

УДК 159.9

І. Ф. Аршава, В. В. Корнієнко

*Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара
iarshava55@gmail.com, Viktoria_korn@ukr.net*

СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ТА АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Анотація. У дослідженні на підставі системного підходу і комплексного аналізу здійснено теоретичне узагальнення та обґрунтовано нове вирішення актуальної наукової проблеми сучасної клінічної психології – вичення специфіки психологічної складової реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів особистості хворих на депресивні розлади різного генезу, що дозволило науково обґрунтувати, розробити та впровадити диференційовану програму реабілітації, спрямовану на інтеграцію у суспільство пацієнтів з депресивними розладами.

Ключові слова: реабілітаційний потенціал, адаптаційні механізми, депресивні розлади, психічне здоров'я, реабілітація, психотерапія.

Аннотация. На основе анализа научных исследований личности, страдающей депрессивным расстройством, было осуществлено исследование специфики психологической составляющей реабилитационного потенциала и адаптационных механизмов, что позволило внедрить дифференцированную программу реабилитации, направленную на интеграцию в общество пациентов с депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: реабилитационный потенциал, адаптационные механизмы, депрессивные расстройства, психическое здоровье, реабилитация, психотерапия.

Постановка проблеми. В усіх цивілізованих країнах світу здоров'я нації визнається найважливішою соціальною цінністю, що характеризує рівень соціального розвитку країни. Тому одним із основних критеріїв благополуччя країни та суспільства в цілому є стан психічного здоров'я населення та його оптимальне функціонування.

Дослідник В. Я. Семке (2010) розглядає психічне здоров'я як стан динамічної рівноваги людини з навколишнім середовищем, коли всі закладені в його біологічній сутності здібності виявляються найбільш повно і всі життєво важливі підсистеми функціонують з оптимальною інтенсивністю. Зарубіжні дослідники S. Fox, S. Lydon та D. Вугне (2017) вважають психічне здоров'я власністю життєздатності індивіда, забезпеченою повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату.

На думку С. Д. Максименка (2013), психічно хвора людина втрачає здатність долати змістові, ціннісні, екзистенційні перешкоди на життєвому шляху і опиняється на порозі втрати. Відчуття залученості до життя у нього зменшується, суб'єкт починає втрачати гідність, почуття самоповаги, власні смисли життя, відчуває себе непотрібним, продукує і розвиває рентні настанови та патологізується.

На сьогоднішній день близько 4,5 % населення земної кулі страждає на депресивні розлади, а тому на даному етапі розвитку психологічної науки велике значення має проведення досліджень, спрямованих на пошук та визначення наукових підходів, методів і заходів щодо розуміння чинників, які порушують, і тих, що відновлюють взаємодію особистості із середовищем, з урахуванням особливостей цього середовища й активного впливу зі сторони суб'єкта, який має на меті забезпечення й задоволення своїх основних потреб.

Психологічні та медико-соціальні наслідки депресій різноманітні і важкі. До них відносяться: високий суїцидальний ризик, порушення адаптаційних можливостей пацієнтів, зниження професійного статусу, розпад сім'ї, інвалідність, втрата соціальних зв'язків і зниження якості життя в цілому (А. А. Євсєєв, 2012; Н. Г. Пшук та співавт., 2013; А. В. Борсуков, М. М. Осипова, 2014; С. В. Подсеваткіна, В. Г. Подсеваткін, 2014; М. М. Осипова, С. Н. Синіцин, 2015; Т. Г. Бохан та співавт., 2016; К. З. Садуакасова, 2017; Z. Rihmerz, 2012; S. Kasper, 2013).

Відомим є також той факт, що депресія є провідною причиною інвалідності та займає четверте місце в Україні за рівнем матеріального збитку, що спричинюється суспільству. При цьому значна частина цих витрат пов'язана з тимчасовою або з постійною непрацездатністю (S. Pilling et al., 2009; WHO, 2012). Так, за даними фармако-економічних досліджень, у США щорічний збиток від депресії оцінюється приблизно в 83 млрд. доларів (T. L. Greer, B. T. Kurian, M. H. Trivedi, 2010), а в країнах Євросоюзу – у 75 млрд. євро (R. S. McIntyre, D. S. Cha, J. K. Soczynska et al., 2013). Найбільші економічні втрати обумовлені відсутністю пацієнта на робочому місці або зниженням, в наслідок наявності депресії, продуктивності праці, незважаючи на формальну присутність працівника на робочому місці. В результаті депресії втрачається в середньому 27 робочих днів на одного працівника на рік (М. В. Морев, Є. Б. Любов, 2011).

У хворих на депресію руйнується система самоідентифікації, гармонійність «Я-концепції», що порушує звичний життєвий шлях, зовнішні детермінації, і людина перетворюється на соціального індивіда, який виконує певну роль, але не є особистістю у повному сенсі цього слова, і опиняється в ситуації життєвої кризи, коли віра у власні сили щодо можливості подолання складних ситуацій знижується і людина не бачить сенсу власного життя.

У зв'язку з цим при вивченні особистості хворих на депресивні розлади різного генезу необхідно звертати увагу на специфіку психологічної складової реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів цієї категорії хворих, які можуть виступити як в якості ресурсів їх реадаптації, так і в якості психотерапевтичних аспектів.

Аналіз останніх наукових досліджень і публікацій. До складу наукових розробок та фундаментальних положень стосовно різноманітних аспектів психологічної реабілітації можна віднести роботи вітчизняних та зарубіжних авторів, зокрема: М. Зоткіна, А. Налчаджяна, Ж. Порохіної, S. Rihmerz, С. Максименка, Т. Айвазяна, Ф. Березіна, Ю. Губачова,

Н. Завацької, О. Захарова, М. Халак, В. Абрамова, О. Гаврилова, К. Максименко, Н. Максимової, Г. Мозгової, К. Островської.

Мета даного дослідження полягає у вивченні специфіки психологічного реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів задля розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення соціального функціонування пацієнтів із депресивними розладами.

Виклад основного матеріалу. У зв'язку з великою поширеністю і тяжкістю наслідків депресій великого значення на даному етапі розвитку наукових знань набуває проведення досліджень не стільки окремих складових психологічного реабілітаційного потенціалу (ПРП), скільки побудова єдиної, цілісної моделі розуміння природи і змісту факторів, що мають фундаментальне значення для формування і подальшого розвитку реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними розладами. Тому при вивченні психологічного реабілітаційного потенціалу (ПРП) необхідно звернути увагу на один із його найважливіших аспектів – багаторівневий процес адаптації, який є універсальним механізмом, що може забезпечити повноцінне функціонування особистості в середовищі і розглядається в сучасній психології як «динамічний процес пристосування організму до нових умов існування» (А.А. Налчаджян, 2010).

