

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»  
Навчально-науковий інститут психології**

**Кафедра психології**

Жданова Тетяна Анатоліївна

УДК 159.9.072.5

**Кваліфікаційна робота**

Методи психодинамічної діагностики в оцінці психоемоційного стану  
пацієнтів реабілітаційних центрів

053 «Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело \_\_\_\_\_ Т. А. Жданова

Науковий керівник (консультант)

Васильченко Ольга Миколаївна,  
доктор психологічних наук, доцент

Науковий консультант

Вигдорчик Михайло Ілліч,  
кандидат медичних наук

**Київ – 2024**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ.....</b>	<b>9</b>
1.1. Феноменологія “психоемоційного стану” у психологічній науці.....	9
1.2. Сучасні дослідження щодо чинників психоемоційного стану. Дослідження, що стосуються mental state.....	14
1.3. Вага психоемоційного стану особистості, діагностики психологічного стану в процесах реабілітації.....	26
1.4. Підходи до досліджень психологічних станів взагалі і в процесах реабілітації .....	30
Висновки до розділу 1 .....	42
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ МЕТОДАМИ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ .....</b>	<b>45</b>
2.1. Методологічне обґрунтування психодинамічного підходу до досліджень та інтерпретації отриманих даних .....	45
2.2. Емпіричне дослідження психоемоційного стану пацієнтів реабілітаційних центрів методом психодинамічної діагностики з метою розробки рекомендацій щодо реабілітації. ....	57
Висновки до розділу 2 .....	82
<b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОДИНАМІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПОБУДОВИ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ .....</b>	<b>84</b>
3.1. Психодинамічна феноменологія психологічної травми і травматичного досвіду .....	84
3.2. Рекомендації з побудови системи реабілітації з урахуванням результатів дослідження. ....	87
Висновки до розділу 3 .....	102
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>104</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>107</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>117</b>

## ВСТУП

**Актуальність роботи.** Робота присвячена вивченню діагностики психоемоційного стану, з фокусом на психодинамічну діагностику пацієнтів реабілітаційних центрів. Ця тема має високий ступінь актуальності з кількох причин.

1. Зростання невизначеності, що підживлюється технологічним прогресом (роботизація, автоматизація, діджиталізація) та пов'язаним із цим зростанням безробіття або неповної зайнятості, проблемою “зайвих людей”, політичними кризами, епідеміями та екологічними проблемами, їхнім впливом на складність і вартість життя – створює умови для маніфестації психологічних розладів.

2. В Україні ці проблеми багатократно посилюються війною, яка несе загрозу життю, втрату житла, роботи, звичного кола і мови спілкування та зміну місця проживання. Згідно з “Аудитом ресурсів системи надання послуг в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки”, проведеним за фінансуванням USAID, в Україні на лютий 2023 року на психологічні розлади вже страждає 9,3 млн людей і в групі ризику ще 18 млн. Тобто постає раніше нерозв'язне завдання масштабного запиту, і одночасно з тим точності та доступності діагностики.

3. Після війни додому повернуться близько 1 млн військовослужбовців, більша частина з них із психологічною травмою війни, пов'язаною із загрозою власному життю, досвідом смерті та поранень побратимів. Такого роду травми вкорінюються в несвідомому і для їхньої діагностики та моніторингу динаміки стану потрібні такі методи лікування і діагностики, які б діставали до рівня несвідомого, де корениться травма.

Ця робота присвячена дослідженню такого напрямку, як психодинамічна діагностика психоемоційного стану та її наявного інструментарію, доступного для України, зокрема для фахівців реабілітаційних центрів. Психоемоційний стан пацієнтів, які проходять

реабілітацію в клініках, є однією з ключових проблем і завдань, що потребують уваги з боку медичних і психологічних фахівців. У контексті сучасної медицини і психології психоемоційний стан розглядають як важливий аспект загального благополуччя і якості життя пацієнтів, що має прямий вплив на процес і результати реабілітації. Таким чином, проблема психоемоційного стану пацієнтів реабілітаційних центрів, особливо тих, хто зіткнувся з бойовими травмами, є актуальною проблемою і складним завданням, яке потребує вирішення. В Україні наразі немає чітких протоколів реабілітації військовослужбовців. Реабілітаційні центри, клініки, ГО і фахові асоціації знаходяться в пошуку доказових, чи хоча б дієвих методів реабілітації і стикаються з тим, що в наших умовах більшість західного досвіду не спрацьовує. Без психодинамічної діагностики наукова робота в напрямку пошуку дієвих протоколів неможлива, оскільки тільки психодинамічна діагностика має справу з несвідомим, де кореняться травма.

Психодіагностика має бути масштабною/швидкою, точною і доступною; давати цифровий матеріал для наукової роботи і статистичної обробки; і сучасні фахівці, озброєні цифровими технологіями та штучним інтелектом з часом мають знайти рішення. Фокус психологічного співтовариства на якості діагностики, підбір і практичне освоєння психодіагностичного інструментарію може стати важелем для тотального позитивного зрушення якості психологічного консультування і терапії. Керівники психологічних служб, які будують адміністративні, робочі і терапевтичні процеси, мають підібрати оптимальні психодіагностичні технології. Це дослідження допоможе розібратися в підходах, методиках і технологіях, обрати пакети і технології.

**Мета роботи** – дослідження методів психодинамічної діагностики в оцінці психоемоційного стану пацієнтів реабілітаційних центрів.

**Завдання:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз феноменології “психоемоційного стану” і підходи до досліджень психоемоційного стану в

психологічній науці, зокрема в терапевтичних процесах реабілітаційних закладів.

2. Описати і порівняти основні методи та принципи психодіагностики і психодинамічної діагностики зокрема на емпіричному матеріалі, зібраному в українських реабілітаційних і медичних закладах.

3. Сформувані рекомендації з побудови системи реабілітації з урахуванням результатів дослідження з огляду на актуальні досягнення у вивченні феноменології травми і нагальні завдання повоєнної України.

**Об'єкт дослідження** – психоемоційний стан особистості.

**Предмет дослідження** – методи психодинамічної діагностики.

**Методи дослідження.** Щоб дослідити феномен психоемоційного стану особистості і психодинамічну діагностику як напрям сучасної психології, було використано комплекс методів: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння для розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми, структурування, пошук оптимальної технології і пакету методик для дослідження психоемоційного стану і ступеня соціальної адаптації; емпіричні – первинне тестування за допомогою онлайн-сервісу, скринінгові, психометричні і проєктивні методики, кількісна і якісна обробка даних задля інтерпретації отриманих результатів. А також – визначення середніх значень, відсоткових співвідношень, критерію Стьюдента, кореляційного аналізу для виявлення зв'язків між досліджуваними результатами респондентів, варіаційний і факторний аналіз.

Для роботи з психодіагностичним завданням «дослідження психоемоційного стану і ступеня соціальної адаптації» застосовано: скринінгові методики *GAD-7*, *PCL-5*, *PHQ-9*; психометричну методику *Акцент-2-90*; психометричний опитувальник *МБДО*; проєктивні методики *Метод портретних виборів Сонді*; *Колірний тест Люшера*, *МВАС*.

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм для SPSS 26.0 for Windows та пакета програм Microsoft Office for Mac OS; Google Workspace.

### **Наукова новизна одержаних результатів:**

Впровадження інтегральної інструментальної психодинамічної діагностики в реабілітаційний процес.

#### *Уперше:*

- в українській практиці досліджено та впроваджено інтегральну інструментальну психодинамічну діагностику в реабілітаційний процес;
- перевірені і валідизовані інтегральні коефіцієнти психоемоційного стану психодіагностичної технології Dodomu – такі, як: Коефіцієнт рівня соціальної адаптації (КРСА), Коефіцієнт невротичності (Кневр), Коефіцієнт резистентності до психокорекції (КрезП), Коефіцієнт конфліктності (ККонф), Коефіцієнт ризику психосоматики (КРПС), Коефіцієнт ризику асоціальної поведінки (КРАСП) і Коефіцієнт суїцидального ризику (СР);

#### *Удосконалено:*

- комплексне застосування комбінації скринінгових методик (GAD-7, PCL-5, PGQ-9), психометричних (Акцент 2-90, МБДО) та проєктивних (метод портретних виборів Сонді, колірний тест Люшера, МВАС) для оцінки психоемоційного стану. Цей підхід дозволяє ефективніше враховувати як свідомі, так і несвідомі аспекти психіки пацієнтів;
- аналіз ефективності методів діагностики у реабілітаційних центрах: на основі емпіричних даних, зібраних в українських реабілітаційних центрах, вперше проведено аналіз ефективності різних методів психодіагностики. Що дозволило визначити найбільш доцільні методи для використання у практичній діяльності психологів та медичних працівників;
- актуальний для сьогодення, сучасний підхід до тестування і інтерпретації психодіагностичних методик і організації процесу діагностування: Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика як психодіагностична технологія;

#### *Дістали подальшого розвитку:*

- розробка практичних рекомендацій для реабілітаційних центрів: сформульовано конкретні практичні рекомендації для психологів та медичних

працівників реабілітаційних центрів щодо використання психодинамічних методик діагностики. Ці рекомендації базуються на детальному аналізі даних та враховують специфіку роботи з пацієнтами, які мають психоемоційні проблеми внаслідок війни;

- теоретичні уявлення про феноменологію психологічної травми;
- теоретичні уявлення щодо шляхів розв’язання завдання масштабованої, швидкої і точної психодіагностики.

Ці нововведення дозволяють покращити якість діагностики психоемоційного стану пацієнтів у реабілітаційних центрах, що в свою чергу підвищує ефективність реабілітаційних заходів та сприяє швидшому та більш стійкому відновленню пацієнтів.

**Практичне значення дослідження** полягає у науковому обґрунтуванні досліджуваного підходу «Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика» для вирішення завдання організації масштабованої, швидкої і точної психодіагностики в повоєнних умовах, а також науковому обґрунтуванні доцільності застосування коефіцієнтів, створених на теоретичній базі Інтегральної інструментальної психодинамічної діагностики. Досліджений в роботі інструментарій і підхід до автоматизованої інтерпретації може бути використаний для наукової роботи; в закладах реабілітації ветеранів, психосоціальної допомоги ВПО; для діагностики психоемоційного стану лікарями першої ланки, на яких покладений цей обов’язок, а також приватними психологами.

### **Апробація**

В ході виконання даної роботи на її матеріалах були опубліковані Тези доповідей V Міжнародної конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку» «Інтегральна психодинамічна діагностика: створено в Україні» від 7 грудня 2023 р., Київ, Університет "КРОК"; опублікована стаття “Технологічно-психодинамічний підхід до оцінки психологічного стану: можливості і перспективи” у виданні “Вчені записки Університету «КРОК»” (Березень

2024, с. 260–274); проведений виступ 25 травня 2024 року на практичній онлайн-конференції “Посттравматичне суспільство: відновлення довіри” з майстер-класом на тему “Психодинамічні дослідження психоемоційного стану українців і нові можливості для психологів” (Додаток А) і впроваджена психодіагностична технологія в роботу лікувального закладу КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія» м. Київ. “Акт впровадження” від 13 червня 2024 р. на 3 х-сторінках (Додаток Б)

**Структура та обсяг курсової роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (94) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 116 сторінок + додатки, основний обсяг – 104 сторінки. Робота містить 6 таблиць, 9 рисунків, 8 додатків (на 26 сторінках).

Моя робота була написана мною у моєму власному викладенні, за виключенням цитат з опублікованих та неопублікованих джерел, які чітко ідентифіковані в роботах і визнані як такі. Я усвідомлюю, що використання матеріалів з інших робіт чи парафраз таких матеріалів без вказання авторства будуть розтлумачені як плагіат. Джерело кожного рисунку, схеми чи іншої ілюстрації відповідно ідентифікується, а також джерела матеріалів, опублікованих чи неопублікованих, які не є результатом моїх власних досліджень, експериментів чи спостережень.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ

#### 1.1 Феноменологія “психоемоційного стану” у психологічній науці

Для початку визначимося з різницею термінів. У психології активно використовують три поняття, що здаються схожими: психологічний стан, емоційний стан і психоемоційний стан. Запит psycho-emotional state видає наукові статті авторів пострадянських країн – це означає, що в англomовному середовищі немає такого сталого терміну. Але широко використовуються Psycho-emotional disablism, psycho emotional factors, psycho emotional determinants... Дослідження статей українських авторів про психоемоційний стан маркується тегом Mental state (дослівно “психічний стан”), тож беремо “mental state” за основу для літогляду по темі “психоемоційний стан і соціальна адаптованість особистості”.

Глобальне дослідження Mental state “THE MENTAL STATE OF THE WORLD REPORT” [84] так визначає цей термін: “Психічне благополуччя, як ми його вимірюємо, за своєю суттю відображає відчуття людиною того, як її внутрішній стан впливає на її здатність функціонувати в життєвому контексті”. Тобто Mental state, як і “психоемоційний стан”, тісно пов’язаний з іншим терміном – соціальною адаптованістю, або дезадаптованістю людини. Психоемоційний стан людини, включно з її настроєм, почуттями і когнітивними процесами, впливає на те, як вона взаємодіє з навколишнім соціальним середовищем. Задовільний психоемоційний стан сприяє успішній соціальній адаптації, допомагаючи індивідові встановлювати та підтримувати соціальні зв’язки, справлятися зі щоденними вимогами та долати стрес. Навпаки, проблеми з психічним здоров’ям, незадовільний психоемоційний стан можуть ускладнювати соціальну адаптацію, впливаючи на особисті та професійні стосунки. Термін "mental state" (психічний стан) також стосується поточного стану розуму людини, включно з її думками, почуттями і

настроями. Цей термін використовується в психології, філософії розуму, психіатрії та нейронауках для опису внутрішнього досвіду людини.

**Структура феномену.** Феномен "mental state" можна структурувати на кілька складових:

- Емоційний стан: Емоції, такі як щастя, смуток, страх і здивування, що мають значний вплив на нашу поведінку і сприйняття світу.
- Когнітивний стан: Включає розумові процеси, такі як увага, пам'ять і міркування, які визначають, як ми обробляємо інформацію та ухвалюємо рішення.
- Мотиваційний стан: Сюди входять мотиви і бажання, які спрямовують наші дії та вибори в повсякденному житті.
- Фізіологічний стан: Стан нашого тіла, який може впливати на наш психічний стан, включно з рівнями втоми, голоду або хвороби.

Ці компоненти взаємодіють один з одним, формуючи нашу поведінку і загальне психологічне благополуччя, соціальну адаптованість.

Поняття "психоемоційний стан" не має авторства, як багато інших психологічних термінів. Це поняття є результатом еволюції психологічної науки, яка почала активно розвиватися наприкінці 19 - початку 20 століття. У цей час вчені почали глибше вивчати взаємозв'язок між емоціями та іншими аспектами психіки.

**Психоемоційний стан як об'єкт наукового дослідження** займає значне місце у психології та нейронауках, де він розглядається через призму взаємодії між емоційними та когнітивними процесами людини. Основне увагу в сучасних дослідженнях приділяється вивченню механізмів, що лежать в основі емоційного відгуку та їх впливу на загальний психологічний стан особистості.

**Термін "mental state"** почав використовуватися в психології та філософії в XIX столітті, коли вчені почали вивчати розум і його функції більш систематично. Однак коріння поняття сягає давньогрецької філософії, де філософи на кшталт Платона й Аристотеля розглядали питання розуму та його зв'язку з дійсністю.

## Сучасна теорія Mental state

Психоемоційний стан – це внутрішні когнітивні та афективні переживання, які впливають на наші думки, почуття та поведінку. Вони динамічні та постійно змінюються, формуючись під впливом нашого оточення та наших власних внутрішніх процесів.

Існує декілька теоретичних рамок для розуміння психоемоційного стану. До деяких видатних підходів належать:

**Функціоналізм:** Цей підхід підкреслює функціональну роль психоемоційного стану у керуванні поведінкою та адаптації. Психоемоційний стан розглядається як інструменти для досягнення цілей та задоволення біологічних чи психологічних потреб. Родоначальником функціоналізму є Вільям Джеймс, який в роботі "Принципи психології" (1890) [56], підкреслював практичну цінність психоемоційного стану в адаптації до навколишнього середовища. Іншим прихильником є Джон Дьюї – американський філософ і психолог, який розвинув функціоналізм, акцентуючи увагу на ролі психоемоційного стану в вирішенні проблем і прийнятті рішень. Його роботи, такі як "Psychology and social practice" [49], підкреслили динамічний характер психоемоційного стану.

**Ментальний репрезентаціонізм:** Ця перспектива пропонує, що психоемоційний стан – це репрезентації зовнішнього світу чи внутрішнього досвіду. Вони схожі на ментальні символи чи моделі, які дозволяють нам обробляти інформацію та приймати рішення. Джеррі Фодор, американський когнітивний науковець, вважається одним із основоположників ментального репрезентаціонізму. Його роботи, такі як "The Modularity of Mind: An Essay on Faculty Psychology" [52], описують психоемоційний стан як ментальні символи, що представляють зовнішній світ. За Фодором психічні стани, наприклад переконання і бажання, є відносинами між індивідами і ментальними репрезентаціями. Що ці репрезентації пояснюються лише з точки зору мови думки (LOT), яка розвертається у свідомості. LOT є реально існуючою річчю, яка закодована в мозку. Фодор доводив, що мислення та інші

ментальні процеси складаються насамперед з обчислень, які оперують синтаксисом репрезентацій, що складають мову мислення. Стівен Пінкер, канадсько-американський психолог, розвинув ментальний репрезентаціонізм, акцентуючи увагу на ролі ментальних моделей у розумінні та прогнозуванні подій. Його роботи, такі як "Як розум працює", описують психоемоційний стан як складні ментальні структури, що дозволяють нам орієнтуватися в світі.

Коннекціонізм: Цей підхід свідчить, що психоемоційний стан – це не ізольовані сутності, а те що виникає з складних взаємодій нейронів у мозку. Психоемоційний стан розглядається як патерни нейронної активності, що представляють наші думки, почуття та сприйняття. Одним із засновників коннекціонізму вважається американський когнітивний науковець Девід Румельхарт. Його роботи, такі як "Паралельні обчислення в розподілених системах" [65], описують психоемоційний стан як виникаючі властивості нейронних мереж. Свіже дослідження роботи мовних LLM моделей з великою долею вірогідності показує роботу мозку і шлях, яким можна змінити навіть "матрицю особистості" [64], що з одного боку несе загрозу людству, а з іншого, дозволить просунутися в рішенні проблеми психологічної травми і того, як вона змінює особистість. Також допоможе просунутися дослідження механізмів роботи пам'яті [61], яке наголошує, що пам'ять не просто "зберігається" в мозку, вона постійно переосмислюється і перебудовується. Це подібно до того, як режисер може перемонтувати окремі кадри фільму, створюючи нову історію (цей процес називається мнемонічною імпровізацією). Люди складніше машин, тому що під мовою мають ще і несвідоме, яке складається зі станів-потягів, архетипів і травматичних капсул, але воно розуміє мову символів, тож маємо надію, що до нього можна достукатися символічними рядами через юнгіанські практики роботи з мандалами, споглядання і аудіовізуальні комплекси [1]

### **Роль психоемоційного стану в психології людини**

Психоемоційний стан відіграє важливу роль у різних аспектах психології людини, включаючи:

**Пізнання:** Психоемоційний стан бере участь у всіх пізнавальних процесах, таких як сприйняття, увага, пам'ять, мова та вирішення проблем. Вони дозволяють нам інтерпретувати сенсорну інформацію, формувати поняття та приймати рішення.

**Емоції:** Психоемоційний стан є центральним елементом нашого емоційного досвіду. Вони охоплюють наші почуття, настрої та суб'єктивні переживання емоцій, таких як щастя, сум, гнів і страх.

**Поведінка:** Психоемоційний стан впливає на наші дії та поведінку. Вони керують нашим вибором, мотивують наші дії та регулюють нашу взаємодію з навколишнім світом.

**Психоемоційний стан та психічні розлади.** Порушення психоемоційного стану можуть сприяти виникненню різних психічних розладів. Наприклад, тривожні розлади характеризуються надмірним неспокоєм і страхом, тоді як депресивні розлади включають стійку сум і втрату інтересу до діяльності. Розуміння психоемоційного стану є важливим для розробки ефективних методів лікування цих станів.

**Світ.** Цитата з сайту ВООЗ (Mental disorders, 2022) “У 2019 році кожна восьма людина, або 970 мільйонів людей у всьому світі, жила з психічним розладом, найпоширенішими з яких були тривожні та депресивні розлади. У 2020 році кількість людей, які живуть з тривожними та депресивними розладами, значно зросла через пандемію COVID-19. За попередніми оцінками, лише за один рік кількість хворих на тривожний та депресивний розлади зросла на 26% та 28% відповідно” [93].

**Україна.** Згідно з “Аудитом ресурсів системи надання послуг в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки” [2], проведеним за фінансуванням USAID, в Україні на лютий 2023 року на психологічні розлади вже страждає 9,3 млн людей і в групі ризику ще 18 млн. Одночасно з тим, за допомогою к психологам звертаються 3% населення. В державної сфері станом на сьогодні [79]: 4095 психіатрів, 1067 психологів і 473 психотерапевтів. Це 337 людини на 1 фахівця.



Рис 1.1. Слайд з презентації Аудит ресурсів існуючої системи надання послуг у сфері психічного здоров'я

## 1.2. Сучасні дослідження щодо чинників психоемоційного стану. Дослідження, що стосуються mental state.

Сучасні дослідження в галузі психології продовжують вивчати природу, функцію та нейронну основу психоемоційного стану. Дослідники використовують різні методи, включаючи поведінкові дослідження, нейровізуалізаційні техніки та комп'ютерне моделювання, щоб отримати глибше розуміння того, як виникає психоемоційний стан і впливає на нашу поведінку.

Вище ми зазначали структуру феномену mental state, або психоемоційного стану: емоційний стан, когнітивний стан, мотиваційний стан, фізіологічний стан. Тому у сучасній психології та нейронауках "mental state" вивчається через призму когнітивних процесів, емоційного досвіду, мотиваційної сфери і поведінкових реакцій. Саме тому при огляді феномену mental state для контексту реабілітаційної справи ми передусім будемо посилатися на Канемана, Дамасіо, Бронфенбреннера і Ван дер Колка. Робота

Деніела Канемана щодо двох систем мислення наголошує на впливі когнітивних процесів на ухвалення рішень та емоційні реакції. Антоніо Дамасіо розробив теорію соматичних маркерів, що об'єднує емоції та фізіологічні реакції з процесом ухвалення рішень. Урі Бронфенбреннер – його “Біо|екологічна модель розвитку” підкреслює важливість соціального контексту та взаємодії різних систем у часі у формуванні психічного стану.

**Екологічна и біоекологічна модель розвитку Урі Бронфенбреннера** [44] являє собою багаторівневу структуру, яка ілюструє, як різні рівні соціального оточення впливають на індивідуальний розвиток. Модель включає кілька систем:

1. Мікросистема: Безпосереднє оточення людини, наприклад, сім'я або школа.
2. Мезосистема: Взаємодії між різними частинами мікросистеми.
3. Екзосистема: Зовнішні соціальні налаштування, які впливають на людину опосередковано.
4. Макросистема: Культурні цінності та норми суспільства.
5. Хроносистема: Зміни в оточенні людини з часом.

Ця модель особливо корисна для розуміння того, як соціальне і фізичне оточення взаємодіють із психічним станом людини, впливаючи на її розвиток і адаптацію.

Первісна екологічна теорія Бронфенбреннера акцентувала увагу на різних системах оточення, які взаємодіють з індивідом і впливають на його розвиток. Ці системи організовані в ієрархію від мікросистеми (наприклад, сім'я і школа) до макросистеми (культурні цінності та норми).

#### Перехід до біоекологічної моделі

Надалі Бронфенбреннер поглибив свою теорію, ввівши поняття біоекологічної моделі. Ця модель включає два основні елементи: процес і персону. Процес стосується взаємодій індивіда з навколишнім середовищем, а персона – до індивідуальних характеристик людини, таких як вік, здоров'я, стать, здібності та темперамент. Ці взаємодії розглядаються через призму часу

(хроносистема), що підкреслює динамічність і мінливість навколишнього світу та його вплив на розвиток людини.

Біоекологічна модель також наголошує на важливості наявності "проксимальних процесів" – регулярних, структурованих і взаємних взаємодій між активним індивідом, що розвивається, та людьми, об'єктами і символами в його безпосередньому середовищі. Ці процеси вважаються основними механізмами розвитку.

Ця еволюція теорії дала змогу Бронфенбреннеру більш повно описати складність людського розвитку, наголошуючи на взаємозв'язку біологічних та екологічних компонентів у динамічній і взаємозалежній манері.

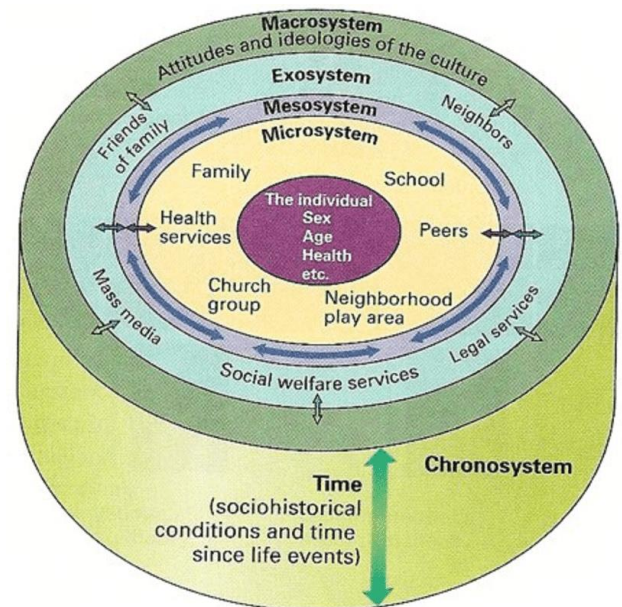


Рис 1.2. Теорія біоекологічних систем Бронфенбреннера [44]

Критика екологічної моделі розвитку від Rosa, E.M [75] здебільшого зосереджена на її складності в емпіричному тестуванні та широті, що ускладнює конкретне втручання на певних рівнях. Одна з основних критик вказує на те, що модель занадто зосереджена на біологічних і когнітивних аспектах розвитку, залишаючи осторонь соціо-емоційні аспекти. Також висловлюється утруднення в оцінці всіх компонентів теорії емпірично, і вказується на необхідність врахування безлічі екологічних деталей, що робить

модель пояснювально складною для застосування. На додаток, критики стверджують, що діти можуть активно перетинати кордони, формуючи складні ідентичності, що модель не завжди враховує.

Цю концепцію корисно спроектувати на реабілітаційні процеси ветеранів через питання: яким має бути безпосереднє оточення ветерана, як до нього мають відноситися в суспільстві, скільки часу ми відводимо на реабілітацію, якщо бойовий досвід складав 2, 3, 10 років? Як людина може побудувати нові взаємини з мікросистемою, мезосистемою, як його має "маркувати" екосистема і макросистема, як допомогти створити відчуття перспективи через проекти, податкові пільги, державні програми, медіа?

Одночасно з Урі Бронфенбреннером соціолог і футуролог Елвін Тофлер у своїй книзі "Футурошок" [53] розглядає психологічні наслідки швидких змін у сучасному суспільстві, які можуть серйозно вплинути на психоемоційний стан людини. Тофлер аналізує явище "футурошоку" — стану, викликаного "занадто швидкими змінами". Він стверджує, що стрімка трансформація технологій, соціальних структур і швидкісне зростання доступної інформації можуть перевантажувати людей, викликаючи стрес, тривогу та невизначеність щодо майбутнього.

Футурошок описується як феномен, який виникає, коли люди відчувають відчайдушну боротьбу з тим, щоб адаптуватися до швидких змін. Тофлер підкреслює, що такий стан може негативно вплинути на здоров'я, знижуючи здатність людини функціонувати ефективно в суспільстві. Він розглядає це як критичний аспект сучасної соціальної динаміки, який потребує уваги з боку освіти, уряду та індивідуальної адаптації стратегій.

Таким чином, перспектива майбутнього, за Тофлером, має значний вплив на психічний стан особи, особливо якщо ця перспектива сприймається як невизначена або загрозлива. Це акцентує важливість психологічної підготовки та психічної адаптації до швидкоплинних змін сучасного світу. Наше власне дослідження 2022 року [3] довело, що воєнні події найбільш вплинули на психоемоційний стан молоді в віці від 16 до 25 років.

**Даніель Канеман і Амос Тверський** зробили значний внесок у розуміння того, як психоемоційні стани впливають на ухвалення рішень і судження і, як наслідок, на і соціальну адаптацію.

Деніел Канеман розробив теорію двох систем мислення, яку він детально описав у своїй книзі "Думай повільно... Вирішуй швидко" "Thinking, Fast and Slow" [57]. Ось основні аспекти цієї теорії:

Система 1: це швидка, автоматична, інтуїтивна система мислення, яка діє без свідомих зусиль. Система 1 швидко реагує на зовнішні стимули і базується на асоціаціях та досвіді. Вона відповідає за автоматичні реакції та швидкі судження, які можуть бути зумовлені нашими емоціями або попереднім досвідом.

Система 2: це повільна, логічна, більш свідомою і аналітична система мислення, яка вимагає зусиль та активності свідомості. Система 2 займається складними розрахунками, критичним мисленням та розумінням складних ідей. Ця система активізується, коли ми стикаємося з складними завданнями, які вимагають зосередженості та осмислення.

Взаємодія систем. Хоча Система 1 може бути дуже ефективною в повсякденному житті, її швидкісне та інтуїтивне судження може призвести до помилок та упереджень. Система 2 може контролювати та коригувати роботу Системи 1, вносячи логічне мислення та критичний аналіз. Однак це вимагає зусиль і часто може бути проігноровано, особливо в умовах втоми або стресу.

Ці системи мислення впливають на спосіб, яким ми реагуємо на різні ситуації, та формують наші психічні стани, визначаючи наші емоційні реакції та вибір рішень. Канеман показує, як усвідомлення цих процесів може допомогти нам зрозуміти наші помилки та краще управляти рішеннями в невизначеності і тиску.

