

УДК 159.922.76-056.26

Номер держ. реєстрації: 0119U001977

Інвентарний №

Міністерство освіти і науки України
Львівський національний університет імені Івана Франка
ЛНУ ім. Івана Франка
79000 м. Львів, вул. Університетська, 1; тел. (032) 255-41-00
факс (032) 261-69-03, research.development@lnu.edu.ua

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор
чл.-кор. НАН України, проф.

 В.П.Мельник

2020 р.



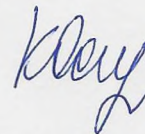
ЗВІТ

ПРО НАУКОВО-ТЕХНІЧНУ РОБОТУ
за договором ДЗ/74 - 2019 від 03.09.2019 р.

**“РОЗРОБЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА
ПРОФЕСІЙНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ УЧАСНИКІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ’ЄДНАНИХ СИЛ ТА
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ”**

(остаточний)

Керівник НТР
д-р психол. наук, професор



К.Островська

Рукопис закінчено 11 грудня 2020 р.

Результати роботи розглянуто Науково-технічною радою Львівського національного університету імені Івана Франка, протокол від 14 грудня 2020 р. № 7

СПИСОК АВТОРІВ

Керівник НДР,
професор кафедри,
д-р психол. наук

К.О.Островська
(реферат, розд. 2.3, висновки)

Інші виконавці:

доцент кафедри
канд. психол. наук

І.В. Сулятицький
(вступ, розд. 1.4)

професор кафедри,
д-р техн. наук

І.П. Островський
(розд. 1)

доцент кафедри,
канд. економ. наук

Ю.Є. Ковний
(розд. 3.2)

доцент кафедри,
канд. психол. наук

Х.Я. Сайко
(розд. 1.2, 1.3)

доцент кафедри,
канд. психол. наук

Л.Б. Сікорська
(розд. 1.1)

доцент кафедри,
канд. психол. наук

Б.В. Андрейко
(розд. 2.3)

доцент кафедри,
канд. психол. наук

Л.Т. Музичко
(розд. 2.1, 2.2)

асистент кафедри

Р.А. Призванська
(розд. 3.1.)

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 196 с., 63 рис., 16 табл., 80 джерел.

ДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТА, УЧАСНИКИ ООС ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ З ЗОНИ ООС

Об'єкт дослідження – психолого-педагогічні характеристики учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС.

Мета роботи – розроблення технологій психотерапії, реабілітації та професійної орієнтації для надання фахової підтримки внутрішньо переміщеним особам та учасникам операції Об'єднаних сил з використанням методів системної психотерапії та менеджменту.

Метод дослідження – діагностичні методики визначення основних психофізичних параметрів учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС.

Проведено аналіз зарубіжних та вітчизняних діагностичних методик для здійснення психолого-педагогічної діагностики учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС, зокрема визначення ознак ПТСР, характеристик їх інтелектуальної та емоційно-вольової сфери. Визначено комплекс діагностичних методик, які дозволяють оптимізувати діагностику осіб, які пережили травми війни. На основі результатів дослідження розроблено технологічну карту психолого-педагогічної діагностики ПТСР внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС, технологічну карту ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС та програму ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. РОЗРОБЛЕННЯ МЕТОДІВ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ЗОНИ ООС.....	9
1.1. Аналіз діагностичного інструментарію для виявлення психологічних особливостей.....	9
1.1.1. Організація дослідження та психодіагностичні методики вивчення посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС.....	9
1.1.2. Психодіагностичні методики для визначення ознак ПТСР	11
1.1.3. Дослідження посттравматичних порушень інтелектуальної сфери учасників ООС.....	14
1.1.4. Дослідження посттравматичних порушень емоційно-вольової сфери учасників ООС.....	14
1.2. Психологічна діагностика посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери учасників ООС.....	24
1.2.1. Психологічні особливості посттравматичних порушень учасників ООС.....	25
1.2.2. Визначення компонентів посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери	35
1.2.3. Факторні навантаження для досліджуваної групи	55
1.3. Психологічна діагностика посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб.....	60

1.4. Наукові основи розроблення технологічної карти психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та постраждалих воїнів ООС.....	71
1.4.1. Рекомендації щодо вибору діагностичних методик дослідження посттравматичного стресового розладу.....	71
1.4.2. Технологічна карта психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та постраждалих воїнів ООС.....	76
Висновки до розділу 1	80
РОЗДІЛ 2. РОЗРОБЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА УЧАСНИКІВ ООС.....	81
2.1. Аналіз технологій психотерапії осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу.....	81
2.1.1.Психотерапевтична робота з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС з використанням короткотермінової терапії сконцентрованої на розв’язанні.....	81
2.1.2.Концепція психотерапії можливостей.....	89
2.1.3.Узгоджена інтегративна методологія лікування травми згідно концепції інтегративної методології (KIM).....	92
2.2. Наукові основи розроблення технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС.....	100
2.2.1.Основи соціально-психологічної реабілітації.....	100
2.2.2.Програма відновлення життєвих сил учасників ООС.....	102
2.2.3.Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації	107
2.2.4.Розроблення технологічної карти ефективної психотерапевтичної ..	109
2.3. Апробація технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС.....	114
Висновки до розділу 2.....	130

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМ ЕФЕКТИВНОГО САМОМЕНЕДЖМЕНТУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА УЧАСНИКІВ ООС ДЛЯ ЇХ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ В НОВИХ УМОВАХ ПРОЖИВАННЯ.....	131
3.1.Дослідження особливостей підтримки внутрішньо-переміщених осіб з метою підвищення ефективності їх самореалізації в нових умовах проживання.....	131
3.1.1.Внутрішньо переміщені особи у сучасному світі.....	133
3.1.2.Кластерний підхід та роль УВКБ ООН та громадянського суспільства для підтримки та самореалізації ВПО.....	138
3.1.3.Особливості підтримки внутрішньо переміщених осіб шляхом їх особистого розвитку з акцентом на професійну адаптацію та працевлаштування	143
3.1.4.Специфіка ставлення та необхідні навички (attitudes and skills) при роботі з ВПО з метою набуття ними компетентностей ефективного само-менеджменту.....	151
3.2.Аналіз реалізації програм ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб в Україні. Практики застосування.....	159
3.2.1.Аналіз результатів реалізації кластерного підходу УВКБ ООН у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях у 2020 р.....	159
3.2.2.Проблеми економічної активності ВПО та оцінка результатів профорієнтаційних заходів щодо цих осіб в межах співпраці з центрами зайнятості.....	166
3.2.3. Розроблення та апробація програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання.	171
Висновки до розділу 3.....	182
ВИСНОВКИ.....	185
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ.....	188

Вступ

Складні соціально-політичні події, що відбуваються в Україні у зв'язку з війною, позначаються на життєдіяльності великої кількості населення країни. Бійці, які повертаюся із зони бойових дій, потребують допомоги. Практика організації психологічної допомоги учасникам ООС в Україні показала, що лише особи, які отримали поранення і перебувають у військових госпіталях, отримують систематичну психологічну допомогу. Натомість переважна більшість решти учасників бойових дій від такої допомоги відмовляються. Більшість з них не усвідомлюють і не можуть адекватно оцінити свого психологічного стану та його наслідків для подальшої професійної діяльності в мирних умовах.

У значної частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в збройному конфлікті, спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів [16]. Для подолання психологічних травм війни використовуються різні методи, зокрема засоби арт-терапії [8]. Однак, аналіз ефективності методів терапії осіб, які пережили психотравму [46, 52, 66], показав, що усі нетравмофокусовані втручання мають меншу ефективність, ніж ті, які були спеціально розроблені та безпосередньо сфокусовані на роботі із симптоматикою ПТСР [7]. Ефективність роботи з ПТСР військовослужбовців показана у роботах [22-25]. Тим не менше залишається невирішеним завдання діагностики психологічного стану усіх бійців, які повернулися з зони ООС, розробки програми їх стресостійкості та повернення до нормального життя. Це обумовило необхідність проведення досліджень соціальної адаптованості та визначення засобів стресостійкості учасників ООС.

Важливу роль у розвитку постстресових порушень серед учасників бойових дій відіграють відносини між ними, з одного боку, і державою і суспільством, з іншого [74]. Як відомо, найважливіша умова запобігання розвитку посттравматичної симптоматики – це збереження або швидке відновлення і гармонізація моральної сфери, а цьому значною мірою сприяє ставлення до них

оточуючих їх людей і офіційна політика держави. Проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців, що повернулися із зони ООС, присвячені не лише монографії (Л. А. Кириєнко, С. В. Кушнар'єв, В. О. Криволапчук), та публікації останніх років, зокрема [8], у якій накреслені окремі орієнтири для психологів у роботі з військовими, які включають як напрямки роботи психолога: просвітницьку, психодіагностичну, корекційну, так і конкретні методи та техніки роботи у різних модальностях психотерапії.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що потенціал подолання стресогенних подій відбивається у виборі успішних або неуспішних пристосувальних стратегій поведінки, а рівень розвитку і репертуар адаптаційних механізмів мають величезне значення як для соціально-психологічного функціонування людини, так і для збереження психічного благополуччя. Однак, на сьогодні соціально-адаптаційні механізми учасників бойових дій вивчені недостатньо і, відповідно, мало використовуються на практиці, що зумовлює прояви асоціальної поведінки, агресію, суїцид.

Метою досліджень є розроблення технологій психотерапії, реабілітації та професійної орієнтації для надання фахової підтримки внутрішньо переміщеним особам та учасникам операції Об'єднаних сил з використанням методів системної психотерапії та менеджменту.

РОЗДІЛ 1. РОЗРОБЛЕННЯ МЕТОДІВ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ЗОНИ ООС ТА УЧАСНИКІВ ООС

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, маскулінність, 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* увійшов 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 підібрана у відповідності з критеріями валідності й надійності, які визначалися в попередніх роботах дослідників і були підтверджені в цьому дослідженні.

1.1.2. Психодіагностичні методики для визначення ознак ПТСР

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.

1.1.3. 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.

1.1.4. 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, мріань; 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, наявності небезпеки, монотонності 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 - "вірнo", і, навпаки, якщо це з Вами було, то відповідь "невірнo"). 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 невірне в інших, то зупиніться на тій відповіді, 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:

1. Шкала іпохондрії (HS) - визначає «близькість» обстежуваного до астено-невротичного типу особистості;
2. Шкала депресії (D) - призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту (гіпотимічних тип особистості);
3. Шкала істерії (Hy) - розроблена для виявлення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсійного типу (використання симптомів фізичного захворювання як засіб вирішення складних ситуацій);
4. Шкала психопатії (Pd) - спрямована на діагностику соціопатических типу особистості;
5. Шкала маскулінності - фемінності (Mf) - призначена для вимірювання ступеня ідентифікації обстежуваного з роллю чоловіка або жінки, що пропонується суспільством;
6. Шкала параної (Pa) - дозволяє судити про наявність «надцінних» ідей, підозрілості (паранойяльний тип особистості);

7. Шкала психастенії (Pt) - встановлюється подібність обстежуваного з хворими, що страждають фобіями, нав'язливими діями і думками (тривожно-недовірливий тип особистості);
8. Шкала шизофренії (Sc) - спрямована на діагностику шизоидного (аутичної) типу особистості;
9. Шкала гіпоманії (Ma) - визначається ступінь «близькості» обстежуваного гіпертимному типу особистості;
10. 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 аггравации 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 "сірі" бали за кожною шкалою, використовуючи відповідні "ключі". Отримані числа записуються в реєстраційний бланк у графі "сірих" балів у стовпчиках, що відповідають оброблюваним шкалам. Далі одержані "сірі" 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, підвищення конфліктності. 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), багатofакторний метод дослідження особистості Л.Н. Собчик, методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова та Е. Ейдмана, опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

1.2. 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.

1.2.1. 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.

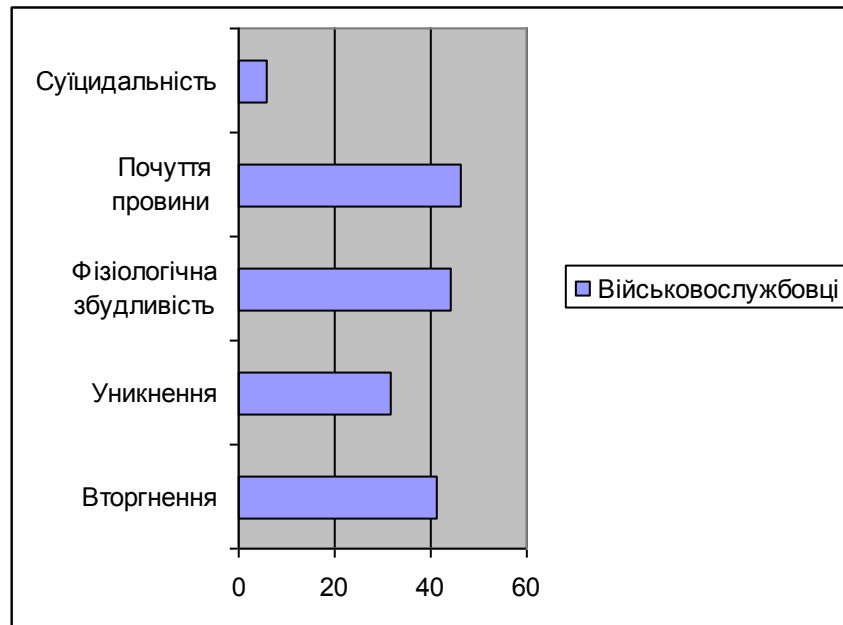


Рис. 1.1. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу»

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.

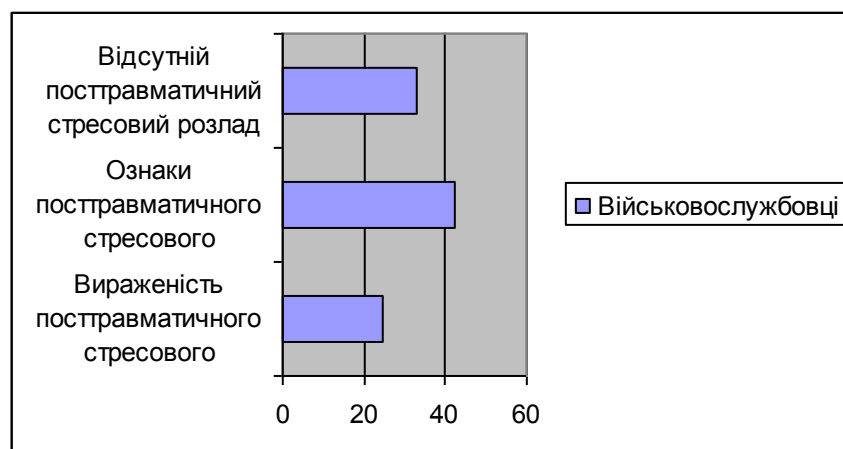


Рис. 1.2. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу»

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 вміння 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.

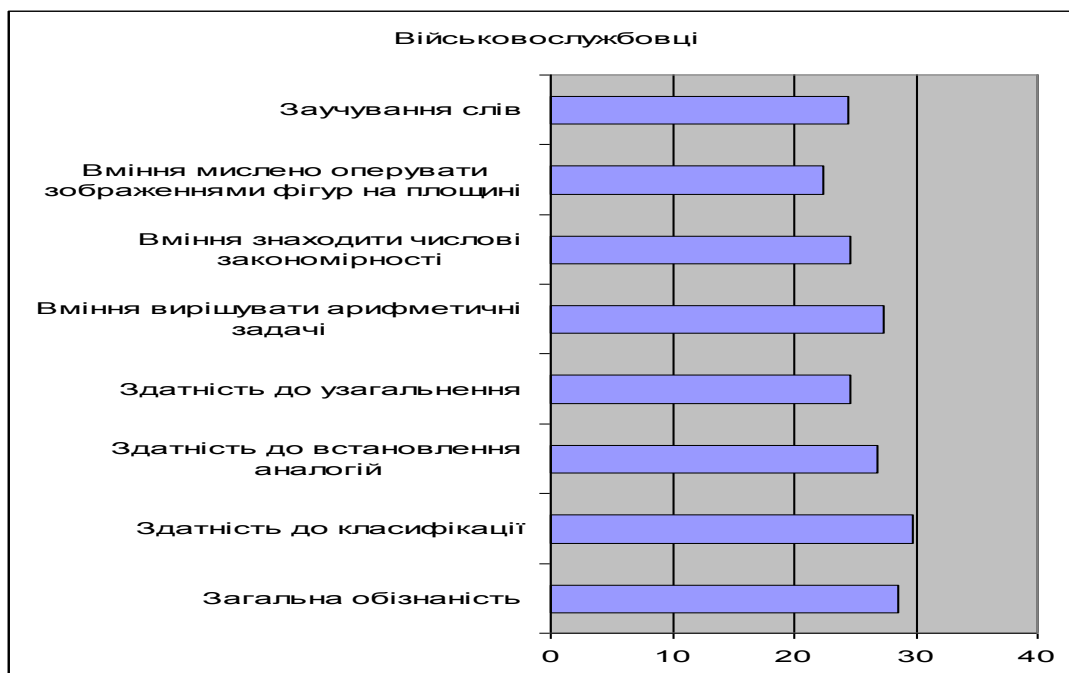


Рис. 1.3. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за тестом структури інтелекту Амтхауера

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.

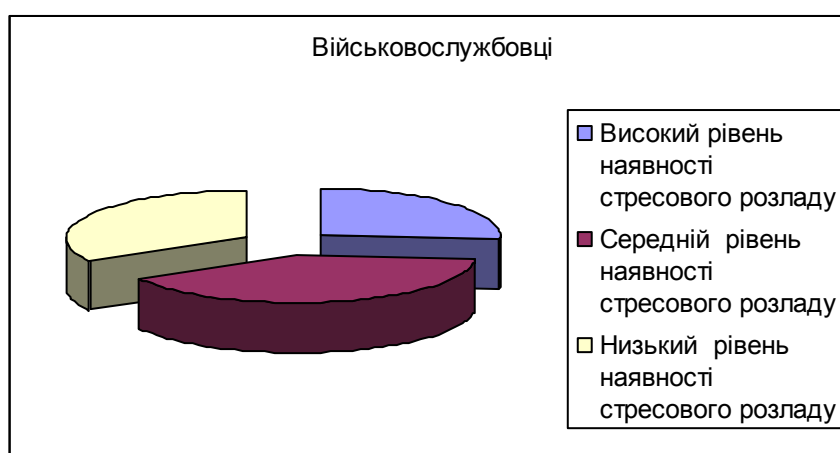


Рис. 1.4. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу)

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.

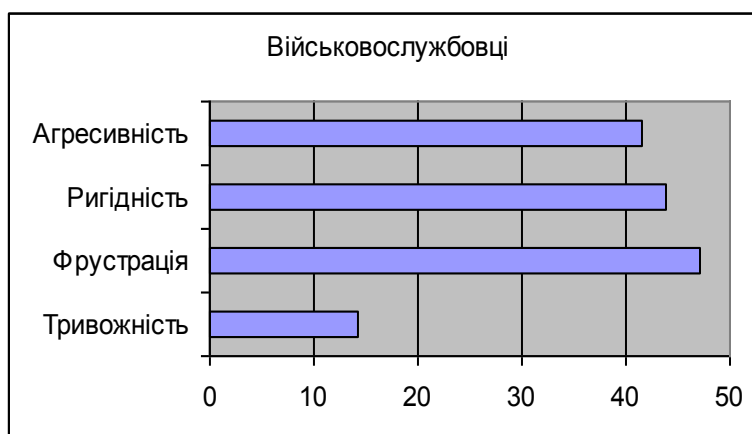


Рис. 1.5. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка

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.

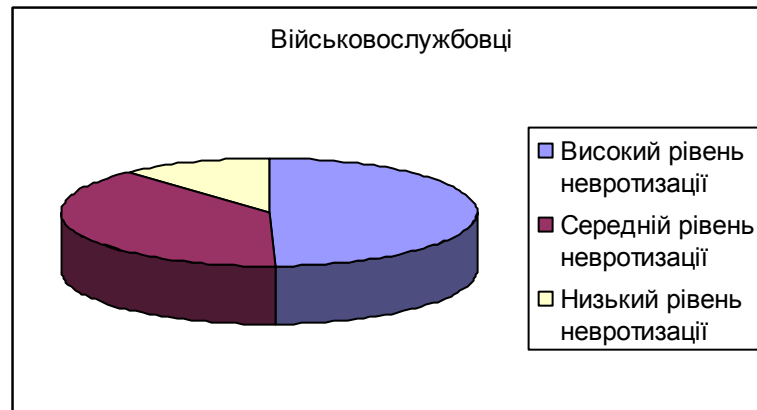


Рис. 1.6. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана

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 відчують 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.

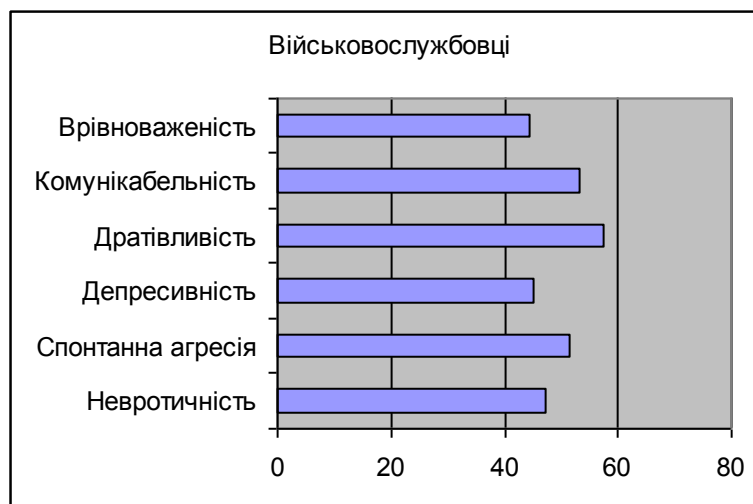


Рис. 1.7. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за опитувальником FPI

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 маскулінності, 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.

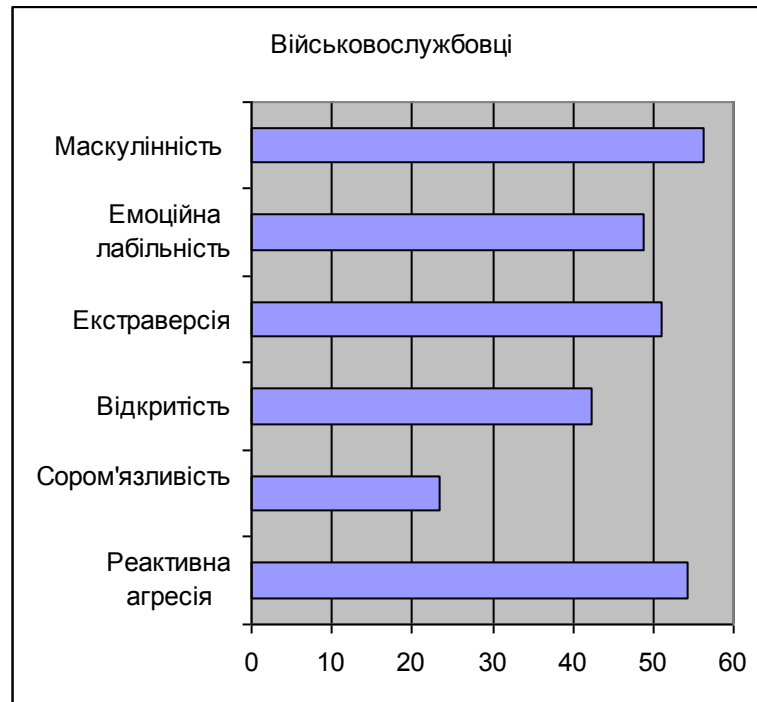


Рис. 1.8. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за опитувальником FPI

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.

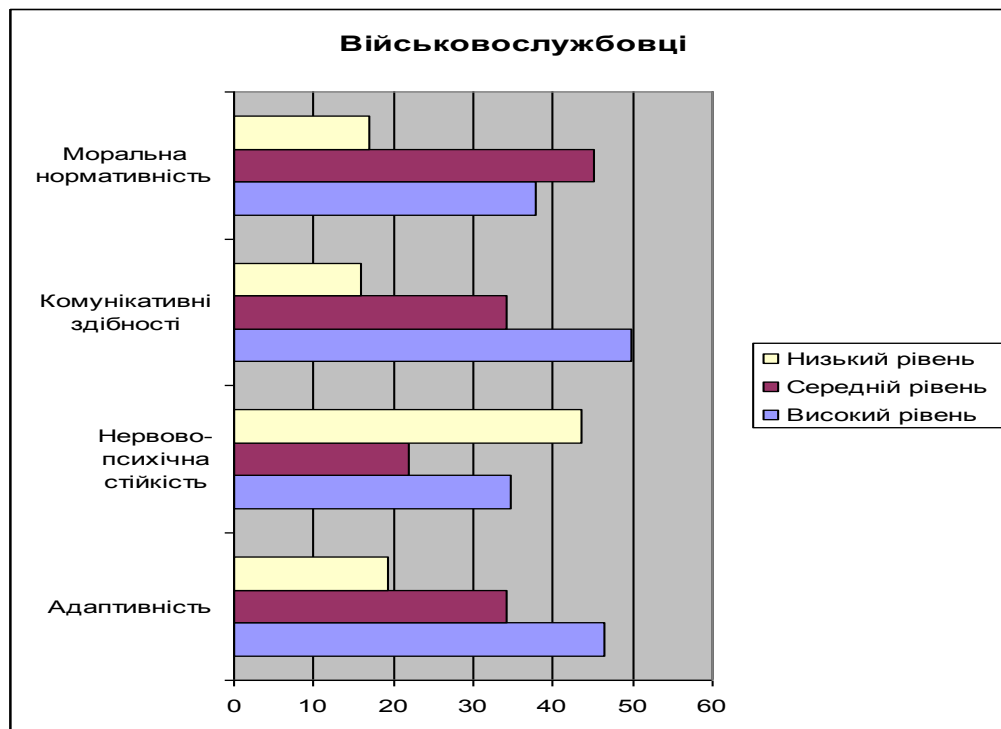


Рис. 1.9. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника

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.

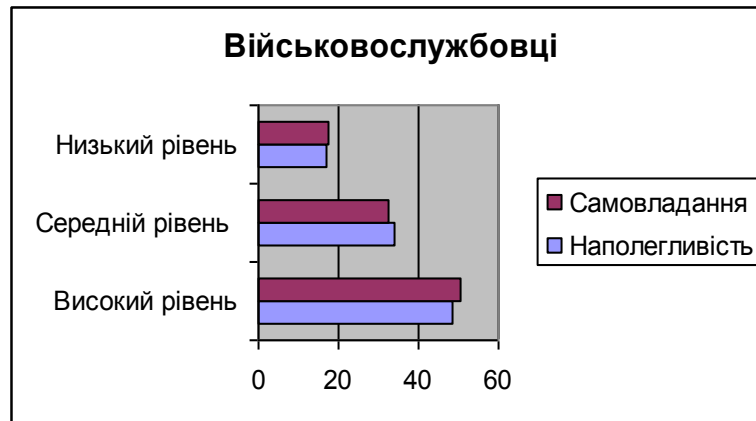


Рис. 1.10. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за методикою дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова Е. Ейдмана

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.

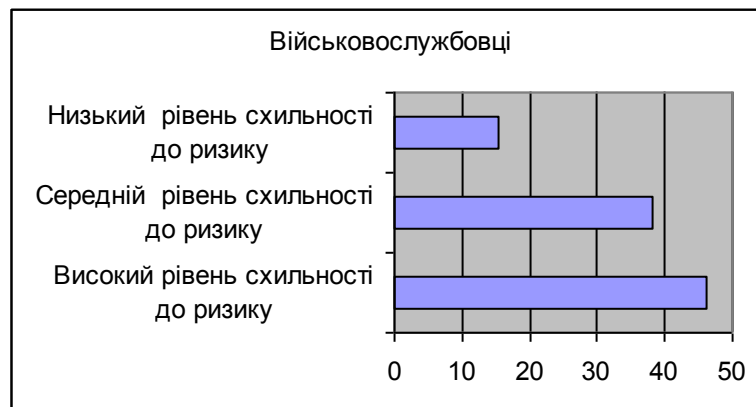


Рис. 1.11. Результати відсоткового аналізу учасників ООС за опитувальником дослідження схильності до ризику О. Шмельова

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.

1.2.2. 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 агресивності ($r=0,46$) 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.

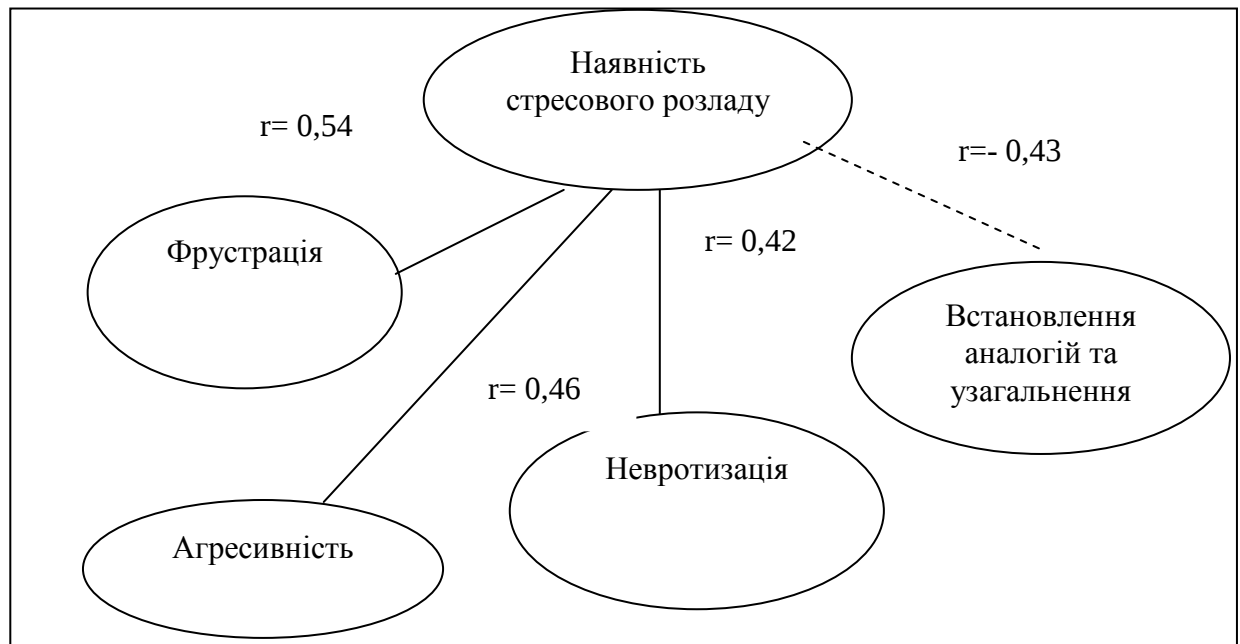


Рис. 1.12. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із фрустрацією, агресивністю, невротизацією та встановленням аналогій та узагальненням

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 військовослужбовців. Встановлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та адаптивності ($r=-0,52$) 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.

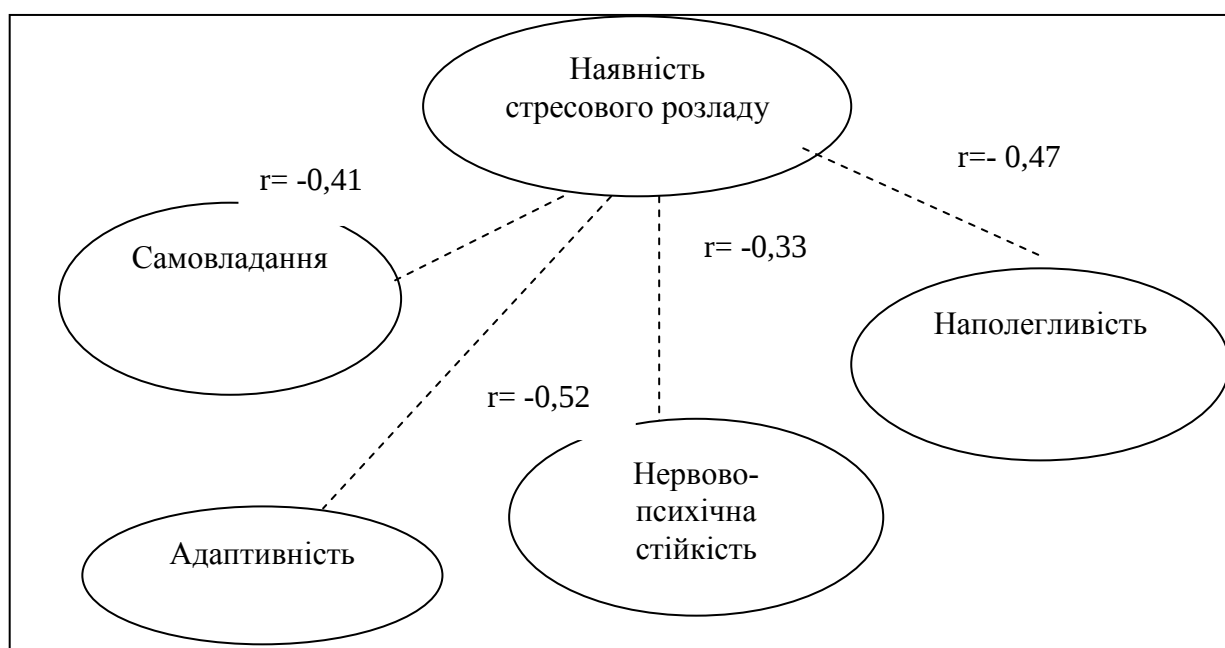


Рис. 1.13. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із самовладанням, адаптивністю, нервово-психічною стійкістю та наполегливістю

Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельність та відкритість ($r=0,46$) 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 комунікабельність та адаптивність ($r=0,50$) 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 комунікабельність та моральна нормативність ($r=0,34$) 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.

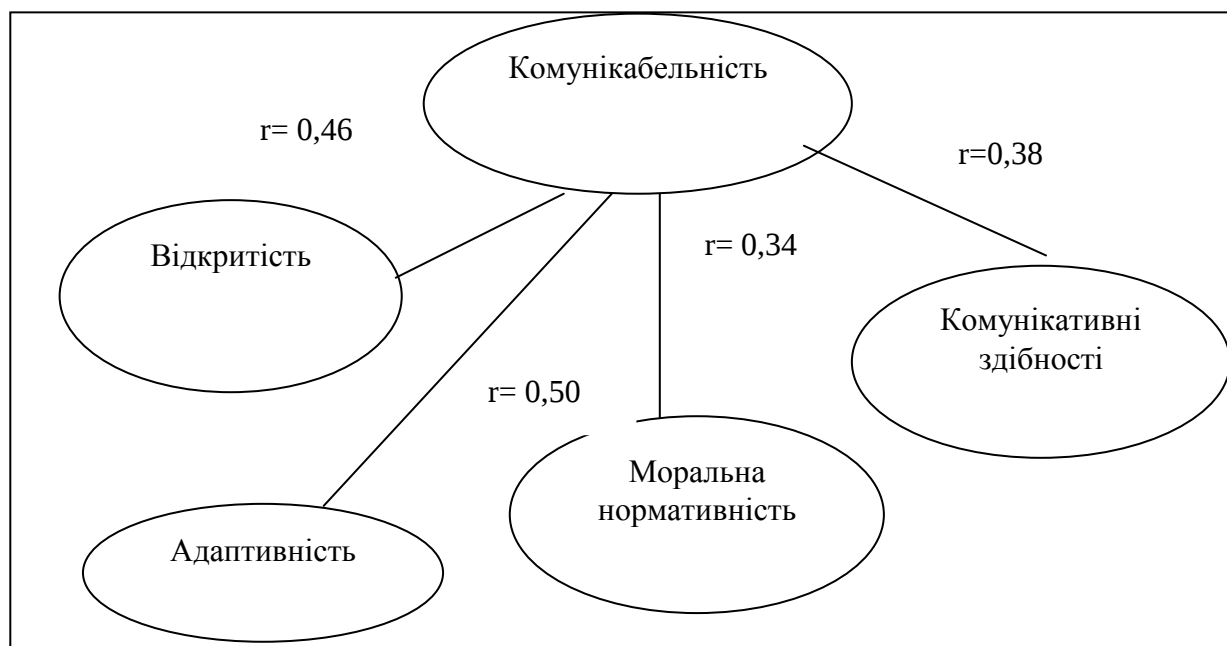


Рис. 1.14. Взаємозв'язок комунікабельності військовослужбовців із відкритістю, адаптивністю, моральною нормативністю та комунікативними здібностями

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.

