

## Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne (Online)

Wydział Społeczno-Ekonomiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie  
Faculty of Social Sciences and Economics, State University of Applied Sciences in Konin, Poland  
<http://ksse.pwsz.konin.edu.pl>

### Redaktorzy (Editors)

Redaktor naczelny: Jakub Bartoszewski

Zastępca redaktora naczelnego i redaktor statystyczny: Artur Zimny

Zastępca redaktora naczelnego: Karina Zawieja-Żurowska

## Tom 6, nr 2, czerwiec 2020 (Vol. 6 No. 2 June 2020)

### Rada Naukowa (Editorial Board)

- prof. zw. dr hab. Stefan Levinta (Uniwersytet Państwowy Tiraspol w Mołdawii)  
prof. zw. dr hab. Krzysztof Wieczorek (Uniwersytet Śląski)  
prof. PhD. Jan Slosiar, CSc. (Uniwersytet w Bańskiej Bystrzycy, Słowacja)  
prof. dr Valery Shepitko (Uniwersytet w Charkowie, Ukraina)  
prof. dr. Frank Jarle Bruun (Lillehammer University College, Norwegia)  
prof. dr. Hans-Jørgen Wallin Weihe (Universitetet i Stavanger, Norwegia)  
prof. assoc. dr Inese Kokina (Uniwersytet Daugavpils, Łotwa)  
prof. assoc. dr Valentin Constantinov (Mołdawska Akademia Nauk, Mołdawia)  
prof. dr Mordecai Roshwald (Uniwersytet w Minnesocie, USA)  
dr hab. Roman Macyra, prof. nadzw. (Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu)  
dr hab. Henryk Noga, prof. nadzw. (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)  
dr hab. Mirosław Hamrol, prof. nadzw. (Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu)  
dr hab. Przemysław Osiewicz, prof. nadzw. (Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu)  
dr hab. Michał Pluciński, prof. nadzw. (Uniwersytet Szczeciński)  
dr hab. Piotr Szczypa, prof. nadzw. (Uniwersytet Szczeciński)  
dr hab. Krzysztof Wiak, prof. nadzw. (Katolicki Uniwersytet Lubelski)  
dr hab. Magdalena Ziolo, prof. nadzw. (Uniwersytet Szczeciński)  
dr hab. Zbigniew Klimiuk, prof. nadzw. (IPiSS Warszawa)  
dr hab. Jan Niewęglowski, prof. nadzw. (UKSW Warszawa)  
doc. PaedDr. Jana Depešová, PhD (Univerzita Konštantína Filozofa w Nitrze, Słowacja)  
doc. mgr Marian Palenciar CSc. (Uniwersytet w Preszowie, Słowacja)  
dr psych. Doc Valerijs Dombrovskis (Uniwersytet Daugavpils, Łotwa)  
dr paed. Doc. Jelena Badjanova (Uniwersytet Daugavpils, Łotwa)  
dr Gediminas Sargunas (Poniewież College, Litwa)  
dr Pankojini Mulia (India Institute of Technology Dhanbād, Indie)  
dr Anna Nowacka (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)  
dr Mariola Szewczyk-Jarocka (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)  
dr Jelena Prtljaga (Uniwersytet w Belgradzie, Serbia)  
dr Aleksandra Gojkov-Rajić (College Mihailo Palov Vršac, Serbia)  
dr n. med. Jerzy Olas (Centrum Zdrowia Psychicznego w Turku)  
dr Bartłomiej Skowroński (Uniwersytet Warszawski)

**Redaktor naczelny** (Editor)

Jakub Bartoszewski

**Zastępcy redaktora naczelnego** (Deputy editors)

Artur Zimny, Karina Zawieja-Żurowska

**Redaktorzy językowi** (Language editors)

Maria Sierakowska (język polski)

Jolanta Łaniecka (język angielski)

Artykuły dostępne są na licencji Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)  
Articles are licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)



Redakcja i korekta: Maria Sierakowska

Projekt okładki: Agnieszka Jankowska

Skład: Piotr Bajak

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna

ISSN 2719-7794

Wydawca

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie

ul. Przyjaźni 1, 62-510 Konin

<http://www.konin.edu.pl>, tel. 63 249 72 00

Druk i oprawa

Mazowieckie Centrum Poligrafii, ul. Słoneczna 3C, 05-270 Marki, tel. +48 22 845 66 55, [www.drukksiazek.pl](http://www.drukksiazek.pl)

---

## Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne (Online)

Wydział Społeczno-Ekonomiczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie

Tom 6, nr 2, czerwiec 2020

<http://ksse.pwsz.konin.edu.pl>

---

### Spis treści

**O autorach**..... 79

**Wstęp** ..... 81

#### Artykuły:

Катерина Островська, Іван Сулятицький, Ігор Островський,  
Христина Сайко, Леся Сікорська  
Kateryna Ostrovska, Ivan Suliatytski, Ihor P. Ostrovski,  
Chrystyna Saiko, Lesya Sikorska

*Розвиток психотерапевтичних технологій, реабілітація  
та консультування учасників операцій Об'єднаних сил –  
звіт про дослідницький проект*

*Raport z projektu badawczego „Rozwój technologii psychoterapeutycznych,  
rehabilitacji i poradnictwa uczestników operacji Sił Połączonych”*

*Ч. 1: Розроблення методів психолого-медико-педагогічної  
діагностики симптомів посттравматичного  
стресового розладу постраждалих внутрішньо  
переміщених осіб з зони ООС*

*Cz. 1: Metody diagnozy psychologicznej – zespół stresu pourazowego* ..... 83

**Informacje dla autorów** ..... 149



### O autorach

**Kateryna Ostrowska** – prof. dr hab., pracownik naukowy Uniwersytetu Lwowskiego, kierownik Katedry Psychologii. Zainteresowania badawcze: psychologia, psychoterapia, zaburzenia rozwoju. Psychoterapeuta modalności psychoterapii skoncentrowanej na rozwiązaniu oraz psychoterapii skoncentrowanej na możliwości (psychoterapia możliwości). Autor szeregu prac naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5891-2542>

e-mail: [katerynaostrowska@gmail.com](mailto:katerynaostrowska@gmail.com)

**Ihor Ostrowski** – prof. dr hab., fizyk, matematyk, psycholog, pracownik naukowy Politechniki Lwowskiej. Specjalizuje się w psychoterapii, psychologii rozwojowej oraz fizyce teoretycznej. Autor wielu publikacji krajowych i zagranicznych, ma blisko 600 cytowań w WoS i Scopus.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7867-7132>

e-mail: [ihor.p.ostrowskyi@lpnu.ua](mailto:ihor.p.ostrowskyi@lpnu.ua)

**Chrystyna Saiko** – dr, pracownik naukowy Uniwersytetu Lwowskiego. Zainteresowania: badawcze psychologia, psychoterapia.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4397-6930>

e-mail: [pedagogy.faculty@lnu.edu.ua](mailto:pedagogy.faculty@lnu.edu.ua)

**Lesya Sikorska** – dr hab., pracownik naukowo-dydaktyczny Uniwersytetu Lwowskiego. Zainteresowania badawcze: psychologia, psychoterapia. Członek Stowarzyszenia Kolping.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1928-9695>

e-mail: [pedagogy.faculty@lnu.edu.ua](mailto:pedagogy.faculty@lnu.edu.ua)

**Ivan Suliatytski** – dr hab., pracownik naukowy Uniwersytetu Lwowskiego. Zainteresowania badawcze: psychologia, psychoterapia.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1992-8234>

e-mail: [pedagogy.faculty@lnu.edu.ua](mailto:pedagogy.faculty@lnu.edu.ua)

## Wstęp

Szanowni Państwo,

trzy numery naszego czasopisma (od 2 do 4) zostały poświęcone prezentacji wyników badań empirycznych przeprowadzonych przez zespół badawczy pod przewodnictwem prof. dr hab. Kateriny Ostrowskiej z Uniwersytetu Lwowskiego na Ukrainie. Zespół realizował projekt badawczy „Rozwój technologii psychoterapeutycznych, rehabilitacji i poradnictwa uczestników operacji Sił Połączonych” (grant Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego i Sił Zbrojnych, nr DZ/74-2019).

Naukowcy zajęli się problematyką PTSD w związku z doświadczeniami traumatycznych przeżyć mieszkańców Ukrainy. Podstawowym założeniem badań było wskazanie, która z dostępnych modalności psychoterapeutycznych przynosi najskuteczniejsze efekty w sytuacji PTSD. W badaniach zastosowano traumatoterapię, psychoterapię skoncentrowaną na rozwiązaniu oraz psychoterapię skoncentrowaną na możliwości, zwaną psychoterapią możliwości.

W badaniu empirycznym, po uzyskaniu zgody komisji bioetycznej, przeprowadzono, opierając się na wymienionych metodach, dalsze procedury wynikające z zasad powyższego projektu.

Zapraszamy do lektury.

*Jakub Bartoszewski*



***Розвиток психотерапевтичних технологій,  
реабілітація та консультування учасників  
операцій Об'єднаних сил – звіт про  
дослідницький проект***

**Ч. 1: Розроблення методів психолого-медико-педагогічної  
діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу  
постраждалих внутрішньо переміщених осіб з зони ООС**

**Катерина Островська (Kateryna Ostrovska)**

Ivan Franko National University of Lviv

<https://orcid.org/0000-0002-5891-2542>

[katerynaostrovska@gmail.com](mailto:katerynaostrovska@gmail.com)

**Іван Сулятицький (Ivan Suliatytski)**

Ivan Franko National University of Lviv

<https://orcid.org/0000-0002-1992-8234>

[pedagogy.faculty@Inu.edu.ua](mailto:pedagogy.faculty@Inu.edu.ua)

**Ігор Островський (Ihor Ostrovski)**

Lviv Polytechnic National University

<https://orcid.org/0000-0001-7867-7132>

[ihor.p.ostrovskiyi@lpnu.ua](mailto:ihor.p.ostrovskiyi@lpnu.ua)

**Христина Сайко (Chrystyna Saiko)**

Ivan Franko National University of Lviv

<https://orcid.org/0000-0002-4397-6930>

[pedagogy.faculty@Inu.edu.ua](mailto:pedagogy.faculty@Inu.edu.ua)

**Леся Сікорська (Lesya Sikorska)**

Ivan Franko National University of Lviv

<https://orcid.org/0000-0003-1928-9695>

[pedagogy.faculty@Inu.edu.ua](mailto:pedagogy.faculty@Inu.edu.ua)

### **Metody diagnozy psychologicznej – zespół stresu pourazowego**

Raport z projektu badawczego „Rozwój technologii psychoterapeutycznych, rehabilitacji i poradnictwa uczestników operacji Sił Połączonych”, cz. 1  
(grant Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego i Sił Zbrojnych, nr DZ/74-2019)

Złożone wydarzenia społeczno-polityczne, które mają miejsce na Ukrainie w związku z wojną, wpływają na życie dużej liczby mieszkańców tego kraju. Bojownicy wracający ze strefy walki potrzebują pomocy. Praktyka organizowania pomocy psychologicznej uczestnikom walk na Ukrainie pokazała, że tylko osoby, które odniosły obrażenia i przebywają w szpitalach wojskowych, otrzymują systematyczną pomoc psychologiczną. Natomiast zdecydowanej większości innych walczących odmawia się tej pomocy. Duża część z nich nie jest świadoma i nie potrafi właściwie ocenić swojego stanu psychicznego i jego konsekwencji dla dalszej aktywności zawodowej w czasie pokoju. Zaburzenia psychogenne obserwuje się u znacznej części żołnierzy Sił Zbrojnych Ukrainy, którzy ucierpieli w wyniku udziału w konflikcie zbrojnym. Wymaga to szybkiej oceny ich stanu i rokowania zaburzeń, wszelkich możliwych działań leczniczych i rehabilitacyjnych [16]. W celu przezwyciężenia psychologicznych traum wojennych stosuje się różne metody, w tym arteterapię [8]. Jednak analiza skuteczności terapii osób, które przeżyły psychotraumę [46, 52, 66] wykazała, że wszystkie interwencje niezwiązane z traumą są mniej skuteczne niż te, które zostały specjalnie zaprojektowane i bezpośrednio ukierunkowane na pracę z objawami PTSD [7]. Efektywność pracy żołnierzy z PTSD przedstawiono w punktach [22-25]. Niemniej nierozwiązane pozostaje zadanie diagnozy stanu psychicznego wszystkich żołnierzy, którzy powrócili ze strefy działań wojennych. Wymaga to opracowania programu terapeutycznego by wzmocnić ich odporności na stres by mogli wrócić do normalnego życia.

*Słowa kluczowe:* wojna; żołnierze; PTSD; diagnoza; pomoc psychologiczna

### **Methods of psychological diagnosis – post-injury stress**

Report from the research project „Development of psychotherapeutic technologies, rehabilitation and counseling of participants of the Joint Forces operations”, part 1  
(Grant of the Ministry of Higher Education and the Armed Forces, No. DZ/74-2019)

The complex sociopolitical events that take place in connection with the war in Ukraine affect the lives of a large number of residents of the country. Fighters returning from the combat zone need help. The organization of psychological help for combatants in Ukraine has shown that only people who are injured and are in military hospitals receive systematic psychological help. Instead, the vast majority of other fighters are denied this help. Most of them are not aware of their mental state and their consequences for further professional activity in peacetime and cannot correctly assess it.

Psychogenic disorders are observed in a significant part of the soldiers of the Armed Forces of Ukraine who suffered from participating in the armed conflict. This requires a quick assessment of their condition, the prognosis of disorders and all possible treatment and rehabilitation measures [16]. Various methods are used to overcome psychological war trauma, including art therapy [8]. However, an analysis of the effectiveness of therapy in survivors of psychotrauma [46, 52, 66] found that all non-trauma interventions are less effective than those specifically designed to treat PTSD symptoms and focused directly on them [7]. The effectiveness of the work of soldiers with PTSD is shown in points [22-25]. Nevertheless, the task of diagnosing the mental state of all soldiers who have returned from the war zone remains unsolved. This requires developing a treatment program to strengthen their stress resistance so that they can return to normal life.

*Keywords:* war; soldiers; PTSD; diagnosis; psychological help

## **1.1. Аналіз діагностичного інструментарію для виявлення психологічних особливостей осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу**

### **1.1.1. Організація дослідження та психодіагностичні методики вивчення посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС**

У констатувальному експерименті брало участь 184 особи, віком від 25 до 38 років. Досліджувані мали різний загальновійськовий стаж та тривалість перебування в зоні ООС. У експерименті брали участь військовослужбовці, які безпосередньо були задіяні у бойових діях та ті, що забезпечували тиліві служби.

Основними завданнями констатувального експерименту були: підібрати та апробувати психодіагностичні методи дослідження та емпірично виявити особливості становлення складових структури посттравматичного порушення, зокрема порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку; обґрунтувати критерії та визначити рівні інтелектуального та емоційно-вольового компонентів структури посттравматичного порушення. На основі теоретичного аналізу були виділені критерії сформованості інтелектуального та емоційно-вольового компонентів.

Критеріями сформованості інтелектуального компоненту виступають: доповнення пропозицій, індуктивне мовне мислення, схильність до аналогії, узагальнення, пам'ять, мнестичні здібності, арифметичні завдання.

Критеріями сформованості емоційно-вольового компоненту виступають: наявність стресового розладу, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, невротичність, наполегливість, самоконтроль, схильність до ризику, репресивність, роздратованість, комунікабельність, врівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія, емоційна лабільність, маскулітність, особистісно-адаптивний потенціал, нервово-психічна стійкість, комунікативні здібності, моральна нормативність.

За узагальненими результатами констатувального експерименту та на основі обґрунтованих при здійсненні теоретичного аналізу критеріїв були визначені наступні рівні інтелектуального та емоційно-вольового компоненту: високий, середній та низький.

Для дослідження посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців нами було підібрано психодіагностичний інструментарій, що охоплював два блоки методик. Перший з них містив методики, які дозволяли виявити інтелектуальні особливості військовослужбовців, а другий – методики, за допомогою яких досліджувався емоційно-вольовий розвиток військовослужбовців.

До першого блоку ввійшов тест інтелекту Амтхауера спрямований на визначення інтелектуальних здібностей особистості.

До другого блоку входили методики – метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, опитувальник FPI, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника (шкали адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність), методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова, Е. Ейдмана, опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

Досліджуючи особливості посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців, нами визначено три етапи констатувального експерименту. Завданням першого етапу було дослідження особливостей посттравматичних порушень інтелектуального та емоційно-вольового розвитку залежно від його компонентів та критеріїв: – інтелектуального, емоційно-вольового, а саме: 1) виявлення інтелектуальних здібностей військовослужбовців; 2) вивчення стресового розладу, особливостей психічних станів респондентів через емоційну стійкість до неприємних подій; 3) дослідження вольових властивостей, саморегуляції поведінки, визначення особливостей динаміки структурних компонентів посттравматичного стресового розладу військовослужбовців. На другому етапі визначалися критерії діагностування та рівні сформованості інтелектуального та емоційно-вольового компоненту. На третьому етапі дослідження визначався рівень сформованості компонентів посттравматичного стресового розладу.

Психодіагностичний інструментарій проведеного дослідження підбирався для використання в констатувальному експерименті та в ході контрольного зрізу формувального експерименту. Кожна методика була підбрана у відповідності з критеріями валідності й надійності, які визначалися в попередніх роботах дослідників і були підтверджені в цьому дослідженні.

## **1.2. Психодіагностичні методики для визначення ознак ПТСР**

### **1.2.1. Шкала оцінки впливу травматичної події (експрес-оцінка)**

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale – Revised, скор. IES-R) опублікована у 1979 р. Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером. Вона спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх вираженості.

Шкала зарекомендувала себе як надійний, валідний інструмент, який пройшов крос-культурну апробацію. Вона може бути включена в батарею психодіагностичних методик для роботи з особами, у яких є або підозрюється ПТСР.

В даному варіанті роздають бланк, який містить твердження на виявлення ознак ПТСР, а інструкція звучить так: «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються вашого самопочуття за останній тиждень».

Інтерпретація результатів має значення за кожною субшкалою, адже підсумок даної методики отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з ключем, який ділять на 3 пункти, а саме: субшкала «вторгнення», «уникнення» та «збудливості».

Пункт «вторгнення» означає, що у людини є схильність заново переживати все, що сталося при будь-якому нагадуванні про травматичному подію. Зосередженість думок на те, що трапилося, неможливість відволіктися і перемкнутися на інше. Окремі картини подій, що відбулися, можуть раптово виникати у свідомості особистості як би проти її волі, супроводжуючись при цьому нестерпно важкими переживаннями, пов'язаними з тією ситуацією.