Розуміння ментальних станів має практичне застосування в клінічній психології та психіатрії, де діагностика та лікування психічних розладів залежать від аналізу ментальних станів пацієнтів. Також це важливо в галузі штучного інтелекту і робототехніки, де спроби моделювання або імітації

людського психічного стану становлять великий інтерес.

Цю концепцію корисно спроектувати на реабілітаційні процеси ветеранів через питання: як змінює Систему 1 бойова травма, загальний військовий досвід? Як можна працювати з Системою 2, щоб контролювати і коригувати роботу Системи 1?

**Well-being: концепція, автори, ключові роботи та зв'язок з mental state.** Wellbeing, або благополуччя, – це багатогранна концепція, яка охоплює різні аспекти людського життя, включаючи фізичне та психічне здоров'я, емоційний стан, соціальні стосунки та відчуття сенсу життя. Розвивається як підхід в великих корпораціях і є зоною уваги HR підрозділів. Термін виник у 19 столітті з акцентом на соціальних та економічних чинниках, що впливають на добробут. Важливі автори: Едвард Дінер – один із піонерів сучасних досліджень благополуччя. [85]; [82]; [35] і Річард Лайкерт, який розробив шкалу Лайкерта, широко використовуваний інструмент для вимірювання суб'єктивного благополуччя [34]. Благополуччя тісно пов'язано з mental state (психічним станом) і ці поняття майже ідентичні за структурою. Люди з високим рівнем благополуччя, як правило, мають кращий настрій, менше схильні до стресу та тривоги, а також мають міцніші соціальні стосунки. Навпаки, люди з низьким рівнем благополуччя частіше страждають від депресії, тривоги та інших проблем з психічним здоров'ям.

**Важливий внесок зробил Антоніо Дамасіо, який досліджує зв'язок між емоціями і раціональним мисленням.** Антоніо Дамасіо – португальський нейробіолог, відомий своїми роботами щодо взаємозв'язку між емоціями, раціональним мисленням і прийняттям рішень. Одна з його ключових ідей – концепція соматичних маркерів, яка описується в його книзі "Помилка Декарта". Згідно з цією теорією, соматичні маркери – це тілесні відчуття, пов'язані з емоціями, що виникають у відповідь на певні стимули та допомагають ухвалювати рішення. А. Дамасіо стверджує, що емоції відіграють центральну роль у соціальній поведінці та раціональному мисленні, забезпечуючи свого роду швидкий відгук на ситуації, які потребують

миттєвого реагування. Гіпотеза соматичного маркера, розроблена А. Дамасіо, є однією з центральних концепцій у його дослідженнях про те, як емоції впливають на прийняття рішень. Ця гіпотеза припускає, що рішення, які ми ухвалюємо, не завжди є повністю раціональними, а часто ґрунтуються на "соматичних маркерах" - емоційних сигналах із тіла, що виникають у відповідь на певні ситуації та допомагають спрямовувати наші дії.

Основні положення гіпотези А. Дамасіо [50]:

1. Соматичні маркери: Це асоціативні сигнали, які формуються через досвід і закріплюються в пам'яті. Вони можуть виникати у вигляді фізичних реакцій (наприклад, прискореного серцебиття, потіння) і впливають на процес ухвалення рішень, сигналізуючи про потенційні позитивні або негативні наслідки дій.

2. Ухвалення рішень: Дамасіо припускає, що соматичні маркери допомагають "автоматизувати" процес ухвалення рішень, особливо в складних і неоднозначних ситуаціях, де необхідно швидко оцінити безліч чинників. Маркери працюють як швидкий фільтр, який виділяє найбільш значущі варіанти на основі попереднього досвіду.

3. Нейробиологія: Згідно з Дамасіо, соматичні маркери пов'язані з діяльністю різних структур мозку, включно з вентромедіальною префронтальною корою та амигдалою. Ці ділянки мозку відіграють ключову роль в емоційній регуляції та соціальній поведінці.

Практичне значення: Розуміння механізму соматичних маркерів може допомогти в розробці найкращих стратегій для лікування психічних розладів, таких як депресія і тривожні розлади, а також у навчанні людей прийняття ефективних рішень.

Гіпотеза соматичного маркера наголошує на тому, що наші емоції та тілесні відчуття відіграють набагато більшу роль у нашій поведінці та процесах ухвалення рішень, ніж це традиційно вважалося в рамках раціоналістичних підходів. Ця концепція також ілюструє, як тісно пов'язані наш розум і тіло, і як важливо враховувати емоційний компонент у розумінні

людської поведінки.

Наша робота буде торкатися теми ПТСР (посттравматичного стресового розладу), як найбільш розповсюдженого захворювання ментальної сфери в закладах реабілітації повоєнної України. Існує зв'язок між соматичними маркерами та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який було досліджено в контексті того, як тілесні сигнали та емоційні реакції можуть впливати на ухвалення рішень і поведінку у людей із ПТСР. Соматичні маркери можуть бути особливо значущими для людей з ПТСР, оскільки емоційні реакції, часто пов'язані з травматичними спогадами, можуть сильно впливати на процес прийняття рішень. Дослідження показують, що у людей із ПТСР ці маркери можуть бути змінені або спотворені через пережиту травму, що робить ухвалення рішень складнішим і, можливо, менш адаптивним. Наприклад, робота “Тіло веде лік” Бессела ван дер Колка [43], піонера в галузі дослідження травм і ПТСР, показує, як травма впливає на тіло і мозок, що може змінювати емоційні та фізіологічні реакції на стрес. У його дослідженнях підкреслюється, що розуміння тілесних реакцій необхідне для лікування ПТСР.

Дослідження Brom D та ін, [80], що пов'язують соматичні маркери з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), включають роботу з методом Somatic Experiencing (SE), що використовує збільшення поінформованості про соматичні відчуття для поліпшення психологічного здоров'я та якості життя. Цей метод показав значне зменшення симптомів ПТСР в учасників досліджень, що вказує на можливість відновлення соматичної обізнаності та регуляції як ключових чинників у лікуванні ПТСР.

Зокрема, дослідження, проведене 2017 року, засвідчило, що учасники, які проходили навчання за моделлю SE, зазнали значного зниження симптомів тривожності та соматичних симптомів, що свідчить про потенціал цієї терапевтичної моделі для поліпшення стану людей, які страждають на ПТСР і пов'язані з ним розлади.

Такі дослідження підтримують концепцію соматичних маркерів,

запропоновану Дамасіо, припускаючи, що емоційні та тілесні сигнали, які виникають у відповідь на травму, можуть бути ефективно використані для відновлення психологічного благополуччя і регуляції стресу. Це підтверджує ідею про те, що соматичні маркери відіграють важливу роль у механізмах справляння з ПТСР та іншими травматичними станами.

#### Критика теорії соматичних маркерів Дамасіо

Dunn, B.D., DALGLEISH, T., Lawrence, A [50] критикували теорію з погляду чіткості та конкретики теоретичних припущень, вказуючи на те, що багато тверджень Дамасіо видаються надто узагальненими і не підкріплені достатніми деталями.

**Нейро-зворотний зв'язок.** Близьким до Somatic Experiencing (SE) є лікування травми через Нейро-зворотний зв'язок [83]. Нейро-зворотний зв'язок (НЗЗ) – це неінвазивний метод лікування, який використовує принципи навчання та оперантного кондиціонування, щоб допомогти людям навчитися регулювати власну мозкову активність. У контексті лікування травми НЗЗ використовується для: зменшення симптомів, пов'язаних з травмою, таких як тривога, депресія, нав'язливі думки, флешбеки та кошмари; покращення емоційної регуляції та здатності справлятися зі стресом; підвищення самоусвідомлення та розуміння того, як травма впливає на мозок і поведінку; стимулювання нейропластичності, тобто здатності мозку змінюватися та адаптуватися. Під час сеансу НЗЗ клієнтам надягають датчики на голову, які вимірюють активність мозкових хвиль. Ці дані в режимі реального часу відображаються на екрані комп'ютера. Клієнт може бачити власну мозкову активність та вчитися змінювати її, щоб досягти бажаного результату.

Існує два основних типи НЗЗ, які використовуються для лікування травми: НЗЗ ЕЕГ і НЗЗ альфа-ритму. НЗЗ ЕЕГ фокусується на регуляції електричної активності мозку. НЗЗ альфа-ритму фокусується на збільшенні активності альфа-хвиль, які пов'язані з релаксацією та спокоєм. Дослідження НЗЗ та травми все ще перебуває на ранній стадії, але результати до теперішнього часу є багатообіцяючими. Дослідження показали, що НЗЗ може

бути ефективним методом лікування симптомів, пов'язаних з травмою, та покращення якості життя людей, які пережили травму.

**Психодіагностичні дослідження в галузі психології, що стосуються mental state**, великі й різноманітні. Ось кілька прикладів сучасних досліджень, що стосуються цієї теми:

**Вплив COVID-19 на психічний стан:** Дослідження показало, що пандемія COVID-19 мала значний вплив на психічний стан людей, збільшивши рівні тривожності та депресії. Особливо це стосується молодих людей і жінок. Також було відзначено, що рівні депресії загалом зросли, як порівняти з періодом до пандемії [94]: У 2020 році кількість людей, які живуть із тривожними і депресивними розладами, зростає через пандемію COVID-19 на 26% і 28% відповідно всього за один рік.

**Харчування і настрої:** Зв'язок між дієтою і психічним здоров'ям також активно вивчається. Наприклад, антизапальні властивості певних продуктів, таких як омега-3 жирні кислоти, можуть допомогти знизити симптоми депресії, пов'язані із запальними процесами в організмі. Це підкреслює можливість впливу дієти на психічне здоров'я через зміни в кишковому мікробіомі [90].

**Несвідоме.** Докторське дослідження Н. Родіної «Психологія копінг-поведінки: системне моделювання» [24] вивчало стратегії подолання стресу. Згідно з моделлю вченої стресова ситуація впливає на несвідоме. До того ж чим більшу загрозою є стресор, тим активніше в подолання залучається несвідоме. За думкою Н. Родіної, здійснювана копінг-поведінка може успішно вирішувати стресову ситуацію, тим самим приводячи суб'єкта подолання до необхідного результату. Середовище, в якому відбувається розвиток індивіда, в свою чергу також впливає на формування актуальних несвідомих тенденцій.

Бессел Ван Дер Колк, відомий психіатр і автор книги "Тіло веде лік" [43], багато пише про роль несвідомого у травматичних переживаннях та їхньому впливі на тіло і мозок.

В своїй роботі Ван Дер Колк наголошує, що травматичні спогади часто зберігаються в несвідомому та впливають на поведінку та фізичне самопочуття людини. Також він вказує, що травма "оселяється" в тілі, а не тільки в розумі, і часто стає причиною хронічного почуття небезпеки і напруги. Травматичний досвід може порушувати нормальну роботу фронтальних долей мозку, що відповідають за свідомий контроль і обробку емоцій, що робить людину менш здатною жити повноцінним життям у теперішньому моменті [42].

В інтерв'ю *Trauma in the Body: An Interview with Dr. Bessel van der Kolk* [88] Ван Дер Колк також говорить про важливість включення тілесних практик у процес лікування травм. Його інші дослідження показують, що ефективно працює метод ВЕР (Вибіркова Еклектична Психотерапія, англ. Brief Eclectic Psychotherapy, ВЕР) – це метод психотерапії, який поєднує когнітивно-поведінкові та психодинамічні підходи в одному лікувальному протоколі. Цей метод був розроблений для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). [73].

Важливим аспектом його підходу є робота з "прихованими" частинами психіки, такими як внутрішні імпульси та емоції, що виникають у відповідь на травматичні переживання. Він вказує на необхідність вивчати ці імпульси, визнавати їхню роль у виживанні та навчитися співчутливо їх трансформувати.

Таким чином, робота Ван Дер Колка [43] підкреслює, що для ефективного лікування травм необхідно враховувати несвідому природу цих переживань і включати методи, що працюють з тілом і емоціями, а не лише з свідомим розумом

Таким чином, можна підсумувати, що психоемоційний стан (mental state) людини складається з таких сфер, як з таких сфер, як емоційна, когнітивна, мотиваційна, фізіологічно-соматична. Сфери взаємозалежні, обумовлюють одна іншу. Також, за Бронфенбреннером, велике значення має біологія, тобто генетично закладені основи і те, як на людину впливають

мікросистема, мезосистема, екзосистема, макросистеми і час, в якому людина розвивається і живе (наприклад, вплив війни або епідемій). Все це в сві час формує 2 системи мислення за Канеманом. Також на психоемоційний стан впливає мікробіом, який формується дієтою, і перспектива майбутнього. Перспективні напрямки для дослідження в умовах реабілітаційних центрів: робота з когнітивно-соматичною сферою через підходи НЗЗ, SE, дослідницька робота з несвідомим рівнем психіки.

**Терміни.** Корисної для нашого наукового пошуку з точки зору термінології є робота Зубіашвілі Ірини [58], яка проаналізувала зарубіжні дослідження у цієї галузі, цитата: “Більша частина наукових праць з ПТСР присвячені епідеміології, етіології, динаміці, діагностиці та терапії ПТСР. Семантичне поле поняття «травматичний стрес» включає в себе такі поняття як «травма», «травматичний стрес», «посттравматичний стрес», «травматичні стресори», «травматичні ситуації» та «посттравматичний стресовий розлад», що контекстуально залежні. На психологічному рівні симптоми посттравматичного стресового розладу представляють сукупність взаємопов’язаних характеристик (симптомокомплекс), що входить в семантичне поле категорії «посттравматичний стрес» [78]. Рівень ПТСР пов’язаний з особистісною та ситуаційною тривожністю, психопатологічними параметрами, ознаками депресії та соціальнодемографічними характеристиками. Високий рівень посттравматичного стресу корелює з клінічною картиною ПТСР [89]. Наявність психічної травми тісно пов’язана з когнітивно-емоційними змінами сприйняття життєвої перспективи. Переживання військової травми найбільше деформує емоційний компонент майбутньої перспективи, тоді як здатність планувати майбутнє в цілому зберігається”. За словами дослідниці, введення ПТСР в МКХ-11 зумовлено великою соціальною значущістю проблеми наслідків пережитого травматичного стресу.

В статті “Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції” [13] А. Єна з співавторами

пише: “Але потрібно розуміти, що лише заходами психологічного дослідження, психологічного консультування і психокорекції складну проблему БПТ (Бойової психологічної травми) не вирішити. Адже в патогенезі психогенних травм домінуючою є проблема перенапруження і перебудови нейро-гуморальних механізмів забезпечення адаптаційних процесів зі зміною біохімічного складу речовин головного мозку, в першу чергу, ризілінг-факторів і нейропептидів, а також формування стійких патологічних змін у структурній організації функціональних систем забезпечення життєдіяльності організму. У поранених і хворих клінічна картина загострюється ще й специфічними для нозологічних форм соматопсихічними проявами. В цій ситуації, окрім психологічних бесід, потрібно активно застосовувати методи фармакокорекції психотропними засобами (транквілізатори, нейролептики, антидепресанти), адаптогенами, біостимуляторами, фізіотерапевтичні та психотерапевтичні методи відповідними фахівцями: психіатрами, психофізіологами, психотерапевтами, медичними психологами (з базовою медичною підготовкою), лікарями-реабілітологами. Доцільно інтенсивно застосовувати заходи і методи комплексної медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації з усіма її формами: превентивною, клінічною, функціональною, психологічною”.

### **1.3. Вага психоемоційного стану особистості, діагностики психологічного стану в процесах реабілітації.**

Спираючись на структурі феномену "mental state"(психоемоційний стан), можна розглянути важливість психологічних напрямків у процесі реабілітації наступним чином:

**Емоційний стан.** Емоційний стан пацієнтів у реабілітаційних центрах грає ключову роль у їхньому успішному відновленні. Позитивні емоції, такі як радість та спокій, можуть підтримувати мотивацію та сприяти швидкому одужанню. Негативні емоції, такі як стрес, тривога та депресія, можуть стати перешкодою у процесі реабілітації. Тому важливо діагностувати емоційний

стан і створювати сприятливу емоційну атмосферу та надавати пацієнтам підтримку у керуванні їхніми емоціями; долучати до цього процесу членів сім'ї, оскільки рівень обізнаності населення про емоційний стан військовослужбовців, ветеранів і методи управління власним емоційним станом вкрай низький.

**Когнітивний стан.** Когнітивні процеси, такі як увага, пам'ять та міркування, грають важливу роль у здатності пацієнтів сприймати та усвідомлювати інформацію про своє здоров'я та процес реабілітації. Важливо надавати пацієнтам підтримку у підтриманні та поліпшенні когнітивних функцій, щоб вони могли краще розуміти та дотримуватися рекомендацій здоров'я. На якість когнітивного стану можуть впливати такі чинники, як якість сну, дієта, позитивне фізичне навантаження. Доцільне застосування когнітивних тренажерів. Існують дослідження та досвід застосування когнітивних тренажерів у реабілітації, включаючи використання їх для поліпшення когнітивних функцій у пацієнтів з різними патологіями та станами. Ураження мозку: У пацієнтів з ураженнями мозку, такими як травма чи інсульт, когнітивні тренажери можуть використовуватися для відновлення втрачених когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага та мовлення. [45]. Дослідження розглядає ефективність когнітивних тренажерів при депресивних розладах. Важливо, щоб вони були відповідно спрямовані та індивідуалізовані для потреб конкретного пацієнта під наглядом кваліфікованого фахівця. Наведемо кілька наукових досліджень та дослідників, які проводили дослідження щодо застосування когнітивних тренажерів у реабілітації:

З новітніх технологій можна відмітити також Транскраніальну магнітну стимуляцію (ТМС, англ. Transcranial magnetic stimulation, TMS) – метод, що дає змогу неінвазивно стимулювати кору головного мозку за допомогою коротких магнітних імпульсів. Ось декілька статей по цієї темі [76]; [86]; [51].

**Мотиваційний стан.** Мотивація грає важливу роль у пристосуванні та відновленні пацієнтів. Розуміння та підтримка індивідуальних мотивів та

бажань пацієнтів може значно покращити їхню участь у реабілітаційних заходах та забезпечити кращі результати. В сучасних умовах, коли психологів не вистачає, швидко і точно зрозуміти мотиваційно-потребнісну сферу людини допоможе комплексне застосування психометричних і проєктивних методик пакету Dodomu, який є українською технологічно-науковою розробкою і допомагає не тільки провести комплексне дослідження онлайн для будь-якої кількості респондентів, але і надає психологу готовий звіт (Рис.1.2.), в якому міститься, в тому числі, розділ про мотиваційно-потребнісну сферу і частково неусвідомлювані властивості респондента [4]

**Особливості мотиваційно-потребнісної сфери**

Успішна адаптація до звичних труднощів, консерватизм. Можливо, що потреба в розширенні сфери впливу власного «Я» реалізується переважно у фантазіях, міркуваннях, прагненні впливати на рішення, ухвалювані членами референтної групи.

**Ставлення до здоров'я, контроль над агресією**

Занепокоєність своїм фізичним станом, що виникає як психосоматична передиспозиція, зумовлена придушенням спонтанного відреагування. Неудоволеність подіями, що відбуваються: вони сприймаються як такі, що зачіпають інтереси та права респондента. Приховувана й пригнічувана тенденція до суперництва непрямо може проявлятися як вираження недовіри до успіхів інших та заниження їх значущості. Внутрішнє емоційне напруження. Чутливість до середовищних стимулів знижена. Скептицизм, невіра в сприятливе вирішення проблемних ситуацій. Брак спонтанності в соціальних контактах. Адаптація до звичних труднощів, низька переносимість змін у діяльності.

**Статеворольова ідентифікація**

Потреба в прояві чоловічого стилю статевої поведінки, демонстрації жорсткості характеру, несентиментальності, домінантності, суперництва. Ймовірно, респондент прагне слідувати якомусь особистісному міфу, пов'язаному з традиційною чоловічою поведінкою та способами її прояву. Ставлення до власних недоліків поблажливе, не виключено прагнення ухилитися від важких ситуацій. Коло інтересів не вирізняється широтою. До відтінків міжособистісних стосунків чутливість знижена, прихильності нестійкі.

**Частково неусвідомлювані властивості особистості**

Потреба у дружніх міжособистісних стосунках. Вразливість і болісна чутливість до критики від близького оточення. Схильність до неформальної комунікації. Суперечливе поєднання підвищеного почуття власної гідності та вразливого самолюбства. Схильність до групових впливів. Орієнтація на думку значущих членів групи. Прагнення зміцнити нестійку самооцінку. Потреба в утвердженні своєї думки у взаємодії з іншими людьми. Важливість підкріплення своєї самооцінки відповідною оцінкою з боку людей поруч.

Рис. 1.3. Фрагмент звіту Dodomu

**Фізіологічний стан.** Фізіологічний стан пацієнтів, такий як рівень втоми, голоду або хвороби, може впливати на їхній психологічний стан та здатність до участі у реабілітаційних заходах. Важливо надавати пацієнтам необхідну медичну допомогу та стежити за їхнім фізичним станом для оптимізації процесу відновлення. Наведемо деякі реабілітаційні стратегії та механіки, що використовуються для фізіологічного відновлення: Фізична

терапія. Це включає вправи, рухливість, масаж та інші фізичні методи, спрямовані на відновлення функцій тіла після травми або хвороби. Дієта та харчування: Правильне харчування грає важливу роль у відновленні здоров'я. Вище ми вже писали про вплив дієти також на когнітивну сферу через мікробіом. Відпочинок та сон: Управління розладами сну є важливою складовою реабілітаційної практики, оскільки недостатній або неякісний сон може ускладнити процес відновлення та погіршити загальний стан пацієнтів.

Медикаментозна терапія. У деяких випадках медикаментозна терапія може бути використана для лікування або полегшення психосимптомів, що перешкоджають відновленню. За нашими спостереженнями, 50% військових показують резистентність до психотерапії – особливо це стосується розладів, пов'язаних органічними змінами мозку внаслідок мінно-вибухових травм. Таким пацієнтам показана медикаментозна терапія.

**Терапія на рівні несвідомого.** Одним з завдань нашої роботи є дослідження феноменології психологічної травми і травматичного досвіду з точки зору психодинаміки і створення рекомендацій для побудови процесів реабілітації з урахуванням необхідності впливу на несвідомий рівень психіки, де вкоренилася травма.

Психотерапевтичні підходи, спрямовані на роботу з несвідомим:

1. Психодинамічна терапія. Мета: Допомогти людині усвідомити і переробити витіснені конфлікти і спогади з несвідомого. Методи: Вільні асоціації, аналіз сновидінь, інтерпретація переносу. Засновники: Зигмунд Фрейд, Карл Юнг.

2. Юнгіанські підходи роботи з символами [32]. Засновник: Карл Юнг. Мета: Допомогти людині інтегрувати несвідомі змісти, такі як архетипи та комплекси, у свідоме життя. Методи: Аналіз сновидінь, робота із символами.

3. Тілесно-орієнтована терапія: Засновники: Вільгельм Райх [92], Олександр Лоуен [36], Чарльз Хакні [55]. Мета: Допомогти людині усвідомити і опрацювати тілесні блокування і напруження, пов'язані з травмою. EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей): Мета: Допомогти людині

переробити травматичні спогади та зменшити їхній негативний вплив на життя. Методи: Робота з диханням, вправи на усвідомленість, тілесні практики. Рухи очей, когнітивна переробка, емоційне опрацювання.

Розуміння та врахування вищевказаних теорій, контекстів, підходів, методів у процесі реабілітації може допомогти покращити якість допомоги та результати лікування для пацієнтів.

#### **1.4. Підходи до досліджень психологічних станів взагалі і в процесах реабілітації окремо**

Глобальне дослідження Mental state “THE MENTAL STATE OF THE WORLD REPORT” [84] проводиться за допомогою тесту-опитувальника, що займає близько 15 хвилин, і надає респондентам детальний звіт в структурі: "Настрій і світогляд"; "Соціальне Я"; "Прагнення і мотивація"; "Когнітивна сфера"; "Адаптивність і стійкість"; "Зв'язок між тілом і розумом" з індивідуальними рекомендаціями щодо догляду за собою та звернення по допомогу електронною поштою. Дослідники визначають коефіцієнт МНҚ, який розраховується на основі відповідей. Він також видає оцінку, яка розподіляє людей за діапазоном від "такого, що зазнає труднощів" до "процвітаючого". Було продемонстровано, що цей показник систематично пов'язаний із продуктивністю в роботі та житті, а також із клінічним навантаженням. Таким чином, це функціонально значущий показник, який може допомогти отримати інформацію як про психічне благополуччя, так і про функціональні можливості населення.

Ми вважаємо, що МНҚ-тест є компромісним рішенням між точністю і часом, яке респонденти витрачають на добровільне тестування. Нижче ми покажемо, чому подібного типу методи недостатні для дійсно точного вимірювання психоемоційного стану.

Дослідження психоемоційних станів мають важливе значення для забезпечення ефективності та успішності як “цивільної” психотерапії, так і реабілітаційних програм. Ось декілька основних підходів до проведення таких

досліджень:

**Кількісні методи.** Вони базуються на зборі та аналізі кількісних даних, таких як опитування, анкети, тестування тощо. Ці методи дозволяють отримати об'єктивні дані про психологічний стан пацієнтів у процесі реабілітації. Наприклад, використання стандартизованих психологічних тестів для вимірювання рівня депресії, тривожності або якості життя. Варто зазначити, що скринінгові методи GAD-7, PCL-5, PHG-9, Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III розповсюджені зараз як найбільш поширений інструмент діагностики, не є професійними тестами, а є по своїй суті структурованими інтерв'ю для первинного розуміння стану людини. Якщо взяти до уваги, що реабілітація – вид психологічної і медичної допомоги, який складається із комплексу заходів протягом певного періоду часу (визначених програмою), що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених фізичних і психічних функцій, якостей, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, переосмислення досвіду, отриманого в психотравматичній ситуації та застосування його в житті, потрібні професійні тестові методики, які допоможуть зрозуміти психоемоційний стан особистості точно і конкретно. На відміну від скринінгових методів, які можна порівняти з тіннями і бліками на стінах “платонової печери”.

**Якісні методи.** Ці методи передбачають глибше розуміння психологічних процесів та дослідження їх контексту у реабілітаційному середовищі. Вони можуть включати інтерв'ю, фокус-групи, спостереження за поведінкою. Якісні дослідження дозволяють зрозуміти нюанси психологічного досвіду учасників реабілітації, їх переживання та сприйняття процесу. приклад того, як вони можуть бути використані:

Можливий сценарій: Дослідження переживань пацієнтів після реабілітації внаслідок ампутації включає в себе:

Інтерв'ю з індивідуальними учасниками: Дослідник може провести інтерв'ю з окремими учасниками реабілітаційної програми, спрямовані на

збагачення розуміння їхніх переживань, чого вони досліджують, як змінилися їхні переконання та почуття після травми та під час процесу реабілітації.

**Фокус-групи з учасниками та їх родичами:** Групові обговорення з декількома учасниками реабілітації та їхніми близькими можуть розкрити спільні теми, що стосуються їхнього досвіду. Наприклад, група може обговорювати їхні чуттєві зміни, справляються з ними, та їхнє бачення процесу реабілітації.

**Спостереження за поведінкою в реабілітаційному середовищі:** Психолог може спостерігати за взаємодією учасників реабілітації зі співробітниками та іншими пацієнтами в середовищі лікувального закладу. Це дозволяє отримати контекстуальне розуміння їхньої поведінки та взаємодії, що може розкрити додаткові відомості про їхні психологічні стани, підтвердити або навпаки попередні діагностичні висновки.

Методи якісних досліджень допомагають дослідникам отримати глибше розуміння психологічного досвіду учасників реабілітації та виявити нюанси, які можуть бути важливими для покращення програм реабілітації та підтримки пацієнтів.

**Змішані методи.** Цей підхід поєднує кількісні та якісні методи для отримання комплексного розуміння психологічних станів учасників реабілітації. Він дозволяє поєднати переваги обох підходів та отримати глибше та більш повне уявлення про психологічний стан людини під час процесу реабілітації.

**Лонгітюдні дослідження.** Вони орієнтовані на вивчення змін психологічного стану учасників реабілітації протягом тривалого періоду часу. Цей підхід дозволяє виявити динаміку психологічного відновлення та адаптації після травми чи захворювання. Ось приклад лонгітюдного дослідження в контексті реабілітації:

Тема дослідження: Вплив програми фізичної реабілітації на якість життя пацієнтів після органічних змін в мозку внаслідок отримання численних контузій і додаткового стресового навантаження.

Мета: Дослідити, як ефективність програми фізичної і психологічної реабілітації впливає на психологічний та соціальний стан пацієнтів протягом тривалого періоду часу після комплексних бойових травм.

Дизайн дослідження:

Вибір учасників: Рекрутуються пацієнти з вищезазначеною нозологією. Вони обираються з різних вікових груп та рівнів тяжкості стану.

Первинне оцінювання: Учасникам проводиться перше обстеження психологічного та фізичного стану негайно після завершення програми фізичної реабілітації.

Послідовні оцінки: Після початкового обстеження учасники дослідження оцінюються через різні інтервали часу, наприклад, через 3, 6 та 12 місяців після закінчення реабілітації.

Використання різних методів дослідження: Дослідники можуть використовувати як кількісні, так і якісні методи дослідження, наприклад, опитування щодо якості життя, стандартизовані скрининги на депресію та тривожність, а також інтерв'ю з учасниками для з'ясування їхнього досвіду та переживань.

Аналіз даних: Дані, зібрані на різних етапах дослідження, аналізуються для визначення змін у психологічному та соціальному стані учасників протягом часу.

Таким чином, лонгітюдне дослідження дозволяє вивчати динаміку психологічного та соціального відновлення учасників після вищезазначених травм та оцінювати тривалості ефектів програми фізичної і психологічної реабілітації на їх якість життя. Результати такого дослідження можуть вказати на те, як підтримувати пацієнтів у їхньому відновленні на протязі тривалого періоду часу.