.

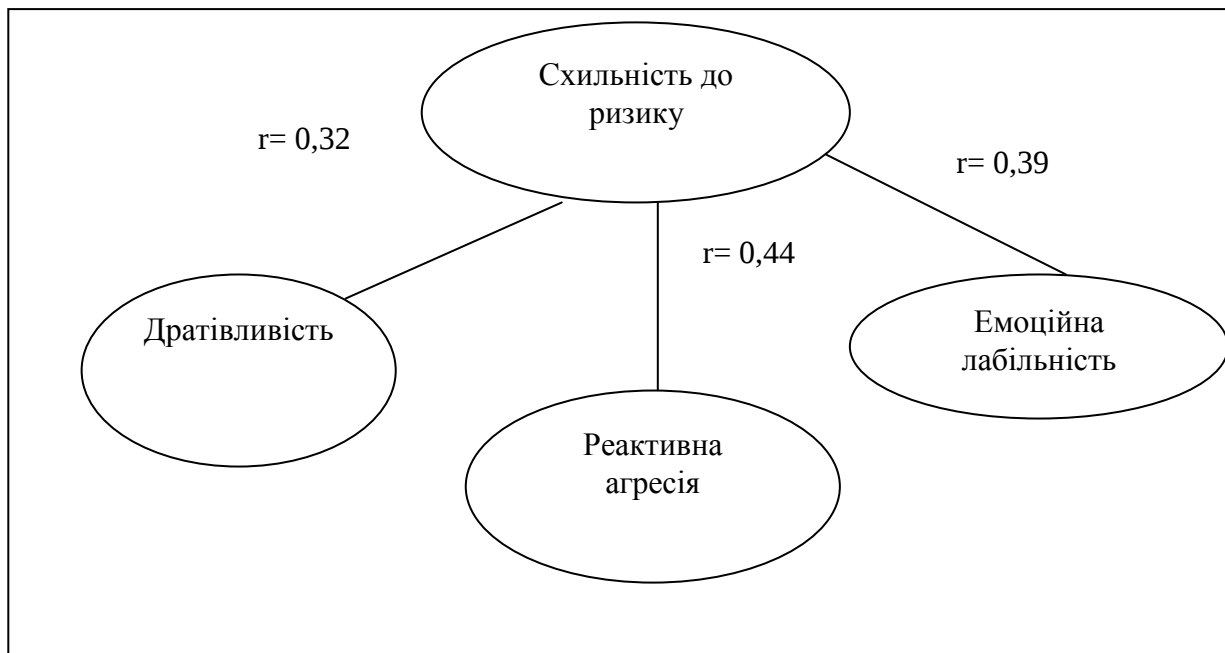


Рис.1.15. Взаємозв'язок схильності до ризику військовослужбовців із дратівливістю, реактивною агресією та емоційною лабільністю

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

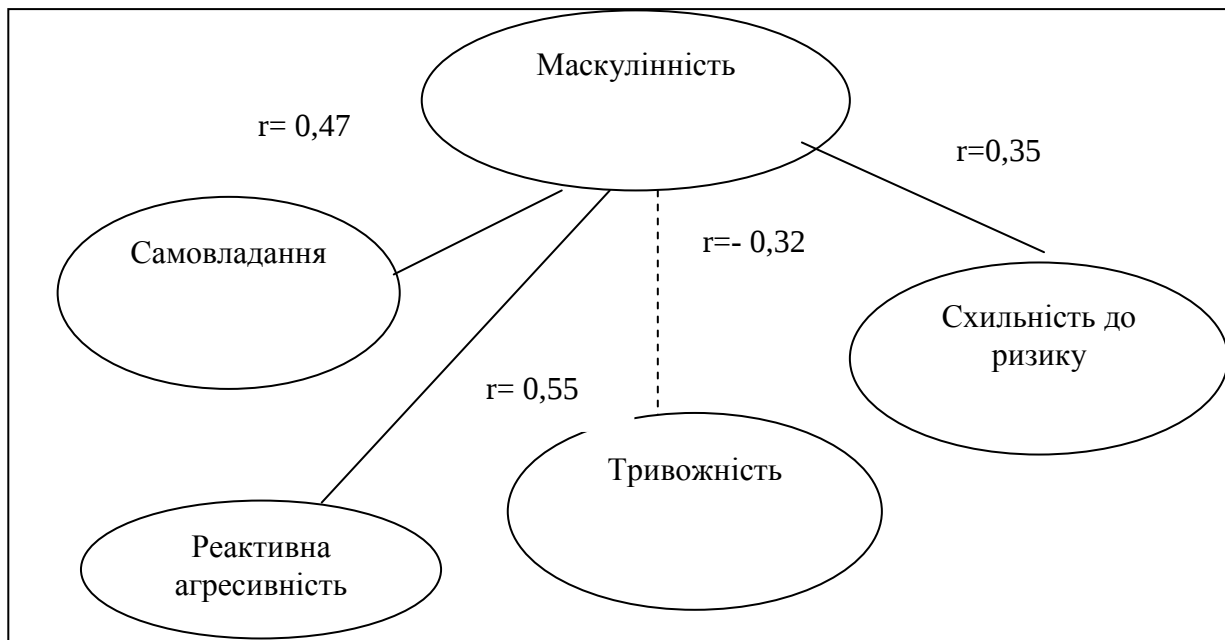


Рис. 1.16. Взаємозв'язок маскулінності військовослужбовців із самовладанням, реактивною агресією, тривожністю та схильністю до ризику

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.

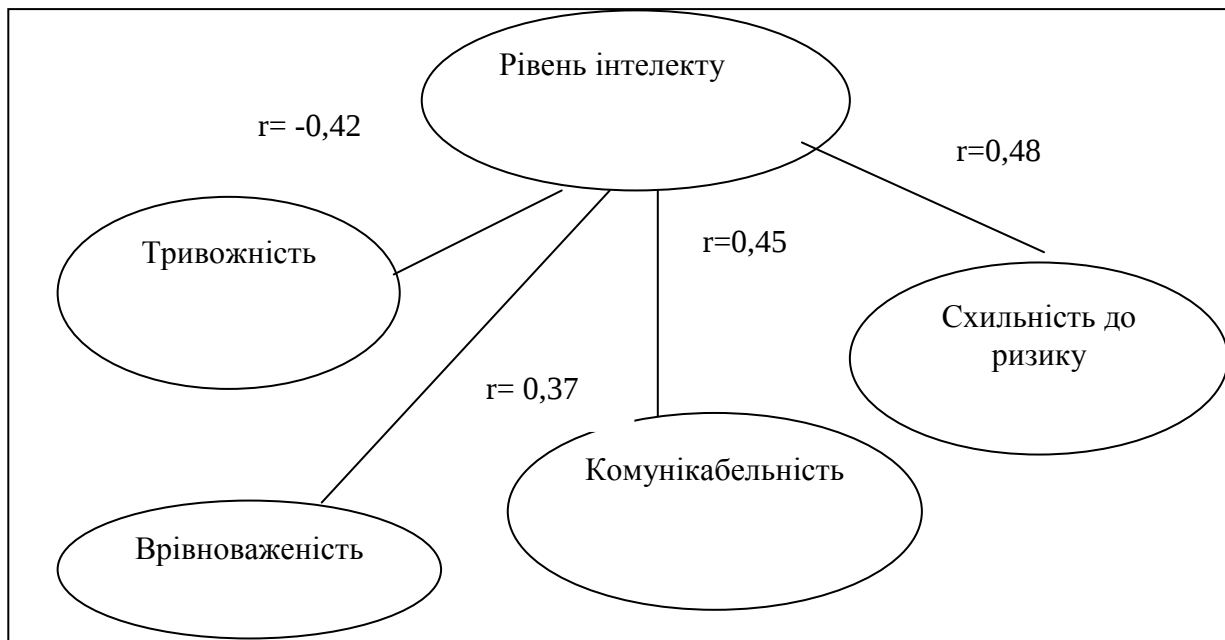


Рис. 1.17. Взаємозв'язок рівня інтелекту у військовослужбовців із тривожністю, врівноваженістю, комунікабельністю та схильністю до ризику

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.

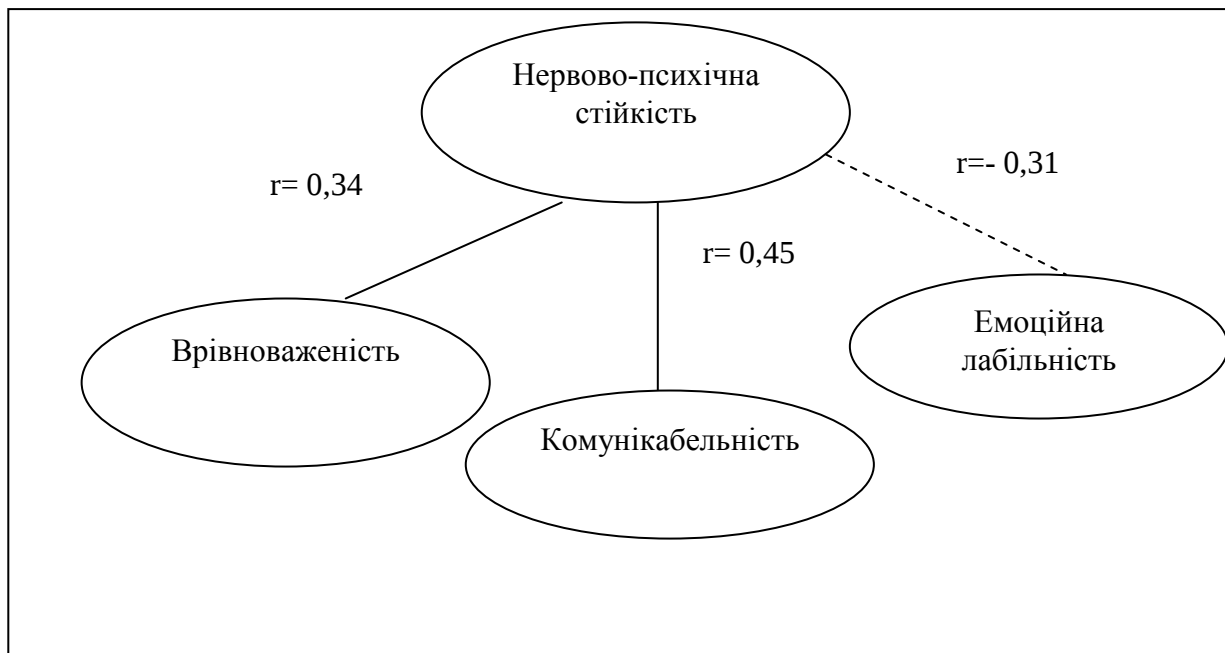


Рис. 1.18. Взаємозв'язок нервово-психічної стійкості у військовослужбовців із врівноваженістю, комунікабельністю та емоційною лабільністю

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, дратівливістю, 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 довільного 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.

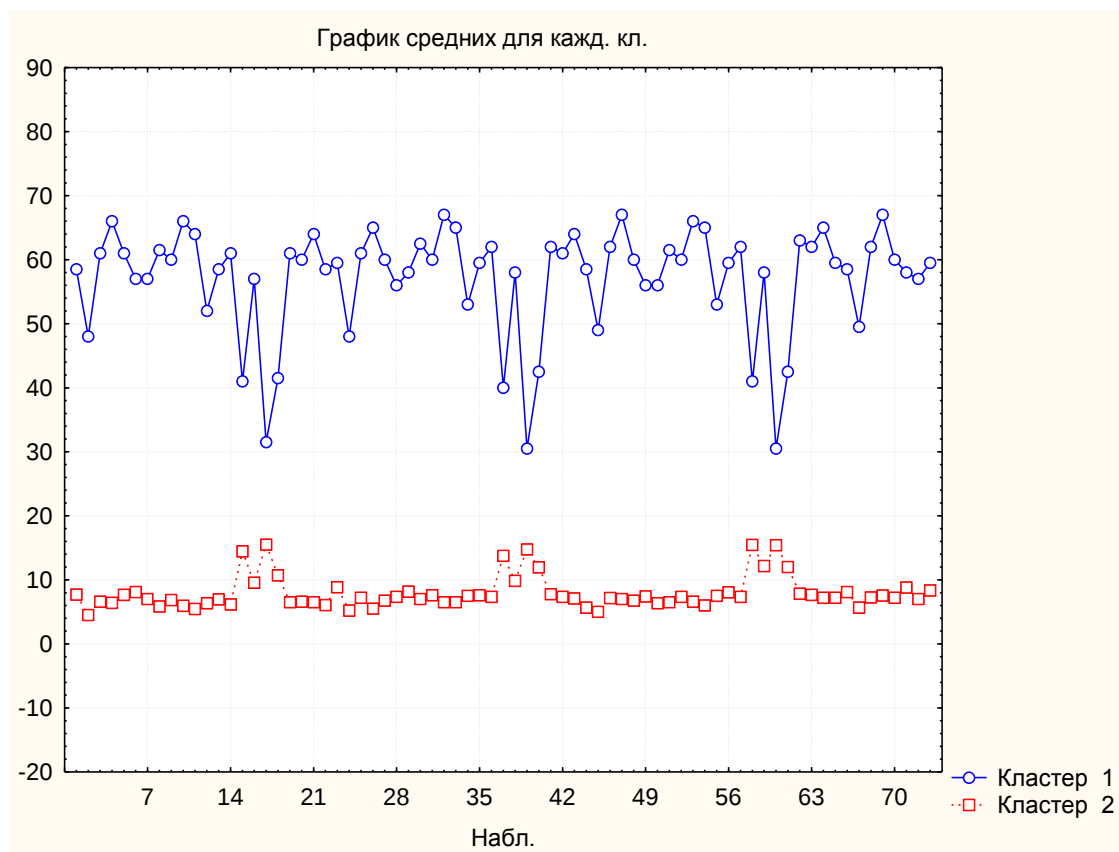


Рис. 1.19. Графік середніх значень для кожного кластера.

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 маскулінні риси, агресивність, дратівливість та вміння успішно адаптовуватись до нових обставин, відкритість у спілкуванні з

оточуючими та комунікабельність.

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), 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 низький рівень невротичності, адаптивності, відкритості та комунікабельності та високий рівень маскулінності, агресивності, дратівливості. Військовослужбовці цієї групи оволодівають своїми емоціями в складних ситуаціях, вони закриті у комунікативних зв'язках з іншими, у них переважають маскулінні 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 маскулінності ($Z=2,51$, $p\leq 0,05$). 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.

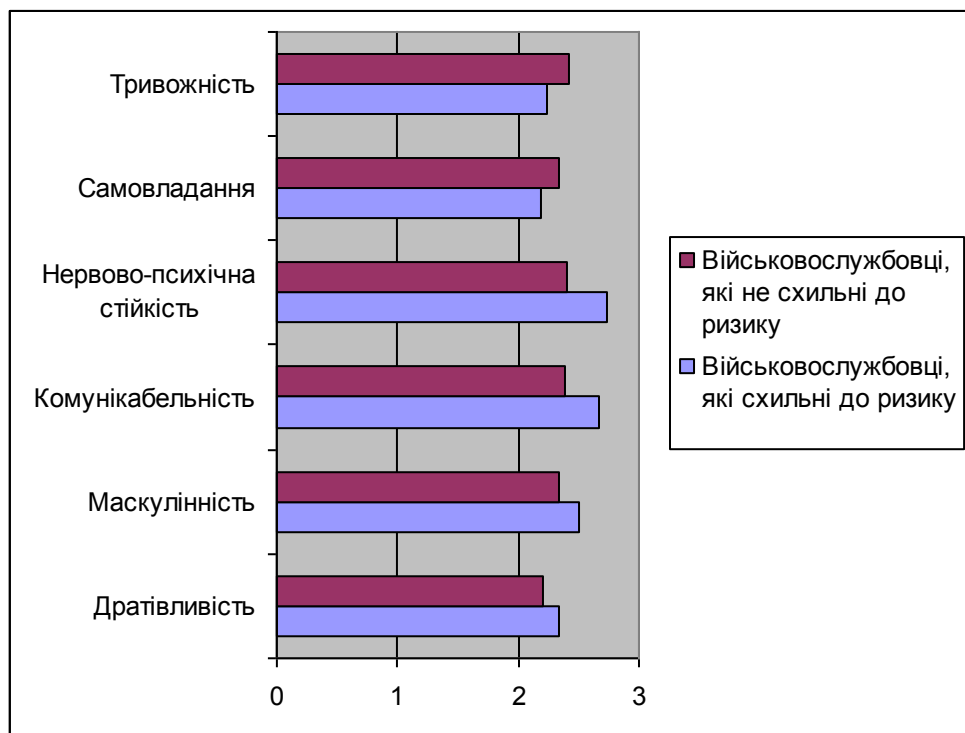


Рис. 1.20. Особливості військовослужбовців з різним рівнем схильності до ризику

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 компоненту 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 компоненту 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 компоненту представлені у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2.

Кількісні показники за інтелектуальним компонентом

<i>Арифметика</i>	<i>Числові закономірності</i>	<i>Фігури на площині</i>	<i>Об'ємні фігури</i>	<i>Обсяг пам'яті</i>	<i>Рівень</i>
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

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

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

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

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 компонента представлені у таблиці 1.5.

Таблиця 1.5.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

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

Дані таблиці 1.5. свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компонента 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 компонента представлені у таблиці 1.6.

Таблиця 1.6.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

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

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 компонента представлені у таблиці 1.7.

Таблиця 1.7.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

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

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, 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 прагнення 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, вибіркоким особистісним адаптивним потенціалом, не сформованим самовладанням та наполегливістю.

Низький рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу представлений індіферентною 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 (%)

<i>Військовослужбовці</i>		
<i>Рівні</i>	<i>Інтелектуальний компонент</i>	<i>Емоційно-вольовий компонент</i>
I високий	35,5	26,1
Псередній	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
<i>Інтелектуальний компонент</i>	Загальна обізнаність Класифікація понять Встановлення аналогій Узагальнення Вміння знаходити числові закономірності Мислення оперування образами Обсяг пам'яті	8,265
<i>Емоційно-вольовий компонент</i>	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.

1.2.3.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, маскулінністю, 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

ризик (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 прагнення 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, вибіркоким особистісним адаптивним потенціалом, не сформованим самовладанням та наполегливістю.

Низький рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу представлений індіферентною 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.

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.

1.3. 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.

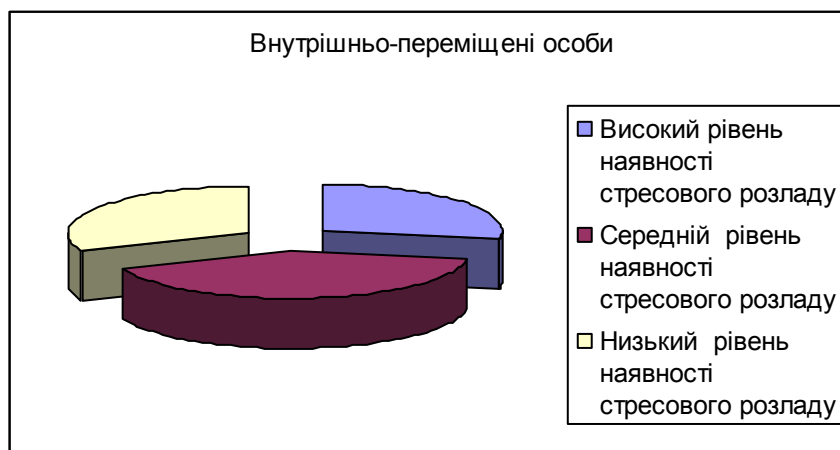


Рис. 1.21. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу)

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 переживати 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.

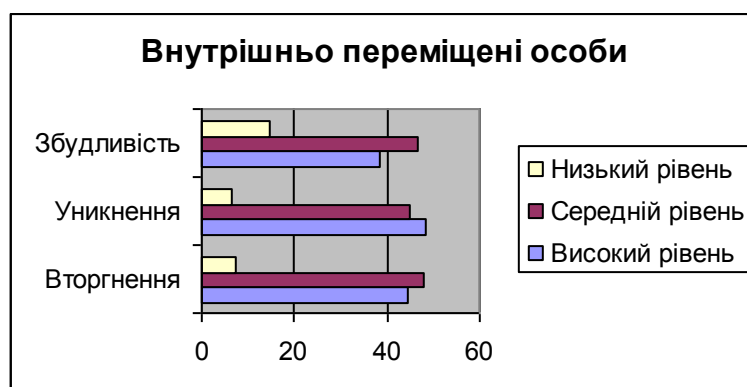


Рис. 1.22. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за шкалою оцінки впливу травматичної події (експрес-оцінка)

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 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.

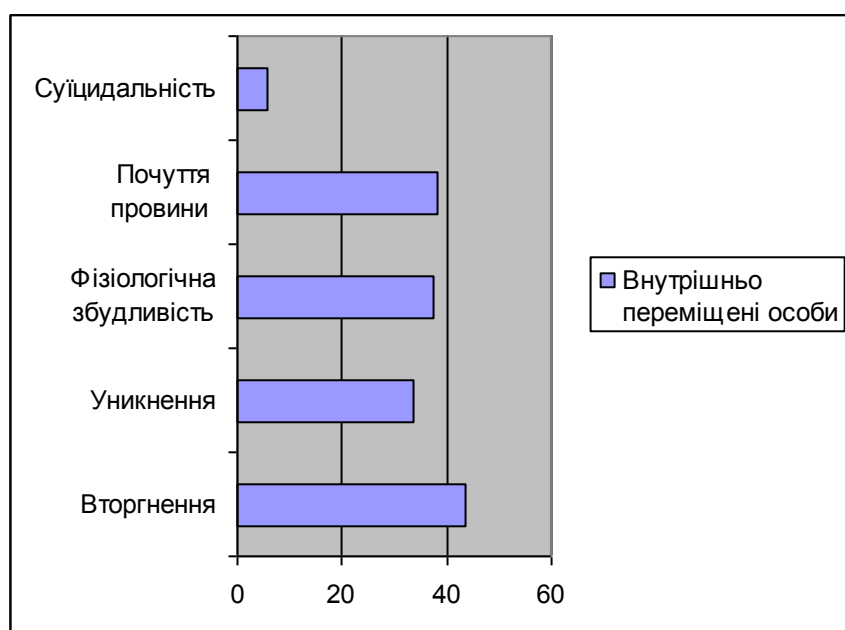


Рис. 1.23. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу»

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.

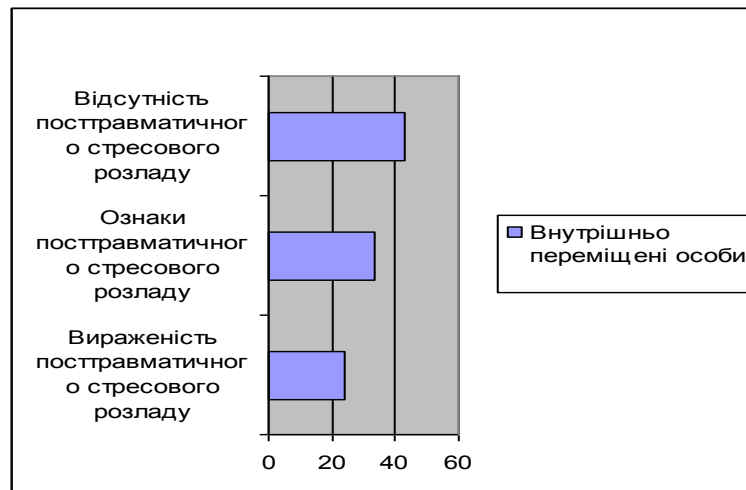


Рис. 1.24. Результати відсоткового аналізу за «Місісіпською шкалою оцінки посттравматичного стресового розладу» внутрішньо переміщених осіб

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 маскулінності, 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 маскулінності – 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, підозрілості. 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 – шизоидного (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.

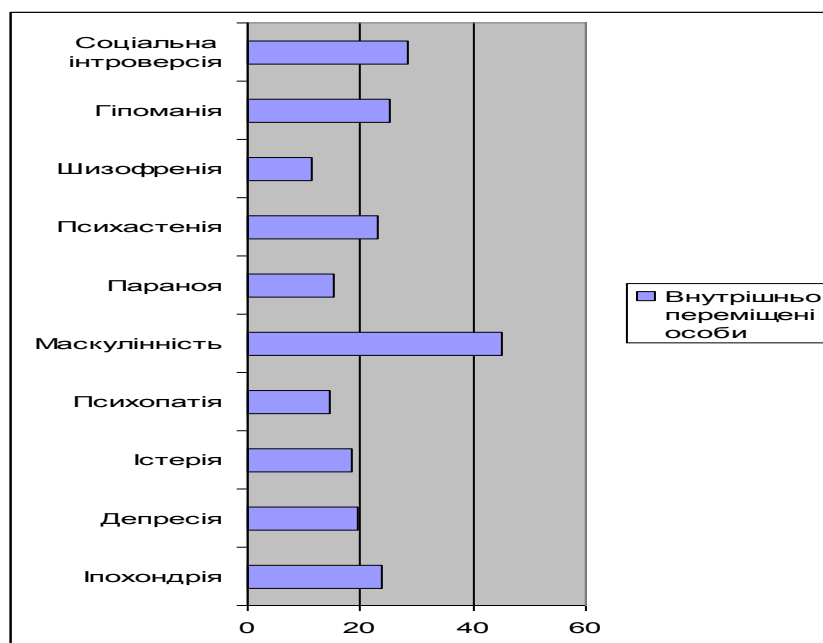


Рис. 1.25. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за багатометодом дослідження особистості (СМДО) Л.Н. Собчик

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. 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.

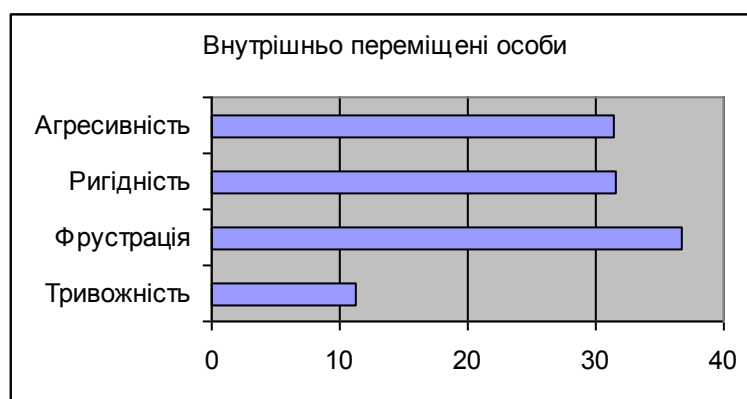


Рис. 1.26. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка

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.

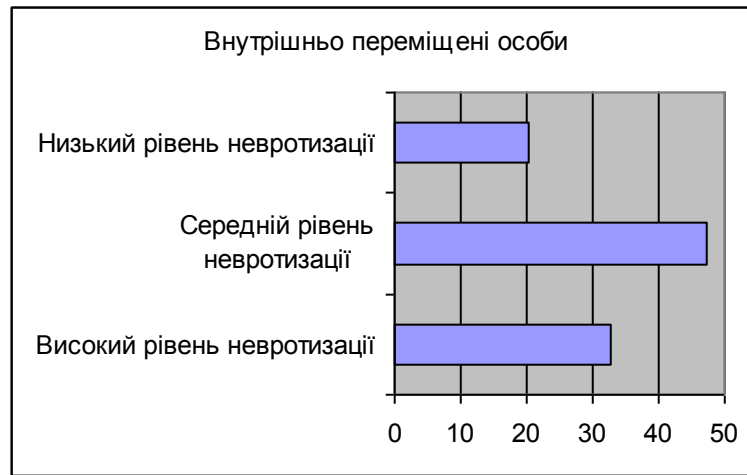


Рис. 1.27. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана

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% військовослужбовців 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.

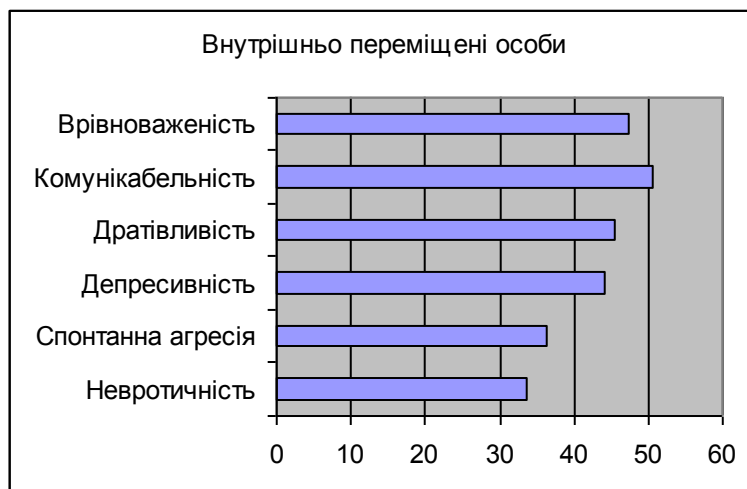


Рис. 1.28. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за опитувальником FPI

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-щирих 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.

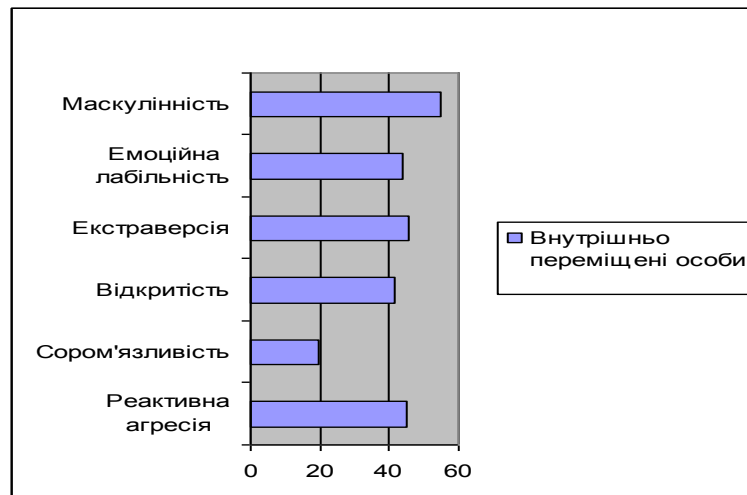


Рис. 1.29. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за опитувальником FPI

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% 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.

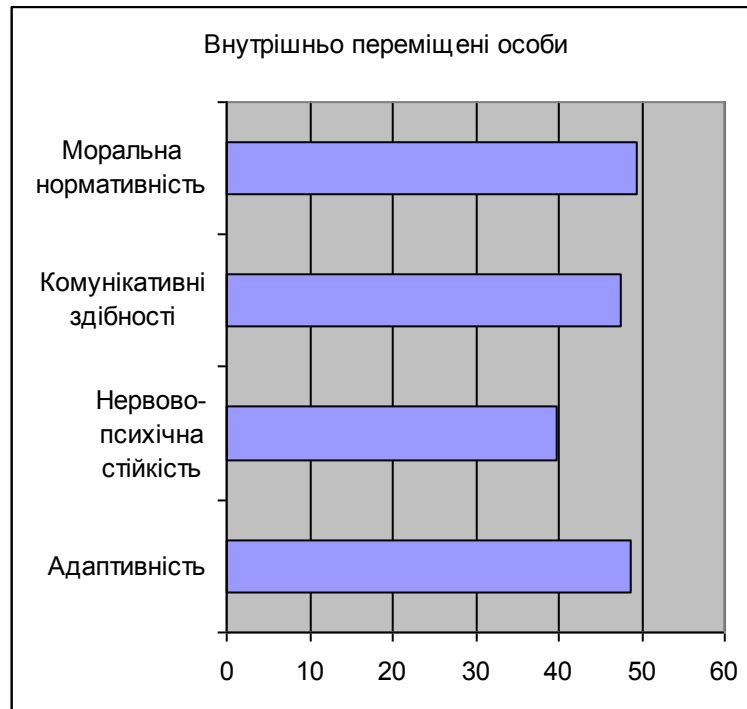


Рис. 1.30. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника

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.

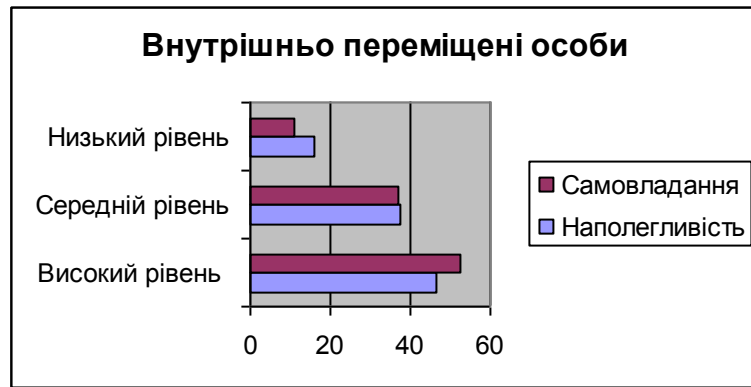


Рис. 1.31. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за методикою дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова Е. Ейдмана

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

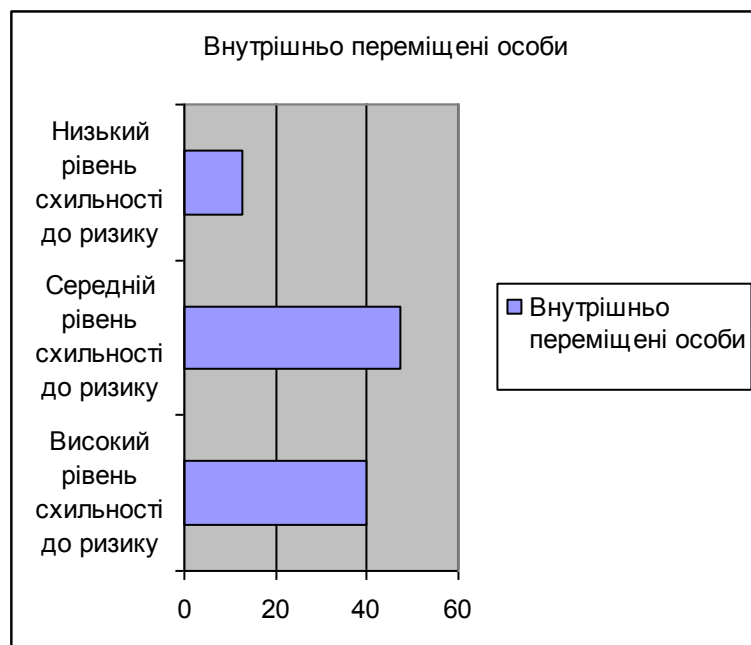


Рис. 1.32. Результати відсоткового аналізу внутрішньо переміщених осіб за опитувальником дослідження схильності до ризику О. Шмельова

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, маскулінності, врівноваженості, маскулінності, адаптивності, моральної нормативності, наполегливості, самовладання,

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

1.4.1. 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 (див. розд.1.1, розд.1.3), а також наведено результати досліджень, спрямовані на виявлення взаємозв'язків між параметрами опитуваних, наприклад, наявність посттравматичного стресового розладу та самовладання, адаптивність тощо (див. розд. 1.2). 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 діагностиці 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**

Психодіагностичний метод	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	Обов'язкові: 1. Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант); 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); 3. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); 4. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D); 5. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); 6. Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової. Бажані:
---------------------------------	--	--

	травматичної події.	1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI); 2. Тест життєстійкості S. Maddi в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.І. Рассказової; 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана); 4. Госпітальна шкала тривоги і депресії; 5. Тест вибору кольору Люшера; 6. Тест AuDIT; 7. Шкала рівня особистісної та реактивної тривожності (Спілбергера-Ханіна); 8. Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер); 9. Опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова); 10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія); 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	34 (+10)	Вважається «золотим стандартом» оцінки ПТСР, хоча дещо складна для використання в клінічній практиці. Кожен симптом ПТСР по DSM-IV оцінюється за	Відмінна надійність і достовірність. ⁷⁶

Scale (CAPS) ^{75,76}		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).	
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 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	Висока надійність повторного тестування протягом 2-3 днів. Внутрішня узгодженість дуже висока для 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 боєвих 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 (табл. 4.1, табл. 4.2, див. Розд. 1) 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 травмуючі події, 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* 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 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.