Наступний пункт «уникнення» означає, що особистість спрямована на уникнення всього, що могло б нагадати про те, що трапилося, ні з ким не говорити на цю тему, не думати про це, витіснити травмуючі події і ереживання з пам'яті, не дозволяти собі засмучуватися. Відчуття того, що всього того, що сталося з ним начебто не було насправді, чи все, що тоді відбувалося, було нереальним.

Однак, пункт «збудливість» означає, що у особи виникає тенденція відчувати неприємні фізичні відчуття (пітливість, порушення дихання, нудоту, збільшення частоти пульсу і т. д.) у ситуаціях, які чимось нагадують про травмуючі події. Дратівливість, внутрішня напруженість, труднощі при необхідності зосередити увагу на чому-небудь, настороженість, очікування, що трапиться щось погане. Схильність діяти або відчувати себе так, як ніби-то все ще перебуваєш в тій ситуації.

За допомогою даної методики ми можемо побачити, як вплинула травматична подія на ту чи іншу людину, до чого більш схильний досліджуваний. А також ми звертаємо увагу на те, як саме у людини проявляється посттравматичний стресовий розлад.

Міссісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу. Міссісіпська шкала була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій. Вона є однією з широко використовуваних методик для вимірювання симптомів посттравматичного стресового розладу. За допомогою даної методики ми можемо визначити, чи присутній у людини ПТСР, і чи взагалі особа є схильна до цього розладу.

Для проведення дослідження особі надають бланк, який містить твердження, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. За допомогою показників даної методики ми можемо виявити ступінь впливу перенесеної людиною травматичної події. Пункти опитувальника спрямовані на визначення симптомів вторгнення, уникнення, фізіологічної збудливості, почуття провини і суїцидальності.

При інтерпретації результатів проведення дослідження оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Проте, пункти 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 оцінюються у зворотному порядку, тобто відповідь “1” відповідає 5 балам, “2” – 4 тощо. У кінцевому результаті, це дозволяє отримати суму, за якою з достовірністю до 90% можна розділити осіб, у яких проявляється і не проявляється ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад діагностується у досліджуваного, якщо він набрав 112 і більше балів. Якщо результат знаходиться в інтервалі від 86 до 112 балів, це означає, що у нього є характерні ознаки ПТСР, але їх недостатньо, щоб із впевненістю стверджувати про посттравматичний стресовий розлад. Значення менше 86 балів свідчить про те, що у респондента відсутній даний розлад.

### **Метод-тест Холмса-Раге**

Для діагностики наявності стресового розладу було використано метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу). Методика складається із

оцінки стресових подій, які відбулися з особистістю впродовж поточного року та визначає високий, середній та низький рівні наявності стресового розладу.

### **Методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана**

Для виявлення рівня невротизації військовослужбовців було використано методику діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, яка складається із сорока запитань та визначає високий, середній та низький рівні невротизації.

#### **1.2.2. Дослідження посттравматичних порушень інтелектуальної сфери учасників ООС**

##### **Тест структури інтелекту Амтхауера**

На першому етапі емпіричного дослідження з метою виявлення інтелектуального компонента використано тест структури інтелекту Амтхауера. Мета: визначення рівня інтелекту військовослужбовців. У тест входять такі субтести: на загальну обізнаність і інформованість у різних областях знань (не тільки наукових, але і життєвих); на класифікацію понять; на встановлення аналогій; на підведення двох понять під загальну категорію (узагальнення); на уміння вирішувати прості арифметичні задачі; на уміння знаходити числові закономірності; на уміння мисленно оперувати зображеннями фігур на площині; на уміння мисленно оперувати зображеннями об'ємних фігур; на заучування слів. Кожний субтест, за винятком четвертого, складається з 20 завдань, у четвертий субтест входять 16 завдань. Тест дає можливість визначити високий, середній та низький рівні інтелекту.

#### **1.2.3. Дослідження посттравматичних порушень емоційно-вольової сфери учасників ООС**

##### **Методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка**

З метою самооцінки станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності військовослужбовців було використано методику Г. Айзенка. Методика складається із сорока запитань та включає такі шкали:

Тривожність – переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може привести до розвитку тривожності.

Фрустрація (лат. *frustratio* – обман, невдача, марне очікування, розлад, руйнування (планів, задумів) – психічний стан, що виникає в ситуації

розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Виявляється в гнітючій напрузі, тривожності, відчутті безвихідності і відчаю. Виникає в ситуації, яка сприймається особистістю як невідворотна загроза досягненню значущої для неї мети, реалізації тій або іншої її потреби. Сила фрустрації залежить як від ступеня значущості дії, що блокується, так і від близькості його до наміченої мети. Реакцією на стан фрустрації можуть бути наступні основні типи дій: «відхід» від реальної ситуації в область фантазій, марень, мрійнь; виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, проступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито проривається у вигляді гніву; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до легших і примітивніших способів дії, часта зміна занять і ін. Як наслідок фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації.

Ригідність (від латин. *rigidus* – жорсткий, твердий) – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Виділяють когнітивну, афектну і мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність виявляється в труднощах перебудови сприйняття і уявлень в ситуації, що змінилася. Афектна ригідність виражається у відсталості афектних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, що змінюються. Мотиваційна ригідність виявляється в тугоподвижній перебудові системи мотивів в обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, що проявляється суб'єктом, обумовлюється взаємодією його особистісних особливостей з характером середовища, включаючи ступінь складності завдання, що стоїть перед ним, його привабливості для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції і так далі.

Агресивність (лат. *aggressio* – нападати) – стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди що оточує, або подібний афективний стан (гнів, злість). Хоча агресивність грала вирішальну роль в процесі еволюції людини, затверджується, що вона не властива людській істоті спочатку, що діти засвоюють моделі агресивної поведінки практично з моменту народження. Причинами агресивності можуть виступати різного роду конфлікти, зокрема внутрішні, при цьому такі психологічні процеси як емпатія, ідентифікація, децентрація – стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших і усвідомлення їх самостійної цінності.

## **Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СМДО)**

**Л.Н. Собчик**

Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості СМДО (російськомовна модифікація тесту MMPI) за його значущістю та ефективністю по праву можна назвати „важкою артилерією” психодіагностики. Дана методика дозволяє отримати всебічний портрет людини, що крім кількісних і якісних характеристик стійких професійно важливих властивостей, включає багатий спектр таких структурних компонентів особистості як мотиваційна спрямованість, самооцінка, стиль міжособистісної поведінки, статево рольовий статус, риси характеру, тип реагування на стрес, захисні механізми, когнітивний стиль, провідні потреби, фон настрою, сексуальну орієнтацію, ступінь адаптованості індивіда і можливий тип дезадаптації, наявність психічних відхилень, вираженість лідерських рис, схильність до суїциду, схильність до алкоголізму і т.д.

При цьому великою перевагою даної методики є наявність в її структурі шкал достовірності, що дозволяють визначити не тільки надійність результатів, але і установку досліджуваного на саму процедуру обстеження. Це дає можливість інтерпретації отриманих даних через призму виявлених за допомогою шкал достовірності тенденцій до агравації або дисимуляції.

Дана методика налічує 566 питань. Оскільки, особливістю є те, що є жіночий та чоловічий варіант СМДО, проте, інструкція є однаковою, а саме звучить вона так: «Вам буде пред'явлена ціла серія різних тверджень. Оцінюючи кожне з них не витрачайте багато часу на роздуми. Уважно вчитуйтесь в текст, дочитуючи до кінця кожне твердження і оцінюючи його як вірне або невірне стосовно Вам. Намагайтеся відповідати щиро, інакше Ваші відповіді будуть розпізнані як недостовірні і опитування доведеться повторити. Звертайте увагу на твердження з подвійними запереченнями (наприклад, „У мене ніколи не було нападів з судомами”: якщо не було, то Ваша відповідь – „вірно”, і, навпаки, якщо це з Вами було, то відповідь „невірно”). Якщо деякі твердження викликають великі сумніви, орієнтуйтеся в Вашій відповіді на те, що все-таки імовірно більше властиво Вам. Якщо твердження вірне по відношенню до Вас в одних ситуаціях і невірно в інших, то зупиніться на ту відповідь, який більше підходить зараз. Лише в крайньому випадку, якщо твердження до Вас взагалі не підходить, Ви можете номер цього твердження на реєстраційному листі обвести кружечком. Однак надлишок кружечків в реєстраційному листі також призведе до недостовірності результатів.»

При інтерпретації результатів дослідження виділяють основні клінічні шкали СМДО за якими визначається портрет людини, а саме:

- Шкала іпохондрії (HS) – визначає «близькість» обстежуваного до астено-невротичного типу особистості;

- Шкала депресії (D) – призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту (гіпотимічних тип особистості);
- Шкала істерії (Hy) – розроблена для виявлення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсійного типу (використання симптомів фізичного захворювання як засіб вирішення складних ситуацій);
- Шкала психопатії (Pd) – спрямована на діагностику соціопатических типу особистості;
- Шкала маскулінності – фемінності (Mf) – призначена для вимірювання ступеня ідентифікації обстежуваного з роллю чоловіка або жінки, що пропонується суспільством;
- Шкала параної (Pa) – дозволяє судити про наявність «надцінних» ідей, підозрливості (паранойяльний тип особистості);
- Шкала психастенії (Pt) – встановлюється подібність обстежуваного з хворими, що страждають фобіями, нав'язливими діями і думками (тривожно-недовірливий тип особистості);
- Шкала шизофренії (Sc) – спрямована на діагностику шизоїдного (аутичної) типу особистості;
- Шкала гіпоманії (Ma) – визначається ступінь «близькості» обстежуваного гипертимному типу особистості;
- Шкала соціальної інтроверсії (Si) – діагностика ступеня відповідності інтровертному типу особистості. Ця шкала не є клінічною, вона додана в опитувальник в ході його подальшої розробки.

Крім того, у даній методиці виділено оцінюючі шкали щодо відповідей досліджуваного, а саме:

1. Шкала «брехні» (L) – призначена для оцінки щирості обстежуваного;
2. Шкала вірогідності (F) – створена для виявлення недостовірних результатів (пов'язаних з недбалістю обстежуваного), а також агравації і симуляції;
3. Шкала корекції (K) – введена для того, щоб згладити спотворення, що вносяться надмірної недоступністю і обережністю обстежуваного.

Однак, при отриманні результатів даного дослідження спочатку експериментатор підраховує „сирі” бали за кожною шкалою, використовуючи відповідні „ключі”. Отримані числа записуються в реєстраційний бланк у графі „сирих” балів у стовпчиках, що відповідають оброблюваним шкалам. Далі одержані „сирі” бали переводяться в умовні Т-бали, які записуються у реєстраційний бланк (основний матеріал для наступної побудови профілю по різних таблицях для чоловіків і для жінок). Показники Т-балів наносяться

на основний бланк побудови профілю, де проведені мінімальні та максимальні „критичні лінії”, що відповідають 30 та 70 балам, відповідно. Будується профіль, аналізуються та інтерпретують отримані результати. Інтерпретація буде змістовніша, якщо отримані дані зіставити з матеріалами спостереження за обстежуваними в їх діяльності, побуті, стосунках із членами сім’ї, групи тощо.

## **Опитувальник FPI**

Вивчення психологічних властивостей військовослужбовців було здійснено за опитувальником FPI спрямованим на визначення станів і властивостей особистості, які мають першочергове значення для процесів адаптації. Методика складається із ста чотирнадцяти запитань і містить наступні шкали: невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, комунікабельність, врівноваженість, реактивна агресивність, сором’язливість, відкритість, екстраверсія-інтроверсія, емоційна лабільність, маскуліність-фемінність

Невротичність характеризує рівень невротизації особистості. Високі засвідчують невротичний синдром астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями.

Спонтанна агресивність дозволяє виявити та оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі оцінки свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для агресивної поведінки.

Депресивність дає змогу діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки по даній шкалі вказують на наявність цих ознак в емоційному стані, в поведінці, у відношенні до себе і соціального середовища.

Дратівливість допомагає визначити емоційну стійкість. Високі оцінки свідчать про нестійкий емоційний стан із схильністю до афективного реагування.

Комунікабельність характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі бали дають змогу говорити про наявність вираженої потреби у спілкуванні й постійної готовності до задоволення цієї потреби.

Врівноваженість засвідчує стійкість до стресу. Високі бали засвідчують хорошу захищеність до дії стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що є похідною на впевненості у власних силах, оптимістичності й активності.

Реактивна агресивність має за мету виявити наявність ознак психопатизації екстрасивного типу. Високі оцінки характерні агресивним відношенням до соціального оточення та виразним прагненням до домінування.

Сором’язливість віддзеркалює схильність до стресового реагування на звичні життєві ситуації, що розвертаються за пасивно-захисним сценарієм.

Високі оцінки по даній шкалі свідчать про наявність тривожності, невпевненості, скованості, наслідком чого з'являються труднощі в соціальних контактах.

Відкритість дає змогу описати відношення до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі оцінки засвідчують прагнення до відверто-щирих відносин із оточуючими людьми в парі з високим рівнем самокритичності.

Екстраверсія-інтроверсія – високі оцінки свідчать про виражену екстравертованість особи, низькі про інтровертованість.

Емоційна лабільність – високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що проявляє себе у коливаннях настрою, дратівливості, підвищеній збудливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не лише високу стабільність емоційного стану, але й вміння володіти собою.

Маскулінність-фемінність – високі бали засвідчують, що психічні процеси протікають переважно за чоловічим сценарієм, низькі – за жіночим.

### **Особистісний опитувальник „Адаптивність” А. Маклакова, С. Чермяника**

З метою вивчення адаптивних здібностей, нервово-психічної стійкості, моральної нормативності було використано багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника, який призначений для оцінки адаптаційних можливостей особистості з урахуванням соціально-психологічних та деяких психофізіологічних характеристик, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного та соціального розвитку. В основу методики покладено уявлення про адаптацію, як про безперервний процес активного пристосування людини до постійно мінливих умов соціального середовища і професійної діяльності. Ефективність адаптації багато в чому залежить від того, наскільки реально людина сприймає себе і свої соціальні зв'язки, співвідносить свої потреби з наявними можливостями і усвідомлює мотиви своєї поведінки.

Опитувальник складається з 165 питань і містить такі шкали: достовірність, нервово-психічна стійкість, комунікативні здібності, моральна нормативність та особистісний адаптивний потенціал.

Шкала Адаптивність – передбачає визначення рівня адаптивних здібностей. Група високої та нормальної адаптації – особи цих груп достатньо легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять в новий колектив, адекватно орієнтуються в ситуації та швидко виробляють стратегію поведінки. Переважно не конфліктні, володіють високою емоційною стійкістю. Група задовільної адаптації – більшість осіб з цієї групи володіють ознаками різних акцентуацій, які в звичайних умовах частково компенсуються, проте можуть проявитись при зміні діяльності. Зазвичай особи з цієї групи володіють невисокою емоційною стійкістю, можливі прояви агресії, конфліктності. Група

низької адаптації – для осіб цієї групи притаманні явні акцентуації характеру і деякими ознаками психопатій. Психічний стан можна охарактеризувати як межовий. Притаманна низька нервово-психічна стійкість, конфлікти, можливі асоціальні вчинки.

Шкала Нервово-психічної стійкості. Рівень нижче середнього характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції, певна схильність до нервово-психічних зривів, відсутня адекватна самооцінка і реальність сприйняття дійсності. Рівень вище середнього характеризується високим рівнем нервово-психічної стійкості та поведінкової регуляції, висока адекватна самооцінка і реальне сприйняття дійсності.

Шкала Комунікативні здібності. Рівень нижче середнього характеризується низьким рівнем комунікативних здібностей, труднощі в налагодженні контактів з оточуючими, прояви агресії, підвищенна конфліктність. Рівень вище середнього передбачає високий рівень розвитку комунікативних здібностей, легкість у налагодженні контактів з колегами, оточуючими, не конфліктні.

Шкала Моральної нормативності. Рівень нижче середнього передбачає неможливість адекватно оцінити своє місце та роль в колективі, не прагне дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки. Рівень вище середнього характеризується реальною оцінкою своєї ролі в колективі, орієнтацією на дотримання загальноприйнятих норм поведінки.

Опрацювання результатів відбувається шляхом підрахунку кількості відповідей досліджуваного, які співпали з ключем та розпочинається зі шкали достовірності.

### **Методика вольової саморегуляції А. Зверкова, Е. Ейдмана**

Дослідження вольової саморегуляції було здійснено за методикою А. Зверкова, Е. Ейдмана. Методика складається із тридцяти запитань та двох шкал – наполегливість, володіння собою.

Наполегливість характеризує силу намірів людини – її прагнення до здійснення розпочатої справи. На позитивному полюсі – діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого, їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність – розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайньому прояві можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій. Низькі значення за даною шкалою вказують на підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, що можуть призвести до непослідовності в поведінці. Знижений фон активності та працездатності, як правило, компенсується в таких людей підвищеною чутливістю,

гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм.

Володіння собою відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал отримують люди емоційно стійкі, які добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Разом з тим прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до підвищення внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми.

### **Опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова**

З метою дослідження схильності до ризику було використано опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова. Методика складається із п'ятдесяти запитань та визначає високий, середній та низький рівні схильності до ризику.

Аналіз схильності до ризику як риси характеру має важливе значення для психологічного прогнозування процесів прийняття рішень у невизначеній ситуації. Під час аналізу результатів слід орієнтуватися на те, що показник схильності до ризику може варіювати від 0 до 40. Чим вищий показник, тим більша схильність до ризику.

Якщо показник схильності до ризику становить 30 і більше одиниць, то рівень ризику є високим, таку людину можна назвати ризикуючою (за умови, що її відповіді були достатньо щирими). Якщо показник у межах від 11 до 29 – схильність до ризику середня, а якщо менший за 11 – рівень ризику низький, така людина не любить ризикувати, і її можна назвати обережною людиною.

Наведено опис психодіагностичних методик, які застосовуються для констатування ознак ПТСР. Серед них Місісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу, шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R), метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана). У комплекс психодіагностичних методик включені ще два блоки: до першого блоку увійшли методики, які дозволяли виявити інтелектуальні особливості учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб, а до другого – методики, за допомогою яких досліджувався їх емоційно-вольовий розвиток.

До першого блоку увійшов тест інтелекту Амтхауера, спрямований на визначення інтелектуальних здібностей особистості.

До другого блоку входили методики – тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, опитувальник FPI, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника (шкали адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність), багатофакторний метод дослідження особистості Л.Н. Собчик, методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова та Е. Ейдмана, опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

### **1.3. Психологічна діагностика посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери учасників ООС**

У проведеному дослідженні представлено аналіз методичного забезпечення, процедуру організації констатувального експерименту, спрямованого на вивчення психологічних особливостей учасників ООС з посттравматичними порушеннями, зокрема інтелектуального та емоційно-вольового розвитку; визначено критерії та чинники порушення інтелектуального і емоційно-вольового розвитку; здійснено аналіз особливостей розвитку з метою визначення шляхів психокорекційної допомоги учасників ООС з посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку і представлено одержані результати у кількісних і якісних показниках.