**Комплексні підходи.** Ці підходи об'єднують декілька методів дослідження для отримання максимально повного та об'єктивного уявлення про психологічний стан людини у процесі реабілітації. Вони можуть включати як кількісні, так і якісні методи, а також використання додаткових

інструментів, таких як біометричні датчики або електроенцефалографія (ЕЕГ).

Ці підходи можуть використовуватися окремо чи комбінуватися в залежності від конкретних цілей дослідження та характеру реабілітаційної програми.

### **Психодіагностична технологія**

Ми живемо і працюємо в складні часи, коли діагностувати потрібно багато, точно і швидко, тому на перший план виходить потреба в «психодіагностичних технологіях». Це процес, який налаштований заради якісного і точного діагнозу завдяки правильно побудованій послідовності дій і якісного підбору інструментарію. У вищезгаданій статті «Обґрунтування системи базових концептів психологічної діагностики» в журналі «Психологія і суспільство» 2007 [30]; А. Фурман вносить важливе для нас поняття «технологія». «На відміну від методики як сукупності взаємопов'язаних способів та прийомів доцільного здійснення психодіагностичної роботи, технологія – це професійне вміння, висока досконалість і навіть майстерність проводити психодіагностичні обстеження, тобто реалізувати той вид експерименту, суть котрого становить процес психологічного оцінювання (розробка і відбір відповідних методів, його процедура і результат)» [30, с. 51].

В. Подшивалкіна в статті “Соціотехнологічні аспекти професійної діяльності спеціалістів гуманітарного профілю” пише [22, с. 67]: «Соціальна діагностична технологія застосовується на одній чи декількох методиках, котрі, будучи задіяними у певну технологію, набувають нових властивостей, пов'язаних зі спрямованістю на унікальне коло цільових завдань» [22, с. 63].

Абстрактне словарне значення слова «технологія» допоможе нам осягнути логіку терміну стосовно психодіагностики, «Технологія — сукупність знань про методи здійснення виробничих процесів та наукова дисципліна, що описує, розробляє і вдосконалює зазначені вище способи, процеси та порядок (регламенти, режими) їх здійснення. Як наукова дисципліна технологія сприяє впровадженню найефективніших і найекономічніших виробничих процесів, що потребують найменших затрат

часу і матеріальних ресурсів» [28].

Ще одна цитата: «Психодіагностична технологія – система знань про способи і засоби одержання психологічного діагнозу і водночас сам багатоканальний процес його встановлення. При цьому роль такої технології істотно зростає за умов групових і масових обстежень, а технологічність самих процедур є важливою складовою психодіагностичного сценарію, змістовно наповнює як психологічний діагноз, так і прогноз» [30, с. 51]. За Н. Шевандріним, «психодіагностична технологія базується на науковому підході, містить методологію і процес, оптимізована з точки зору ефективності і результативності і складається з таких елементів:

1. Дослідження реальних психологічних проблем у житті особистості, групи, організації;
2. Постановку мети дослідження, що відповідає виявленим проблемам; формулювання завдань діагностичного обстеження, що деталізують та операціоналізують мету діагностики;
3. Вибір діагностичних засобів, зважаючи на мету, завдання, об'єкт, предмет дослідження, на обмеження часу та інших ресурсів;
4. Створення деталізованого сценарію діагностичного обстеження, у т. ч. проведення процедур збору інформації, обробки результатів, видачі рекомендацій;
5. Проведення відповідних обстежень;
6. Статистичну обробку отриманої інформації;
7. Інтерпретацію отриманих результатів у категоріях і поняттях, доступних не-спеціалісту або психологу;
8. Формулювання рекомендацій щодо можливостей терапії, корекції чи розвитку;
9. Написання анотованого чи розширеного звіту про проведену психодіагностичну роботу».

На наш погляд, саме добре пропрацьованих психодіагностичних технологій не вистачає зараз психологічній професійній спільноті і

соціальним службам, а також для вирішення завдань реабілітації 3 мільйонів військовослужбовців та членів родин військовослужбовців в найближчі 5-7 років.

**Дослідження психоемоційного стану в Україні.** Свіжим прикладом дослідження психоемоційного стану в Україні є робота 2022 року “Psycho-emotional states of future specialists in a socioeconomic area under lockdown and martial law: comparative analysis” [71]. У вступі автори зазначають: “Якість освітньої та професійної підготовки, а також здатність розвивати загальні та спеціальні компетентності залежить від домінуючих психічних станів... Дослідження когнітивних психічних станів студентів вищих навчальних закладів дозволило встановити унікальну роль когнітивних психічних станів у регуляції акту мислення. Дослідники виявили, що змістовні особливості когнітивних психічних станів учасників дослідження визначаються підтриманням стійкої орієнтації індивіда на розв'язання задачі впродовж певного проміжку часу. Встановлено, що "установка" є системоутворюючим фактором когнітивних психічних станів, який знаходиться в межах інтегративної змістовної спрямованості особистості. Сучасні дослідження критичного мислення [46] та штучного інтелекту машин акцентують увагу на важливості мисленневих процесів та ролі людини в досліджуваних процесах. Психічний стан суб'єктів освітньо-професійної підготовки, як і будь-яка складна виробнича діяльність, супроводжується випереджувальним змістом Носов та ін., [40], мінливістю соціальних очікувань”. Тобто автори виділяють такі феномени, як домінуючий психічний стан, когнітивний психічний стан, “установка на “випереджувальний зміст”, тобто сенс діяльності і те, що дозволяє тримати орієнтацію індивіда на розв'язанні задачі впродовж певного проміжку часу. Якщо перевести це на мову психодинаміки, то автори говорять про “застрягання” в методиці поведінково-декларативного рівня Акцент 2-90, про 6 шкалу методики МБДО (Березін, Мірошніков), s+ (танатос) і r+(інфляція) в Методі портретних виборів (МПВ) Сонді, який спрямований на несвідомий рівень і нормативну групу Методу колірних виборів (МКВ)

Люшера (синій, червоний, зелений, жовтий). Автори дослідили психоемоційні стани двох однородних груп студентів в різних ситуаціях, але не змогли виділити і описати різницю в їх станах, тому що досліджували вони поверхневі декларації про стан замість станів. Проблема дослідників, на наш погляд, була закладена на етапі дизайну дослідження завдяки підбору занадто простих методик лише декларативного характеру, які є більше структурованим інтерв'ю, ніж тестом. Тобто по суті респонденти самі оцінювали свій стан, і тому дослідники не мали інформації про динаміку несвідомого, не отримали інформації про стан психологічних захистів. Об'єктивно оцінити динаміку психоемоційного стану групи, спираючись на інформацію поверхневого самодекларативного рівня, неможливо як мінімум тому, що респонденти самі вирішують, який рівень достовірності задати відповідями на питання. Дослідники зафіксували “відсутність значущих відмінностей у змістовних параметрах психоемоційних станів майбутніх фахівців соціономічної сфери обстежених в умовах карантину та воєнного стану”. Маємо думку, що це нормальна ситуація в умовах застосування методів лише декларативно-поведінкового рівня, а саме скринінгових опитувальників.

Методи, як застосовували дослідники:

1. Шкала самооцінки депресії (SDS). Автор: Вільям Зунг (William W. Zung). Рік створення: 1965. Кількість питань: 20. Шкала самооцінки депресії (SDS) була розроблена для виявлення та вимірювання рівня депресії у пацієнтів. Складається з 20 питань. SDS не має спеціальних шкал достовірності.
2. Опитувальник тривожності за Спілбергером (STAI). Автор: Чарльз Спілбергер (Charles D. Spielberger). Рік створення: 1971. Кількість питань: 40 (20 для STA та 20 для ТА). Опитувальник тривожності за Спілбергером (STAI) призначений для вимірювання двох типів тривожності: ситуативної (реактивної) тривожності (STA) та особистісної тривожності (ТА). STAI має шкали перевірки на надійність та валідність, включаючи внутрішню консистентність та тест-ретест надійність.
3. Шкала психологічного благополуччя (PWB). Автор Керол Ріфф (Carol

Ryff). Рік створення: 1989. Кількість питань варіюється: 84, 54, 42, 18.

Шкала психологічного благополуччя (PWB) розроблена для вимірювання шести аспектів психологічного благополуччя: автономія, екологічна майстерність, особистісне зростання, позитивні відносини з іншими, ціль у житті та самоприйняття. Оригінальна версія складається з 84 питань, але є коротші версії (54, 42, 18 питань). PWB має високий рівень внутрішньої консистентності та тест-ретест надійності. Валідація проводилась на великих вибірках.

4. Опитувальник способів подолання стресу (WCQ). Автори: Річард Лазарус (Richard S. Lazarus) та Сьюзан Фолкман (Susan Folkman). Рік створення: 1984. Кількість питань: 66.

Висновок, який можна зробити з вищенаведеного дослідження з точки зору психодинамічного підходу очевидний: для наукових досліджень психоемоційних станів і особливо динаміки психоемоційних станів методики скринінгового типу, які мають 20+- питань і які призначені для самооцінки або первинної швидкої оцінки наявності депресії, або копінгових стратегій, або ПТСР, непридатні тому, що а) результати скринінгових тестувань можна порівняти з тіннями на стінах платонової печери. Тобто це наслідки того, що відбувається всередині особистості, і для наукової роботи має сенс лише як фіксація декларативного рівня, що потребує додаткових досліджень. б) особистість зберігає Я-концепцію за допомогою комплексу психологічних захистів: витіснення, заміщення, регресія, раціоналізація, проєкція, заперечення, і тому зазвичай не здатна об'єктивно оцінити свій стан за допомогою питань методик декларативного рівня, і особливо динаміку стану. Для дизайну подібних досліджень і взагалі для точної оцінки психоемоційного стану необхідно:

а) використовувати пакет психометричних і проєктивних методик з трьох рівнів: несвідомого, напів-свідомого ("Я-концепція" і комплекс психологічних захистів, які підтримують Я-концепцію) і поведінково-декларативного – якщо треба співставити поведінковий рівень з несвідомим

чи побачити розрив між поведінкою і реальним психоемоційним станом. Також при можливості варто оцінювати динаміку когнітивних здібностей, тому що стрес, вигоряння, ПТСР, органічні зміни в мозку внаслідок мінно-вибухових та інших травм значно впливають на психоемоційний стан і здатні суттєво погіршувати або покращувати соціальну адаптованість і почуття впевненості людини.

б) для статистичної обробки різниці груп факторний аналіз не завжди придатний, тому що він (при умові задовільної інтерпретації компонент) розкриває послідовність відреагувань, а не сам психоемоційний стан.

**Тривалість симптомів ПТСР.** The International Society for Traumatic Stress Studies опублікувала дослідження “Long-Term Trajectories of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A 20-Year Longitudinal Study of World Trade Center Responders” [62], в якому досліджена динаміка змін у стані людей з ПТСР. Процитуємо дослідників: “Відповідно, симптоми ПТСР є менш стабільними, ніж зріст, вага, та ІМТ, і приблизно такі ж стабільні, як артеріальний тиск та особистісні риси. Ця закономірність вказує на те, що симптоми ПТСР дійсно змінюються з часом, а не просто коливаються навколо заданого рівня. Більше того, симптоми були значно менш стабільними у випадках ПТСР, з кореляцією 20-річного повторного тестування лише на рівні 0,21; симптоми ПТСР частіше значно погіршувалися і рідше покращувалися, ніж у респондентів загалом. Більша стабільність у повній вибірці частково пояснюється великою кількістю стійких осіб, які залишалися безсимптомними протягом усього періоду. Серед випадків ПТСР 50% відчули покращення протягом семи років і 82% – протягом 20 років, що значно повільніше, ніж за попередніми оцінками” [74]. ... Примітно, що майже стільки ж випадків погіршення (66% за 20 років), скільки поліпшення, тому середній показник по популяції знизився лише незначно – з 46 балів у 2011 році до 39 балів у 2022 році”.

Група українських лікарів і психологів, яка досліджувала психоемоційний стан військових (В. Сергієнко та ін.), пише в статті [37]:

“Незважаючи на існування численних фармакологічних і нефармакологічних методів лікування пацієнтів з ПТСР, досі не існує ефективного лікування, яке можна було б широко застосовувати. Таким чином, існує величезна незадоволена медична потреба [70]. Значною мірою це пов'язано з дуже обмеженими знаннями про системні ефекти ПТСР, які включають постійну активацію симпатичної нервової системи (психоемоційний стрес), що призводить до погіршення імунної системи, збільшує вивільнення гормонів стресу (катехоламінів, кортикостероїдів) і викликає зміни в метаболізмі, як це було чітко продемонстровано в детальному метаболічному дослідженні у ветеранів США з ПТСР [69]. Дуже тісні та високорегульовані взаємодії між нервовою, імунною системами та метаболізмом [48] пов'язують стрес із запаленням, метаболічним синдромом, раком [39] та іншими захворюваннями [91]. Добре відомо, що запалення низького ступеня асоціюється з порушенням метаболізму. Цей ефект включає дисрегуляцію нейро-імуно-метаболічної осі, що призводить до хронічного запалення, метаболічних порушень і розвитку різних захворювань [54].

**Дослідження, проведене С. В. Абрамовим та його колегами [23],** зосередилося на вивченні психологічного портрета та стресових розладів, з якими стикаються українські військовослужбовці.

Для дослідження були використані такі методики:

1. Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (MMPI)
2. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна
3. Депресивна шкала Бека
4. Шкала посттравматичного стресового розладу PCL
5. Опитувальник травматичного стресу

Комплексне клініко-психологічне обстеження 147 військовослужбовців показало, що:

1. Надмірна ситуативна тривожність: спостерігалась у 71%.
2. Потреба в груповій підтримці: відчувалась 71%.

3. Зниження здатності контролювати свої емоції: спостерігалось у 71%.
  4. Підозрілість та настороженість: спостерігались у 71%.
  5. Соматизація тривоги: спостерігалась у 53% військовослужбовців.
  6. Перепади настрою: спостерігались у 61% військовослужбовців.
  7. Депресія: спостерігалась у 29% військовослужбовців.
  8. Відсутність інтересу до чого-небудь: спостерігалась у 17%.
  9. Періодичні суїцидальні думки: спостерігались у 27%.
  - 10.Здатність легко плакати: спостерігалась у 21%.
  - 11.Апатія: спостерігалась у 34% військовослужбовців
  - 12.Зниження активності: спостерігалось у 34%.
  - 13.Песимізм: спостерігався у 39% військовослужбовців
  - 14.Відчуття депресії: спостерігалось у 45% військовослужбовців.
  - 15.Конверсійні захисні реакції: спостерігались у 34%.
  - 16.Механізм витіснення травми: спостерігався у 42%.
  - 17.Схильність до агресії: спостерігалась у 40%.
  - 18.Тривога: спостерігалась у 33% військовослужбовців.
  - 19.Позитивні емоції: спостерігались у 27% військовослужбовців
- (Абрамов et al., 2020).

Результати дослідження показали, що реабілітація пацієнтів неможлива без урахування їхнього психологічного стану та соціальної адаптації. В Україні наразі тільки формуються алгоритми психологічної допомоги учасникам війни. Ситуація потребує створення якісних програм реабілітації з функцією персоналізації, які мають бути своєчасними та комплексними. Враховуючи соціальні наслідки “нетерапевтованого” ПТСР, така робота має розглядатися як частина системи національної безпеки.

Згідно з результатами дослідження, в 2017 році посттравматичний стресовий розлад виявили у 26 % військовослужбовців. За спостереженнями голова госпіталю для ветеранів "Лісова Поляна" Ксенії Возниціної 60 %

ветеранів потребують психологічної допомоги. В Україні поки що відсутня статистика щодо психологічних станів військових, у яких часто трапляються психологічні захворювання, як-от агресія, асоціалізація, проблеми в сім'ї та на роботі, безробіття та залежності.

Посттравматичний стресовий розлад має тривалий і кумулятивний характер, призводячи до знецінення життя і зниження особистої відповідальності. Мінімальна тривалість маніфестації ПТСР в учасників бойових дій становить від одного до шести місяців.

Це дослідження показує, як багатофакторний підхід до розуміння психічного стану може допомогти в розробці більш ефективних методів діагностики та лікування психічних розладів. І є важливими для нашої роботи з ціллю порівняння отриманих даних і висновків з даними і висновками нашого дослідження в розділах 2 і 3.

### **Висновки до розділу 1**

У цьому розділі визначено та проаналізовано об'єкт дослідження – психоемоційний стан людини. Він включає когнітивний, емоційний, мотиваційний та фізіологічний стани, що в сукупності впливають на рівень соціальної (дез)адаптованості. Ці компоненти взаємодіють, формуючи загальне психологічне благополуччя та адаптацію особистості до соціального середовища.

Досліджено, що термін "психоемоційний стан" використовується переважно в пострадянських країнах, тоді як в англійськомовному середовищі найближчим аналогом є термін "mental state". Проведено історичну ретроспективу та сучасне розуміння терміну "mental state", який включає внутрішні когнітивні та афективні переживання, що впливають на думки, почуття та поведінку людини.

Досліджено вплив епідемії covid-19 на психоемоційний стан (mental state). Досліджено зв'язок почуття перспективи, футурошоку і mental state. Розділ охоплює різні теоретичні підходи, включаючи функціоналізм,

ментальний репрезентаціонізм, коннекціонізм, що включає роботи Урі Бронфенбренера, Канемана, Дамасіо, Бессела ван Дер Колка, Тоффлера.

Розглянуто різні підходи до вимірювань і аналізу психологічних станів у процесах реабілітації, включаючи кількісні методи, якісні методи, змішані методи, лонгітюдні дослідження, комплексні підходи, психодіагностична технологія. Також детально вивчено наявне дослідження психоемоційного стану студентів в Україні (2022 рік), де зроблено висновки про помилки в дизайні дослідження через використання лише поверхневих методик декларативного рівня.

Перший розділ забезпечує фундаментальне розуміння терміну "психоемоційний стан", його структури та значення у різних аспектах психології та реабілітації. Це розуміння є критично важливим для подальшого дослідження і практичного застосування в умовах повоєнної України, де реабілітація ветеранів потребує комплексного підходу, що враховує когнітивні, емоційні, мотиваційні та фізіологічні аспекти психічного здоров'я. В повоєнній Україні психотерапевтична професійна спільнота не може не враховувати складність і динамічність людської особистості; складність умов, в котрих росте, розвивається, набуває травматичного досвіду і перебуває сучасна людина; складність її відносин і виклики, що постають перед особистістю. Тому сучасні психотерапевти уже не можуть собі дозволити некомпетентності в психодіагностиці психоемоційного стану, яка має бути одночасно швидкою, точною, доступною та масштабованою. Ця потреба ускладнюється «довжиною», складністю і ціною навчання технологіям і мистецтву психодіагностики. Ця, здавалося б, нерозв'язна проблема розв'язується на рівні поняття «психодіагностична технологія». В Україні є всі передумови для створення психодіагностичних технологій: нагальна потреба на тлі зростання кількості тривожних розладів цивільного населення; необхідність формувати протоколи реабілітації ветеранів; реформа системи охорони здоров'я з включенням до неї сфери ментального здоров'я; наявність наукової школи, розвинутого ІТ сектору та інтенсивної політики

психоедукації на державному рівні, що знімає упередження щодо звернень за психологічною допомогою. І, як наслідок – зростання запиту на психологічну допомогу з одночасним дефіцитом кваліфікованих психологів-психотерапевтів і психіатрів. Усе це зумовлює запит на точну, доступну та масштабовану технологію психодіагностики, яка, як і будь-яка діагностика в будь-якій сфері людської діяльності, значно підвищує швидкість, результативність та ефективність своєчасної допомоги.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ОЦІНЦІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

#### 2.1. Методологічне обґрунтування психодинамічного підходу к досліджень і інтерпретації отриманих даних

Психодинамічна психологія особистості, відома під назвою психоаналітичної психології, – це комплекс психоаналітично орієнтованих поглядів на походження особистісних розладів, що ведуть до розвитку психічної дезадаптації. Психоаналітично орієнтована психологія використовує специфічне розуміння функціонування психіки. Це розуміння первісно розроблено Зигмундом Фрейдом. Фрейд прийшов до психоаналізу, як методу розуміння несвідомих ("несвідомих") конфліктів, що виникли під час розвитку людини, починаючи з дитинства, та продовжилися в житті дорослого. Такі конфлікти – це ті манери поведінки, які були закладені як кластери почуттів, думок і вчинків. Вони виникли внаслідок взаємодії різних подій в індивідуальній історії розвитку людини з біологічною предрозпорцією.

Психодинамічний підхід зазвичай має вузький фокус, ніж психоаналіз, і більш зорієнтований на пояснення того, що відбувається з окремим індивідом або групою індивідів, професійною групою з погляду неусвідомлюваних психічних процесів. Однак обидва ці методи переслідують одну мету: розуміння природи конфліктів індивіда, дезадаптивного стилю поведінки, що походить із дитинства або з травми, їхніх наслідків у житті людини.

**Основні поняття та принципи психодинамічної діагностики як напрямку. Сучасні Школи та методи.** Як зазначаємо ми в тезах “Інтегральна психодинамічна діагностика: створено в Україні” [14] “... особистість можна досліджувати у двох напрямках: вшир і вглиб. У першому випадку

аналізуються різні блоки властивостей і якостей особистості – інтелектуальних, сенсомоторних комунікативних, тощо, а також взаємозв'язки між ними. У другому – вивчаються різні рівні організації цих властивостей та якостей. Так, для особистісних властивостей можна виділити як мінімум рівні організації: декларативний та несвідомий... При необхідності оцінити, яким індивід бажає постати в очах оточуючих, проводиться дослідження декларативного рівня особистості... важливо не тільки застосовувати валідні методики, а й будувати правильну систему інтерпретації результатів тестування з урахуванням того, що особистість складно влаштована, та інтерпретація показників лише декларативного характеру не дає повної достовірної картини особистості людини”.

З моменту, коли точка зору під час інтерпретації діагностичних даних враховує діючу роль несвідомого, діагностику можна віднести до психодинамічної діагностики.

**Школи та методи психодинамічної діагностики.** Розглянемо школи і методи психодинамічної діагностики. З точки зору використання або невикористання стимульного матеріалу, школи та методи можна викласти у вигляді граф-логічної структури.

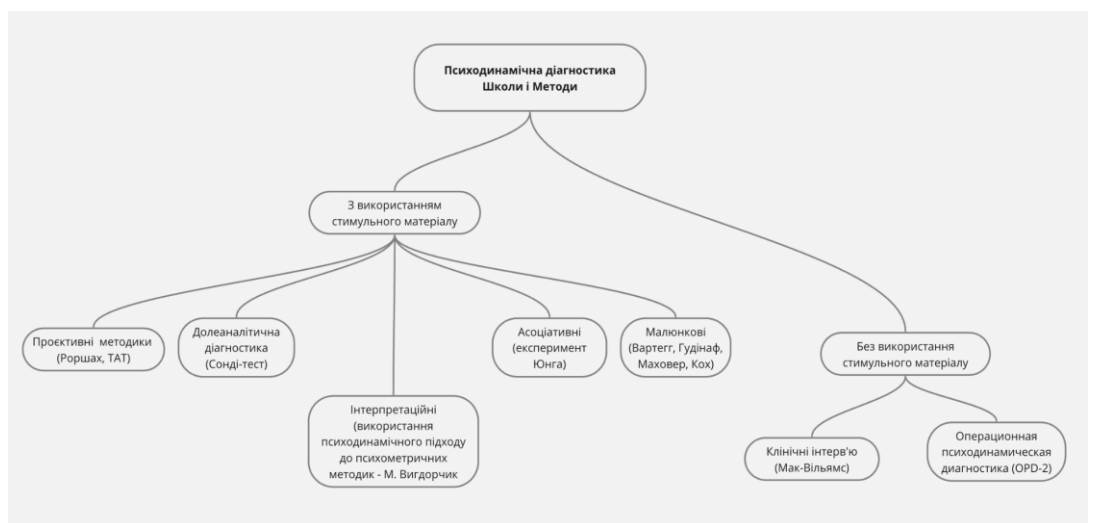


Рис 2.1. Школи і методи психодинамічної діагностики

**Психодинамічна діагностика, розроблена Ненсі Мак Вільямс,**

ґрунтується на принципах психодинамічної теорії особистості. Ці принципи й алгоритми багато в чому ґрунтуються на роботах класичних психоаналітиків, таких як Зигмунд Фройд, а також пізніших теоретиків, включно з Отто Кернбергом і Гейлзом Махлером. Психодинамічна діагностика передбачає розуміння того, як різні психічні сили і структури взаємодіють усередині індивіда, спричиняючи певні патерни поведінки, емоцій і думок. У рамках цієї діагностики важливими компонентами є:

1. Розуміння структури особистості: У психодинамічній теорії досліджуються різні аспекти особистості, включно з цим і «Я» (Его), «Воно» (Ід) і «Над-Я» (Супер-Его).

2. Розвиток через стадії: Психодинамічний підхід передбачає, що особистість розвивається через серію стадій, починаючи з дитинства. Кожна стадія пов'язана з певними конфліктами і завданнями. Війна та її досвід також є стадією.

3. Несвідомі процеси: Багато психічних процесів є несвідомими, і розуміння цих процесів може допомогти в діагностиці та лікуванні психологічних проблем.

4. Захисні механізми: Особистість використовує різні захисні механізми, щоб впоратися з внутрішніми конфліктами і захиститися від тривоги. Ідентифікація та розуміння цих механізмів є ключовими в психодинамічній діагностиці за Мак Вільямс.

5. Трансфер і контртрансфер: Це явища, що виникають у терапевтичній ситуації, коли клієнт і терапевт проєктують один на одного почуття і стосунки, які часто виходять з їхніх минулих стосунків.

Ненсі Мак Вільямс відома своїми роботами з психодинамічної теорії особистості та психотерапії, де вона наголошує на важливості глибокого розуміння клієнтських захистів, фантазій, мрій, емоційних станів і поведінкових патернів для розуміння їхнього внутрішнього психічного світу.

У своїй практиці психодинамічного терапевта Мак Вільямс використовує різноманітні методи оцінки, зокрема: клінічні співбесіди,

спостереження за поведінкою, інтерпретація вільних асоціацій, аналіз сновидінь, проєктивні тести (наприклад, тест Роршаха або ТАТ)

Ключовим у психодинамічній діагностиці школи Мак Вільямс є постійний аналіз та інтерпретація зібраної інформації через призму психодинамічних концепцій, щоб краще зрозуміти внутрішній світ клієнта і способи його взаємодії із зовнішнім світом. Це знання потім використовується для формування плану лікування, який часто включає в себе психоаналітичну терапію, спрямовану на вирішення внутрішніх конфліктів і зміну дисфункціональних патернів поведінки.

У своїх роботах Мак Вільямс [67]; [66]; [68] підкреслює складність особистості та застерігає від спрощених висновків, заснованих виключно на тестах. Вона не рекомендує прямолінійне з'єднання між певним змістом реакції на пляму чорнила і конкретним психологічним висновком. Навпаки, вона пропонує використовувати проєктивні тести як частину ширшого клінічного дослідження, за якого інтерпретація кожного аспекту відповіді має враховувати контекст інших симптомів, історії життя та поведінкових проявів. Але це призводить до того, що діагностика по Мак Вільямс розтягується на 20 сесій.

У книжці «Посібник із психодинамічної діагностики» [68] Мак Вільямс критикує наявні методи МКХ і DSM і пропонує свій підхід PDM-2. Діагнози PDM-2 є «прототиповими», тобто вони не засновані на ідеї, що діагностичну категорію можна точно описати як компіляцію симптомів.

**Операційна психодинамічна діагностика OPD.** Операційна психодинамічна діагностика OPD [38]; [87]; [41]; [60]; [77] розроблена у 1992 року колективом німецьких психіатрів і психотерапевтів. Конкретні імена окремих розробників OPD-2 невідомі, оскільки це була колективна робота, що являє собою результат спільних зусиль багатьох фахівців. OPD-2 є розвитком початкової версії OPD, яку було вперше представлено 1996 року.

Метою створення було систематизувати та структурувати підхід до психодинамічної діагностики в клінічній практиці. Також розробники

поліпшили та стандартизували методи оцінки лікування в психіатрії та психотерапії.

В OPD поєднано психодинамічний аспект з описовою симптоматикою. Поточна версія практичного посібника є другим виданням і затверджена наступними мовами: німецька, іспанська, португальська (Португалія та Бразилія) та англійська.

OPD-2 зосереджується на п'яти основних осях: клінічні синдроми, стосунки, конфлікт, структура особистості та лікування. (див Додаток В «Опис осей операційної психодинамічної діагностики OPD-2» ) Цю систему використовують для поліпшення розуміння динаміки особистості пацієнта і для розроблення більш цілеспрямованих та ефективних планів лікування. Кожна вісь має певні категорії оцінювання.

У той час як OPD-2 більш поширена в європейських країнах, PDM має більший вплив у США. Обидві системи доповнюють одна одну, але мають різні акценти і підходи в діагностиці та лікуванні.

OPD-2 використовується здебільшого в психіатрії та психотерапії, особливо в країнах Європи, таких як Німеччина і Швейцарія. Вона застосовується в різних клінічних ситуаціях, включно з індивідуальною терапією, груповою терапією та дослідженнями в галузі психічного здоров'я. Основне її застосування полягає в глибокому розумінні психодинаміки пацієнта, що сприяє точнішому та індивідуалізованому підходу до лікування.

OPD-2 і PDM роблять значний внесок у розуміння і лікування психічних розладів, доповнюючи традиційні підходи, такі як DSM (Діагностична і статистична ручка психічних розладів) та МКХ (Міжнародна класифікація хвороб).

Операційна психодинамічна діагностика (OPD-2) має низку сильних і слабких сторін, а також зазнає критики з боку фахівців у галузі психіатрії та психотерапії. Підхід дає глибоке розуміння пацієнта, але водночас критикується за складність і часозатратність. За свідченням психотерапевтів, які практикують психоаналітичний підхід, діагностика методами PDM-2 OPD-

2 відбувається протягом 10-20 сесій. В умовах потреби в реабілітації мільйонів людей українська система підтримки ментального здоров'я не має можливості діагностувати настільки довго. Опис осей операційної психодинамічної діагностики (OPD-2) міститься в Додатку В.

