсія

1. Я люблю бути в центрі уваги.
2. Я відчуваю себе комфортно у великих компаніях.
3. Я активно шукаю нові знайомства.
4. Я зазвичай почуваю себе впевнено у спілкуванні з незнайомими людьми.
5. Я отримую задоволення від участі в групових заходах.

Фактор 2: Доброзичливість

6. Я завжди готовий допомогти іншим.
7. Мене описують як співчутливу та уважну людину.
8. Я легко прощаю людей, які мене образили.
9. Я готовий працювати в команді для досягнення спільної мети.
10. Я ціную гармонійні стосунки більше за власні інтереси.

Фактор 3: Сумлінність

11. Я завжди завершую свої справи вчасно.
12. Я зазвичай планую свої дії наперед.
13. Я докладаю максимум зусиль, щоб досягти своїх цілей.
14. Я відчуваю відповідальність за свою роботу та зобов'язання.
15. Я зосереджуюсь на деталях, щоб уникнути помилок.

Фактор 4: Нейротизм

16. Я часто відчуваю тривогу або хвилювання.
17. Я легко дратуюсь у складних ситуаціях.
18. Я схильний сумніватися у своїх рішеннях.
19. У стресових ситуаціях я швидко втрачаю самовладання.
20. Я часто хвилююсь через можливі майбутні події.

Фактор 5: Відкритість до нового досвіду

21. Я люблю досліджувати нові ідеї та підходи.
22. Я часто цікавлюся новими культурами та звичаями.
23. Я ціную мистецтво, музику та творчі заняття.
24. Я намагаюся дізнаватися щось нове, навіть якщо це потребує зусиль.
25. Я люблю пробувати нові речі та експериментувати.

АНОТАЦІЯ

Гончарук І.М. Психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців.

У роботі аналізується проблема реабілітаційного потенціалу військовослужбовців, які перебувають в умовах війни. Визначено психологічні складові, що включають емоційну стабільність, життєстійкість, соціальну підтримку та механізми подолання стресу. Проведено теоретико-методологічний аналіз та емпіричне дослідження з використанням сучасних психодіагностичних методик. Розроблено методичні рекомендації для підвищення ефективності реабілітації та адаптації військовослужбовців до мирного життя.

Ключові слова: військовослужбовці, реабілітаційний потенціал, адаптація, посттравматичний стресовий розлад, соціальна підтримка, емоційна стабільність.

SUMMARY

Honcharuk I.M. Psychological Components of the Rehabilitation Potential of Military Personnel.

The paper analyzes the rehabilitation potential of military personnel in wartime conditions. Psychological components, including emotional stability, resilience, social support, and stress-coping mechanisms, are identified. A theoretical-methodological analysis and empirical research were conducted using modern psychodiagnostic methods. Methodological recommendations were developed to enhance the effectiveness of rehabilitation and adaptation of military personnel to civilian life.

Keywords: military personnel, rehabilitation potential, adaptation, post-traumatic stress disorder, social support, emotional stability.

ВІДГУК

на кваліфікаційну роботу за другим (магістерським) рівнем

Здобувач вищої освіти

Гончарук Ігор Миколайович

Тема роботи «Психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців»

Спеціальність 053 «Психологія»

група ПС23-1зм

Загальна характеристика роботи.

Основний текст роботи представлений на ___ сторінках. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку джерел (91 джерел); ілюстрована 5 рисунками та 13 таблицями.

Актуальність теми:

Суспільні зміни, які відбуваються в Україні, вимагають від сучасних людей активності, наполегливості та самостійності. Це якості, які свідчать про відповідальне ставлення до розвитку особистості та професійної діяльності, що потребує розвитку реабілітаційного потенціалу.

Наявність новизни:

Встановлено, що розроблений методичний підхід до оцінки реабілітаційного потенціалу військовослужбовців дозволяє отримати більш повну картину їхнього психологічного стану. Аналіз включає такі аспекти, як рівень тривожності, депресії, ПТСР, самооцінка та локус контролю. Ідентифіковано ключові чинники успішної адаптації військовослужбовців до нових умов життя: соціальна підтримка, доступ до ресурсів, рівень амбіцій. Систематизовано наукові знання про взаємозв'язок між психологічними факторами та реабілітаційним потенціалом. Отримані результати поповнюють наукову базу психологічних знань та відкривають перспективи для подальших досліджень.

Практична цінність роботи та можливість її використання

Розроблена система соціально-психологічного забезпечення може бути використана у роботі кризових центрів, центрів медико-соціальної реабілітації, адаптаційних програм для військовослужбовців, які повертаються до цивільного життя, а також у психологічному консультуванні.

Відповідність роботи плану: Робота повністю відповідає плану.

Ступінь розкриття теми роботи: Тема роботи розкрита повністю.

Ілюстрованість роботи (наявність розрахунків, таблиць, схем, діаграм):
Робота ілюстрована 3 рисунками та 7 таблицями.

Якість оформлення роботи: Робота оформлена якісно.

Позитивні якості та недоліки кваліфікаційної роботи:

Робота містить оригінальні дослідження. Недоліки мінімальні і своєчасно усунуті.

Загальні висновки (допускається чи не допускається до захисту), на яку оцінку заслуговує робота: Робота допускається до захисту і заслуговує на високу позитивну оцінку при відповідному захисті.

Керівник _____ О.В. Шевяков

«_____» _____ 2025 р.

РЕЦЕНЗІЯ
на кваліфікаційну роботу

Здобувач вищої освіти

Гончарук Ігор Миколайович

Тема роботи «Психологічні складові реабілітаційного потенціалу військовослужбовців»

Спеціальність 053 «Психологія»

група ПС23-1зм

Обсяг кваліфікаційної роботи:

Короткий зміст кваліфікаційної роботи та прийнятих рішень

Розкрити поняття та здійснити характеристику реабілітаційного потенціалу; схарактеризувати посттравматичні розлади в умовах воєнного часу у військовослужбовців; визначити проблеми адаптації військовослужбовців до бойового стресу; описати організацію та методики дослідження психологічного стану військовослужбовців в умовах війни; здійснити інтерпретацію результатів дослідження реабілітаційного потенціалу військовослужбовців в умовах війни.

Висновок про відповідність кваліфікаційної роботи завданню:

Робота повністю відповідає індивідуальному завданню.

Характеристика виконання кожного розділу роботи, рівень відповідності останнім досягненням науки і техніки та передовим методам роботи:

У першому розділі проаналізовано проблему дослідження реабілітаційного потенціалу особистості. Другий розділ містить обґрунтування сучасних методів емпіричного дослідження реабілітаційного потенціалу. Третій розділ присвячений власним емпіричним дослідженням.

Негативні особливості роботи. В роботі містяться деякі негативні особливості, пов'язані з оформленням, які своєчасно усунені шляхом редагування.

Позитивні особливості роботи. Дослідження проведені на репрезентативній вибірці з використанням сучасних методик, мають практичне значення.

Загальний відгук про роботу.

Всі поставлені в роботі завдання вирішені у повному обсязі.

6. Інші зауваження . Зауваження редакційного плану мінімальні.

7.Оцінка (за національною шкалою) кваліфікаційної роботи (проекту)*

Робота може бути оцінена на оцінку “добре” .

Рецензент _____ **Максим РЕУЦЬКИЙ**