

управление эмоциями как составные части эмоционального интеллекта взаимосвязаны из социальным в аспекте способности анализировать сложные ситуации взаимодействия людей, понимать логику и причины их развития, прогнозировать последующие поведения участников коммуникации. В то же время каждый из исследуемых конструктов имеет специфические феноменологические особенности.

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, социальный интеллект, идентификация эмоций, использование эмоций, управление эмоциями, понимание эмоций, вербальная коммуникация, невербальная коммуникация, межличностное взаимодействие.

#### Information about the authors:

**Temruk Olena Vasylivna** – the Candidate of psychological sciences, professor of Psychology Department of the Faculty of Philosophy and Educational Science of National Pedagogical Dragomanov University, Kyiv city, Ukraine;

**Kolisnyk Liudmyla** – the Candidate of psychological sciences, practical psychologist, lecturer of the Department of Psychology, Political Science and Sociocultural Technologies of the faculty of Foreign Philology and Social Communications of Sumy State University, Sumy city, Ukraine.

*The article has been submitted for publication 16.11.2016.*

#### Відомості про авторів:

**Темрук Олена Василівна** – кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології факультету філософської освіти та науки Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова;

**Колісник Людмила Олексіївна** – кандидат психологічних наук, практичний психолог, викладач кафедри психології, політології та соціокультурних технологій факультету іноземної філології та соціальних комунікацій Сумського державного університету.

*Статтю подано до друку 16.11.2016.*

УДК 159.944.4:355.1-057.36

© Є. О. Балабушка, 2017

Є. О. Балабушка (м. Київ)

### ПРОГРАМА РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У КОМБАТАНТІВ

**Балабушка Є. О. Програма ранньої діагностики посттравматичного стресового розладу у комбатантів.** У статті викладено результати апробації авторської програми ранньої діагностики ПТСР у комбатантів. Зазначається, що такий психогенний чинник як участь у бойових діях найбільшою мірою сприяє розвитку і подальшій маніфестації групи розладів, які розглядаються як реакції на важкий стрес і порушення адаптації. Пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до мирного життя. Переважно продуктивні симптоми (нав'язливі спогади і ретроспекції, спроби уникнення стимулів, асоціативно пов'язаних з пережитими подіями, труднощі при засинанні або порушення тривалості сну та ін.), склали основу офіційних критеріїв діагностики ПТСР. За даними цих джерел ПТСР може розвиватися слідом за травматичними подіями, що виходять за межі звичайного людського досвіду.

Метод прогнозування розвитку ПТСР заснований на використанні дискримінантного аналізу, який успішно застосовується у різних системах ризик-стратифікації і на відміну від існуючих дає можливість використання для короткострокового індивідуального прогнозу даних, доступних у

широкій клінічній практиці та отриманих при первинному обстеженні клієнта на ранніх етапах роботи з ним. У нашому випадку - це психодіагностичне дослідження при формуванні підрозділу для виконання бойових завдань у зоні проведення антитерористичної операції.

Тестування військовослужбовців здійснювалося з використанням методики СБДО, Томського опитувальника ригідності Р.В. Залевського, теста на тривожність Спілбергера – Ханіна. Отримані показники заносилися до програми і визначалася належність кожного з них до однієї із семи груп, що дозволяло зробити прогноз про можливість розвитку у комбатанта ПТСР після виконання професійних обов'язків у зоні проведення антитерористичної операції.

**Ключові слова:** ПТСР, комбатант, бойові дії, адаптація до мирного життя, дискримінантний аналіз, антитерористична операція.

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.** Окреме місце у дослідженнях психологічних наслідків негативних явищ посідає проблема особистісних чинників, що детермінують процес травматизації і посттравматичної адаптації людини. Для України ця науково-прикладна проблема є надзвичайно актуальною у контексті російської агресії на сході України, проведення там державою антитерористичної операції, у якій взяло участь, як зазначив Президент України під час святкування 25-ї річниці незалежності країни, понад 300000 добровольців, мобілізованих і контрактників.