**Розробка, що триває.** STIPO-R (Structured Interview of Personality Organization - Revised) [81] є одним з інструментів, що використовуються для оцінки організації особистості. Ця методика була розроблена в 1984 році для структурованого інтерв'ю, яке дає змогу оцінювати ключові аспекти психопатології особистості на основі теоретичних положень Отто Кернберга; опитувальник ще не валідизований, але вже перекладений українською мовою. Основні аспекти STIPO-R: модульна структура. STIPO-R складається з декількох модулів, кожен з яких фокусується на певних аспектах особистості, таких як ідентичність, захист, міжособистісні стосунки, агресія і контроль над імпульсами. STIPO-R використовується для діагностики різних розладів особистості, включно з межововими і нарцисичним розладами.

Результати інтерв'ю допомагають у розробці індивідуалізованих планів лікування, заснованих на виявлених особливостях особистості пацієнта. Методика використовується в дослідженнях психопатології та валідації теорій особистості. Інтерв'юер слідує заздалегідь визначеному набору запитань, що забезпечує систематичний підхід до оцінки. Відповіді пацієнта аналізуються на предмет якісних характеристик, таких як когерентність і зміст.

**Переваги:** Систематичний і структурований підхід до оцінки; можливість глибокого аналізу різних аспектів особистості; корисність для діагностики та планування лікування.

**Обмеження:** потрібен значний час для проведення та аналізу; необхідна висока кваліфікація інтерв'юера; можливі суб'єктивні інтерпретації результатів.

У 20 столітті STIPO-R був би цінним інструментом для психодинамічної діагностики, але в 21 столітті в умовах післявоєнної України він не має перспективи як такий, що вимагає великої кількості часу психотерапевта і

складної підготовки.

**Інтерпретаційна модель М. Вигдорчика. Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика (ІПД) як технологія.** Вперше Інтегральний інструментальний психодинамічний підхід у психодіагностиці було описано у дисертаційній роботі українського вченого М.І. Вигдорчика «Методи психодинамічної психодіагностики в комплексному медичному огляді моряків» у 1999 році [5]. Спираючись на психодіагностичний підхід, вченим було запропоновано психодинамічну схему формування поведінки індивіда (Рис. 2.2.). Відповідно до цієї схеми передані генетично потяги та інстинкти невідомого рівня формують актуальні несвідомі потреби, які “в співпраці” з вимогами соціального середовища, системами заборон та дозволів, образів “успіху” приймають участь у створенні психологічних захисних механізмів. Захисні механізми, сформовані таким чином, обумовлюють, направляють поведінку індивіда. Дослідником також доведено, що використання традиційних вербальних опитувальників в умовах профвідбору моряків є недостатньо ефективним і потребує додаткової психодинамічної інтерпретації.

ІПД був розвинений і підтверджений у працях Н.В. Родіної [26][24], М.В. Капустянського [15], О.В. Мальцева [19], Л.П. Перевязко [21], А.П. Карпенко [16] та ін.

Принципи психодинамічного підходу було впроваджено у практичну діяльність психологів та інших фахівців, які застосовують методи психодіагностики у прикладному аспекті (Додаток Б – акт впровадження).

Це різні галузі профвідбору, зокрема профвідбір у силові структури, у комерційні організації, а також профорієнтація, оцінка ефективності психотерапії, організаційне консультування, коучинг. З вищевикладеного можна дійти впевненого висновку про теоретичну обґрунтованість та високу прикладну ефективність психодинамічного підходу на відміну від лінійної інтерпретації результатів окремих психодіагностичних методик.



Рис 2.2 Психодинамічна схему формування поведінки індивіда [5]

Зигмунд Фройд у «Вступі до психоаналізу» [29] каже: «Wo Es war, soll Ich werden» («Там, де було Воно, має стати Я») – можна сказати, що саме психодинамічна діагностика сприяє цьому процесу, забезпечуючи психолога, психотерапевта знанням про зміст несвідомого, і тим самим сприяє зціленню і гармонізації життя пацієнта, його соціальної адаптованості.

**Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика (ІПД) як технологія, яка використовується в інтерпретації результатів дослідження.** В нашому дослідженні ми будемо використовувати ІПД як підхід і психодіагностичну технологію. Вище ми зазначили, що Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика як підхід і комп'ютерна програма «Інтегратор» як технологія створені **Михайлом Вигдорчиком у**

1993 2003 роках і наразі розвиваються в програмному рішенні *DoDomu*.

В роботах Михайла Вигдорчика [6]; [8]; [10]; [11] перелічені наступні принципи Інтегральної інструментальної психодинамічної діагностики:

1. Спостережувані властивості особистості є вторинними стосовно їхніх несвідомих мотивів;
2. Подібність показників шкал утворюють провідні тенденції, які формують основний спосіб поведінки та за певних умов є дезадаптуючими для респондента;
3. Жодна з психодіагностичних методик не дає більш ніж 70% достовірності прогнозу поведінки респондента. Підвищення рівня достовірності можливе лише в разі застосування пакета методик, що апелюють до різних рівнів особистості;
4. Психодинамічний підхід розглядає шкали методик як динамічні сили, що діють всередині особистості, мають своє джерело, спосіб проявлення і мету. Динамічні сили є засобом реалізації несвідомих потреб.
5. Інтегральний підхід до інтерпретації різнорівневих методик дає змогу знизити роль усвідомлених викривлень, які вносить респондент.
6. В основі групи шкал або в основі шкали виокремлюється період їхнього становлення на рівні ППРД (Парціальних потягів раннього дитинства).
7. Шкалам відповідають аналоги в біологічному світі. (Вектори Сонді: Sex вектор = агресія. P вектор = захист)
8. Шкали відображають способи захисту від базальної тривоги, і це розглядають як маневри Его, що, своєю чергою, є способами поведінки індивіда. (Рис 2.2)
9. Психодинамічний підхід розглядає взаємодію шкал на рівні їхньої неусвідомлюваної частини, що дає діапазони людських реакцій.
10. Джерела потреб є генетично зумовленими і представлені як доміантними, так і рецесивними генами.

**Відповідність властивостей особистості та психодинамічних прототипів.** Проілюструємо вищезазначені принципи через відповідність

властивостей особистості та психодинамічних прототипів на прикладі шкал методики Акцент-2-90 (Табл. 2.1.). В статті “психоаналітичні аспекти теорії Карла Леонгарда” Михайло Вигдорчик навів схему, яка показує зв'язок шкал тесту Акцент-2-90 (модифікований тест Шмішека-Мюллера, створений на основі робіт Леонгарда) властивостей особистості з психодинамічними прототипами.

Табл 2.1.

### Відповідність властивостей особистості та психодинамічних прототипів

Шкала Акцент 2_90	Властивість	Психодинамічний прототип
гіпертимність	енергійність	оральність
застрагання	честолюбство	імпринтинг
емотивність	м'якосердечність	ідентифікація
педантичність	обсесивність	реактивне утворення
тривожність	тривога	тривога
циклотимність	нестійкість	обсяг витісненого матеріалу
демонстративність	рольова пластичність	витіснення
збудливість	агресивність	влада Ід-тенденцій, слабкість контролю над імпульсами
дистимія	порушення настрою	неможливість адекватного контактування лібідо
екзальтованість	динаміка переживань	підвищена ємність внутрішнього світу
інтроверсія	дистантність із зовнішнім світом	спрямування лібідо всередину

З таблиці 2.1. видно, як можуть бути пов'язані показники психометричних і проєктивних методик. Наприклад, з оральністю пов'язаний фактор m вектору С (контактів) в тесті Сонді, 9 шкала в mmpі/МБДО/СМІЛ, шкала А (відкритість) в тесті Кеттелла PF 16, Іe в тесті FІRO, Гіпертимність в “Акцент 2\_90”... таким чином, призначаючи пакет тестів досліджуваним, ми за допомогою кореляцій і особливо проєктивних методик унікаємо викривлення, яке створюється психологічними захистами і просто нерозумінням людиною своїх станів.

З точки зору психодинамічного підходу [8] наукової школи Вигдорчика,

шкали mmpi/МБДО є засобами захисту від тривоги, через такі поведінкові патерни:

- 1 шкала (Hs) Соматизація / іпохондрія / надконтроль
- 2 шкала (D) Депресія
- 3 шкала (Hy) Витіснення
- 4 шкала (Pd) Імпульсивність
- 5 шкала (Mf) Статеворольова ідентифікація
- 6 шкала (Pa) Паранояльність/ригідність
- 7 шкала (Pt) Фіксація тривоги і обмежувальна поведінка /Обсесія
- 8 шкала (Sc) Шизофренія/індивідуалістичність/аутизація
- 9 шкала (Ma) Заперечення тривоги та гіпоманіакальні тенденції
- 0 шкала (Si) Соціальна інтроверсія

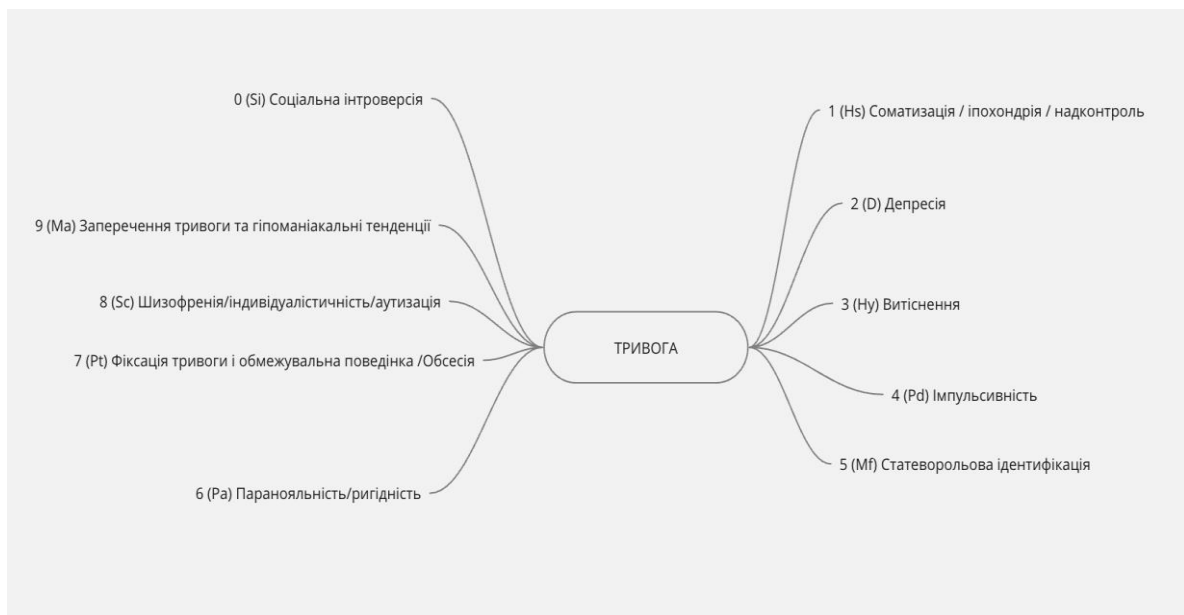


Рис 2.3 Шкали МБДО крізь призму психодинамічного підходу [8, с. 19]

Тенденції, що виявляються підвищеними значеннями шкал із психодинамічного погляду, описані в Додатку Г «МБДО: Інтерпретація тенденцій, що виявляються підвищеними значеннями шкал, з психодинамічної точки зору».

**Алгоритми інструментальної інтерпретації. Психодіагностичні**

методики підпорядковуюються алгоритмам інтерпретації, або інтерпретаційним схемам. Розрізняють такі види алгоритмів:

1. Моно алгоритм, або примітивний алгоритм. Кожну шкалу інтерпретують окремо. Такий алгоритм застосовний, якщо і коли шкали є незалежними. Наприклад, опитувальник Бермана-Ріхтера.

2. Діадний алгоритм інтерпретує пари шкал. Він поділяється на контрастний і співспрямований. Приклад контрастного: методика АСВ (аналіз сімейного виховання). Шкали Г+ (гіперпротекція в процесі сімейного виховання) і Г- (гіпопротекція в процесі сімейного виховання) інтерпретують спільно. Діадний співспрямований: шкали з подібними властивостями інтерпретують спільно. Наприклад, Акцент 2-90 шкали еротичності та екзальтованості, що належать до емоційної сфери.

3. Тріадний алгоритм. У ньому інтерпретують три шкали або фактори. Що належать до однієї сфери. Приклад: у методиці 16 PF спільно інтерпретуються шкали А,Н,Ф, які належать до сфери комунікацій.

4. Квадро алгоритм. Інтерпретує одночасно 4 шкали. Рідко зустрічається. Приклад – методика Гілфорда, де 4 шкали оцінюються одночасно.

5. Вентильний алгоритм. Основа ВА – модель, за якої найбільш виражені шкали пригнічують найменш виражені шкали, а напруга, що виникає при цьому, «вентилується» через шкали середнього рівня (шкали, що перебувають у зоні невизначеності). Використовується для інтерпретації тесту Сонді (формула потягів) і шкали самооцінки Дембо-Рубінштейна.

6. Інтерферентний алгоритм. Призначений для спільної інтерпретації кількох методик. Його основою є психодинамічна схема поведінки індивіда. Виділяють провідні тенденції, що проходять через пакет методик. Наприклад, високе застрягання в Акценті разом із 6 шкалою МБДО і фактором р у Сонді.

Приклад формування інтерпретації показників методик інтерферентним алгоритмом показано в Додатку Д.

## **2.2. Емпіричне дослідження психоемоційного стану пацієнтів реабілітаційних центрів методом психодинамічної діагностики з метою розробки рекомендацій щодо реабілітації.**

Завдання дослідження:

1. Оцінити відмінності в психоемоційному стані військових пацієнтів реабілітаційних центрів відділення травматології і групи військових психіатричного відділення. Якщо відмінності значні – розділити вибірку для подальшого дослідження.

2. Оцінити точність скринінгової діагностики депресії, тривожних розладів, наявності ПТСР в порівнянні з результатами психодинамічної діагностичної технології.

3. Дослідити особливості досліджуваних пілотних груп в симптом-синдромальній логіці.

4. Розробити рекомендації і завдання для подальшого психодинамічного дослідження груп військових з метою розробки стратегій і протоколів реабілітації і соціальної адаптації

**Опис виборки.** *Всього у дослідженні взяло участь 48 людей. З них 48 військових, які лікувалися амбулаторно і стаціонарно; 45 з них чоловіки, 3 жінки; 12 з ампутацією; 23-56 вік. Середній вік 38 років. 15 з психіатричного відділення КНП “Психіатрія”; 33 з лікарні Інститут Травматології і Центру складного Ендопротезування, Osteoінтеграції та Біоніки. 14 з вибірки демобілізувалися; 34 людини повернулися у війська.*

Вибірка була розділена на 2 за ознакою лікарського закладу: пацієнти психіатрії відділені від пацієнтів Інституту травматології і Центру складного Ендопротезування, Osteoінтеграції та Біоніки (ЦСЕОБ). “Психіатрична” вибірка була зрівняна з “нормативною” з допомогою Т-критерія Стьюдента. Таким чином, у вибірку потрапили військові з травмою або захворюваннями опорно-рухового апарату, без діагностованих на час дослідження психіатричних розладів. Але серед них було продіагностовано 18% розладів,

які потребували допомоги психіатра або клінічного психолога, фармакологічного лікування.

**Застосовані методики.** Для дослідження застосовані 3 типу методик: скринінгові, психометричні і проєктивні.

Для роботи з психодіагностичним завданням «дослідження психоемоційного стану і ступеня соціальної адаптації» застосовано: скринінгові методики *GAD-7* [33], *PCL-5* [72], *PHQ-9* [59]; психометричну методику *Акцент 2-90* [7]; психометричний опитувальник «МБДО» [8]; проєктивні методики метод портретних виборів *Сонді* [12]; *Колірний тест Люшера* [63], *МВАС* [24].

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм для SPSS 26.0 for Windows та пакета програм Microsoft Office for Mac OS; Google Workspace.

Скринінгові методики: *Шкала депресії PHQ 9*, *GAD-7*, (*PCL-5*).

Психометричні: *Акцент-2-90*, *МБДО*

Проєктивні: *Метод портретних виборів Сонді*, *Колірний тест Люшера*, *МВАС (Метод вибору архетипових символів)*.

**Опис методик.** *PHQ-9* (Patient Health Questionnaire-9) [85]. Рік створення: 1999. Автори: Роберт Л. Шпітцер, Джанет Б.В. Вільямс, Курт Кронке. Складається з 9 запитань, які оцінюють частоту симптомів депресії за останні два тижні. Шкали: Від 0 ("зовсім ні") до 3 ("майже кожен день"). Сфера використання: Скринінг та оцінка рівня депресії, використовується у первинній медичній допомозі та дослідницьких цілях.

*GAD-7* (Generalized Anxiety Disorder-7) [83]. Рік створення: 2006. Автори: Роберт Л. Шпітцер, Джанет Б.В. Вільямс, Курт Кронке. Складається з 7 запитань, які оцінюють частоту симптомів генералізованого тривожного розладу за останні два тижні. Шкали: Від 0 ("зовсім ні") до 3 ("майже кожен день"). Сфера використання: Скринінг та оцінка рівня тривоги, використовується у первинній медичній допомозі та дослідницьких цілях.

*PCL-5* (PTSD Checklist for DSM-5) [84]. Рік створення: 2013. Автори:

Національний центр ПТСР у США. Складається з 20 запитань, які оцінюють симптоми посттравматичного стресового розладу за DSM-5. Шкали: Від 0 ("зовсім ні") до 4 ("дуже сильно"). Сфера використання: Скринінг, діагностика та моніторинг симптомів ПТСР.

*Акцент-2-90* (Акцентуація характеру, модифікація тесту Шмішека-Мюллера) [7]. Рік створення: 1996. Автор: М.І. Вигдорчик (Україна). Методика складається з 90 запитань, які оцінюють типи акцентуацій характеру за класифікацією Леонгарда та Личко. Шкали: Оцінює різні типи акцентуацій характеру. Сфера використання: Психодіагностика в клінічній та шкільній психології. Детальніше про психодинамічний підхід Акцент-2-90: Додаток Е "Методика Акцент-2-90. Опис акцентуацій характеру".

*МБДО* (Метод багатофакторного дослідження особистості) – адаптація ММРІ [8]. Рік створення: 1976. Методика оцінює різні аспекти особистості та психічного стану. Включає 377 тверджень, на які респондент відповідає "вірно" або "невірно". Шкали: Включає шкали, що оцінюють різні психопатологічні симптоми та особистісні характеристики. Сфера використання: Клінічна діагностика, дослідницькі цілі, психологічне консультування. Детальніше про психодинамічний підхід до МБДО в Додатку Г.

*Тест Сонді*. Рік створення: 1947. Автор: Леопольд Сонді. Складається з 48 фотографій, розділених на 6 серій по 8 фото кожна. Пацієнт обирає найбільш та найменш симпатичні фотографії. Шкали: Оцінка несвідомих симпатій та антипатій, пов'язаних з різними психопатологічними категоріями. h — сексуальна недифференційованість; s — садизм-мазохізм; e — епілептоїдні тенденції... Сфера використання: Психоаналітична діагностика, дослідження несвідомих процесів.

*Тест Люшера* (Колірний тест Люшера) [63] Рік створення: 1947. Автор: Макс Люшер. Кольоровий тест, який складається з декількох кольорових квадратів. Пацієнт обирає кольори в порядку особистої переваги. Шкал немає, оцінюється номер кольору в особистісному виборі. Оцінюється

психофізіологічний стан через кольорові уподобання. Сфера використання: Психодіагностика, оцінка стресу та психоемоційного стану.

*МВАС* (Метод вибору архетипових символів) – авторська проєктивна експресметодика, створена Н. Родиної [24], заснована на стимульному матеріалі методики Е. Вартегга

### **Протокол дослідження**

1. Представитися, розповісти про дослідження, заручитися добровільною згодою пацієнта на психодіагностичне дослідження.
2. Пацієнт/респондент підписує інформовану згоду та згоду на передачу персональних даних (Додаток Ж).
3. Онлайн-тестування пакетом скринінгових опитувальників за допомогою сайту Дарниця <https://darnytsia.ua/ptsr>
4. Онлайн-тестування пакетом Dodomu (Сонді + Люшер + Акцент-2-90 + МБДО) на ресурсі Консул-навігатор [17]
5. Терапевтична зустріч за результатами тестування

**Математично-статистичний аналіз.** Отримані результати були оброблені послідовно за допомогою:

- 1) t-test
  - 2) варіаційного аналізу
  - 3) кореляційного аналізу
  - 4) факторного аналізу,
- що дало можливість:
- 1) перевірити статистичну значущість відмінностей між двома вибірками за критерієм Стьюдента;
  - 2) виділити за допомогою варіаційного аналізу щільні групи головних показників, що характеризують досліджувану групу;
  - 3) дослідити зв'язки між головними показниками і інтерпретувати їх значення як симптомокомплекси завдяки кореляційному аналізу;
  - 4) розкрити послідовність дії ансамблей факторів досліджуваної групи в

часі і віддаленості від поведінкового рівня і інтерпретувати їх значення в синдромальній логіці завдяки факторному аналізу.

**Етапи, логіка і методологія дослідження. Симптом-синдромний підхід.** На початку дослідження, після поділу вибірки за t-критерієм на 2 окремі групи, ми застосовуємо Варіаційний аналіз, щоб побачити значення чинників, які мають низькі варіаційні значення, високі варіаційні значення. Низькі та високі значення ми аналізуємо з точки зору симптоматики. Один фактор – це симптом, який характеризує дану вибірку, тому низький коефіцієнт варіації за окремими шкалами/показниками означає, що вибірка єдина або близька до єдності за значенням цього показника. Тобто показники, які у вибірці показують низький розкид, є ознаками групи і одночасно первинною точкою відліку для подальшого аналізу. Потім ми проводимо кореляційний аналіз. Для цього беремо знайдені фактори/показники/симптоми, які зливаються в симптомокомплекс або симптомокомплекси. Кореляційний аналіз деталізує симптомокомплекс за допомогою окремих показників шкал, які можуть мати опосередкований або безпосередній каузальний зв'язок. Далі застосовуємо факторний аналіз, який, по суті, є синдромальним аналізом, коли ми виокремлюємо синдроми, характерні для даної групи, як чинники, що мають близькоспоріднене походження.

**Починаємо дослідження.** Для порівняння вибірок лікувальних закладів ми застосуємо критерій Стьюдента. Для цього порівнюємо вибірки по кількості людей по найменшій (психіатрія, 13 осіб).

Значущі відмінності ми бачимо за скринінговою методикою PHQ-9, яка показує депресивні тенденції, за скринінговою методикою GAD7, яка показує тривожні тенденції, і за методикою PCL-5, яка спрямована на виявлення симптомів ПТСР.

Далі ми бачимо великий клінічний блок значущих відмінностей за

шкалами МБДО: шкала достовірності (F); 1 (іпохондрії і надконтролю), 2 (депресії), 3 (витіснення, істеричність), за п'ятою шкалою МБДО (статоворольова ідентифікація). Також бачимо значущі відмінності за сьомою (обсесивна) і восьмою (аутизація) шкалами МБДО.

Також значущі відмінності є за шкалою методики Акцент-2-90: Гіпертимність, Циклотимність.

Відмінності в несвідомому представлені за методом Сонді, як група: у пароксизмальном у векторі e+, e-, у істероїдному векторі hu+, hu-, і також у векторі k- (кататонічному) є значущі відмінності. Також є значущі відмінності за третім (воля), четвертим (страх, провина, стид) і сьомим (чуттєвість) символом методики МВАС.

Немає відмінностей за шкалою L (брехні). За шкалою K (соціальна адаптація). Немає відмінностей за четвертою шкалою (психопатія), шостою (ригідність), дев'ятою (гіпоманіакальність) і нульовою (соціальна інтроверсія).

Табл. 2.2.

### Порівняння вибірок за критерієм Стьюдента

Критерій парних вибірок		Парні різниці			95% довірчі інтерв	t	ст. св.	знач. (двобічна)	
		Середн є	Станд. відхилення	Станд. середн помил					
				Нижня	Верхня				
Пара 1	RHQ9_до_пс - RHQ9_до_норм	7,21	8,77	2,34	2,15	12,28	<b>3,077</b>	13	0,009
Пара 2	GAD7_до_пс - GAD7_до_норм	5,21	8,40	2,25	0,36	10,07	<b>2,321</b>	13	0,037
Пара 3	PCL5_до_пс - PCL5_до_норм	21,86	18,77	5,02	11,02	32,70	<b>4,356</b>	13	0,001
Пара 4	L_пс - L_норм	2,50	15,58	4,16	-6,50	11,50	0,6	13	0,559
Пара 5	F_пс - F_норм	9,93	21,85	5,84	-2,69	22,54	<b>1,7</b>	13	0,113
Пара 6	K_пс - K_норм	-5,50	21,54	5,76	-17,93	6,93	-0,956	13	0,357
Пара 7	МБДО_1 - МБДО_1_норм	12,71	19,83	5,30	1,27	24,16	<b>2,399</b>	13	0,032
Пара 8	МБДО_2 - МБДО_2_норм	17,50	25,42	6,79	2,82	32,18	<b>2,576</b>	13	0,023
Пара 9	МБДО_3 - МБДО_3_норм	10,36	20,63	5,51	-1,56	22,27	<b>1,878</b>	13	0,083
Пара 10	МБДО_4 - МБДО_4_норм	3,50	17,82	4,76	-6,79	13,79	0,735	13	0,475
Пара 11	МБДО_5 - МБДО_5_норм	6,36	12,32	3,29	-0,76	13,47	<b>1,931</b>	13	0,076

Продовж. Табл 2.2.

Критерій парних вибірок		Парні різниці			Нижня	Верхня	t	ст. св.	знач. (двобічна)
		Середнє	Станд. відхилення	Станд. середнє					
Пара 12	МБДО_6 - МБДО_6_норм	13,07	33,57	8,97	-6,31	32,45	1,457	13	0,169
Пара 13	МБДО_7 - МБДО_7_норм	15,57	26,26	7,02	0,41	30,74	<b>2,218</b>	13	0,045
Пара 14	МБДО_8 - МБДО_8_норм	13,64	27,46	7,34	-2,21	29,50	<b>1,859</b>	13	0,086
Пара 15	МБДО_9 - МБДО_9_норм	-2,00	11,87	3,17	-8,85	4,85	-0,63	13	0,539
Пара 16	МБДО_0 - МБДО_0_норм	9,43	27,67	7,40	-6,55	25,41	1,275	13	0,225
Пара 17	Гіперт - Гіперт_норм	-4,50	8,22	2,20	-9,24	0,24	<b>-2,049</b>	13	0,061
Пара 18	Застряг - Застр_норм	1,00	5,13	1,37	-1,96	3,96	0,729	13	0,479
Пара 19	Емот - Емот_норм	-0,43	6,85	1,83	-4,38	3,52	-0,234	13	0,818
Пара 20	Педант - Педант_норм	2,86	5,07	1,35	-0,07	5,78	2,11	13	0,055
Пара 21	Трив - Трив_норм	2,36	10,20	2,73	-3,53	8,25	0,864	13	0,403
Пара 22	Цикл - Цикл_норм	5,57	7,05	1,88	1,50	9,64	<b>2,959</b>	13	0,011
Пара 23	Дем - Дем_норм	-0,86	6,60	1,76	-4,67	2,95	-0,486	13	0,635
Пара 24	Збуд - Збуд_норм	1,07	7,50	2,00	-3,26	5,40	0,535	13	0,602
Пара 25	Дист - Дист_норм	3,43	8,95	2,39	-1,74	8,60	1,433	13	0,175
Пара 26	Екз - Екз_норм	2,14	7,66	2,05	-2,28	6,57	1,046	13	0,315
Пара 27	Интро - Интро_норм	0,86	6,38	1,71	-2,83	4,54	0,502	13	0,624
Пара 28	hplus - hplus_норм	-1,07	5,03	1,34	-3,98	1,83	-0,797	13	0,44
Пара 29	hmin - hmin_норм	1,07	5,03	1,34	-1,83	3,98	0,797	13	0,44
Пара 30	splus - splus_норм	-1,00	6,23	1,66	-4,60	2,60	-0,601	13	0,558
Пара 31	smin - smin_норм	1,00	6,23	1,66	-2,60	4,60	0,601	13	0,558
Пара 32	eplus - eplus_норм	-2,14	4,33	1,16	-4,64	0,36	<b>-1,852</b>	13	0,087
Пара 33	emin - emin_норм	2,14	4,33	1,16	-0,36	4,64	<b>1,852</b>	13	0,087
Пара 34	hyplus - hyplus_норм	2,71	4,03	1,08	0,39	5,04	<b>2,522</b>	13	0,026
Пара 35	hymin - hymin_норм	-2,71	4,03	1,08	-5,04	-0,39	<b>-2,522</b>	13	0,026
Пара 36	kplus - kplus_норм	2,07	4,50	1,20	-0,53	4,67	<b>1,723</b>	13	0,109
Пара 37	kmin - kmin_норм	-2,07	4,50	1,20	-4,67	0,53	<b>-1,723</b>	13	0,109
Пара 38	pplus - pplus_норм	0,86	3,72	0,99	-1,29	3,00	0,863	13	0,404
Пара 39	pmin - pmin_норм	-0,86	3,72	0,99	-3,00	1,29	-0,863	13	0,404
Пара 40	dplus - dplus_норм	0,14	5,48	1,46	-3,02	3,30	0,098	13	0,924
Пара 41	dmin - dmin_норм	-0,14	5,48	1,46	-3,30	3,02	-0,098	13	0,924
Пара 42	mplus - mplus_норм	-1,57	4,94	1,32	-4,42	1,28	-1,19	13	0,255
Пара 43	mmin - mmin_норм	1,57	4,94	1,32	-1,28	4,42	1,19	13	0,255
Пара 44	МВАС1_пс - МВАС1_норм	0,07	3,25	0,87	-1,80	1,95	0,082	13	0,936
Пара 45	МВАС2пс - МВАС2_норм	-0,57	2,62	0,70	-2,09	0,94	-0,815	13	0,43
Пара 46	МВАС3_пс - МВАС3_норм	-1,21	2,67	0,71	-2,75	0,32	<b>-1,705</b>	13	0,112
Пара 47	МВАС4_пс - МВАС4_норм	2,57	3,69	0,99	0,44	4,70	<b>2,604</b>	13	0,022
Пара 48	МВАС5_пс - МВАС5_норм	-0,21	2,08	0,56	-1,42	0,99	-0,385	13	0,706
Пара 49	МВАС6_пс - МВАС6_норм	-0,29	2,02	0,54	-1,45	0,88	-0,53	13	0,605
Пара 50	МВАС7_пс - МВАС7_норм	-0,21	3,14	0,84	-2,03	1,60	<b>-0,255</b>	13	0,803
Пара 51	МВАС8_пс - МВАС8_норм	0,29	3,31	0,89	-1,63	2,20	0,322	13	0,752

Важлива відсутність відмінностей за шкалою К – що означає, що "норма" військових за цивільними мірками зараз дезадаптивна.