1.4.2. 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-Рей	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 внутрішньо переміщених 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 внутрішньо переміщених осіб	1-1.5 год.

Продовження таблиці 1.12

	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 внутрішньопереміщенних 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 РОЗДІЛУ 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 центру 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.

РОЗДІЛ 2. РОЗРОБЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА УЧАСНИКІВ ООС

2.1. Аналіз технологій психотерапії осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу

2.1.1. Психотерапевтична робота з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС з використанням короткотермінової терапії, сконцентрованої на розв'язанні

В нашій роботі з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС ми використовуємо основні принципи та техніки короткотермінової терапії, сконцентрованої на розв'язок

Короткотермінова терапія сконцентрована на розв'язок (далі КТР) (Centrum terapii krotkoterminowej, member of European Brief Therapy Association) проводиться, як і в групі так і індивідуально.

В нашій роботі з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС ми використовуємо основні принципи та техніки КТР.

Основні поняття концепції:

- Короткотерміновість – робити тільки те, що потрібно, сконцентровуючись на розв'язанні.
- Розв'язання – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми. Проблема розглядається у контексті певної ситуації. Позбутись проблеми — вийти за межі цієї ситуації і в цій новій життєвій ситуації почати конструювати життя в якому проблема себе не проявляє через виставлення нових, конкретних цілей та поступову їх реалізацію. Наприклад, питання: “Як буде виглядати твоє життя, коли ти будеш спокійний, чи щасливий”- допомагає актуалізувати уявлення про інше майбутнє і шукати разом з психотерапевтом способи реалізації такого майбутнього. Ці способи, конкретні дії, зміна поведінки клієнта стають вирішенням проблеми, яка проявлялась у попередньому житті без спокою і щастя.

- Клієнт змінив мислення і сам змінив свої проблеми.

Термін «Короткотерміновість» означає робити тільки те, що потрібно, сконцентрованість на будіванні розв'язку. Розв'язок – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми і допоможе йому сконструювати життя, в якому нема проблем [62, 63].

Робота в цьому напрямку є досить проста та ефективна. КТР відрізняється від інших підходів тим, що вона не концентрується на проблемі (діагнозі клієнта), оскільки це не лише не допомагає, але, часом і створює перешкоди клієнтові у поступі до вирішення цієї ж проблеми.

Перспектива психотерапевтичної роботи скерована на теперішнє та майбутнє. Якщо впливає досвід минулого, то його використовується на користь досягнення певних цілей у вище згаданих перспективах.

Центральна філософія КТР дивує своєю простотою. Проте, застосування таких простих правил вимагає від спеціалістів, які цей метод застосовують, самодисципліни та докладання чималих зусиль.

Основна філософія

- Якщо не зіпсувалося - не ремонтуй.

Не потрібно змінювати того, що приносить очікувані результати та допомагає. Якщо ми бачимо, що щось відбувається в житті людини, певна поведінка приносить полегшення, допомагає в конструюванні клієнтом позитивних рішень, то ми цього не змінюємо.

- Якщо дізнаєшся, що допомагає – роби це частіше, повторюй це.

Це твердження вказує на те, що потрібно повторювати ті дії, які ми відзначаємо як ефективні і такі, які провадять до конструктивних рішень. Якщо помічними є розмови, концентрація на роботі, слухання музики і це допомогло в певній ситуації, то варто використати це.

- Якщо щось не допомагає – не роби цього більше. Роби щось інше.

Це твердження базується на свідомості та вмінні окреслити те, що не допомагає. Це дозволяє виключити дії, які не допомагають і йти в пошуку нових рішень, які допоможуть досягти змін. На думку автора роботи [61], багато людей мають помилкове переконання, що якщо проблема є серйозною та

важкою, то її вирішення теж має бути таким ускладненим і важко втілюваним в життя. Це виглядає логічно, але насправді є мало ефективним. Тому варто шукати прості рішення, які допомагатимуть в конкретній ситуації чи в її контексті.

Основні принципи роботи

- Мінімалізм – працюємо з тим, що є. Варто не ускладнювати ситуації і не шукати додаткових перешкод до її вирішення. Спрацьовує гасло: “Будь простим”.
- Правило: “Не залишай слідів в житті клієнта”. Клієнт змінює життя, психотерапевт тільки підтримує переконання клієнта в тому, що він сам зможе впоратись з проблемою.
- Правило: “Слухай клієнта”. Важливо вміти почути, слухати вербально і невербально.
- Усвідомлення того, що ми (люди) можемо чогось не знати;
- Запитуй: чого хоче клієнт? Кожен клієнт є вмотивований, він прийшов сам, опору нема, лиш мотивація...до щасливого життя, до того, щоб позбутись проблеми/м.

Немає простих рішень і перевірених схем, які підходили б усім клієнтам. Цей принци вказує на те, що навіть, якщо людина, яка має такі самі проблеми і потреби як і інший клієнт, не буде трактуватись так само (шаблонно), а до неї буде застосовано індивідуальний терапевтичний підхід, який передбачено лише для неї. Він повинен підходити до її унікальних потреб.

Існує багато способів бачення однієї ситуації і багато її вирішень. Чим більший список рішень, тим більші шанси на пошук і застосування клієнтом такого рішення, яке приведе до змін.

Концепція опору не сприяє терапії. Опір трактується як брак готовності до співпраці до змін. Натомість, в даному підході, опір – це певний сигнал для того, щоб перестати робити те, що не допомагає і шукати нові шляхи вирішення, які будуть відповідати клієнтові.

Зміна в процесі терапії є неминучою. Віра психотерапевта в можливості клієнта є вирішальним чинником позитивних змін.

Вистачить малої зміни, щоб ініціювати розв'язок. Часто, перешкодою на дорозі змін є високі очікування, які ставлять як клієнти так і психотерапевти. Тому важливо є пам'ятати про «маленькі кроки», які згодом приведуть до великих змін. Завданням спеціаліста є ініціювати малі зміни.

Клієнти мають ресурси необхідні для змін. Концентрація на ресурсах, а не на проблемах і слабкостях, допомагає клієнту почуватися в безпеці і більш компетентним у вирішенні своєї ситуації.

Знання деталей проблеми не є необхідним, для того, щоб проблему вирішити. Переконавання, що очікуване вирішення не є тісно пов'язане зі самою проблемою, є найбільш несподіваним принципом даного методу.

Краще дивитися вперед, ніж оглядатися назад. Якщо людина не знає куди вона має йти, то вона ніколи туди не дійде. Щоб окреслити цілі клієнта, не обов'язково заглиблюватися в його минуле і вияснювати звідки він прибув, оскільки це дуже виснажує. Звертання до минулого є лише у випадку пошуку «винятків» або способів вирішення проблеми, які були успішними.

Клієнти здатні окреслити цілі терапії і знайти вирішення, хоча про це не знають. Кожен клієнт може окреслити і вибрати те, що є для нього добре. Завданням терапевта є допомогти окреслити, сформулювати та вербалізувати потреби клієнта.

Зміна має перманентний характер – все змінюється. В житті клієнта є такі моменти, дні, тижні, коли труднощі, з якими він бореться, проявляються в меншій мірі, або не проявляються взагалі, коли найгірша реальність виглядає трохи краще. Терапевт мусить зосередитися на таких «винятках», які можуть стати джерелом вирішення проблеми [63].

Сесія (основні етапи роботи):

Сесія та етапи роботи практично не змінні протягом останніх років і беруть основу із напрацювань Інсу Кім Берг та Стів Де Шейзер [43-45, 61, 71]. Отже Сесія (основні етапи роботи) складаються з таких кроків:

- Розмова вільна від проблем;
- Очікування:

З'ясування проблеми;

Формулювання мети;

- Запитання про винятки;

- Запитання про чудо;

- Запитання про винятки;

- Оцінювання, шкалування;

- Перерва;

- Зворотна інформація:

Компліменти;

- Обґрунтування;

- Домашнє завдання.

У підході, сконцентрованому на рішенні, терапія розпочинається з "Розмови вільної від проблем". Вона є нагодою для пацієнта представити себе з позитивного боку, а також забезпечує блискавичну інтеграцію з іншими членами групи. Терапевт «стежить», щоб характер висловлювання залишився позитивним, а що найістотніше – «відтягує» пацієнта від проблеми, не дозволяючи його очікуванням розмовляти тільки про життєві проблеми. Пацієнт вірить, часто з огляду на знання, отримані від інших і власне уявлення про психотерапію, що це матиме для нього лікувальну цінність. Тож, в цілому, для нього це чимала несподіванка, що в цьому підході від нього не тільки не чекають розмови про проблему, а відводять від цього. Для терапевта висловлювання пацієнта на цьому першому етапі є скарбницею знань про його ресурси і нагодою підкреслити ці ресурси компліментами [56, с. 22-23].

Відгук терапевта на основі проведеної бесіди щодо ситуації клієнта - це обдуманий комплімент, який підкреслює ресурси, сильні сторони і реалізовані зміни, зауважені впродовж консультації, що повинні допомогти пацієнтові досягти поставленої мети. Якщо це робота в групі, то клієнти обмінюються відгуками, складеними під час перерви. Терапевт у відгуку підкреслює якості і досягнення клієнта/ів, які можуть мати значення з точки зору пошуку або реалізації мети. Для клієнта/ів відгук є підбадьоренням на закінчення терміну

терапевтичної сесії. Відгук мусить бути позитивним і стосуватись конкретних ситуацій, про які клієнт розповідав протягом сесії. [56, с. 15-16].

Концепція проведення короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку у відкритих групах (тижневий розклад)

Польський психотерапевт та дослідник Марек Гжиб (Grzyb M. 2014-2015), розробив та апробував авторську програму для роботи у відкритих групах, на основі короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку [56; 73,73]. П'яти тижневий опис короткотермінової терапії у відкритих групах представлено у роботах Марека Гжиба [56, с. 19-21].

Засади короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку досить прості, проте пов'язані вони із дотриманням основної філософії цієї терапії, а саме чітко встановленої схеми, якої так наполегливо шукав Стів де Шазер у своїх практичних працях. В терапевтичній роботі він прагнув створити дійсно науковий і структурний комплекс засад. Створюючи авторську терапевтичну програму, допасовану до умов клієнта, автор був вірним і не змінював етапи і схему класичної роботи. Програма повністю заснована на структурі першої терапевтичної сесії КТР, де має місце розмова вільна від проблем, натяк на проблему, пошук винятків, формулювання цілей, терапевтична перерва та зворотна інформація. Згідно засадам, авторська терапевтична програма передбачена на процес тривалістю в 5 тижнів. Кожен тиждень зустрічей відповідає наступному етапу першої сесії КТР, збагаченої помічними інструментами в праці з людьми враховуючи філософію до цієї моделі. Перший і другий тиждень присвячений - будуванню відносин, знайомству та інтеграції груп. Третій і четвертий тиждень це - робота над формулюванням мети. П'ятий тиждень - готує до закінчення терапії, де пацієнт створює карту на вихід з остаточно сформульованою метою [56, с. 21 - 23]. Із спостережень, які висловлював Марек Гжиб у своїй науковій праці, виникає умовивід, що найважчим для терапевтів є дотримання цієї схеми, структури психотерапевтичної сесії.

Під час терапевтичного процесу пацієнт отримує: в груповій терапії 4 годин терапевтичних занять протягом тижня, зустрічі два рази в тиждень.

Заняття кожного дня закінчуються *зворотною інформацією*, якій передують *терапевтична перерва*. Програма передбачає що кожен наступний день з терапевтичних занять пацієнта, ми починаємо з масштабних питань: що пацієнту вдалось *зробити доброго* для себе по відношенні до конкретного місця на якому він був. У випадку коли пацієнт перебуває понад 2-х тижнів у процесі терапії, заняття починаємо перевіркою, що змінилось в кращу сторону, від моменту прийняття рішення про групову психотерапію. Далі проводяться відповідні терапевтичні заняття, під час яких пацієнти працюють індивідуально по відношенні до групи і не дають один одному зворотних інформацій під час терапії. Це наступний важливий елемент, який відрізняє цю модель терапії від моделі традиційно використаної до тепер.

Терапевт в моделі КТР є лише *експертом в розмові*. Керує нею, розвиває її і відповідальний за одночасне заохочення до висловлювання декількох пацієнтів. Відповідно до центральної філософії моделі КТР: *пацієнт - це експерт* у своєму житті. Терапевт, проводячи розмови, прямує за пацієнтом і не залишає слідів у його житті. Пацієнт після розмови з терапевтом повинен вийти з переконанням, що лише собі завдячує змінам.

Терапевт, проводячи розмови з пацієнтом у групі, застосовує інструменти і питання КТР. Робота терапевта полягає в заохочуванні декількох пацієнтів, які перебувають на схожому етапі реалізації програми.

Розпочинаючи терапію пацієнти вже на першому тижні могли з легкістю спостерегти, яких змін досягли пацієнти з четвертого чи п'ятого тижня. Це було мотивацією для прийняття власних рішень і візії власних змін. Наважившись на проведення терапії в цій моделі у відкритих групах, де практично кожного дня до групи доєднується і йде з групи щонайменше один пацієнт, це рішення вимагало чималих організаційних змін і взаємної співпраці терапевтів, що ведуть групу. Крім того, в структурі відкритих груп, кожен з пацієнтів є на іншому етапі реалізації авторської терапевтичної програми. Щоб удосконалити проведення терапії і обмін інформацією про реалізацію окремих

етапів роботи пацієнта, для кожного запровадили “Індивідуальний листок пацієнта”, який включає етапи реалізації програми і залишається для ознайомлення терапевтом [56, с. 15-16]. Терапевт знайомиться з листком кожного пацієнта перед початком кожного дня занять. Читає про те, що вдалося зробити і на якому етапі є пацієнт. Таким чином, клієнти мають збережену безперервність терапевтичного процесу. Вся терапевтична робота відбувається у групі і пацієнти не отримують завдань для виконання у вільний час.

I і II тиждень

Будування стосунків і взаємне пізнавання - інтеграція групи

1. Презентація «Програми Терапії» і представлення принципів роботи в цій програмі (вище описано).
2. Будування довіри - розмова вільна від проблеми.
3. Самодіагноз і розширення знань на тему порушення розвитку у дитячому віці.
4. Очікування пацієнта стосовно терапії – «лист до друга».

III тиждень

Робота над формулюванням мети

1. Робота над мотивацією до зміни - звернення до проблеми.
2. Робота над уривками – «добре життя».
3. «Листок ресурсів».
4. Дзвінок до сім'ї – «Що я повинен був би змінити в собі за допомогою терапії, щоб ти побачив/побачила, що терапія принесла результат?»
5. «Аркуш мети».

IV тиждень

Формулювання мети

1. Аркуш індивідуальної мети.
2. Налагодження стосунків - як підкріплення мети.
3. Робота над «дивом».
4. Переформулювання і остаточне формулювання мети пацієнта.

V тиждень

Підготовка до закінчення терапії

- 1.Робота над уривками з минулого.
 - 2.Опрацювання кроків для реалізації мети.
 - 3.План на вихід.
 - 4.Створення *«листка на вихід»*.
- a) *Мета*.
 - b) *Кроки*
 - c) *Шкалювання* [56, с. 19-21].

Після короткотермінової терапії учасники ООС розуміють необхідність організації свого життя саме поетапно і маленькими кроками. Завдяки технікам та етапам роботи короткотермінової терапії вони вже знають, що можна зробити ще, чого вже не потрібно робити, з ким необхідно порадитись. За допомогою такої техніки як шкалювання (пропозиція розмістити себе на шкалі від 1 до 10) проблеми, вони бачать де є зараз, що саме зробили, а що ще можна зробити. Клієнти переносять свої слова, мрії та уявне почуття щастя на поведінку, що є ключовим аспектом терапевтичної роботи. Вони відчують цілковиту мить спокою, щастя, емоційної рівноваги, сімейного взаєморозуміння. Важливий аспект такої психотерапії це - розуміння самостійності у вирішенні своїх проблем, а головне, мотивації до вирішення, до успіху у вигляді проходження усіх стадій адаптації до нових умов мирного життя.

2.1.2.Концепція психотерапії можливостей

Розробник напрямку психотерапії можливостей – Якуб Бартошевський [41-42] стверджує, що ефективна терапевтична допомога сконцентрована на пошук ресурсів, можливостей клієнта, які були б орієнтирами у подоланні психотравмуючої ситуації. Метою психотерапії є усвідомлення та розуміння ролі внутрішніх механізмів чи міжособистісних процесів у соціальному середовищі та їх дисфункції на рівні поведінки чи порушення особистості.

Модель психотерапії можливостей зосереджена на компетенціях психотерапевта та передбачає такі етапи:

- Застосування маєвтичного діалогу, що зосереджується на формулювання чітких, запитань;
- Фокусування на дії та мотивації, щоб досягти переосмислення сценаріїв та ефективно переформулювати їх для вирішення проблем;
- Активне використання методів і технік (зокрема, фізичної реабілітації та рухової активності), що сприяють подоланню деструктивності травм [42].

В основу психотерапії можливостей покладені ідеї і практичні підходи Карла Роджерса та В. Франкла та когнітивної психології Дж. Брунера. К. Роджерс стверджував, що в організмі людини від природи закладені позитивні сили, які сприяють здоров'ю, розвитку і вдосконаленню.

Згідно Дж. Брунера, пізнання світу людиною має, перш за все, сенсорно-моторний характер, тобто ніщо не може стати осмисленим, не пройшовши спочатку крізь наші відчуття і рухову активність.

Вирішальну роль в житті і розвитку людини К. Роджерс надає Я-концепції, тобто його уявленням про самого себе. Саме ця Я-концепція (уявлення про самого себе) і визначає поведінку і вчинки людини в тих чи інших ситуаціях.

У свідомість людини спочатку не закладена об'єктивна оцінка власного Я. Однак така необ'єктивність в значній мірі компенсується життєвим досвідом, який постійно вносить корекцію в самооцінку особи, дозволяючи краще відчувати свої можливості, а також сприйняття себе іншими людьми.

Важливим провідним механізмом в об'єктивізації самооцінки і своєї поведінки є почуття усунення (або ослаблення) внутрішнього конфлікту, що змінюється внутрішнім задоволенням, яке наступає (або підвищується) у міру самореалізації.

Психотерапевт вважає, що передумовою до більш автентичного і більш легкого прийняття інших є прийняття особистісної самості, тобто об'єктивізація самооцінки. У свою чергу, прийняття особи іншими сприяє процесу прийняття нею самої себе в цьому ж виді. Можна сказати, що суть процесу особистісного зростання і складається з постійно вдосконалюваного зворотного зв'язку, який здійснюється як одночасний процес коригування своїх відносин з іншими і своєї Я-концепції.

Зідно концепції психотерапії можливостей, прагнення людини до пошуку і реалізації сенсу життя є вродженою мотиваційною тенденцією, властивою усім людям, і є основним двигуном поведінки і розвитку особистості. Проте людське прагнення до реалізації сенсу життя може бути фрустрованим, і ця екзистенціальна фрустрація здатна привести до неврозу. Унікальний сенс життя (або узагальнені цінності, що виконують ту ж функцію) може бути знайдений людиною в одній з трьох сфер: творчості, емоційних переживаннях, свідомому прийнятті тих обставин, що людина не в змозі змінити.

Роль психотерапевта. Головне завдання психотерапевта у психотерапії можливостей – встановлення дружньої творчої співпраці з клієнтом і створення такої атмосфери психологічного комфорту і захищеності, в якій клієнт сам почне «вивільняти» і реалізовувати потенційні можливості свого істинного «Я». Саме така атмосфера прискорює процес об'єктивізації і прийняття реального образу самого себе і інших. Я. Бартошевський пропонує рекомендації щодо роботи з клієнтом у напрямку психотерапії можливостей:

- Визначення основних психотерапевтичних цілей, що допоможе структурувати терапевтичну роботу;
- Вміння вислухати клієнта, оскільки цінним є все, що говорить клієнт. Важливо спостерігати за невербальною комунікацією, при цьому використовуючи елементи маєвтичного діалогу.
- Застосування емпатії. Раціональна аргументація знижує прагнення клієнта до психотерапії, тому емпатія та прийняття клієнта є ключовими у психотерапії можливостей.
- Проведення оцінки ефективності терапевтичних послуг після кожної сесії. Це сприятиме вдосконаленню фахових компетенцій психотерапевта [18, 30].

Психотерапевт, що працює у напрямку психотерапії можливостей керується принципом, що ключі до одужання знаходяться у самого клієнта, і окрім професійних навичок він повинен володіти особистісними якостями, які допоможуть клієнту користуватися цими ключами. І ці сили будуть ефективними, якщо терапевт зможе встановити з клієнтом достатньо теплі стосунки прийняття і розуміння.

Психотерапевтичні вправи, які пропонуються в рамках психотерапії можливостей, наведені в Додатку 1.

2.1.3. Узгоджена інтегративна методологія лікування травми згідно концепції інтегративної методології (KIM)

Норкросс з співавт. [65, 68] визначив низку взаємодіючих факторів, які обґрунтовують тенденцію до інтеграції психотерапії:

- 1) тенденція до збільшення кількості окремих концепцій психотерапії;
- 2) зростання кількості та значення короткотермінових, цілеспрямованих психотерапій;
- 3) неспроможність окремої психотерапії або групи психотерапій продемонструвати більшу ефективність порівняно з іншими видами психотерапій;
- 4) неспроможність кожної окремої концепції психотерапії адекватно пояснити та передбачити патологію, особистісні зміни або поведінку особи;
- 5) більш широке спілкування між клініцистами та науковцями, що призвело до збільшення готовності та можливостей для терапевтичних експериментів;
- 6) втручання в консультативну практику третіх сторін, які забезпечують соціально-економічну підтримку для традиційних довготермінових психотерапій, що супроводжуються підвищеним попитом на підзвітність та документацію щодо ефективності всіх медичних та психологічних методів терапії;
- 7) виявлення споріднених факторів у всіх психотерапіях, які досягають успішного результату;
- 8) розвиток професійних організацій, мереж, організація щорічних конференцій та створення періодичних журналів, які присвячені обговоренню та вивченню інтеграції психотерапії.

Одним із способів відповіді на посттравматичні стресові розлади, отримані внаслідок воєнних дій, є концепції інтегративної методології (KIM).

Згідно концепції KIM **травма** – це

- У медицині: пошкодження;
- У психіатрії: причинно-наслідковий випадок;
- У психології: досвід, який порушує цілісність людини.

Травма згідно МКБ 10 (Міжнародна класифікація хворіб) – це стресова подія або ситуація меншої чи більшої тривалості з винятковою загрозою чи катастрофічним характером, яка викликає майже у всіх глибокий відчай.

Природна реакція на травматичні переживання:

- підвищений рівень збудження / надмірної реакції;
- передчуття нової небезпеки, жахливості, безсоння;
- внутрішній відступ - емоційна байдужість, втрата відчуттів, вимкнення з відкритого, вираженого життя;
- зовнішній вихід із спільноти, щоб уникнути "подібного", як захист від тригерів, які можуть викликати спогади;
- збереження особистої ідентичності шляхом приховування, роз'єднання, витіснення шкідливого досвіду сприйняття.

Травма впливає на людину в цілому, при травмі порушуються:

- особиста ідентифікація;
- самооцінка;
- самовпевненість.

Людина стає невпевненою та вразливою.

Формування симптомів.

Найкращим рішенням для людини на даний момент є зберезувальна симптоматика природної реакції. Симптом має цінну захисну функцію, він

створює безпеку, яку людина може відчутти своїми силами. «Симптом бере на себе функцію збереження власної системи». Шуман, 1995. Однак, симптом виконує функції, що підтримують життя, лише у відкритих системах, які організовані у відповідному загальному сенсі. У закритій системі, де втрачається орієнтація в загальній ієрархії сенсу, симптом перекручується. На стінці закритої системи *circulus vitalis* симптом перетворюється на порочне коло і призводить до втрати функції системи [70].

Вихід з травми – це

- не тільки лікування симптомів: як флешбек, обтяжливі думки тощо, але
- лікування всієї людини, спираючись на власні життєві ресурси, свої знання та свої емоції.

Терапія травм за допомогою узгодженої інтегративної методики КІМ включає:

Інтегративний образ людини

Цілісне розуміння наслідків травми

Теорія та практика принципу розвитку активності

Активізація сил самолікування та самоорганізації

Дотримання принципу інтеграції в лікуванні

Робота з ресурсно-орієнтованими екстерналізаціями

Робота з вільною уявою

Мета модель: функціональний потік для розвитку

Принципи терапії, що сприяє розвитку

Концепція інтеграційної методології:

1. Сили самолікування

Лікувати може терапевт або лікар

Зцілити людина може лише себе сама

2. Гарний супровід / терапія та допомога, яка знову приносить зрозумілість, керованість та осмисленість світу

Концепція інтеграційної методології – це прагматична психосоціально-терапевтична концепція (описується Рис. 2.1)

- гуманістична / системна;
- особа як відкрита система;
- зміст посилення дає значення;
- інтеграція як основа життєдіяльності та розвитку.

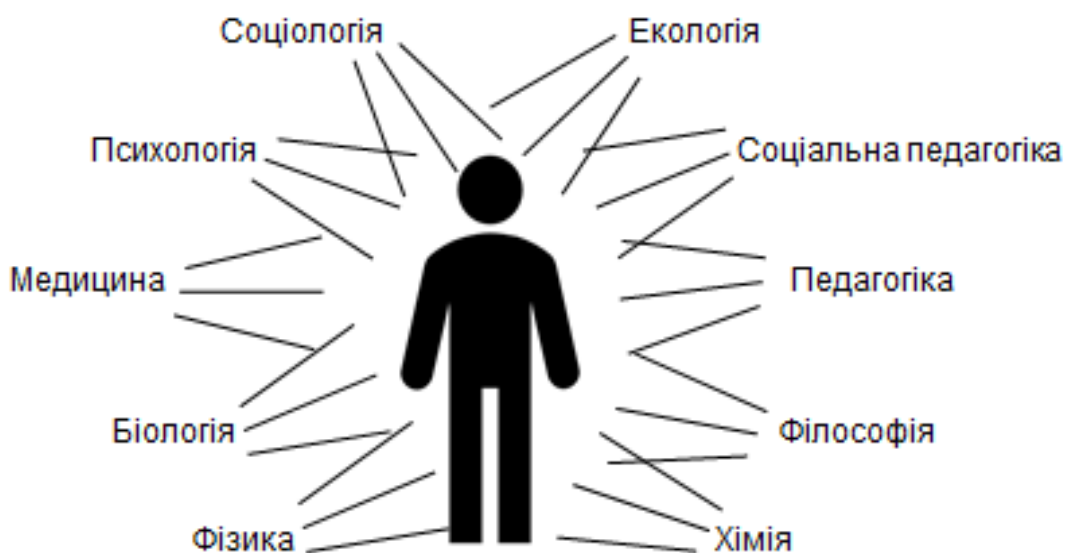


Рис. 2.1. Інтегративний (цілісний) образ людини за версією Шуманн Г. [70].

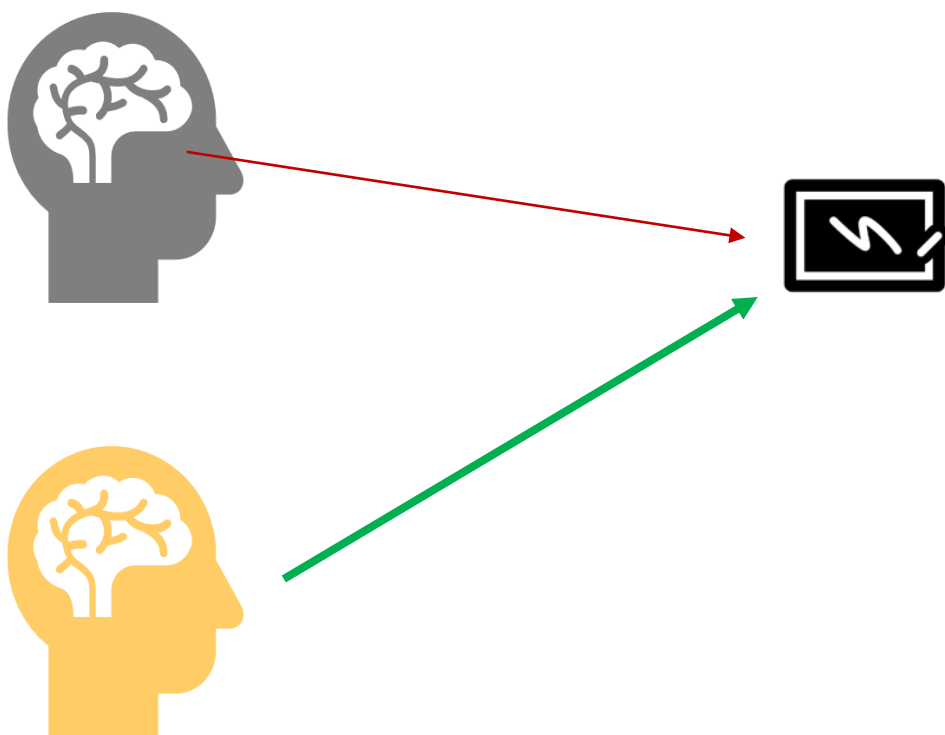


Рис. 2.2. Фокус уваги клієнта у концепції інтеграційної методології

Фокус уваги

Мозок людини перебуває в напруженому стані при одночасному спокої (див. Рис. 2.2).

Ефект:

Розслаблено, відстань надає безпеку та огляд

- Звільняє сили самоорганізації
- Мотивує – активує стійку динаміку рішення
- Дозволяє власні творчі рішення

KIM забезпечує функцію розслаблення при травмі з одночасним інтегруванням у "ситуацію". KIM можна порівняти з методом EMDR для ефекту без рухів очей. Спільним для цих двох методів є використання подвійної уваги – рухів очей та експозиції лише під час десенсибілізації та переробки очних рухів для посттравматичного стресового розладу. В EMDR двостороннє стимулювання відбувається в чергуванні образної уяви та мови. У KIM використовується робота із ситуацією та імагінація. При застосуванні методу EMDR основна роль відводиться психотерапевту. У методі KIM психотерапевтична робота відбувається через розвантаження в Я-Ти комунікації. При цьому клієнт може керуватися своїм станом, а консультант відіграє роль спостерігача. Крім того, клієнт отримує більше свободи від відгуків консультанта.

Роль консультанта

- Консультант може зосередити увагу на ситуації і таким чином її зрозуміти, а не формувати мудру теорію;
- Відмовитись від влади, щоб створити умови для розвитку клієнта.

Основним станом клієнта повинно бути:

- прийняття, безпека, свобода оцінок та інтерпретацій;
- клієнт має прерогативу інтерпретації.

Мозковофізіологічна і психологічна організація досвіду і знань

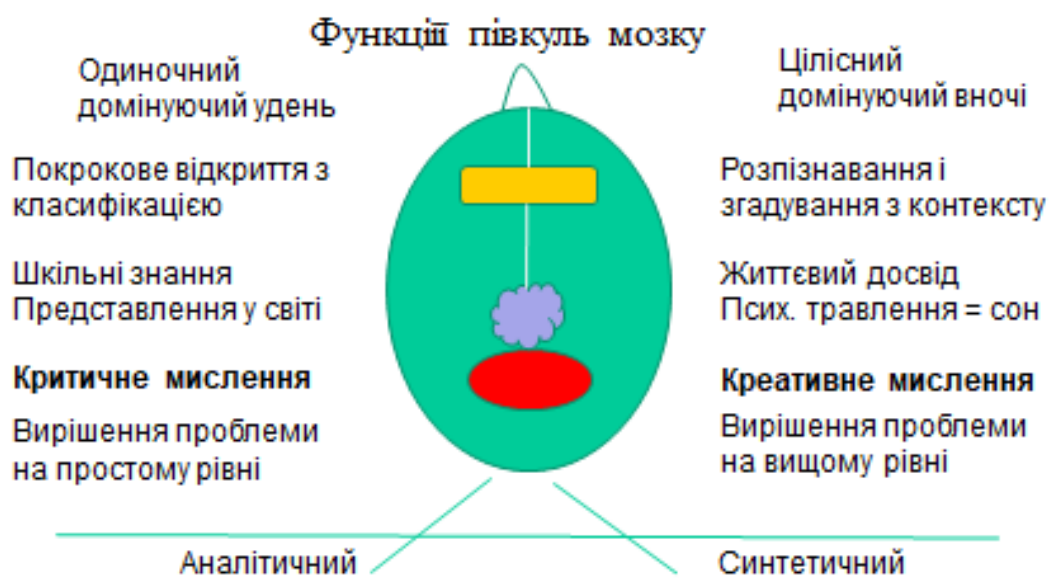


Рис. 2.3. Функції півкуль головного мозку

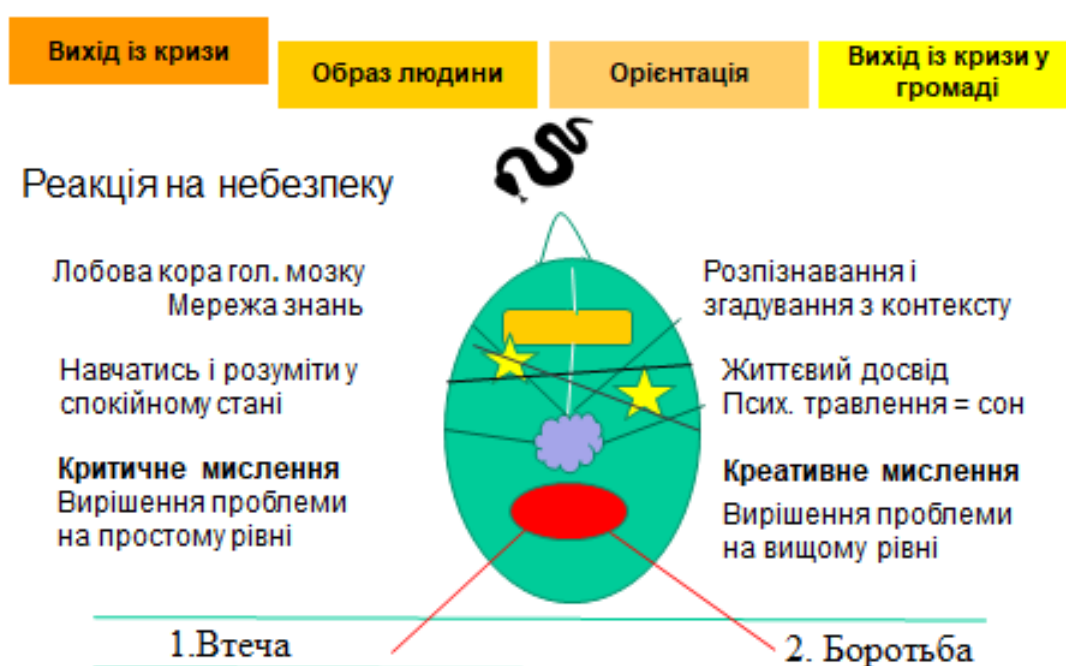


Рис. 2.4. Реакція на небезпеку

Як відбувається вихід із кризи?

Як виникають нові думки? Як - нові почуття?

Нові класифікації? Нові пізнання?

Як ми відкриваємо нове в собі? Що залишається від старого?