Умови бойової обстановки у цілому є найбільш стресогенним чинником, що має психотравмуючий характер для військовослужбовців - учасників бойових дій. Крім того, реакція на такий вплив відображає певні особливості особистості, маскує їх під зовнішніми проявами. Люди з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) - це ті, кому частіше в силу службових обов'язків, двічі, іноді в короткі терміни, доводиться кілька разів змінювати образ звичного життя на екстремальний - в умовах бойових дій і знову повертатися до умов мирного життя. Успішно справлятися з необхідністю перевантаження можуть люди, що володіють певними особистісними ресурсами [1].

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Як показує аналіз літератури з зазначеної проблематики, деякі автори схильні розглядати ПТСР як явище, характер якого має чітко екзогенну природу та обумовлений наявністю причинного зв'язку із зовнішнім стресором, без дії якого такі порушення і розлади не з'явилися б [2 та ін.]. На думку багатьох з них, такі розлади виникають як внаслідок впливу важкої психічної травми, так і нерідко у поєднанні з дією низки предриспонуєчих чинників (екстреморбідні особливості особистості, її спрямованість, стать, вік, наявність життєвого досвіду, психічних розладів і порушень у минулому), а також з впливом і частотою супутніх їм несприятливих чинників зовнішнього середовища (алкоголізм, наркоманія, соматичні розлади, інфекції, інтоксикації, опіки, фізичні і черепномозкові травми, поранення тощо) [3 та ін.].

Пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до мирного життя. Переважно продуктивні симптоми (нав'язливі спогади і ретроспекції, спроби уникнення стимулів, асоціативно пов'язаних з пережитими подіями, труднощі при засинанні або порушення тривалості сну та ін.), склали основу офіційних критеріїв діагностики ПТСР.

**Мета статті** – ознайомлення з результатами апробації авторської програми ранньої діагностики ПТСР у комбатантів.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Метод прогнозування розвитку ПТСР заснований на використанні дискримінантного аналізу, який успішно застосовується у різних системах ризик-стратифікації. Передбачуваний спосіб відрізняється від існуючих тим, що дає можливість використання для короткострокового індивідуального прогнозу даних, доступних у

широкій клінічній практиці та отриманих при первинному обстеженні клієнта на ранніх етапах роботи з ним. У нашому випадку - це психодіагностичне дослідження при формуванні підрозділу для виконання бойових завдань у зоні АТО.

Здійснювалося тестування військовослужбовців за методиками СБДО, Томський опитувальник ригідності Г.В. Залевського [4], Спілбергера – Ханіна. Одержані показники заносилися до програми і визначалася приналежність кожного з них до однієї з семи груп, це дозволяло зробити прогноз щодо можливості розвитку у нього ПТСР після виконання професійних обов'язків у зоні АТО. На підставі дискримінантного аналізу прогностичних факторів побудовано конкуруючі рівняння і отримано дискримінантні значення функцій  $F_1, F_2, F_{14}$ .

Завданням прогнозування стала спроба проведення індивідуального прогнозу розвитку ПТСР у осіб, що направляються до зони АТО. Було проаналізовано 23 фактора за методом розпізнавання образів, з яких відібрано 14 найбільш значущих.

Для проведення індивідуалізованого прогнозу визначено величину градації кожного прогностичного показника ( $X_1-X_{14}$ ), потім у дискримінантних рівняннях підсумовано константу ( $K$ ) і добуток величини градацій прогностичних показників на їхні дискримінантні коефіцієнти ( $K_1-K_{14}$ ). Було використано двохфакторний дисперсійний аналіз для структуризації усього матеріалу. Розподіл обстежених на групи за ступенем вираженості 14 психологічних параметрів наведено нижче.