По шкалам декларативно-поведінкового рівня Акцент-2-90 ми не спостерігаємо відмінностей за шкалою застрягання, емотивності, педантичності, тривожності, демонстративності, збудливості, дистимії та екзальтованості, а також інтроверсії. Що підтверджує наші емпіричні спостереження про те, що шкали Акценту найменш схильні до змін, оскільки тісно пов'язані з "Я-концепцією" і не змінюються в періоди дезадаптивності, психічних розладів, оскільки респондент відповідає "про себе в часі та стані, коли була сформована "Я-концепція"", відповідаючи "про себе взагалі".

В блоці несвідомого значущих відмінностей немає в секс-векторі. Це фактори h+, h-, s+, s-, Немає значущих відмінностей у векторі его-векторі р плюс, р мінус. Також немає значущих відмінностей у векторі контактів d+- і m+-. Також несвідоме представлено методикою МВАС. І за МВАС ми не бачимо значних відмінностей за першим (Я), другим (не/захищеність), п'ятим (подолання), шостим (дез/інтеграція) і восьмим (не/захищеність) символом.

Отримані результати підтверджують, що респонденти "Інституту травматології" значно відрізняються від респондентів "Психіатрії". Для подальшої роботи беремо нормативну вибірку 33 особи з Інституту травматології і Клініки остеointegraції.

**Варіаційний аналіз.** Варіаційний аналіз нормативної вибірки (Табл. 2.3.) показує нам чинники, за якими ця група респондентів є однорідною, щільною. Таблиця дана в скороченій формі; повна версія міститься в Додатку 3 (Ексел таблиця з аналітикою), вкладка "варіаційний".

Це такі шкали МБДО: L, F, K, 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 0.

З Акценту-2-90 шкали Гіпертимності, Застрягання, Демонстративності, Інтроверсії. З блоку несвідомого: Фактор h+ тесту Сонді, також фактор e-, звідти ж hu-, k-, d- і m+. Також із методик несвідомого ми бачимо високий коефіцієнт варіації у 6 (дез/інтеграція) символу МВАС.

Коефіцієнт резистентності до психокорекції, коефіцієнт конфліктності та коефіцієнт ризику виникнення ПТСР також увійшли в плотну групу як складові симптомів. Скринінгові опитувальники GAD7, PHQ9, PCL5 не увійшли в щільну групу.

При аналізі даних з варіаційного аналізу МБДО звертає на себе увагу низькі коефіцієнти варіації. Це шкали L, шкали 4. Коли ми дивимося на шкалу L і бачимо середнє значення 50, то для групи, в принципі, це означає нормативну захисну реакцію без особливого прагнення прикрасити себе, декларуючи дотримання навіть дрібних соціально значущих властивостей. Коефіцієнт показник шкали F, який дає нам низьку варіабельність, є середнім значенням 67,75.

Він не відображає показники неконформності та не відображає показники індивідуальності. Тобто ми можемо говорити, що група обстежуваних перебувала у співпраці з експериментатором і даним можна довіряти. Також звертає на себе увагу середнє значення шкали K у 49,27. Що свідчить про те, що випробовувані не прагнуть прикрасити ситуацію, не заперечують міжособистісні конфлікти за їх наявності. Звертає на себе увагу підвищене значення першої шкали 69,15, що загалом відповідає тому, що працює тут не стільки надконтроль.

Майже 70 балів для групи означає наявність іпохондричної спрямованості, прислуховування до своїх соматичних проявів симптомів, що можна розглядати як захисну реакцію та певний ескапізм, ухилення у хворобу. Друга шкала, також має низький коефіцієнт варіації і рівень 60 балів говорить про властивий групі стан дистимії. 60 за 2 шкалою не означає депресію, але ми вже можемо говорити про зниження настрою, про стійку дистимію. Також звертає на себе увагу четверта шкали, яка дає низький коефіцієнт варіації та середнє значення по групі 59,27. Ми його розглядаємо тут як агресивно-дезадаптивний показник, який починає діяти з 60; що означає знижений рівень самоконтролю та ризик імпульсивних дій.

Табл 2.3.

**Варіаційний аналіз (скорочено; повна версія в Додатку 3)**

	Мінімум	Макс	Середнє	Станд відхил	К варіації
Депр_доPHQ9	1	27	8,61	6,144	0,714
Трив_до_GAD7	0	21	6,67	5,515	0,827
ПТСР_до_PCL5	0	73	23,12	18,656	0,807
L	32	68	50,00	9,076	0,182
F	40	85	65,76	13,283	0,202
К	24	69	49,27	12,451	0,253
МБДО_1	41	99	69,15	17,059	0,247
МБДО_2	34	99	60,73	15,492	0,255
МБДО_3	31	80	51,30	12,261	0,239
МБДО_4	45	78	59,27	9,570	0,161
МБДО_7	38	93	59,55	15,054	0,253
МБДО_8	41	99	65,67	16,575	0,252
МБДО_9	41	92	63,88	10,093	0,158
МБДО_0	33	88	52,33	11,073	0,212
Гіперт	3	24	18,36	4,669	0,254
Застряг	8	20	15,21	3,080	0,202
Дем	8	22	13,94	3,259	0,234
Интро	6	15	10,09	2,983	0,296
hplus	4	18	12,30	3,721	0,302
emin	6	18	9,97	2,710	0,272
hplus	0	10	4,33	2,780	0,642
humin	8	18	13,67	2,780	0,203
kplus	1	12	6,24	2,250	0,361
kmin	6	17	11,76	2,250	0,191
dmin	6	16	9,97	2,604	0,261
mplus	5	17	12,12	2,595	0,214
mmin	1	13	5,88	2,595	0,441
МВАСбдо	3	8	5,18	1,489	0,287
КРезП	3	10	6,64	1,934	0,291
ККонф	3	10	6,79	1,833	0,270
КРПС	2	10	6,06	1,936	0,319
КРАСП	1	10	5,33	2,203	0,413
КПТСР	4	10	6,91	1,774	0,257
СР	1	8	3,70	1,686	0,456

Цю тенденцію також підтверджує п'ята шкала 49,03 (середнє) значення при коефіцієнті варіації 21 - по суті це показник мужності. Також інтерес викликає дев'ята шкала, яка має середнє значення 63,88 і коефіцієнт варіації 15,8.

У цьому випадку можна говорити про те, що зберігається енергійність, активність, є оптимістичні надії на майбутнє. Також звертає на себе увагу підвищений показник восьмої шкали (65,67). Він уже вказує на певну дистанційованість від оточуючих і включення механізмів аутизації. Ми бачимо формування активно діючого внутрішнього світу, що одночасно вказує на знижену здатність до реалістичного сприйняття наявних подій.

Розглядаючи середні значення за методикою Акценту-2-90, ми бачимо загалом нормативний для груп варіант гіпертимності 18,36, що підтверджує показник 9 шкали МБДО та інтерпретується як енергійність, життєву активність без депресивного компонента. Гіпертимність 18 допускає дистимність. Так само привертає до себе увагу дещо підвищений показник застрягання при низькому коефіцієнті варіації, що свідчить про схильність до виникнення доміантних ідей, що для цього контингенту можна розглядати як рівень переконаності та цілеспрямованості, увімкнення механізмів раціоналізації, спрямованість до певної мети. Також привертає увагу показник демонстративності майже в 14. Для чоловічої вибірки показник демонстративності в 14 можна вже розглядати як витіснення. І виходить, що коли в психіці зустрічаються конкурентні тенденції, то одна з них іде, тобто витісняється. Логічно припустити, що витісняється саме депресивна, дистимна тенденція.

В аналізі середніх значень, у варіаційному аналізі показників Методу Сонді викликає інтерес ця тенденція  $h^+$ , як збереження потреб у теплих, міжособистісних стосунках. І інтерес також викликає показники  $e^-$ ,  $hu^-$ . Якщо їх розглядати інтегрально, це симптом-показник тривожності, несвідомого відчуття невизначеності. Окремо  $hu^-$  працює з восьмою шкалою МБДО, показуючи на скритність і формування надалі неочікуваних, непроговорених концепцій.  $e^-$  розглядається також, як групова конкуренція. Фактори  $d^-$ , і  $m^+$ , які також мають низький коефіцієнт варіації, показують на сформовану тенденцію підтримувати стійкість міжособистісних стосунків.

Розглядаючи низькі коефіцієнти резистентності до психокорекції

(КРезП), конфліктності (ККонф) та коефіцієнт ПТСР (КПТСР), ми їх сприймаємо за типом як вторинні, третинні фактори Кеттела, бо вони були побудовані на принципі факторного аналізу зі значень шкал МБДО, Акцент-2-90, Сонді і Люшера. У цьому разі вони визначають суть і сумарні показники або інтегральні показники для цієї групи. Значення 6-7 з 10 по цим коефіцієнтам є нормативними для групи військових на лікуванні.

Далі ми беремо бере вищеперелічені показники і розглядаємо їх через призму кореляційного аналізу.

### **Інтерпретація кореляційного аналізу (Додаток 3).**

Насамперед звертає на себе увагу кореляції показників шкал МБДО, Сонді, Акценту-2-90 з фактором «ампутація». У вибірці досить велика частка людей з ампутаціями (13 з 33), оскільки до неї увійшли пацієнти Київського Інституту Травматології та Клініки «Центр складного Ендопротезування, Osteoінтеграції та Біоніки».

Інтерпретація окремих показників з чинником “Ампутація”.

\* Корреляція значима на рівні 0,05 (двухстороння).

\*\* Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

МБДО, перша шкала іпохондрії/надконтролю, -0,427\*. Означає, що люди з ампутацією менш зосереджені на здоров'ї, ніж інші учасники групи. 3 шкала, -,379\*, підтверджує попередній висновок про те, що люди з ампутацією не схильні до ескапізму в хворобу. 6 шкала -,468\*\* означає, що вони не схильні до формування тугорухомих концепцій, вільні, відкриті для нових ідей. Негативна кореляція з 8 шкалою -,409\* говорить про комунікабельність. Негативна кореляція з 9 шкалою -,365\* свідчить про зв'язок із реальністю. Якщо узагальнити значення кореляцій щодо військових з ампутаціями загалом, то це досить відкриті, комунікабельні особистості, відкриті для нового; не зациклені на власному здоров'ї та на власних проблемах.

Далі ми бачимо багато кореляцій зі шкалою достовірності. Про це ми вже згадували у варіаційному аналізі.

Цікаві кореляції зі шкалою адаптації (K). Шкала показує позитивну кореляцію зі шкалою брехні (L), тобто люди в досліджуваній групі схильні прикрашати свою здатність до соціальної адаптації. Негативна кореляція зі шкалою достовірності підтримує попередню тезу. Негативна кореляція з 2 шкалою (тривоги та депресії) означає очевидний зв'язок між рівнем тривоги та депресії і ступенем соціальної адаптованості. Негативна кореляція з третьою шкалою (-,379\*) свідчить про те, що адаптовані люди не схильні до ухилення у хворобу та витіснення як способу психологічного захисту. Негативна кореляція з 6 шкалою МБДО (-,591\*\*) говорить про гнучкість. Соціально адаптовані люди в досліджуваній вибірці не ригідні. Негативна кореляція K із сьомою шкалою (-,581\*\*) свідчить про швидкість і нешаблонність реакцій, не схильність до обмірковувань і сумнівів. 8 шкала (-,593\*\*) означає несхильність до аутизації. Негативна кореляція K з дев'ятою шкалою і з нульовою (-,453\*\* - ,563\*\*) означає зв'язок соціальної адаптованості з прив'язкою до реальності. Цікаво, що для цієї самої групи і у зв'язку з тією самою шкалою K ми бачимо позитивну кореляцію з інтроверсією в Акценті-2-90 (,396\*), та від'ємну кореляцію з m+ у несвідомому (-,490\*\*), що означає, що в даній групі соціально адаптовані люди, які не залежать від інших.

Друга шкала МБДО корелює негативно з h+. Тривожно-депресивні тенденції приглушують ерос-тенденцію, що означає більшу формальність відстороненості від інших людей, скорочення теплих соціальних контактів. Також бачимо в другій шкали позитивну кореляцію з d-0,358\*, що означає, що за тривожно-невротичної спрямованості особистості люди з цієї групи схильні триматися за стосунки та/або накопичувати матеріальні засоби.

Сьома МВДО негативно корелює з гіпертимністю. Значення -,402\* означає, що для розглядуваної групи справедливі дві гіпотези: obsесивні тенденції з'їдають енергію, або знижений рівень енергії внаслідок інших причин провокує сумніви, наростання obsесивних тенденцій.

Гіпертимність – один із найбільш навантажених показників досліджуваної групи, що пов'язує і пояснює показники МБДО та оптимістичне

трактування результатів групи з ампутаціями. Практично всі шкали: перша (іпохондрія і надконтроль), друга шкала (депресія), третя шкала витіснення істероїдності, сьома шкала обсесії і компульсії, восьма шкала шизофренії або аутизації та нульова шкала соціальної інтроверсії – всі вони негативно корелюють із гіпертимністю. Але при цьому позитивно корелює Демонстративність ,408\*. Усе перераховане вище пояснюється з погляду психодинаміки. Під впливом комплексу реабілітаційних заходів відбувається активізація захисних механізмів протективного ряду: заперечення і витіснення. Психіка прагне витіснити травматичні спогади, щоб зберегти необхідний для функціонування рівень активності. Схожі висновки опубліковано в дисертації О. Шелестової [31]

Витіснення за рахунок демонстративності та заперечення за рахунок гіпертимності дає змогу швидко отримати полегшення від травмувальних спогадів, досвіду. Це дає полегшення в короткостроковій перспективі, але неефективно в довгостроковій, оскільки витіснення і заперечення капсулюють травму в несвідомому, формуючи симптоми у вигляді флешбеків та інших симптомів ПТСР.

**Перевірка роботи коефіцієнтів.** Авторами психодіагностичної технології Dodomi було розроблено модель інтегральних коефіцієнтів, одержуваних із питомих ваг показників методик. Зокрема, це Коефіцієнт рівня соціальної адаптації (КРСА), Коефіцієнт невротичності (Кневр), Коефіцієнт резистентності до психокорекції (КрезП), Коефіцієнт конфліктності (ККонф), Коефіцієнт ризику психосоматики (КРПС), Коефіцієнт ризику асоціальної поведінки (КРАСП) і Коефіцієнт суїцидального ризику (СР).

У даному дослідженні ми бачимо (див. Рис 2.4.) високі значення кореляції з ситуативними опитувальниками скринінгового типу PHQ 9 (шкала депресії), GAD 7 (скринінг рівня тривожного розладу), PCL 5 (Опитувальник посттравматичного стресового розладу). Цікаво, що скринінгові опитувальники працюють на рівні декларацій про свій стан і на рівні життєвих ситуацій, запитуючи, наприклад, “Вам було важко заснути, у вас був

переривчастий сон, або ви занадто багато спали”, “Вам було важко зосередитися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач”(PHQ9) “Ви надмірно хвилювалися з різного приводу”, “Передчуття того, що щось жахливе має трапитися” (GAD7); “Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?”

	Депр_доPHQ9	Трив_до_GAD7	ПТСР_до_PCL5
<b>КРСА</b>	-,709**	-,691**	-,688**
	0	0	0
	33	33	33
<b>Кневр</b>	,759**	,769**	,811**
	0	0	0
	33	33	33
<b>КРезП</b>	,756**	,633**	,694**
	0	0	0
	33	33	33
<b>ККонф</b>	,789**	,701**	,714**
	0	0	0
	33	33	33
<b>КРПС</b>	,656**	,576**	,711**
	0	0	0
	33	33	33
<b>КРАСП</b>	-0,334	-0,14	-,369*
	0,057	0,438	0,035
	33	33	33
<b>КПТСР</b>	,791**	,786**	,823**
	0	0	0
	33	33	33
<b>СР</b>	,453**	0,342	,413*

Рис 2.4. Кореляції коефіцієнтів Dodomi і скринінгових методик

$p < 0.05$  – статистично значущі кореляції

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$ ;

“Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?” (PCL5). Коефіцієнти, навпаки, були створені як інтегральна математична модель із показників психометричних і проєктивних методик, що охоплюють три рівні організації психіки: декларативний (Акцент-2-90), суб'єктивно пережитий (МБДО), несвідомий (Сонді, Люшер). Для отримання коефіцієнтів розробники

виставили пропорції, питомі ваги показників за кожною методикою і за рівнем організації психіки. Високий ступінь кореляції показує, що коефіцієнти виявилися високочутливими також і до рівня реальності, і можуть бути ефективними для прогнозування та використовуватися в протоколах реабілітації, вимірюванню динаміки станів, запобіганню суїцидів та інших ризиків.

**Скринінгові і психометричні методики – порівняння.** В рамках дослідження доцільності різних методів діагностування психоемоційного стану в практиках реабілітації були включені найбільш поширені скринінгові опитувальники PHQ 9, GAD 7, PCL 5. На Рис 2.5. ми бачимо високу позитивну кореляцію PHQ 9 зі шкалою достовірності F (0,688\*\*).

	Депр_доPHQ9	Трив_до_GAD7	ПТСР_до_PCL5
	33	33	33
<b>L</b>	-0,304	-,403*	-0,211
	0,085	0,02	0,239
<b>F</b>	,688**	,622**	,594**
	0	0	0
<b>K</b>	-,735**	-,747**	-,690**
	0	0	0
<b>МБДО_1</b>	,570**	0,342	,517**
	0,001	0,051	0,002
<b>МБДО_2</b>	,566**	,415*	,568**
	0,001	0,016	0,001
<b>МБДО_3</b>	,655**	,557**	,664**
	0	0,001	0
<b>МБДО_4</b>	,424*	0,313	,423*
	0,014	0,076	0,014
<b>МБДО_5</b>	0,242	0,209	0,26
	0,175	0,243	0,143
<b>МБДО_6</b>	,723**	,634**	,637**
	0	0	0
<b>МБДО_7</b>	,780**	,711**	,795**
	0	0	0
<b>МБДО_8</b>	,800**	,709**	,752**
	0	0	0
<b>МБДО_9</b>	,595**	,621**	,577**
	0	0	0
<b>МБДО_0</b>	,593**	,469**	,534**

\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$ ;

\*\* – рівень статистичної значущості  $p \leq 0,01$ ;

Рис 2.5. Фрагмент кореляційного аналізу скринінгових опитувальників із психометричною методикою МБДО.

Негативну кореляцію зі шкалою адаптації (К)  $-0,735^{**}$ . Висока кореляція з 1 шкалою іпохондрії та надконтролю,  $0,570^{**}$ . Висока кореляція з 2 шкалою (депресії).  $0,566^{**}$ . Висока ( $0,655^{**}$ ) з 3 шкалою витіснення/істерії.  $0,424^*$  з четвертою шкалою імпульсивності, агресивності.  $0,723^{**}$  із шостою шкалою ригідності і надцінних ідей. Висока кореляція з 7 шкалою обесії  $0,780^{**}$ . Висока кореляція з восьмою шкалою аутизації  $0,800^{**}$ . Висока кореляція з нульовою шкалою соціальної інтроверсії  $0,593^{**}$ . Подібну ж картину високої кореляційної зв'язності ми спостерігаємо у шкал МБДО і у випадку з опитувальниками GAD 7 і PCL 5. Таким чином очевидно, що скринінгові опитувальники показують високу зв'язність із клінічною психометричною методикою МБДО, і цей факт свідчить на користь надійності обох методів, питання в доцільності використання.

Подивимося на найцікавіші кореляції скринінгових опитувальників зі шкалами Акцент-2-90 (Рис. 2.6.). Ми бачимо високу кореляцію в опитувальника PCL-5 зі шкалою педантичності  $0,452^{**}$  що стикається з показниками високої кореляції сьомої шкали про обесивно-компульсивну тривожність. Тому з високою часткою ймовірності ми можемо припустити, що люди в стані посттравматичного стресового розладу намагаються структурувати, упорядкувати свій світ за допомогою ритуалів і деталізації. Висока кореляція у всіх трьох скринінгових опитувальників з циклотимнією тобто з безпричинними змінами настрою. Далі висока кореляція у всіх трьох опитувальників зі шкалою збудливості. Що свідчить про те, що у людей із тривожними стресовими розладами наявні безпричинні зміни настрою, і часто цей настрій пов'язаний із виплеском агресії. Як і слід було очікувати, кореляцій скринінгових опитувальників із рівнем несвідомого небагато. Із психодинамічного погляду виявлені кореляції – свідчення того, що отримані

психологічні травми на момент дослідження маніфестують на поведінково-декларативному та суб'єктивно-переживаному рівнях (див. Рис. 2.2. – Психодинамічну схему формування поведінки індивіда) та розпочинають своє капсулювання на рівні несвідомого – ми бачимо несвідомі спроби Его впорядкувати емоційну лабільність через збереження стосунків із соціумом (e+фактор) та близькими (m+фактор).

	Депр_доРНQ9	Трив_до_GAD7	ПТСР_до_PCL5
	0,086	0,04	0,031
	33	33	33
<b>Емог</b>	,405*	,349*	,361*
	0,02	0,046	0,039
	33	33	33
<b>Педант</b>	,397*	,430*	,452**
	0,022	0,013	0,008
	33	33	33
<b>Трив</b>	,378*	,423*	,471**
	0,03	0,014	0,006
	33	33	33
<b>Цикл</b>	,663**	,751**	,713**
	0	0	0
	33	33	33
<b>Дем</b>	-0,223	-0,168	-0,118
	0,213	0,35	0,513
	33	33	33
<b>Збуд</b>	,678**	,765**	,651**
	0	0	0
	33	33	33
<b>Дист</b>	,617**	,620**	,641**
	0	0	0
	33	33	33
<b>Екз</b>	,512**	,575**	,515**
	0,002	0	0,002
	33	33	33
<b>Интро</b>	-0,206	-0,256	-0,097

Рис 2.6. Фрагмент кореляційного аналізу скринінгових опитувальників із психометричною методикою Акцент-2-90.

**Щодо скринінгових опитувальників.** Працюючи з двома різними лікувальними установами, ми помітили суттєві відмінності у ставленні до тестування в групі розрізнених, переважно амбулаторних пацієнтів Інституту травматології та згуртованої групи стаціонару “Клініки складної

остеоінтеграції та біоніки”, де лікувалися і протезувалися військові зі складними ампутаціями. Проте вони багато спілкувалися один з одним, займалися спортом, відвідували культурні та громадські заходи. Згуртована група ставилася до тестування більш поверхово, що найбільше позначилося на результатах скринінгових методик. Тому ми взяли рівні вибірки за кількістю людей з обох закладів і порівняли їх за допомогою критерію Стьюдента (Табл. 2.4.). Т-критерій показав, що дійсно мало місце групове викривлення на скринінгових опитувальниках: група Osteoінтеграції показала істотну розбіжність з групою Травматології і не-істотну – на групі психометричних методик МБДО, Акцент і проєктивної методики MBAC.

Табл. 2.4.

**Порівняння вибірок групи стаціонару остеоінтеграції і розрізних пацієнтів Інституту травматології за критерієм Стьюдента.**

	Парні різниці	Середнє	Станд. вдхлн	Станд. сер пох	95% довірч інтрвл		т	ст.с в.	знач. двухсто р
					Нижня	Верхня			
Пара 1	PHQ9_тр - PHQ9_ост	3,000	5,050	1,683	-0,882	6,882	<b>1,782</b>	8	0,113
Пара 2	GAD7_тр - GAD7_ост	2,778	4,295	1,432	-0,523	6,079	<b>1,94</b>	8	0,088
Пара 3	PCL5_тр - PCL5_ост	13,667	10,186	3,395	5,837	21,496	<b>4,025</b>	8	0,004
Пара 13	МБДО_7_тр - МБДО_7_ост	8,444	11,812	3,937	-0,635	17,524	<b>2,145</b>	8	0,064
Пара 40	КПРС_тр - КПРС_ост	1,111	1,900	0,633	-0,350	2,572	<b>1,754</b>	<b>8</b>	<b>0,117</b>

Ми бачимо т-критерій по PHQ9 1,78; GAD7 1,94; PCL5 4,025 і по 7 шкалі МБДО (обсесивно-компульсивна) 2,145; по КПРС (коефіцієнт резистентності до психокорекції) 1,754. Це підтверджує загальновідому думку фахівців про те, що скринінгові опитувальники не є надійним

способом дізнатися про стан досліджуваних, якщо вони не хочуть співпрацювати з терапевтом, або якщо група є монолітною і всередині неї домінує установка або щодо свого психоемоційного стану, або щодо співпраці з психологами. Повну версію таблиці можна подивитися в Додатку 3.

**Факторний аналіз.** Ми дивимося (Табл. 2.5.) на 4 фактора як на послідовність в часі і на віддаленість від поведінкового рівня.

Перший фактор – це синдроми, які розкриваються в поведінці першими, далі 2,3,4. У 4 фактора майже немає шансів вийти на поведінковий рівень відреагуванням, але він все одно впливає на психоемоційний стан на рівні несвідомого. У первинному чотирикомпонентному аналізі щільна група факторів МБДО і коефіцієнтів заповнює собою весь перший фактор. І тому ми не бачимо роль і вплив інших факторів інших методик. Тому наступним кроком ми прибираємо МБДО і коефіцієнти – як у математиці обнуляють змінну, щоб розв'язати рівняння.

Наше наступне завдання – дослідити, як працюють і корелюють інші методики: Акцент-2-90, МПВ Сонді, тест Люшера. Тому далі ми будемо 4-х компонентну матрицю, виключивши показники МБДО і коефіцієнти і скринінгові опитувальники (Табл. 2.6.).

Ми враховуємо вплив МБДО, але ретельніше аналізуємо групу чинників Акценту, Сонді, Люшеру і МВАС, які пов'язані синдромально між собою в несвідомому просторі та мають спільний корінь. Наш наступний крок - зрозуміти природу цього синдрому і дати йому відповідну назву.

**В першому факторі ми бачимо те, що на основі аналізу дескрипторів можна назвати "суїцидальний шлях":** негативну Гіпертимність, h- (ерос у мінусі), s- (танатос у мінусі = аутоагресія), hu- (інтровертивна тенденція), p- (параноїдна тенденція). Процесуально це має такий вигляд: hu- тягне в глибину несвідомого, де міститься пригнічений ерос (h-), тобто немає любові, немає прихильності, немає стосунків, порожнеча. І ми бачимо p- функцію, тобто прагнення повернутися в безпечний світ.

**Фрагмент факторного аналізу по виборці з МВАС\***

	1	2	3	4
Депр доPHQ9	0,891	0,132	-0,063	0,023
Трив до_GAD7	0,826	0,281	-0,086	-0,016
ПТСР до_PCL5	0,888	0,15	-0,008	-0,006
L	-0,11	-0,301	0,228	0,154
F	0,747	-0,028	-0,192	0,107
К	-0,73	-0,164	0,228	-0,027
МБДО_1	0,645	-0,008	0,191	-0,241
МБДО_2	0,702	-0,407	0,314	0,073
МБДО_3	0,759	0,059	0,045	-0,205
МБДО_4	0,517	-0,12	-0,182	0,076
МБДО_5	0,333	-0,016	-0,154	-0,009
МБДО_6	0,799	0,08	-0,188	0,095
МБДО_7	0,899	-0,046	0,109	0,111
МБДО_8	0,911	0,06	0,072	-0,003
МБДО_9	0,467	0,522	-0,292	0,072
МБДО_0	0,649	-0,281	0,11	0,07
Гіперт	-0,413	0,493	-0,372	0,092
Застряг	0,358	0,136	-0,117	-0,04
Емот	0,457	-0,161	-0,05	-0,111
Педант	0,474	0,312	0,054	-0,005
Трив	0,455	0,074	0,123	-0,008
Цикл	0,75	0,29	-0,057	0,023
Дем	-0,284	0,103	-0,383	-0,18
Збуд	0,658	0,227	-0,273	0,206
Дист	0,734	0,147	0,31	0,154
Екз	0,546	0,218	-0,425	-0,339
Интро	-0,194	-0,306	0,176	0,072
hplus	-0,273	0,64	-0,064	0,239
hmin	0,273	-0,64	0,064	-0,239
splus	-0,105	0,485	0,536	-0,47
smin	0,105	-0,485	-0,536	0,47
eplus	0,322	0,158	0,369	-0,036

Продовж. табл. 2.5.