Можна погодитись з думкою С.Д. Максименка (2013), який справедливо зазначав, що адаптаційний процес торкається всіх рівнів організму: від молекулярної до психічної регуляції діяльності.

Спираючись на наукові категорії, було визначено, що соціальна і психологічна сторони адаптації знаходяться у нерозривній єдності, хоча іноді можуть не збігатися. Соціальна адаптація особистості спрямована на відновлення норм соціально-корисних відношень із соціальними суб'єктами, на зміну спілкування, поведінки, діяльності. Психологічна адаптація – засвоєння соціально-корисних стандартів поведінки та ціннісних орієнтацій, зближення установок і спрямованості особистості з очікуваннями соціального середовища.

В. Кондрюкова (2011) вбачає в процесі адаптації функцію прогнозування, яка містить наступні дії та несе в собі інформацію щодо цілі, об'єкта, середовища, є основою всіх адаптаційних процесів особистості та ефективності будь-якої її діяльності. Процес адаптації вважається позитивним за умов виконання певних соціальних норм, чітко сформульованих суспільством, і є у деякому сенсі прогнозованим.

У психології із категорією адаптації пов'язане поняття адаптивності, яке розуміють як тенденції функціонування цілеспрямованої системи цілей і результатів, що досягаються в ході діяльності.

К. Погодаєв (1996) пов'язував процес адаптації з роботою центральної нервової системи і відводив їй провідну роль, а стрес, який переживає особистість у процесі адаптації, визначав як стани напруги або перенапруги процесів метаболічної адаптації головного мозку, що призводять до захисту або пошкодження організму на різних рівнях його організації через єдині нейрогуморальні й внутрішньоклітинні механізми.

Якщо ж пристосування індивіда до соціального середовища у процесі його діяльності не відбувається, то доречним буде говорити про психічну дезадаптацію, причини якої полягають у високих темпах сучасної цивілізації, високому рівні нервових, фізичних, емоційних навантажень: частковій або повній психічній та особистісній незрілості; неузгодженості поведінки людини з вимогами суспільства, соціальними нормами; конфліктності з близьким оточенням, емоційних переживаннях; несприятливих умовах праці, хворобах та ін. (В. А. Абрамов, 2014; І. Ф. Аршава, 2008; Е. Л. Носенко, 2006).

В. Чайка (2012) вбачав ознаки дезадаптованої особистості у переживаннях пролонгованих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, необхідних для їх вирішення, в наявності нервово-психічних захворювань, у виснаженні нервової системи.

А. Капська (2004) до процесів соціальної дезадаптації відносить такі відхилення від норми як девіантна поведінка. При цьому вона звертає увагу на складові нормальної та гармонічної поведінки, а саме: збалансованість психічних процесів, адаптивність, самоактуалізація і духовність. Порушення або відхилення цих характеристик від норми призводить до аномалій та девіацій, що є показниками дезадаптації особистості, яка особливо актуалізується у хворих на депресивні розлади.

О. Захаров та В. Арбузова (2014) серед найбільш універсальних проявів дезадаптації називають медико-біологічні, патохарактерологічні та соціопатичні дисфункції, які ускладнюють процес соціальної та психологічної адаптації в будь-якому віці.

О. Безпалько (2004) вважає детермінантою низької адаптації – соціальну дезадаптацію, яка виникає через домінування пасивної адаптації над активною, коли особистість виявляється нездатною активно взаємодіяти з середовищем і долати труднощі та перепони, пасивно сприймаючи вплив соціального та природного середовища, та не була в змозі сприйняти та засвоїти соціальні норми, способи діяльності, вчасно змобілізувати психологічні та фізіологічні ресурси.

Цінним для більш досконалого дослідження феномену дезадаптації ми визначили підхід Л. Мардахаяєва (2013), який розглядає дезадаптацію як процес, прояв та результат. На думку вченого, дезадаптація проявляється через нетипову поведінку людини у певних умовах та має свій результат у вигляді невідповідності результативності діяльності людини соціальним нормам. У свою чергу дезадаптивні процеси мають більш широкую варіативність та пов'язані зі складністю впливів на особистість з боку не лише того середовища, у якому знаходиться людина, а багатьох ситуативних, постійних, випадкових або спеціально створених факторів. Також, зазначає науковець, дезадаптація пов'язана з відхиленнями від норми у поведінковій та пізнавальній сферах особистості.

Аналізуючи фундаментальні засади з питань адаптації особистості, можна прослідкувати, як відбуваються кардинальні зміни індивіда та його

соціального оточення, що вбачається і в засвоєнні норм, моральних цінностей соціального оточення шляхом їх раціонального усвідомлення, і в пристосуванні до нього через спілкування, поведінку, діяльність, і у встановленні динамічної рівноваги між його особистісними установками та очікуваннями соціального середовища.

Процеси адаптації та реабілітації мають багато спільного, тому Ф. Б. Березін (2011) визначає реабілітацію як аспект психічної адаптації, що забезпечує організацію мікросоціальної взаємодії, формування адекватних міжособистісних стосунків, урахування експектацій оточення і досягнення соціально значущих цілей. На його думку, психологічна реабілітація розглядає хворобу як руйнівний процес в організмі людини, зі змінами в фізичному самопочутті в сторону погіршення, високими показниками емоційних та функціональних порушень, на рівні розумової активності та особистісними змінами.

У визначенні дослідниці В. М. Шахрай (2006), реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, на покращення її здоров'я, дієздатності, на зміну соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених з певних причин.

Одним із нагальних завдань психологічної реабілітації, принципи якої полягають у єдності біологічного і психологічного, різнобічності реалізації реабілітаційних програм та партнерства, постає розробка та впровадження ефективних методів відновлення особистісних установок, спрямованих на подолання наслідків хвороби та компенсацію втрачених професійних і соціально-адаптивних якостей у осіб, що перенесли нервово-психічні захворювання. Повернення до здоров'я, з точки зору цього підходу, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості в своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану і рецидиву хвороби. Повною мірою це стосується і хворих на депресивні розлади.

Психологічна реабілітація осіб із психічними розладами, як вважає В. М. Шахрай (2006), може здійснюватися на базі динамічного функціонального зв'язку між збереженими елементами особистості та медико-психологічним впливом, включаючи в дію компенсаторні механізми та диференційовані розлади психічних функцій від збереженого ядра особистості. А форми й засоби впливу зумовлюються характером психічних змін та ступенем прояву патологічних учинків, враховуючи основні індивідуальні особливості, структуру особистості та її патологічні зміни.

Ж. В. Порохіною (2004) визначено, що важливою складовою реабілітаційного потенціалу є його психологічна частина (психологічний реабілітаційний потенціал). При цьому на сьогоднішній день універсального визначення поняття «психологічний реабілітаційний потенціал» немає, так само як немає і єдиної моделі компонентного складу даного поняття.