#### **1.3.1. Психологічні особливості посттравматичних порушень учасників ООС**

Аналіз методичних підходів до визначення посттравматичних порушень в інтелектуальній та емоційно-вольовій сфері учасників ООС дозволяє проводити діагностику рівнів посттравматичних порушень в інтелектуальній та емоційно-вольовій сфері. Діагностична робота розглядається як процес, в ході якого експериментатор, використовуючи певні методи, дотримується наукових критеріїв, досліджує ознаки ПТСР з метою пояснення мотивів поведінки особи або прогнозування подальшої перспективи розвитку.

Згідно з результатами, отриманими за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу» встановлено, що у 41,2% військовослужбовців переважає високий рівень вторгнення, 45,4% середній, а в 13,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає середній рівень вторгнення. У 31,6% військовослужбовців переважає високий рівень уникнення, 29,1% середній, а в 39,3% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає низький рівень уникнення. Також у 44,3% військовослужбовців переважає високий рівень фізіологічної збудливості, 39,5% середній, а в 16,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий

рівень фізіологічної збудливості. У 46,3% військовослужбовців переважає високий рівень почуття провини, 40,1% середній, а в 13,6% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень почуття провини. Також у 15,7% військовослужбовців переважає високий рівень суїцидальності, 40,3% середній, а в 60,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає низький рівень суїцидальності. Результати методики показані на рисунку 1.1.

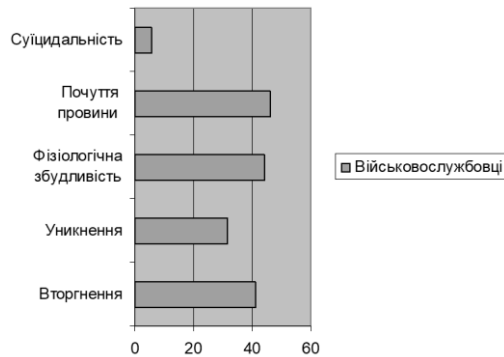


Рис. 1.1. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу».

Згідно із результатами за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу» встановлено, що у 24,7% військовослужбовців переважає вираженість посттравматичного стресового розладу, у 42,2% військовослужбовців переважають ознаки посттравматичного стресового розладу, а в 33,1% осіб відсутній посттравматичний стресовий розлад. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає середній рівень посттравматичного стресового розладу. Результати застосування діагностики за цією методикою показані на рисунку 1.2.

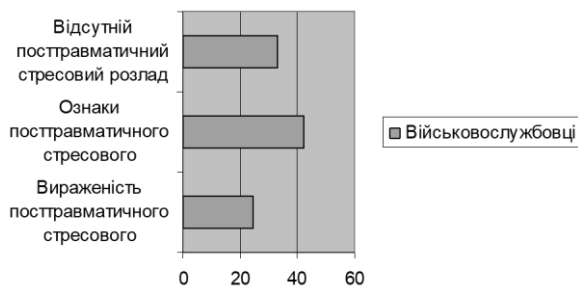


Рис. 1.2. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу».

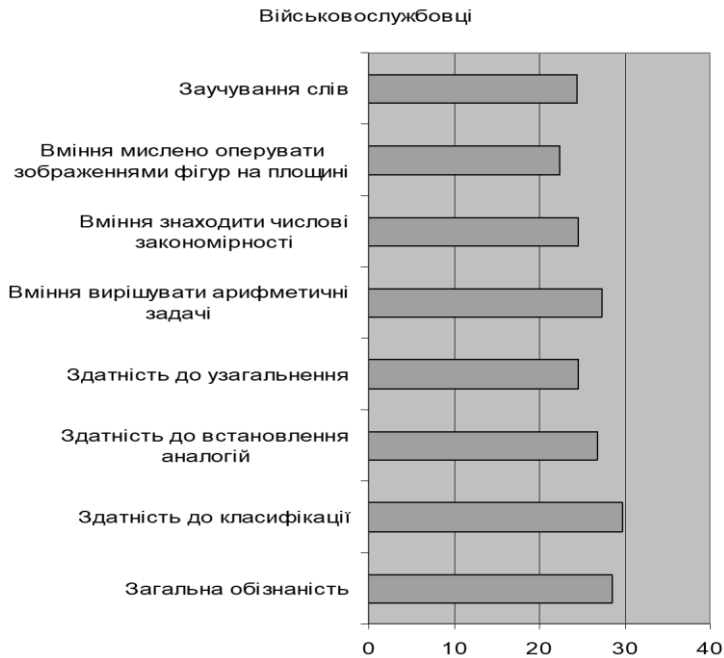


Рис. 1.3. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за тестом структури інтелекту Амтхауера.

Згідно з результатами дослідження за тестом структури інтелекту Амтхауера, виявлено, що у 28,6% учасників ООС переважає високий рівень загальної обізнаності, у 54,2% – середній, а в 17,2% – низький. У більшості військовослужбовців спостерігається середній рівень загальної обізнаності. У 29,7% учасників ООС спостерігається високий рівень здатності класифікації понять, у 50,4% – середній, а в 19,9% – низький рівень прояву цієї ознаки. У більшості учасників ООС переважає середній рівень здатності до класифікації. У 26,8% військовослужбовців виявлений високий рівень здатності до встановлення аналогій, у 52,5% – середній, а в 20,7% – низький рівень прояву цієї ознаки. Встановлено також, що у 24,6% військовослужбовців переважає високий рівень здатності до узагальнення (на підведення двох понять під загальну категорію), у 49,3% середній, а в 26,1% низький рівень прояву цієї ознаки. У більшості учасників ООС виявлено середній рівень здатності до встановлення аналогій. У 27,3% військовослужбовців переважає високий рівень уміння вирішувати прості арифметичні задачі, у 48,9% – середній, а в 23,8% – низький рівень прояву цієї ознаки. У 24,6% учасників ООС переважає високий рівень вміння знаходити числові закономірності, у 51,2% – середній, а в 24,4% – низький рівень прояву цієї ознаки. Також у 22,4% учасників ООС спостерігається високий рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині,

у 29,4% – середній, у 48,2% – низький рівень. Показано також, що у 24,4% військовослужбовців переважає високий рівень заучування слів, у 27,9% – середній, а в 47,7% – низький рівень. Встановлено, що у 23,5% військовослужбовців переважає високий рівень інтелекту, у 47,6% – середній, 28,9% низький рівень цієї ознаки. Можна зробити висновки про те, що в учасників ООС переважає середній рівень інтелекту та вміння вирішувати прості арифметичні задачі, вміння знаходити числові закономірності та низький рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та заучування слів. Результати діагностичної методики показані на рисунку 1.3.

Згідно з результатами, отриманими за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), виявлено, що у 26,3% військовослужбовців переважає високий рівень наявності стресового розладу, у 40,4% – середній, а в 33,3% – низький. У військовослужбовців переважає середній рівень наявності стресового розладу. Результати методики показані на рисунку 1.4.



Рис. 1.4. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу).

Згідно з результатами, отриманими за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка, виявлено, що у 14,3% військовослужбовців переважає високий рівень тривожності, у 40,4% середній, а в 45,3% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає низький рівень тривожності. У 47,2% військовослужбовців переважає високий рівень фрустрації, у 42,1% середній, а в 10,7% низький. Цей стан характеризується розчаруванням, нездійснення значущої для людини мети. При переживанні фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації. Також у 43,9% військовослужбовців переважає високий рівень ригідності, у 41,8% середній, а в 14,3% низький. У 41,6% військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, у 37,2% середній, а в 21,2% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, оскільки брали активну участь у бойових діях. Результати методики показані на рисунку 1.5.

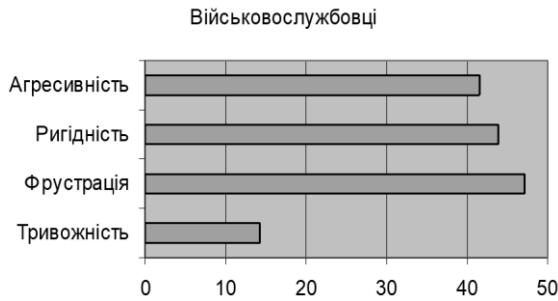


Рис. 1.5. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка.

Згідно з результатами, отриманими за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, виявлено, що у 49,5% військовослужбовців переважає високий рівень невротизації, у 38,7% середній, а в 11,8% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень невротизації. Результати методики показані на рисунку 1.6.



Рис. 1.6. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана.

Згідно з результатами, отриманими за опитувальником FPI встановлено, що у 47,4% військовослужбовців переважає високий рівень невротичності, у 31,2% середній, а в 21,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Високий рівень невротичності характеризується синдром астеничного типу із значними психосоматичними порушеннями. У 51,3% військовослужбовців переважає високий рівень прояву спонтанної агресії, у 32,3% середній, а в 16,4% низький рівень цієї ознаки. Також у 45,1% осіб військовослужбовців переважає високий рівень депресивності, у 34,2% середній, а в 20,7% низький рівень цієї ознаки. Це свідчить про те, що у більшості військовослужбовців переважає високий рівень невротичності, спонтанної агресії, депресивності. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці відчувають тривогу

за власне майбутнє. Також у 57,4% військовослужбовців переважає високий рівень дратівливості, у 30,2% середній, а в 12,4% низький. Високий рівень дратівливості характеризується нестійким емоційним станом із схильністю до афективного реагування. У 53,2% військовослужбовців переважає високий рівень комунікабельності, у 30,3% середній, а в 16,5% низький рівень цієї ознаки. У військовослужбовців переважає високий рівень дратівливості та комунікабельності. У 44,5% військовослужбовців переважає високий рівень врівноваженості, у 33,4% середній, а в 22,1% низький рівень прояву цієї ознаки. Військовослужбовці більш врівноважені, оскільки вони намагаються контролювати власні емоційні переживання. Результати методики показані на рисунку 1.7.

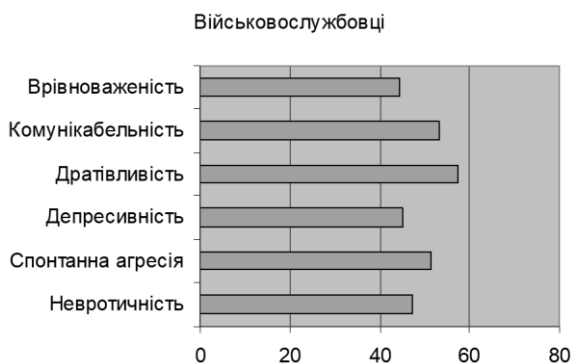


Рис. 1.7. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за опитувальником FPI.

У 54,2% осіб військовослужбовців переважає високий рівень реактивної агресії, у 29,6% середній, а в 16,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить, що військовослужбовці схильні до агресивної поведінки та прагнуть до домінування. Також у 23,4% військовослужбовців переважає високий рівень сором'язливості, у 35,8% середній, а в 40,8% низький рівень сором'язливості. У 42,2% військовослужбовців переважає високий рівень відкритості, у 36,2% середній, а в 21,6% низький рівень цієї ознаки. Це свідчить, що у військовослужбовців переважає високий рівень відкритості, прагнення до відверто-щирих відносин із оточуючими. У 51,1% військовослужбовців переважає високий рівень екстраверсії, у 32,4% середній, а в 16,5% низький. Також у 48,7% військовослужбовців переважає високий рівень емоційної лабільності, у 33,4% середній, а в 17,9% низький рівень цієї ознаки. У військовослужбовців переважає вищий рівень екстраверсії та емоційної лабільності, оскільки вони більшою мірою схильні до дратівливості та коливання настрою. У 56,3% військовослужбовців переважає високий рівень маскулітності, у 33,6% середній, а в 10,1% низький рівень прояву

цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає маскулінність. Результати методики показані на рисунку 1.8.

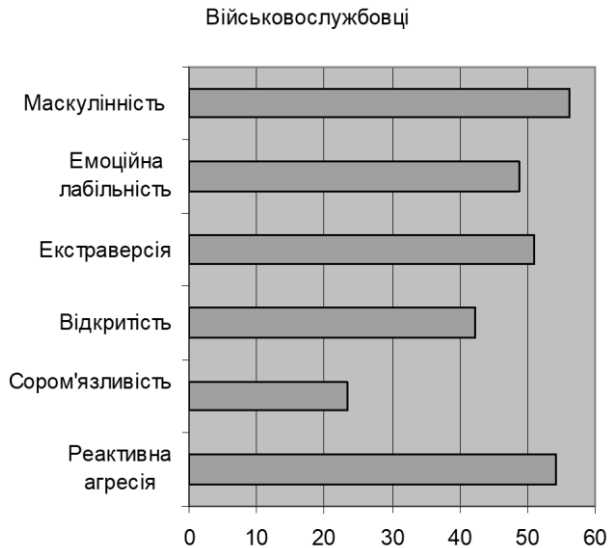


Рис. 1.8. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за опитувальником FPI.

Згідно із результатами багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника встановлено, що у 46,4% військовослужбовців переважає високий рівень адаптивності, у 34,2% – середній, а в 19,4% – низький рівень адаптивності. В учасників ООС переважає високий рівень адаптивності, що свідчить про те, що вони легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять в новий колектив. Також у 34,6% військовослужбовців переважає високий рівень нервово-психічної стійкості, у 21,9% – середній, а в 43,5% – низький рівень цієї ознаки. Це свідчить про те, що у більшості військовослужбовців переважає низький рівень нервово-психічної стійкості, що характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції, певною схильністю до нервово-психічних зривів. У 49,7% військовослужбовців виявлено високий рівень комунікативних здібностей, у 34,3% – середній, а в 16% – низький рівень прояву цієї ознаки. Більшість військовослужбовців легко налагоджують контакти з колегами та оточуючими. У 37,9% досліджуваних виявлено високий рівень моральної нормативності, у 45,2% – середній, а в 16,9% – низький рівень. Більшість досліджуваних осіб характеризуються середнім рівнем моральної нормативності – прагненням дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки. Результати методики показані на рисунку 1.9.

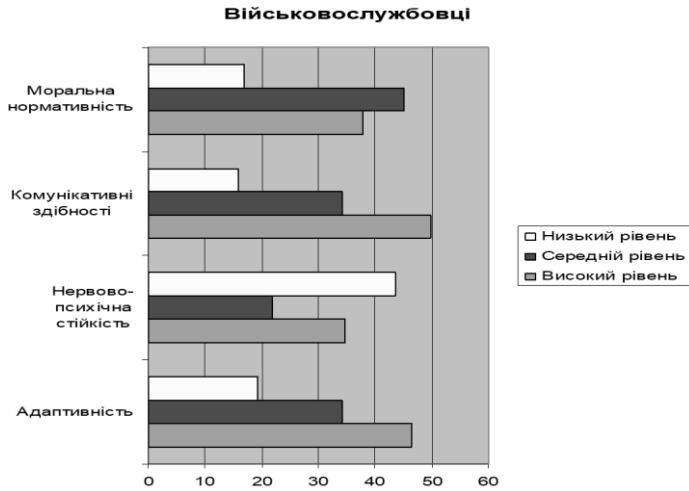


Рис. 1.9. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника.

Згідно з результатами дослідження вольової саморегуляції за методикою А. Зверкова, Е. Ейдмана встановлено, що у 48,6% військовослужбовців переважає високий рівень наполегливості, у 34,2% середній, а в 17,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Таким людям притаманне прагнення до здійснення розпочатої справи, повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. Також у 50,3% військовослужбовців переважає високий рівень самовладання, у 32,3% – середній, а в 17,4% – низький рівень прояву цієї ознаки. Військовослужбовці емоційно стійкі, добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Для них характерні внутрішній спокій, упевненість у собі, звільнення від страху перед невідомим, підвищена готовність до сприймання нового, непередбаченого, що як правило, поєднується із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізмом. Результати методики показані на рисунку 1.10.

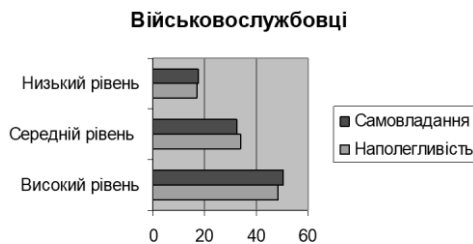


Рис. 1.10. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за методикою дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова, Е. Ейдмана.

Згідно із результатами опитувальника дослідження схильності до ризику О. Шмельова виявлено, що у 46,3% військовослужбовців переважає високий рівень схильності до ризику, у 38,2% середній, а в 15,5% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що військовослужбовці більшою мірою схильні до ризику та прийняття рішень у невизначеній ситуації. Результати методики показані на рисунку 1.11.

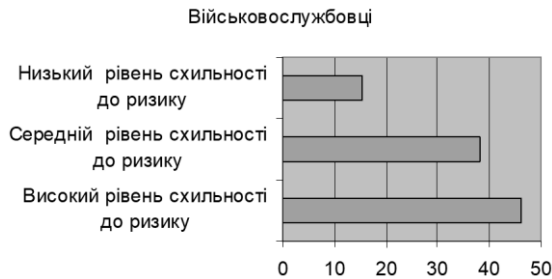


Рис. 1.11. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за опитувальником дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

Можна зробити висновок про те, що у військовослужбовців переважає низький рівень уникання, середній рівень інтелекту та уміння вирішувати прості арифметичні задачі, вміння знаходити числові закономірності, моральної нормативності та низький рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та заучування слів, тривожності, сором'язливості, нервово-психічної стійкості. Високий рівень наявності стресового розладу, суїцидальності, фізіологічної збудливості, вторгнення, почуття провини, фрустрації, агресивності, ригідності, невротизації, невротичності, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресії, відкритості, екстраверсії, емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, комунікативних здібностей, наполегливості, самовладання та схильності до ризику.

### 1.3.2. Визначення компонентів посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Дослідження професійно важливих якостей у структурі компонентів посттравматичного порушення у військовослужбовців дозволило нам виділити кореляційні взаємозв'язки. Кореляційні аналіз емпіричних даних, отриманих в групі військовослужбовців, дозволив виділити ряд значущих зв'язків. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та фрустрація ( $r = 0,54$ ) свідчить про те, що наявність

стресового розладу впливає на виникнення у військовослужбовців розчарування через нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та агресивність ( $r = 0,46$ ) можна пояснити тим, що наявність стресового розладу підвищує схильність особистості до агресивної поведінки. Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та невротизація ( $r = 0,42$ ) свідчить про те, що наявність стресового розладу впливає на рівень невротизації, що характеризується невротичним синдромом астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями. Отримано також обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та встановлення аналогій та узагальнення ( $r = -0,43$ ). Це можна пояснити тим, що наявність стресового розладу впливає на показники інтелектуальної діяльності, встановлення аналогій та узагальнення. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.12.