	1	2	3	4
emin	-0,322	-0,158	-0,369	0,036
hyplus	-0,022	-0,669	-0,223	0,03
hymin	0,022	0,669	0,223	-0,03
kplus	0,143	-0,497	-0,613	-0,014
kmin	-0,143	0,497	0,613	0,014
pplus	-0,033	-0,678	0,129	-0,207
pmin	0,033	0,678	-0,129	0,207
dplus	-0,27	0,087	-0,337	0,484
dmin	0,27	-0,087	0,337	-0,484
mplus	0,409	0,27	-0,067	0,092
mmin	-0,409	-0,27	0,067	-0,092
L1	0,129	-0,295	0,33	-0,488
L2	0,19	-0,168	0,05	0,305
L3	0,234	-0,235	0	-0,151
L4	0,215	-0,104	-0,679	0,274
L5	0,3	0,044	0,117	-0,404
L6	-0,455	0,195	0,202	0,399
L7	-0,254	0,236	0,097	-0,299
L8	-0,378	0,278	0,025	0,419
МВАС1до	0,001	0,152	0,115	0,075
МВАС2до	0,011	-0,033	0,148	0,569
МВАС3до	-0,214	0,237	-0,175	-0,574
МВАС4до	-0,115	0,033	0,265	0,163
МВАС5до	0,036	0,217	-0,422	-0,589
МВАС6до	0,047	-0,307	-0,274	-0,231
МВАС7до	-0,017	-0,129	0,019	0,527
МВАС8до	0,334	-0,186	0,157	0,209
КРСА	-0,855	0,14	0,144	0,038
Кневр	0,896	0,034	-0,016	0,005
КРезП	0,86	-0,1	-0,148	0,04
ККонф	0,876	-0,017	-0,029	0,142
КРПС	0,793	-0,014	0,425	0,192
КРАСП	-0,495	0,245	-0,437	-0,003

КПТСР	0,935	0,08	0,046	0,093
СР	0,628	-0,367	0,419	0,132
Метод виділення чинників: метод головних компонент.				
Вилучено компонентів - 4.				

\*щільна група факторів МБДО і коефіцієнтів заповнює собою весь перший фактор.

Низька гіпертимність, витіснене кохання, танатоманія і прагнення повернутися в безпечний світ формують суїцидальний потяг.

**Другий фактор “межово-депресивний стан”** складається з групи показників Акцент-2-90: Педантичність, Тривожність, Циклотимність, Збудливість, Дистимія і Екзальтованість. Якби не чинник Збудливості, то видиме нами поєднання добре б укладалося в синдром невротичності. Але Збудливість переводить вищевказаний набір у пограничну зону, межовий рівень організації психіки за Ненсі Мак Вільямс. Таким чином робимо висновок що ті, хто переможуть суїцидальний потяг, перейдуть у пограничну зону.

Також у 2 факторі з'являється чинник Сонді s+, тобто агресія. Група проходить через аутоагресивну дугу, і ті, хто вижив, отримують гетероагресію, що незвично.

Ми бачимо появу e+, яка також блокує агресію і надає невротичного компонента. Ми бачимо, що в нас з'являється блок чинників Сонді p- hu- k- d+ Тобто другий фактор характеризує пограничний депресивний стан. І ми бачимо незвичайну річ, що в нас на другому кроці відреагування формується гетероагресивний радикал або гетероагресивний напрямок, який ми можемо розглядати як епізоди психотичні та невротичні. Тобто представники досліджуваної групи після проходження суїцидальної дуги вийдуть на пограничний рівень.

**Третій “репараційний” фактор:** s-, p+, m+ якоюсь мірою є репараційним фактором. Він містить у собі депресивні залишки; підвищується агресивність і з'являється гіпертимність. Він частково репараційний, частково регресивно-агресивний. Для дорослих чоловіків це означає інфантильно-

агресивну поведінку.

Таблиця 2.6.

**Чотирьохфакторний аналіз даних без МБДО і Коефіцієнтів**

	1	2	3	4
Гіперт	-0,445	-0,051	0,365	0,059
Застряг	0,24	0,349	0,199	0,204
Емот	0,46	0,182	-0,065	0,098
Педант	0,171	0,628	0,28	-0,371
Трив	0,271	0,431	0,038	-0,006
Цикл	0,371	0,704	0,351	0,154
Дем	-0,075	-0,187	0,08	0,324
Збуд	0,393	0,498	0,514	-0,003
Дист	0,238	0,606	0,074	0,23
Екз	0,326	0,411	0,152	0,351
Интро	-0,065	-0,358	-0,209	-0,114
hplus	-0,71	0,048	0,252	0,473
hmin	0,71	-0,048	-0,252	-0,473
splus	-0,482	0,536	-0,552	-0,007
smin	0,482	-0,536	0,552	0,007
eplus	0,127	0,448	-0,143	0,009
emin	-0,127	-0,448	0,143	-0,009
hyplus	0,5	-0,459	-0,056	-0,291
hymin	-0,5	0,459	0,056	0,291
kplus	0,591	-0,432	0,213	0,309
kmin	-0,591	0,432	-0,213	-0,309
pplus	-0,478	-0,323	-0,432	-0,185
pmin	-0,297	0,323	0,432	0,185
dplus	0,297	-0,415	0,54	0,053
dmin	0,114	0,415	-0,54	-0,053
mplus	-0,114	0,483	0,442	-0,433
mmin	0,199	-0,483	-0,442	0,433
L1	0,292	0,101	-0,622	0,025
L2	0,309	0,098	0,155	-0,084
L3	0,361	0,022	-0,112	-0,028
L4	0,218	-0,193	0,645	0,128

Продовж. Табл. 2.6.

	1	2	3	4
L5	-0,493	0,383	-0,252	0,28
L6	-0,375	-0,203	0,059	-0,086
L7	-0,495	0,003	-0,207	-0,134
L8	-0,114	-0,176	0,264	-0,137
МВАС1до	-0,057	0,155	0,22	-0,602
МВАС2до	-0,195	-0,015	0,305	-0,349
МВАС3до	-0,197	0,017	-0,3	0,344
МВАС4до	0,029	-0,039	-0,057	-0,712
МВАС5до	0,356	0,133	-0,099	0,535
МВАС6до	0,033	-0,194	-0,12	0,371
МВАС7до	0,28	-0,192	0,216	0,227
МВАС8до		0,122	0,025	0,458
Метод виділення чинників: метод головних компонент.				

Тож група пройде суїцидальну дугу, вийде на пограничний рівень організації психіки і потім зайде в зону регресу. З великою вірогідністю цей шлях буде повторюватися багато разів.

**4 фактор – синдром вивченої безпорадності.** В 4 факторі ми бачимо групу несвідомих чинників Сонді і МВАС, глибина залягання яких прямо відповідає глибині проникнення методики: Сонді на рівень родового/сімейного несвідомого; МВАС – на рівень колективного несвідомого. Можна припустити, що військовий досвід підняв із несвідомого архетипічні комплекси, пов'язані з геноцидом минулого століття h+ 0,473 m– 0,433 и блок символів МВАС: 1 (-0,602) я, самість, 4 (-0,712) страх, провинна, сором, 5 (0,535) мінус подолання, воля, 8 (0,458) мінус захищеність, що можна назвати синдромом вивченої безпорадності. 4 фактор не розкривається на поведінковому рівні взагалі, тому ми залишимо його в якості латента, який впливає опосередковано.

## Висновки до розділу 2

У другому розділі дипломної роботи проведено емпіричне дослідження методів психодинамічної діагностики для оцінки психоемоційного стану пацієнтів реабілітаційних центрів. Основні висновки цього розділу включають:

1. Структурованість психодинамічної діагностики: Було проведено аналіз шкіл та методів, які розвивають психодинамічну діагностику як структурований процес. Виокремлено три основні школи, що працюють у цій галузі: американська школа на чолі з Ненсі Мак Вільямс (PDM-2), німецька школа (OPD-2), та українська школа під керівництвом Михайла Вигдорчика.
2. Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика: Вперше досліджено та сформульовано принципи підходу Інтегральної інструментальної психодинамічної діагностики, включаючи алгоритми інтерпретації отриманих даних. Цей підхід дозволяє більш глибоко розуміти психоемоційний стан пацієнтів, враховуючи різні рівні організації психіки.
3. Методологія дослідження: Використано комплекс методів, що включають теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння); емпіричні (первинне тестування, скринінгові психометричні та проєктивні методики, кількісна і якісна обробка даних), математично-статистичні (варіаційний, кореляційний, факторний аналіз) підходи. Це дозволило виявити основні симптоми та симптомокомплекси, характерні для досліджуваної групи пацієнтів, а також дослідити зв'язки між ними.
4. Перевірена доцільність застосування скринінгових методів: Скринінгові методики PHQ9, GAD7 і PCL5 показали свою здатність діагностувати наявність депресивних станів, тривожних розладів і наявності ПТСР. Однак треба зазначити, що достовірно вони працюють тільки при умові, що респондент відкритий до дослідників і не хоче

викривити результати тестування з метою направити подальші дії дослідників. Використання вищезазначених опитувальників доцільно для первинної маршрутизації респондентів згідно з цілями реабілітації.

5. Важливість психодинамічної діагностики: Підтверджено, що психодинамічна діагностика є важливим інструментом для роботи з пацієнтами, що мають бойові та інші травматичні досвіди. Вона дозволяє отримувати точні діагностичні висновки, які можуть бути використані для планування як індивідуальних реабілітаційних програм та оцінки їх ефективності, так і стратегій, політик реабілітації по країні в цілому.

6. Практична значущість: Результати дослідження можуть бути використані для покращення якості психотерапевтичної практики та ефективності реабілітаційних програм. Інтегральна інструментальна психодинамічна діагностика як психодіагностична технологія може бути застосована в різних реабілітаційних центрах, що дозволить забезпечити більш індивідуалізований підхід до кожного пацієнта.

Таким чином, другий розділ підкреслює важливість розвитку та застосування сучасних методів психодинамічної діагностики для роботи з пацієнтами реабілітаційних центрів, особливо у контексті сучасних викликів, пов'язаних із посттравматичними стресовими розладами та іншими психоемоційними проблемами, які мають безпосередній вплив на економічну соціальну і політичну обстановку в Україні.

## РОЗДІЛ 3

# ПСИХОДИНАМІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПОБУДОВИ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 3.1. Психодинамічна феноменологія травми і травматичного досвіду

Ми можемо розглядати психодинамічну феноменологію з двох сторін: теоретичної та практичної. З теоретичного погляду, ми бачимо, що реакція психіки на психологічну травму – це складно влаштований процес, у якому задіяні всі шари особистості. Як ми бачимо у факторному аналізі, тобто в тій послідовності, в якій показники методик розподіляються за факторами 1,2,3,4 – травматичний агент проникає в Его, але перше, що його зустрічає, це захисні механізми психіки, представлені в аналізі шкалами МБДО. У 2 розділі цієї роботи показано, як з точки зору психодинамічного підходу наукової школи Вигдорчика, шкали mmpi/МБДО є засобами захисту від тривоги. Якщо метафорично уявити вторгнення травматичного агента в психіку, найбільше це буде схоже на метеорит, що проникає через захисні шари атмосфери (частково згораючи), врізається в землю, розрізаючи шари ґрунту (ще один шар захистів) і залишається в глибині землі, тобто несвідомому шарі.

Перший шар захистів, який може реагувати, це захисти дефензивного ряду, які дають змогу проникнути травматичному агенту в Его, але намагаються його переробити в безпечному для себе вигляді. Нам усім в Україні зараз дуже просто це уявити: виникла ситуація. Вибух чи ще щось трапилося. Наша перша реакція – орієнтувального типу "що це?", яка дає нам змогу визначити, травмувальний агент – він небезпечний чи безпечний? Якщо небезпечний – зробити дії, якщо безпечний – пояснити, чому це сталося, тобто увімкнути механізми раціоналізації тією чи іншою мірою.

Таким чином результатом роботи дефензивних психологічних захистів, зокрема раціоналізації, є формування оцінки, погляду, концепції, або підтвердження наявних оцінок, поглядів та концепцій. Раціоналізація не існує самостійно, вона спирається на інші захисні механізми-сусідів по

параноїдному трикутнику (домінантні ідеї, проекція, раціоналізація). Яка дає змогу пояснити загалом, що робити, коли робити та виробити рішення, план. Коли травматичний агент за своєю силою перевершує сили дефензивних захистів, то вступають у дію протективні захисти, які "кажуть": "це не з нами, в нас не влучать, ми виживемо...". Тут немає раціонального пояснення, але є витіснення, заперечення чинних чинників. Якщо дія травматичного агента триває, захисти починають здаватися. Коли захисти не справляються, травматичний агент проникає далі в структуру особистості і проходить на рівень несвідомого. Як той самий метеорит пробиває шари землі й заглиблюється якомога далі – що більший метеорит, то далі він проникне. Якщо "метеорит" маленький – він до несвідомого не потрапляє, він згорає в шарі дефензивних і протективних захистів. Факторний аналіз показує і навіть вимірює, як саме травматичний агент долає Его-захисні механізми і проникає на рівень несвідомого. Далі йому проникати нікуди – він "вибухає" в несвідомому шарі психіки, після чого травматичний агент має там розміститися, "застрягти". Що є вибух у несвідомому? Це порушення нормальної структури шарів несвідомого. З погляду психодинамічної моделі ми вважаємо, що несвідоме можна розділити на три частини: індивідуальне, сімейне/родове і колективне. Коли ми проводимо тестування методом МВАС, його завдання показати нам ту частину несвідомого, яка перебуває на межі між колективним і сімейним. Коли ми застосовуємо Сонді, ми розглядаємо структуру несвідомого, яка знаходиться на межі між сімейним та індивідуальним. Тобто він заходить і туди, і туди. Ці дві методики захоплюють значну частину несвідомого. Шари несвідомого не відокремлені, вони не існують самі по собі, вони існують у вигляді зв'язків.

Таким чином, унаслідок дії травматичного агента виникає порушення нормального функціонування шарів несвідомого і відповідно дезінтеграція. Під час факторного аналізу ми розглядаємо, як взаємодіють шари сімейного, індивідуального несвідомого та частини колективного; які представлені, з одного боку, чинниками Сонді (родове), а з іншого боку, чинниками МВАС

(колективне-родове). Крім того, ми бачимо, як реагує Его, розглядаючи варіаційні значення МБДО. Бачимо, як там з'являються тривожні нотки, з'являються дії захистів, потім агент потрапляє далі й відбувається розшарування. На нашу думку, виникає ситуація, коли несвідоме не може нічого зробити з травматичним агентом, окрім як закапсулювати. Капсулювання – компроміс. Коли в несвідомому виникає щось витіснене, або пригнічене, або капсульоване, то на поведінковому рівні виникає симптом, який є наслідком і відображенням того, що закапсульоване в несвідомому. Зокрема, виникає те, що називається флешбеки, розлади сну, неадекватні ситуації реакції. Симптом не обов'язково асоціальний. З погляду психодинаміки відоме всім посттравматичне зростання теж є симптомом травми, закапсульованої в несвідомому. Поведінкові симптоми, описані в другому розділі цієї роботи, впливають на рівень соціальної адаптації через особливості емоційного відреагування, особливості комунікації. Поведінка і характер особистості, архітектуру психологічних захистів змінюються. Психотерапія, яка впливає на поведінковому рівні, на декларативному, пережитому, дає змогу зменшити або адаптувати симптоматику, але не впливає на травму, закапсульовану в несвідомому. Що пояснює результати 20-річного дослідження людей, які отримали психологічну травму у Всесвітньому Торговому Центрі, описану в 1 частині нашої роботи. "Травма-в-несвідомому" порушила нормальну взаємодію шарів несвідомого, що, своєю чергою, провокуватиме зміни характеру та поведінки. З погляду реабілітації, щоб підтримувати необхідний рівень соціальної адаптації, психотерапія має бути довічною, тому що адаптація відбувається в певній соціальній ніші, в певних соціальних умовах, і тоді вона може ще більш-менш діяти. З капсульованою травмою, яка лягла в несвідоме, працювати вкрай складно. Мова несвідомого – це мова символів. Тому науковий пошук має йти в напрямку аудіовізуального впливу, ароматерапії, тілесно-орієнтованих практик допомоги і самопомоги. Ми можемо намагатися домовитись з травмою, або спробувати її відреагувати, але капсула все одно

залишатиметься, і посттравматичний досвід все одно накладатиме відбиток на все життя, тобто травма стане способом життя.

### **3.2. Рекомендації з побудови системи реабілітації з урахуванням результатів дослідження.**

Для початку сформулюємо Симптом-мішені для психоаналітично орієнтованої терапії. Симптом-мішень це це точка впливу терапії.

**Перша мишень це капсульована травма. Поняття капсульованої травми.** Капсульована травма – це ізольований фрагмент травматичного досвіду, запечатаний у несвідомому, розташований в асоціативних полях. Вона може містити когнітивні, емоційні та сенсорні елементи, а також спогади, образи й тілесні відчуття. Капсулювання слугує захисним механізмом, даючи змогу людині уникнути нестерпного болю і дискомфорту, пов'язаних із травмою.

Капсульована травма може мати значний вплив на життя людини, призводячи до різних форм дезадаптації. Вона може проявлятися у вигляді:

1. Психологічних симптомів: тривоги, депресії, фобій, панічних атак, нав'язливих думок і дій, посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
2. Поведінкових проблем: зловживання психоактивними речовинами, самоушкодження, ризикована поведінка, агресія, труднощі у стосунках.
3. Соматичних розладів: хронічний біль, головні болі, проблеми з травленням, порушення сну.
4. Когнітивних розладів: проблем з увагою, пам'яттю; здатністю вирішувати професійні завдання.

Ми поки що дуже мало знаємо про капсульовану в несвідомому травму. Тому вивчення цього феномена має велике значення для терапії травми і психодинамічна діагностика, особливо в частині проективних методик, у цьому процесі відіграє роль "мікроскопа", без якого практично неможливо побачити динаміку станів несвідомого, його шарів.

### **Друга симптом-мішень це соціальна адаптація як наслідок.**

Соціальна адаптація це процес і результат пристосування людини з новою структурою психологічних захистів до умов навколишнього середовища, включаючи соціальні норми, цінності та поведінку. Вона характеризується здатністю людини встановлювати та підтримувати здорові стосунки з іншими людьми, жити та працювати в суспільстві, а також виконувати свої соціальні ролі.

Військові, які пережили психологічну травму, в більшості випадків мають труднощі з соціальною адаптацією після війни. Підтвердження тому – знижений середній коефіцієнт (5 з 10) соціальної адаптації по нормативної виборці. Психологічна травма негативно впливає на здатність встановлювати та підтримувати стосунки; жити та працювати в суспільстві; виконувати свої соціальні ролі – тому що після травми людина вже інша, і потрібно заново формувати соціальну роль, збалансувати своє життя і відносини з оточенням різного рівня віддаленості (родина – побратими – друзі – робота – сусіди – держава – світ) з урахуванням змін особистості.

Система реабілітації має містити в собі 5 компонентів.

- 1) діагностика
- 2) соціальна адаптація
- 3) тілесно-орієнтована терапія
- 4) психоаналітично-орієнтована терапія як вплив на "травматичну капсулу"
- 5) медична терапія і профілактика

Опишемо складові 1-4 докладніше. 5 пункт залишимо за дужками, оскільки медична реабілітація не є предметом уваги цієї роботи.

**Діагностика.** Наше дослідження показало, що застосування скринінгових опитувальників PHQ 9, GAD 7, PCL 5 доцільно на етапі первинної діагностики і може слугувати першим етапом маршрутизації по етапах реабілітаційного процесу. Далі доцільним є застосування пакетів

методик, у яких є клінічні психометричні тести типу mmpi та оцифровані тести на несвідомий рівень психіки.

Принципи, яким має відповідати організація психодіагностичної частини надання психологічної допомоги:

1. об'єктивність
2. прогностична валідність
3. конкретність
4. уніфікація
5. цифровізація і безпека даних
6. забезпечення наукової діяльності і звітності

Об'єктивність, прогностична валідність. Психологічне діагностування як оцінка актуального психоемоційного стану, психологічних властивостей, прогноз психологічних потреб і поведінки, оцінка динаміки психоемоційного стану і психо-соціальної дезадаптованості респондентів проводиться з обов'язковою умовою об'єктивності. Об'єктивність забезпечується використанням комплексу науково визнаних психометричних і проєктивних методик та методів їх інтерпретації з високою прогностичною валідністю, апробованих практикою.

Конкретність. Платформа для діагностики має давати інформацію по індивіду і групі про рівень соціально-психологічної дезадаптації, резистентність до психокорекції, рівень конфліктності, ризик розвитку психосоматики, ризик асоціальної поведінки, рівень невротичності, ймовірність розвитку ПТСР, суїцидальний ризик, особливості мотиваційно-потребнісної сфери, ступінь наближення до психопатологічних станів.

Уніфікація, цифровізація, безпека даних. Рання діагностика і прогнозування, контроль ефективності методів реабілітації/лікування мають відбуватися за допомогою стандартизованого пакета психодіагностичних методик; економити робочий час фахівців: методи і способи інтерпретації мають бути оцифрованими, не вимагати ручного опрацювання та багато часу для суб'єктивної інтерпретації результатів. Діагностична платформа має

передбачати договір оферти з дозволом респондента на передачу психологічної інформації, в його інтересах, третім особам. Під час використання сторонніх сервісів має бути забезпечення високого рівня захисту даних. Платформа також має давати можливість призначення скринінгових методик пакетом.

Забезпечення наукової діяльності і звітності. Має бути можливість скачати/скопіювати дані психодіагностичного дослідження, внести до картки психологічного супроводу, зібрати знеособленні дані групи в єдину базу даних і інтерпретувати вибірки по обраним групам математично і статистично з метою науково-дослідницької роботи і звітності.

Діагностика має бути не просто часткою процесу, але інструментом маршрутизації за індивідуалізованими протоколами, оскільки згідно з дослідженням військові в дясфорічних станах не сприймуть формального підходу до їхнього здоров'я, яким вони заплатили за нашу безпеку, і будуть справедливо очікувати неформального підходу до діагностики, соціальної адаптації і всіх видів терапії. Також важливо включити в цей процес сім'ї: дружин/чоловіків, дорослих дітей; навчати робоче оточення. Діагностика психоемоційного стану супругів одночасно з сімейним консультуванням буде найбільш сприяти психологічному відновленню і соціальної адаптації.

На якій методології побудувати діагностику в реабілітаційному процесі? З емпіричного досвіду ми знаємо, що просто зараз військові перебувають в одному медичному закладі в середньому 7-10 днів, тож діагностувати психоемоційний стан з метою подальшої реабілітації недоцільно – наразі вважається, що достатньо скринінгових методик, медикаментозної та фізіотерапії перед поверненням на фронт або додому, якщо ВЛК визнала військового непридатним до служби. Але після війни питання системної та ефективної реабілітації постане гостро – ще й тому, що реабілітацію, психосоціальну адаптацію ветеранів та їхніх родин фінансують не з держбюджету, а за рахунок грошей західних МФО, які наполягатимуть на доказових практиках. Що означає не тільки кількісні дослідження, а й

лонгітюдні, і наукова робота, і в цей момент стає дуже актуальною психодіагностична технологія з психодинамічним пакетом методів, бо, як ми вже бачили в прикладі з першого розділу, скринінгові опитувальники не дають змоги вести цілеспрямований науковий пошук, працювати з великими даними в прогностичних цілях.

Дослідження в розділі 2 показало, що на первинному етапі ми можемо довіряти скринінговим методикам PHQ9, GAD7, PCL5 при умові, що у респондента немає особистої або групової мотивації викривляти результати. На другому етапі тим, хто показав психологічні проблеми, доцільно призначати пакет методик з включенням методів проєктивних і психометричних на визначення психоемоційного стану в комплексі: когнітивна, емоційна, мотиваційна сфера, рівень соціальної адаптованості, стан фізичного здоров'я. Для цього рекомендується використовувати онлайн-формати тестування – такі як сервіс Dodomi, роботу якого ми демонстрували в 2 розділі.

**Соціальна адаптація.** Способи відновлення соціальної адаптації:

Психотерапія: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ); Групова терапія: групи підтримки можуть допомогти травмованим людям відчувати себе менш самотніми та навчитися справлятися зі своїми симптомами за допомогою інших людей, які пережили подібний досвід.

Соціальні навички: Тренінги з соціальних навичок можуть допомогти травмованим людям навчитися ефективно спілкуватися, встановлювати стосунки та вирішувати конфлікти.

Сімейна терапія: Сімейна терапія може допомогти членам сім'ї зрозуміти вплив травми на їхнього близького та навчитися підтримувати його.

Професійна реабілітація: Професійна реабілітація може допомогти травмованим людям повернутися на роботу або знайти нову роботу, яка відповідає їхнім можливостям. Важливо пам'ятати, що відновлення соціальної адаптації – це процес, який потребує часу та зусиль. З підтримкою

кваліфікованих фахівців та соціальної мережі травмовані люди можуть подолати наслідки психологічної травми та жити повноцінним життям. Як ми бачимо з висновків розділу 2, у військових (особливо у військових з ампутаціями) є запит на нові знання і нові соціальні, професійні ролі, є запит на соціальну адаптацію в нових ролях. Інакше, якщо не дати їм підтримки і ресурсу для освоєння нових ролей, суспільство зіткнеться з соціальною напругою і зростанням злочинності на тлі зростання алкогольних і наркотичних залежностей. Знаючи все це, можна не сумніваючись віднести завдання психосоціальної адаптації ветеранів до питань національної безпеки. Згідно з опитуваннями, 35% ветеранів не збираються повертатися на звичні робочі місця, оскільки їх змінив бойовий досвід і підвищена оплата за "бойові". Профіль ветерана найбільше схожий на профіль підприємця. Але щоб стати підприємцем, потрібен ресурс, знання, право на помилку. Відповідно, держпрограми підтримки ветеранів мають усе це враховувати.

Якою може бути державна система професійної реабілітації ветеранів? Система може складатися з програм як мінімум 3-х міністерств: Міністерства в справах ветеранів, Міністерства соцполітики (центри зайнятості), Міністерства економіки.

1. Професійна орієнтація та консультування: Ці програми допомагають військовим визначити свої інтереси, навички та цінності, а також знайти кар'єрний шлях, який відповідає їхнім можливостям.

2. Перекваліфікація та навчання: Ці програми надають військовим можливість отримати нову освіту або навички, необхідні для роботи в новій сфері.

3. Сприяння працевлаштуванню: Ці програми допомагають військовим знайти роботу, яка відповідає їхнім навичкам та досвіду.

4. Підтримка підприємництва: Ці програми надають військовим фінансову та консультаційну допомогу у відкритті власного бізнесу.

**Держава відіграє важливу роль у забезпеченні доступності та**

ефективності програм професійної реабілітації для військових з психологічною травмою. Це може бути досягнуто шляхом:

1) Виділення коштів: Забезпечення достатнього фінансування програм професійної реабілітації.

2) Розробка політики: Розробка та впровадження політики, яка підтримує професійну реабілітацію військових.

3) Співпраця: Співпраця з недержавними організаціями та приватним сектором для надання послуг з професійної реабілітації.

Незважаючи на наявність програм професійної реабілітації, військові з психологічною травмою все ще стикаються з низкою викликів, коли йдеться про повернення на роботу або пошук нової роботи. Деякі з цих викликів включають:

1) Дискримінація: Військові з психологічною травмою можуть зіткнутися з дискримінацією з боку роботодавців, які не хочуть наймати людей з психічними проблемами.

2) Стигма: Стигма, пов'язана з психічними захворюваннями, може заважати військовим шукати роботу або розкривати свою травму потенційним роботодавцям.

3) Труднощі з адаптацією: Військовим з психологічною травмою може бути важко адаптуватися до цивільного робочого місця та виконувати нові завдання.

Для подолання цих викликів важливо:

Підвищувати обізнаність: Проведення кампаній з підвищення обізнаності про проблеми, з якими стикаються військові з психологічною травмою, на ринку праці.

Заборона дискримінації: Забезпечення прийняття та впровадження політик і нових культурних норм, які як мінімум маркують дискримінацію за ознакою психічного здоров'я.

Надання підтримки: Надання військовим з психологічною травмою необхідної підтримки, щоб вони могли успішно адаптуватися до цивільного робочого місця.

Професійна реабілітація є важливою складовою частиною процесу відновлення для військових з психологічною травмою. Забезпечуючи доступ до програм професійної реабілітації та вирішуючи виклики, з якими стикаються ці люди на ринку праці, ми можемо допомогти їм повернутися до повноцінного життя та стати цінними членами суспільства.

**Екологічна і біоекологічна модель розвитку Урі Бронфенбреннера [10]**, яка описана в розділі 1, підказує нам, на які частини життя треба звернути увагу при побудові системи реабілітації.

**Мікросистема:** Безпосереднє оточення людини, травмованої війною—члени родини, вчителі, працівники державної сфери, продавці в магазинах, водії громадського транспорту мають пройти навчання про те, що таке психологічна травма, як відчуває себе травмована людина, як може змінитися її психоемоційний стан і що робити у критичних випадках. Нам всім треба бути готовими к спілкуванню з людьми з суїцидальними намірами, з претензіями до держави і оточуючих, вміти розрізнити флешбек і панічну атаку.

**Мезосистема:** Взаємодії між різними частинами мікросистеми. Різні частини мікросистеми мають бути налаштованими на співпрацю в переході з військової служби до цивільної. Протоколи супроводу і передачі вже опрацьовуються на рівні Міністерства в справах ветеранів – згідно з ними ветеран передається з війська в структури, підпорядковані Міністерства Ветеранів і Мінсоцполітики; в ОТГ формуються осередки роботи з ветеранами і постраждалими від війни населенням. Церква, як опора для багатьох, також має бути одним з суб'єктів системи.

**Екзосистема:** Зовнішні соціальні налаштування, які впливають на людину опосередковано. Мають бути розроблені і впроваджені закони,

політики і чіткі, зрозумілі правила донесені до ветеранів і тих, хто ними займається. Окремо потрібна робота з "рангами" ветерана. У людини, яка пройшла бойовий досвід, кардинально змінюється система рангів і привілеїв, що йдуть за ними. Наростають соціальні ранги: учасник війни, учасник бойових дій... Зростає психологічний ранг людини, яка обрала захищати своїх, незважаючи на неідеальність країни і суспільства, незважаючи на втрати професійного статусу, фізичного і психологічного здоров'я, об'єктивну загрозу життю. З'являється духовний ранг людини, яка, прийнявши рішення воювати, пройшла зону метафоричної смерті через злагоду і дивилася в очі смерті сама, втратила здоров'я, втратила друзів. Ранги – тонка річ, особливо якщо їх набуття поєднується з психологічною травмою. Їхньому носію потрібно усвідомлювати свій ранг і користуватися його привілеями, інакше це знецінює сам ранг і породжує здивування, конфлікти. Приміром, якщо учасник війни б'є дружину, або гвалтує пасажирку в купе поїзда, це створює когнітивну рану в соціальній тканині суспільства. На жаль, такі випадки неминучі. Кожен такий випадок потрібно не замовчувати, а навпаки робити об'єктом пильної уваги і розбору за участю ветеранів, психологів, психіатрів, юристів, чоловіків і жінок.