Ж. В. Порохіна, Л. В. Байрачна та співавтори (2004) під психологічним реабілітаційним потенціалом розуміють систему преморбідно сформованих

індивідуально-психологічних характеристик особистості (мотиваційних, емоційно-вольових, когнітивних), які виступають у якості основного ресурсу в разі зміни соціальної ситуації розвитку в результаті захворювання, що інвалідизують людину, і сприяють її реадаптації до нових умов життя.

М. Е. Халак (2009) розглядає психологічний реабілітаційний потенціал із позицій холістичного підходу як «функціональний комплекс пізнавальних процесів, емоційно-вольової сфери особистості, сукупність адаптаційних можливостей особистості, особистісної спрямованості, зацікавленості, готовності до психологічної роботи над власною особистістю і відкритість до отримання нового досвіду, що визначає ступінь можливого відновлення, продуктивної інтеграції в сучасний соціум (соціалізації)».

Т. А. Рогачова (2015) розглядає психологічний реабілітаційний потенціал як можливість розширення сфер життєдіяльності за рахунок відновлення або компенсації порушень на психічному рівні.

Більшість дослідників у цій галузі вважають, що психологічний реабілітаційний потенціал, будучи невід'ємною складовою реабілітаційного потенціалу, характеризується своєю внутрішньою структурою, яка визначається дослідниками по-різному.

На думку М. Є. Халак (2009), структура психологічного реабілітаційного потенціалу включає наступні основні компоненти: мотиваційний, емоційний, інтелектуальний та середовищний.

О. М. Старобіна та Е. Г. Свистунова (2008) включають до складу психологічного реабілітаційного потенціалу наступні складові:

- інтелектуальний компонент, який забезпечує рівень розуміння реабілітантами проблем, пов'язаних із захворюванням, інвалідністю, і можливості їх вирішення за допомогою реабілітаційних заходів; інтелектуальний компонент реабілітаційного потенціалу залежить від рівня стану когнітивних процесів і рівня інтелекту;

- емоційно-вольовий компонент, який визначає енергію реабілітанта в досягненні цілей і завдань реабілітації, чуттєву забарвленість відносин до цих цілей і завдань, а також до окремих реабілітаційних заходів і залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, емоційних станів і вольових процесів;

- мотиваційний компонент, який визначає спрямованість на досягнення цілей і завдань реабілітації і являє собою сукупність цілей, установок, мотивів і потреб, актуальних для реабілітанта в аспекті різних підсумків, результатів реабілітації і залежить від ціннісно-мотиваційних характеристик особистості, системи особистісних відносин в цілому.

Таким чином, незаперечним є той факт, що стан реабілітаційного потенціалу хворих визначається тими чи іншими параметрами на біологічному, психологічному і соціально-середовищному рівні.

Отже, в сучасних дослідженнях представлено теоретико-експериментальне та клініко-психопатологічне обґрунтування актуальності визначення психологічного реабілітаційного потенціалу осіб з вадами здоров'я. Аналіз літературних джерел показав, що однозначного погляду на

специфіку психологічного реабілітаційного потенціалу хворих на депресивні розлади не існує. Залишається відкритим питання про індивідуальну специфіку, яка визначає межі потенційних внутрішніх змін особистості, пов'язаних із характером депресивного розладу, в межах яких можлива адаптація пацієнта. Недостатньо дослідженим є і особливості соціально-психологічних характеристик пацієнта, які можуть виступати в якості маркерів психологічного супроводу лікувально-реабілітаційного процесу та являтися компонентами психологічного реабілітаційного потенціалу.

Різноманітність теорій і корекційних підходів ставить цю проблему у ряд найбільш складних і диктує необхідність комплексного аналізу ресурсів, знищених хворобою, а також визначення психологічного реабілітаційного потенціалу з метою удосконалення реабілітаційних програм, що сприятимуть відновленню психологічного здоров'я та інтеграції пацієнтів із депресивними розладами у суспільство.

Таким чином, для сучасної клінічної психології актуальним є вивчення специфіки психологічного реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів особистості для розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення соціального функціонування пацієнтів із депресивними розладами різного генезу.

Аналіз наукових джерел показує, що раннє виявлення депресій і своєчасний початок лікування істотно покращує результат терапевтичного втручання. І, навпаки, тривале перебування в хворобливому стані сприяє хроніфікації патологічного процесу, підвищує ризик розвитку повторних депресивних епізодів у подальшому і помітно погіршує прогноз захворювання в цілому (М. М. Петрова, Л. С. Круглов, Н. В. Антонова, 2013; М. М. Осипова, В. М. Зайцева, 2015; G. Goodwin, 2013). Депресія – гетерогенне захворювання, що вимагає лікування не тільки емоційних симптомів, а й відновлення соціального функціонування та якості життя пацієнтів (M. Fava et al., 2006; S. M. McClintock et al., 2011; DSM-5, 2013). Відомо, що, незважаючи на виражене поліпшення стану хворих в результаті терапії, більше ніж 50 % пролікованих пацієнтів все ще відзначають значне зниження якості життя (S. Rosenzweig-Lipson et al., 2007; R. S. McIntyre et al., 2013; C. Gasse et al., 2013; W. W. Ishak et al., 2014). Тому увага до повного функціонального відновлення пацієнта надає йому шанс на поліпшення повсякденного життя (T. L. Greer et al., 2010; W. W. Ishak et al., 2011).

У зв'язку з цим великого значення набувають реабілітаційні заходи, що мають на меті реадаптацію і реінтеграцію пацієнтів і пов'язані з ними реабілітаційні можливості особистості пацієнта. Реабілітаційний потенціал – можливості хворої людини за сприяння реабілітаційних служб і суспільства в цілому приводити біологічні та соціально-психологічні резерви до мобілізації реституційних, компенсаторних і адаптивних процесів та інших механізмів, що лежать в основі відновлення його порушеного психічного здоров'я, працездатності, особистого статусу і становища в суспільстві.

Так як однією із важливих складових реабілітаційного потенціалу визначено його психологічну складову (психологічний реабілітаційний

потенціал – ПРП), то останню можна представити як комплекс індивідуально-психологічних особливостей особистості (когнітивних, мотиваційних, емоційних та ін.), а також соціально-психологічних факторів, які є основними мішенями, вплив на які сприятиме реадаптації і ресоціалізації пацієнта, виникненню і розвитку депресивних розладів різного генезу.

Матеріал та методи. Вибірка дослідження – 354 особи, з яких 270 – хворі на депресивні розлади (91 – з невротичними депресивними розладами; 86 – з органічними депресивними розладами та 93 – з ендogenous депресивними розладами) та 84 – осіб із загальної популяції населення (практично здорові особи).