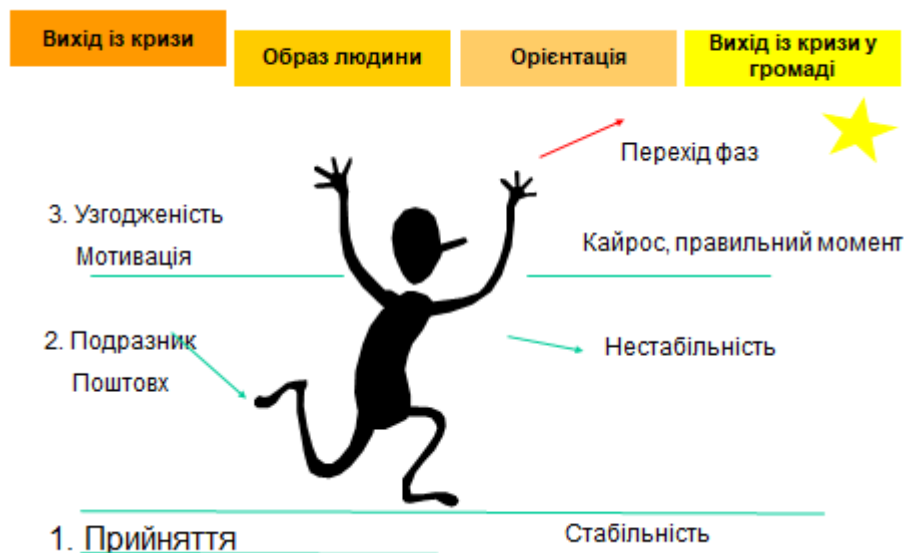


Рис. 2.5. Прийняття нового досвіду

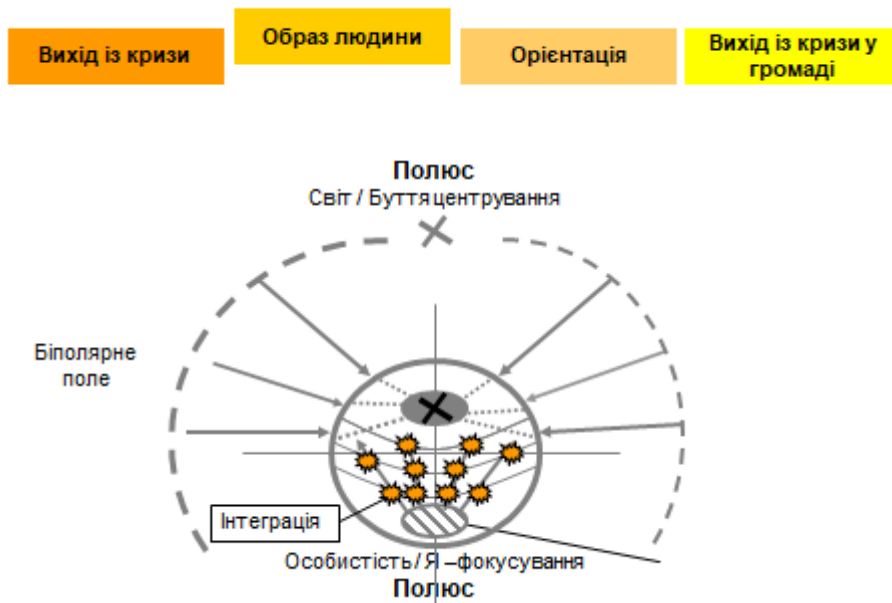


Рис. 2.6. Інтеграція як принцип для оформлення життя в розвитку між двома полярними вимірами

Злагоджена інтегративна робота з вільними уявами/імагінаціями Симптом, який потрібно вирішити, зовнішньо уявляється і перетворюється на індивідуальне!! біполярне поле, розміщене між власним «Я» та почуттям узгодженості.

Наше аналогове мислення та образне бачення/імагінація дозволяє нам використовувати ресурси цілісного змістовного існування для активізації ресурсів та вирішення проблем. Перший крок - екстерналізація матеріальних

ресурсів Проста форма - це вільна імагінація/фантазія благополучного ландшафту (лише природа), в якому пацієнт шукає безпечне місце, де він дуже сильно почуває себе в хороших руках.

Внутрішня дія та внутрішні процеси рішення мають модельний характер. Це те саме для нашого мозку, що «насправді». Клієнт виходить із ролі жертви і розглядає себе як діючий суб'єкт. Це перекреслює безпорадність і створює нове усвідомлення дії.

Після того, як ресурси знайдені, навіть зовнішні симптоми можуть помітно, відчутно вплинути на ресурси. Дотик запускає динаміку рішення. Клієнт при цьому спостерігає.

Висновки

- Вихід із кризи відбувається через інтеграцію.
- Інтеграція відбувається фізично кожної секунду в кожній клітині.
- Інтеграція нових імпульсів вимагає психологічного балансу безпеки та роздратування.
- У процесі інтеграції старе піднімається у новій якості.



Інтеграція відбувається через створення відповідних умов.

Висновки

На основі проведених наукових досліджень розроблено та апробовано технології терапевтичної корекції симптомів посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС, зокрема, - методи короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей та узгодженої інтегративної методології травматерапії.

2.2. Наукові основи розроблення технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

2.2.1. Основи соціально-психологічної реабілітації

У країнах Заходу «реабілітація» передбачає комплекс заходів, пов'язаних з відновленням здоров'я хворої людини або «соціального здоров'я» індивіда, і поверненням його до громадської та професійної діяльності. При цьому дуже важливим є положення про безперервність реабілітації: медична повинна починатися в процесі лікування, професійна – відразу ж після закінчення медичної. Не менш важливою у цьому зв'язку є соціально-психологічна складова реабілітації.

Д-р психологічних наук Кудермінова О.І. [18] констатує прикру практику розповсюдження та популяризацію у засобах масової інформації думки, що вітчизняні психологи-фахівці не мають достатнього рівня знань, вмінь та навичок, щоби впоратися із ситуацією, що склалася стосовно реабілітації учасників ООС. За свідченням Кудермінової О.І. [18] такі погляди породжують потворну практику «тягнути» все, що можливо із зарубіжного досвіду та є результатом притаманного українцям комплексу «меншовартості». Водночас, у здобутку вітчизняних фахівців напрацьовані наукові підходи, що розглядають зміст, структуру й особливості поняття психологічної допомоги та психологічної реабілітації у різних аспектах:

- військово-психологічний (Р.А. Абурахманов, В.У. Березовец, В.Д. Булавцев, В.Е. Попов та ін.), орієнтований на відновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах;
- медичний (Ю.А. Александровский, А.В. Белінський, А.Н. Глушко, В.А. Долініна, М.М. Кабанів, Б.Д. Карварсарский, Е. В. Решетнікова та ін.), спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності хворих;

- загально-психологічний (К.А. Абульханова-Славская, Л.І. Божович, Б.З. Братусь, Б.В. Зейгарнік, О.А. Конопкін, Д.В. Ольшанский та ін.), який розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього життєвого середовища;
- соціально-психологічний (А. Я. Анцупов, Т. В. Золотарьова та ін.), що підходить до реабілітації як до відновлення системи взаємин пораненого і соціального середовища [18].

Постанова Кабміну України від 5 грудня 2018 р. № 1021 «Про затвердження Державної цільової програми фізичної, медичної, психологічної реабілітації та соціальної і професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції» передбачає комплекс заходів, спрямованих на підвищення ефективності програм реабілітації учасників ООС. У відповідності до цього розроблені та впроваджуються **етапи організації психологічної роботи у військовому госпіталі:**

1 етап: кожен пацієнт, який госпіталізується на лікування в госпіталь проходить обов'язковий скрінінговий психологічний тест та зустріч з психологом; Мета першої консультації: проведення тестування, визначення стану клієнта, визначення обсягу необхідності надання психологічної допомоги; проведення психоедукації; складання плану реабілітації. У разі відсутності потреби в психологічній допомозі – написання відмови від психологічного супроводу та консультування;

2 етап: Проходження курсу медико-психологічної реабілітації. Мета етапу: проведення серії психологічних консультувань та заходів з психологічної реабілітації, абілітації, соціалізації тощо (індивідуальна та групова робота); запрошення на планову профілактичну зустріч з психологом (за місцем проживання).

3 етап: Робота з психологічного консультування та психологічного супроводу в індивідуальному форматі, після виписки з госпіталю (за потребою);

- проведення заходів та відповідного навчання серед районних фахівців з надання медико-психологічної допомоги;
- забезпечення методичними матеріалами;
- виїзди психологів центру в райони області за потреби;
- щомісячні звіти від районних психологів за проведену роботу;
- гнучка міжвідомча взаємодія за індивідуальною потребою.

У відповідності до Наказу Мінсоцполітики від 01.06.2018 № 810 “Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”, послуги із психологічної реабілітації надаються відповідно до індивідуального плану психологічної реабілітації отримувача послуг.

2.2.2. Програма відновлення життєвих сил учасників ООС

Оскільки основною проблемою учасників ООС є відсутність фізичного ресурсу, ресурсу життєвих сил, емоційна виснаженість, загострення хронічних хвороб або поява нових, основним завданням реабілітації є поповнення ресурсів на усіх рівнях особистості.

1. Ефективність елементів програми.

Реабілітаційна робота зосереджується на максимальному відновленні життєвих сил. Учасникам ООС пропонується досить розгорнута програма з високим рівнем емоційної насиченості, але для тих, хто повертається в зону бойових дій, рівень емоційної насиченості корегується і змінюється в кожному окремому індивідуальному випадку. Певна частина військовослужбовців також потребує моральної підтримки, яка формулюється в питання “За кого та за що ми воюємо?”. Відновлення життєвих сил відбувається досить ефективно за допомогою:

- ритмічної діяльності,
- створення захищеного простору довіри,
- якісної свіжої домашньої їжі,

- перебуванні на природі,
- контакті з тваринами,
- тілесних та водних процедур тощо.

Підтвердження цінності захисту України на передовій отримується, в першу чергу, у взаємодії з місцевим населенням, яке висловлює свою вдячність та повагу; в спілкуванні зі школярами та представниками армії УПА, які мешкають в регіоні. Важливим для деяких учасників ООС є спілкування зі священником та відкриття для себе церковного життя як потенційного ресурсу.

2. Вплив тривалості програми.

Тривалість стандартного реабілітаційного заїзду – 10 днів (законодавством передбачено не більше 18 днів). Іноді трапляється так, що діючі військові вимушено скорочують перебування, оскільки мають бажання відвідати рідних чи друзів під час відпустки, побути вдома тощо. Існує також така категорія військових, які не мають ні житла, ні можливості зустрітися з рідними – вони лишилися на окупованій території. Слід зазначити, що скорочення перебування у реабілітаційному заїзді значно зменшує його ефективність.

3. Вплив комбінованого складу групи.

У групі з 8-12 осіб, які приїжджають на реабілітаційні заїзди, зазвичай є як діючі військові, так і демобілізовані, звільнені з полону, військові з відпусткою після лікування в госпіталі, військові виведені з зони бойових дій. Таке комбінування є досить позитивним явищем, адже в такій різноманітній за складом групі відбувається взаємообмін, взаємокорекція та потужна взаємопідтримка. Зазвичай на кожен заїзд припадає 2-3 “важких” особи, які потребують особливої підтримки та допомоги від групи. Для більшості демобілізованих є важливим контакт з тими, хто повертається на службу, це своєрідний місток, що з’єднує їх з війною, яка стала найсильнішим враженням їхнього життя та найважливішим його етапом. А діючі військові мають можливість побачити власні перспективи після закінчення служби. Учасники заїзду

разом з фахівцями та волонтерами є певною ідеальною моделлю суспільства, яким би воно могло бути.

3. Пропозиції щодо перспектив роботи у майбутньому.

- потреба у збільшенні кількості осередків та кількості реабілітаційних заїздів;
- потреба кожного діючого військового раз на рік під час служби пройти відновлення впродовж мінімум 10 днів за програмою та обов'язково після завершення служби (одразу чи через 3-4 місяці після звільнення).

Колектив авторів В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан [12] глибоко проаналізували механізми поведінки особи в кризових ситуаціях та запропонували способи виходу.

Алгоритм роботи з втратами

Алгоритм роботи включає в себе:

- а) визнання і усвідомлення свого стану, пов'язаного із втратою;
- б) визнання і усвідомлення тих потреб, які були задоволені в клієнта за допомогою людини (ситуації), яку втрачено;
- в) визнання безповоротності втрати, символічне “відпускання” втраченого;
- г) визнання необхідності задоволення цих потреб, незважаючи на втрату;
- д) прийняття інших людей і іншого способу задоволення своїх потреб.

Метафорична символіка “за водою” передбачає відпускання “човна із втраченим” за течією, що може бути здійснено в арт-практиці, в медитації чи при взаємодії із реальною водоймою.

Програма групових зустрічей на тему самоорганізації особистості

Самоорганізація особистості як відображення саморуху матерії, як єдність процесів саморозвитку та саморегуляції, як внутрішній зміст діяльності	Когнітивний блок: “Що я можу знати?”	Самоспостереження; Самопізнання; Самоусвідомлення; Самовизначення.
	Практичний блок: “Що я мушу робити?”	Самообмеження; Самовповноваження; Самопрограмування; Самовдосконалення; Самоактуалізація.
	Корекційний блок: “На що я можу сподіватися?”	Самореалізація; Самоаналіз; Самооцінка; Самоконтроль; Самоврядування.

Для групової профілактичної роботи можна використовувати дані дослідження Колісніченко О.С. з співав [17], згідно з якими **підвищення ймовірності розвитку ПТСР сприяють:**

- підвищені показники інтернальності у сфері невдач, як основа схильності до самозвинувачень;
- використання заперечення і заспокійливих в якості ведучих копінг-стратегій;
- страх прояву справжніх почуттів, тобто відхід від переживання ситуації;
- зайва відкритість соціальному світу, вразливість.

Знижують вірогідність ПТСР:

- розвинена ціннісно-смилова регуляція діяльності, формування волі на основі ціннісносмилової сфери;
- здатність контролювати ситуацію спілкування, як з товаришами, так і з оточуючими, компетентність у спілкування, дипломатичність, здатність йти від конфліктних ситуацій;
- здатність самостійно приймати рішення;
- вміння в уяві програвати стресові ситуації, ситуації неспіху;
- впевненість у собі та своїх цінностях і в правильності своїх дій, оптимізм, вміння проявляти свої почуття

Дослідження співробітників лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України свідчать, що найважливіші аспекти реабілітації в умовах масивної та пролонгованої травматизації, викликані переживанням подій війни, це:

- оперативне відновлення індивідуально-психологічних, особистісних і соціально-психологічних ресурсів життєздатності;
- регенерація частково зруйнованої ціннісно-смилової структури та активізація тимчасово недієвих ресурсів заради підвищення самоефективності;
- навчання проблемної молоді майбутній професії, стимуляція професійної активності, створення сім'ї, робота у групах взаємодопомоги;
- використання арт-терапії у роботі з внутрішньо переміщеними особами з метою відновлення втраченої особистісної цілісності та неперервності;
- апробація спеціальних реабілітаційних програм для телефону чи планшету, які сприятимуть підвищенню саморегуляції, кращому осмисленню досвіду, побудові планів на майбутнє, залученню до спільнот взаємодопомоги;
- залучення до психологічної реабілітації великих груп людей плеїбек-театру як методу покращення самоприйняття, реконструюванню ідентичності, інтеграції травматичного досвіду у цілісну життєву історію.

Справжнім дороговказом на шляху до реабілітації та реадaptaції учасників ООС є розроблена Т.М. Титаренко дорожня карта психологічної реабілітації учасників ООС [34,35,74].

2.2.3.Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації

Соціально-психологічна реабілітація є не пасивною реадaptaцією, поверненням людини до колишнього життя, яке було в неї до травматизації. Це радше активізація здатності життєтворення, тобто здатності перепроєктовувати власне життя та втілювати, реалізовувати ці оновленні проекти в сімейній, особистій, професійній та інших сферах.

Процес реабілітації особистості складається з **підготовчого, базисного та підтримувального етапів**

Технології, які доцільно використовувати на **підготовчому етапі** реабілітації:

- а) технологія подолання недостатньої, чи навіть негативної мотивації щодо власного психологічного здоров'я (техніки активізації бажання самозмін, активізації позитивних спогадів, стимуляції позитивним прикладом);
- б) технологія вибудови нових ефективних мотиваторів (техніки мрій про бажане майбутнє, активізації ресурсу подолання перешкод; перших кроків, активізації підтримки оточення)
- в) технологія виявлення та активізації сліпих зон уваги стосовно можливостей досягнення психологічного благополуччя (техніки опису власного дня; активізації бажання самозмін);

Технології, які доцільно використовувати на **базисному етапі** реабілітації:

- а) технологія відновлення творчого проектування власного майбутнього за допомогою зважених і відповідальних життєвих виборів (техніки підтримки бажання самозмін, підвищення відповідальності за власне життя, відтермінування задоволень, підвищення інтересу до нового, роботи зі страхами, тренування гнучкості, зміни фокусу автобіографування);

б) технологія апробацій оновленого життєвого проекту за допомогою актуальних і оперативних життєвих завдань (техніки первинного структурування майбутнього, оцінювання наявних обмежень, зваження майбутніх зусиль, своєчасного самоозадачування, редагування власного життєпису, моделювання межі, зміни адресатів, діалогового пошуку подієвих зв'язків);

в) технологія успішної реалізації поставлених завдань за допомогою все більш успішного перепристосування до мирного життя, компетентного практикування (техніки подолання калейдоскопічності Робота з травмами війни. Український досвід 120 спогадів, зміни масштабів пережитого, спільного бачення життєвої ситуації).

Технології, які доцільно використовувати на **підтримувальному етапі**:

а) технологія переінтерпретації травматичних спогадів (техніки наративно-ментативного аналізу власного життя, зміни ракурсу, порівняння версій Я-чуттєвого і Я-рефлексивного, фрагментації життєвої історії);

б) технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу (техніки психоедукації, інформування про ймовірність посттравматичного зростання, позитивної переоцінки ситуації, перетворення енергії стресу, покращення контактування з оточенням, відновлення здатності до сенсотворення, поглиблення уваги до себе).

в) технологія опосередкованого впливу на особистість через організацію більш екологічного, комфортного, естетичного середовища життєдіяльності (техніка активізації взаємодії людини з природою; техніка зниження тривоги, десенсибілізації, посилення самоконтролю; техніка покращення умов існування).

Реабілітаційні впливи розгортаються у 4-векторній – персонально-інструментально-просторово-часовій площині, в межах якої всі чотири напрями реабілітації мають взаємопідсилювальний вплив:

– у напрямі персонального вектора зусилля спрямовано на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості;

- у напрямі інструментального вектора роботу зосереджено навколо відновлення втраченої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися у різних видах діяльності;
- у напрямі просторового вектора увагу спрямовано на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів;
- у напрямі часового вектора увагу сконцентровано на ціннісно-смісловій сфері особистості, переоцінці цінностей, активізації пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Ресурсами, що забезпечують підтримку і оновлення психологічного здоров'я, виступають:

- 1) здатність до відновлення втраченої цілісності, вибудови нових життєвих перспектив;
- 2) здатність до інтенсифікації ціннісно-сміслового пошуку особистості як енергетичного двигуна змін; 3) здатність до підвищення самоефективності;
- 4) здатність до збереження і відновлення значущих стосунків,
- 5) розвиток вміння приймати і надавати допомогу.

2.2.4. Розроблення технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

Організація реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями була об'єктом дослідження в дисертаційних роботах. Так, у роботі Гайди І.М.[6] обґрунтовано, розроблено та апробовано інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні; розроблено науково методологічні підходи до функціонування моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України, що дало змогу обґрунтувати структуру медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги; дістало подальшого розвитку

обґрунтування функціональноорганізаційної структури відділень відновлювального лікування (госпітального та амбулаторно-поліклінічному етапів) для реабілітації учасників бойових дій. В. Лесков [19] проаналізував соціально-психологічні аспекти реабілітації військовослужбовців із районів військових конфліктів. Для дослідження процесу організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, у дисертаційній роботі Бриндікова Ю.Л. [4] було застосовано системний підхід, що передбачав розробку відповідної системи та експериментальну перевірку її ефективності. Ця система реалізується через спеціальні підсистеми – взаємопов’язані блоки, які забезпечують основу для її організації та впровадження. Виокремлено методологічний, змістовий, процесуальний, результативний блоки, між якими встановлено тісний взаємозв’язок. Методологічний блок охоплює мету, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації Н. Сарджвеладзе зосереджена на відновленні нормального соціального і побутового функціонування людини, її духовного світу; психосоціальна модель розвитку стійкості М. Еувема зосереджена на «стійкості», що дає змогу запобігати, мінімізувати або долати згубні наслідки проблем людини; модель ненасильницького спілкування М. Розенберга ґрунтується на ідеї розуміння людиною власних потреб і потреб людей, які її оточують), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю й функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної/фізичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації та забезпечують здійснення реабілітаційних заходів із військовослужбовцями-учасниками бойових дій; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців з виокремленими етапами; комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейної терапії та інноваційних методів і прийомів реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості військовослужбовців (низький, середній, достатній,

високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Відповідно до завдань соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців - учасників АТО, нами визначено комплекс заходів, які необхідно здійснювати у **три основні етапи**, а саме:

- 1) психодіагностичний;
- 2) профілактично-корекційний – спрямований на оптимізацію функціонального стану в учасників ООС (самопочуття, настрою, активності) та проведення з ними профілактичних заходів щодо попередження проявів девіантної поведінки (алкоголізму, наркоманії, правопорушень тощо).
- 3) професійно-відновлювальний етап спрямований на відновлення, підтримання та вдосконалення у військовослужбовців – учасників ООС професійно важливих якостей у пізнавальнокогнітивній, перцептивній та комунікативній сферах особистості. Основними психолого-педагогічними технологіями, які доцільно здійснювати на цьому етапі соціально-психологічної реабілітації, можуть бути різноманітні тренінги. У процесі яких також важливо мотивувати військовослужбовців на підвищення свого професійного рівня та подальший розвиток особистості (формувати реальні уявлення про себе, як професіонала, свої здібності, навчати сучасним прийомам і методам ефективної взаємодії тощо).

У відповідності з вище наведеними етапами запропонована технологічна карта ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС (Таблиця 2.2).

**Технологічна карта
ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам
та учасникам ООС**

Етапи	Послідовність дій	Тривалість
1	2	3
1. Загальні відомості про особу	Систематизація даних про особливості симптоматики особи на момент дослідження та особливості найближчого оточення особи та її ролі стосовно цілісного процесу її психічного здоров'я	1.5 год.
2. Діагностичні дані на особу.	Вивчення особливостей інтелектуальної та емоційно-вольової сфер у контексті наявності ознак ПТСР внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС.	1-2 тижні (залежно від наявності ознак ПТСР в особи)
3. Оздоровчий маршрут особи (необхідне медичне втручання, заходи щодо підтримки фізичного тону).	Визначення медичних втручань, послідовність їх застосування, кількість препаратів/процедур, тижнева кількість годин, що відводяться на процедури;	Протягом 1-2 місяців (залежно від ступеня ураження)
4. Абілітаційний, корекційний, реабілітаційний, психотерапевтичний маршрут особи (заняття, необхідні для покращення та підтримки психічного здоров'я особи).	Визначення переліку абілітаційних, корекційних, реабілітаційних, психотерапевтичних послуг, послідовність їх надання, тижневу кількість годин, що відводяться на кожну послугу, місце проведення.	Протягом пів року
5. Сітка зайнятості	Визначення послідовності введення внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС у професійну діяльність; у сітці враховуються курси перекваліфікації за вибором, факультативи тощо.	Протягом року

Продовження Таблиці 2.2

1	2	3
6. Моніторинг	Невід’ємною складовою процесу реадaptaції та професійної реалізації внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС є оцінка динаміки позитивних змін показників їх інтелектуальної та емоційно-вольової сфер, збирання відомостей про їх успіхи у професійній, суспільній та особистій сферах.	Протягом року
7. Рекомендації щодо роботи з сім’ями	Залучення членів родини до розробки та подальшої реалізації індивідуальної програми реабілітації, реадaptaції та професійної реалізації	Протягом року

На основі проведених досліджень щодо соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців - учасників АТО, нами визначено комплекс заходів, які необхідно здійснювати у **три основні етапи**, а саме: психодіагностичний; профілактично-корекційний; професійно-відновлювальний. Основними психолого-педагогічними технологіями, які доцільно здійснювати на цьому етапі соціально-психологічної реабілітації, можуть бути різноманітні тренінги. У процесі яких також важливо мотивувати військовослужбовців на підвищення свого професійного рівня та подальший розвиток особистості (формувати реальні уявлення про себе, як професіонала, свої здібності, навчати сучасним прийомам і методам ефективної взаємодії тощо). У відповідності з вище наведеними етапами нами була запропонована технологічна карта ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС.

2.3. Апробація технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

Апробація технологічної карти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС здійснювалася у ресурсних центрах ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ) та у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи. У дослідженні брало участь 100 осіб віком від 25 до 38 років: 50 учасників ООС та 50 внутрішньо переміщених осіб.

В межах груп учасники ООС за наданою психотерапевтичною допомогою були поділені ще на три групи:

16 осіб були залучені до психотерапії можливостей;

17 осіб були залучені до короткотермінової психотерапії;

17 осіб були залучені до інтегративна методологія лікування травми (KIM).



Рис. 2.7. Група учасників ООС

Внутрішньо переміщені особи за наданою психотерапевтичною допомогою були також поділені ще на три групи

16 осіб були залучені до психотерапії можливостей;

17 осіб були залучені до короткотермінової психотерапії;

17 осіб були залучені до інтегративна методологія лікування травми (KIM).

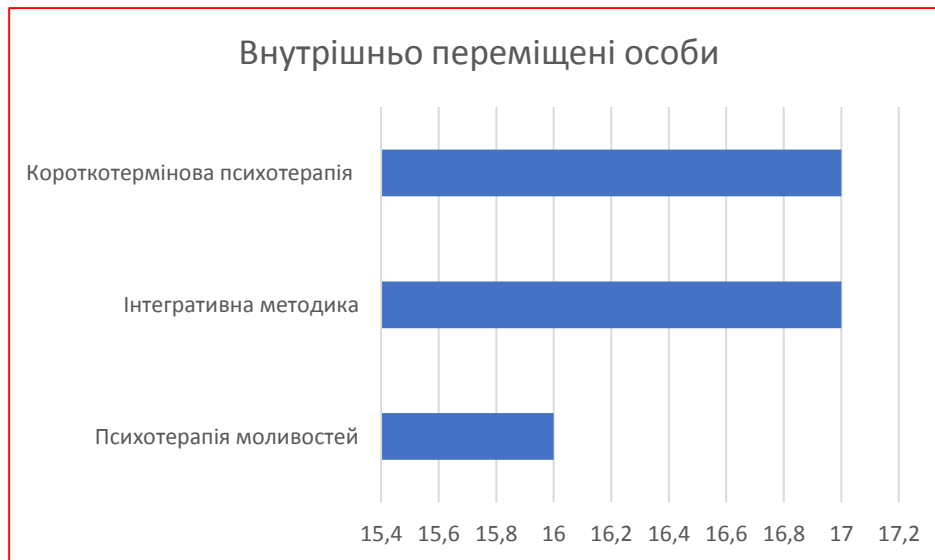


Рис. 2.8. Група учасників ВПО

Перед сеансами психотерапії всі учасники проходили сеанси розслабляючого масажу з використанням придбаного обладнання: масажні столи, масажери, ширми, які використовувалися для зонування приміщення для комфортного самопочуття пацієнтів. При цьому для кожного учасника складалися індивідуальні секвенційні програми масажу з урахуванням даних ЕЕГ, медичних протипоказів тощо.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що в учасників ООС експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 23,9% до 23%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження курсу із психотерапії можливостей стали більш врівноваженими. Знизився рівень емоційної лабільності з (24% до 23,1%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 22,5% до 23%) та дратівливості (з 22,4% до 23,2%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє покращенню їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 22,4% до 23,2%), прояв спонтанної агресивності (з 22,3% до 23,2%) учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш

оптимістичними та емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (з 22,3% до 23,1%), невротизації (22,3% до 22,9%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 22% до 21%), рівня ПТСР (з 21% до 19%), почуття провини (з 23% до 21,9%), це свідчить про те, що після проходження тренінгу із психотерапії можливостей в учасників ООС знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.9.



Рис. 2.9. Динаміка показників до та після проведення психотерапії можливостей

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що в учасників ООС експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23,8%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження психотерапії із імагінативнативної методології стали більш врівноваженими. Знизився рівень емоційної лабільності з (22,4% до 21,6%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії

можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 23% до 22,1%) та дратівливості (з 24% до 22,9%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє покращенню їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 23,8% до 23,1%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) учасники ООС після проходження психотерапії із імагінативної методології стали більш оптимістичними та емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (24% до 22,9%), невротизації (23,6% до 23,1%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 22% до 11,9%), рівня ПТСР (з 21% до 12,1%), почуття провини (з 23% до 22,2%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії із імагінативної методології в учасників ООС знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.10.

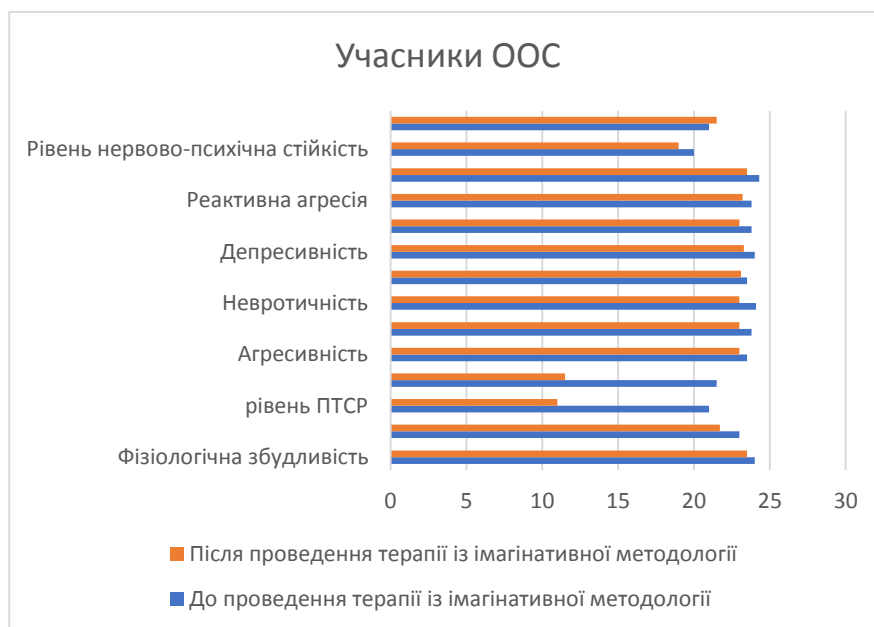


Рис. 2.10. Динаміка показників до та після проведення психотерапії із імагінативної методології

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що в учасників ООС експериментальної групи знизився показник фізіологічної

збудливості (з 24% до 23%), що свідчить про те, що в учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії стали більш врівноваженими. Знизився також рівень емоційної лабільності з (22,4% до 21,3%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24% до 23,1%) та дратівливості (з 23,6% до 22,8%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє покращенню їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 23% до 22%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії стали більш оптимістичними та емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (24% до 23,1%), невротизації (23,6% до 22,8%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 23,5% до 19,1%), рівня ПТСР (з 23,6% до 19%), почуття провини (з 23% до 22,1%), це свідчить про те, що після проходження короткотермінової психотерапії в учасників ООС знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.11.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що у внутрішньопереміщених осіб експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23,5%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження курсу із короткотермінової психотерапії стали більш врівноваженими. Знизився також рівень емоційної лабільності з (24% до 23,7%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження короткотермінової психотерапії стали більш емоційно стійкими



Рис. 2.11. Динаміка показників до та після проведення короткотермінової психотерапії

до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24% до 23%) та дратівливості (з 24% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження короткотермінової психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє налагодженню взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 24,1% до 23%), прояв спонтанної агресивності (з 23,8% до 23%) внутрішньо переміщені особи після проходження тренінгу із короткотермінової психотерапії стали більш емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (25% до 16%), невротизації (24,5% до 15,5%), що свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб після проходження короткотермінової психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 22% до 20%), рівня ПТСР (з 20% до 19%), почуття провини (з 23,5% до 22,5%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії можливостей у внутрішньо переміщених осіб знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.12.



Рис. 2.12. Динаміка показників до та після проведення короткотермінової психотерапії

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що у внутрішньопереміщених осіб експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23,8%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії із імінативної методології стали більш врівноваженими. Знизився рівень емоційної лабільності з (24,3% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24% до 23,6%) та дратівливості (з 24% до 21%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це позитивно впливає на їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 23,8% до 23%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії із імагінативної методології стали більш оптимістичними та емоційно стабільними. Знизився рівень невротичності з (24% до 23%), невротизації

(23,6% до 23%), що свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб після проходження психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 23% до 9%), рівня ПТСР (з 22% до 10%), почуття провини (з 24% до 23%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії із імагінативної методології у внутрішньо переміщених осіб знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.13.

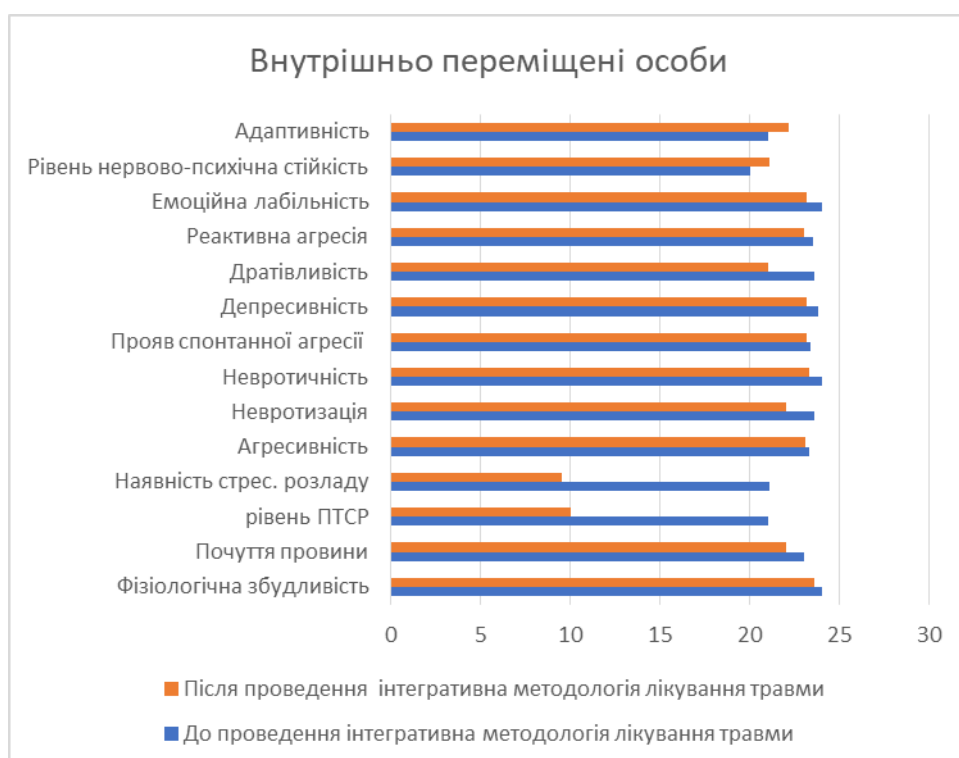


Рис. 2.13. Динаміка показників до та після проведення психотерапії із імагінативнативної методології

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що у внутрішньопереміщених осіб експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження курсу із психотерапії можливостей стали більш врівноваженими. Знизився також рівень емоційної лабільності з (22,4% до 21,5%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до

впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24,1% до 23,2%) та дратівливості (з 23,6% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє налагодженню взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 24,6% до 23%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) внутрішньо переміщені особи після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (24% до 23,8%), невротизації (23,6% до 23%), що свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб після проходження психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 9% до 22%), рівня ПТСР (з 8,5% до 22%), почуття провини (з 23% до 21,9%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії можливостей у внутрішньо переміщених осіб знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.14.