Макросистема: Культурні цінності та норми суспільства. Прямо зараз створюються політики роботи з культурою пам'яті [18] – дотично залучати військових і населення, особливо зі звільнених територій в культурні практики і проекти, які формують пам'ять про події не тільки з 2014 – ... , але взагалі про всю історію країни і конкретної місцевості [20], щоб формувати почуття безперервності історії “Важливим як у комеморації так і у меморіалізації в цілому є залучення в ці процеси ветеранів та ветеранок Сил Безпеки та Оборони України, учасників та учасниць російсько української війни. Саме вони є носіями досвіду, який має бути зафіксованим, не забудим, і вже зараз, як і в подальшому може стати в поміч у різних питаннях пов'язаних з пам'яттю. Повага до ветеранської спільноти, культура шани до учасників та учасниць війни це також одна із складових меморіалізації” – наголошують

розробники “Рекомендації для місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування та громадських організацій щодо заходів, пов’язаних зі збереженням та вшануванням пам’яті учасників, жертв та подій Російсько-української війни”.

Дуже важливо не сформувати ресентимент; відчуття жертви. І зі статусом переможців також треба поводитися обережно. У війні не буває переможців. Досвід наративів “народу-переможця”, який навязала рф своєму населенню – вкрай негативний. Той, хто переміг дракона, сам стає драконом. Наступний ворог – травма в індивідуальному, родовому і колективному несвідомому: з якою доведеться працювати не тільки професійній психологічній спільноті, а й культурній спільноті, державним інституціям, місцевим спільнотам і кожному, кожній з нас.

Хроносистема: Зміни в оточенні людини з часом. Тут ми знов звернемося до практик роботи зі спогадами конкретної людини. Травма – не тільки подія в житті; травма стає способом життя і змінює стосунки людини з часом: якщо свідомо з часом не працювати, рветься лінія безперервності; життя розділиться – життя на до і не життя після війни. На рівні окремої людини і на рівні суспільства в цілому необхідно створювати відчуття перспективи і безперервності; а для цього не витісняти, а вплітати травмувальний час як той, що був і минув, і є минуле, і майбутнє, і сьогодення; взагалі вчитися структурувати свій час. Зараз в цьому можуть допомогти не тільки психологи-консультанти, але і AI-боти.

**Тілесно-орієнтована терапія і психоаналітично-орієнтована терапія як вплив на "травматичну капсулу".**

**Тілесно-орієнтована терапія** та її підвиди, наприклад терапія соматичного досвіду (SE). Окремо в цьому ряду стоїть EMDR і лікування травми через Нейро-зворотний зв'язок; Бессел Ван Дер Колк пише про те, що його пацієнтам, окрім психоаналітично орієнтованих підходів, допомагає голковколювання, пілатес. Наш емпіричний досвід говорить про щонайменше симптоматично ефективну роль спорту, танцювально-рухової терапії.

Зроблені нами висновки дають змогу припустити, що терапії поведінкового рівня, як-от когнітивно-поведінкова терапія; гештальт-терапія; нейролінгвістичне програмування; наративна терапія, транзактний аналіз; клієнт-центрована терапія не допоможуть впоратися з травмою, закапсульованою в несвідомому, але можуть бути ефективними для цілей соціальної адаптації.

**Когнітивні аспекти реабілітації** були нами переосмислені через теорію Канемана про 2 системи мислення (див розділ 1). Рекомендації для системи реабілітації України з урахуванням ідей Канемана:

Розуміння когнітивних процесів пацієнтів: розробити програми, які враховують когнітивні упередження та автоматичні реакції пацієнтів. Наприклад, пацієнти з ПТСР можуть мати сильні емоційні реакції на певні тригери, що активують Систему 1. Важливо навчити їх розпізнавати ці реакції та залучати Систему 2 для їх контролю. Можливо застосування гаджетів з вимірюванням тиску, серцевого ритму – нові версії apple watch і спортивні годинники мають таку функцію.

Навчання пацієнтів контролювати автоматичні реакції: запровадити тренінги з метакогніції, які допоможуть пацієнтам розпізнавати автоматичні думки та реакції Системи 1 і навчитися залучати Систему 2 для більш обдуманого та логічного реагування. Це може включати техніки релаксації, майндфулнес та когнітивно-поведінкову терапію, а також психодинамічну групову терапію. Можливо, добре спрацюють інструменти нейро-зворотного зв'язку. Недолік такого інструментарію – його вартість.

Індивідуальний підхід до реабілітації: враховувати індивідуальні особливості мислення пацієнтів при розробці реабілітаційних програм. Пацієнти з різним рівнем розвитку Системи 2 можуть потребувати різних підходів до навчання контролю за емоціями та поведінкою. Особливості мислення можна досліджувати за рахунок онлайн-тестів на мислення, різні види інтелекту.

Психоедукація для пацієнтів та їх сімей: забезпечити пацієнтів та їх сім'ї інформацією про те, як працюють когнітивні системи мислення. Розуміння того, як автоматичні реакції можуть впливати на поведінку і мислення, допоможе їм краще підтримувати реабілітаційний процес.

Створення підтримуючого середовища: важливо створити середовище, яке мінімізує стресові чинники, що можуть активувати Систему 1. Це включає забезпечення спокійної та безпечної обстановки, а також надання емоційної підтримки з боку професіоналів та близьких.

Використання технологій: розробити та впровадити технології (наприклад, мобільні додатки), які допомагають пацієнтам контролювати свої реакції та ухвалювати обдумані рішення. Такі додатки можуть включати нагадування про техніки релаксації, відстеження настрою та підтримку в режимі реального часу.

З урахуванням теорії Канемана, система реабілітації повинна бути гнучкою та орієнтованою на індивідуальні потреби пацієнтів, забезпечуючи їм інструменти для контролю за автоматичними реакціями та ухвалення обдуманих рішень. Це допоможе підвищити ефективність реабілітаційних заходів і покращити психоемоційний стан пацієнтів.

**Психоаналітична терапія** є ефективним методом лікування капсульованих травм і дезадаптації, спричиненої ними. Вона дає змогу пацієнтам усвідомити і опрацювати свій травматичний досвід, відновити цілісність особистості та поліпшити якість життя.

Метою терапії є дезактивація капсульованої травми та інтеграція її у свідомість. Це досягається, наприклад, через підходи психоаналітичної терапії шляхом:

- 1) Розкриття капсули: терапевт допомагає пацієнтові усвідомити і опрацювати вміст капсули, створюючи безпечний простір для вираження й осмислення травматичного досвіду.

2) Переробки травми: терапевт допомагає пацієнтові переосмислити травму в контексті його життя, інтегрувати її у свою самоідентичність і змінити деструктивні патерни поведінки, зумовлені травмою.

3) Відновлення нормальних стосунків між індивідуальним, сімейним і колективним несвідомим: терапевт допомагає пацієнтові відновити цілісність його особистості, усуваючи дисбаланси між різними рівнями несвідомого.

Важливо зазначити, що психоаналітична терапія не є універсальним методом лікування і може не підходити всім людям. У випадках, коли проводиться терапевтом, вона вимагає значних часових і фінансових витрат, а також високої мотивації та готовності пацієнта до самоаналізу.

Основними підходами до психотерапії психологічної травми можна розглядати ті, які тією чи іншою мірою діють на несвідомі структури. Основна мішень – це капсульована травма і зміщені шари індивідуального, родового/сімейного та колективного несвідомого, які породжують дезадаптацію. Для того, щобвилікувати пацієнта, ми маємо привести в норму шари несвідомого, тобто відновити нормальні стосунки між індивідуальним, сімейним і колективним. Найбільш підходящі інструменти для цього – ті, що містять певним чином вибудовані символічні ряди. Це аудіовізуальні композиції, юнгіанські мандали, які також є символічними рядами. Наш досвід використання аудіовізуальних композицій (АВК) [1] у реабілітаційних умовах показав, що аудіовізуальний вплив символічними рядами відкриває канал до несвідомого і чинить позитивну дію на нескладні форми стресових розладів. У складних психіатричних випадках потрібна участь кваліфікованого фахівця для спільного опрацювання матеріалу, який вивільняється з капсули. Досвід застосування АВК і поява у снах тіньового змісту показує, що АВК активізує канали між несвідомим і свідомістю, і травматичний зміст починає вивільнятися, але сама капсула залишається – метафорично висловлюючись, можна промивати абсцес, але сам абсцес ми прибрати не можемо. Таким чином, ми говоримо про те, що симптом-мішень саме цей ізольований травматичний конструкт або "травматична капсула".

Запропонована нами система реабілітації побудована на сучасних теоретичних моделях і дослідженнях і враховує результати дослідження групи військових на реабілітації як методами психодинамічної діагностики оцінки психоемоційного стану, так і розповсюдженими скринінговими методами оцінки ступеня депресії, тривожних розладів та наявності ПТСР.

Для HRD, бізнесу в цілому така система має перегукуватися із сучасними підходами well-being, який на рівні структури є ідентичним з сучасним розумінням mental state.

**У підсумку, запропонована система реабілітації виглядає таким чином:** Соціальна адаптація – це комплексна проблема, яка вирішується зусиллями мультидисциплінарних команд, в які можуть входити на різних рівнях взаємодії психологи, лікарі, соціальні працівники, кейс-менеджери, освітяни, чиновники, представники місцевої влади, ветеранських спільнот, громадських організацій, експерти, тощо.

Пропонуєма система реабілітації представлена на Рис. 3.1.

1) Діагностика: все починається з діагностики. На вході в реабілітаційний процес проводяться скринінгові дослідження для первинної маршрутизації. Далі застосовується психодинамічна діагностика, рекомендується пакет "Dodomu": Акцент-2-90, МБДО, тест Сонді, тест Люшера з готовими звітами з коефіцієнтами. Звіт далі супроводжує людину по процесу реабілітації; до нього мають доступ учасники мультидисциплінарної команди; повторне тестування дозволяє побачити динаміку; особливо це зручно за коефіцієнтами соціальної адаптованості, невротичності, ризику розвитку психосоматики, суїцидального ризику, Ризику розвитку ПТСР.

2) Тілесно-орієнтована терапія, фізичні вправи та програми для зняття тілесної напруги як методи, які покращують взаємодію між тілом і психікою. Фізичні вправи – це найбільш затребуваний вид реабілітації. Ветеранський спорт, змагання роблять такий спосіб ще більш популярним.

3) Медична терапія і профілактика: медичне обстеження та лікування.  
Профілактичні заходи для попередження ускладнень.

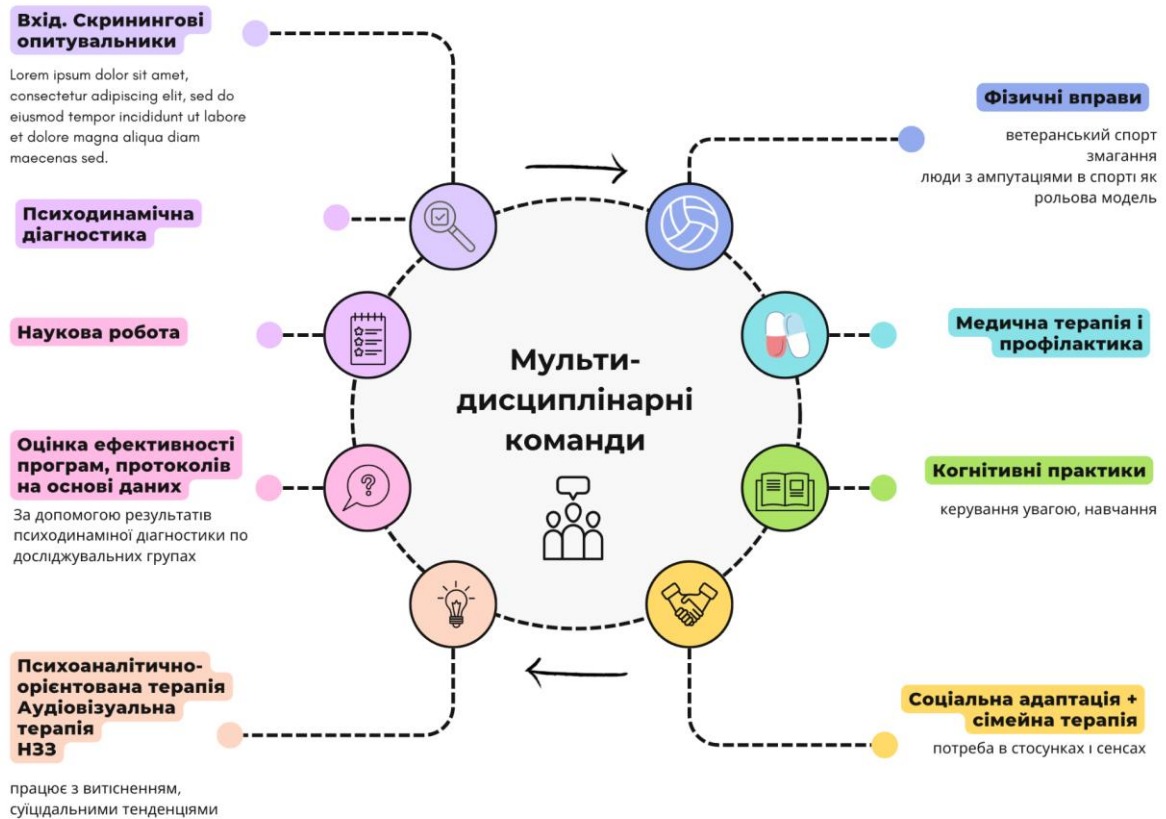


Рис. 3.1.

Система реабілітації з урахуванням результатів дослідження

4) Когнітивні практики: навчання, Нейро-зворотній зв'язок як перспективний напрямок. Україна може стати "лабораторією" для вивчення перспектив цього методу.

5) Соціальна адаптація: на основі звіту про психоемоційний стан, співбесід формується стратегія соціальної адаптації. Цей процес може підтримуватися ветеранськими спільнотами, співпрацею з освітніми установами та роботодавцями, міністерствами. Тут також доцільна сімейна терапія по запиту. Роботодавці можуть використовувати системи well-being.

б) Психоаналітично-орієнтована терапія працює цілеспрямовано з "травматичною капсулою". Це психотерапія, яка спрямована на глибокі психічні процеси та несвідоме. В тому числі це такі способи роботи через символи, як робота з мандалами в юнгіанському підході і аудіовізуальні композиції.

7) Оцінка ефективності протоколів і програм в цілому по країні. Онлайн-тестування, яке проводиться раз на рік, дає на рівні медичного закладу, ОТГ, країни масив оцифрованих даних, за якими можна робити висновки про загальний психоемоційний стан груп і про теб наскільки ефективно працюють реабілітаційні протоколи. Аналітика великих даних має допомагати вести наукову роботу по вдосконаленню системи реабілітації в цілому, по нозологіям і окремим групам.

8) Наукова робота, науковий пошук вирішення повоєнних проблем і корекція протоколів з метою підвищення ефективності. Формування нових гіпотез, висновків і дій для покращення системи реабілітації, зокрема роботи з психологічною травмою на рівні несвідомого через символічні протоколи.

Повторне тестування пакетом "Dodomu", яке дозволяє корегувати програму по окремим пацієнтам, вести спостереження за рівнем реальної соціальної адаптованості за допомогою коефіцієнтів.

Оскільки робота з психологічною травмою це довга справа, це коло треба повторювати багато років.

### **Висновки до Розділу 3**

У третьому розділі кваліфікаційної роботи «Психодинамічна феноменологія психологічної травми і рекомендації по будуванию системи реабілітації» проведено наступне:

1. На основі дослідження і теоретичної бази проаналізовано і синтезовано підходи до розуміння і лікування психологічної травми.
2. На емпіричному матеріалі і теоретичної базі першого розділу вивчено психодинамічну феноменологію травматичного досвіду. Внесено вклад

у розвиток наукового розуміння психодинамічної феноменології психологічної травми і методів її лікування.

3. Запропоновано нові напрямки досліджень, включаючи подальше вивчення ефективності різних методів терапії та їх впливу на довгострокову соціальну адаптацію.
4. Запропонована система реабілітації з огляду на результати дослідження, яке показало механізм впливу травматичних агентів на структуру особистості та шари несвідомого. Виділено основні компоненти системи реабілітації: діагностика, соціальна адаптація, тілесно-орієнтована терапія, психоаналітично-орієнтована терапія та медична терапія.
5. Підкреслено важливість психодіагностичних технологій у визначенні рівня соціальної адаптованості та прогнозуванні поведінки.
6. Підкреслено важливість залучення сімей, жителів ОТГ та соціального оточення в процес реабілітації.

Таким чином, проведене дослідження розширило теоретичні знання у сфері психодинамічної діагностики, може стати основою для розробки ефективних методів реабілітації, що можуть бути використані не тільки в умовах сучасної України, але і вплинути на методи лікування психологічних травм у світі.

## ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота досліджувала методи психодинамічної діагностики для оцінки психоемоційного стану пацієнтів реабілітаційних центрів.

1. В ході роботи був здійснений теоретико-методологічний аналіз феноменології психоемоційного стану. Проведено історичний аналіз і сучасне розуміння терміну "психоемоційний стан", який використовується переважно в пострадянських країнах. У англomовному середовищі найближчим аналогом є термін "mental state". Проаналізовані сучасні теорії, які є допоміжними в розумінні факторів mental state. Виявлено, що психоемоційний стан є багатовимірним феноменом, який включає емоційні, когнітивні, мотиваційні та фізіологічні складові які пов'язані між собою причинно-наслідковими зв'язками і впливають на рівень соціальної (дез)адаптованості пацієнтів, що проходять реабілітацію. Теоретична значущість даного дослідження полягає у розширенні наукових уявлень про складні механізми, що забезпечують зв'язок між психоемоційним станом та ефективністю реабілітаційного процесу. Практична значущість полягає у можливості застосування отриманих результатів для розробки нових підходів до психологічної підтримки та реабілітації пацієнтів, зокрема у контексті повоєнної реабілітації.

2. Описано и порівняно основні методи та принципи психодіагностики і психодинамічної діагностики, що використовуються в медичних і реабілітаційних закладах. Емпіричний матеріал, зібраний у реабілітаційних центрах України, дозволив виявити переваги психодинамічного підходу, який надає змогу більш глибоко дослідити несвідомі аспекти психоемоційного стану пацієнтів. Також було показано недоліки і переваги скринінгових методів дослідження складових психоемоційного стану порівняно з інтегральною інструментальною психодинамічною технологією діагностики психоемоційного стану (mental state). Це важливо для забезпечення більш точної діагностики та ефективної терапії. В українській практиці вперше

досліджено та впроваджено інтегральну інструментальну психодинамічну діагностику в умовах реабілітаційних закладів, яка об'єднує різні методики для комплексної оцінки психоемоційного стану пацієнтів і вперше апробовані 8 коефіцієнтів, які є математичною інтеграцією показників 4 методик з різних рівнів психіки: поведінкового, суб'єктивно-переживаного та несвідомого. Впроваджено комплексне застосування скринінгових, психометричних та проєктивних методик в медичний заклад, що дозволить закладу отримати глибші та точніші результати і проводити власну науково-дослідницьку роботу. Сформульовані принципи, яким має відповідати організація онлайн-психодіагностичної частини надання психологічної допомоги. Теоретична значущість роботи полягає у підтвердженні необхідності інтеграції психодинамічних підходів у сучасні методи психодіагностики. Практична значущість полягає у можливості впровадження цих методів у реабілітаційні програми, що сприятиме підвищенню ефективності роботи з пацієнтами, які зазнали психологічних травм.

3. Розроблено рекомендації по побудові системи реабілітації з урахуванням результатів дослідження та прогнозу успішності терапії, сучасних наукових досягнень у сфері вивчення феноменології травми, а також специфіки реабілітаційних процесів в умовах повоєнної України. Запропоновано комплексний підхід, що включає діагностику, соціальну адаптацію, тілесно-орієнтовану терапію, фізичні вправи, психоаналітично-орієнтовану терапію та медичну терапію і профілактику з урахуванням сучасних наукових теорій таких як теорія Канемана про дві системи мислення, екологічна модель розвитку Урі Бронфенбреннера та підходи Бессела ван Дер Колка до лікування психологічних травм. Теоретична значущість полягає у розробці моделі реабілітації, яка базується на глибокому розумінні психоемоційних станів і їх впливу на процеси відновлення. Практична значущість полягає у можливості використання запропонованих рекомендацій для створення ефективних реабілітаційних програм, які будуть спрямовані на глибоке і стійке відновлення психічного здоров'я пацієнтів.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження можуть бути спрямовані на вдосконалення методів психодинамічної діагностики, зокрема розробку профілів наближення; методів аналізу отриманих цифрових баз даних, валідацію підходу ШПД по окремим нозологіям та розробку на основі отриманих даних з динаміки станів нових підходів до реабілітації пацієнтів з психоемоційними травмами.

Важливим напрямком є дослідження ефективності запропонованих рекомендацій на практиці та їх адаптація до умов повоєнної України.

З огляду на актуальну ситуацію, в Україні склалися передумови для затребуваності психодіагностичних технологій. Інтегральний інструментальний психодинамічний підхід школи М. Вигдорчика можна вважати сформованою технологією, що за умови оцифрування буде затребуваною як у приватному, так і в державному і в цивільному секторах (програми відновлення ментального здоров'я, що фінансуються міжнародними гуманітарними фондами).

Доцільним є подальша валідація/стандартизація методик і схеми інтерпретації для української мови, а також розширення Інтегрального інструментального психодинамічного підходу до психодіагностики за рахунок створення нових технологій – для підбору персоналу, для психодіагностичного супроводу учбового процесу, для аналітики великих даних, тощо.

Таким чином, проведене дослідження розширило теоретичні знання у сфері психодинамічної діагностики, заклало основу для розробки ефективних методів реабілітації, що можуть бути використані не тільки в умовах сучасної України, але і вплинути на методи лікування психологічних травм у світі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. АВК (Аудіовізуальний комплекс). URL: <https://ihuman.pro/programs/nullam-vulputate-lacus-2> (дата звернення: 18.01.2024).
2. Аудит ресурсів існуючої системи надання послуг у сфері психічного здоров'я. URL: <https://bbu.org.ua/audit-resursiv-isnujuchoi-sistemi-nadannya-poslug-u-sferi-psihichnogo-zdorov-ya> (дата звернення: 04.01.2024).
3. Башлакова Ю. Особливо молодь. Як ми переживаємо стрес війни і що може допомогти впоратися з ним. URL: <https://life.nv.ua/ukr/blogs/psihologiya-yak-viyna-vplivaye-na-psihiku-ptsr-50276063.html> (дата звернення 10.04.2023).
4. Васильченко О., Жданова, Т. Технологічно-психодинамічний підхід до оцінки психологічного стану: можливості і перспективи. Вчені записки Університету «КРОК». 2024. № 1. С. 260–274. doi: 10.31732/2663-2209-2024-73-260-27.
5. Вигдорчик М. Методи психодинамічної діагностики в комплексному медичному огляді моряків : дис... канд. мед. наук. Одеса, 1999. 144 с.\*
6. Вигдорчик М. Методи психодинамічної діагностики у комплексному медичному огляді моряків : автореф. дис. канд. мед. наук. Одеса, 1999. 20 с.
7. Вигдорчик М. Монографія «Методика Акцент-2-90». Київ, 2008.. 31 с.
8. Вигдорчик М. Метод багатостороннього дослідження особистості. Психодинамічний підхід. Київ, 2022. 207 с\*.
9. Вигдорчик М. Можливості застосування психодинамічного підходу щодо оцінювання особистості у діагностиці психосоматичних захворювань. Одес. мед. журн. 1999. № 3. С. 65-67.
10. Вигдорчик М. Психодинамічний підхід до аналізу особистісної дезадаптації залізничників. Проблеми гігієни та епідеміології на залізничному транспорті: матеріали 1 Міжнар. наук.-практ. конф. (23-25 вересня 1998 р., м. Львів). Львів, 1998. С. 194-195.
11. Вигдорчик М., Жданова М. Методичний посібник із психодіагностики.

Інформ.-метод. вісн. М-ва праці України. 1995 № 1. С. 23-54.

12. Вигдорчик, М. Підходи до інтерпретації методу портретних виборів Леопольда Сонді. Журн. практ. психолога. 1997. № 5. С. 108-109.\*

13. Єна А., Маслюк В., Сергієнко А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Наук. журн. МОЗ України. 2014. № 1. С. 5-16. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/njmoz\\_2014\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/njmoz_2014_1_4) (дата звернення 13.02.2024).

14. Жданова Т.; Васильченко О. Інтегральна психодинамічна діагностика: створено в Україні. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку : тези доп. V Міжнар. конф. (7 грудня 2023 р., :м. Київ) / Університет "КРОК". Київ, 2023. URL <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1937>>. (дата звернення: 05.06.2024).

15. Капустянський М. Психологічні умови розвитку мотивації професійного зростання особистості керівника : дис ... канд. психол. наук. Одеса, 2016. 208 с.

16. Карпенко А. Детермінанти професійної ідентичності особистості : автореф. дис ... канд. психол. наук. Одеса, 2017. 21 с.

17. Комп'ютерна програма з управління ефективністю бізнесу та роботи персоналу "Консул-Навігатор" : комп'ютерна програма : свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 48922 / Вігдорчик Михайло Ілліч, Тихомирова Тетяна Анатоліївна, Клейнер Григорій Шаєвич, Гладкий Сергій Євгенович ; заявлено 25.04.2013 ; опубліковано 03.05.2013, Офіц. бюл. № 30.

18. Лабораторія практик мемореалізації. URL: <https://pastfutureart.org/memorialization-practices-lab/#for-whom> (дата звернення: 15.01.2024).

19. Мальцев О. Копінг як чинник безпеки особистості в сучасному соціальному просторі : дис ... канд. психол. наук. Одеса, 2017. 245 с. URL [http://pub.onu.edu.ua/images/specrada/k4105107/disser\\_maltsev.docx](http://pub.onu.edu.ua/images/specrada/k4105107/disser_maltsev.docx) (дата звернення: 21.02.2024).

20. Методичні рекомендації для місцевих громад щодо збереження і вшанування пам'яті учасників, жертв і подій російсько-української війни / Укр. ін-т нац. пам'яті URL <https://uinp.gov.ua/elektronni-vydannya/metodychni-rekomendaciyi-dlya-miscevyh-gromad-shchodo-zberezhennya-i-vshanuvannya-pamyati-uchasnykiv-zhertv-i-podiy-rosiysko-ukrayinskoyi-viyny> (дата звернення: 15.01.2024).
21. Перевязко Л. Індивідуально-психологічні та культурно-історичні особливості символіки сновидінь особистості : дис ... канд. психол. наук. Одеса, 2019. 211 с. URL [http://pub.onu.edu.ua/images/specrada/k4105107/dis\\_%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D0%BA%D0%BE.docx](http://pub.onu.edu.ua/images/specrada/k4105107/dis_%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D0%BA%D0%BE.docx) (дата звернення: 21.12.2023).
22. Подшивалкіна В. Соціотехнологічні аспекти професійної діяльності спеціалістів гуманітарного профілю. Психологія і суспільство. 2005. № 3. С. 59-72.
23. Психологический портрет участника боевых действий и стресс-ассоциированные нарушения / С. В. Абрамов и др. Georgian Med. News=Мед. новости Грузии. 2020. № 7/8. Р. 74-79.
24. Родіна Н. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: дис. ... д-ра психол. наук. Київ, 2012. 504 с.
25. Родіна Н. Системні уявлення про копінг у парадигмі марковських моделей. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2014. № 9/10. С. 28-31. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros\\_2014\\_9-10\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros_2014_9-10_6) (дата звернення: 20.04.2024).
26. Родіна Н. Індивідуально-особистісні особливості менеджерів середньої ланки в кризових ситуаціях: психодинамічний підхід : автореф. дис... канд. психол. наук: Одеса, 2005. 21 с. URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/aref/20081124015185> (дата звернення: 25.07.2023).
27. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практ. посіб. /за наук. ред. Т. Титаренко; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. Кропивницький, 2019.

218 с.

28. Технологія. URL: <https://www.wikidata.uk-ua.nina.az/%D0%A2%D0%B5%D1%85%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B%D0%B3%D1%96%D1%97.html> (дата звернення 04.01.2024).

29. Фройд З. Вступ до психоаналізу : лекції із виступу психоаналізу / пер. з нім. П. Таращук. Тернопіль, 2021. 550 с.

30. Фурман А. Обґрунтування системи базових концептів психологічної діагностики. Психологія і суспільство. 2007. № 4. С. 39-55.

31. Шелестова О. Медико-психологічні чинники розладів військово-професійної адаптації військовослужбовців : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Інститут психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2018. 196 с.

32. Юнг К. Архетипи і колективне несвідоме : 2-ге опрац. вид. / пер. з нім. К. Котюк. Львів, 2018. 608 с.

33. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 / R. I. Spitzer et al. Arch Intern Med. 2006. Vol. 166, № 10. P. 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

34. A Technique for the Measurement of Attitudes. Likert, Rensis 1932. Archives of Psychology. 140: 1–55.

35. Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. Diener E, et al. 2018 Collabra Psychol. 2018;4(1):15. doi: 10.1525/collabra.115.

36. Alexander Lowen. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Alexander\\_Lowen](https://en.wikipedia.org/wiki/Alexander_Lowen) (дата звернення 17.04.2024).

37. An exploratory study of physiological and biochemical parameters to identify simple, robust and relevant biomarkers for therapeutic interventions for ptsd: study rationale, key elements of design and a context of war in ukraine / V. Serhiyenko et al. : proc. / Shevchenko Sci Soc. Med Sci. 2022. Vol. 69, № 2. P. 177-189. doi: 10.25040/ntsh2022.02.14.