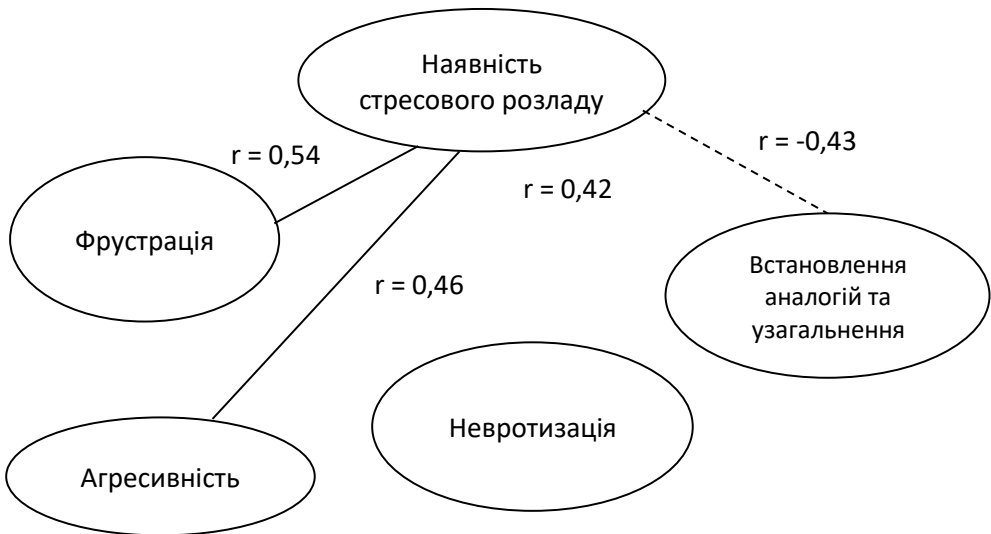


Рис. 1.12. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із фрустрацією, агресивністю, невротизацією та встановленням аналогій та узагальненням.

Отриманий обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та самовладання ( $r = -0,41$ ) свідчить про те, що наявність стресового розладу знижує емоційну стійкість, вміння особистості володіти собою в різноманітних ситуаціях, впевненість у собі військово службовців. Встановлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та адаптивність ( $r = -0,52$ ) це свідчить про те, що наявність стресового розладу адаптивність особистості, вміння

адекватно орієнтуються в ситуації та швидко виробляти стратегію поведінки. Виявлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та нервово-психічної стійкості ( $r = -0,33$ ) стресовий розлад впливає на зниження рівня нервово-психічної стійкості, що характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції, певною схильністю до нервово-психічних зривів, відсутністю адекватної самооцінки і зниженням реальності сприйняття дійсності. Також встановлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та наполегливості ( $r = -0,47$ ), який можна пояснити тим, що наявність стресового розладу знижує наполегливість особистості. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.13.

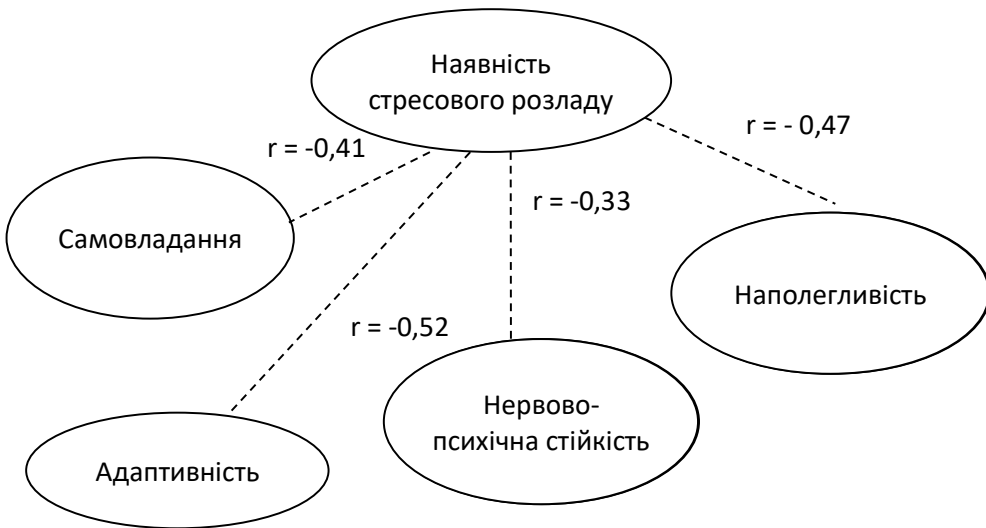


Рис. 1.13. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із самовладанням, адаптивністю, нервово-психічною стійкістю та наполегливістю.

Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельності та відкритості ( $r = 0,46$ ) свідчить про те, що вміння особистості налагоджувати контакти з іншими перебуває у взаємозв'язку із відкритістю у взаєминах, прагненням до відверто-щирих відносин із оточуючими людьми. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельності та адаптивності ( $r = 0,50$ ) свідчить про те, що прагнення особистості до спілкування перебуває у взаємозв'язку із вмінням особистості адекватно орієнтуються в ситуації та швидко виробляти стратегію поведінки. Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельності та моральною нормативністю ( $r = 0,34$ ) комунікабельність як характерологічна властивість перебуває у взаємозв'язку із реальною оцінкою

особистості своєї ролі в колективі, орієнтацією на дотримання загальноприйнятих норм поведінки. Також встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельність та комунікативні здібності ( $r = 0,38$ ) комунікабельність пов'язана із високим рівнем розвитку комунікативних здібностей, легкістю у налагодженні контактів з колегами, оточуючими. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.14.

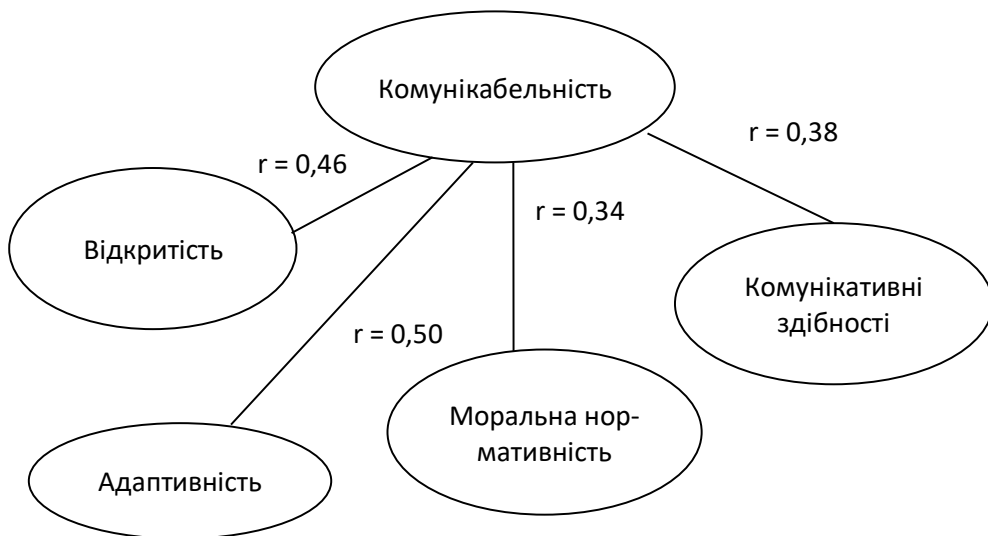


Рис. 1.14. Взаємозв'язок комунікабельності військовослужбовців із відкритістю, адаптивністю, моральною нормативністю та комунікативними здібностями.

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками схильність до ризику та дратівливість ( $r = 0,32$ ) свідчить про те, що високий рівень схильності до ризику перебуває у взаємозв'язку із нестійким емоційним станом, схильністю до афективного реагування. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками схильність до ризику та реактивна агресія ( $r = 0,44$ ) схильність до ризику пов'язана із агресивним відношенням до соціального оточення та виразним прагненням до домінування. Встановлено також прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками схильність до ризику та емоційна лабільність ( $r = 0,39$ ) схильність до ризику перебуває у взаємозв'язку із нестійкістю емоційного стану, що проявляє себе у коливаннях настрою, дратівливості, підвищеній збудливості, недостатній саморегуляції. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.15.

Має місце прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінність та самовладання ( $r = 0,47$ ). Це можна пояснити тим, що маскулінні

рисини особистості, схильність до домінування перебуває у взаємозв'язку із емоційною стійкістю, вмінням добре володіти собою в різноманітних ситуаціях, упевненістю у собі, готовністю до сприймання нового, непередбаченого. Встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінності та реактивна агресивність ( $r = 0,55$ ). Це свідчить про те, що маскулінні риси особистості, прагнення до домінування пов'язане із агресивністю. Виявлено обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінності та тривожність ( $r = -0,32$ ). Це можна пояснити тим, що схильність особистості до домінування, маскулінні риси знижують рівень тривожності. Отриманий також прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінності та схильність до ризику ( $r = 0,35$ ) прагнення до домінування у військовослужбовців пов'язане із схильність до ризику. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.16.



Рис.1.15. Взаємозв'язок схильності до ризику військовослужбовців із дратівливістю, реактивною агресією та емоційною лабільністю.

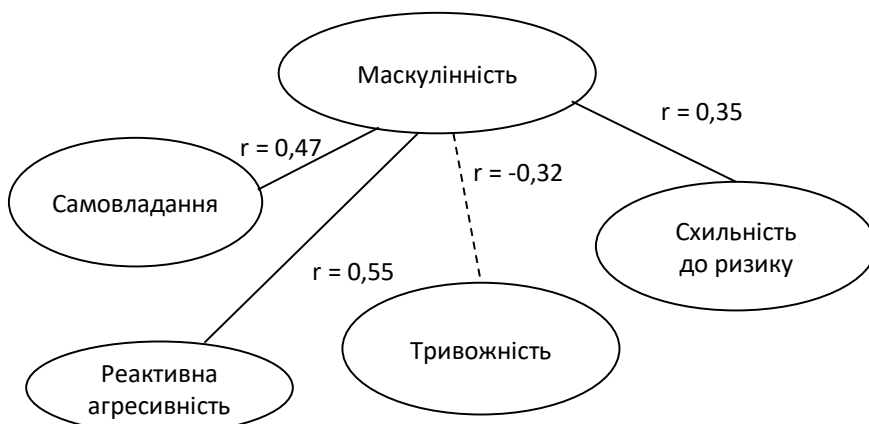


Рис. 1.16. Взаємозв'язок маскулінності військовослужбовців із самовладанням, реактивною агресією, тривожністю та схильністю до ризику.

Виявлено обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та тривожність ( $r = -0,42$ ). Це можна пояснити тим, що зниження інтелектуальної діяльності призводить до підвищення рівня тривожності, що характеризується емоційним дисбалансом. Отриманий також прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та врівноваженість ( $r = 0,37$ ) високий рівень інтелекту у військовослужбовців пов'язаний із врівноваженістю. Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та комунікабельність ( $r = 0,45$ ) високий рівень інтелекту у військовослужбовців пов'язаний із комунікативними здібностями, вмінням налагоджувати комунікативні зв'язки. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та обсяг пам'яті ( $r = 0,48$ ) високий рівень інтелекту пов'язаний із високим обсягом пам'яті. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.17.

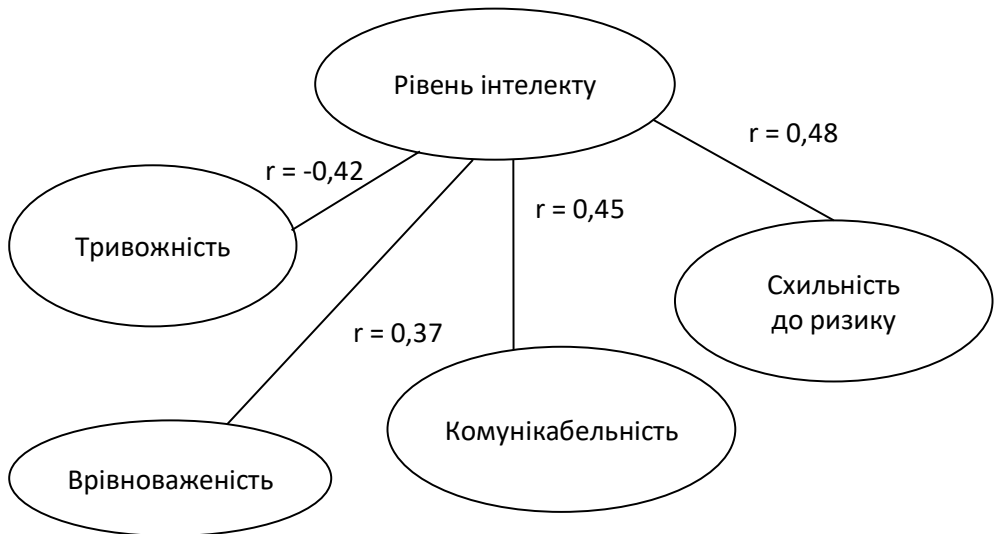


Рис. 1.17. Взаємозв'язок рівня інтелект у військовослужбовців із тривожністю, врівноваженістю, комунікабельністю та схильністю до ризику.

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками нервово-психічна стійкість та врівноваженість ( $r = 0,34$ ) свідчить про те, що високий рівень нервово-психічної стійкості – поведінкова регуляція, адекватна самооцінка та реальне сприйняття дійсності перебуває у взаємозв'язку із врівноваженістю, стійкістю до стресу, впевненістю особистості у власних силах. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками нервово-психічна стійкість та комунікабельність ( $r = 0,45$ ) високий рівень нервово-психічної стійкості пов'язаний із комунікативними здібностями особистості, вмінням налагоджувати контакти з іншими. Встановлено також

обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками нервово-психічна стійкість та емоційна лабільність ( $r = -0,31$ ) це свідчить про те, що високий рівень нервово-психічної стійкості знижує рівень нестійкості емоційного стану, що проявляє себе у коливаннях настрою, дратівливості, підвищеній збудливості, недостатній саморегуляції. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 1.18.

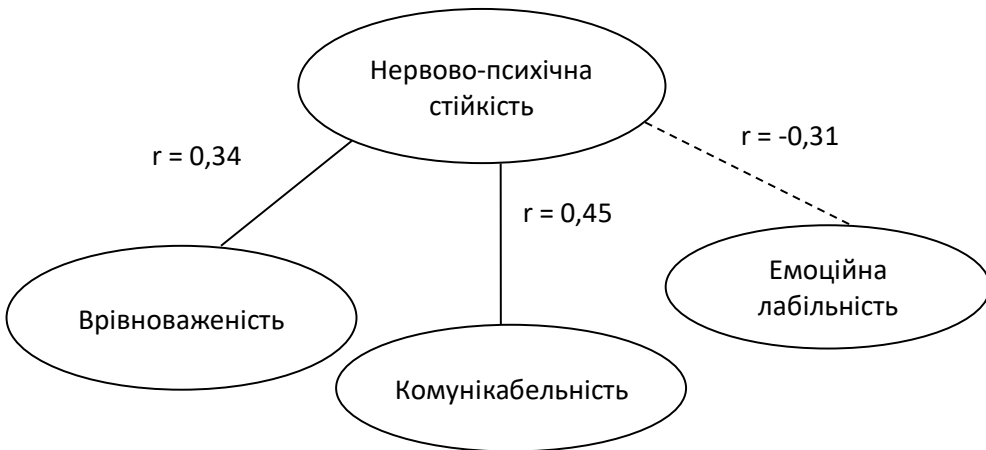


Рис. 1.18. Взаємозв'язок нервово-психічної стійкості у військовослужбовців із рівноваженістю, комунікабельністю та емоційною лабільністю.

У групі військовослужбовців, переважають взаємозв'язки між наявністю стресового розладу, встановленням аналогій та узагальненням, фрустрацією, самовладанням, нервово-психічною стійкістю, наполегливістю, агресивністю, невротизацією, комунікабельністю, відкритістю, адаптивністю, моральною нормативністю, комунікативними здібностями, схильністю до ризику, дратівливості, реактивною агресією, емоційною лабільністю, маскулінністю, самовладанням, реактивною агресивністю.

Важливою частиною дослідження стала діагностика наявності стресового розладу військовослужбовців за допомогою порівняльного аналізу (за  $t$ -критерієм Шеффе). Було встановлено:

відмінність між порівнюваними підгрупами за рівнем невротизації ( $t = 2,577$ ; при  $M = 0,0131$ ). У військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці схильні до прояву невротичних реакцій, оскільки травмовані подіями війни.

Встановлено відмінність за рівнем агресивності ( $t = 2,920$ ; при  $M = 0,0053$ ). У військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці травмовані подіями війни і схильні до прояву агресивних поведінкових реакцій.

Відмінність за рівнем фрустрації ( $t = 2,281$ ;  $M = 0,0271$ ). У військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці пережили стресові події і це вплинуло на виникнення у них розчарування через нездійснення якої-небудь значущої мети, потреби.

Відмінність за рівнем самовладання ( $t = 2,043$ ;  $M = 0,0242$ ). У військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці пережили стресові події війни і це вплинуло на підвищення рівня самовладання, що передбачає сформованість довольного контролю емоційних реакцій і станів, упевненості у собі.

У порівнюваних групах є відмінність за рівнем адаптивності ( $t = -2,178$ ; при  $M = 0,0344$ ), у військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці із середнім рівнем наявності стресового краще адаптуються до нової ситуації, оскільки відчувають відповідальність за перебіг воєнних справ.

Відмінність за рівнем комунікабельності ( $t = -2,828$  при  $M = 0,0068$ ), у військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці із середнім рівнем наявності стресового розладу прагнуть спілкування з оточуючими, швидше знаходять спільну мову з іншими військовослужбовцями.

Встановлено відмінність за рівнем маскулінності ( $t = -2,113$ ; при  $M = 0,0399$ ). У військовослужбовців із низьким рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці із низьким рівнем наявності стресового розладу прагнуть до домінування, у них переважають маскулінні риси характеру.

Отже, можна зробити висновок про те, що у військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень невротизації, агресивності, фрустрації, військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень самовладання, адаптивності, комунікації.

Для порівняння психологічних особливостей військовослужбовців було використано кластерний аналіз методом К – середніх, в результаті чого було отримано два кластери. За даними дисперсійного аналізу критеріями класифікації є шкали: «схильність до ризику», «адаптивність» та «невротичність». Результати методики показані на рисунку 1.19.