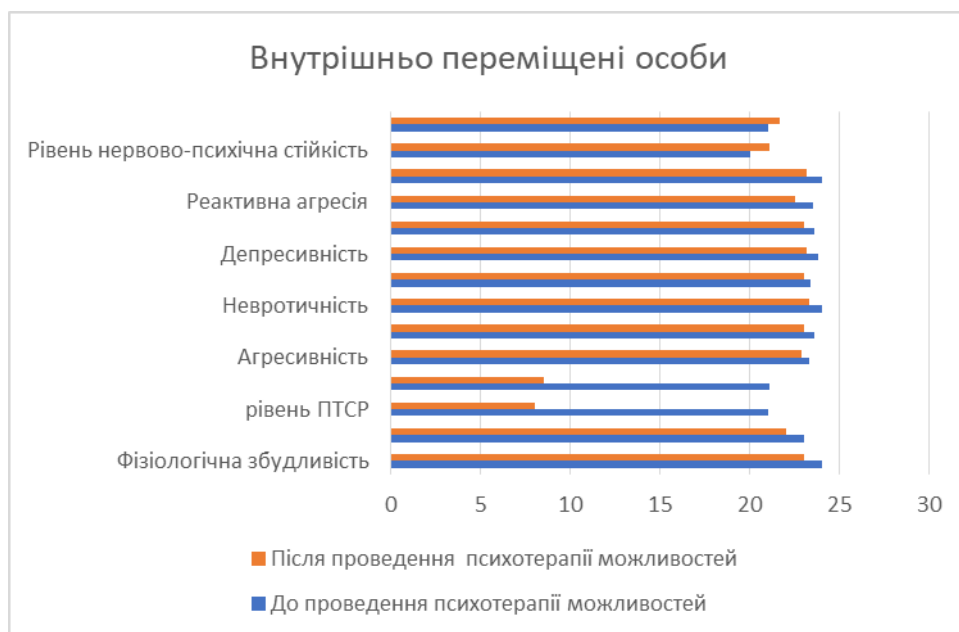


Рис. 2.14. Динаміка показників до та після проведення психотерапії можливостей

Було проведено порівняльний аналіз у групі внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС за допомогою t-критерія Альфа Кромбаха. Після впровадження психотерапевтичних технологій статистично значуще знизились

рівні таких показників як наявність стресового розладу ($t = 2,482$ при $p \leq 0,05$), рівень посттравматичного стресового розладу ($t = 2,268$, при $p \leq 0,05$), невротизації ($t = 2,432$, при $p \leq 0,05$), ригідності ($t = 2,527$, при $p \leq 0,05$), дратівливості ($t = 2,341$, при $p \leq 0,05$), агресивності ($t = 1,373$, при $p \leq 0,05$), невротичності ($t = 2,592$, при $p \leq 0,05$), почуття провини ($t = 2,429$, при $p \leq 0,05$), реактивної агресії ($t = 2,081$, при $p \leq 0,05$), емоційної лабільності ($t = 2,527$, при $p \leq 0,05$), фізіологічної збудливості ($t = 2,396$, при $p \leq 0,05$), фрустрації ($t = 2,483$, при $p \leq 0,05$), депресивності ($t = 2,584$, при $p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що після проходження курсу психотерапії у внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС знизився рівень стресового розладу, емоційної лабільності, ригідності, дратівливості, невротичності, знизилася почуття провини, прояв агресії, збудливості, розчарування при нездійсненній меті, морального дискомфорту. Див. Рис. 2.15.

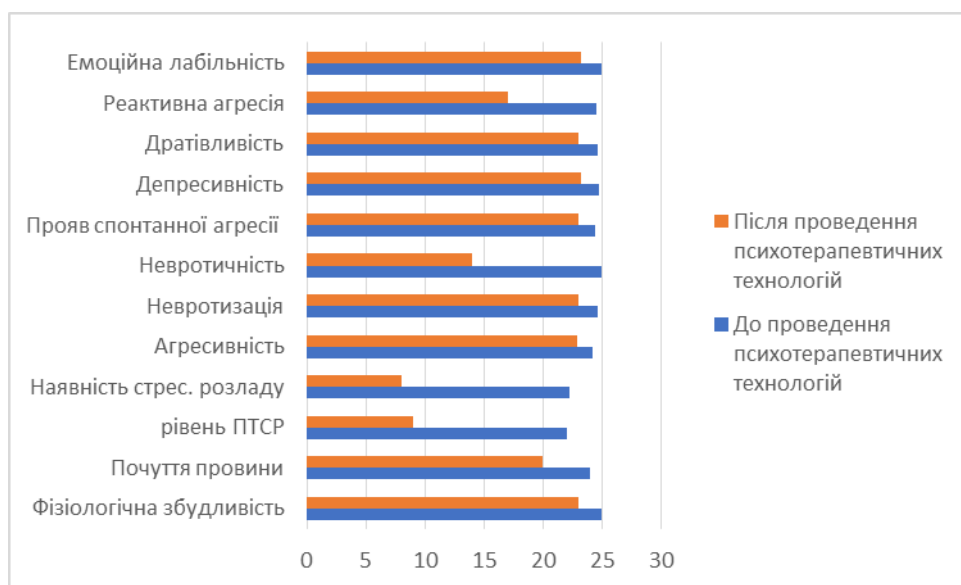


Рис. 2.15. Динаміка показників до та після впровадження психотерапевтичних технологій серед внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС

З'явилась тенденція до зростання рівня нервово психічної стійкості ($t = 2,076$, де $p \leq 0,05$), моральної нормативності ($t = 2,338$, при $p \leq 0,05$), це свідчить про те, що після проходження курсу психотерапії у внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС підвищився рівень нервово психічної стійкості, схильності до самоконтролю та моральної нормативності. Див. Рис. 2.16.

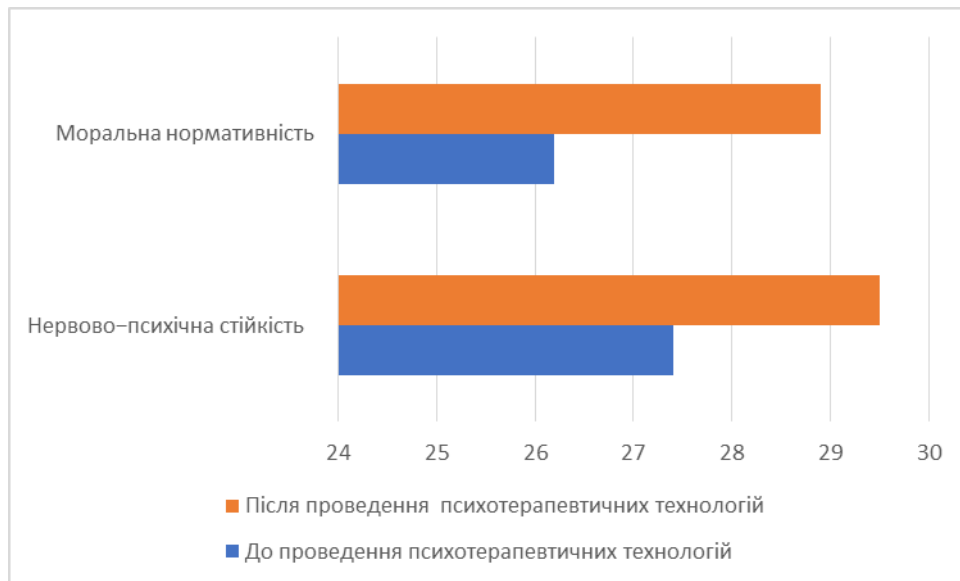


Рис. 2.16. Динаміка показників до та після впровадження психотерапевтичних технологій серед внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС

Можна зробити висновки про те, що після впровадження психотерапевтичних технологій знизився рівень посттравматичного стресового розладу, невротизації, ригідності, дратівливості, агресивності, невротичності, почуття провини, реактивної агресії, емоційної лабільності, фізіологічної збудливості, фрустрації, депресивності та підвищився рівень нервово психічної стійкості, схильності до самоконтролю та моральної нормативності.

Проаналізувавши ефективність впровадження психотерапевтичних технологій (Рис. 2.17) ми дійшли висновку, що короткотермінова психотерапія найбільш ефективна у роботі із підвищенням адаптативності, впевненості у власних силах, стійкості до дії стресових факторів та соціальних впливів. Психотерапія можливостей ефективно працює у випадку емоційних порушень, почуттям провини. Психотерапія інтегративної методології успішно справляється у роботі із травмою, посттравматичним стресовим розладом, використовуючи методи роботи з уявою та пошуком внутрішніх ресурсів особистості.

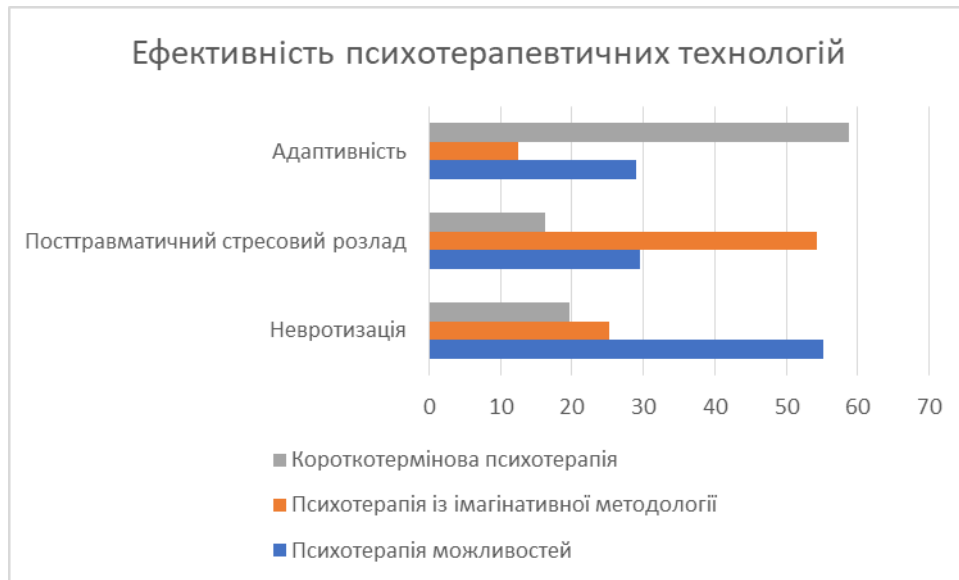


Рис. 2.17. Ефективність психотерапевтичних технологій

З допомогою *багатофакторного аналізу* емпіричних даних, отриманих у групі учасників ООС виділено три фактори:

Фактор 1 пояснює 14,5% дисперсії і має назву «Моральна нормативність». Представлений такими шкалами як: посттравматичного стресового розладу ($r=-0,893$, $p=>0,5$), нервово-психічна стійкість ($r=0,680$, $p=>0,5$), моральна нормативність ($r=0,781$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали моральна нормативність. А найменше притаманне шкалі наявність посттравматичного стресового розладу. Це можна пояснити тим, що високий рівень моральної нормативності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу в учасників ООС.

Фактор 2 пояснює 12,8% дисперсії і має назву «Невротичність». Представлений такими шкалами як: невротичність ($r=0,846$, $p=>0,5$), 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 ($r=0,517$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали невротичність. А найменше притаманне для шкали схильність до ризику. Це можна пояснити тим, що невротичність, реактивна агресивність, емоційна лабільність пов'язані із схильністю до ризику та нервово-психічною стійкістю в учасників ООС.

Фактор 3 пояснює 9,5% дисперсії і має назву «Емоційна лабільність». Представлений такими шкалами як: емоційна лабільність ($r=-0,630$, $p=>0,5$), дратівливість ($r=-0,573$, $p=>0,5$), врівноваженість ($r=0,987$, $p=>0,5$), невротизація ($r=-0,932$, $p=>0,5$), спонтанна агресивність ($r=-0,737$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали врівноваженість, а найменше притаманне для шкали дратівливість. Це можна пояснити тим, що врівноваженість сприяє зниженню дратівливості, невротизації, спонтанної агресивності.

З допомогою *багатофакторного аналізу* емпіричних даних, отриманих у групі внутрішньо переміщених осіб виділено три фактори:

Фактор 1 пояснює 17,4% дисперсії і має назву «Нервово-психічна стійкість». Представлений такими шкалами як: посттравматичний стресовий розлад ($r=-0,784$, $p=>0,5$), нервово-психічна стійкість ($r=0,980$, $p=>0,5$), моральна нормативність ($r=0,644$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали нервово-психічна стійкість. А найменше притаманне шкалі наявність посттравматичного стресового розладу. Це можна пояснити тим, що високий рівень нервово-психічної стійкості та моральної нормативності сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб.

Фактор 2 пояснює 14,7% дисперсії і має назву «Адаптивність». Представлений такими шкалами як: невротичність ($r=-0,546$, $p=>0,5$), адаптивність ($r=0,785$, $p=>0,5$), емоційна лабільність ($r=0,656$, $p=>0,5$), схильність до ризику ($r=0,687$, $p=>0,5$), нервово-психічна стійкість ($r=0,741$, $p=>0,5$), агресивність ($r=-0,517$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали адаптивність. А найменше притаманне для шкали агресивність. Це можна пояснити тим, що високий рівень адаптивності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню невротичності, агресивності та емоційної лабільності.

Фактор 3 пояснює 10,4% дисперсії і має назву «Почуття провини». Представлений такими шкалами як: емоційна лабільність ($r=-0,630$, $p=>0,5$), дратівливість ($r=-0,573$, $p=>0,5$), почуття провини ($r=0,987$, $p=>0,5$),

невротизація ($r=-0,932$, $p=>0,5$), рівень ПТСР ($r=0,737$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали почуття провини, а найменше притаманне для шкали дратівливості. Це можна пояснити тим, що рівень ПТСР пов'язаний із емоційною лабільністю, дратівливістю, почуттям провини та невротизацією.

Можна зробити висновки про те, що згідно із результатами факторного аналізу у групі учасників ООС, високий рівень моральної нормативності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу. Невротичність, реактивна агресивність, емоційна лабільність пов'язані із схильністю до ризику та нервово-психічною стійкістю. Високий рівень врівноваженості сприяє зниженню дратівливості, невротизації, спонтанної агресивності. У групі внутрішньо переміщених осіб високий рівень нервово-психічної стійкості та моральної нормативності сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб. Високий рівень адаптивності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню невротичності, агресивності та емоційної лабільності, рівень ПТСР пов'язаний із емоційною лабільністю, дратівливістю, почуттям провини та невротизацією.

Опираючись на результати Рис. 2.17 та висновки багатофакторного аналізу емпіричних даних, можна запропонувати алгоритм реалізації п.4 технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС (Таблиця 2.3)

**Організація психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним
особам та учасникам ООС**

Основні етапи організації психотерапевтичної допомоги	Назва методу	Ціль етапу	Результат
Первинна психотерапевтична допомога	Психотерапія можливостей	Досягнення стабілізації у постраждалих ВПО та учасників ООС, зменшення рівня дистресу	Зниження показників невротизації
	Коротко термінова психотерапія, сконцентрована на розв'язку (КТР)	Задоволення основних потреб, надання допомоги у вирішенні основних проблем і відновленні контролю над ситуацією. За потреби – забезпечення постраждалим доступу до інших ресурсів	Підвищення рівня адаптивності
Поглиблена психотерапевтична допомога	Концепція Інтегративних Методик (KIM)	Формування позитивних образів у постраждалих, створення образів-процесів, із пошуку свого місця в житті	Зниження рівня постравматичного стресового розладу (ПТСР)

Висновки

Можна зробити висновок про те, що у внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС після впровадження психотерапевтичних технологій знизився рівень посттравматичного стресового розладу, невротизації, ригідності, дратівливості, агресивності, невротичності, почуття провини, реактивної агресії, емоційної лабільності, фізіологічної збудливості, фрустрації, депресивності та підвищився рівень нервово психічної стійкості, схильність до самоконтролю та моральної нормативності.

Отримані результати, за підсумками проведення формувального експерименту, дозволяють стверджувати, що впровадження психотерапевтичних технологій – короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей, психотерапії інтегративної методології травмотерапії ефективно сприяють подоланню посттравматичного стресового розладу, невротичних симптомів, емоційній нестійкості та сприяють підвищенню рівня адаптивності внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. На основі проведених наукових досліджень розроблено та апробовано технології терапевтичної корекції симптомів посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС, зокрема, - методи короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей та узгодженої інтегративної методології травматерапії.
2. Встановлено, що короткотермінова психотерапія найбільш ефективна у роботі із підвищенням адаптативності, впевненості у власних силах, стійкості до дії стресових факторів та соціальних впливів. Психотерапія можливостей ефективно працює у випадку емоційних порушень, почуттям провини, переживанням неконструктивних. Психотерапії із імагітивнативної методології успішно справляється у роботі із травмою, посттравматичним стресовим розладом, використовуючи методи роботи з уявою та пошуком внутрішніх ресурсів особистості.
3. Розроблена технологічна карта ефективної терапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС. Результати апробації технологічної карти у ресурсних центрах для підтримки внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ) та у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи свідчать про позитивні зміни показників їх інтелектуальної та емоційно-вольової сфери, зникнення ознак посттравматичного стресового розладу у 30 % реабілітованих осіб, що вказує на необхідність впровадження технологічної карти ефективної терапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС в Україні.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМ ЕФЕКТИВНОГО САМОМЕНЕДЖМЕНТУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА УЧАСНИКІВ ООС ДЛЯ ЇХ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ В НОВИХ УМОВАХ ПРОЖИВАННЯ

3.1. Дослідження особливостей підтримки внутрішньо-переміщених осіб з метою підвищення ефективності їх самореалізації в нових умовах проживання

Згідно досліджень Агентства ООН у справах біженців (УВКБ ООН), Міжнародної Організації Міграції (МОМ), Світового банку та інших глобальних організацій, у більш ніж 50 країнах світу близько 26 мільйонів людей вирвані з їхніх домівок та переселені у власних країнах внаслідок конфліктів або порушень прав людини. Крім того, стихійні лиха спричинили переміщення 36 мільйонів людей у всьому світі. Внутрішньо переміщені особи, або "ВПО", є частиною цивільного населення, яке потребує захисту та допомоги через конфлікт та порушення прав людини або через природні катаклізми. Дане дослідження покликане здійснити аналіз та розробити рекомендації щодо покращення якості роботи, спрямованої для ВПО, розроблення ефективних програм їх особистого соціально-економічного розвитку в нових умовах проживання.

Світовий досвід свідчить, що вимушені виїжджати зі своїх домівок, ВПО також зазнають специфічних форм депривації і часто стикаються з підвищеними або особливими ризиками захисту. Ці ризики можуть включати: збройний напад та зловживання під час втечі в пошуках захисту; поділ сім'ї, включаючи збільшення кількості безпритульних дітей; підвищений ризик сексуального та гендерного насильства (особливо жінок та дітей); добровільне залишення землі, житла та іншого майна; переміщення в недоброзичливе середовище, де вони страждають від маргіналізації, дискримінації чи домагань. Зіткнувшись із такими ризиками, внутрішньо переміщені жінки, чоловіки, дівчата та хлопці повинні продемонструвати неабиякий ступінь стійкості та

сили, спираючись, в основному, на особисті здібності адаптації, розвитку, профорієнтації та інтеграції. Запобігання переміщенню та захист ВПО та інших постраждалих груп населення в межах країни покладено на національні органи влади. Зокрема в ситуаціях збройного конфлікту, ВПО можуть опинитися на територіях, на яких відсутня або обмежена державна влада (т.з. «сіра зона» на Донбасі). У таких ситуаціях запобігання переміщенню та захист ВПО також здійснюють і неурядові суб'єкти.

У тих ситуаціях, коли держави потребують підтримки або коли національний захист не забезпечується, вирішальна роль захисту відводиться міжнародному співтовариству. На сьогоднішній день, найбільш дієвим механізмом щодо комплексного та довгострокового вирішення проблем ВПО є т.з. «кластерний» підхід, запропонований УВКБ ООН у 2005 році. До даного періоду фактично не існувало вичерпних практичних вказівок щодо того, як запровадити ефективну систему захисту ВПО та сприяти їх особистому розвитку на тривалу перспективу.

Відтак, дане дослідження базується на результатах провідного міжнародного досвіду щодо організації ефективної роботи з внутрішньо-переміщеними особами. Зокрема детально досліджується питання специфіки функціонування та особливостей реалізації на практиці кластерного підходу, з окремим локальним аналізом у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях.

Особливої уваги приділяється застосуванню при роботі з ВПО специфічних компетентностей (attitudes and skills) з метою стимулювання їх особистого розвитку та адаптації. Окрему важливу роль також відведено дослідженню проблем економічної адаптації ВПО, зокрема щодо їх професійної діяльності у нових локаціях.

В загальному, досвід провідних міжнародних організацій, які працюють з проблемами примусового переміщення людей свідчить про те, що такі програми є найбільш ефективними у разі залучення до їх реалізації НДО та навчальних закладів, які, реалізуючи власні ініціативи теж зміцнюють

спроможності громад ВПО на місцях в плані їх подальшої адаптації, інтеграції та особистого розвитку.

Усі ці види діяльності в комплексі призводять до формулювання та втілення на практиці т.з. довгострокових рішень щодо проведення подальшої політики з підтримки внутрішньо-переміщених осіб.

3.1.1. Внутрішньо переміщені особи у сучасному світі

В сучасному світі постійно збільшується частка людей, які живуть довше та є здоровіші, ніж будь-коли в історії людства. Проте сотні мільйонів залишаються у глибокій бідності та є соціально-вразливими. В наслідок неефективного публічного управління, насильства та збройних конфліктів щороку залишають свої домівки (а інколи і країну) все більше людей, і це тільки для того щоб вижити. І доволі часто, коли про цих людей перестають говорити світові ЗМІ, їм, як правило, доводиться надовго залишатись в нестабільних умовах існування в місцевих приймаючих громадах з доволі обмеженими власними ресурсами. Тотальна бідність та обмеженість доступу до благ цивілізації серед переселенців (особливо жінок та дітей) змушує їх до маргінального існування. Недавні кризи яскраво демонструють, як наслідки громадянської війни та окупаційних конфліктів можуть суттєво вплинути на мир, процвітання та безпеку безпосереднього регіону та навіть далеко за його межами. Нажаль, вони також підкреслюють, наскільки швидко може руйнуватися глобальна солідарність підтримки жертв цих криз (зі слів Філіппо Гранді, верховного комісара ООН у справах біженців) [55].

В загальному, внутрішнє переміщення описує ситуацію з особами, які були змушені залишити свої домівки та, відповідно, стали соціально-та економічно вразливішими за інше населення відповідної країни. Дана категорія людей потребує особливої допомоги та захисту [48]. Так звані «Керівні принципи внутрішнього переміщення» містять 30 пунктів, які ґрунтуються на міжнародних юридичних нормах щодо прав людини (IHRL), міжнародному гуманітарному праві (IHL) та праві біженців за аналогією [49]. Дані міжнародні

нормативно-правові акти охоплюють регулювання та/або визначення широкого спектру потреб ВПО у допомозі та захисті, необхідних під час переміщення, під час повернення та під час переселення чи реінтеграції. Вони також охоплюють засоби захисту від хаотичного переміщення.

З числа всіх осіб, які вимушено покинули власні домівки, саме внутрішньо переміщені особи (ВПО) становлять найбільшу частку переселенців у всьому світі. Однак, для формування правильних відповідей на поставлені проблеми необхідні точні та практичні дані, якісні статистичні показники щодо ВПО. На жаль, на сьогоднішній день, незважаючи на особливу актуальність та фундаментальність досліджуваних проблем щодо внутрішньо-переміщених осіб в усьому світі, існують труднощі щодо отримання адекватних статистичних показників, а інколи такі дані взагалі є дефіцитними та/або недоступними. Тому міжнародна спільнота, зокрема ООН та ЄС вказує на необхідність розроблення певних стандартів у цій сфері з метою одержання порівнюваних та якісних статистичних та аналітичних даних щодо ВПО [75].

Згідно дослідження Центру Глобального Розвитку (Center for Global Development) у світі налічується понад 68,5 мільйонів примусово переміщених людей, у тому числі близько 40 мільйонів внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які переїхали через виникнення певного конфлікту, насамперед, через військово-політичне, комунальне та кримінальне насильство. Також мільйони людей були переміщені іншими рушіями, включаючи катастрофи, економічну нестабільність та проекти розвитку (до прикладу – будівництво інфраструктурних об'єктів). 99 відсотків цих переселенців перебувають у країнах з низьким та середнім рівнем доходу та стикаються з серйозними соціально-економічними проблемами. Щоб підтримати їх у подоланні цих викликів, урядам, насамперед, слід зосередитись на допомозі ВПО, що полягає у досягненні ними більшої самостійності. Розроблення найкращих практик щодо їх адаптації та самореалізації в нових умовах проживання значною мірою залежатиме від того, наскільки ця категорія населення базується в міських або сільських районах. Так, у містах є більше економічних можливостей, однак, ВПО часто потребують певної підтримки для того, щоб скористатися ними.

Щоб підтримати сільських ВПО, державним діячам слід інвестувати у створення нових економічних можливостей у сільській місцевості або, за обмежених інвестиційних ресурсів, сприяти переїзду деяких переселенців у міста [39]. Інформацію про місця геолокації ВПО в світі подано на рисунку 3.1.

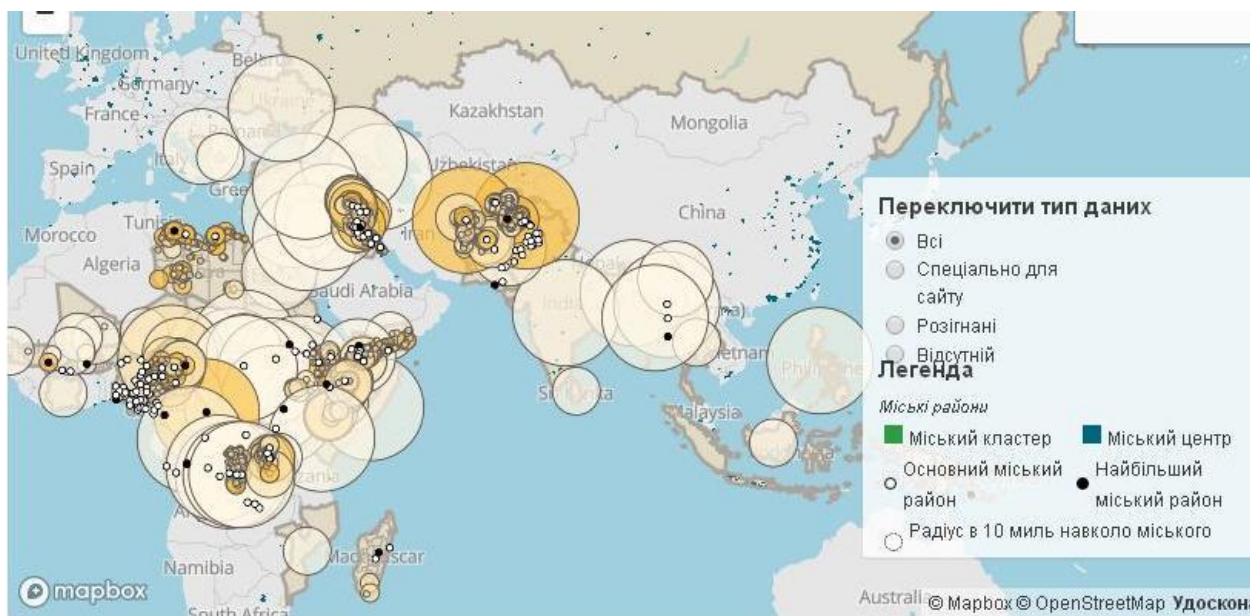


Рис. 3.1. Карта локалізації ВПО в країнах світу, 2019 р. [79]

Внутрішнє переміщення значної кількості населення завжди пов'язане з проблемами їх залучення до суспільного сектору економічної діяльності. Економічна активність ВПО характеризується їх бажанням та спроможністю здійснювати певні види трудової або підприємницької діяльності шляхом найму, започаткування власної справи або само зайнятості (що є базовою умовою забезпечення добробуту населення). Це має пріоритетне значення для ВПО, більшість із яких внаслідок вимушеного переселення втратили роботу й інші доходи, які були основним джерелом для їхнього існування. При цьому вимушені переселенці з окупованих територій зазнали надзвичайно великих матеріальних і моральних втрат, тому їх матеріальне становище й соціально-психологічне самопочуття різко погіршилося порівняно з тим, яким воно було до переселення. За таких умов саме підвищення економічної активності, яка реалізується в ефективній зайнятості й малому підприємстві, дасть

можливість ВПО відновити своє суспільне становище, краще інтегруватися в територіальні громади, куди вони переселились [1, с.3].

Слід зауважити, що в Україні до сьогоднішнього ще трапляються випадки неточних даних обліку та реєстрації внутрішньо-переміщених осіб, оскільки не усі ці громадяни вчасно ставали на облік в органах соціального захисту, не повідомляють про своє переміщення, повернення назад, про працевлаштування (особливо неофіційне). Держава не має повного спектру дієвих інструментів щодо 100-% моніторингу цих процесів.

Відтак, ще у 2016 р. Міжнародна організація Праці (МОМ) запровадила ініціативу Національної системи моніторингу (НМС) – регулярного комплексного дослідження ситуації з внутрішньо-переміщеними особами в Україні з метою підтримки всіх урядових та неурядових зацікавлених сторін у створенні доказових політик та програмних рішень щодо ВПО [11, с. 5].

У своєму дослідженні Антонюк В.П. та Щетініна Л.В. [1] зазначають, що однією із найважливіших характеристик переселенців є їх економічна активність. Фактично, рівень даного показника відображає не лише економічну структуру даної категорії населення (частину працездатних та непрацездатних громадян), але і їх потенційну здатність бути задіяними у процесі створення національного продукту на нових місцях проживання, інтеграцію з місцевим населенням, персональну відповідальність за власний добробут та безпеку.

Статистика економічно активних ВПО є часто обмеженою, оскільки не фіксується статистичними органами. До складу економічно активних переселенців входять різні категорії ВПО: 1) працівники, які перемістилися разом з підприємствами і переважно є зайнятими на даний момент; 2) особи, які виїхали з територій, що не контролюються Україною (ТНКУ), зареєструвалися як ВПО і зверталися по допомогу в пошуках роботи до державної служби зайнятості (ДСЗ); 3) особи, які виїхали з ТНКУ, зареєструвалися як ВПО і не зверталися до ДСЗ; 4) особи, які виїхали з непідконтрольних Україні територій та самостійно здійснювали пошуки роботи і працевлаштовувалися. Більш-менш повна інформація є лише за другою категорією переселенців, однак не охоплює

всіх економічно активних ВПО [1, с. 6]. Інформацію про місця проживання ВПО в Україні представлено на рисунку 3.2.

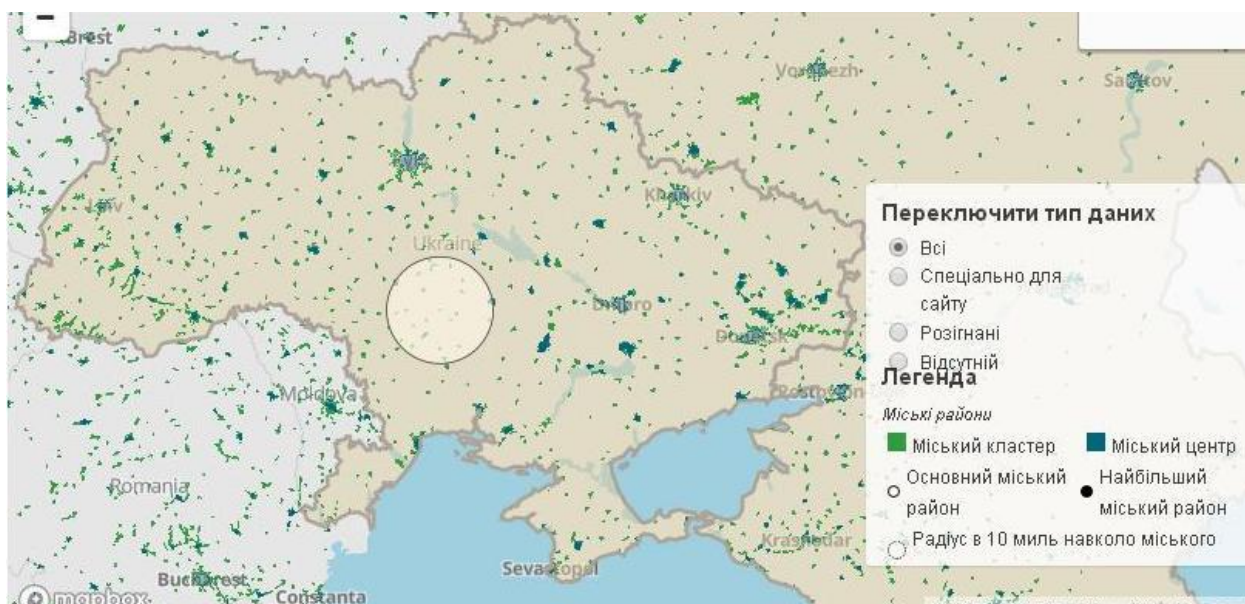


Рис. 3.2. Карта локалізації ВПО в Україні, 2019 р. [79]

Відтак, на сьогоднішній день найповніші аналітичні дані надаються в ході досліджень проблем та життєдіяльності ВПО Міжнародною Організацією Міграції у Звітах національної системи моніторингу ВПО [11, с.7].

До прикладу, ще однією категорією людей, які постраждали від російської агресії є ветерани АТО/ООС, але комплекс їхніх проблем є дещо відмінним від ВПО. В загальному, результати проведеного невеликого порівняльного дослідження щодо особливостей адаптації до нових економічних умов між внутрішньо-переміщеними особами з тимчасово-окупованих територій України та ветеранами ООС/АТО вказують, що для переселенців найбільша проблема здебільшого полягає у складності адаптації до інших зовнішніх економічних умов (нові професії, інший рівень оплати праці, необхідність залишити «улюблену справу» тощо). На відміну від них, учасники війни на Сході України хоча і повертаються у своє звичне середовище проживання, роботи, у них виникає багато внутрішніх психологічних «обмежувачів», що в багатьох випадках не дозволяють людині сприймати все так само, як до війни. Відтак, незважаючи на першопричини виникнення проблем із адаптацією до нових економічних умов, як показує кращий іноземний досвід, робота з цими людьми має обов'язково поєднуватись із таких чотирьох складових:

- 1) державна соціальна допомога та консультація;
- 2) підтримка місцевими громадами та неурядовими організаціями;
- 3) професійний психологічний супровід;
- 4) менторська підтримка в сфері само-менеджменту, профорієнтації та набуття нових професійних skills, основ бізнесу та фінансів.

Доволі часто усі ці види послуг вищевказаним категоріям осіб можуть надаватись комплексно в ході якоїсь державної чи навпаки недержавної програми, оскільки, як свідчить світова практика, застосування системного впливу адаптивних послуг на представників з числа внутрішньо-переміщених осіб та ветеранів може призвести до позитивного ефекту.

3.1.2. Використання кластерного підходу в процесі та роль УВКБ ООН та громадянського суспільства для підтримки та самореалізації ВПО

Проблема біженців в історії не є новою, однак, найбільше вона загострилась з початку XX ст., коли світ по черзі охопили дві Світові війни, коли в кризовій ситуації опинялись десятки мільйонів людей одночасно. І навіть після 1945 р. ситуація кардинально не покращилась, оскільки через «Холодну війну» поле бою, нажаль перенеслось у 3-ті країни, які мали визначатись перед вибором соціалізму чи капіталізму. І хоча політична ситуація на поч. XXI ст. дещо змінилась, конфлікти, катаклізми та політична боротьба за ресурси і надалі змушують мільйони людей щоденно покидати власні домівки. Зважаючи на це, проблема біженців та внутрішньо-переміщених осіб у 2-й пол. XX ст. набула глобального масштабу, а на її вирішення, принаймні формально, погодились більшість країн-учасниць ООН. Відповідно до цього ще у 1950 р. було створено Агентство ООН у справах біженців (УВКБ ООН). За 70 років орган має велику історію надання послуг із захисту та допомоги внутрішньо переміщеним особам. Мандат УВКБ ООН в цьому відношенні ґрунтується на статті 9 його Статуту та серії резолюцій Генеральної Асамблеї ООН, починаючи з 1970-х років, які визнають особливу

гуманітарну експертизу УВКБ ООН та заохочують її участь у ситуаціях внутрішнього переміщення. Резолюція 53/125 Генеральної Асамблеї від 9 грудня 1998 року передбачає, що така участь повинна базуватися на запитах Генерального секретаря або компетентних головних органів Організації Об'єднаних Націй та за згодою відповідної держави; що має враховуватись взаємодоповнюваність мандатів та досвіду інших організацій, не підриваючи інституту притулку [69].