У дослідженні були застосовані наступні психодіагностичні методики: Шкала Гамільтона для оцінки рівня тривожності (HARS), Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Г. Маклаков, С. В. Чермянін, 2001), Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS); методика визначення копінг-стратегій Е. Heim (адаптація Л. І. Вассермана, 2003); тест життєстійкості (Д. О. Леонтьєв, О. І. Рассказова, 2006); П'ятифакторний опитувальник особистості 5 PFQ (в адаптації А. Б. Хромова, 2000); Томський опитувальник ригідності (ТОРЗ) (Г. В. Залевський); методика психологічної діагностики типів ставлення до хвороби (ТСХ) (Л. І. Вассерман та співавт., 1991); методика визначення ціннісних орієнтацій Ш. Шварца (В. Н. Карандашев, 2004); методика «Шкала екзистенції» А. Ланге – К. Орглер (С. В. Кривцова, 2009); Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCa) (Z. Nasreddine, 2005); опитувальник І. Колер «Задоволеність своїм функціонуванням в різних сферах життєдіяльності» (I. Karler, 2004); методика «Індекс життєвої задоволеності» (ІЖЗ) в адаптації Н. В. Паніної (С. В. Духновський, 2010); методика «Шкала сімейного оточення» (ШСО) (Р. Х. Мус, адаптація С. Ю. Купріянова, 1985); опитувальник «Міжособистісні відносини» (В. А. Абабков, Г. Л. Ісупіна, 2007); опитувальник «Реабілітаційний потенціал особистості» (І. Ю. Кулагіна, Л. В. Сенкевич, 2015).

Результати та їх обговорення. У даному науковому дослідженні на основі системного підходу та комплексного аналізу здійснено теоретичне узагальнення та наведено нове вирішення актуальної наукової проблеми сучасної клінічної психології – психологічного реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів особистості хворих на депресивні розлади різного генезу, що дозволило науково обґрунтувати, розробити та впровадити диференційовану програму реабілітації, спрямовану на інтеграцію у суспільство пацієнтів із депресивними розладами.

Встановлено, що психологічний реабілітаційний потенціал хворих із депресивними порушеннями утворює складний симптомокомплекс, що включає особливості життєстійкості, адаптаційного потенціалу, копінг-стратегій, міжособистісних та сімейних комунікацій, соціального функціонування, специфіку ціннісно-мотиваційної сфери, індивідуально-

типологічні особливості та психологічне благополуччя хворих із депресивними порушеннями.

Визначені диференційовані компоненти психологічного реабілітаційного потенціалу при депресивних порушеннях різного генезу: при невротичних депресіях до нього належали: віра у власні сили щодо можливості подолання складних ситуацій ($t=6,301$); відчуття залученості до життя ($t=3,781$); представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «емоційна розрядка» (ДК=2,36), «пасивна кооперація» (ДК=8,95), «компенсація» (ДК=9,51) та «звернення» (ДК=6,18); артистизм (11,52 балів); наявність егропатичного ставлення до хвороби (ДК=4,87); наявність цінності «досягнення» ($t=4,723$). При органічних депресіях до психологічного реабілітаційного потенціалу належали: готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід (ДК=4,04); відчуття залученості до життя ($t=4,099$); представленість відносно-адаптивних копінг-стратегій: «релігійність» (ДК=7,10), «компенсація» (ДК=8,55), «пасивна кооперація» (ДК=9,68) та «відносність» (ДК=6,89); повага до інших (10,91 балів); низький рівень актуальної ригідності (ДК=6,11), помірний рівень сенситивної та загальної ригідності (ДК=3,49 та ДК=4,77); наявність анозогнозичного ставлення до хвороби (ДК=5,81); наявність цінності «традиції» ($p<0,0025$) та «самостійність» ($p<0,03$); включеність у життя ($p<0,0001$) (завдяки почуттю обов'язку ($p<0,01$); збереженість міжособистісних комунікацій: контактність ($t=6,198$), можливість відкрито виражати власні емоції ($t=3,587$), насамперед негативні (ДК=2,51). До психологічного реабілітаційного потенціалу при ендогенних депресіях належали: готовність сприймати події, що відбуваються, як досвід (ДК=3,72); представленість адаптивних копінг-стратегій: «співпраця» (ДК=5,93) та «альтруїзм» (ДК=9,45); наявність цінності «традиції» ($p<0,01$).

У результаті проведених досліджень було визначено рівень специфіки психологічного реабілітаційного потенціалу у пацієнтів із депресивними порушеннями, а саме: із невротичною депресією у 23,07 % визначався низький, у 47,25 % - середній та у 29,67 % - високий рівень ПРП; у пацієнтів з органічними депресіями: в 43,02 % був визначений низький, у 44,18 % - середній та у 12,79 % - високий рівень ПРП; у хворих на ендогенні депресії переважали особи з низьким рівнем психологічного реабілітаційного потенціалу (55,91 %). Було доведено, що пацієнти з невротичними депресіями відрізняються більш високим рівнем психологічного реабілітаційного потенціалу, ніж хворі на органічні депресії (ДК=3,65), у яких рівень психологічного реабілітаційного потенціалу був вищим за пацієнтів з ендогенними депресіями (ДК=4,73).

За результатами дослідження було встановлено основні фактори, що детермінують процеси адаптації та відновлення особистості пацієнтів із депресивними розладами, до яких належать: ознаки емоційної стійкості, яскравість прояву когнітивних та емоційних дисфункцій, комунікативний потенціал особистості, ступінь активності та наполегливості, рівень самооцінки, рівень залученості у життя, відповідальності та ригідності,

наповненість ціннісно-суттєвої сфери, адекватність типу ставлення до хвороби, ступінь послідовності у досягненні цілей, ефективність копінг-стратегій.