1 кластер – (51% досліджуваних) має середні показники за такими шкалами як: схильність до ризику на рівні (3,0), невротичність на рівні (6,8), адаптивність на рівні (6,1), маскулінність на рівні (8,1), агресивність на рівні (3,4), дратівливість на рівні (2,7), відкритість на рівні (3,8) та комунікабельність на рівні (6,1). Для військовослужбовців характерним є високий рівень

невротичності, вони важко оволодівають своїми емоціями в складних ситуаціях. У них переважають маскулітні риси, агресивність, дратівливість та вміння успішно адаптуватись до нових обставин, відкритість у спілкуванні з оточуючими та комунікабельність.

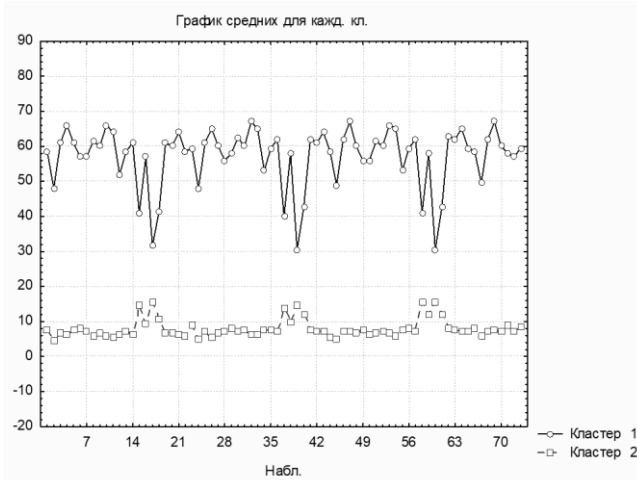


Рис. 1.19. Графік середніх значень для кожного кластера.

2 кластер – (49% досліджуваних) має середні показники за такими шкалами як: схильність до ризику на рівні (-3,0), невротичність на рівні (6,8), адаптивність на рівні (-6,1), маскулітність на рівні (8,1), агресивність на рівні (3,4), дратівливість на рівні (2,7), відкритість на рівні (-3,8) та комунікабельність на рівні (-6,1). Для військовослужбовців характерним є низький рівень невротичності, адаптивності, відкритості та комунікабельності та високий рівень маскулітності, агресивності, дратівливості. Військовослужбовці цієї групи оволодівають своїми емоціями в складних ситуаціях, вони закриті у комунікативних зв'язках з іншими, у них переважають маскулітні риси, агресивність та дратівливість.

Для порівняння схильності до ризику військовослужбовців «з високим рівнем схильності до ризику» і «низьким рівнем схильності до ризику» було застосовано порівняльний аналіз (за критерієм Манна-Уїтні). Статистично значимі відмінності були виявлені за шкалами:

Виявлено відмінність у дратівливості ( $Z = 2,35$ ,  $p \leq 0,05$ ). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що ці військовослужбовці емоційно не врівноважені, схильні до дратівливості, оскільки у них домінує високий рівень схильності до ризику у ситуації воєнних дій.

Відмінність у маскулітності ( $Z = 2,51$ ,  $p \leq 0,05$ ). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про

те, що ці військовослужбовці схильні до домінування у стосунках з іншими, вони прагнуть підпорядкування у стосунках. Натомість, не схильні до ризику військовослужбовці спрямовані на домінування у взаємодії з іншими.

Відмінність комунікабельності ( $Z = 2,67, p \leq 0,05$ ). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці комунікабельні, успішно налагоджують комунікативні зв'язки у професійній діяльності, схильні до відкритого спілкування з оточуючими.

Відмінність у нервово-психічній стійкості ( $Z = 2,73, p \leq 0,05$ ). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці більш емоційно стійкі та врівноважені, вміють успішно долати стресові ситуації, що відіграє важливу роль у їх професійній діяльності.

Відмінність у самовладанні ( $Z = 2,33, p \leq 0,05$ ). У групі військовослужбовців з низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці мають вищий рівень самовладання та самоконтролю, що обумовлено їх професійною діяльністю.

Відмінність у тривожності ( $Z = 2,42, p \leq 0,05$ ). У групі військовослужбовців з низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці мають вищий рівень тривожності, оскільки вони стурбовані перебігом військових подій, що виражається у їх емоційному стані. Результати методики показані на рисунку 1.20.

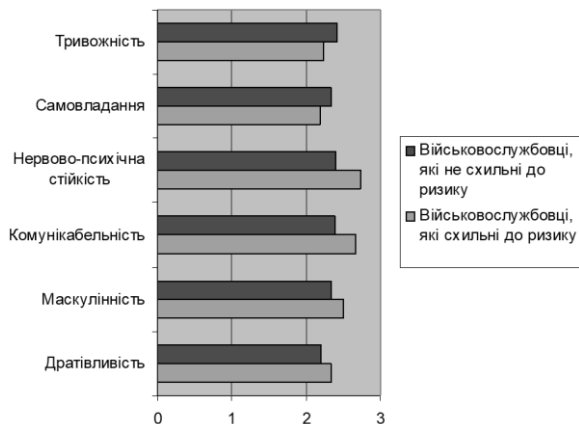


Рис. 1.20. Особливості військовослужбовців з різним рівнем схильності до ризику.

Можна зробити висновок про те, що у військовослужбовців із високим рівнем схильності до ризику вищий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості та нижчий рівень самовладання та

тривожності. Натомість, у військовослужбовців із низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень самовладання та тривожності та нижчий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості.

Інтелектуальний компонент посттравматичного порушення характеризується загальною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань (не лише наукових, але і життєвих), класифікації понять, встановленням аналогій, узагальненням, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, умінням мислено оперувати зображеннями фігур на площині, мислено оперувати зображеннями об'ємних фігур, обсягом пам'яті, рівнем інтелекту.

Емоційно-вольовий компонент посттравматичного порушення характеризується рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливістю, комунікабельністю, врівноваженістю, реактивною агресивністю, сором'язливістю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, схильністю до ризику. Показники інтелектуального компонента посттравматичного порушення за детермінованою ознакою представлені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

*Показники серед військовослужбовців за інтелектуальним компонентом*

Загальна обізнаність	Класифікація	Встановлення аналогій	Узагальнення	Рівень
Військовослужбовці				
37,4	37,5	39,5	36,3	I
42,1	24,1	43,6	19,5	II
20,5	38,4	16,9	44,2	III

Дані таблиці 1.1 свідчать про те, що рівні інтелектуального компонента посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні загальної обізнаності, класифікації, встановлення аналогій, узагальнення. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 37,6, II – 32,3, III – 30). Слід звернути увагу на розвиток низьких показників – класифікації та узагальнення. Інші показники інтелектуального компонента представлені у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

*Кількісні показники за інтелектуальним компонентом*

Арифметика	Числові закономірності	Фігури на площині	Об'ємні фігури	Обсяг пам'яті	Рівень
Військовослужбовці					
43,2	49,2	37,5	39,4	21,5	I
38,4	40,3	20,1	43,7	38,4	II
18,4	10,5	42,4	16,9	40,1	III

Дані таблиці 1.2 свідчать про те, що рівні інтелектуального компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні вміння вирішувати прості арифметичні задачі; вміння знаходити числові закономірності; мисленно оперувати зображеннями фігур на площині мисленно оперувати зображеннями об'ємних фігур, обсяг пам'яті. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 38,2, II – 36,1, III – 25,7). Слід звернути увагу на розвиток низьких показників – вміння мисленно оперувати зображеннями фігур на площині та обсягу пам'яті. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3.

*Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом*

Стресовий розлад	Тривожність	Фрустрація	Ригідність	Агресивність	Рівень
Військовослужбовці					
43,2	42,4	40,1	39,4	42,3	I
39,4	37,5	38,4	43,7	34,2	II
17,4	20,1	21,5	16,9	23,5	III

Дані таблиці 1.3 свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні стресового розладу, тривожності, фрустрації, ригідності, агресивності. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 41,5, II – 38,4, III – 19,8). Слід звернути увагу на зниження високих показників – стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 1.4.

Таблиця 1.4.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

Невротизація	Спонтанна агресія	Депресивність	Дратівливість	Комунікабельність	Рівень
Військовослужбовці					
44,2	46,2	48,4	55,7	41,3	I
43,5	36,3	41,2	31,2	35,2	II
12,3	17,5	10,4	13,1	23,5	III

Дані таблиці 1.4 свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні невротизації, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 47,7, II – 37,4, III – 15,3). Слід звернути увагу на зниження високих показників – невротизації, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 1.5.

Таблиця 1.5.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

Врівноваженість	Реактивна агресивність	Соромязливість	Відкритість	Екстраверсія	Рівень
Військовослужбовці					
54,2	38,2	25,8	44,6	35,6	I
28,6	34,2	36,8	28,3	29,6	II
17,2	27,6	37,4	27,1	34,8	III

Дані таблиці 1.5 свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні врівноваженості, реактивної агресії, сором'язливості, відкритості, екстраверсії. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 39,7, II – 31,5, III – 28,8). Слід звернути увагу на зниження високих показників – реактивної агресивності. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 1.6.

Таблиця 1.6.

*Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом*

Емоційна лабільність	Маскулінність	Сором'язливість	Адаптивність	Нервово-психічна стійкість	Рівень
Військовослужбовці					
38,3	44,5	21,2	43,7	18,4	I
41,1	40,2	42,3	40,6	42,4	II
20,6	15,3	36,5	15,7	39,2	III

Дані таблиці 1.6 свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового розладу за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, нервово-психічної стійкості. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 33,2, II – 41,3, III – 25,5). Слід звернути увагу на підвищення низьких показників – нервово-психічної стійкості. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 1.7.

Таблиця 1.7.

*Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом*

Комунікативні здібності	Моральна нормативність	Самовладання	Наполегливість	Схильність до ризику	Рівень
Військовослужбовці					
45,2	42,3	16,2	43,5	41,4	I
39,5	39,7	40,2	38,9	39,2	II
15,3	18	43,6	17,6	19,4	III

Дані таблиці 1.7 свідчать про те, що рівні посттравматичного стресового розладу емоційно-вольової сфери за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні комунікативних здібностей, моральної нормативності, самовладання, наполегливості, схильності до ризику. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 37,7, II – 39,5, III – 22,8). Слід звернути увагу на підвищення низьких показників – самовладання.

Якісний аналіз сформованості рівнів кожного компонента посттравматичного розладу визначив три рівня – високий, середній та низький рівень посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку у молоді.

Високий рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується загальною обізнаністю і інформованістю у

різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, здатністю до класифікації понять, встановлення аналогій, узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, високим обсягом пам'яті.

Середній рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується ситуативною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, частковою здатністю до класифікації понять, обмеженою здатністю до встановлення аналогій, не достатнім узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, помірним вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, менш вираженим вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, помірним обсягом пам'яті.

Низький рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу виражений відсутністю обізнаності і інформованості у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, не вираженою здатністю до класифікації понять, не здатністю до встановлення аналогій та узагальнення – підведення двох понять під загальну категорію, низьким вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, відсутнім вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, низьким обсягом пам'яті.

Високий рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, емоційною сталістю, прагненням до розвитку, відкритістю, низьким рівнем наявності стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику. Наявністю комунікативних здібностей, врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскуліністю, нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, самовладанням, наполегливістю.

Середній рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується недостатньо вираженою здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, частковою емоційною сталістю, помірним прагненням до розвитку, менш вираженою відкритістю, наявністю стресового розладу, частковим проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику, не чітко вираженими комунікативними здібностями, помірною врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскуліністю, частковою нервово-психічною стійкістю, комунікативними якостями, недостатньо вираженою

моральною нормативністю, вибіркоким особистісним адаптивним потенціалом, не сформованим самовладанням та наполегливістю.

Низький рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу представлений індиферентною здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, не вираженою емоційною сталістю, не вираженим прагнення розвитку, закритістю, наявністю стресового розладу, проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, відсутністю схильності до ризику, не вираженими комунікативними здібностями, відсутністю врівноваженості, відкритості, інтроверсією, маскулінністю, не сформованою нервово-психічною стійкістю, слабкою моральною нормативністю, відсутністю особистісного адаптивного потенціалу, самовладання та наполегливості. Кількісні дані компонентів серед військовослужбовців представлені у таблиці 1.8.

Таблиця 1.8.

*Кількісні показники розвитку компонентів посттравматичного стресового розладу військовослужбовців (%)*

Військовослужбовці		
Рівні	Інтелектуальний компонент	Емоційно-вольовий компонент
I високий	35,5	26,1
II середній	45,1	33,2
III низький	19,4	40,7

Згідно даних таблиці 1.8, у військовослужбовців найбільш вираженим є інтелектуальний компонент (35,5% віднесено до високого рівня), що є результатом якісної професійного вдосконалення, а найменш вираженим – емоційно-вольовий (40,7% – низького рівня). Такий стан зумовлено, перш за все, відсутністю надання психотерапевтичної допомоги, недостатньо професійного підходу у вирішенні психологічних проблем у професійній діяльності військовослужбовців.

В цілому, як свідчать результати констатувального експерименту, всі компоненти посттравматичного стресового розладу потребують розвитку, що вказує на необхідність поглибленої підготовки військовослужбовців із особливостями подолання посттравматичного стресового розладу.

Отримані дані, щодо недостатнього розвитку інтелектуальної та емоційно-вольової сфер посттравматичного порушення у військовослужбовців, зумовлює пошук шляхів, засобів і умов їх цілеспрямованого формування. Дослідження розвитку структурних компонентів представлені у таблиці 1.9.

Таблиця 1.9.

Результати дослідження особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Структурні компоненти посттравматичного стресового розладу	Підкомпоненти	Усереднені показники
Інтелектуальний компонент	Загальна обізнаність Класифікація понять Встановлення аналогій Узагальнення Вміння знаходити числові закономірності Мисленне оперування образами Обсяг пам'яті	8,265
Емоційно-вольовий компонент	Невротизація Агресивність Дратівливість Фрустрація Нервово-психічна стійкість Маскулінність Адаптивність	6,482

Особливу стурбованість викликає той факт, що у більшості військовослужбовців переважає низький рівень емоційно-вольового та середній рівень інтелектуального компонентів, що свідчить про наявність у військовослужбовців посттравматичного стресового розладу, невротизації, тривожності, депресивності та необхідність цілеспрямованої роботи з розвитку цих компонентів посттравматичного стресового розладу. Військовослужбовцям потрібно працювати над розвитком інтелектуального та емоційно-вольового компонентів.

### 3.3. Факторні навантаження для досліджуваної групи

З допомогою багатофакторного аналізу емпіричних даних, отриманих у групі військовослужбовців, виділено п'ять факторів:

Фактор 1 пояснює 13,7% дисперсії і має назву «Самовладання». Представлений такими шкалами як: наполегливість ( $r = 0,550$ ,  $p = > 0,5$ ), самовладання ( $r = 0,873$ ,  $p = > 0,5$ ), комунікабельність ( $r = 0,602$ ,  $p = > 0,5$ ), наявність посттравматичного стресового розладу ( $r = -0,976$ ,  $p = > 0,5$ ), маскулінність ( $r = 0,827$ ,  $p = > 0,5$ ), відкритість ( $r = 0,820$ ,  $p = > 0,5$ ), нервово-психічна стійкість ( $r = 0,780$ ,  $p = > 0,5$ ), моральна нормативність ( $r = 0,691$ ,  $p = > 0,5$ ), комунікативні здібності ( $r = 0,871$ ,  $p = > 0,5$ ), рівень інтелекту ( $r = 0,863$ ,  $p = > 0,5$ ). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали самовладання. А

найменше притаманне шкалі наявність посттравматичного стресового розладу. Це можна пояснити тим, що наполегливість пов'язана із самовладанням, маскулітністю, нервово-психічною стійкістю, моральною нормативністю, відкритістю, комунікативними здібностями особистості, рівнем інтелекту та призводить до зниження посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Фактор 2 пояснює 11,8% дисперсії і має назву «Невротичність». Представлений такими шкалами як: класифікація понять ( $r = -0,726$ ,  $p = > 0,5$ ), тривожність ( $r = 0,531$ ,  $p = > 0,5$ ), ригідність ( $r = 0,685$ ,  $p = > 0,5$ ), невротичність ( $r = 0,756$ ,  $p = > 0,5$ ), реактивна агресивність ( $r = 0,785$ ,  $p = > 0,5$ ), емоційна лабільність ( $r = 0,656$ ,  $p = > 0,5$ ), схильність до ризику ( $r = -0,887$ ,  $p = > 0,5$ ), нервово-психічна стійкість ( $r = -0,741$ ,  $p = > 0,5$ ), агресивність ( $r = 0,517$ ,  $p = > 0,5$ ), самовладання ( $r = -0,876$ ,  $p = > 0,5$ ). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали невротичність. А найменше притаманне для шкали схильність до ризику. Це можна пояснити тим, що високий рівень тривожності тривожності, ригідності, агресивності, невротичності, реактивної агресивності, емоційної лабільності знижує схильність до ризику, нервово-психічну стійкість та самовладання у військовослужбовців.

Фактор 3 пояснює 10,8% дисперсії і має назву «Емоційна лабільність». Представлений такими шкалами як: екстраверсія ( $r = -0,683$ ,  $p = > 0,5$ ), емоційна лабільність ( $r = 0,930$ ,  $p = > 0,5$ ), дратівливість ( $r = 0,773$ ,  $p = > 0,5$ ), врівноваженість ( $r = -0,787$ ,  $p = > 0,5$ ), сором'язливість ( $r = -0,603$ ,  $p = > 0,5$ ), невротизація ( $r = -0,932$ ,  $p = > 0,5$ ), спонтанна агресивність ( $r = 0,737$ ,  $p = > 0,5$ ), наполегливість ( $r = 0,565$ ,  $p = > 0,5$ ). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали емоційна лабільність, а найменше притаманне для шкали невротизація. Це можна пояснити тим, що спонтанна агресивність перебуває у тісному взаємозв'язку із інтроверсією, дратівливістю, низьким рівнем врівноваженості, сором'язливістю, невротизацією, спонтанною агресивністю, наполегливістю.

Фактор 4 пояснює 9,8% дисперсії і має назву «Наполегливість». Представлений такими шкалами як: відкритість ( $r = 0,631$ ,  $p = > 0,5$ ), самовладання ( $r = 0,662$ ,  $p = > 0,5$ ), наявність стресового розладу ( $r = -0,628$ ,  $p = > 0,5$ ), моральна нормативність ( $r = 0,643$ ,  $p = > 0,5$ ), наполегливість ( $r = 0,738$ ,  $p = > 0,5$ ), узагальнення ( $r = 0,717$ ,  $p = > 0,5$ ). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали наполегливість, а найменше притаманне шкалі наявність стресового розладу. Це можна пояснити тим, що відкритість перебуває у взаємозв'язку із самовладанням, інтелектуальної діяльності, моральною нормативністю, наполегливістю, здатністю до узагальнення та призводить до зниження рівня стресового розладу.