За відсутності єдиного відомства в системі ООН з всеохоплюючим мандатом на захист та допомогу ВПО, у 1990-х роках у контексті Міжустановчого постійного комітету (МПК) з'явився консенсус щодо «підходу до співпраці» з вимушеними внутрішніми переміщеннями населення. На той час це виявився найбільш підходящим і єдино можливий механізм реагування на ситуацію в світі [60]. Цей підхід вимагав від усіх наявних агентств внести свій внесок у свої можливості та відповідно до своїх мандатів та досвіду вирішення ситуацій внутрішнього переміщення під кураторством Координатора надзвичайних ситуацій на рівні штаб-квартири ООН та на місцях Координатором гуманітарних питань ООН.

Як результат, у грудні 2005 року IASC погодився встановити т.з. «кластерний підхід», який організував дев'ять найважливіших областей гуманітарного реагування у «кластери», що складаються з широкого кола суб'єктів (включаючи НУО та інші міжурядові організації, що не входять в ООН) на чолі з чітко визначеним «керівництвом кластерів» для кожного кластера зокрема. У рамках цієї системи УВКБ ООН прийняло керівну роль у кластерах щодо захисту внутрішньо переміщених осіб, спричинених конфліктами. Завдяки новому підходу УВКБ ООН прагне бути надійним та передбачуваним партнером у рамках міжвідомчих зусиль для спільної роботи [80, с. 40].

Кластерний підхід було застосовано вперше після землетрусу в Пакистані 2005 року. З тих пір було проведено дві оцінки. Перша, яка була завершена в 2007 році, була зосереджена на його впровадженні. Друга – передбачала додатковий аналіз діяльності щодо покращення гуманітарної допомоги (у

2010 р.). Після звіту 2010 р. кластерний підхід був додатково вдосконалений у контексті т.з. «Трансформативної програми» [76]. Схему сучасного кластерного підходу подано на рис. 3.3.

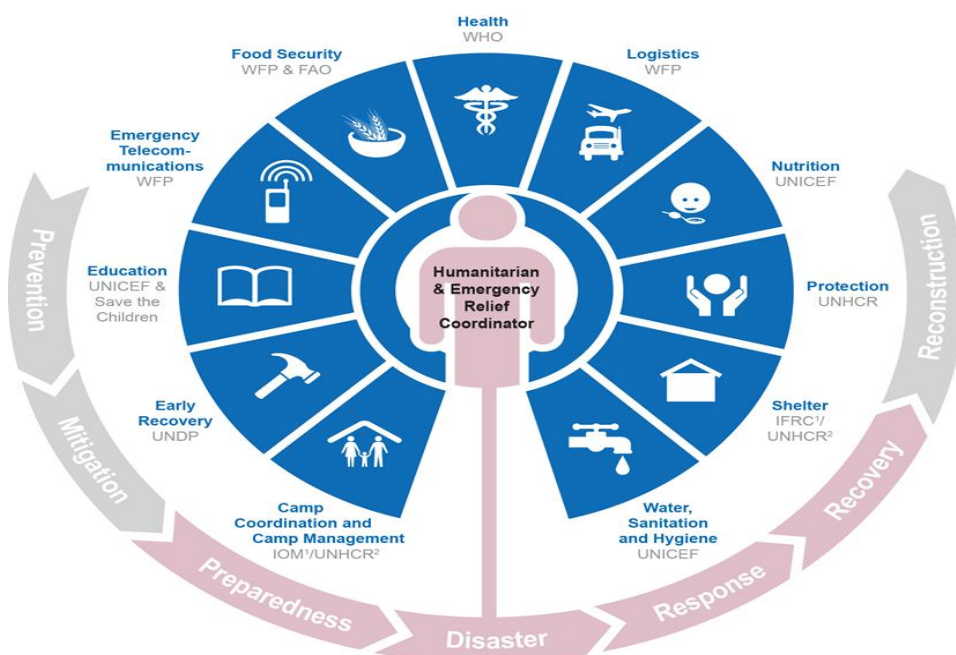


Рис. 3.3. Схема сучасного кластеру УВКБ ООН [47]

В загальному захист внутрішньо переміщених осіб передбачає вирішення низки дуже складних питань з дотримання прав людини, включаючи: дискримінацію, загрозу фізичній безпеці, сексуальне та гендерне насильство, порушення земельних, житлових, трудових та майнових прав, обмеження свободи пересування та/або примусового виїзду, безкарність та доступ до правосуддя, відсутність базових послуг через втрату особистих документів. Крім того, ВПО часто стикаються з ризиками, пов'язаними з наявністю наземних мін. Присутність вищевказаних проблем зменшує можливості влади та/або інших гуманітарних організацій прямо та оперативно втручатись у кризову ситуацію з ВПО, перешкоджає початковій адекватній оцінці їх потреб. Як результат, доволі часто може бути важко зібрати інформацію про чисельність ВПО, їх потреби та ризики захисту. Фактично, кластер із Захисту є одним з основних, оскільки від його ефективності залежить якісна робота інших кластерів, які, зокрема, вже спрямовуються на

забезпечення особистого розвитку внутрішньо-переміщених осіб у певному регіоні [80, с. 41].

Слід зауважити, що окрім представників ООН, які здійснюють загальне керівництво кластером, дуже важливу роль відіграє т.з. гуманітарна команда країни (це стратегічний та оперативний форум з прийняття рішень та нагляду). До неї входять представники ООН та НУО; Рух Червоного Хреста/Червоного Півмісяця часто бере участь у статусі спостерігача. Агенції, призначені лідерами кластерів, представляють свої кластери, а також свої організації. Гуманітарна команда відповідає за узгодження стратегічних питань, що стосуються гуманітарних дій (в т.ч. освіти, профорієнтації та програм з особистого розвитку ВПО) [53, с. 5-6].

Також, за роки активного використання кластерного підходу, при роботі із внутрішньо-переміщеними особами найчастіше розгортають свою діяльність такі типи кластерів:

- 1) кластер координації та управління таборами, цілі і завдання якого полягають у встановленні та дотриманні відповідних стандартів щодо координації таборами, управління таборами, розширенні спроможності зв'язків між членами кластера, ефективному запровадженні на практиці;
- 2) Кластер аварійного укриття, який розробив та впроваджує т.з. «Керів-ні принципи оцінки в надзвичайних ситуаціях», а також інтегрував у свою діяльність низку НУО;
- 3) Кластер логістики, основними цілями якого є розроблення резервного потенціалу для виконавчого персоналу, посилити логістичну готовність при реагуванні на кризові ситуації з ВПО та сприяння поліпшенню міжвідомчої координації та об'єднанню ресурсів, де це можливо;
- 4) Кластер раннього розвитку (відновлення) у даному дослідженні становить найбільшу цікавість, оскільки передбачає діяльності щодо особистого розвитку ВПО (розроблення ефективних програм самоменеджменту). На додаток до своїх керівних обов'язків у трьох кластерах, описаних раніше, УВКБ ООН активно сприяє створенню та

розвитку Кластеру раннього розвитку, з особливим акцентом на суб-кластер постконфліктного відновлення. Для УВКБ ООН цей кластер представляє ключову можливість співпраці з іншими агенціями ООН щодо:

- а) зменшення розриву між наданням допомоги та розвитком ВПО; б) підтримки щодо консолідації, повернення та реінтеграції переміщеного населення;
- в) залучення суб'єктів розвитку (ГО, місцева влада та бізнес) до реагування на проблеми, пов'язані з громадами, які постраждали від конфлікту;
- г) підвищення значущості та внеску переселенців у процесах розбудови миру та т.з. перехідних активностей [80, с. 44].

Завдяки активній участі УВКБ ООН забезпечується узгодженість стратегічних планів та практичної діяльності трьох вищевказаних кластерів з діяльністю на ранньому етапі відновлення ВПО (в т.ч. і їх особистого розвитку), а також те, що загальні питання щодо їх захисту та т.з. наскрізні питання включаються до плану раннього розвитку даної категорії осіб. Кластер раннього розвитку передбачає розвиток ВПО, що базується на співпраці, як одному із пріоритетних напрямків запланованих заходів, а також передбачає використання чітко передбачених ресурсів та відповідного досвіду для забезпечення ефективного розвитку цих людей. Кластер також розробив перелік необхідних інструментів для проведення заходів з раннього розвитку та кожного разу організовує ряд зустрічей, метою яких є вивчення потенційного застосування т.з. «Підходу сталого існування» в межах конкретних груп ВПО. Задля того, щоб підвищити ефективність даного кластеру, УВКБ ООН старається розробляти превентивні заходи (якщо це можливо), а також постійно працює над аналізом конфліктів та внутрішніх переміщень, їх первинних причин. Також розробляється спеціальне програмне забезпечення (бази даних, реєстри, розробка систем управління інформацією для відновлення тощо) для раннього відновлення ВПО. Важливими є програми з ефективною реінтеграції, в яких обов'язково

включається інструментарій щодо забезпечення якісного особистого розвитку переселенців. Окрім участі в кластерних процесах, УВКБ ООН також забезпечує активну співпрацю з такими партнерами, як ПРООН, МОП та ФАО (Продовольча та сільськогосподарська організація ООН), з метою сприяння переходу від допомоги до відновлювального розвитку [на основі матеріалу з 80, с. 44]. Варто відмітити, що в Україні щодо підтримки внутрішньо-переміщених осіб успішно діють Кластер з питань захисту та Кластер з питань житла та непродовольчих товарів [15]. Даний аналіз проведено у наступному розділі.

В загальному, кластерний підхід зумовив перелік досягнень глобального та місцевого масштабу. Так, на глобальному рівні завдяки діяльності таких кластерів було суттєво уточнено сфери відповідальності та взаємного доповнення щодо підтримки та розвитку ВПО, якісно переглянуто стандарти та спрогнозовано існуючий потенціал розвитку. Зараз кластери знаходяться в процесі здійснення технічної експертизи, проведення спільних навчань, зміцнення свого потенціалу, формування взаємодоповнюваних планів, розробки керівних принципів та довідників, тощо. В загальному, діяльність кластерів під куруванням УВКБ ООН щорічно переглядається та удосконалюється, у відповідності до нових викликів сьогодення.

3.1.3.Особливості підтримки внутрішньо переміщених осіб шляхом їх особистого розвитку з акцентом на професійну адаптацію та працевлаштування

Після політичної та військової кризи, що спалахнула в Україні в листопаді 2013 року, уряд України спільно з МОП розробили спеціальну програму реагувань на найгостріші вимоги, що впливають від населення у контексті нового політичного та соціально-економічного становища України, в основі якої є подолання соціальних проблем та забезпечення гідного працевлаштування громадянам. Криза породила зростаючу хвилю внутрішньо-переміщених осіб з нагальними потребами у сфері відновлення робочих місць. Проблема доволі багатогранна та триває до сьогоднішнього дня,

оскільки, на фоні пандемії ситуація на ринку праці погіршується, а економічні показники демонструють негативну тенденцію. Так, ще у 2015 р. уряд та соціальні партнери в Україні звернулися до МОП із метою розробки короткотермінових відповідей для задоволення потреб у відновленні робочих місць з акцентом на ВПО та формуванні довгострокової допомоги для розробки та реалізації заходів політики сприяння зменшення впливу фіскальної та грошової консолідації (оптимізації) на зайнятість [54, с. 7].

Однак, перш, ніж розпочати аналіз в Україні, слід підкреслити, що подібні рекомендації щодо економічної адаптації ВПО для потребуючих країн є результатом довготривалої роботи та плідної співпраці між МОП, УВКБ ООН, МОМ, Світового Банку, Міжнародного валютного фонду, окремих національних урядів благодійних та неурядових організацій. Відтак, представники Світового Банку провели комплексне дослідження стосовно адаптації біженців та/або внутрішніх переселенців через різноманітні програми розвитку, в якому проведено аналіз практичної діяльності вищевказаних організацій та ін.

Насамперед, вказується на необхідності формування навичок у ВПО, що відповідають потребам місцевого ринку праці. Щоб бути ефективною, така підтримка повинна здійснюватися шляхом ретельного аналізу попиту та пропозиції на ринку праці, де можуть знаходитись ці люди. Таку діяльність доволі важко провадити у місцевостях, де проживає порівняно невелика кількість переселенців, оскільки завжди постає питання щодо витрачених ресурсів та одержаних можливостей. Окрім цього, вкрай важливо є сформувати т.з. портативні компетентності у цих людей на тривалу перспективу, щоб в майбутньому вони могли самі за себе дбати в різних місцях, не зациклюючись тільки на місцевих особливостях (дати необхідні навички із само менеджменту) [55, с. 92].

Дуже важливо також сприяти адаптації підростаючого покоління з числа ВПО до системи освіти (в Україні якраз тут є доволі відчутний прогрес), оскільки, як показує досвід інших країн, неналежне ставлення до цієї проблеми

може сприяти виникненню т.з. «загубленого покоління». У статусі ВПО/біженця особи можуть перебувати десятиліттями.

Доволі корисною може бути закордонна практика щодо професійного розвитку переселенців. Так свого часу (у 2015-2016 рр.) уряд Йорданії розробив інтегровану програму подолання кризи біженців за підтримки зовнішніх партнерів, яка включає розвиток робочих місць для як йорданців, так і для сирійців. Програма спирається на розвиток нових економічних можливостей, зокрема через розширений доступ до ринку Європейського Союзу (ЄС), в тому числі шляхом послаблення вимоги до правил походження продукції, виробленої у визначених спеціальних економічних зонах. Завдяки залученню інвесторів створено робочі місця і для частини сирійських біженців, на які уряд дав дозвіл [55, с. 92].

Подібна практика може незабаром бути втілена і в Україні, оскільки нова влада наприкінці 2020 р. задекларувала нову програму по створенні спеціальних економічних зон на території Донбасу. Вважаємо, якщо дане питання не буде політично знівельоване, реалізація даного задуму може призвести до залучення внутрішніх та зовнішніх інвестиційних ресурсів для відновлення післявоєнних територій, а це, в свою чергу, сприятиме створенню нових робочих місць як для місцевого населення, так і для ВПО, особливо тих, які так і не змогли влаштуватись у інших областях та повертаються назад. Окрім того, враховуючи тісні стосунки України з ЄС, плани щодо перегляду Угоди про асоціацію та її доповнення договором про т.з. «промисловий безвіз» (АСАА), можна розраховувати на підтримку Союзу щодо розвитку СЕЗ на Донбасі (зважаючи на численні програми допомоги ЄС для ВПО з часу агресії).

Доволі цікавим для України (як комплексна програма із само менеджменту ВПО) може бути т.з. „Випускний підхід”, метою якого є підтримка людей, які живуть в умовах крайньої бідності та які не можуть займатися діяльністю, яка підтримується за допомогою мікрокредитування (здійснений BRAC¹). Мета – виведення сім’ї із т.з. «кола бідності». Зокрема,

¹ BRAC - це міжнародна організація з розвитку, яка базується в Бангладеш. Це найбільша неурядова організація розвитку у світі за кількістю працівників станом на вересень 2016 року, присутня в усіх 64 районах Бангладеш, а також в 11 інших країнах Азії, Африки та Америки.

випускний підхід включає ретельно послідовний набір втручань у життя переселенців від 18 до 36 місяців та включає: фінансування базових споживчих витрат сімей до моменту досягнення ними стабільних власних трудових доходів/бізнесу; надання фінансової підтримки та фахового навчання для початку самостійної економічної діяльності; навчання із фінансової грамотності; щотижневі візити додому з метою моніторингу поточної ситуації з життя ВПО – учасників програми [55, с. 94].

Дані експерименти було проведено в 6 країнах ІРА² і наприкінці таких втручань у життя переселенців було виявлено статистично значущий вплив на всі 10 ключових показників (через 1 та 3 роки). Доходи у вибірках з були значно вищими (окрім Гондурасу). Домогосподарства не тільки заробляли та заощаджували більше, але й диверсифікували свої активи та джерела доходу [64]. Відтак, було досягнуто позитивного ефекту (у порівнянні з витратами програми). Встановлено, що даний багатогранний підхід до збільшення доходу та добробуту убогих є стійким та економічно вигідним [40].

УВКБ ООН визнало потенціал випускного підходу для біженців та ВПО за умови, що він адаптований для цієї конкретної групи, наприклад, з додаванням компонентів правової допомоги та психосоціального консультування. В даний час модель тестується в різних країнах (міських та табірних умовах, а також у надзвичайних ситуаціях та ситуаціях, що затягнулися, заморожених конфліктах) [77].

В Україні, за роки війни, подібна практика теж набула популярності, але, нажаль, такі заходи щодо впливу на ВПО мають швидше точковий, а не комплексний характер, що у підсумку не може призвести до синергетичного ефекту у межах усієї країни та усіх потребуючих переселенців із Донбасу та Криму³.

² Шість строгих рандомізованих оцінок впливу було проведено Innovations for Poverty Action (IPA) між 2006 і 2014 роками

³ До прикладу, в межах цілої України діють організації «Крим-SOS» та «Донбас-SOS», у Львівській області БФ «Карітас-Львів УГКЦ проводить роботу із ВПО/ветеранів АТО» (зокрема у 2016-2017 рр. реалізувалась ціла комплексна програма за підтримки посольства США), ГО «Справа Кольпінга в Україні» вже декілька років поспіль реалізує комплексну програму з допомоги ВПО/ветеранів АТО у 4-х областях Західної України.

Відтак, пропонується, залучити подібні організації до створення відповідного кластеру із сприяння розвитку ВПО під патронатом УВКБ ООН в Україні та залучити до підтримки такої діяльності зовнішніх та внутрішніх донорів, зокрема ЄС, Світовий Банк, ЄБРР, вітчизняні фінансово-промислові групи, які мають комерційний інтерес на Донбасі та прилеглих областях.

Окремої ваги у даному дослідженні слід надати саме професійній адаптації, оскільки вона дуже важлива для інтеграції внутрішньо переміщених осіб, бо сприяє скорішому входженню до нових приймаючих громад, налагодженню професійних контактів, а основне – сприяє набуття статусу самодостатності такої особи. Адже наявність постійного заробленого доходу є одним з головних факторів успішної адаптації.

Професійна адаптація – це процес взаємодії особистості та соціального середовища з метою досягнення таких стосунків між ними, котрі забезпечують ефективність професійної діяльності, процес повного освоєння професії, пристосування індивіда до професійного середовища, до вимог, цінностей, норм професійної діяльності, формування професійно значущих якостей особистості. Даний процес має етапний характер і передбачає досягнення певного рівня професійної адаптованості особистості [39].

Так, за результатами досліджень В.В. Васильєва [5], умовою успішної соціальної адаптації є трудова адаптація – процес засвоєння особистістю (групою) нової трудової ситуації, який характеризується активною взаємодією особистості (групи) і трудового середовища, охоплює організаційні, професійні та соціально-психологічні аспекти входження індивіда в нове трудове середовище. Про рівень соціальної адаптації свідчить здатність особи без особливих зовнішніх і внутрішніх (психологічних) конфліктів задовольняти свої соціогенні потреби, продуктивно здійснювати професійну діяльність. Індикатором рівня соціальної адаптації є задоволеність як найбільш загальна суб'єктивна характеристика особистості, що є основою спонукальних мотивів до взаємодії з середовищем [5, с. 216].

Вирішальне значення для успішності процедури адаптації має внутрішній потенціал працівника, його «стартові» умови. Перспективи працевлаштування є

болючою проблемою для більшості ВПО, тому що швидко знайти роботу та пристосуватися до нового професійного середовища, дуже складно. Процес трудової адаптації необхідно визначати за комплексом якісних характеристик роботи: стабільне, стійке виконання завдань; дотримання нормативів якості, використання обладнання, витрачання ресурсів; задоволеність працею, баланс заохочень та стягнень. Професійна адаптація є свого роду каталізатором успішності або провалу (за інших рівних умов) політики з пошуку, відбору, найму робочої сили.

Виходячи з цього, професійна адаптованість – це результат особистісних змін у процесі узгодження професійних намірів, якостей особистості та вимог до конкретної професійної діяльності щодо адекватного реагування на особисті зміни, зміни професійної діяльності та професійного середовища під впливом факторів, які виникають [21, с.133]. Професійну адаптацію також виділяють як процедуру освоєння професійної діяльності через набуття практичних, теоретичних умінь і навичок, оволодіння необхідним обсягом знань для виконання посадових обов'язків на високому якісному рівні.

Успішність професійної адаптації внутрішньо-переміщеної особи в першу чергу залежить від її особистісних та інших психологічних особливостей. Однією з таких особливостей виступає відповідність уявлень фахівця про умови життя і діяльності при здійсненні професійної діяльності. Іншими словами, адекватність способу професійної діяльності сприяє більш успішній адаптації, і навпаки, невідповідність уявлень і очікувань людини про реальні умови його майбутньої нової життєдіяльності робить його психологічно невідповідним до зустрічі з несподіваними труднощами, під час здійснення процесу психологічної адаптації. Хоча повної адекватності очікувань і реальності сформувати у ВПО зазвичай не вдається, оскільки відсутні комплексні підходи до вирішення цієї проблеми (я зазначалось вище).

У переважної більшості внутрішньо переміщених осіб-фахівців їх подання та очікування не збігаються з тим, з чим вони зустрілися в реальному житті після втечі зі Сходу та Криму. І тому у своїй професійній адаптації вони стикаються з великими перешкодами. У зв'язку з цим однією з корінних

проблем підготовки таких фахівців є формування у них правильних уявлень, адекватних своїм можливостям і умовам.

Таким чином, визначивши поняття «професійна адаптація» та проаналізувавши можливі труднощі при проходженні професійної адаптації ВПО, можна зробити висновок, що організаційно-професійні умови адаптації внутрішньо переміщених осіб до професійного життя, мають включати такі інструменти: створення сприятливого соціально-психологічного мікроклімату, забезпечення особистісно-зорієнтованого навчання, встановлення дружніх доброзичливих продуктивних стосунків з оточуючими колегами, підтримка патріотичної громадянської позиції переселенців.

Щодо проблеми зайнятості ВПО, то держава є основним агентом адаптації, яка повинна створювати ефективні інструменти сприяння працевлаштуванню. На державному рівні сприяння працевлаштуванню ВПО почалось з низки законів. У березні 2015 Президент України підписав Закон № 245-УШ «Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення соціального захисту внутрішньо переміщених осіб», який містить низку заходів сприяння зайнятості внутрішньо переміщених осіб: згідно з Законом, за влаштування на робоче місце ВПО роботодавцям надається компенсація витрат на оплату праці таких осіб тривалістю до 6 місяців, а в залежності від ситуації на ринку праці регіону – до 12 місяців; Законом передбачено надання зареєстрованому безробітному компенсації витрат на переїзд до місцевості, де він працюватиме, та витрат на проходження медичного або наркологічного огляду, якщо це потрібно для працевлаштування; розширено перелік осіб із числа безробітних, які мають право на отримання ваучера для підтримання конкурентоспроможності на ринку праці шляхом перепідготовки, спеціалізації, підвищення кваліфікації за професіями та спеціальностями для пріоритетних видів економічної діяльності [10].

З початку окупації частини Донбасу та Криму основним завданням державної політики щодо сприяння працевлаштуванню внутрішньо переміщених осіб було створення умов саме для роботодавців які беруть на роботу переселенців. Це мало підняти рівень конкурентоспроможності ВПО на

ринку праці та зробити їх професійну адаптацію значно легшою. Однак, на сьогоднішній день, так і не створено відчутних стимулів для працевлаштовувачів щодо найму ВПО.

Окрім цього, проблема ВПО на ринку праці не зводиться лише до працевлаштування, вона є значно глибшою, оскільки стосується ефективного використання їх людського капіталу і потребує всебічного аналізу.

Суттєво підвищують рівень особистого розвитку внутрішньо переміщених осіб заходи зі сприяння їх зайнятості (в межах програм та коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття та Фонду соціального захисту інвалідів України), зокрема:

1) компенсація зареєстрованому безробітному з числа ВПО б фактичних транспортних витрат на переїзд до іншої адміністративно-територіальної одиниці місця працевлаштування, а також витрат для проходження попереднього медичного та наркологічного огляду відповідно до законодавства, якщо це необхідно для працевлаштування;

2) компенсація витрат роботодавця на оплату праці (але не вище середнього рівня заробітної плати в регіоні) за працевлаштування зареєстрованих безробітних з числа ВПО на умовах строкових трудових договорів тривалістю не більше шести календарних місяців, за умови збереження гарантій зайнятості такої особи протягом періоду, що перевищує тривалість виплати у два рази⁴.

3) компенсація витрат роботодавця, який працевлаштовує зареєстрованих безробітних з числа ВПО строком не менше ніж на дванадцять календарних місяців, на перепідготовку та підвищення кваліфікації таких осіб. Сума компенсації встановлюється в межах вартості навчання з перепідготовки та підвищення кваліфікації, але не може перевищувати десятикратний розмір прожиткового мінімуму для працездатних осіб, встановленого законом на дату здійснення роботодавцем такої оплати [30].

4) за ВПО також закріплене право на одноразове отримання ваучера для підтримання конкурентоспроможності шляхом перепідготовки, спеціалізації,

⁴ Однак, зі слів заступника директора Львівського міського центру зайнятості Возної Н.Б., з початку 2020 р. у зв'язку із переглядом бюджету через коронавірусну кризу було суттєво скорочено фінансування додаткових послуг безробітним, зокрема, це стосується і програм компенсації роботодавцям щодо працевлаштування ВПО.

підвищення кваліфікації за професіями та спеціальностями для пріоритетних видів економічної діяльності мають внутрішньо переміщені особи працездатного віку за відсутності підходящої роботи. Вибір професії (спеціальності) із затвердженого переліку, форми та місця навчання здійснюється особою [10].

Таким чином, держава має доволі ефективний інструментарій стимулювання зацікавленості роботодавців у прийомі на роботу внутрішньо переміщених осіб і у такий спосіб може ефективно сприяти їхній професійній та соціальній адаптації.

Однак, ми вважаємо, що скорочення компенсацій працедавцям за найм ВПО у період соціально-економічної кризи, спровокованої пандемією, є неприпустимим, оскільки, такі дії не те, що не сприяють їх розвитку та адаптації, але і для багатьох створюють обставини, які змушують повертатись назад в ОРДЛО, оскільки питання забезпечення цих осіб житлом також до цього часу вирішується вкрай повільно. Слід додати також і те, що питання успішної адаптації та особистого розвитку ВПО перебуває окрім економічної ще й геополітичній площині. Відтак, сума економії на таких дотаціях може виявитись неспівставною з репутаційними втратами держави Україна на перспективу. З огляду на це рекомендується, дану законодавчу норму відмінити та закласти необхідну суму коштів для здійснення відповідних компенсацій працедавцям.

3.1.4. Специфіка ставлення та необхідні навички (attitudes and skills) при роботі з ВПО з метою набуття ними компетентностей ефективного само-менеджменту.

Доволі корисними для розробки ефективних програм із само-менеджменту в Україні можуть стати результати комплексного дослідження **«Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons»**, проведеного понад 30-ма міжнародними організаціями, більшість з яких є членами Глобального кластеру захисту Організації Об'єднаних Націй, неурядовими

організаціями та міжурядовими організаціями. А починаючи з 2008 р. дана діяльність була апробована на практиці у понад п'ятнадцяти країнах світу. Дана робота базується на принципі, що досягнення ефективного захисту та особистого розвитку внутрішньо переміщених осіб можливе лише тоді, коли представники органів та організацій, задіяні у роботі з ВПО насамперед самі мали не лише необхідні теоретичні знання, а й відповідні установки та навички. Багато з них не властиві людям; однак їх можна розвивати та вдосконалювати з часом як на індивідуальному, так і на інституційному рівнях [58, Р.ІІ].

Так, основні **установки** для роботи з ВПО включають:

- дотримуватись основних гуманітарних принципів;
- залишатися відкритим;
- залишатися позитивними та ініціативними;
- залишатися емпатичними;
- бути командним гравцем;
- бути свідомим.

Окрім цього, запропоновано **вісім загальних навичок**, кожна з яких однаково цінна і вважається критичною для роботи з ВПО, які представлені в певному порядку пріоритету:

- аналіз та вирішення проблем;
- прийняття рішень;
- спілкування;
- переговори;
- керівництво;
- координація;
- сприяння зустрічам;
- співпраця з військовими.

Вважаємо, що після того, коли дана методика буде застосована при роботі з переселенцями, в подальшому дані компетентності та знання можуть використовувати на практиці і самі ВПО. Зауважимо, що як подібні дослідницько-практичні глобальні проекти (так і більш локальні, як і проект в

ЛНУ «Розроблення технологій психотерапії, реабілітації та професійної орієнтації учасників операції Об'єднаних сил та внутрішньо переміщених осіб») в ідеалі покликані не тільки сприяти особистому розвитку ВПО/учасників ООС, а сформувати з найбільш ініціативних та вмотивованих із них т.з. «агентів змін», «лідерів думок», які в подальшому самі зможуть стати генераторами нових ідей та перетворень як у місцях тимчасового проживання, так і після повернення додому по завершенні війни.

Щодо поняття установка (Ставлення, відношення) – це манера поведінки, почуттів чи мислення, яка демонструє відношення однієї людини до іншої (або групи осіб, спільноти). Ставлення гуманітарного працівника може принести як користь, так і шкоду як проекту, так якості захисту (допомоги), якою користуються внутрішньо переміщені особи та/або інші постраждалі (до прикладу ветерани).

1. Повага основних гуманітарних принципів

Працюючи з ВПО/ветеранами (надаючи матеріальну та нематеріальну допомогу), потрібно поважати основні принципи гуманітаризму, включаючи гуманітарний імператив, нейтралітет, незалежність та неупередженість⁵. Слід бути в курсі політичного середовища, де ведеться робота, робити дії для правильного сприйняття наших намірів ВПО, що в свою чергу допомагає уникнути упередженого ставлення та політичних маніпуляцій. Обов'язково слід бути прозорими та послідовними під час проведення роботи та здійснення діалогу з усіма зацікавленими сторонами, чітко повідомити наші цілі на наші дії у даному проекті/програмі.

2. Бути відкритими

При з такими категоріями населення як ВПО слід бути відкритими до сприйняття нових ідей та думок, завжди бути готовими до діалогу. Відкритість збільшує здатність працювати в різних сферах культурного та етнічного середовища (до прикладу – кримські татари), соціально-економічними фонами.

⁵ Практичний досвід виконавців даного проекту в ЛНУ свідчить, що доволі часто серед ВПО трапляються люди із доволі різними політичними та релігійними поглядами, і тільки через однакове відношення до усіх та правильне спілкування й використання інших методів призвело до того, що через деякий час участі у проекті такі особи почали ставитись із набагато більшим розумінням та терпимістю до інших, почали міняти свої погляди через правильне сприйняття навколишнього оточення.

Це допомагає розвинути розуміння складних ситуацій, дозволяє здійснювати ефективніше планування та реалізацію заходів. Також, слід заохочувати безперервне навчання (як виконавців проекту, так і ВПО), як офіційне, так і неформальне, оскільки це розширює кругозір та покращує комунікацію.

3. Залишатись позитивними та ініціативними

Бути ініціативним – це шукати шляхи вдосконалення програм та заходів, а не звично відтворювати діяльність. Це передбачає використання можливостей, а не залишатися пасивними. Негативні емоції можуть вплинути на людину і зрештою поширитися у всій команді та негативно впливати на реалізацію проекту. Слід творчо приймати рішення, що відповідають інтересам ВПО та інших постраждалих. Як учасникам проекту, та і в подальшому ВПО потрібно приймати участь у тренінгах з розвитку, командної роботи, щоб контролювати своє оточення, а не навпаки – дозволяти навколишньому середовищу контролювати особу.

4. Використовувати емпатію.

Емпатія – це здатність ототожнювати себе з ситуацією інших. Емпатію не слід плутати з емоційною причетністю до ситуації, яка може зіпсувати об'єктивність, негативно вплинути на стандарти професіоналізму та нейтралітет нашого проекту. Це допомагає зрозуміти ситуацію та проблеми ВПО та постраждалих спільнот, вибудовувати довіру та заохочувати інших ділитися своїми поглядами та проблемами, покращуючи тим самим планування та програмування проекту. Це зближує працівників гуманітарних організацій та ВПО, посилює довіру, а відтак – підвищує ефективність пропонованих проектних заходів.

5. Бути командним гравцем

Слід бути здатним працювати разом з іншими колегами та організаціями щодо допомоги ВПО. Ресурси, які часто є обмеженими, потребують спільного та оптимального використання. Слід активно шукати думки та ідеї колег та інших партнерів та дотримуватись взаємоповаги. Слід пропонувати конструктивну критику без образ. Інших потрібно переконувати, а

не нав'язувати власні ідеї. Слід показувати проектну групу як злагоджену команду, що суттєво змотивує ВПО робити те саме.

6. Бути свідомим (самокритичним)

Слід навчитись проводити самоаналіз, оцінювати сильні слабкі сторони, особисті упередження тощо. Самосвідомість дозволяє нам визнати та використовувати свої сили для підтримки реалізації проекту і одночасно працювати над покращенням наших слабких сторін (прогалини в знаннях, навичках тощо). Максимізація та використання індивідуальних сил кожного у команді підвищує ефективність командної роботи.

Так, слід регулярно здійснювати такі обговорення серед колег, друзів та сім'ї, оскільки особиста поведінка часто відображається професійному житті.

Дуже важливо для організаторів (зовнішніх та з числа самих ВПО) роботи щодо особистого розвитку ВПО правильно розвивати розвивати комплекс специфічних навиків – SKILLS. Завдяки використанню цього інструментарію можна досягти значного прогресу в ефективності програм із самоменеджменту у внутрішніх переселенців.

Навичка – це талант чи здатність, які набуваються та розвиваються шляхом навчання чи досвіду. Ми дослідили, які саме навички є корисними при роботі з ВПО, а також ті, які можуть застосовувати самі ВПО для свого розвитку та підвищення ефективності.

Насамперед, слід правильно підійти до аналізу ситуації, в якій перебуває людина чи група осіб. Доволі часто при цьому використовують методику ситуативного аналізу.

Насамперед, слід правильно **зібрати інформацію**. Оскільки якість та кількість зібраних даних впливає на аналіз, дані повинні бути достовірними, достатніми та доказовими. З самого початку слід звернути увагу на методологію збору інформації, етику співбесід з ВПО, конфіденційність. Слід використовувати критичне мислення (це здатність інтерпретувати та оцінювати інформацію, робити спостереження та наводити аргументи). Критичне мислення гарантує, що зібрані дані правильно інтерпретуються так, щоб

зроблені висновки найбільш точно відображають реальність ситуації та дій [50].

Також слід бути **орієнтованим до прийняття важливих рішень**, що вимагає творчості та продумування можливих шляхів вирішення проблем у будь-який час. За словами А.МакКея, орієнтація на рішення також є важливим фактором якості управління, оскільки відсутність ефективного аналізу, а також упереджене мислення часто призводить до неефективних рішень⁶ та може негативно відбиватись на становищі ВПО.