Встановлено також компоненти психологічного реабілітаційного потенціалу, притаманні хворим із депресивними розладами, що перешкоджають процесу адаптації, до яких належать: низькі показники життєстійкості, переважання неадаптивних копінг-стратегій, зниження адаптаційного потенціалу, спустошеність мотиваційної сфери, зниження спонукань та екзистенціальна невиконаність (низький рівень самодистанціювання, самотрансценденції, свободи і персональності), висока емоційна лабільність, тривожність, прояви депресії, напруженості, самокритика, інтровертованість, низькі показники експресивності, переважання високого та дуже високого рівня психічної ригідності, високого рівня ригідної поведінки під час стресу, дезадаптивні інтрапсихічні типи ставлення до хвороби (меланхолійні, апатичні, іпохондричні), наявність емоційних та когнітивних дисфункцій. У результаті поглибленого вивчення даних феноменів у досліджуваних з різними формами депресії було встановлено наступне: при невротичних депресіях: зниження показників життєстійкості: зниження залученості у життя (ДК=2,55), середній рівень контролю (ДК=1,09), низький рівень прийняття ризику (ДК=8,24); зниження адаптивності копінг-стратегій (ДК=3,10): актуалізація розгубленості (ДК=10,38), придушення емоцій (ДК=6,85), уникнення (ДК=7,40), пасивна кооперація (ДК=9,07), компенсація (ДК=8,10), емоційна розрядка (ДК=3,54) та звернення (ДК=7,82); зменшення адаптаційного потенціалу: зниження рівня нервово-психічної стійкості ($t=2,756$) та поява астенічних ($t=2,228$), психотичних ($t=2,316$) реакцій та дезадаптаційних порушень ($t=3,012$). При органічних депресіях: зниження життєстійкості (ДК=6,18): відчуття невпевненості щодо подолання хвороби (ДК=7,36) та низький рівень прийняття ризику (ДК=4,65); зниження адаптивності копінг-стратегій (ДК=1,13): актуалізація пасивної кооперації (ДК=11,46), придушення емоцій (ДК=6,69), компенсації (ДК=9,70) та активного уникнення (ДК=5,72); поява дезадаптаційних порушень у вигляді астенічних реакцій ($t=2,512$). При ендогенних депресіях: зниження життєстійкості (ДК=5,79); зниження показників залученості, контролю та прийняття ризику (ДК=6,09, ДК=5,06 та ДК=8,17); зниження адаптивності копінг-стратегій (ДК=3,45); актуалізація розгубленості (ДК=9,31), придушення емоцій (ДК=6,41), смиренності (ДК=7,20) та самозвинувачення (ДК=8,17); зниження адаптаційного потенціалу ($t=2,311$); зменшення нервово-психічної стійкості ($t=3,541$), зниження комунікативного потенціалу ($t=2,254$) та поява дезадаптаційних порушень ($t=3,091$), астенічних та психотичних реакцій ($t=3,091$ та $t=2,178$).

Доведено, що тривалість депресії, її рецидивуючий характер негативно впливають на адаптаційні можливості, адекватність копінг-стратегій, життєстійкість, особливості особистості, психічну пластичність, тип внутрішньої картини хвороби, особливості ціннісно-мотиваційної сфери,

екзистенціальну наповненість, соціальне функціонування та міжособистісні стосунки пацієнтів із депресивними розладами ($p < 0,05$).

У дослідженні встановлено, що психологічний реабілітаційний потенціал при депресивних розладах має гендерну специфічність: при невротичних депресивних розладах: у чоловіків: послідовність у досягненні цілей ($r=0,43$); життєстійкість ($r=0,53$); упевненість у власних силах ($r=0,46$); актуалізація копіngu «протест» ($r=0,87$); домінування ($r=0,66$); реалістичність ($r=-0,75$); ергопатичний тип ставлення до хвороби ($r=0,74$); важливість цінностей «досягнення» ($r=0,65$) та «влада» ($r=0,43$); орієнтація сімейної системи на досягнення ($r=0,48$). У жінок: залученість у життя ($r=0,49$); комунікативний потенціал ($r=0,75$); моральна нормативність ($r=0,33$); використання копінг-стратегій «звернення» ($r=0,78$), «емоційна розрядка» ($r=0,77$), «пасивна кооперація» ($r=0,54$) та «компенсація» ($r=0,53$); артистичність ($r=0,56$); важливість цінностей «доброта» ($r=0,64$), «безпека» ($r=0,68$) та «конформність» ($r=0,73$); структурованість сімейної системи ($r=0,56$). ПРП при органічних депресивних розладах: у чоловіків: залученість у життя ($r=0,47$); послідовність у досягненні цілей ($r=0,48$); життєстійкість ($r=0,58$); відповідальність ($r=0,69$); актуалізація копіngu «компенсація» ($r=0,71$); анозогнозичний тип ставлення до хвороби ($r=0,56$); важливість самостійності ($r=0,65$); орієнтація сімейної системи до незалежності ($r=0,39$). У жінок: залученість у життя ($r=0,51$); прийняття ризику ($r=0,49$); комунікативний потенціал ($r=0,86$); використання копінг-стратегій «релігійність» ($r=0,79$) та «емоційна розрядка» ($r=0,47$); важливість цінностей «безпека» ($r=0,72$) та «конформність» ($r=0,39$); поступливість ($r=0,523$) та турботливість ($r=0,53$); орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти ($r=0,67$). ПРП при ендогенних депресивних розладах: у чоловіків: важливість цінностей «стимуляція» ($r=0,44$) та «влада» ($r=0,37$); у жінок: прийняття ризику ($r=0,47$); моральна нормативність ($r=0,57$); використання копінг-стратегій «пасивна кооперація» ($r=0,35$) та «відносність» ($r=0,35$); важливість цінностей «безпека» ($r=0,75$) та «доброта» ($r=0,39$); орієнтація сімейної системи на морально-етичні аспекти ($r=0,64$); високий рівень організації ($r=0,71$) та контролю ($r=0,39$) сімейної системи.

Було встановлено вікові особливості ПРП пацієнтів із депресивними розладами та визначено їх складові. Доведено, що з віком поступово зменшується рівень ПРП (психологічного реабілітаційного потенціалу) та збільшується рівень ПРД (психологічного реабілітаційного дефіциту) у всіх сферах життєдіяльності хворих на депресивні розлади, що проявляється у зниженні соціального функціонування, рівні психологічного благополуччя, рівня життєстійкості, адаптаційного потенціалу особистості, зміні ціннісно-мотиваційної сфери, порушенні міжособистісних та внутрішньо-сімейних комунікацій.

Встановлено диференційовані патопсихологічні особливості хворих на депресивні розлади різного генезу, які негативно впливали на ПРП та полягали в наявності емоційних дисфункцій: у пацієнтів із невротичними депресіями: наявність легкого рівня депресії, переважання фобічної та

ажитованої форм депресивного розладу, прояв obsесивно-компульсивних, вегетативних та серцево-судинних симптомів, психічної тривоги, почуття страху, травневих порушень та іпохондрії. У пацієнтів з органічними депресіями: переважання легкого та помірного рівню депресії, домінування соматизованої форми депресивного розладу, прояви соматичних та серцево-судинних симптомів, соматичної тривоги, раннього пробудження та інтелектуальних порушень. У пацієнтів з ендогенними депресіями: переважання помірного та тяжкого рівня депресії, домінування адинамічної форми депресивного розладу, прояви загальмованості, напруженості, наявності добових коливань, втрата ваги, почуття провини та суїцидальних намірів, а також респіраторних, травневих та сечостатевиx симптомів.