Фактор 5 пояснює 8,6% дисперсії і має назву «Емоційна лабільність». Представлений такими шкалами як: тривожність ( $r = 0,643$ ,  $p = > 0,5$ ), вміння

знаходити числові закономірності ( $r = -0,543$ ,  $p = > 0,5$ ), ригідність ( $r = 0,792$ ,  $p = > 0,5$ ), дратівливість ( $r = 0,566$ ,  $p = > 0,5$ ), емоційна лабільність ( $r = 0,809$ ,  $p = > 0,5$ ), фрустрація ( $r = 0,505$ ,  $p = > 0,5$ ), адаптивність ( $r = -0,697$ ,  $p = > 0,5$ ), схильність до ризику ( $r = 0,537$ ,  $p = > 0,5$ ). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали емоційна лабільність, а найменше притаманне шкалі адаптивність. Це можна пояснити тим, що високий рівень тривожності перебуває у взаємозв'язку із ригідністю, дратівливістю, емоційною лабільністю, фрустрацією, схильністю до ризику та призводить до зниження адаптивності, знаходження числових закономірностей.

Аналіз результатів констатувального дослідження особливостей посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфер у військовослужбовців зробити наступні висновки:

1. Дослідження інтелектуальної сфери посттравматичного порушення у військовослужбовців дозволяє зробити висновок про те, що більшість з них характеризується середнім рівнем загальної обізнаності і інформованості у різних сферах знань (не лише наукових, але і життєвих), класифікацією понять, встановленням аналогій, узагальненням, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходженням числових закономірностей, умінням мислено оперувати зображеннями фігур на площині, зображеннями об'ємних фігур, зниженим обсягом пам'яті та інтелектуальної діяльності. Високий рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується загальною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, здатністю до класифікації понять, встановлення аналогій, узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, високим обсягом пам'яті.

Середній рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується ситуативною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, частковою здатністю до класифікації понять, обмеженою здатністю до встановлення аналогій, не достатнім узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, помірним вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, менш вираженим вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, помірним обсягом пам'яті.

Низький рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу виражений відсутністю обізнаності і інформованості у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, не вираженою здатністю до класифікації понять, не здатністю до встановлення аналогій та

узагальнення – підведення двох понять під загальну категорію, низьким вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, відсутнім вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, низьким обсягом пам'яті.

Компонент посттравматичного порушення емоційно-вольової сфери характеризується високим рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливістю, комунікабельністю, помірною врівноваженістю, реактивною агресивністю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, зниженням нервово-психічної стійкості, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, високим рівнем схильності до ризику. Високий рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, емоційною сталістю, прагненням до розвитку, відкритістю, низьким рівнем наявності стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику. Наявністю комунікативних здібностей, врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю, нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, самовладанням, наполегливістю.

Середній рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується недостатньо вираженою здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, частковою емоційною сталістю, помірним прагненням до розвитку, менш вираженою відкритістю, наявністю стресового розладу, частковим проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику, не чітко вираженими комунікативними здібностями, помірною врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю, частковою нервово-психічною стійкістю, комунікативними якостями, недостатньо вираженою моральною нормативністю, вибірково особистісним адаптивним потенціалом, не сформованим самовладанням та наполегливістю.

Низький рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу представлений індиферентною здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, не вираженою емоційною сталістю, не вираженим прагненням до розвитку, закритістю, наявністю стресового розладу, проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, відсутністю схильності до ризику, не вираженими комунікативними здібностями, відсутністю врівноваженості, відкритості, інтроверсією, маскулінністю, не сформованою нервово-психічною стійкістю,

слабкою моральною нормативністю, відсутністю особистісного адаптивного потенціалу, самовладання та наполегливості.

2. У військовослужбовців виявлено середній рівень інтелекту та вміння вирішувати прості арифметичні задачі, вміння знаходити числові закономірності, моральної нормативності та низький рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та заучування слів, тривожності, сором'язливості, нервово-психічної стійкості. Високий рівень наявності стресового розладу, фрустрації, агресивності, ригідності, невротизації, невротичності, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресії, відкритості, екстраверсії, емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, комунікативних здібностей, наполегливості, самовладання та схильності до ризику.

3. У військовослужбовців із високим рівнем схильності до ризику вищий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості та нижчий рівень самовладання та тривожності. Натомість, у військовослужбовців із низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень самовладання та тривожності та нижчий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості. у військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень невротизації, агресивності, фрустрації, військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень самовладання, адаптивності, комунікації.

#### 1.4. Психологічна діагностика посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб

Згідно з результатами, отриманими за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), виявлено, що у 27,8% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень наявності стресового розладу, у 41,1% – середній, а в 31,1% – низький. У внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень наявності стресового розладу. Результати методики показані на рисунку 1.21.

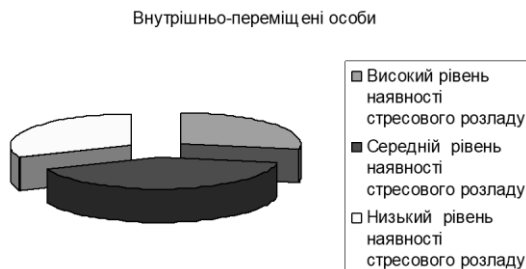
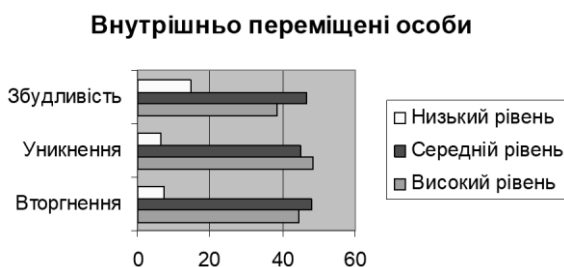


Рис. 1.21. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу).

Згідно із результатами шкала оцінки впливу травматичної події (експрес-оцінка) встановлено, що у 44,6% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень вторгнення, у 47,9% середній, а в 7,5% низький рівень прояву цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень вторгнення – здатності особистості заново пережити все, що сталося при будь-якому нагадуванні про травматичному подію. Також у 48,5% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень уникнення, у 44,9% середній, а в 6,6% низький рівень прояву цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень уникнення – прагнення витіснити травмуючі події і переживання з пам'яті. У 38,5% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень збудливості, у 46,7% середній, а в 14,5% низький рівень прояву цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень збудливості – тенденції відчувати неприємні фізичні відчуття (пітливість, порушення дихання, нудоту, збільшення частоти пульсу і т. д.). Результати методики показані на рисунку 1.22.



*Рис. 1.22.* Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за шкалою оцінки впливу травматичної події (експрес-оцінка).

Згідно із результатами, отриманими за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу» встановлено, що у 43,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень вторгнення, 46,2% середній, а в 10,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень вторгнення. У 33,7% військовослужбовців переважає високий рівень уникнення, 28,9% середній, а в 37,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень уникнення. Також у 37,6% військовослужбовців переважає високий рівень фізіологічної збудливості, 42,6% середній, а в 19,8% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень фізіологічної збудливості. У 38,4% військовослужбовців переважає високий рівень почуття провини, 46,2% середній, а в 15,4% низький рівень

прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб в переважає середній рівень почуття провини. Також у 5,8% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень суїцидальності, 32,6% середній, а в 61,6% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень суїцидальності. Результати методики показані на рисунку 1.23.

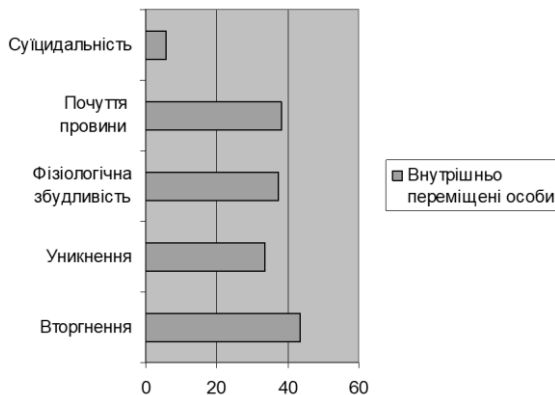


Рис. 1.23. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу».

Згідно із результатами за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу» встановлено, що у 23,7% внутрішньо переміщених осіб переважає вираженість посттравматичного стресового розладу, у 33,4% внутрішньо переміщених осіб переважають ознаки посттравматичного стресового розладу, а в 42,9% осіб відсутній посттравматичний стресовий розлад. У внутрішньо переміщених осіб переважає відсутність посттравматичного стресового розладу. Результати методики показані на рисунку 1.24.

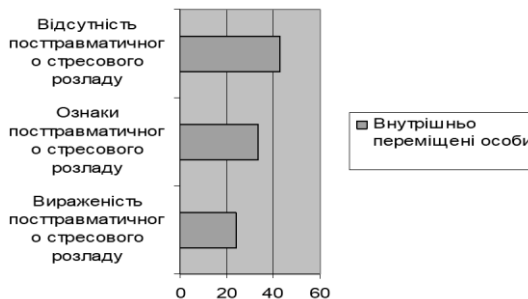


Рис. 1.24. Результати відсоткового аналізу за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу» внутрішньо переміщених осіб.

Згідно із результатами отриманими за стандартизованим багатофакторним методом дослідження особистості (СМДО) Л. Н. Собчик встановлено, що у 23,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень іпохондрії, у 44,6% середній, а в 31,7% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень іпохондрії – астено-невротичного типу особистості. У 19,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень депресії, у 42,2% середній, а в 38,1% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень депресії – морального дискомфорту. У 18,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень істерії, у 39,9% середній, а в 41,7% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень істерії – схильності до невротичних реакцій конверсійного типу. Також у 14,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень психопатії, у 32,4% середній, а в 52,9% низький рівень прояву цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень психопатії. У 45,2% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень маскулітності, у 32,3% середній, а в 22,5% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень маскулітності – прагнення до домінування. У 15,1% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень параної, у 25,3% середній, а в 59,6% низький рівень прояву цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень параної – наявності «надцінних» ідей, підозрливості. У 23,1% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень психастенії, у 43,7% середній, а в 33,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень психастенії – тривожно-недовірливого типу особистості. У 11,2% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень шизофренії, у 15,4% середній, а в 73,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень шизофренії – шизоїдного (аутичного) типу особистості. Також у 25,3% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень гіпоманії, у 35,4% середній, а в 39,3% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень гіпоманії. У 28,5% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень соціальної інтроверсії, у 42,6% середній, а в 28,9% низький рівень прояву цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень інтроверсії. Результати методики показані на рисунку 1.25.

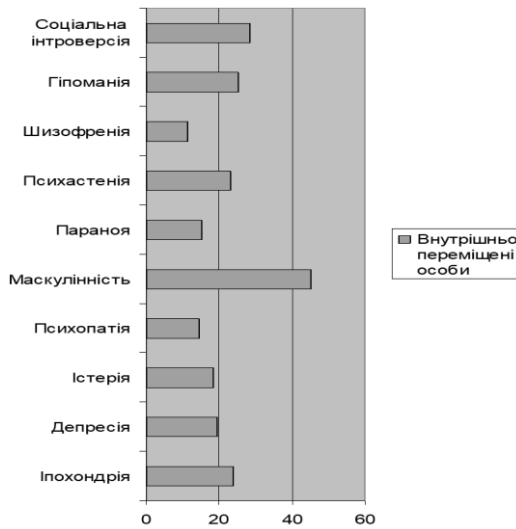


Рис. 1.25. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за багатофакторним методом дослідження особистості (СМДО) Л.Н. Собчик.

Згідно з результатами, отриманими за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка, виявлено, що у 11,2% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень тривожності, у 37,7% середній, а в 51,1% низький. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень тривожності. У 36,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень фрустрації, у 48,5% середній, а в 14,8% низький. Внутрішньо переміщеним особам притаманний середній рівень фрустрації. Цей стан характеризується розчаруванням, нездійснення значущої для людини мети. Також у 31,6% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень ригідності, у 44,9% середній, а в 23,5% низький. Внутрішньо переміщеним особам притаманний середній рівень ригідності. У 31,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень агресивності, у 40,3% середній, а в 28,3% низький.

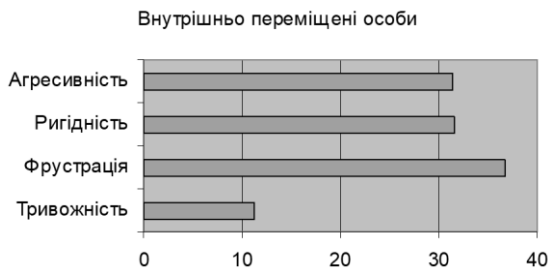
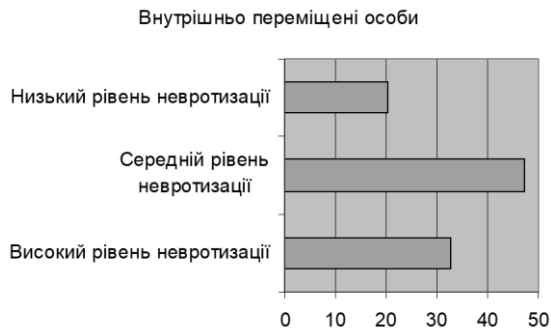


Рис. 1.26. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка.

Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень агресивності, оскільки вони безпосередньо не брали активної участі у бойових діях. Результати методики показані на рисунку 1.26.

Згідно з результатами, отриманими за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, виявлено, що у 32,6% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень невротизації, у 47,2% середній, а в 20,2% низький. Це свідчить про те, що у % внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень невротизації. Результати методики показані на рисунку 1.27.



*Рис. 1.27.* Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана.

Згідно з результатами, отриманими за опитувальником FPI встановлено, що у 33,5% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень невротичності, у 44,3% середній, а в 22,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Невротичність характеризується переважанням астеничного типу із психосоматичними порушеннями. У 36,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень прояву спонтанної агресії, у 42,5% середній, а в 21,1% низький рівень цієї ознаки. Також у 44,2% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень депресивності, у 36,3% середній, а в 19,2% низький рівень цієї ознаки. Це свідчить про те, що у більшості внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень спонтанної агресії, депресивності. Це можна пояснити тим, що внутрішньо переміщені особи відчувають тривогу за власне майбутнє.

Також у 45,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень дратівливості, у 48,3% середній, а в 6,3% низький. Високий рівень дратівливості характеризується нестійким емоційним станом із схильністю до афективного реагування. У 50,6% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень комунікабельності, у 44,2% середній, а в 5,2% низький рівень цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень дратівливості та високий рівень комунікабельності. У 47,4% військово-службовців переважає високий рівень врівноваженості, у 43,9% середній, а

в 8,7% низький рівень прояву цієї ознаки. Внутрішньо переміщені особи більш врівноважені, оскільки вони намагаються контролювати власні емоційні переживання. Результати методики показані на рисунку 1.28.

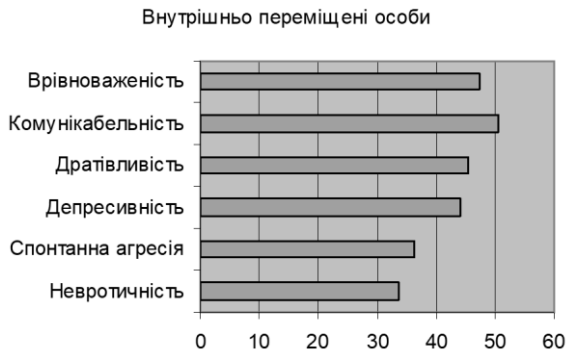


Рис. 1.28. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за опитувальником FPI.

У 44,8% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень реактивної агресії, у 49,5% середній, а в 5,7% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить, що внутрішньо переміщені особи меншою мірою схильні до агресивної поведінки та не прагнуть до домінування. Також у 19,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень сором'язливості, у 37,4% середній, а в 42,9% низький рівень сором'язливості. У 41,3% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень відкритості, у 47,6% середній, а в 11,1% низький рівень цієї ознаки. Це свідчить, що у внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень відкритості, прагнення до відверто-ширих відносин із оточуючими. У 45,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень екстраверсії, у 47,7% середній, а в 6,9% низький. Також у 43,9% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень емоційної лабільності, у 47,2% середній, а в 8,9% низький рівень цієї ознаки. У внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень екстраверсії та емоційної лабільності, оскільки вони вони більшою мірою схильні до мінливого настрою. У 54,6% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень маскулінності, у 38,7% середній, а в 6,7% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає маскулінність. Результати методики показані на рисунку 1.29.

Згідно із результатами багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника встановлено, що у 48,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень адаптивності, у 35,5%

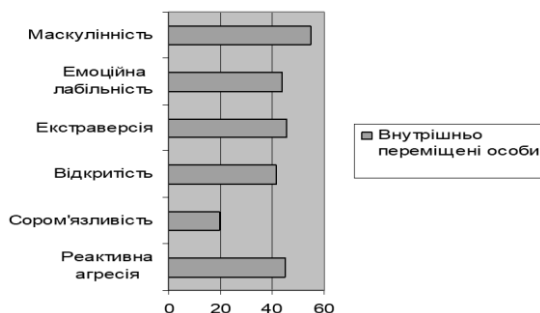


Рис. 1.29. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за опитувальником FPI.

середній, а в 15,8% низький. У внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень адаптивності, що свідчить про те, що вони легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять в новий колектив. Також у 39,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень нервово-психічної стійкості, у 42,6% середній, а в 17,7% низький. Це свідчить про те, що у більшості внутрішньо переміщених осіб переважає середній рівень нервово-психічної стійкості, що характеризується середнім рівнем поведінкової регуляції. У 47,4% внутрішньо переміщених осіб виявлено високий рівень комунікативних здібностей, у 39,8% середній, а в 12,8% низький рівень прояву цієї ознаки. Більшість внутрішньо переміщених осіб легко налагоджують контакти з колегами та оточуючими. У 49,4% досліджуваних виявлено високий рівень моральної нормативності, у 44,1% середній, а в 6,5% низький. Більшість досліджуваних осіб характеризуються високим рівнем моральної нормативності – прагненням дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки. Результати методики показані на рисунку 1.30.

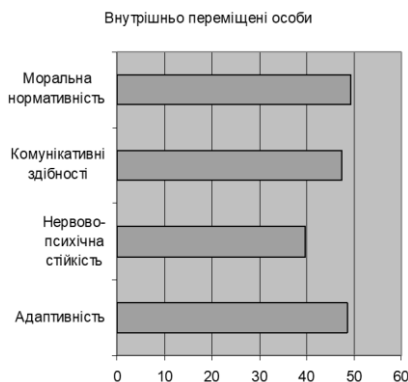


Рис. 1.30. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника.