*Група 1.* Імпульсивність, висока пошукова активність, мотивація досягнення, впевненість, швидкість у прийнятті рішень, реалізація особистих бажань, які не завжди підлягають контролю розуму, ризик прояву спонтанної активності, спрямованість на реалізацію нагальних мотивів всупереч здоровому глузду, нетерплячість, схильність до ризику, відсутність конформності, прагнення до незалежності, протидія зовнішньому тиску, орієнтація на власну думку, ще більше на конкретне спонукання, виражене прагнення йти за власними примітивними бажаннями, потурати своїм слабкостям, переважання емоцій гніву або захоплення, гордості або презирства (тобто яскраво виражених протилежних за знаком емоцій), в особистісно значущих ситуаціях швидко згасаючі спалахи конфліктності; інтерес до видів діяльності з вираженою активністю; прагнення обрати роботу, що дозволяє уникнути підпорядкування, низька підпорядкованість і підкреслена незалежність; у стресі проявляє дієвий, стеничний тип поведінки, рішучість, мужність; погано переносять одноманітність, монотонність, стереотипний тип діяльності. Захисний механізм - найчастіше це витіснення зі свідомості неприємної або такої, що занижує самооцінку особистості інформації, усвідомлення на поведінковому рівні (висловлювання, протестні реакції, агресивність), ймовірність психосоматичного відреагування низька. У цілому, особистість раціонально свідомого типу, якій у здійсненні намірів заважають підвищена імпульсивність, нонконформізм. При дослідженні психічної ригідності: труднощі у ситуаціях змін, нового (з юнацького віку), звикання до нової ситуації спілкування, тривалий настрій на відрядження, низький ризик розвитку посттравматичного стресового розладу.

*Група 2.* Відокремлено споглядальна особистісна позиція, аналітичний склад розуму, мислення. Схильність до роздумів превалює над почуттями та дійовою активністю. Переважає абстрактно аналітичний стиль сприйняття, здатність відтворити цілісний образ на основі мінімальної інформації, звернення особливої уваги на суб'єктивно значущі аспекти, більше пов'язані зі світом власних фантазій, ніж з реальністю, Творча орієнтованість, оригінальність висловлювань і суджень, своєрідність інтересів і захоплень. Вибірковість контактів, суб'єктивізм в оцінці людей, явищ, незалежність поглядів, схильність до абстракції, абстрагованість від конкретики і повсякденності; потреба в актуалізації своєї індивідуальності; особистостям важко адаптуватися у повсякденному житті, побуті. Індивідуальність особистості виражена на стільки, що важко прогнозувати її дії і вчинки. Недостатньо сформована реалістична платформа, більше орієнтуються

на суб'єктивізм та інтуїцію. Інакше розцінюється критична ситуація. Ситуація суб'єктивно сприймається як стрес, що викликає стан розгубленості. Захисний механізм - інтелектуальна переробка, відхід у світ мрії і фантазії; професійний інтерес до видів діяльності вільного, творчого стилю, прагне до уникнення будь-яких формальних рамок, режимних видів праці; потреба у свободі суб'єктивного вибору, у прийнятті рішень, відсутності часових обмежень; при протидії оточення їхня індивідуальність посилюється. Нездатність при об'єктивній необхідності змінювати думку, ставлення, установки, мотиви, модус переживання, низький ризик розвитку посттравматичного стресового розладу.

*Група 3.* Переважання пасивно-страждальної позиції, стан глибокої особистісної тривожності, невпевненість у собі і стабільності ситуації, висока чутливість і підвладність середовищному впливу, підвищена чутливість до небезпеки. Переважає мотивація уникнення неуспіху, сенситивність, установка на конформні стосунки з оточуючими, залежність від думки більшості. Потреба у душевній співзвучності з іншими людьми. Провідна потреба - позбавлення від страхів і невпевненості, відхід від конфронтації, обов'язковості, совісності, скромності, підвищена тривожність відносно дрібних життєвих проблем. Властива емпатійність - почуття співчуття і співпереживання, нюансованість почуттів, виражена залежність від об'єкта прив'язаності і будь-якої сильної особистості. Мислення персеверативне - тенденції до поворотів, застрягання. Схильність до повторної перевірки зробленого, підвищене відчуття дому. Виражена чутливість, схильність до сумнівів, рефлексивність, надмірна самокритичність, занижена самооцінка та високий ідеал «Я». В ситуації стресу блокування або ведена активність слідом за більшістю або лідируючої особистістю. Захисний механізм - обмежувальна поведінка і ритуальні дії (забобони, релігійність, відданість інтересам клану). У стані дезадаптації вкрай потребує заохочення і підвищення самооцінки. Страх перед силою зла, безпорадність перед грубою жорстокістю, «людина приголомшеної совісті», люди з «хворою совістю». Властиво - нездатність при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установки, мотиви, модус переживань, невисока можливість розвитку ПТСР.