Динаміка реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними розладами оцінювалася за допомогою шкали «Реабілітаційний потенціал особистості», яка оцінювала мотиваційний, емоційний, комунікативний та когнітивний компоненти реабілітаційного потенціалу та внутрішню картину хвороби. Початкові показники РП (реабілітаційного потенціалу) в обох групах пацієнтів із депресивними порушеннями були низькими та практично ідентичними (рис. 1).

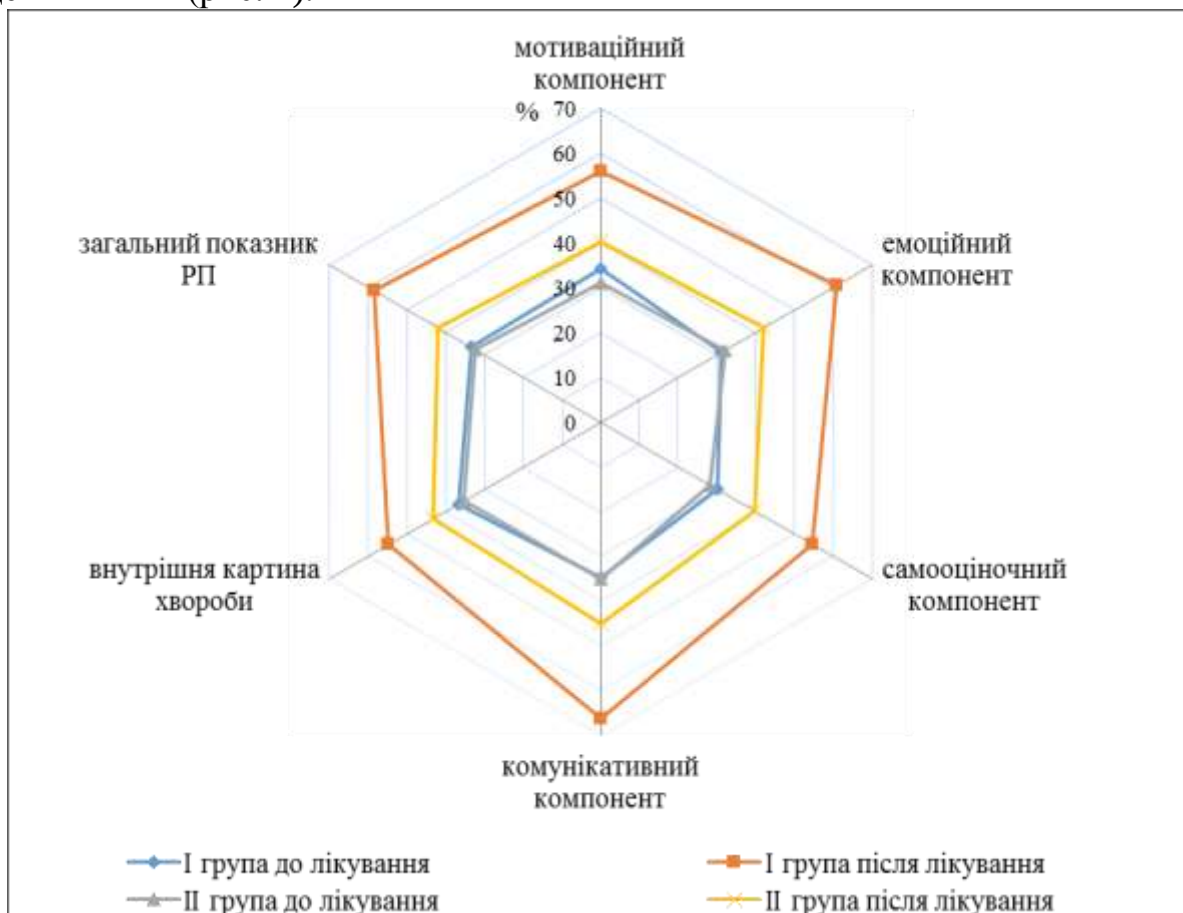


Рис. 1. Динаміка реабілітаційного потенціалу у пацієнтів з депресивними розладами

Після проходження курсу лікування в обох групах спостерігалася позитивна динаміка. Так, підвищився мотиваційний компонент РП, який відображає широту інтересів і ступінь активності хворого, який включається

в рішення побутових, професійних (навчальних) проблем і завдань, пов'язаних зі збереженням (відновленням) здоров'я: в I групі на 21,9 % ($p<0,0001$), в II групі – на 9,01 %; підвищився загальний емоційний фон життя хворого: в I групі на 29,93 % ($p<0,0001$), в II групі – на 10,04 % ($p<0,05$); покращились уявлення про власні якості і ставлення до себе як до хворої людини: в I групі на 24,56 % ($p<0,0001$), в II групі – на 11,75 % ($p<0,025$); покращилася готовність пацієнтів до соціальних стосунків та комунікацій: в I групі на 31,46 % ($p<0,0001$), в II групі – на 9,95 %.

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

Таблиця 1

Оцінка ступеня поліпшення стану за загальними клінічними та психологічними характеристиками

Критерії оцінки	I група (n=52)	II група (n=46)	P	ДК	МІ
	Абс. кількість/ %				
Одужання	18 (34,62 %)	8 (17,39 %)	0,0291*	-2,99	0,26
Значне покращення	20 (38,46 %)	13 (28,26 %)	0,0974	-1,34	0,07
Покращення	14 (26,92 %)	22 (47,83 %)	0,0173*	2,50	0,26
Відсутність ефекту	0	3 (6,52 %)	0,0998	-	-

Примітки: *- достовірні відмінності на рівні $p<0,05$

Оцінка ступеню поліпшення стану за загальними клінічними та психологічними характеристиками проводилася через 6 місяців після проведеного курсу лікування (табл. 1). Встановлено, що в групі хворих на депресивні порушення, що пройшли комплексну диференційовану програму психологічної реабілітації (КДППР), достовірно частіше відзначалося повне одужання (34,62 %), порівняно з пацієнтами контрольної групи (17,39%), при $p<0,029$. При цьому у хворих контрольної групи найчастіше відзначалось лише покращення стану (47,83 %), порівняно з хворими, що лікувалися за програмою КДППР (26,92 %), при $p<0,017$. Відсутність ефекту від терапії реєструвалася у 6,52 % пацієнтів у групі порівняння.

Сформульовано диференційовані принципи психологічної реабілітації з урахуванням особливостей психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними розладами, розроблено та апробовано комплексну диференційовану програму реабілітації, за допомогою якої реалізується комплексний підхід до реабілітації із застосуванням інтеграції психотерапевтичних методів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренінгів життєстійкості, когнітивних та соціальних навичок). Програма реалізується поетапно (підготовчий, патогенетичний, адаптаційний та психопрофілактичний етапи) та передбачає поєднання індивідуальних та

групових форм роботи в стаціонарному та амбулаторному режимах. Мішенями психологічного впливу були обрані п'ять основних факторів, що визначали рівень ПРП: адаптаційні можливості пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні особливості, наявність емоційних та когнітивних порушень та особливості міжособистісних комунікацій. Результати впровадження комплексної диференційованої програми психологічної реабілітації пацієнтів із депресивними розладами підтвердили її високу ефективність у порівнянні з традиційними методами лікування даної патології.