Згідно із результатами дослідження вольової саморегуляції було здійснено за методикою А. Зверкова, Е. Ейдмана встановлено, що у 46,7% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень наполегливості, у 37,4% середній, а в 15,9% низький рівень прояву цієї ознаки. Таким людям притаманне прагнення до здійснення розпочатої справи, повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. Також у 52,4% внутрішньо переміщених осіб переважає високий рівень самовладання, у 36,8% середній, а в 10,8% низький рівень прояву цієї ознаки. Внутрішньо переміщені особи емоційно стійкі, добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Для них характерний внутрішній спокій, упевненість у собі, відсутність страху перед невідомим, підвищена готовність до сприймання нового, непередбаченого, що поєднуються із свободою поглядів та тенденцією до новаторства і радикалізму. Результати методики показані на рисунку 1.31.

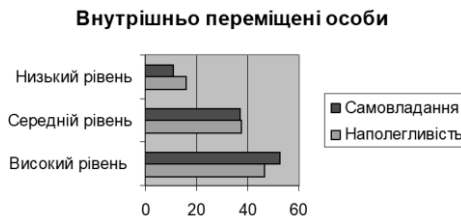


Рис. 1.31. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за методикою дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова, Е. Ейдмана.

Згідно із результатами опитувальника дослідження схильності до ризику О. Шмельова виявлено, що у 39,8% внутрішньо переміщених осіб пе

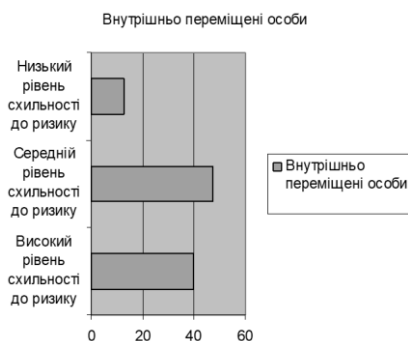


Рис. 1.32. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за опитувальником дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

реважає високий рівень схильності до ризику, у 47,3% середній, а в 12,9% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що внутрішньо переміщені

особи меншою мірою схильні до ризику та прийняття рішень у невизначеній ситуації. Результати методики показані на рисунку 1.32.

Можна зробити висновок про те, що у внутрішньо переміщених осіб переважає низький рівень тривожності, гіпоманії, параної, істерії, психопатії, шизофренії, суїцидальності, посттравматичного стресового розладу, уникнення, сором'язливості, середній рівень відкритості, емоційної лабільності, екстраверсії, ригідності, агресивності, невротизації, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, середній рівень почуття провини, психастенії, соціальної інтроверсії, нервово-психічної стійкості, іпохондрії, депресії, вторгнення, збудливості, схильності до ризику, вторгнення, реактивної агресії та високий рівень комунікабельності, маскулітності, врівноваженості, маскулітності, адаптивності, моральної нормативності, наполегливості, самовладання,

## **1.5. Наукові основи розроблення технологічної карти психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС**

### **1.5.1. Рекомендації щодо вибору діагностичних методик дослідження посттравматичного стресового розладу**

У попередніх розділах проаналізовано діагностичні методики, які застосовуються для діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників, а також наведено результати досліджень, спрямовані на виявлення взаємозв'язків між параметрами опитуваних, наприклад, наявність посттравматичного стресового розладу та самовладання, адаптивність тощо. Застосування тої чи іншої діагностичної методики вимагає досить тривалого часу дослідження, що не завжди легко здійснити у випадку з воїнами ООС, які не визнають, що їм потрібна психологічна допомога. При розробленні методів та технологічних карт психолого-медико-педагогічної діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу постраждалих осіб з зони ООС необхідно враховувати рекомендації діагностичного та статистичного інструментарію для психічних розладів DSM-5 (діагностичне і статистичне керівництво по психічних розладах 5-го видання, яке використовується у США) – нозологічна система, «номенклатура» психічних розладів. За аналогією, в Україні використовується МКХ-10 (20 травня 2019 р. у Женеві Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представила нове 11-те видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я). Це найбільш повний та систематизований перелік відомих і визнаних доказовою медициною хвороб та станів. Ним користуються медики, страхові компанії та застосовують у системі

охорони здоров'я для прийняття рішень по всьому світу. В «Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги» [36], затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121 чітко прописано діагностичний інструментарій, який слід застосовувати при діагностичній реакції на важкий стрес та розладів адаптації, посттравматичного стресового розладу. Діагностична процедура згідно цього протоколу включає 4 стадії: 1) клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи (збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей; оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших, зокрема суїцидальні думки); 2) психодіагностичні методи; 3) методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації (МРТ, КТ, ЕЕГ); 4) лабораторні дослідження (за необхідності). Психодіагностичні методики, які рекомендуються клінічним протоколом, представлені у Табл. 1.10

Таблиця 1.10.

*Психодіагностичні методики, які рекомендуються клінічним протоколом для визначення ПТСР*

<p>Психодіагностичний метод</p>	<p>Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: постановка діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції/ психотерапії і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант);</li> <li>• Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R);</li> <li>• Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R);</li> <li>• Шкала депресії Гамільтона (HAM-D);</li> <li>• Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A);</li> <li>• Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової.</li> </ul> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory – TSI);</li> <li>2. Тест життєстійкості S. Maddi в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є. І. Рассказової;</li> <li>3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів E. Neim (в адаптації Л.І. Васермана);</li> <li>4. Госпітальна шкала тривоги і депресії;</li> <li>5. Тест вибору кольору Люшера;</li> <li>6. Тест AuDIT;</li> <li>7. Шкала рівня особистісної та реактивної тривожності (Спілбергера-Ханіна);</li> <li>8. Міннесотський багатofакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер);</li> <li>9. Опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова);</li> <li>10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія);</li> </ol>
---------------------------------	---	--

		11. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA); 12. Пітсбургський опитувальник якості сну. Опитувальник якості життя FS-36 тощо.
--	--	--

Як видно з таблиці 1.10, у клінічному протоколі є 6 обов'язкових психодіагностичних методик та 13 бажаних, які дозволяють не лише діагностувати ознаки ПТСР, але й накреслити план впровадження ефективної психотерапії. Клінічний протокол постав як результат роботи мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом [31] див. Табл. 1.11.

Таблиця 1.11

*Перелік стандартизованих опитувальників медичної допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом [31]*

Інструмент	Кількість пунктів	Опис	Психометричні характеристики
Опитувальники			
Шкала ПТСР, за якою оцінює клініцист – Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) 75,76	34 (+10)	Вважається «золотим стандартом» оцінки ПТСР, хоча дещо складна для використання в клінічній практиці. Кожен симптом ПТСР по DSM-IV оцінюється за інтенсивністю і частотою, і, де це можливо, визначається поведінково. На додаток до 17 основних пунктів є додаткові питання, що оцінюють провину (4 питання) і дисоціацію (6 питань).	Відмінна надійність і достовірність.76
Шкала посттравматичного стресу – Опитувальник – PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I) 78	17	Надає єдину оцінку тяжкості (від 0-3) для кожного симптому ПТСР, отримуючи загальний бал тяжкості ПТСР, а також бали для повторного переживання, уникнення та збудження. Більш короткий час оцінки, ніж CAPS, особливо для пацієнтів зі значними симптомами ПТСР.93	Гарна надійність повторного тестування (від 0,66 до 0,80) протягом 1 місяця і висока міжекспертна надійність (від 0,93 до 0,97).78 PSS-I сильно корелює з CAPS (0,87) 93
Структуроване інтерв'ю щодо ПТСР (SIP) 79	17 (+2)	Оцінює 17 симптомів ПТСР з двома додатковими питаннями оцінки провини. Кожен елемент оцінюється від 0-4 і надає єдину оцінку частоти, тяжкості і функціонального погіршення.	Гарна внутрішня узгодженість (0,80). Висока надійність повторного тестування (0,89) і міжекспертна надійність (0,90)
Засоби самозвітування			
Шкала впливу подій – переглянута – Impact of Event Scale – Revised (IES-R) 94	22	Не відповідає безпосередньо критеріям DSM-IV щодо ПТСР, тому не забезпечує пряму інформацію про діагноз ПТСР або тяжкість.	Висока внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,92) і ретестова надійність від хорошої до відмінної (від 0,51 до 0,94). 94
Контрольний перелік симптомів ПТСР – PTSD Checklist (PCL)62	17	Оцінює 17 симптомів ПТСР по DSM-IV, кожен за п'ятибальною шкалою від «зовсім не заважає» до «надзвичайно заважає». Окремі форми є для військових, цивільних і специфічних стресорів. Існує помітна різниця в рекомендованих	Висока надійність повторного тестування протягом 2-3 днів. Внутрішня узгодженість дуже висока для

	показниках відсікання; наприклад, точка відсікання 50 рекомендується для ветеранів бойових дій, в той час як більш низькі точки відсікання 30-37 рекомендуються для використання у цивільних групах у закладах первинної медичної допомоги 85	кожного з кластерів симптомів DSM-IV, а також для повної шкали 17 пунктів. PCL має високий рівень достовірності при порівнянні з CAPS. 84
--	---	---

Основною проблемою постраждалих воїнів ООС є небажання (за відсутності поранень) звертатися до фахівців медичних установ. Також більшість з них не усвідомлює потребу звернення до психіатра, чи психолога. Натомість переважна більшість з них страждає внаслідок реакції на важкий стрес після повернення з зони бойових дій, або має ознаки посттравматичного стресового розладу. Однак, за відсутністю запиту з їхнього боку, вони залишаються недіагностовані, а отже незахищені від прогресу хвороби. Ці факти обумовлюють необхідність створення нових (природних) умов для повернутих військовослужбовців, за яких вони могли б погодитися на первинну діагностику, а згодом, і терапію. Це можливо на шляху створення груп взаємодопомоги із самих постраждалих воїнів ООС, які об'єднуються, насамперед, для вирішення юридичних, соціальних проблем. Непогано, коли у таких групах взаємодопомоги працюють волонтери, які самі були на лінії фронту і користуються довірою у військовослужбовців. З іншого боку, довіру воїнів ООС викликають і волонтери громадських організацій, які активно допомагають солдатам на сході України.

Отже, необхідним є оптимізувати процедуру діагностики, залучаючи при цьому усі наявні ресурси – державних, приватних надавачів послуг, в т.ч. ресурси громадських організацій.

З точки зору вибору діагностичних методик серед розглянутого вище спектру методик необхідно керуватися вибором подальшої перспективи корекційної роботи з учасниками ООС та внутрішньо переміщеними особами. Аналіз методів психотерапії показує, що для усунення ознак ПТСР найбільш ефективними є травмофокусуюча психотерапія [32], методика EMDR [33], конструктивістські методи когнітивної психотерапії [20, 66]. При застосуванні усіх з наведених вище методів ресурсами осіб, які пережили травмуючу подію, є їх інтелектуальна та емоційно-вольова сфери. Тому, крім констатування ознак ПТСР (Місісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу, шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R), метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана), у комплекс психодіагностичних методик ми включили ще два блоки: до першого блоку увійшли методики, які дозволяли виявити інтелектуальні особливості учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб, а до другого – методики, за допомогою яких досліджувався їх емоційно-вольовий розвиток.

До першого блоку ввійшов тест інтелекту Амтхауера спрямований на визначення інтелектуальних здібностей особистості.

- До другого блоку входили методики – тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, опитувальник FPI, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника (шкали адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність), багатофакторний метод дослідження особистості Л.Н. Собчик, методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова, Е. Ейдмана, опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

Колективом авторів запропонований комплекс психодіагностичних методик, який може бути успішно використаний для діагностики посттравматичного стресового розладу та накреслення індивідуального плану розвитку. Комплекс психодіагностичних методик апробовувався на вибірці військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС Львівського обласного госпіталю інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи та ресурсного центру для підтримки внутрішньо переміщених осіб та воїнів ООС ГО «Справа Кольпінга в Україні». Розроблена технологічна карта психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та постраждалих воїнів ООС.

### 1.5.2. Технологічна карта психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та постраждалих воїнів ООС

Технологічна карта – це покроковий опис технологій психолого-педагогічного супроводу постраждалих внутрішньо переміщених осіб з зони ООС, які мають забезпечити їх реабілітаційний процес та реінтеграцію в суспільство.

Таблиця 1.12

*Технологічна карта психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та постраждалих воїнів ООС*

Етапи діагностики	Методики	Цілі	Результати	Тривалість
Первинний скринінг (виявлення ознак ПТСР)	Місісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу	Оцінка ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій	Скринінг порушень ПТСР	15-30 хв.
	Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)	виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх вираженості	Ознаки ПТСР	15-30 хв.

	Метод-тест Холмса-Pare	Встановлення наявності стресового розладу	Показники рівня стресового розладу	1.5-2 год.
	Методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана	Діагностика рівня невротизації	Показники рівня невротизації учасників ООС та внутрішньопереміщених осіб	1-1.5 год.
Блок 1 (інтелектуальні особливості особистості)	Тест інтелекту Амтхауера	Визначення інтелектуальних здібностей особистості	Показники інтелектуальних здібностей особистості	1-2 год.
Блок 2 (емоційно-вольові особливості особистості)	Тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка	Визначення психічних станів	Визначення станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності учасників ООС та внутрішньопереміщених осіб	1-1.5 год.
	Опитувальник FPI	Діагностика станів і властивостей особистості, які мають першочергове значення для процесів адаптації	Вивчення рівнів невротичності, спонтанної агресивності, депресивності, дратівливості, комунікабельності, відкритості, співвідношення екстраверсії-інтроверсії, емоційної лабільності	1-2 год.
	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника	Оцінка адаптаційних можливостей особистості	Визначення рівня адаптаційних здібностей особистості	1.5-2 год
	Багатофакторний метод дослідження особистості Л.Н. Собчик	Визначення всебічного портрета опитуваного	Дослідження мотиваційної спрямованості, самооцінки, стилю міжособистісної поведінки, типу реагування на стрес, захисних механізмів, когнітивного стилю, провідних потреб, адаптованість індивіда наявність психічних відхилень, вираженість лідерських рис, схильність до суїциду	1-1.5 год.
	Методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова, Е. Ейдмана	Дослідження вольової саморегуляції	Визначення рівнів наполегливості та володіння собою	0,5 год
	Опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова	Аналіз схильності до ризику для психологічного прогнозування процесів прийняття рішень у невизначеній ситуації.	Показники схильності до ризику учасників ООС та внутрішньопереміщених осіб	1.5-2 год.

В результаті проведеного дослідження апробовано діагностичні та корекційні методики, які дозволяють адекватно класифікувати ступінь порушень психофізичного розвитку та наявність симптомів посттравматичного стресового розладу постраждалих внутрішньо переміщених осіб з зони

ООС. Розроблена технологічна карта психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та постраждалих воїнів ООС, використання якої забезпечує перспективу ефективної корекційної та реабілітаційної роботи.

## **Висновки до частини 1**

Проведено аналіз зарубіжних та вітчизняних діагностичних методик для здійснення психолого-педагогічної діагностики учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС. Проаналізовано діагностичний інструментарій, який рекомендується «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги», затвердженим Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121, який слід застосовувати при діагностиці реакції на важкий стрес та розладів адаптації, посттравматичного стресового розладу.

На вибірці 184 особи, віком від 25 до 38 років проведено дослідження особливостей посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфер учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС. Встановлено, що компонент посттравматичного порушення емоційно-вольової сфери учасників ООС характеризується високим рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, значним рівнем невротизації, депресивністю, дратівливістю.

Визначено комплекс діагностичних методик, які дозволяють оптимізувати діагностику осіб, які пережили травми війни. Комплекс психодіагностичних методик апробовувався на вибірці учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС Львівського обласного госпіталю інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи та ресурсного центра для підтримки внутрішньо переміщених осіб та воїнів ООС ГО «Справа Кольпінга в Україні». На основі результатів дослідження розроблена технологічна карта психолого-медико-педагогічної діагностики ПТСР учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС, яка може успішно використовуватися для діагностики посттравматичного стресового розладу та накреслення індивідуального плану реабілітації.

## **Бібліографія**

1. Антонюк В.П., Проблеми економічної активності та зайнятості ВПО, шляхи та способи їх вирішення / В.П.Антонюк, Л.В. Щетініна // Ринок праці та зайнятість населена. – № 3(56). – 2018. – С. 5-13.
2. Багаторічна стратегія захисту та пошуку рішень із залученням багатьох партнерів. Україна, 2018. – 2022 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2018/06/Multi-Year-Multi-Partner-Protection-and-Solutions-Strategy-2017\\_2020\\_UKR.pdf](https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2018/06/Multi-Year-Multi-Partner-Protection-and-Solutions-Strategy-2017_2020_UKR.pdf)
3. Борис І.З., Подолання психологічних травм війни засобами арт-терапії / І.З. Борис, Л. О. Костюк, І. В. Сулятицький. – В кн. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь: ДонДУУ, 2018. – 322 с.
4. Бриндіков Ю.Л., Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. педагог. наук : 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Ю. Л. Бриндіков. – Т. : 2019. – 40с.
5. Васильєв В.В., Соціальна адаптація особистості до професійної діяльності / В.В. Васильєв // Вісник Дніпропетровського університету. – 2006. – Вип. 14. – С. 215-221.
6. Гайда І.М., Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.02.03 «Соціальна медицина» / І.М. Гайда. – У. : 2018. – 24 с.
7. Горбунова В.В., Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії / В. В. Горбунова // 36. статей. Ін-т соціальної та політичної психології. – К. : Міленіум, 2015. – С. 26-35.
8. Грись А.М., Практика роботи психологів із військоослужбовцями, що повернулися із зони АТО: досвід та перспективи / А.М. Грись, С.Д. Максименко. – Актуальні проблеми психології. – 2017. – Т.15 (11). – С. 102 –113.
9. Діяльність УВКБ ООН в Україні у сфері захисту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/%d0%b7%d0%b0%d1%85%d0%b8%d1%81%d1%82>
10. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення соціального захисту внутрішньо переміщених осіб» № 245 – VIII від 5 березня 2015 р. – Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 21, ст. 140.