Спілкування є основою всієї нашої роботи з ВПО і широко використовується під час проведення співбесід, оцінок та переговорів, а також при здійсненні координації або демонстрації лідерства, лобіюванні своєї позиції та побудові довіри до зацікавлених осіб. Тому вдосконалення навичок спілкування є життєво важливим як для тренерів, так і для ВПО. Існують різні типи спілкування, включаючи активне слухання, усне, невербальне, письмове та візуальне спілкування (кожен із яких застосовується до конкретної ситуації). При роботі з переселенцями слід уникати елементів притиску або надмірної поблажливості, чи іншим чином недоречного стилю спілкування. Слід бути особливо обережним при роботі з дітьми або особами з особливими потребами, включаючи жертв катувань або сексуального насильства. В цьому випадку, навіть перед проведенням тренінгу із само менеджменту варто проконсультуватись із відповідними фахівцями⁷.

Важливим як для експертів, так і ВПО є здатність проводити переговори. Переговори - це обговорення двох або більше сторін з метою досягнення згоди з конкретних питань. Це процес, за допомогою якого ми визначаємо, чого хочемо і як ми цього досягнемо, і завдяки якому ми дізнаємось, чого хоче і як хоче інша сторона задовольнити свої інтереси та досягти згоди [57].

До переговорів слід ретельно готуватись. Наведені нижче кроки можуть допомогти підготуватися до переговорів:

⁶ Mackay, I., Listening Skills, 2nd edition, CIPD, London, 1995).

⁷ Beyond Machiavelli: Tools for Coping with Conflict, R. Fisher, E. Kopelman, A. Kupfer Schneider, 2nd edition, Harvard University Press, London, 1994.)

- 1) Зрозумійте проблему та те, як найкраще досягти своєї мети. Це допоможе визначити, чи потрібні переговори, чи є проблема, що підлягає обговоренню і, якщо так, про що потрібно домовлятися, як і з ким;
- 2) Встановіть "граничну лінію" – питання, на які ви не готові йти на компроміс. Також слід не забувати про принципи рівності та нейтралітету при роботі з ВПО;
- 3) Зрозумійте інші перспективи: аналізуйте, розумійте та передбачайте погляди інших сторін до переговорів. Правильне розуміння інших сторін є вирішальним та часто досягається безпосереднім контактом. Зосередьтеся спочатку на загальних проблемних сферах і зрозуміти, як можна зменшити або усунути відмінності .
- 4) Підхід: Визначте, чи буде підхід до переговорів м'яким (між сторонами, які довіряють одна одній), жорстким (у змагальних ситуаціях) або принциповим (з акцентом на проблеми, а не людей);
- 5) Час і місце: Виберіть місце та час, де сторони не будуть відволікатися іншими питаннями. Переговори повинні бути розумно обмеженими строками. Це також сприяє досягненню згоди сторонами [59].

І на завершення, дуже важливу у досягненні ефективності реалізації програм із само менеджменту ВПО відіграє фактор **лідерства**.

Лідерство також є ключовою навичкою в гуманітарних/соціально-економічних проектах. Воно забезпечує ефективну та дієву координацію між агентствами, членами кластерів, громадськими організаціями, громадами ВПО. У той час як на менеджера або керівника проекту покладено повноваження для виконання певних завдань, реалізація на практиці може здійснюватися з будь-якої позиції за допомогою правильних навичок та ставлення. Як і інші навички та установки, навички лідерства можуть бути вироблені особою та вдосконалені досвідом й навчанням. На практиці застосовують такі стилі керівництва: примусовий, авторитетний, стиль приналежності, демократичний, роль коуча. [58, с.98-99].

Перш ніж приступити до керівництва людьми (особливо такої складної категорії як ВПО), слід насамперед усвідомити свій особистий стиль

керівництва та проаналізувати, що у ньому можна вдосконалити. Так, щоб робота по роботі з ВПО була успішною слід дотримуватись таких правил:

- 1) Знайте свою команду: ми повинні об'єктивно усвідомлювати сильні та слабкі сторони людей, які працюють з нами, і використовують саме сильні сторони для підтримки нашого проекту. Ми повинні сформувати команду, члени якої можуть доповнювати навички та особливості один одного;
- 2) Вболівайте за свою команду: ми повинні дивитися за особистим і професійним благополуччям колег, допомагати їм удосконалюватись, слідкувати за мікрокліматом, відкрити відчуття приналежності до справи та відповідальності за свою роботу.
- 3) Будьте відповідальними та несіть відповідальність: ми не повинні звинувачувати інших у невдачах, а, навпаки, намагатися вирішити будь-які проблеми. Лідеру потрібно приймати обґрунтовані та своєчасні рішення у роботі;
- 4) Бути технічно досвідченим: ми повинні бути в курсі технічних та фінансових аспектів роботи;
- 5) Ефективне управління ресурсами: слід здійснювати правильний розподіл ресурсів за пріоритетністю, оскільки вони часто обмежені. Слід постійно шукати та залучати додаткові ресурси [67].

Як підсумок, слід відзначити, що багаторічний досвід з реалізації проектів щодо підтримки ВПО в Україні вказує якраз на нестачу вище проаналізованих компетентностей. Так, представники влади, громадських організацій, навчальних закладів доволі часто, маючи велике бажання допомогти переселенцям, роблять багато невірних дій у своїй діяльності, що у підсумку знижує результативність даних програм. Окрім цього, багато ВПО, які вже довгий час перебувають за межами ОРДЛО теж намагаються започатковувати власні ініціативи: як от створення громадських організацій, реалізація соціальних проектів, започаткування підприємницької діяльності. І, на жаль, доволі часто вони зазнають невдач саме через відсутність відповідних навичок з особистого розвитку, роботи з людьми, управління. Тому, метою таких освітньо-практичних ініціатив (як в ЛНУ Франка, в ГО «Справа Кольпінга в

Україні», БО «Карітас-Львів УГКЦ») є розвиток відповідних практик як серед осіб, що допомагають ВПО, так і серед самих переселенців.

3.2. Аналіз реалізації програм ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб в Україні. Практики застосування.

3.2.1. Аналіз результатів реалізації кластерного підходу УВКБ ООН у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях у 2020 р.

Україна займає дев'яте місце у світі за кількістю внутрішньо переміщених осіб. За даними Уряду України, з часу початку в 2014 році конфлікту на сході країни та анексії Криму, в Україні нараховується майже 1,5 млн. ВПО (на поч. серпня 2020 р. – 1453420 осіб) [29]. Від самого початку конфлікту УВКБ ООН займається захистом прав ВПО. На 2020 р. їх розподіл по областях є вкрай нерівномірний (рис. 3.4.). Так, чисельність локалізації ВПО поступово зменшується від сходу до заходу країни. На це, вважаємо, є декілька причин:

- 1) люди хочуть залишатись на ментально ближчій до дому території
- 2) наявність родичів, які недалеко проживають на підконтрольній території;
- 3) нестача коштів на далекий переїзд;
- 4) наявність родичів, які залишились на окупованих територіях (переважно похилого віку)

Admin1	IDPs	%GT
Donetska	511 031	35,24%
Luhanska	280 57	19,35%
Kyiv	180 56	11,07%
Kharkivska	134 49	9,27%
Dnipropetrovska	71 399	4,92%
Kyivska	63 571	4,38%
Zaporizka	56 137	3,87%
Odeska	37 763	2,60%
Poltavska	22 522	1,55%
Khersonska	14 427	0,99%
Sum'ska	11 214	0,77%
Vinnitska	11 201	0,77%
Lvivska	11 073	0,76%
Cherkaska	10 818	0,75%
Mykolaivska	8 304	0,57%
Chernihivska	7 278	0,50%
Zhytomyrska	7 076	0,49%
Khmelnytska	6 511	0,45%
Kirovohradska	6 496	0,45%
Ivano-Frankivska	3 822	0,26%
Zakarpatska	3 359	0,23%
Volynska	3 090	0,21%
Rivnenska	3 015	0,21%
Chernivetska	2 443	0,17%
Ternopil'ska	2 149	0,15%

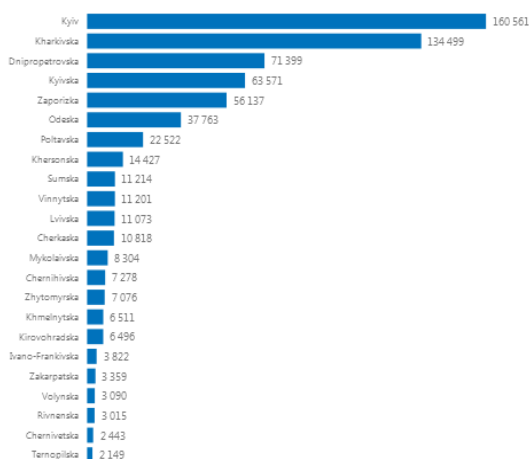


Рис. 3.4. Розподіл локалізації ВПО за областями у 2020 р. [78].

Також, спостерігається певна специфіка стосовно локалізації внутрішніх переселенців за професійно-віковою специфікою (рис. 3.5).

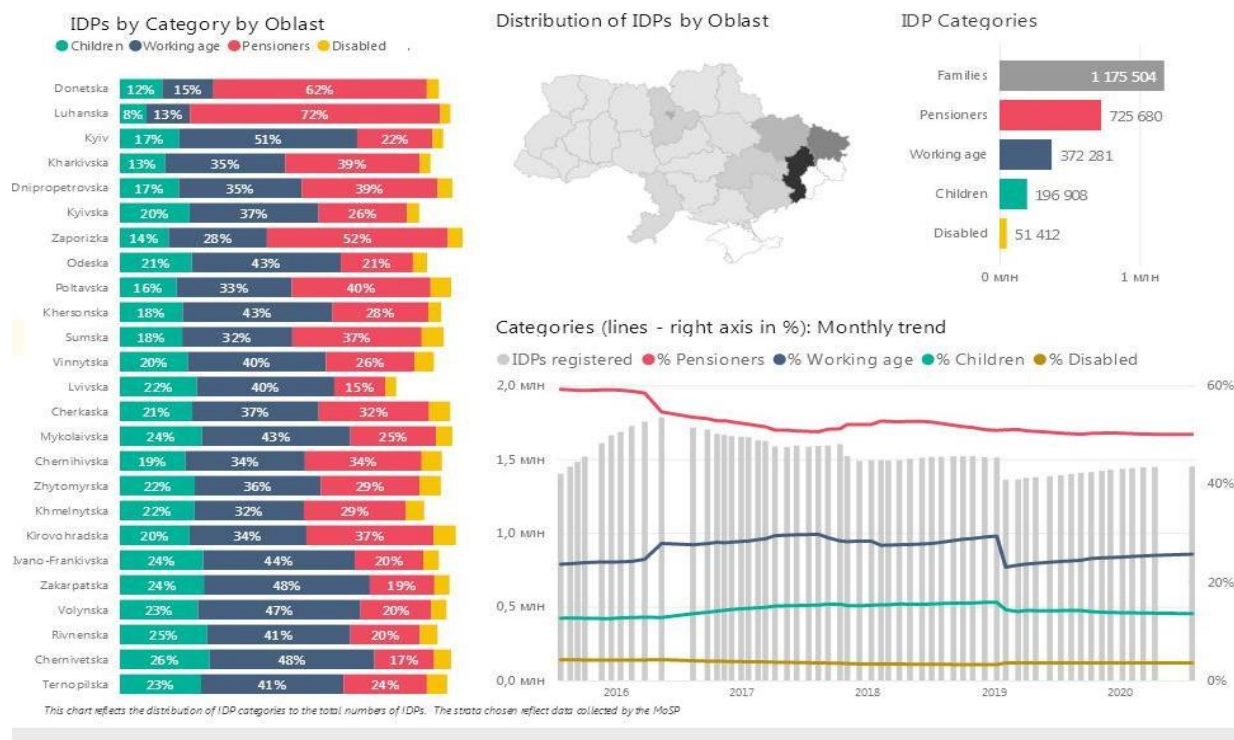


Рис. 3.5. Локалізація ВПО за професійно-віковою специфікою у липні 2020 р. [78].

Так, зі сходу на захід чисельність осіб працездатного віку та дітей збільшується, а осіб похилого віку – зменшується. Наглядно, що у Луганській та Донецькій областях є найбільше пенсіонерів – понад 60 %. Особи з інвалідністю розселились приблизно рівномірно.

Щодо аналізу за досліджуваними Львівською, Івано-Франківською та Закарпатською областями, варто сказати, що загальна чисельність ВПО становить всього 18254 осіб або лише 1,25%. Щодо професійно-вікового розподілу, то усереднений показник осіб працездатного віку становить 44%, дітей – 23%, пенсіонерів – 18%, що відбиває загальні тенденції Півдня, Центру та Заходу України.

Також, особливості локалізації ВПО України підтверджують загальносвітову динаміку згідно якої більшість людей старається поселитись у міській місцевості, оскільки там вони можуть швидше знайти роботу, соціальні служби, благодійні та правозахисні організації. Карту поселення ВПО у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях подано на рис. 3.6.

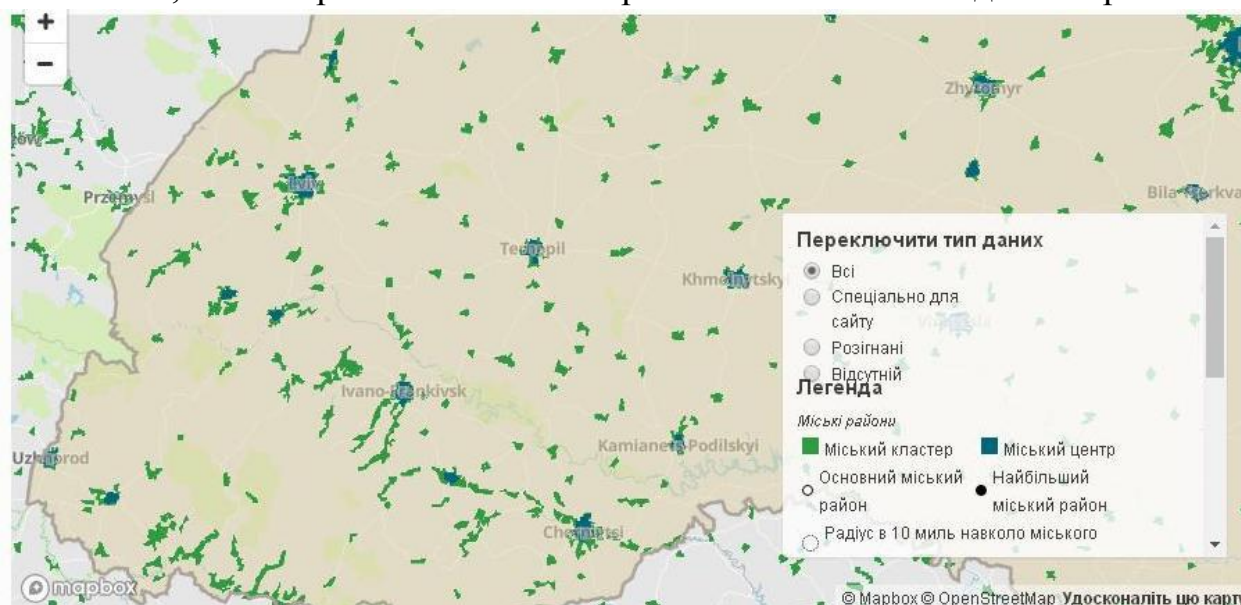


Рис. 3.6. Карта локалізації ВПО в Західній Україні[79].

Слід зазначити, що в Україні після підтримки уряду, найбільше проблемами ВПО займається Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН). Як уже говорилось у I розділі, УВКБ ООН може здійснювати ефективну роботу щодо захисту ВПО та біженців тільки із

застосуванням т.з. «кластерного підходу». Так, завдяки тісній співпраці із місцевими організаціями формується необхідний ресурс персоналу, знань та досвіду у процесі подолання тактичних та стратегічних викликів щодо цих категорій осіб. Організація надає **різноманітні види допомоги** внутрішньо переміщеним особам: безпосередньо чи через партнерські організації.

В якості гуманітарної допомоги постраждалому населенню після переміщення або як допомога взимку можуть надаватися **непродовольчі товари**: ковдри, кухонні набори, одяг, вугілля чи інші товари. Допомога в умовах надзвичайної ситуації може включати **життєво важливу допомогу**, таку як тимчасове житло або мінімальна фінансова допомога [9].

Важливо, що діяльність кластерів в Україні має високий ступінь транспарентності, оскільки, за результатами роботи кожного місяця опубліковуються відповідні звіти [13]. Також, з метою підвищення ефективності діяльності партнерів в кластерах, УВКБ ООН підготувало відповідний навчальний посібник («Emergency Handbook») [53].

Діяльність кластеру УВКБ ООН із захисту у розрізі трьох досліджуваних областей здебільшого спрямована на сприяння розвитку ВПО, що проживають у місцевих громадах. Так, результати дослідження свідчать, що у **Львівській області** було проведено достатньо проектів та заходів, що у кінцевому випадку комплексно сприяють особистому розвитку ВПО, зокрема (рис. 3.7):

- 1) 28 осіб отримали підтримку щодо мирного співіснування та довгострокових рішень завдяки участі у проектах та ініціативах;
- 2) 368 осіб підвищили свою спроможність через отримання актуальної інформації;
- 3) 34 особи отримали первинну правову допомогу;
- 4) 74 особи одержали адресну негрошову допомогу;
- 5) 1390 осіб отримали комплексну психосоціальну індивідуальну підтримку;
- 6) 224 особи одержали підтримку через дитячі психо-соціальні центри або мобільні бригади;
- 7) 54 особи взяли участь у заходах із розвитку потенціалу [14].

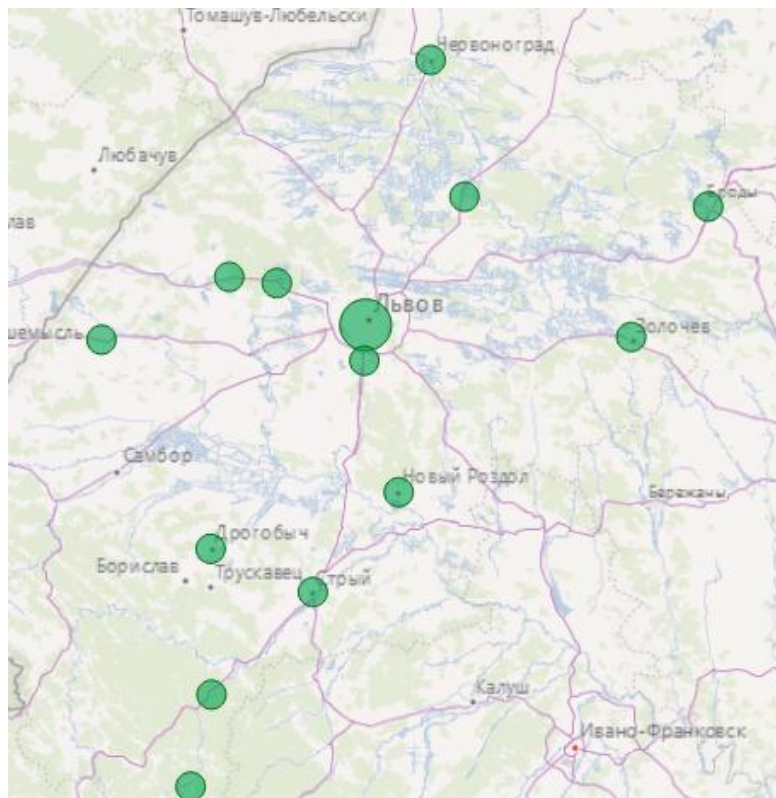


Рис. 3.7. Участь ВПО Львівської області у заходах кластеру захисту УВКБ ООН у 2020 р. [14].

Щодо **Івано-Франківської області**, то результати вказують на такі показники:

- 1) 206 осіб підвищили свою спроможність через отримання актуальної інформації;
- 2) 21 особа отримали первинну правову допомогу;
- 3) 817 осіб отримали комплексну психосоціальну індивідуальну підтримку [14].

Аналіз діяльності кластеру в **Закарпатській області** призвів до таких результатів:

- 1) 172 особи підвищили свою спроможність через отримання актуальної інформації;
- 2) 14 осіб отримали первинну правову допомогу;
- 3) 101 особа одержала адресну грошову допомогу;
- 4) 431 осіб отримали комплексну психосоціальну індивідуальну підтримку;
- 5) 74 особи взяли участь у заходах із розвитку потенціалу [14].

Як бачимо, якщо провести порівняльний аналіз, то на першому місці щодо участі ВПО у програмах з розвитку перебуває Львівська область (2172 ос.), друге місце посідає Івано-Франківська область (1044 ос.), на третьому місці знаходиться Закарпатська область (792 ос.) (рис. 3.8).

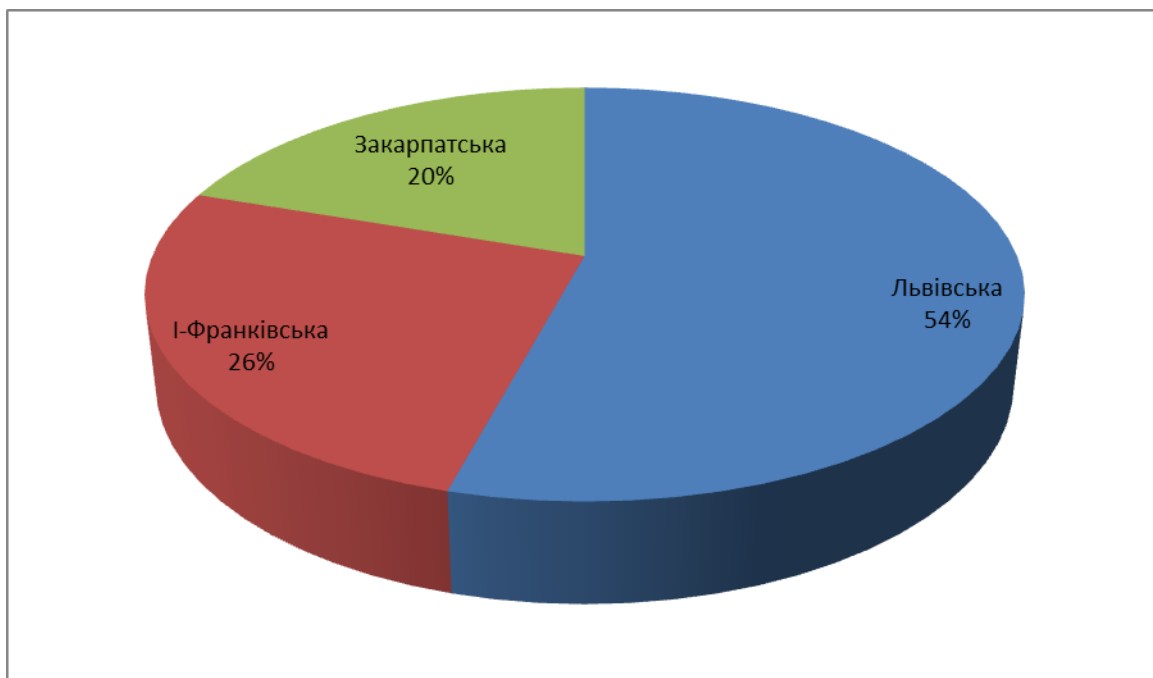


Рис. 3.8. Участь ВПО у програмах з розвитку кластеру захисту УВКБ ООН у січні-вересні 2020 р., %. [на основі джерела 14].

Незважаючи на те, що у порівнянні до загальної чисельності ВПО у даних областях проживає лише 1,25%, однак це 4 тис. осіб – населення невеликого містечка. Тому, продовжувати діяльність даного кластеру слід продовжувати, і, додатково до цього, проводити точкові ініціативи на місцях громадськими та благодійними організаціями спільно із закладами вищої освіти (подібно до проектної ініціатив в ЛНУ ім. Івана Франка).

Дослідження міжнародного та вітчизняного досвіду по роботі із ВПО свідчать, що дуже важливим інструментом покращення розвитку цих громадян у місцевих громадах виступає адвокація.

Фактично, адвокація, підкріплена спільними оцінками, допомагає донести проблеми вимушених переселенців до відповідних органів влади та стимулювати вирішення цих проблем шляхом прийняття та реалізації змін до законодавства. В межах цієї діяльності проводиться підвищення ефективності

робота з розбудови потенціалу державних установ та партнерських організацій з метою покращення їхньої здатності надавати захист та допомогу ВПО.

УВКБ ООН і партнери працюють з українською владою у спільному пошуку **довгострокових рішень** для переміщеного населення – як для індивідуальних випадків, так і для громад. Такі рішення залежать від того, чи бажають люди (ре)інтегруватися у місцеві громади, повернутися додому або переїхати в інше місце. Партнери УВКБ ООН надають правову допомогу та захист: від первинних консультацій до представництва у суді⁸.

Підтримка громадських груп здійснюється з метою вирішення проблем ВПО та приймаючих громад. Ініціативи, які були запропоновані ВПО та відповідають встановленим критеріям, можуть отримати підтримку від комітету, який складається з представників УВКБ ООН і партнерських організацій.

В Україні УВКБ ООН працює з державними політичними, економічними та соціальними структурами, приводячи політику, практику та закони у відповідність до міжнародних стандартів. УВКБ ООН надає практичну та правову експертну допомогу шляхом письмових публікацій, присутності на парламентських слуханнях та участі в комітетах та зустрічах з представниками влади. Загальна мета – підтримувати зусилля влади, спрямовані на покращення захисту для біженців, внутрішньо переміщених осіб та осіб без громадянства. Дана діяльність супроводжує практичною підтримкою державних органів влади. Проводяться тренінги, надається технічна підтримка. Проводиться тісна співпраця з громадськими організаціями: ЗМІ, релігійними організаціями та з приватним сектором, намагаючись привернути увагу до проблем внутрішньо переміщених осіб та осіб без громадянства та покращити потенціал таких організацій щодо надання захисту та прийому осіб, які потребують допомоги [37]

Багато ВПО були переміщені протягом шести років і хочуть знайти довготривале рішення. Міністерство з питань реінтеграції спільно з

⁸ Партнери УВКБ, які діють у роботі з ВПО: «Десяте квітня», «Крим-СОС», «Донбас-СОС», «Право на захист», «Проліска», «ЦРД».

міжнародними організаціями та неурядовими організаціями розробляє нову стратегію та план дій щодо довготривалих рішень ВПО. Стратегія повинна відображати вісім критеріїв інтеграції, передбачених Рамкою IASC щодо довговічних рішень (наприклад, безпека, недискримінація, доступ до житла та засобів до існування, участь у громадському житті тощо). Виконання Стратегії та Плану дій має бути обмеженим у часі та вимірюваним за допомогою конкретних показників, а також пов'язаним з бюджетними ресурсами [2].

Показовим є той факт, що найвищий рівень нетерпимості до ВПО був зареєстрований у Харкові та Харківській області, а найнижчий – у Київській та Львівській областях. Це дає підставу говорити про руйнування кремлівського міфу про те, що до людей з Донбасу та Півдня найгірше ставляться на Заході України, нібито, наша країна розділена ментально. А фактично на Львівщині найкраще ставляться до вихідців з Донбасу, де вони можуть зустріти не тільки гарне відношення, а й житло, умови для бізнесу, нові робочі місця. Це свідчить про те, що для людей, яких свого часу медіа розділяли як ворогів, ця інформація виявилася неправдивою. Ті регіони, які один одному демонструвались як ворожі, насправді стали найбільшими побратимами та це демонструється сьогодні на яскравих життєвих прикладах і на статистичних даних. Взагалі цей історичний етап має безліч мінусів і катастроф, але, на думку деяких експертів, саме внутрішня міграція ще дасть свій історичний плюс: ще більше об'єднає українців і створить відчуття дому, незалежно від регіону. Особливо в тих, у кого такого відчуття не було і вони були сильно прив'язані виключно до власного району проживання [38].

3.2.2. Проблеми економічної активності ВПО та оцінка результатів профорієнтаційних заходів щодо цих осіб в межах співпраці з центрами зайнятості

Так вже складається у багатьох країнах світу, що вимушене внутрішнє переселення людей піднімає питання їх зайнятості на нових місцях проживання. Фактично, особи з числа переселенців здебільшого є достатньо

мотивованими відразу працевлаштовуватись, розпочинати власний бізнес тощо, оскільки доводиться усе розпочинати «з нуля». Однак, такий переїзд громадян із однієї території на іншу створює доволі суттєвий тиск на місцеві ринки праці, збільшуючи диспропорції та збільшуючи конкуренцію за робочі місця. Хоча, якщо говорити про **проблеми особистого розвитку у ВПО**, то саме працевлаштування та отримання адекватного та стабільного доходу дають можливість таким особам швидше адаптуватись до нових умов, знижуючи кількість конфліктів, інтегруватись у місцеві громади.

Слід констатувати той факт, що, незважаючи на шестирічний період від початку агресії, зайнятість та рівень доходів у переселенців є дещо нижчим у порівнянні до місцевого населення (рис. 3.9.).



Рис.3.9. Зайнятість ВПО та загального населення віком 20–64 рр у 2020 р. [11, с.11].

Тому, внаслідок низького рівня економічної активності трудовий потенціал вимушених переселенців використовується далеко не повністю, що негативно позначається на становищі самих ВПО (втрата потенційних заробітків, кваліфікації, невдоволеність своїм становищем та зневіра у власних можливостях), а також і держави, яка недоотримує частку потенційного валового внутрішнього продукту та має витрачати кошти на допомогу по безробіттю й фінансову підтримку малозабезпечених родин ВПО. Втрати від низького рівня економічної активності ВПО та високого рівня безробіття серед них можуть бути значними з огляду на високий освітній потенціал переселенців, який є вищим ніж у середньому по Україні [1, с. 6].

Проблемою також виступає небажання частини ВПО ставати на облік у державні центри зайнятості, що дещо викривлює результати досліджень через неточність аналітичного матеріалу. Відчутною є диференціація щодо зайнятості ВПО як за статевою структурою, так і за географією проживання. Зокрема, рівень зайнятості чоловіків становить 72%, а жінок – тільки 50%. Щодо регіонального розподілу, то у досліджуваних областях (Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській) зайнятість серед ВПО, віком 20-64 рр. становить 54 %, що є середнім показником по Україні [11, с. 12]. Це відображено на рис. 3.10.

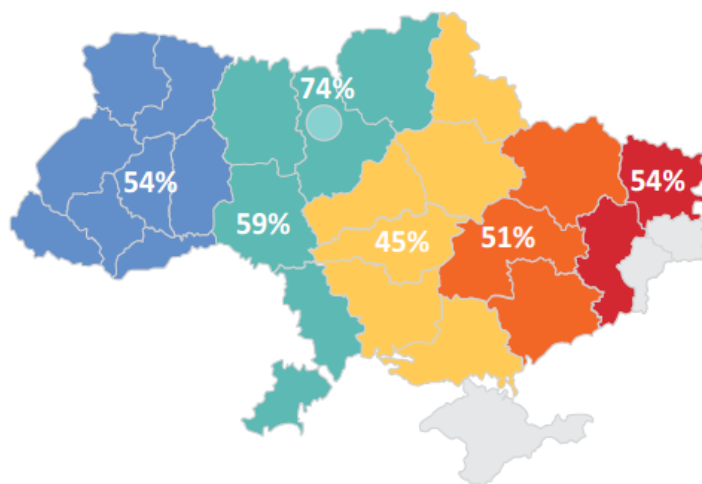


Рис. 3.10. Зайнятість ВПО за регіональною ознакою у 2020 р., у % [11, с. 12].

Поширеною є проблема небажання ВПО реєструватись у державних центрах зайнятості, що має як об'єктивні, так і суб'єктивні причини. Загалом, близько 1/3 осіб не зареєструвалися в ДЦЗ через те, що вони є студентами, перебувають у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами, пенсіонерами або особами з обмеженими можливостями (хоч окремі із цих категорій неофіційно працювали). Між основними причинами нереєстрації в ДСЗ існують суттєві відмінності зайнятих та безробітних (рис. 3.11). Наприклад, найпопулярніша причина серед зайнятих ВПО – це те, що вони знайшли роботу без допомоги ДЦЗ. Друга за популярністю причина серед зайнятих і перша серед безробітних є та, що центри зайнятості часто пропонують низькооплачувані роботи. І третя – наявні вакансії в ДЦЗ нерідко відповідають попереднім професіям ВПО [11, с.

17]. Особливо дана проблема є актуальною у досліджуваному західному регіоні країни, де промислові об'єкти збанкрутували ще у 1990-х роках.

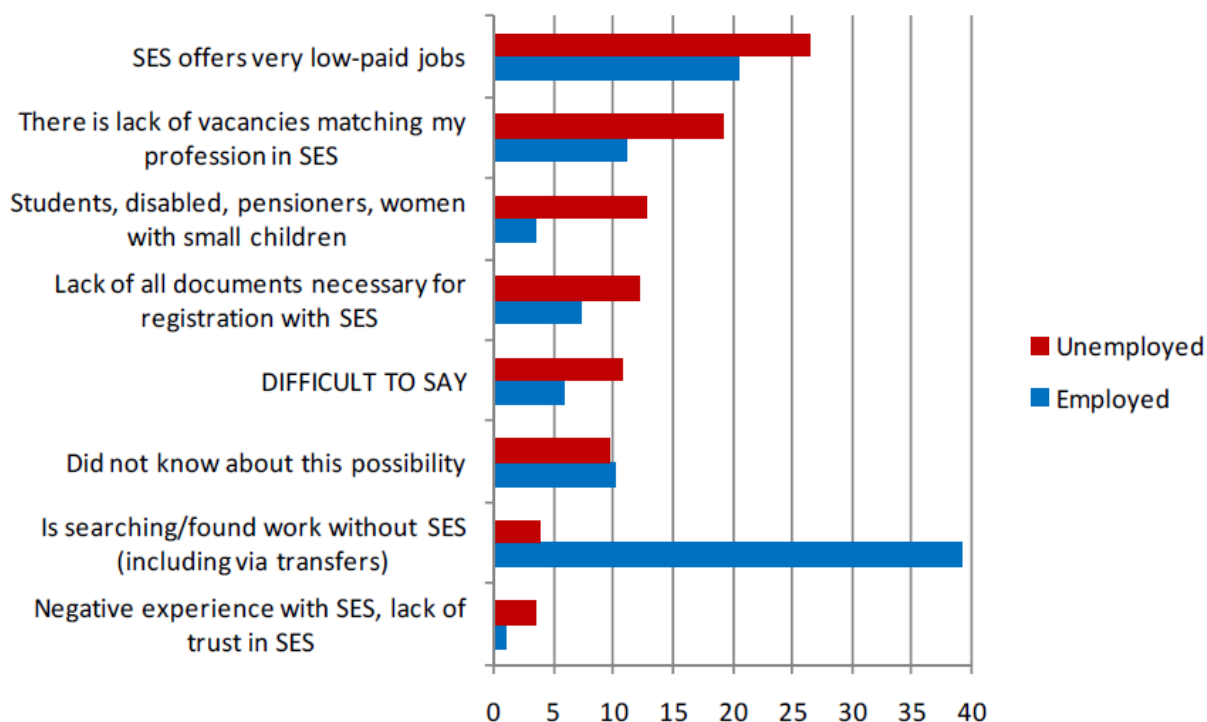


Рис. 3.11. Основні причини нереєстрації ВПО у державних центрах зайнятості та суттєві відмінності між зайнятими та безробітними [54, с. 17].

Перші роки окупації характеризували ситуацію, коли елементарні професії, в основному в торгівлі та ремонті, будівництві та інших послугах стали буфером для поглинання переміщених працівників, які не були зможли знайти кращу роботу. Останні ж 2-3 роки дещо змінюють ситуацію, оскільки ВПО активно влились у потоки трудової міграції у сусідні країни ЄС, де оплата на порядок вища ніж в Україні. З одного боку це є мінус для країни, яка не змогла забезпечити належні умови для переселенців, але з іншого – заробітчанство сприяє покращенню добробуту таких громадян, підвищує їхню самооцінку. Цей феномен теж характеризує підвищення рівня особистого розвитку багатьох ВПО, їх ефективний само менеджмент, оскільки особі, яка десятиліттями була прив'язана, до прикладу, до шахти, доволі нелегко було зважитись на такий крок.

Цікавим видається аналіз інформації щодо участі державних центрів зайнятості у процесах економічної адаптації ВПО за січень-вересень 2020 року. Так, Львівською обласною службою зайнятості надавалися соціальні послуги 355 особам з числа внутрішньо переміщених осіб. Однак отримали роботу лише 45 осіб, що складає 21,2%. [28].