Таким чином, результати апробації розробленої програми психологічної реабілітації пацієнтів із депресивними порушеннями свідчать про її високу ефективність та результативність у порівнянні з традиційними програмами корекції депресивних розладів.

Висновки. В роботі було проведено теоретичне узагальнення та наведено нове вирішення актуальної наукової проблеми сучасної клінічної психології – дослідження психологічного реабілітаційного потенціалу та адаптаційних механізмів хворих на депресивні розлади різного генезу, що дозволило науково обґрунтувати, розробити та впровадити диференційовану програму реабілітації, спрямовану на інтеграцію у суспільство пацієнтів із депресивними розладами. Встановлено, що ПРП (психологічний реабілітаційний потенціал) хворих із депресивними порушеннями утворює складний симптомокомплекс, що включає особливості життєстійкості, особистісного адаптаційного потенціалу, копінг-стратегій, міжособистісних та сімейних комунікацій, соціального функціонування, специфіку ціннісно-мотиваційної сфери, індивідуально-типологічні особливості та психологічне благополуччя хворих із депресивними порушеннями. Виокремлено основні фактори, що детермінують процеси адаптивності та відновлення особистості пацієнтів із депресивними розладами. Визначено пускові механізми порушення процесу адаптації та компенсації у хворих із депресивними розладами, виокремлено основні фактори, що детермінують процеси адаптивності та відновлення особистості пацієнтів із депресивними розладами; було встановлено вікові особливості ПРП (психологічного реабілітаційного потенціалу) пацієнтів із депресивними розладами та визначено їх складові. Доведено, що з віком поступово зменшується рівень психологічного реабілітаційного потенціалу та збільшується рівень психологічного реабілітаційного дефіциту у всіх сферах життєдіяльності хворих на депресивні розлади, сформульовано диференційовані принципи психологічної реабілітації з урахуванням особливостей психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів із депресивними розладами, розроблено та апробовано комплексну диференційовану програму реабілітації, за допомогою якої реалізується комплексний підхід.

Бібліографічні посилання

Arshava, I. F. & Nosenko, E. L. (2008), *Aspects of implicit diagnostics of emotional stability of a person* [Aspekty implitsytnoyi diahnostryky emotsiynoyi stiykosti lyudyny], DNU.

- Arshava, I. F. & Arshava, A. V. (2000), "Psychotherapeutic aspect of rehabilitation of some categories of flight dispatching staff as a method of improving psychological reliability" ["Psikhoterepevticheskiy aspekt reabilitatsii nekotorykh kategoriy letno-dispatcherskogo sostava kak metod povysheniya psikhologicheskoy nadezhnosti"], *Conference materials «Man in aviation and the problem of maintaining his health» – Materialy konferentsii «Chelovek v aviatsii i problema podderzhaniya yego zdorov'ya»*, p. 11–12.
- Arshava, I. F., Nosenko E. L. & Znanetska, O. M. (2011), *Positive image of the "I" and psychological well-being [Pozytyvnist' obrazu «Ya» ta psykholohichne blahopoluchchya]*, "Innovation", Dnipropetrovsk.
- Ball, A. (1989), "The concept of adaptation and its significance for psychology" ["Ponyatiye adaptatsii i yego znachenije dlya psikhologii"], *Psychology issues – Voprosy psikhologii*, Vol. 1, p. 92–100.
- Berezin, F. B., Miroshnikov, M. P., Sokolova, E. D. (2011), *Methods of multilateral personality research (structure, bases of interpretation, some applications) [Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti (struktura, osnovy interpretatsii, nekotoryye oblasti primeneniya)]*, "Consultant Plus-New Technologies", Moscow.
- Bezpalko, O. V., Zvereva, I. D. & Laktionova, G. M. (2004), *Social work in Ukraine [Sotsial' na robota v Ukrayini]*, Center for Educational Literature, Kiev.
- Burlakova, I. A., Apanasenko, L. G. & Kondes, T. V. (1998), "Health of the nation and labor potential of Ukraine" ["Zdorov'ya natsiyi ta trudovyy potentsial Ukrayiny"], *Scientific notes of the Institute of Economics, Management and Economic Law – Uchenyye zapiski Instituta ekonomiki, upravleniya i ekonomicheskogo prava*, Vol. 2, p.119–121.
- Chaika, V. (2012), "Innovatsiyna model rozvitku yak vidpovid on wikliki suchasnosti." ["Innovatsiyna model' rozvytku yak vidpovid' na vyklyky suchasnosti"], *The notes of Ternopil National Pedagogical University and Volodymyr Gnatyuk's Names. Seriya: Pedagogy – Notatky Ternopil' s' koho natsional' noho pedahohichnoho universytetu ta imena Volodymyra Hnatyuka. Seriya: Pedahohika*, p. 142–155.
- Kapska, A. Y. (2004), *Social Work: Technological Aspect [Sotsial' na robota: tekhnolohichnyy aspekt]*, State center of social services for youth. Institute of social sciences work and management of N.P. Drahomanov, Kiev.
- Khalak, M. E. (2009), "The role of the level of psychological rehabilitation potential of a disabled person in the process of psychological support" ["Rol' urovnya psikhologicheskogo reabilitatsionnogo potentsiala invalida v protsesse psikhologicheskogo soprovozhdeniya"], *Actual issues of restorative medicine and the rehabilitation of patients with movement disorders – Aktual'nyye voprosy vosstanovitel'noy meditsiny i reabilitatsii bol'nykh s dvigatel'nymi rasstroystvami*, p. 182–183.
- Kondryukova, V. V. (2011), "Adaptation to professional activity: socio-psychological aspect" ["Adaptatsiya do profesiynoyi diyal'nosti: sotsial'no-psykholohichnyy aspekt"], *Legal bulletin of the University "KROK" – Yurydychnyy byuleten' universytetu "KROK"*, Vol. 9, p. 139–143.
- Lomov, B. F. (1975), "On the system approach in psychology" ["O sistemnom podkhode v psikhologii"], *Psychology issues – Voprosy psikhologii*, Vol. 2.
- Maksimenko, S. D. (2013), "Features of prognostication of internal lines of mental health of personality" ["Osoblyvosti prohnozuvannya vnutrishnikh liniy psykhichnoho zdorov'ya osobystosti"], *Problems of modern psychology – Problemy suchasnoyi psykholohiyi*, Vol. 2, p. 4–14.
- Maksimenko, S. D., Koval, V. V., Maksymenko, K. S. & Papucha, M. V. (2008), *Medical psychology [Medychna psykholohiya]*, The New Book, Vinnitsa.
- Maksymenko, S. D. & Shevchenko, N. F. (2007), "Psychological help for serious somatic patients: a manual" ["Psykhologichna dopomoha tyazhkym somatychno khvorym: navchal'nyy posibnyk"], *Institute of Psychology named after G.S. Kostyuk of the Academy*