*Група 4.* Активна позиція, високий рівень життєлюбства, впевненість у собі, позитивна самооцінка, висока мотивація досягнення, моторна рухливість, мовленнєва надактивність, піднесений настрій, схильність до екзальтації, емоцій гордості, життєві труднощі сприймаються як переборні, відсутня схильність до серйозного поглиблення у проблему, радісне сприйняття навколишнього світу, впевненість у майбутньому. Тенденція до заперечення проблем у ситуації, що загрожує важкими наслідками; нездатність змінити відповідно до об'єктивно значущої ситуації свої погляди, установки, мотиви, модус переживання; у ситуації стресу - надлишкова, але не завжди цілеспрямована активність, можуть наслідувати провідну авторитетну особистість. Тропізм до професій, де можна реалізувати фізичну і соціальну види активності, потяг до спілкування, прагнення бути на очах. Пересичення до одноманітності, тенденція до зміни місця і виду діяльності. При дезадаптації посилюються гиперстенічні характеристики, поведінка набуває антисоціальні риси; властива ажитована тривожність, вона є рисою характеру. Низький ризик розвитку ПТСР.

*Група 5.* Близька за своїми психологічними якостями з групою 4, але виражені симптоматичні ригідності, що сприяє розвитку травматичних стресових розладів, а також ускладнює конкретну роботу. При високих значеннях травматичних стресових розладів корекційна робота практично не має сенсу. Середній ризик розвитку ПТСР.

*Група 6.* Особистість високоригідна. Пасивність особистісної позиції і велика спрямованість інтересів у світ внутрішніх переживань як основна властивість особистості. Зниження рівня включеності у соціальне середовище, замкненість, сором'язливість; інертність у прийнятті рішень, скритність, вибірковість у контактах, прагнення до уникнення конфліктів ціною значного звуження сфери міжособистісних контактів. У ситуації стресу - загальмованість, відхід від контактів, втеча від проблем у самотність. Не лише замкнутість, мовчазність, але і прояв внутрішньої дисгармонії як

спосіб приховування від оточуючих своєї ідентичності свого характеру, ніяковість спілкування. Товаришність дістається ціною значної напруги, про яку знають лише вони самі. Корекційна робота ускладнена через замкнутість і невідвертість; з багатьма погоджуючись і не сперечаючись, реально вони мало податливі до зовнішнього впливу; вибір професійної діяльності утруднений; утруднена адаптація у новому колективі. Проблемність у ситуації спілкування з протилежною статтю - виражений інфантилізм. Високий рівень розвитку ПТСР.

*Група 7.* Відокремлено-стримана позиція, аналітичний склад розуму, схильність до роздумів переважає над почуттями і дійсною активністю. Висока ригідність, неможливість швидко змінити думку, ставлення, модуль сприйняття навіть, якщо цього вимагають зовнішні обставини. Вибірковість у контактах, суб'єктивізм в оцінці оточуючих, відхід у світ фантазій і роздумів; незалежність поглядів, схильність до абстракції. Недостатньо сформована реалістична платформа, заснована на життєвому досвіді. Захисний механізм - перехід у нереальний світ думок, мрій, сподівань. Комфортне відчуття себе, необхідний суб'єктивізм вибору; індивідуалістичність посилюється у стресовій ситуації. Корекційна робота ускладнена через виражену ригідність у поєднанні з індивідуалістичністю. Утруднена адаптація у новому соціальному колективі: схильність до формування ПТСР. Високий ризик розвитку ПТСР.