11. Звіт національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо-переміщеними особами. Червень 2020 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ukraine.iom.int/sites/default/files/nms\\_round\\_17\\_ukr\\_web.pdf](http://ukraine.iom.int/sites/default/files/nms_round_17_ukr_web.pdf)
12. Зливков В.Л., Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
13. Інформаційний бюлетень кластеру захисту, вересень 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cutt.ly/kgBJVAY>
14. Кластер з питань захисту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.humanitarianresponse.info/operations/ukraine/protection>
15. Кластери з питань захисту та з питань житла УВКБ ООН в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/%D0%BA%D0%B%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8>
16. Кокун О.М., Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник/ О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук. – Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
17. Колісніченко О.С., Пархоменко О.О., Можливості прогнозування тяжкості гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців НГУ // Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XIV. – Част. 7 – К. : 2018. – С. 67.
18. Кудерміна О.І., Чинники здійснення психологічної допомоги та психологічної реабілітації учасників АТО в сучасних умовах // Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XVI. – Част. 8 – К. : 2018. – С. 54.
19. Лесков В.О., Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. Наук : 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В.О. Лесков. – Х. : 2008. – 22 с.
20. Литвиненко Л.І., Інтегративна модель у роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців / О.І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології. – Т. III: Консультативна психологія і психотерапія, 2018. — Випуск 14. – С. 77-98.
21. Музальов О., Теоретико-методичні засади професійної адаптації особистості у навчально-виховному процесі / О. Музальов // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2007. – № 6. – С. 130–139
22. Музичко Л.Т., Психокорекційна допомога молоді із посттравматичними порушеннями емоційно-вольового розвитку / Л. Т. Музичко// Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2016. – Вип. 32. – С. 246-251.

23. Музичко Л.Т., Подолання посттравматичного стресового розладу у військово-вслужбовців / Л.Т. Музичко // Актуальні питання корекційної освіти. – Кам'янець Подільський, ПП «Медобори – 2006», 2018. – Вип.10 – С. 289-299.
24. Ніколаєнко С.Л., Особливості психологічної допомоги учасникам бойових дій при посттравматичному стресовому розладі / С.Л. Ніколенко // Світогляд – Філософія – Релігія. Збірник наукових праць, 2014. – Випуск 7. – С. 51-61.
25. Островська К.О., Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в соціальному просторі / К.О.Островська // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка, 2018. – Випуск 40. – С. 295-306.
26. Офіційний сайт Закарпатського обласного центру зайнятості. Аналітична та статистична інформація Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zak.dcz.gov.ua/analitics/71>
27. Офіційний сайт Івано-Франківського обласного центру зайнятості. Аналітична та статистична інформація Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ifr.dcz.gov.ua/analitics/66>
28. Офіційний сайт Львівського обласного центру зайнятості. Аналітична та статистична інформація Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://lviv.dcz.gov.ua/analitics/65>
29. Офіційний сайт Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій / розділ «Внутрішньо-переміщені особи» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mtot.gov.ua/ua/vnutrishno-peremischeni-osobi-vpo>
30. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку здійснення заходів сприяння зайнятості, повернення коштів, спрямованих на фінансування таких заходів, у разі порушення гарантій зайнятості для внутрішньо переміщених осіб» від 8 вересня 2015 р. № 696.– [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/696-2015-%D0%BF#Text>
31. Посттравматичний стресовий розлад адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_121\\_PTSR/2016\\_121\\_AKN\\_PTSR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_AKN_PTSR.pdf)
32. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
33. Сидоренко О.Ю., Психологічна профілактика й нейтралізація дезадаптивних станів за допомогою ДПРО-терапії / О.Ю. Сидоренко // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2015. – Випуск 3-2. Том 2. – С. 223-226.
34. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та

- політичної психології ; [за наук. ред. Т.М. Титаренко]. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – 80 с.
35. Титаренко Т.М., Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації особистості, що постраждала від воєнної травматизації // Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XIV. – Част. 6 – К. : 2018. – С. 114.
36. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_972\\_GenDysfor/2016\\_972\\_YKPMDD\\_GenDysfor.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_972_GenDysfor/2016_972_YKPMDD_GenDysfor.pdf)
37. УВКБ ООН. Адвокація [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/en/advocacy>
38. Черговий міф Кремля зруйновано: як ставляться до внутрішньо переміщених осіб на Заході [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://news.24tv.ua/ru/chergoviy\\_miv\\_kremlya\\_zruynovano\\_yak\\_stavlyatsya\\_do\\_vnutrishno\\_peremishhenih\\_osib\\_na\\_zahodi\\_n1320131](https://news.24tv.ua/ru/chergoviy_miv_kremlya_zruynovano_yak_stavlyatsya_do_vnutrishno_peremishhenih_osib_na_zahodi_n1320131)
39. Чехович С.Б., Елементарний курс міграційного права України : Конспект лекцій : Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. — К. : МАУП, 2004. – 213 с.
40. Banerjee, A., et al., A Multifaceted Program Causing Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from Six Countries. *Science* 348 (6263), 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://science.sciencemag.org/content/348/6236/1260799>
41. Bartoszewski J., Psychoterapia możliwości: 12 kroków «praca ze sprawcą przemocy domowej» cz. I. – Wspólne tematy, 2016. – 192 p.
42. Bartoszewski J., Psychotherapy of possibilities: the basic components of the system theoretical and practical approach // *European Journal of Social and Human Sciences*. – 2015. – Vol (6), Is.2. – 75 p.
43. Berg I. K., Miller S.D., Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. – 2000, Łódź. – 150 p.
44. Berg I.K., Reuss N.H., Rozwiązania krok po kroku. – Łódź, 2013. – 150 p.
45. Berg I.K., Reuss N.H., Solutions Step by Step: A Substance Abuse Treatment Manual. – Norton, 1997 – 192 p.
46. Cloitre M., Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique // *CNS Spectrums*. – 2009. – Vol. 14, No 1. – P. 32-43.
47. Cluster Approach (IASC) UNHCR [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://emergency.unhcr.org/entry/61190/cluster-approach-iasc>
48. Commission on Human Rights, Forty-ninth session, Chapter 33, E/CN.4/1993/35, 21 January 1993. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.refworld.org/pdfid/45377b620.pdf>

49. Commission on Human Rights, Report of the Representative of the Secretary-General, Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to Commission resolution 1997/39, E/CN.4/1998/53/Add.2, 11 February 1998, UN. Addendum: Guiding Principles on Internal Displacement [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://goo.gl/GJU2Sz>
50. Definitions of «Critical Thinking». Critical Thinking of the Web [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.austhink.org/critical/pages/definitions/>
51. DiClemente C.C., Corno C.M., Graydon M.M., Wiprovnick A.E., Knoblach D.J., Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2017. – Vol. 31, Is. 8. – P. 862.
52. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J. et.al., Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study// *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. – 2010 – Vol. 38, No. 4. – P. 383-398.
53. Emergency handbook. UNHCR, 2020, 11 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://emergency.unhcr.org/>
54. Employment needs assessment and employability of internally displaced persons in Ukraine summary of survey findings and recommendations [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms\\_457535.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_457535.pdf)
55. Forcibly Displaced: Toward a Development Approach Supporting Refugees, the Internally Displaced, and Their Hosts. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/publication/supporting-refugees-and-internally-displaced-through-development>
56. Grzyb M., Autorski Program Terapeutyczny BSFT – krótkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniu // *Parzymiechy*. – 2010. – Vol. 1, No. 3. – P. 37-45.
57. Guidelines on Negotiations with Armed Groups, G. McHugh and M. Bessler, United Nations, January 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.who.int/hac/techguidance/hbp/HBP\\_Guidelines\\_on\\_Humanitarian\\_Negotiations\\_%20Jan2006.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/techguidance/hbp/HBP_Guidelines_on_Humanitarian_Negotiations_%20Jan2006.pdf?ua=1)
58. Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons, 2006, 533 pp. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/4c2355229.pdf>
59. Humanitarian Negotiations: A Handbook for Securing Access, Assistance and Protection for Civilians in Armed Conflict, M. Mancini-Griffoli and A. Picot, Centre for Humanitarian Dialogue, Geneva, October 2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.hdcentre.org/wp-content/uploads/2016/07/Humanitarian-Negotiationn-A-handbook-October-2004.pdf>
60. Inter-Agency Standing Committee (IASC) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc>

61. Jong P., Berg I.K., Rozmowy o rozwiązaniach: podręcznik dla trenerów, Wydawnictwo: Księgarnia Akademicka; Kraków, 2007. – 192 p.
62. Kienhuis J., Świtek T., Klient ekspertem. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce. Wydawnictwo: Kraków, 2007. – 200 p.
63. Kosman T., Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki społeczne*, 1/2013 / Kosman T. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-118f75d9-84af-407e-8f46-b256177ef2f1/c/Kwartalnik1\\_2013\\_1.pdf](http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-118f75d9-84af-407e-8f46-b256177ef2f1/c/Kwartalnik1_2013_1.pdf).
64. Leaving it Behind: How to Rescue People from Deep Poverty – and Why the Best Methods Work // *Economist*. 2015, December 12, 2015/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.economist.com/search?q=Leaving+it+Behind+%3A+How+to+Rescue+People+from+Deep+Poverty%E2%80%944and+Why+the+Best+Methods+Work>
65. Norcross J.C., Goldfried M.R., *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press, 2005. – Vol. 5, No. 4. – P. 174-186.
66. Ostrovska K., Discourse about decision making in crisis situation: Psychotherapy context // *Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne*. – 2017. – Vol. 3, No. 3. – P. 183-190.
67. *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*, D. Goleman, R. Boyatzis, and A. McKee, Harvard Business School Press, USA, 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.researchgate.net/publication/230854764\\_Primal\\_Leadership\\_Realizing\\_the\\_Power\\_of\\_Emotional\\_Intelligence](https://www.researchgate.net/publication/230854764_Primal_Leadership_Realizing_the_Power_of_Emotional_Intelligence)
68. Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press, 2018. – 128 p.
69. Resolution adopted by the general assembly [on the report of the Third Committee (A/53/620)] 53/125. Office of the United Nations High Commissioner for Refugees [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://undocs.org/en/A/RES/53/125>
70. Schumann H.E., Schumann W., *Das Konzept Integrativer Methodik*. Verlag Institut KIM. Hannover, 1995. – 250 p.
71. Shazer S. *Kiedy słowa były magią*. Wydawnictwo: CTK Solutions Now; Łódź, 2013. – 150 p.
72. Sharry J., Madden B., Darmody M., *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*. Wydawnictwo Galaktyka; Łódź, 2007. – 220 p.
73. Świdarska O., *Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*, 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=674>





## Informacje dla autorów

### 1. Zgłoszenie artykułu

Zgłoszenia artykułów prosimy dokonywać drogą elektroniczną na adres redakcji czasopisma: [ksse@konin.edu.pl](mailto:ksse@konin.edu.pl). Ich przesłanie do redakcji KSSE oznacza, że autor/autorzy akceptują warunki umowy, która jest dostępna na stronie: [http://ksse.pwsz.konin.edu.pl/wp-content/uploads/2014/10/Umowa\\_KSSE.pdf](http://ksse.pwsz.konin.edu.pl/wp-content/uploads/2014/10/Umowa_KSSE.pdf). Zgłoszenie artykułu jest potwierdzane przez redakcję w ciągu kilku dni.

### 2. Wstępna kwalifikacja oraz proces recenzji

Zgłoszenie jest rozpatrywane przez redakcję KSSE. O wynikach powiadamia się autora, a artykuł po wstępnej ocenie przesyła do recenzji z zachowaniem anonimowości. Dane autora są zakodowane, podobnie recenzenta („double-blind review proces”). W przypadku negatywnej recenzji, np. jednej z dwóch, redakcja powołuje trzeciego recenzenta i na tej podstawie decyduje o publikacji. Autor po otrzymaniu informacji o recenzjach oraz uwagach zobowiązany jest w ciągu 14 dni nanieść poprawki zgodnie z sugestiami recenzentów. W przypadku dwóch negatywnych recenzji artykuł jest odrzucany. Redakcja skrupulatnie przestrzega procedur „ghostwriting”, „guest authorship” (opracowanych na podstawie wytycznych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego).

### 3. Opracowanie artykułu

Tekst powinien obejmować określone części zgodnie z ogólnymi wymaganiami artykułów naukowych.

## 4. Normy edytorskie

### A. Artykuł powinien być napisany w edytorze tekstu Microsoft Word (format doc lub docx) z zachowaniem następujących reguł:

- format (rozmiar papieru) – A4,
- marginesy: lewy, prawy, dolny, górny – 2,5 cm,
- czcionka – Times New Roman 12 pkt,
- interlinia (odstęp między wierszami) – 1,5,
- akapit (wcięcie pierwszego wiersza) – 1 cm (bez odstępu między akapitami),
- tekst wyjustowany (bez dzielenia wyrazów),
- dopuszczalne wyróżnienia w tekście – kursywa i/lub pogrubienie (bez podkreślania),
- wypunktowanie – dopuszczalne znaki „•”, „–”,
- tytuł tabeli (nad tabelą) – Times New Roman 12 pkt, wyrównany do lewej:  
Tabela 1  
*Tytuł tabeli*
- tekst w tabeli – Times New Roman 10 pkt, wyjustowany (bez kolorów i cieniowania),
- styl tabeli – prosty (siatka),
- tytuł rysunku (pod rysunkiem) – Times New Roman 12 pkt, wyśrodkowany:  
*Rysunek 1. Opis rysunku.*
- elementy graficzne – czarno-białe,
- źródło (pod tabelą lub rysunkiem) – Times New Roman 10 pkt, wyśrodkowane,
- poszczególne elementy artykułu oddzielone pustym wierszem.

### B. Układ artykułu

**Imię i nazwisko autora/autorów** – wyrównane do lewej

**Nazwa jednostki (afiliacja)** – wyrównana do lewej

**Adres e-mail autora/autorów** – wyrównany do lewej

**Wstęp** – tekst wyjustowany

**Część główna z podziałem na sekcje** – tekst wyjustowany; tytuły sekcji ponumerowane i pogrubione

**Zakończenie** – tekst wyjustowany

**Bibliografia** – tylko pozycje przywołane w artykule; tekst wyjustowany

**Tytuł artykułu w języku angielskim** – pogrubiony, wielkimi literami, wyśrodkowany

**Streszczenie w języku angielskim (Abstract)** – od 500 do 1000 znaków (ze spacjaami); tekst wyjustowany

**Słowa kluczowe w języku angielskim (Key words)** – 4-6 słów (prostą czcionką), oddzielone od siebie średnikami

## C. Zasady przygotowania przypisów

Teksty powinny być napisane i sformatowane zgodnie z **regułami APA** (*American Psychological Association*). Ten styl cytowania jest czasem nazywany stylem autor-rok (tzw. przypisy harwardzkie) i polega na podawaniu źródeł w nawiasach znajdujących się bezpośrednio w tekście i zawierających nazwisko autora, rok wydania oraz ewentualnie stronę cytowanej publikacji.

Dla tekstów wydawanych w języku polskim – reguły APA są szczegółowo opisane w publikacji *Standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA* (Harasimczuk, Ciecuch, 2012), którą można pobrać ze strony Wydawnictwa PWSZ w Koninie ([http://www.pwsz.konin.edu.pl/userfiles/files/IN\\_PWSZ/Wydawnictwo/APA-PL.pdf](http://www.pwsz.konin.edu.pl/userfiles/files/IN_PWSZ/Wydawnictwo/APA-PL.pdf)) lub wydawcy (<http://liberilibri.pl>). Prosimy o dokładne zapoznanie się z tą publikacją i przestrzeganie wszystkich reguł. Użyto je m.in. w niżej podanych publikacjach (E. Przykłady pozycji bibliograficznych).

Jeśli chodzi o język angielski, styl APA jest opisany jeszcze bardziej szczegółowo w *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010), ale na potrzeby autorów i redaktorów w większości przypadków z pewnością wystarczą skrócone wersje opisu dostępne w sieci (np. <https://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/01/>).

W przypadku języka niemieckiego polecamy pozycję *Zusammenfassung der APA-Normen zur Gestaltung von Manuskripten* (2007), która znajduje się w sieci ([http://www.gillesdutilh.com/BAMaterials/Zusammenfassung\\_APA.pdf](http://www.gillesdutilh.com/BAMaterials/Zusammenfassung_APA.pdf)).

Można również skorzystać z książki Ciecucha (2013), napisanej w języku polskim, oraz artykułów w anglojęzycznym czasopiśmie *Studies in Second Language Learning and Teaching* (<http://pressto.amu.edu.pl/index.php/sslIt/index>). Publikacje te są bardzo dobrymi i bogatymi przykładami, w których użyto stylu APA.

Pracę należy dostarczyć redakcji KSSE w wersjach zapisanej na płycie CD.

**UWAGA:** Prosimy o przemyślane stosowanie wyróżnień i tabulatorów, nadużywanie ich bardzo utrudnia pracę nad tekstem.

**UWAGA:** Jeżeli materiał ilustracyjny pierwotnie przygotowany w wersji barwnej (mapy, wykresy, schematy itp.) ma być zamieszczony w pracy jako czarno-biały, powinien być tak przygotowany przez autora, żeby był wystarczająco czytelny w druku czarno-białym (w dobrej rozdzielczości).

## Bibliografia

*APA-Style (6th) Kurz-Manual*. (2015). Pobrane z: <http://www.scm.nomos.de/fileadmin/scm/doc/APA-6.pdf>

Harasimczuk, J., Ciecuch J. (2012). *Standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA*. Warszawa: Liberi Libri.

*Publication manual of the American Psychological Association* (wyd. 6). (2010). Washington, DC: American Psychological Association.

*Zusammenfassung der APA-Normen zur Gestaltung von Manuskripten*. (2007). Basel: Institut für Psychologie, Universität Basel. Pobrane z: [http://www.gillesdutilh.com/BAMaterials/Zusammenfassung\\_APA.pdf](http://www.gillesdutilh.com/BAMaterials/Zusammenfassung_APA.pdf)

### E. Przykłady pozycji bibliograficznych

Bibliografia powinna zawierać jedynie te pozycje, na które autor powołuje się w tekście.

*Cambridge declaration on consciousness*. (2012). Pobrane z: <http://fcmconference.org/img/CambridgeDeclarationOnConsciousness.pdf>

Cenoz, J., Genesee, F., Gorter, D. (2014). Critical analysis of CLIL: Taking stock and looking forward. *Applied Linguistics*, 35, 243-262.

Cenoz, J., Jessner, U. (2009). The study of multilingualism in educational contexts. W: L. Aronin, B. Hufeisen (red.), *The exploration of multilingualism* (s. 121-138). Clevedon: Multilingual Matters.

Ciecuch, J. (2013). *Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości*. Warszawa: Liberi Libri.

Corbett, G. G. (2000). *Number*. Cambridge: Cambridge University Press.

DeKeyser, R. M. (2000). The robustness of critical period effects in second language acquisition. *Studies in Second Language Acquisition*, 22(4), 499-533. Pobrane z: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=67466&jid=SLA&volumeld=22&issuelid=04&aid=67465>

Dörnyei, Z., Ushioda, E. (red.). (2009). *Motivation, language identity and the L2 self*. Bristol: Multilingual Matters.

Leech, G. (1983). *Principles of pragmatics*. London: Longman.

Mańczak-Wohlfeld, E. (1995). *Tendencje rozwojowe współczesnych zapożyczeń angielskich w języku polskim*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

Marian, V., Shook, A. (2012, October 31). The cognitive benefits of being bilingual. *Cerebrum*. Pobrane z: <http://dana.org/news/cerebrum/detail.aspx?id=39638>