Щодо інформації в Івано-Франківській області, то отримували послуги служби 78 внутрішньо переміщених осіб, з яких працевлаштовано 23 особи, що становить 29% [27].

Щодо Закарпатської області, то дані були такі: отримували послуги служби 60 внутрішньо переміщених осіб, з яких працевлаштовано 10 осіб, що становить 17% [26].

Так, за скеруванням служби зайнятості у Львівській області професійне навчання проходили тільки 7 безробітних осіб з числа ВПО (3,7%), оскільки цього рік суттєво скорочено бюджетні витрати на ці цілі. В Івано-Франківській – 11 безробітних осіб з числа ВПО (14%). У Закарпатській – 1 особа (1,7%) [26–28].

Щодо ефективності надання послуг центрами зайнятості, то за кількістю прийнятих до обслуговування осіб ВПО перше місце належить Львівській обл., за рівнем працевлаштування ВПО перше місце посідає Івано-Франківська область, за рівнем надання професійного навчання – теж Івано-Франківська.

В загальному усереднені результати дослідження ще раз підтверджують актуальність проведення освітньо-наукових ініціатив для ВПО у досліджуваних областях (подібних до проекту в ЛНУ ім. Івана Франка), оскільки всього у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях звернулись за послугами у центри зайнятості 493 ВПО, з яких було працевлаштовано лише 78 осіб (16%), а пройшли професійне навчання лише 19 осіб (майже 4%). Відтак, слід і надалі сприяти проведенню локальних ініціатив, які залучають сприяють професійному розвитку а економічній адаптації ВПО шляхом використання різного роду програм із само-менеджменту.

В цілому, дослідження українського ринку праці показують, що як шукачі роботи, так і роботодавці дуже часто покладаються на неформальні канали

(особисті зв'язки) та Інтернет, щоб знайти належного працівника/роботу. Відтак, ВПО, які переїхали в нове середовище, де мало особистих зв'язків частіше мають бар'єри у доступі до робочих місць.

Фактично, така ситуація вимагає перегляду діючої соціально-економічної політики щодо ВПО, оскільки стимулювання їх економічної активності напряду впливає на рівень особистого розвитку цих громадян. За відсутності ефективної політики працевлаштування та ефективного використання трудового потенціалу вимушених переселенців Україна може втратити значну частину висококваліфікованих кадрів. Цілеспрямована політика підвищення економічної активності та зайнятості ВПО має бути серед пріоритетів державної політики України. Другим пріоритетним напрямом у підвищенні економічної активності ВПО є відновлення або започаткування підприємництва [1, с. 11].

Відтак, вважається за необхідне, по-перше – відновити фінансування навчання та надання коштів безробітним ВПО державними центрами зайнятості, а по-друге – продовжувати формувати їхні «business and self-management skills» через реалізацію різного роду освітньо-практичних проєктів, програм та ініціатив, що реалізуються освітньо-науковими закладами, громадськими та благодійними організаціями. На сучасному етапі, (поки буде відновлене фінансування державних програм) саме та такі ініціативи із самоменеджменту і покладається уся надія щодо відповідного навчання ВПО, а також фінансування їх бізнес-ідей (за підтримки донорськими коштами).

3.2.3. Розроблення та апробація програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання

Результати аналізу міжнародного та вітчизняного досвіду щодо реалізації програм та ініціатив з особистого розвитку внутрішньо-переміщених осіб були враховані під час розроблення «Програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання». Реалізація та апробація цієї програми здійснювалася у

ресурсних центрах ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ). У дослідженні брало участь 80 осіб з числа ВПО, віком від 25 до 50 років (30 осіб – Львівська обл., 25 – Івано-Франківська обл. та 25 – Закарпатська обл.). Також у дослідженні взяли участь 90 учасників ООС (по 30 осіб з вище перелічених областей Західної України). Під час проведення досліджень та навчально-практичних заходів учасники ООС та ВПО перманентно розділялись ще на три підгрупи: професійна орієнтація; започаткування бізнесу, реалізація соціально-гуманітарних проектів.

Практична частина полягала у проведенні психотерапевтичних занять та тренінгової компоненти. Усі досліджувані ВПО та учасники ООС аналізувалися згідно технологічної карти психолого-медико-педагогічної діагностики посттравматичного стресового розладу та пройшли курс психотерапії можливостей відповідно до технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги. Крім того, учасники ООС та ВПО приймали активну участь у кількадеennих тренінгах (у кожній із областей) «Фінансово-економічна грамотність, само-менеджмент та бізнес-планування як інструменти особистого розвитку ВПО». Навчальна програма цих заходів була побудована таким чином, що спочатку усі учасники залучались до вивчення фінансово-економічної грамотності та само-менеджменту, в ході чого частково обговорювались їх потенційні можливості щодо пошуку майбутньої роботи, започаткування власної справи або реалізації соціального проекту. В кінцевому результаті, практично усім учасникам було цікаво послухати матеріал за всіма трьома напрямками. Учасники це мотивували тим, що життя навколо них за останні кілька років є таким мінливим, що вкрай важко передбачити, які конкретні компетентності можуть знадобитися вже у недалекому майбутньому. Останній блок тренінгу проводився у вигляді консультацій та групових обговорень власне із розділенням учасників на три підгрупи за їх бажаннями: професійна орієнтація; започаткування бізнесу, реалізація соціально-гуманітарних проектів.

Проведення самих тренінгових занять проводилось із активним використанням різноманітних інтерактивних методів у навчанні: робота у

групах, брейнстормінг, застосування кейсів та практичних домашніх завдань. Презентації проводились із застосуванням мультимедійного обладнання, фліпчарту, роздаткового теоретичного та практичного матеріалу.

Вагомим є те, що навчально-консультативні заходи включали у себе найкращі міжнародні практики щодо особистого розвитку ВПО, зокрема: досвід УВКБ ООН, Міжнародної Організації з Міграції, Світового банку, Європейського Союзу та ін.

Щодо професійної орієнтації ВПО, то найперше, що було обговорено це те, як знайти **своє нове призначення у посткризовому середовищі** (поради ефективної професійної перекваліфікації). Учасники отримали навички застосування трикутника власної ефективності, дізналися про інструменти розвитку власних навичок та знань, спільно визначили особливі зовнішні чинники і відповідну реакцію на них. Провели гру по визначенню персональних критеріїв власного професійного успіху.

Цікавим було обговорення теми **«Нові професії 21 століття»**. Учасники отримали приклади та інструкцію яким чином розвивати себе у нових змінах та освоїти нові професії. За допомогою інтерактивних заходів учасники могли поспробувати себе в інших ролях і зрозуміти яким чином їм далі себе вдосконалювати.

Особливого акценту на тренінгах було зроблено на проблемі **само-менеджменту ВПО та учасників ООС**. Учасники дізнались про основні принципи планування часу: принцип пріоритетів; принцип Парето; принцип кошика; сегментація часу; «Швейцарський сир»; принцип делегування повноважень.

Учасники намалювали власне «Дерево цілей» – це структурована, побудована по ієрархічному принципу сукупність цілей, в якій виділені генеральна ціль - «вершина дерева», підцілі першого, другого і наступних рівнів - «гілки дерева».

Учасники взяли на озброєння декілька лайфхаків по тайм-менеджменту: починайте ранок з приємного; прокидайтеся мінімум за 3 години до роботи; правило 9-ти справ; геть багатозадачність; не розумієте – намалюйте; правило 2-х хвилин; маленькі радощі; їжте!; відпочивайте!

Учасники також зацікавились проблемою **«Ефективної самопрезентації»**. ВПО та учасники ООС були поділені на групи де грали в інтерактивну гру, яка ще більше допомогла зблизитися та дізнатися один про одного більше цікавої інформації. Учасники визначали самооцінку та рівень домагань, оскільки з цього починається робота над ефективною презентацією власної особистості в соціумі. Учасники переносили теоретичні твердження на власні приклади з життя.

У підсумку були розглянуті питання, як найкраще сформувати власне резюме та мотиваційний лист, а також як найкраще себе поводити на співбесіді із потенційним працедавцем.

Світовий та вітчизняний досвід свідчить про важливу роль **фінансової грамотності** у підвищенні ефективності особистісного розвитку ВПО та учасників ООС. В ході роботи учасниками одержано знання та навички у питаннях: як вести особистий/сімейний бюджет; де і як зберігати заощадження; шляхи інвестування в Україні в теперішніх умовах; як не стати жертвою фінансових пірамід і шахрайських організацій; як фінансово захистити себе та свою сім'ю; як побудувати свою власну фінансову стабільність.

Одним із дієвих способів подолання безробіття серед ВПО, а також збільшення їх добробуту є відкриття ними власної справи (бізнесу). Частина тренінгів була присвячена саме цим питанням. Учасники отримали інформацію про методики генерації нових ідей для власного бізнесу. Під час навчальної гри отримали навички, як методик з генерації нових ідей можна застосувати на практиці. Конкретні бізнес-ідеї учасників були спільно обговорені. Після інтерактивної гри із пошуку ніші для власного бізнесу, учасники змогли вибрати для себе ніші у яких вони можуть себе реалізувати. Досліджено який інтерес у людей, які шукають інформацію у Google до товарів і послуг які планують виготовляти чи надавати учасники семінару.

Учасники тренінгів отримали знання та інформацію, які допоможуть їм краще залучати фінансові ресурси для реалізації власних бізнес ідей та проектів. Було детально проаналізовано яким чином залучати ресурси у свого оточення, які державні програми підтримки підприємництва зараз є, як правильно

працювати з банківською системою. Під час тренінгу було проведено практичну гру «Фінансова база для початку власної справи».

На завершення, учасники вчилися розробляти власні **бізнес-плани**. Вони отримали теоретичні та практичні поради та рекомендації стосовно основної структури бізнес-планів. Також було проаналізовано основні етапи складання типового бізнес-плану та відповідні види робіт. Під час заняття між учасниками зароджувались доволі корисні та цікаві дискусії, в межах яких в групі обговорювався досвід окремих слухачів ведення підприємницької діяльності. Окремої уваги було приділено системі звітності та оподаткування українських підприємств.

Також, за роки перебування в статусі переселенців учасники усвідомили, що їх проблеми доволі часто доводиться вирішувати самостійно. Відтак, це краще робити за допомогою реалізації власних соціальних чи гуманітарних проектів. Фактично, з ініціативи окремих учасників групам проводився **бліц-курс з управління проектами (PCM)**. Насамперед, учасники дізнались про особливості фандрейзингу. Було проаналізовано специфіку діяльності окремих донорських організацій. В подальшому вони вчилися **формувати власні проектні ідеї**, які згодом трансформуються у проектну або підприємницьку діяльність. На основі розглянутих життєвих прикладів з реалізації ідей відомих людей учасники одержали відповідний практичний досвід. Під час тренінгів учасникам було запропоновано використати метод «мозкового штурму» під час обговорення власних потенційних проектів. Завдяки цьому кожному із слухачів вдалось «відшліфувати» власні проектні ідеї, а по окремих соціальних ініціативах учасники об'єдналися у невеличкі групи.

Учасники дізнались як саме слід писати проектну заявку, зокрема те, що особливої уваги слід приділяти опису проекту, який розміщується з самого початку аплікаційної форми.

Наприкінці комплексних тренінгів учасники навчилися ідентифікувати витрати проекту (проводити їх калькулювання).

В загальному, участь ВПО та учасники ООС у комплексних тренінгах у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях призвела до

позитивного ефекту: по-перше – в оціночних анкетах переважна більшість учасників залишили дуже позитивні відгуки щодо актуальності поданого матеріалу та якості його подання. Серед негативів – найбільше учасники скаржились на нестачу часу щодо проведення таких навчальних заходів, хотіли б пройти такі навчання на більш тривалій та системній основі.

Розроблена програма самоменеджменту представлена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Програма ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання

Етап	Засоби	Результат	Тривалість
Діагностика ПТСР	Технологічна карта	Наявність/відсутність ознак ПТСР	2-3 дні
Психотерапія	Технологічна карта (вибір роду психотерапії в залежності від наявності/відсутності ознак ПТСР)	Зниження рівня ПТСР/ формування нового світогляду, відкриття нових можливостей	Залежно від стану, від 1 місяця до пів року
Соціально-психологічна адаптація	Модель соціально-психологічної адаптації	Адаптація в новому середовищі	від 1 місяця до пів року
Самоменеджмент	Тренінг самоменеджменту	самоорганізація, цілеспрямованість, саморозвиток	2-3 дні
Створення бізнес-планів	Тренінг бізнес-проектів	Потенціал для відкриття власної справи	1-2 місяці
Професійна зайнятість	влаштування на роботу, відкриття власної справи	Здатність утримувати сім'ю	Від 1 місяця до до пів року

Соціально-психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС після повернення з зони ООС здійснювалася у відповідності до запропонованої моделі:

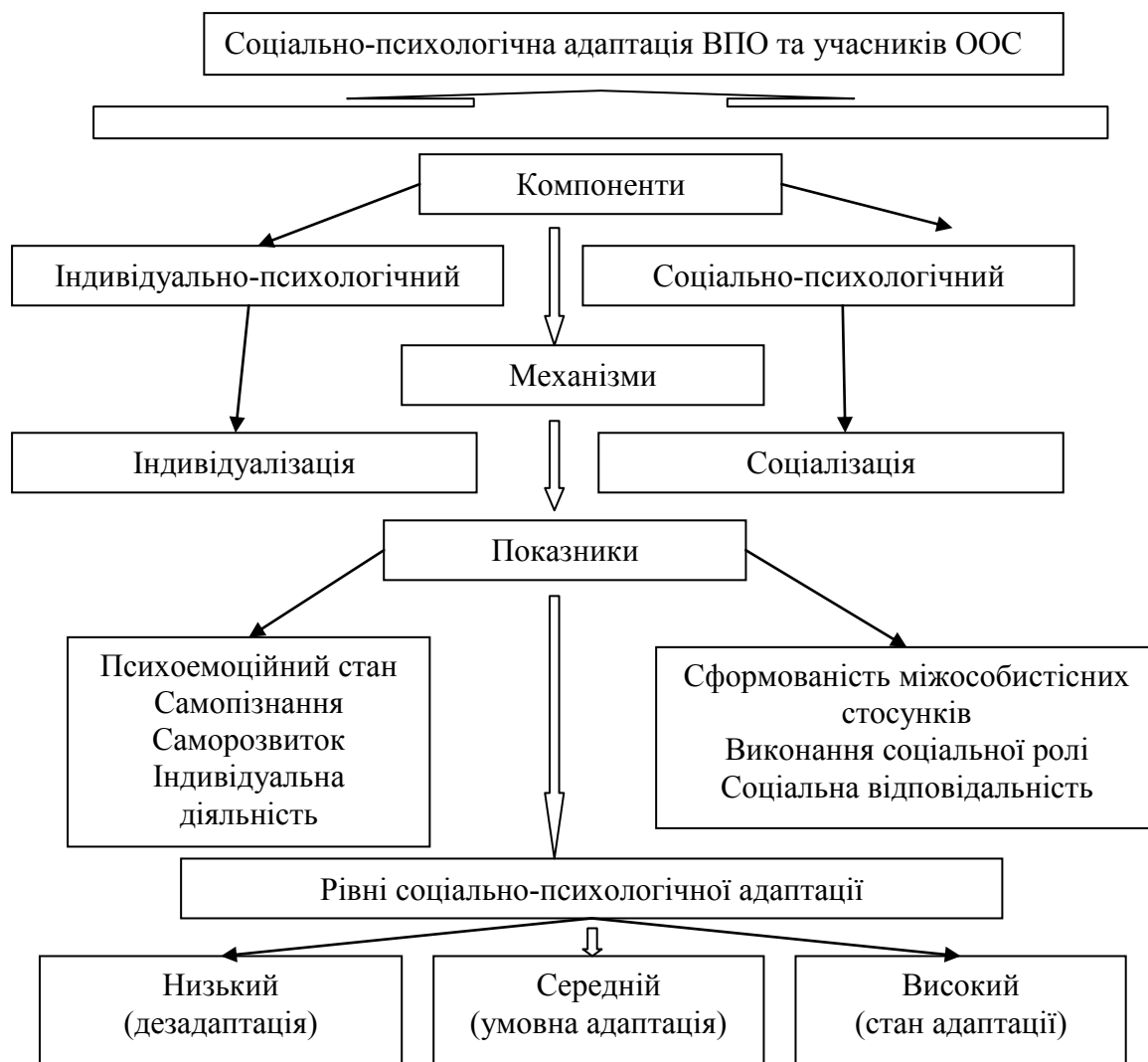


Рис. 3.12. Модель соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС

Як видно з запропонованої моделі соціально-психологічної адаптації ВПО та учасників ООС, які повернулися з фронту (рис. 3.12), на етапі психотерапевтичної взаємодії з клієнтами (ВПО чи учасниками ООС) (таблиця 3.1) відбувається глибинна індивідуальна робота, спрямована на реабілітацію особистості клієнта. На цьому етапі застосовуються такі технології, як активізація бажань самозміни, активізація позитивних спогадів, стимуляція прикладами історій успіху, активізація ресурсу подолання перешкод,

проектування власного майбутнього тощо. Соціальна складова адаптації пов'язана із способами встановлення комунікацій клієнта з найближчим оточенням, з лікарями, психологами, соціальними працівниками, сусідами, наведенням нових знайомств і контактів. На цьому шляху позитивними практиками є об'єднання ВПО чи учасників ООС у групи самопомоги, які розширюють мережу контактів, сприяють переосмисленню себе і свого місця в соціумі.

Запропонована модель показує обмеження досягнення соціально-психологічної адаптації у випадку серйозних психотравм, яка диференціюється рівнями. Низький рівень адаптації чи дезадаптація – це не остаточний вирок. Ймовірно, процес реабілітації є більш тривалим, потребує психотерапевтичної та реабілітаційної роботи. Проведені дослідження показали, що низький рівень адаптації більше притаманний учасникам ООС, які отримали поранення, ніж внутрішньо переміщеним особам. Однак, практика показала, що багато з внутрішньо переміщених осіб так і не змогли адаптуватися в нових умовах проживання і виїхали у країни Західної Європи. Це зокрема стосується ВПО з Криму. Результати анкетування досліджуваних учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб свідчать, що більша половина (понад 60%) їх має середній рівень соціально-психологічної адаптації, тоді як низький та високий рівень адаптації виявлений у майже 20% досліджуваних.

Тренінг само менеджменту передбачає формування в учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб таких компетентностей:

Компетентості	Результати навчання
Здатність визначати проблеми практичного забезпечення самоменеджменту	Вміти застосовувати концептуальні підходи самоменеджменту для пояснення процесів самомотивації, планування, прийняття рішень, організації власної діяльності і самоконтролю
Здатність здійснювати обґрунтований вибір методів аналізу витрачання часу і управління часом	Здійснювати обґрунтований вибір методів аналізу витрачання часу і управління часом. Застосовувати інструментарій обліку часу щоденного обліку часу

Здатність здійснювати обґрунтований вибір методів управління власною активністю і працездатністю	Здійснювати обґрунтований вибір методів управління ресурсом активності і працездатності. Розвивати навички здорового способу життя
Здатність здійснювати обґрунтований вибір методів управління власною платоспроможністю	Здійснювати обґрунтований вибір методів управління ресурсом платоспроможності. Застосовувати комп'ютерні програми з управління особистими фінансами
Здатність здійснювати обґрунтований вибір методів управління ресурсом освіченості	Здійснювати обґрунтований вибір методів навчання та самонавчання, планування кар'єри та професійного розвитку
Здатність визначати напрями саморозвитку особистості	Визначати напрями власного саморозвитку та удосконалення професійно-важливих якостей
Здатність до розвитку лідерських компетентностей	Здійснювати обґрунтований вибір методів розвитку та досягнення лідерських компетентностей
Здатність до роботи в команді	аналізувати і проектувати міжособистісні, групові та організаційні комунікації; оцінювати умови і наслідки прийнятих організаційно-управлінських рішень.

Ефективність застосування «Програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання» перевірялася шляхом порівняння професійної зайнятості ВПО та учасників ООС після застосування програми самоменеджменту (експериментальні групи) з контрольними групами ВПО та учасників ООС, які участі у такій програмі не брали. Під професійною зайнятістю ми розуміли участь в одному з 3-ох компонентів: влаштування на роботу на відкритому ринку праці, відкриття власної справи чи участь у соціо-культурному проекті. Відповідні результати для ВПО та учасників ООС представлені на рис. 3.13 та рис. 3.14, відповідно.

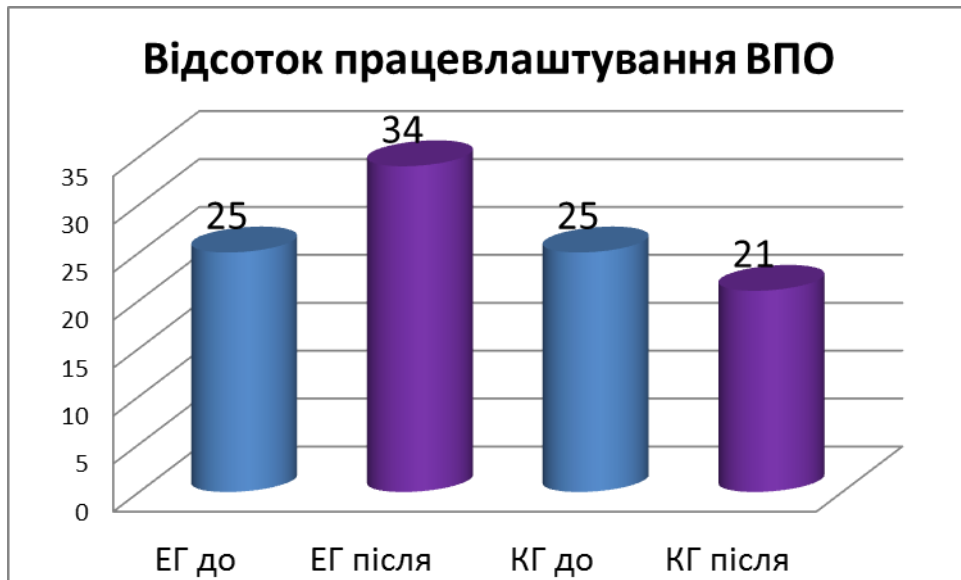


Рис. 3.13. Відсоток працевлаштування ВПО до і після впровадження програми ефективного самоменеджменту. Для порівняння на діаграмі наведені відповідні результати контрольної групи ВПО, які відображають відсоток їх працевлаштування до початку впровадження програми і після її завершення.

Як видно з рис. 3.13, дещо несподіваними, але закономірними з точки зору поширення пандемії COVID-2019, є результати контрольної групи. Первинний зріз професійної зайнятості ВПО (усередненні показники у трьох областях) проводився на початку 2020 року, коли ще пандемія не була офіційно оголошена. Для дослідження були обрані малозабезпечені ВПО, три чверті з яких не мали місця праці. Після впровадження програми самоменджменту, яка здійснювалася частково off-line, а у переважній більшості on-line і тривала до кінця листопада 2020 р., показники працевлаштування у контрольній групі зменшилися на 4%, що відображає наслідки пандемії. Натомість у експериментальній групі спостерігається зростання працевлаштування ВПО на 9%. На наш погляд, низький відсоток працевлаштування ВПО зумовлений наслідками пандемії.

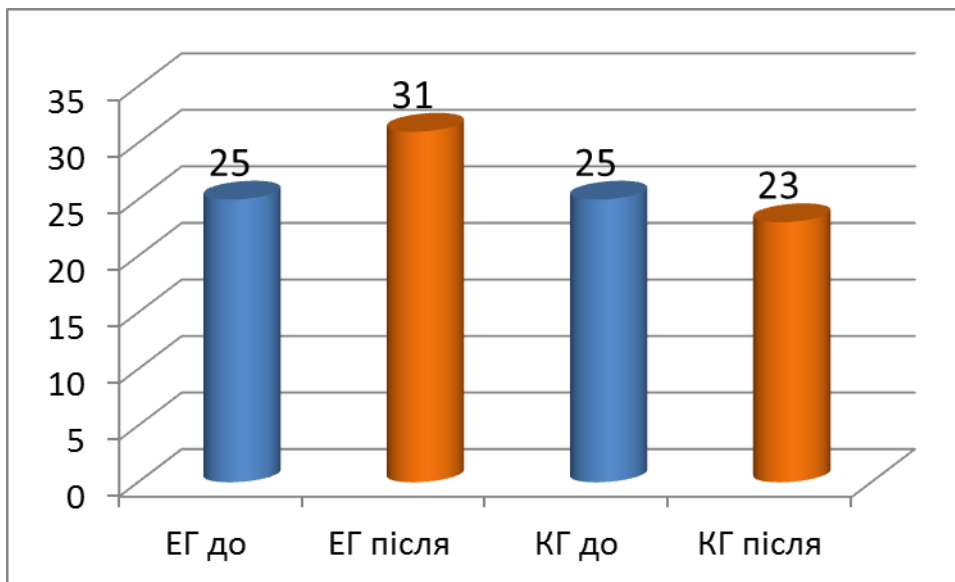


Рис. 3.14. Відсоток працевлаштування учасників ООС до і після впровадження програми ефективного самоменеджменту. Для порівняння на діаграмі наведені відповідні результати контрольної групи учасників ООС, які відображають відсоток їх працевлаштування до початку впровадження програми і після її завершення.

Як видно з рис. 3.14, програма самоменеджменту учасників ООС менш ефективна порівняно з ВПО, – зростання працевлаштування після впровадження програми відбулося лише на 6%. Очевидно, це пов'язано з більшими травмами учасників ООС, отриманих на лінії вогню і необхідністю значно більшого часу на реабілітацію.

У підсумку, слід зауважити, що підвищення ефективності особистісного та професійного розвитку ВПО та учасників ООС і надалі залишається актуальною проблемою в Україні. На наш погляд, для вирішення цих питань на централізованому рівні слід сформувати дієвий кластер (за прикладом УВКБ ООН) із залученням усіх сторін соціального діалогу із виділенням бюджетних коштів на програми розвитку ВПО та учасників ООС, які можуть стати хорошим спів фінансуванням до залученої зовнішньої донорської допомоги, при наявності скоординованого публічного управління дією сферою діяльності. Тільки так можна створити підґрунтя для прийняття та ефективної реалізації довгострокових рішень щодо подальшого розвитку, адаптації та інтеграції ВПО та учасників ООС в Україні.

Висновки до розділу 3

Проведений аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду роботи із внутрішньо-переміщеними особами вказує на відсутність єдиного підходу щодо підвищення ефективності їх особистісного розвитку. Такі міжнародні організації як ООН, МОМ, Світовий Банк після ряду спільних проектів швидше дають перелік необхідних рекомендацій як діяти у роботі з ВПО за відповідних обставин. Відтак, у кожній окремо взятій країні чи регіоні виробляється своя унікальна практика щодо покращення адаптації, інтеграції та професійної орієнтації переселенців.

Результати дослідження свідчать, що найбільш дієвим інструментом для організації злагодженої та структурованої роботи щодо розвитку ВПО є застосування т.з. кластерного підходу, що широко використовується на практиці УВКБ ООН, оскільки під координацією ООН до роботи активно залучається ряд національних громадських, благодійних та навіть релігійних організацій, представників органів державної та місцевої влади, бізнес-асоціацій. Відтак, як показує багаторічна практика, завдяки синергії полівекторного досвіду усіх учасників такого кластеру, вдається досягати поставлених цілей щодо розвитку переселенців, чітко сформувати та ефективно впроваджувати відповідні довгострокові рішення.

Аналіз результатів реалізації кластерного підходу УВКБ ООН у Львівській, Івано-Франківській та Закарпатській областях у 2020 р. вказують, що завдяки такій діяльності проводиться доволі велика робота щодо подальшого розвитку ВПО. Однак, найбільше зусиль та ресурсів витрачається на діяльність кластеру у Донецькій та Луганській областях (безпосередньо вздовж лінії розмежування), наприклад, кластер з продовольчої безпеки та забезпечення засобів до існування, кластер з питань захисту, кластер з питань житла і непродовольчих товарів, освітній кластер тощо.

Важливого значення у роботі із ВПО має рівень володіння відповідним персоналом специфічними компетентностями щодо ставлення та застосування необхідних навичок (attitudes and skills). В ідеалі, з метою продовження

дисемінаційного ефекту роботи з ВПО, в процесі навчання окремі представники з числа самих переселенців можуть освоїти такі компетентності та самостійно продовжувати подібну роботу у своїх громадах (перебрати на себе ролі агентів змін та лідерів думок).

До сьогоднішнього дня в Україні існує проблема недостатньої економічної активності ВПО, що, по-перше – знижує рівень їх доходів, у порівнянні з іншими громадянами, а по-друге – держава втрачає частку свого людського капіталу та недовиробляє частину ВВП. Як показують дослідження, значна частина переселенців була змушена перепрофільовуватись у відповідності до вимог ринку праці. З часом, через небажання працювати на простих професіях (маючи вищу освіту), частина ВПО приєдналась до потоку трудових мігрантів у країни ЦСЄ, що, в загальному, покращило рівень доходів таких сімей.

Інформація щодо надання послуг центрами зайнятості Львівської, Івано-Франківської та Закарпатської областей свідчить про те, що, по-перше – частина ВПО не звертається по допомогу у ДЦЗ, по-друге – середній відсоток працевлаштованих становить лише 16%, а частка осіб, які пройшли професійні навчання становить лише 4%. Щодо першої проблеми, то через високу відмінність між наявними вакансіями та кваліфікацією і матеріальними очікуваннями, значна частина переселенців відмовляється від пропонованої роботи. Існують також і такі, які свідомо звертаються про надання допомоги з безробіття, хоча самі працюють неофіційно. Щодо іншої проблеми, то такий невисокий показник залучення до навчань як ВПО, так і інших безробітних пояснюється дуже суттєвим скороченням бюджетного фінансування додаткових програм (так, окрім скорочення навчальних заходів, припинено програму надання коштів для розвитку власного бізнесу). Вважаємо, що це вагомо скорочує можливості потенційного професійного розвитку ВПО.

Результати аналізу міжнародного та вітчизняного досвіду щодо реалізації програм та ініціатив з особистого розвитку внутрішньо-переміщених осіб були враховані під час розроблення «Програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових

умовах проживання». В основу програми покладений комплекс заходів, спрямованих на виявлення та приведення в дію нових механізмів зміни свідомості внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС від психології утриманства до усвідомлення творця власної долі, що сприятиме ініціюванню малого підприємництва, яке забезпечуватиме матеріально їх родини та приведе до економічного розвитку регіону їх переміщення. Реалізація та апробація цієї програми здійснювалася у ресурсних центрах ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ). У дослідженні брало участь 80 ВПО, віком від 25 до 50 років (30 осіб – Львівська обл., 25 – Івано-Франківська та 25 – Закарпатська) та 90 учасників ООС (по 30 осіб з кожної області).

Запропонована модель соціально-психологічної адаптації учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС, яка включає програму особистісного зростання у процесі психотерапевтичної роботи з клієнтом, а також створення груп самопомогі внутрішньо переміщених осіб чи учасників ООС, які допомагають їм адаптуватися/реабілітуватися в суспільстві.

Ефективність застосування «Програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання» перевірялася по їх працевлаштуванні у процесі чи після реалізації програми. Результати проведеного дослідження свідчать, що відсоток працевлаштованих ВПО зріс на 9%, а учасників ООС – на 6%. Це порівняно невеликі зміни, однак, якщо врахувати, що відсоток працевлаштування обох категорій осіб у контрольних групах у період пандемії загалом зменшився на 2-4%, то позитивна динаміка змін у експериментальних групах свідчить про ефективність розробленої програми та необхідність її впровадження в масштабах країни.

ВИСНОВКИ

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.
2. 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.
3. 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.

4. На основі проведених наукових досліджень розроблено та апробовано технології терапевтичної корекції симптомів посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС, зокрема, - методи короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей та узгодженої інтегративної методології травматерапії.
5. Встановлено, що короткотермінова психотерапія найбільш ефективна у роботі із підвищенням адаптативності, впевненості у власних силах, стійкості до дії стресових факторів та соціальних впливів. Психотерапія можливостей ефективно працює у випадку емоційних порушень, почуттям провини, переживанням неконструктивних. Психотерапії із імагітивнативної методології успішно справляється у роботі із травмою, посттравматичним стресовим розладом, використовуючи методи роботи з уявою та пошуком внутрішніх ресурсів особистості.
6. Розроблена технологічна карта ефективної терапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС. Результати апробації технологічної карти у ресурсних центрах для підтримки внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ) та у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи свідчать про позитивні зміни показників їх інтелектуальної та емоційно-вольової сфери, зникнення ознак посттравматичного стресового розладу у 30 % реабілітованих осіб, що вказує на необхідність впровадження технологічної карти ефективної терапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС в Україні.
7. Результати аналізу міжнародного та вітчизняного досвіду щодо реалізації програм та ініціатив з особистого розвитку внутрішньо-переміщених осіб були враховані під час розроблення «Програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання».

8. Запропонована модель соціально-психологічної адаптації учасників ООС та внутрішньо переміщених осіб з зони ООС, яка включає програму особистісного зростання у процесі психотерапевтичної роботи з клієнтом, а також створення груп самодопомоги внутрішньо переміщених осіб чи учасників ООС, які допомагають їм адаптуватися/реабілітуватися в суспільстві. Практична реалізація цієї моделі вказує на існування трьох рівнів соціально-психологічної адаптації, перехід між якими вимагає збільшення тривалості психотерапевтичної та реабілітаційної роботи.
9. Ефективність застосування «Програми ефективного самоменеджменту внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС для їх самореалізації в нових умовах проживання» перевірялася по їх працевлаштуванні у процесі чи після реалізації програми. Результати проведеного дослідження свідчать, що відсоток працевлаштованих ВПО зріс на 9%, а учасників ООС – на 6%. Це порівняно невеликі зміни, однак, якщо врахувати, що відсоток працевлаштування обох категорій осіб у контрольних групах у період пандемії загалом зменшився на 2-4%, то позитивна динаміка змін у експериментальних групах свідчить про ефективність розробленої програми.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

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
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 // 3б. 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
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%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8>
16. *Коkun О.М.* Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник/ О.М.Коkun, 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 військовослужбовців / 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. *Острівська К.О.* Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в соціальному просторі / К.О.Острівська // 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_PTZR/2016_121_AKN_PTS_R.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_YKPM_D_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
- 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. 2015. "A Multifaceted Program Causing Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from Six Countries." *Science* 348 (6263). [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
- 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 Rozwiazaniu // *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
- 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.
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%94and+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. *Ostrowska Kateryna.* 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

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 <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=674> (dostęp 03.2013).
74. *Tytarenko T.M.* Socio-psychological rehabilitation of persons who suffer from military aggression // Український психологічний журнал. – 2018. – Vol.1, No.7. – P. 151 –160.
75. Technical Report on Statistics of Internally Displaced Persons [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/9316015/KS-GQ-18-003-EN-N.pdf/2f5996ce-c15f-42a2-b659-ed1b843a596e>
76. Transformative agenda (IASC) UNHCR [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://emergency.unhcr.org/entry/41612?lang=en_US
77. UNHCR 2014. Global Strategy for Livelihoods: A UNHCR Strategy 2014–2018. Geneva: UNHCR [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/81186/UNHCR%2C+Global+Strategy+for+Livelihoods+2014-2018/bbf30250-c485-49f6-9944-2fe9f3c0f97f>
78. UNHCR. Ukraine. Registration of internal displacement persons, 2020 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2RhMmExMjgtZWRLMS00YjcwL>

WI0MzktNmEwNDkwYzdmYTM0IiwidCI6ImU1YzM3OTgxLTUyMjNjQjND
EzNC04YTBjLTY1NDNkMmFmODBiZSI6ImMiOjh9

79. Where Internally Displaced People Live & Three Ways To Support Their Economic Success. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cgdev.org/blog/where-do-internally-displaced-people-live-and-what-does-mean-their-economic-integration>
80. Working with the internally displaced [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.unhcr.org/4565a8302.pdf>