Кандидати, що належать до 6 і 7 груп, не рекомендуються на службу у бойових підрозділах, вони можуть бути використані на службі у тилкових підрозділах. Вивчення психологічної практики діагностики ПТСР дозволило з великого комплексу спеціально сконструйованих клініко-психологічних і психометричних методик відібрати найбільш валідні, надійні і доступні у використанні для дослідження: СБДО, ТОР3 та опитувальник Спілбергера-Ханіна. Побудовано модель лонгитюдного дослідження, що складається з п'яти етапів: при надходженні у бойовий підрозділ, перед відправкою до зони АТО, після повернення з бойового відрядження, після проведеної планової реабілітації і через рік після реабілітації.

**Висновки.** Метод прогнозування розвитку ПТСР заснований на використанні дискримінантного аналізу, який успішно застосовується у різних системах ризик-стратифікації. Передбачуваний спосіб відрізняється від існуючих тим, що дає можливість використання для короткострокового індивідуального прогнозу даних, доступних у широкій клінічній практиці та отриманих при первинному обстеженні клієнта на ранніх етапах роботи з ним. У нашому випадку - це психодіагностичне дослідження при формуванні підрозділу для виконання бойових завдань у зоні АТО.

На підставі дискримінантного аналізу визначено прогностичну цінність параметрів та отримано лінійні рівняння для прогнозування можливості розвитку ПТСР. Кожне рівняння дозволяє віднести військовослужбовця з його опису психологічних особливостей до однієї з семи груп. Належність до тієї чи іншої групи надає право зробити прогноз розвитку ПТСР.

**Перспективами подальших досліджень у обраному напрямку** є вивчення механізмів і темпорального аспекту психологічної реабілітації особистості комбатанта у післяекстремальних умовах; методів корекційної роботи з «адаптаційною зоною» осіб у післяекстремальних умовах для запобігання стабілізації негативних особистісних змін, розкриття та поглиблення позитивних змін з метою особистісного і професійного зростання, реалізації творчого, духовного потенціалу особистості, виявлення особливостей роботи з психологічної реабілітації комбатантів, які продовжують військову службу і тих, хто за різних обставин був демобілізований.

### Література

1. Сафін О.Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції / О.Д. Сафін / Наука і оборона. - №1. - 2016. - С. 24-30.

2. Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А.В. Андрющенко // Психиатрия и психофармакотерапия. - Томск, 2000. - №4. - С. 32–34.
3. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии) : дисс. д-ра мед. н. / Владимир Маркович Волошин. - М., 2004. – 200 с.
4. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения / Г.В. Залевский. - Иркутск, 1976. - 192 с.

#### **Транслітераційний переклад використаних літературних джерел**

1. Cafin O.D. Osnovni pidxodi do funktsionuvannya cictemi psichologichnoyi reabilitatsiyi ta readaptatsiyi uchascnikiv antiterorictichnoyi operatsiyi / O.D. Cafin / Nauka i oborona. - #1. - 2016. – С. 24-30.
2. Andryuschenko A.V. Posttravmaticheskoe streccovoe racstroyctvo pri situatsiyax utraty ob'ekta ekstraordinarnoy znachimosti / A.V. Andryuschenko // Psixiatriya i psixofarmakoterapiya. - Tomck, 2000. - #4. - С. 32–34.
3. Voloshin V.M. Posttravmaticheskoe streccovoe racstroyctvo (fenomenologiya, klinika, cictematika, dinamika i covremennyye podxodyi k psixofarmakoterapii) : dicc. d-ra med. n. / Vladimir Markovich Voloshin. - M., 2004. – 200 с.
4. Zalevckiy G.V. Fikcirovannyye formyi povedeniya / G.V. Zalevckiy. - Irkutck, 1976. - 192 с.

**Балабушка Е. А. Программа ранней диагностики посттравматического стрессового расстройства у комбатантов.** В статье изложены результаты апробации авторской программы ранней диагностики ПТСР у комбатантов. Отмечается, что такой психогенный фактор как участие в боевых действиях в наибольшей степени способствует развитию и дальнейшей манифестации группы расстройств, которые рассматриваются как реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Связанные со стрессом во время военных действий психические расстройства являются одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к мирной жизни. Преимущественно продуктивные симптомы (навязчивые воспоминания и ретроспекции, попытки избегания стимулов, ассоциативно связанных с пережитыми событиями, трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна и др.), составили основу официальных критериев диагностики ПТСР. По данным этих источников ПТСР может развиваться вслед за травматическими событиями, выходящими за пределы обычного человеческого опыта.