- of Pedagogical Sciences of Ukraine – Instytut psykholohiyi imeni H.S. Kostyuka Akademiyi pedahohichnykh nauk Ukrayiny*, p. 115.
- Nosenko, E. L. & Arshava, I. F. (2006), “System approach to the study of human resistance in the light of the newest researches of emotional and mental states” [“Systemnyy pidkhd do vyvchennya stiykosti lyudyny u svitli novitnikh doslidzhen' emotsiynykh i psykhiichnykh stani”], *Institute of Psychology named after G.S. Kostyuk of the Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine – Instytut psykholohiyi imeni H.S. Kostyuka Akademiyi pedahohichnykh nauk Ukrayiny*, Vol. 8, No. 5, p. 229–243.
- Pogodaev, K. I. (1996), “To the biological basis of “stress” and “adaptation syndrome” [“K biologicheskim osnovam «stressa» i «adaptatsionnogo sindroma»”], *Actual problems of stress – Aktual' ni problemy stresu*, p. 211–229.
- Rogacheva, T. V. (2015), “Stages and tasks of comprehensive rehabilitation of a patient of a rehabilitation center (to the formulation of the problem)” [“Etapy i zadachi kompleksnoy reabilitatsii patsiyenta reabilitatsionnogo tsentra (k postanovke problemy)”], *Medical psychology: electron. scientific journals – Meditsinskaya psikhologiya: elektron. nauchnyye zhurnaly*, No. 6 (35).
- Shagrai, V. M. (2006), *Technologies of social work [Tekhnolohiyi sotsial'noyi roboty]*, Center for Educational Literature, Kiev.
- Starobina, E. M., Svistunova, E. G. & Gordievskaya, E. O. (2008), *Psychological Aspects of the Rehabilitation Potential of Disabled Persons [Psikhologicheskiye aspekty reabilitatsionnogo potentsiala invalidov]*, Expert, St. Petersburg.
- Voloshin, P. V. & Maruta, N. O. (2015), “A strategy for the well-being of the psychiatric health of the population of Ukraine: modern citizens and pereskodi”. [“Strategiya blagopoluchiya psikhiatricheskogo zdorov'ya naseleniya Ukrainy: sovremennyye grazhdane i pereskodi”], *Ukrainian psychologist neuropsychiatry – Ukrayins' ka psykholohichna psikhonevrolohiya*, Vol. 23, Issue 1 (82), p. 5–11.

УДК 159.923.2

А. А. Бунас

*Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара
bunasalina@gmail.com*

ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКУ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ТА ЧАСОВОЇ ПЕРСПЕКТИВИ МОЛОДІ ЗАХІДНОЇ УКРАЇНИ

Анотація. Розглянуто й обґрунтовано актуальність проблеми існування зв'язків між ціннісними орієнтаціями та часовою перспективою молоді. Встановлено, що пріоритетними ціннісними орієнтаціями серед молоді західного регіону України є тяжіння до традицій, моральності, духовності, підтримання позитивних стосунків із оточуючими, прагнення до гармонійної взаємодії із оточуючим світом, які віддзеркалюють особливості їх життєвого устрою.

Ключові слова: цінності, ціннісні орієнтації, часова перспектива, молодь, життєва перспектива, життєдіяльність.

Аннотация. Обосновано представление о временной перспективе. Представлены результаты исследования связи ценностных ориентаций и временной перспективы у молодых людей западного региона Украины. Описаны результаты эмпирического исследования, в соответствии с которыми молодым людям свойственно стремление к жизни «без помех», потребность в новых эмоциях, наличие

I. Arshava, V. Kornienko

The specifics of psychological component of rehabilitation potential and adaptation mechanisms of patients with depressive disorders of different genesis

Background. One of the main criteria of the welfare of the country and society is the state of mental health of the population as a dynamic balance of the individual with the environment. The system of identification among patients with depression, the harmony of their “Self-concept”, the usual way of their life is destroyed and the person turns into a social individual who performs a certain role, but not in a person in the full sense of the word and as a result – the individual finds himself in the situation of a life crisis. Therefore, depressed patients need interventions that consist of exploring their rehabilitation potential to restore their adaptive functions.

The **objective** of the present study is to analyze specific psychological rehabilitation potential and mechanisms of adaptation of the personality to the development of the system of psychotherapeutic measures aimed to improve the social functioning of patients with depressive disorders.

Method. Hamilton Anxiety Scale (HARS) (M. Hamilton, 1960); Multi-level personal questionnaire “Adaptability” (A. Maklakov and S. V. Chermnyanin, 2001); Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (M. Hamilton, 1960); Method of diagnostic of coping strategies by E. Heim (adaptated by L.I. Wasserman, 2003); Viability test (D.A. Leontyev, E.I. Rasskazova, 2006); The Big 5 Personality Test (5 PFQ) (adapted by A. B. Khromov, 2000); Tomsk questionnaire of rigidity (V. Zalevsky, 1987); Methods of psychological diagnosis of types of attitudes towards the disease (L.I. Wasserman et al., 1991); Questionnaire of S. Schwartz (adaptated by V.N. Karandashev, 2004); The Scale of Existence by A. Lange and K. Orgler (adapted by S. V. Krivtsova, 2009); The Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) - used to assess cognitive dysfunction (Z. Nasreddine, 2005); Questionnaire of I. Koler (I. Karler, 2004); Life Satisfaction Index adaptated by N.V. Panin (S.V. Dukhnovsky, 2010); Family Environment Scale (R.H. Mus, adaptated by S. Yu. Kupriyanov, 1985); Questionnaire "Interpersonal Relationships" (V.A. Ababkov, G.L. Isurina, 2007); Questionnaire "The rehabilitation potential of the individual" (I.Yu. Kulagina, L.V. Senkevich, 2015).

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

Results. It has found that psychological rehabilitation potential of patients with depressive disorders forms the symptom complex, which includes vitality, personal adaptation potential, coping strategies, interpersonal and family communication, social functioning, the specificity of the motivational sphere, individual typological features and their psychological well-being.

Conclusion. It has proved that the level of psychological rehabilitation potential decreases gradually with age, and the level of psychological rehabilitation deficit of patients with depressive disorders increases in all spheres of life, that made it possible to formulate the comprehensive differentiated programme of psychological rehabilitation.

Keywords: rehabilitation potential, adaptation mechanisms, depressive disorders, mental health, rehabilitation, psychotherapy.