Метод прогнозирования развития ПТСР основан на использовании дискриминантного анализа, который успешно применяется в разных системах риск-стратификации и в отличие от существующих, дает возможность использования для краткосрочного индивидуального прогноза данных, доступных в широкой клинической практике и полученных при первичном обследовании клиента на ранних этапах работы с ним. В нашем случае - это психодиагностическое исследование при формировании подразделения для выполнения боевых задач в зоне проведения антитеррористической операции.

Тестирование военнослужащих осуществлялось с использованием методики СБДО, Томского опросника ригидности Г.В. Залевского, теста на тревожность Спилбергера – Ханина. Полученные показатели заносились в программу и определялась принадлежность каждого из них к одной из семи групп, что позволяло сделать прогноз о возможности развития у комбатанта ПТСР после выполнения профессиональных обязанностей в зоне проведения антитеррористической операции.

**Ключевые слова:** ПТСР, комбатант, боевые действия, адаптация к мирной жизни, дискриминантный анализ, антитеррористическая операция.

The article presents the results of testing the author's programme for early diagnostics of PTSD in combatants. It is noted that conditions of the combat situation in general is the most stressogenic factor with the traumatic nature for military men - participants of antiterrorist operation. In addition, the response to such impact reflects certain personality characteristics, masking them under external manifestations.

The psychogenic factor such as participation in hostilities to the greatest extent contributes to the development and further demonstration of a group of disorders that are considered as reaction to severe stress and adjustment disorders. Associated with stress during military actions mental disorders are one of the main internal barriers to adaptation to civilian life. Predominantly positive symptoms (intrusive memories and flashbacks, attempts to avoid stimuli, associated with the experienced events, difficulty falling asleep or disturbance of sleep duration, etc.), formed the basis of the official diagnostic criteria for PTSD. According to these sources, PTSD can develop after traumatic events beyond normal human experience.

A method of predicting the development of PTSD based on the use of discriminant analysis, which has been used successfully in different systems of risk stratification and in contrast to existing, provides the opportunity for short-term use individual forecast data is available in a wide clinical practice obtained during the initial examination of the client in the early stages of working with it. In this case the psychodiagnostic research in the formation of units to carry out combat tasks in the zone of carrying out the anti-terrorist operation.

Test for the military was carried out using the methodology MMPI, Tomsk questionnaire rigidity of G.V. Zalewski, test anxiety Spielberg – Hanin. The figures obtained were entered into the program and determined the affiliation of each of them to one of seven groups, which allowed to make a prediction about the possibility of the development of the combatant PTSD after carrying out professional duties in a zone of carrying out the anti-terrorist operation.

**Keywords:** PTSD, combatant, fighting, adapting to civilian life, discriminant analysis, the anti-terrorist operation.

#### **Відомості про автора:**

**Балабушка Євген Олександрович** – ад`юнкт науково-дослідного відділу Військового інституту Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

*Статтю подано до друку 05.09.2016.*

УДК 159.98:355.27-057.36]/422

© О. О. Самойленко, 2017

О. О. Самойленко (м. Хмельницький)

### **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Самойленко О. О. Особливості психологічної готовності мобілізованих військовослужбовців до ведення бойових дій.** У статті представлено результати емпіричного дослідження особливостей психологічної готовності військовослужбовців мобілізованих підрозділів ДПСУ до ведення бойових дій.

Автор, резюмуючи формулювання радянськими, українськими, та зарубіжними вченими наукових досліджень психологічної готовності особистості виокремлює наступні компоненти: індивідуально-особистісні (когнітивний, емоційно-вольовий, мотиваційний, регуляторний, операційний), соціально-психологічні (компонент міжособової та професійної взаємодії,