38. Arbeitskreis OPD. Operationalisierte psychodynamische diagnostik OPD-3. Das manual für diagnostik und therapieplanung / ed. A. Hogrefe. Bern, 2023, 392 p.

39. Association between obesity and biomarkers of inflammation and

- /metabolism with cancer mortality in a prospective cohort study / D. Dibaba et al. *Metabolism*. 2019. Vol. 94. P. 69-76. doi: 10.1016/j.metabol.2019.01.007.
40. Automated identification of an operator anticipation on marine transport. / P. S. Nosov et al. *Radio Electronics, Computer Science, Control* 2020. № 3. P. 158-172. doi: 10.15588/1607-3274-2020-3-15.
41. Barlow D. Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *Am Psychol*. 1996. Vol. 51, № 10. P. 1050-1058. doi: 10.1037//0003-066x.51.10.1050.
42. Bessel van der Kolk on Trauma Interview. *Development and Healing*. URL: <https://www.psychotherapy.net/interview/bessel-van-der-kolk-trauma> (дата звернення: 21.11.2023).
43. Bessel van der Kolk. *The Body Keeps the Score, Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York, 2015. 560 p.
44. Bronfenbrenner U., Morris P. *The Bioecological Model of Human Development*. / eds. R. Lerner, W. Damon. *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development : 2 vol. Vol. 1*. New York, 2007. 828 p. doi: 10.1002/9780470147658.chpsy0114.
45. Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis / J. Motter et al. *J Affect Disord*. 2016. Vol. 189. P. 184-191. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.022.
46. Contributions of critical thinking as a form of participation and political deliberation / D. Arbeláez-Campillo et al. *Amazonia Investiga*, 2020. Vol. 9, № 27. P. 5-12. doi: <http://dx.doi.org/10.34069/AI/2020.27.03.1>.
47. Damasio A. R. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1996. Vol. 351, № 1346. P. 1413-1420. doi: 10.1098/rstb.1996.0125.
48. Desynchronization of autonomic response and central autonomic network connectivity in posttraumatic stress disorder / J. Thome et al. *Hum Brain Mapp*. 2017. Vol. 38, № 1. P. 27-40. doi: 10.1002/hbm.23340.
49. Dewey J. Psychology and social practice. *Science*. 1900. Vol. 11, № 270. P.

- 321-233. URL: <https://doi.org/10.1037/h0066152> (дата звернення 11.04.2024).
50. Dunn B., Dalgleish T., Lawrence A. The somatic marker hypothesis: a critical evaluation. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006. Vol. 30, № 2. P. 239-271. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.07.001.
51. Efficacy of intermittent Theta Burst Stimulation (iTBS) and 10-Hz high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in treatment-resistant unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial / S. Bulteau et al. *Trials.* 2017. Vol. 18, № 1. P. 17. doi: 10.1186/s13063-016-1764-8.
52. Fodor J. *The modularity of mind.* Cambridge, 1983. 38 p.
53. *Future Shock* by A. Toffler. New York, 1970. 561 p.
54. Glucose as a major antioxidant: when, what for and why it fails? / A.. Cherkas et al. *Antioxidants (Basel).* 2020. Vol. 9, № 2. P. 140. doi: 10.3390/antiox9020140.
55. Hackney, London . URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Hackney,\\_London](https://en.wikipedia.org/wiki/Hackney,_London) (дата звернення 17.04.2024).
56. James W. *The principles of psychology : 2 vol.* Vol. 1. New York, 1890. 697 p. URL: <https://doi.org/10.1037/10538-000> (дата звернення 11.04.2024).
57. Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow.* New York, 2011. 499 p.
58. Karamushka L. Mental health of the individual in conditions of war: content, structure, maintenance and promotion. IX International research & training conference «Public health - social, educational and psychological dimensions: Polish-Ukrainian actions in the context of the war in Ukraine», 21 July 2022, Lublin, Poland. Lublin, 2022. P. 5-7. URL: [https://www.academia.edu/90887533/Karamushka\\_L\\_Mental\\_health\\_of\\_the\\_individual\\_in\\_conditions\\_of\\_war\\_content\\_structure\\_maintenance\\_and\\_promotion\\_Public\\_health\\_social\\_educational\\_and\\_psychological\\_dimensions\\_Polish\\_Ukrainian\\_actions\\_in\\_the\\_context\\_of\\_the\\_war\\_in\\_Ukraine\\_Poland\\_Lublin\\_2022\\_pp\\_5\\_7?rhid=28253582065&swp=rr-rw-wc-118143824](https://www.academia.edu/90887533/Karamushka_L_Mental_health_of_the_individual_in_conditions_of_war_content_structure_maintenance_and_promotion_Public_health_social_educational_and_psychological_dimensions_Polish_Ukrainian_actions_in_the_context_of_the_war_in_Ukraine_Poland_Lublin_2022_pp_5_7?rhid=28253582065&swp=rr-rw-wc-118143824). (дата звернення 17.01.2024).

59. Kroenke K., Spitzer R., Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001. Vol. 16, № 9, P. 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
60. Leichsenring F. *Lehrbuch der Psychotherapie. für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Bd. 2: Vertiefungsband psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie.* München, 2004. 351 p.
61. Levin M. Self-improvising memory: A perspective on memories as agential, dynamically reinterpreting cognitive glue. *Entropy.* 2024. Vol. 26, № 6, P. 481. URL: <https://doi.org/10.3390/e26060481> (дата звернення: 15.01.2024).
62. Long-Term Trajectories of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A 20-Year Longitudinal Study of World Trade Center Responders. URL <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.03.25.24304851v1.full.pdf> (дата звернення 14.01.2024).
63. Lüscher M. *Der Lüscher-Test: Persönlichkeitsbeurteilung durch Farbwahl.* 21-30. Rheinberg, 1971. 173 p.
64. Mapping the Mind of a Large Language Model. URL: <https://www.anthropic.com/news/mapping-mind-language-model> (дата звернення: 11.12.2023).
65. McClelland J. L., Rumelhart D. E. *Parallel distributed processing: explorations in the microstructure of cognition.* / PDP Research Group, Cambridge, 1987. 632 p
66. McWilliams N. *Psychoanalytic case formulation.* New York, 1999. 240 p.
67. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process.* 2<sup>nd</sup> ed. New York, 2011. 426 p.
68. McWilliams N., Spring S. PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual / Alliance of Psychoanalytic Organizations.* Maryland. 2006. 600 p.
69. Metabolomic analysis of male combat veterans with post traumatic stress disorder / S. H. Mellon et al. *PLoS One.* 2019. Vol. 14, № 3. P. e0213839, doi: 10.1371/journal.pone.0213839.
70. Novel pharmacological 47 targets for combat PTSD-metabolism,

inflammation, The gut microbiome, and mitochondrial dysfunction / F. S. Bersani et al. *Mil Med.* 2020. Vol. 185, Suppl 1. P. 311-318. doi: 10.1093/milmed/usz260.

71. Psycho-emotional states of future specialists in a socio-economic area under lockdown and martial law: comparative analysis / I. Popovych et al. *Amazonia Investiga*, 2022. Vol. 11, № 56. P. 150-158. doi: <https://doi.org/10.34069/AI/2022.56.08.16>.

72. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> (дата звернення: 11.12.2023).

73. Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder / B. Gersons et al. *J Trauma Stress.* 2000. Vol. 13, № 2. P. 333-147. doi: 10.1023/A:1007793803627.

74. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies / N. Morina et al. *Clin Psychol Rev.* 2014. Vol. 34, № 3. P. 249-255. doi: 10.1016/j.cpr.2014.03.002.

75. Rosa E., Tudge J. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of family theory & review.* 2013. Vol. 5, № 4. P. 243-258. URL: <https://doi.org/10.1111/jftr.12022> (дата звернення 11.04.2023).

76. rTMS/iTBS and cognitive rehabilitation for deficits associated with TBI and PTSD: A theoretical framework and review / A. Lindsey et al. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2023. Vol. 35, № 1. P. 28-38. doi: 10.1176/appi.neuropsych.21090227.

77. Rudolf G. *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen.* Schattauer Verlag. Stuttgart, 2013. 276 p.

78. Sandler J. An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis.* 2001. Vol. 18. P. 133-141.

79. Scars on Their Souls: PTSD and Veterans of Ukraine. URL:

<https://www.globsec.org/what-we-do/publications/scars-their-souls-ptsd-and-veterans-ukraine> (дата звернення 04.01.2024).

80. Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study / D. Brom et al. *J Trauma Stress*. 2017. Vol. 30, № 3. P. 304-312. doi: 10.1002/jts.22189.

81. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample / B. Stern et al. *J Pers Assess*. 2010. Vol. 92, № 1P. 35-44. doi: 10.1080/00223890903379308.

82. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. Diener, E. et al. 2000. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34

83. Tarrant J., Viczko J, Cope H. Virtual reality for anxiety reduction demonstrated by quantitative EEG: A pilot study. *Front Psychol*. 2018. Vol. 9. P. 1280. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01280.

84. The Mental State of the World in 2023. A Perspective on Internet-Enabled Populations. A Publication of the Global Mind Project March 4, 2024. URL: [https://mentalstateoftheworld.report/2023\\_read](https://mentalstateoftheworld.report/2023_read) (дата звернення 06.02.2024).

85. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* / Diener, E., et al. *Journal of Personality Assessment*. 1985 49(1): vol. 71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901\_13

86. Theta-burst transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder / N. Philip et al. *Am J Psychiatry*. 2019. Vol. 176, № 11. P. 939-948. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.18101160.

87. Tiefenpsychologie lehren Tiefenpsychologie lernen / E. Jaeggi et al. Stuttgart, 2003. 317 p.

88. Trauma in the Body: An Interview with Dr. Bessel van der Kolk. 2018. URL: <https://www.dailygood.org/story/1901/trauma-in-the-body-an-interview-with-dr-bessel-van-der-kolk-elissa-melaragno> (дата звернення: 21.11.2023).

89. Ulric I. Über PTSD und Gruppen-psychotherapie mit Menschen, die durch Krieg traumatisiert sind. Die kroatische Erfahrung. Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse. Furderverein Gruppentherapie e. v. Münster.

2000. P. 87-109.

90. Ultra-processed foods and excessive free sugar intake in the UK: a nationally representative cross-sectional study / Rauber F., et al. *BMJ Open*. 2019. Vol. 9, № 10. P. e027546. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027546.

91. Wang A., Luan H., Medzhitov R. An evolutionary perspective on immunometabolism. *Science*. 2019. Vol. 363, № 6423. P. eaar3932. doi: 10.1126/science.aar3932.

92. Wilhelm Reich. URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Wilhelm\\_Reich](https://en.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Reich) (дата звернення 17.04.2024).

93. World Health Organization. Mental disorders. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (дата звернення 07.03.2024).

94. Young S.. WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng, URL: [https://www.researchgate.net/publication/358978684\\_WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-20221-eng](https://www.researchgate.net/publication/358978684_WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-20221-eng) (дата звернення 17.09.2023).

\*Мова видання українського науковця – російська.

Всього джерел – 94

Джерел за останні десять років - 50

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 31

(35,37,38,39,40,42,43,45,46,48,51,54,58,61,62,64,69,70,71,72,74,76,79,80,83,84, 86,88,91,93,94)

Джерел українських авторів за останні десять років – 19

(1,2,3,4,7,8,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,27)

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Сертифікат ведучої майстер-класу





Українська  
Психологічна  
Асоціація



UKRAINE NATIONAL UNIVERSITY OF KYIV  
TARAS SHEVCHENKO  
FACULTY OF PSYCHOLOGY



АСОЦІАЦІЯ  
ПСИХОЛОГІВ  
УКРАЇНИ



УКРАЇНСКА АСОЦІАЦІЯ  
РЕЛЯЦІЙНОГО ПСИХОАНАЛІЗУ  
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



ІНСТИТУТ РЕЛЯЦІЙНОГО  
ПСИХОАНАЛІЗУ,  
ПСИХОТЕРАПІЇ ТА  
ГРУПОВИХ ПРОЦЕСІВ

# Сертифікат ведучої майстер-класу

№ 0110524

## Тетяна Жданова

Взяла участь у практичній онлайн-конференції

**"ПОСТТРАВМАТИЧНЕ СУСПІЛЬСТВО: ВІДНОВЛЕННЯ ДОВІРИ"**

25-26 ТРАВНЯ 2024 РОКУ

з майстер-класом на тему "Психодинамічні дослідження психоемоційного стану українців і нові можливості для психологів – психотерапевтів". З глибокою вдячністю за Ваш науковий і практичний внесок та співпрацю з організаторами конференції.

Тривалість 16 годин / 0.5 ECTS




Декан факультету психології КНУ  
ім. Т. Шевченка,  
Президент Української  
психологічної асоціації  
професор Іван Данилюк




Президент  
Асоціації психологів України  
Олександр Вакулєнко




Директор  
Інституту реляційного  
психоаналізу, психотерапії та  
групових процесів  
Володимир Паньков




Президент  
Української асоціації реляційного  
психоаналізу та психотерапії  
Іван Данилевський

## Акт впровадження технології в медичний заклад

### Розробник:

Голова Правління  
ГО «Інститут людинознавства»  
м. Київ  
вул. М.Шепелева 6, оф105/1  
Башлакова Ю.В.

### Замовник:

Директор КНП  
«Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ»  
м. Київ  
вул. Кирилівська 103  
Мішиєв В.Д.



### Акт впровадження програми Dodomu для психодинамічної діагностики психоемоційного стану та соціальної адаптованості

#### 1. Загальні відомості:

- Назва програми: ДОДОМУ/DODOMU
- Версія програми: 1.0
- Розробник: ГО «Інститут Людинознавства»
- Дата початку впровадження: 1 березня 2024 р.
- Дата завершення впровадження: 28 травня 2024 р.

#### 2. Опис впровадженого рішення:

Програмний комплекс «ДОДОМУ»/(DODOMU) розроблено з метою підвищення точності діагностики психоемоційного стану і виявлення ризиків соціальної дезадаптації пацієнтів при стаціонарному і амбулаторному лікуванні.

Паке́т тестів складається з психометричних і проєктивних методик:

- Акцент-2-90
- МБДО (Метод багатофакторного дослідження особистості, модифікований MMPI)
- Тест портретних виборів Сонді (Test-Szondi)
- Колірний тест Люшера.

#### 3. Апробація:

Апробація проводилася на базі Психіатричного лікувально-діагностичного відділення № 5 «Клінічна лікарня «Психіатрія», м. Київ упродовж березня-травня 2024 року.

3.1. Фахівцям відкрито акаунт на платформі «ДОДОМУ». Після проходження респондентом тестування фахівці організації отримують технічні результати тестування (шкали-графіки) і текстовий звіт-

інтерпретацію двох типів в залежності від показників шкал методики тестування (нормативний та клінічний). Звіти формуються програмою автоматично на основі текстових каталогів і коефіцієнтів, розроблених групою дослідників-діагностів. Каталоги текстових інтерпретацій захищені Авторським правом (Свідоцтво №117281 від 20.03.2023 р.).



**3. Результати тестування і перевірки працездатності:**

3.1. Тестові сценарії: внесення даних респондента; призначення дослідження; отримання результатів дослідження.

3.2. Результати тестування: Отримано підтвердження діагнозів та оцінки динаміки станів пацієнтів стаціонару.

3.3. Виявлені недоліки та помилки: частина формулювань в сегментах звітів не відповідає до формулювань МКХ–10, 11.

3.4. Заходи щодо усунення недоліків: рекомендовано змінити формулювання, в яких виявлено недоліки відповідно до формулювань МКХ–10, 11.

**5. Підписи відповідальних осіб**

**Від розробника:**

Голова Правління

ГО «Інститут людинознавства»

**Башлакова Ю.В.**

(Дата) 13.06.2024

 / (Підпис)

Цей Акт підтверджує завершення впровадження психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» для стабілізованих пацієнтів за умови виконання зазначених рекомендацій.

**Від замовника:**


Директор КНП

«Клінічна лікарня «ІСИХІАТРІЯ»

**Мішисв В.Д.**

(Дата)



 / (Підпис)

## Опис осей операційної психодинамічної діагностики (OPD-2)

Вісь	Розмір	Індикатор
Вісь I - Досвід хвороби та передумови для лікування	Об'єктивна оцінка хвороби/проблеми	1. Поточна тяжкість захворювання/проблема
		2. Період хвороби/проблеми
		3. Переживання та прояв захворювання
	Досвід пацієнта, презентація та концептуалізація хвороби	4. Концептуалізація хвороби пацієнтом
		5. Концептуалізація змін пацієнтом
	Ресурси та опір змінам	6. Ресурси для змін
		7. Опір змінам
Вісь II - Міжособистісні відносини	Точка зору А: досвід пацієнта	Пацієнт сприймає себе як...
		Пацієнт сприймає інших як...
	Точка зору В: сприйняття інших (включаючи дослідника)	Інші сприймають пацієнта як...
		Інші сприймають себе як...
Вісь III – Конфлікт	Повторювані дисфункціональні конфлікти	1. Індивідуалізація проти залежності

		2. Підпорядкування проти контролю
		3. Потреба в догляді проти самозабезпечення
		4. Конфлікт самооцінки
		5. Конфлікт провини
		6. Едипов конфлікт
		7. Конфлікт ідентичності
	Як вирішується основний конфлікт	Переважно активний
		Змішані більш активні
		Змішані більш пасивні
		Переважно пасивний
Вісь IV - Структура	Когнітивні здібності	1а. Самосприйняття
		1б. Сприйняття об'єкта
	Регулювання	2а. Саморегулювання
		2б. Регулювання об'єктного відношення
	Емоційне спілкування	3а. Внутрішня комунікація
		3б. Зв'язок із зовнішнім світом

	вкладення	4а. Внутрішні предмети
		4б. Зовнішні об'єкти
Вісь V - Психічні та психосоматичні розлади	Психічні розлади	Основна/додаткова діагностика
	Розлади особистості	Основна/додаткова діагностика

**МБДО.****Інтерпретація тенденцій, що виявляються підвищеними значеннями шкал, з психодинамічної точки зору**

Інтерпретація тенденцій, що виявляються підвищеними значеннями шкал, з психодинамічної точки зору. Перша іпохондрії (HS) - визначає «близькість» обстежуваного до астено-невротичного типу особистості; Придушення спонтанності (тобто невимушеності, безпосередності реакцій), стримування активної самореалізації, страх перед наслідками власних імпульсивних тенденцій, що можна розглядати як надлишковий контроль Супер-Его, який призводить до неврозоподібних реакцій. Зниження показників шкали Hs блокує механізм інтрапсихічної адаптації, що призводить до соматизації внутрішньої напруги, зумовленої зіткненням конфліктних тенденцій.

Друга шкала депресії (D) - призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту (гіпотимічний тип особистості);. Високі значення показують нездатність відокремити себе від навколишніх об'єктів, і втрата об'єкта відчувається як втрата частини власної особистості. Шкала D найбільшою мірою порівняно з іншими шкалами відображає виникнення реактивної тривоги. Тривога, виникаючи як суб'єктивне відображення порушеної психо вегетативної (нейро-вегетативної, нейро-гуморальної) рівноваги, слугує найінтимнішим механізмом психічного стресу і лежить в основі більшої частини психопатологічних проявів.

Третя шкала істерії (Hy) - розроблена для виявлення осіб, схильних до дисоціативних (конверсійних) розладів (використання симптомів фізичного захворювання як засобу вирішення складних ситуацій); Високі значення по шкали показують високу здатність до витіснення, що дає змогу ефективно усувати тривогу, водночас утруднює формування достатньо стійкої поведінки. Активізація психологічного захисного механізму витіснення і поява його серед провідних захисних механізмів індивіда пов'язана з неможливістю

захисту від внутрішніх і зовнішніх конфліктів, які призводять до особистісної дезадаптації, за рахунок більш ефективних захисних механізмів. Зниження шкали Ну може розглядатися як порушення спонтанності поведінки та порушення міжособистісних контактів з оточуючими, зменшення придатності до життя в колективі.

Четверта психопатії (Pd) - спрямована на діагностику дисоціального типу особистості. Стабільно високі показники за 4-ю шкалою - ознака хронічної дезадаптації, що може бути як постійною властивістю особистості, так і набутою якістю внаслідок патологічного розвитку або процесу. З психодинамічної точки зору четверта шкала є відображенням тенденцій, що виходять з Воно (Ід), які несуть у собі лібідозний і агресивний заряди. Зниження показників шкали Pd вказує на неможливість прояву інстинктивних потягів через зовнішні або внутрішні заборони, які суб'єктивно відчуються, що може відобразитися в підвищенні шкали Нс. Фіксація на рівні несвідомих процесів такого захисного механізму, як ухилення від фрустрації, може позначатися в порушеннях статевої функції.

П'ята шкала (Mf) - шкала маскулітності - фемінності – призначена для вимірювання ступеня ідентифікації обстежуваного з роллю чоловіка або жінки, запропонованою суспільством; Підвищені показники за 5-ю шкалою в будь-якому профілі означають відхилення від типової для даної статі рольової поведінки та ускладнення сексуальної адаптації, що вказує на труднощі у ставленні до своєї статі та значні труднощі в адаптації в міжособистісних стосунках.

Шоста шкала параної (Pa) - дає змогу судити про наявність надцінних ідей, підозрливості (паранойяльний тип особистості); Найхарактернішою рисою осіб паранойяльного типу є схильність до формування так званих надцінних ідей. Ці ідеї поступово опановують їхню свідомість і справляють визначальний вплив на всю поведінку. Особливістю осіб, які мають високі значення за шостою шкалою, є найвища стресостійкість, що, своєю чергою, пов'язана з найбільшим джерелом опору зовнішнім і внутрішнім чинникам, які

впливають на індивіда.

Сьома шкала психастенії (Pt) – встановлює схожість обстежуваного з хворими, що страждають фобіями, нав'язливими діями і думками (тривожно-обсесивний тип особистості);. Являє собою конституціональну схильність до виникнення тривожних реакцій і пов'язана з тривожно-недовірливим типом особистості. За високих показників сьомої шкали, шкали стеничного регістра вказують на механізм компенсації тривожності, що визначається сьомою шкалою.

Восьма шкала шизофренії (Sc) – спрямована на діагностику шизоїдного типу особистості;. У тих випадках, коли навіть незначні фрустрації призводять до виникнення стійких і тривалих негативних емоцій, а компенсація досягається шляхом дистанціювання (тобто тенденції до дотримання «психотичної дистанції» між собою та навколишнім світом, що дає змогу сприймати те, що відбувається, нібито «збоку») і відходу з довкілля у внутрішній світ, у профілі зазвичай зазначається пік на восьмій шкалі. У клінічно виражених випадках йдеться про шизоїдний синдром. Термін «шизоїдний синдром» позначає ту характерну для змін особистості за шизоїдним типом сукупність симптомів, що містить емоційну холодність і неадекватність емоцій, своєрідність сприйняття і суджень, що знаходить своє вираження в дивних або незвичайних думках і вчинках, вибірковості або поверховості контактів. Найзагальнішою особливістю осіб шизоїдного (або аутистичного) типу є відсутність єдності та узгодженості психічної діяльності, химерність і парадоксальність мислення, емоцій і поведінки. З психодинамічної точки зору, зниження шкали Sc підвищує ригідність, знижує адаптованість, підвищує сугестивність за рахунок зменшення рис індивідуалістичності.

Дев'ята шкала гіпоманії (Ma) - визначається ступінь «близькості» обстежуваного до гіпертимного типу особистості;. У тих випадках, коли основним способом усунення фруструючих стимулів слугує заперечення будь-яких труднощів, тривоги, своєї та чужої провини (імпунітивні реакції),

то профіль методики характеризується піком на 9-й шкалі. Тенденція заперечувати тривогу виражається зазвичай відсутністю спонтанних згадок про будь-які труднощі, що можуть її викликати, вираженням зневаги до труднощів, декларованим оптимізмом. З психодинамічної точки зору підвищення дев'ятої шкали вказує на включення до складу особистісного відреагування способів, характерних для оральної фази психосексуального розвитку, що вказує на інфантильні тенденції.

Десята шкала соціальної інтроверсії (Si) - діагностика ступеня відповідності інтровертованому типу особистості. Клінічною шкалою не є, додана в опитувальник під час його подальшого розроблення.

Шкала «брехні» (L) призначена для оцінювання щирості респондента.

Шкала достовірності (F) створена для виявлення недостовірних результатів (пов'язаних із недбалістю респондента), а також агравації та симуляції.

Шкала корекції (K) введена для того, щоб згладити спотворення, які вносяться надмірною недоступністю та обережністю обстежуваного.

Співвідношення між показниками, отриманими за цими шкалами, дають змогу судити про достовірність результатів обстеження.

## Додаток Д

**Приклад**  
**Інтегрального інструментального психодинамічного звіту з**  
**технічною інформацією**

Респондент – чоловік 44 роки. Пройшов тестування пакетом «Додому»:  
Акцент 2-90, МБДО, Метод портретних виборів Сонді, Колірний тест Люшера.

**Результати тестування**

Гіпертимність: 15

Застрягання: 8

Емотивність: 18

Педантичність: 18

Тривожність: 12

Циклотимність: 9

Демонстративність: 14

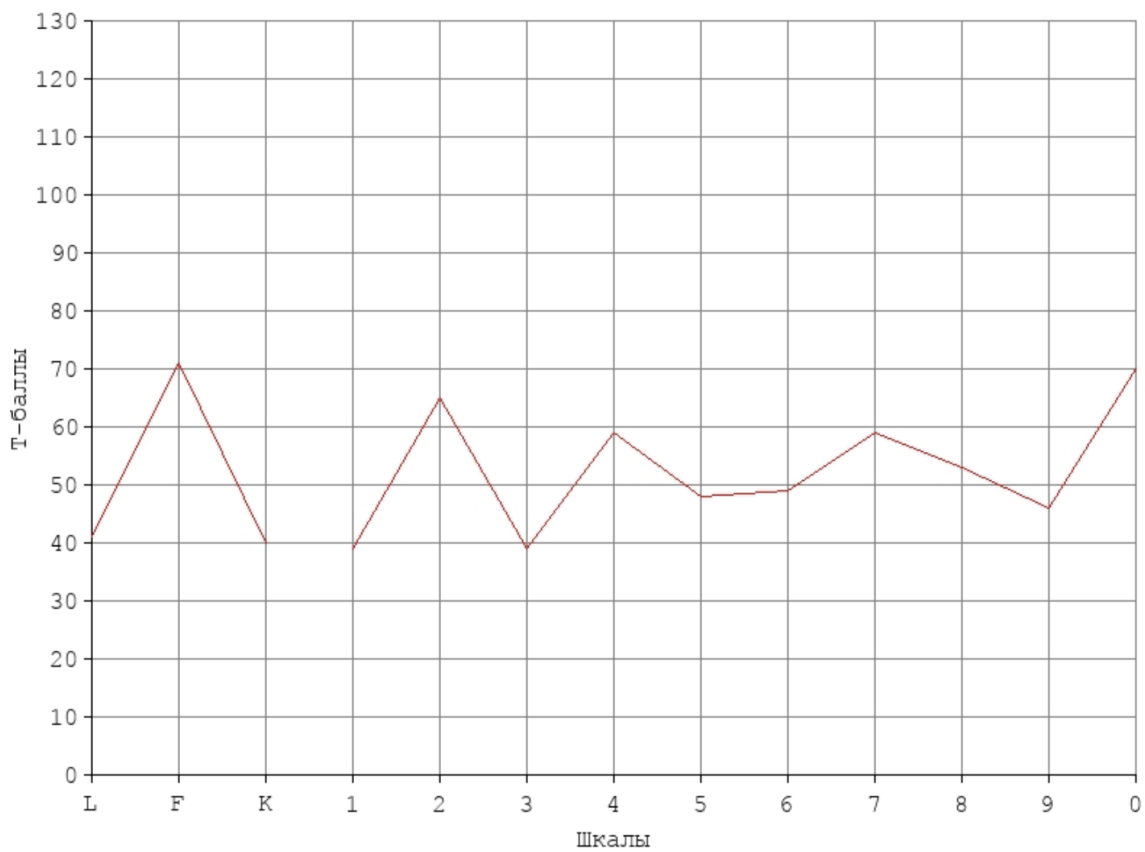
Збудливість: 9

Дистимія: 12

Екзальтованість: 12

Інтроверсія: 18

МБДО



КТЛ

5 1 0 3 2 4 6 7

СОНДІ

III	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
+								
-								
	+	+	-	+	-	0	0	+

3II	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
+								
-								
	+	-	+	0	-	+	+	-

ПП	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
+								
--								
	0	+!!!	+ <sub>-</sub>	-	-	+	0	-

ЗП	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
+								
--								
	+ <sub>-</sub>	0	0	-	-	+	+ <sub>-</sub> *	+

### Інтерпретація «моноалгоритм»

Якщо розглядати результати так, як вчать посібники, тобто кожну шкалу або показник/фактор окремо, ми отримаємо великий масив не зв'язаних між собою інформації, набір даних, які потребують способів і додаткової інтеграції і мистецтва інтерпретатора.

Акцент 2-90

Гіпертимність (15) - нижня межа норми, Застрягання (8) нижче норми, Емотивність (18) вище норми, Педантичність (18) вище норми (обсесивна акцентуація)

Тест Сонді розказав би нам про перевантаженість/латентність sex-вектора, зокрема садистичного радикалу и манифестність через фактор

### Діадна-триадна інтерпретація

Якщо б ми розглядали кожну методику окремо, але інтегруючи 2-3 показники всередині однієї методики, ми би отримали суперечливі інтерпретації між поведінковим і несвідомим рівнями.

Тест Сонді (рівень несвідомого) показує «повну реакцію», найвищий рівень агресії s+!!! на передньому плані - що означало б в інтерпретації Сонді, що чоловік незабаром вчинить кримінальний злочин або акт аутоагресії. Його стримують сумніви e+- і природна стриманість k-, якої явно недостатньо для гальмування накопиченого афекту.

Акцент 2-90 (поведінково-декларативний рівень) показує інтровертовану, тривожну, безініціативну особистість зі схильністю до порядку, ритуалів, «правильного способу дій».

Ми бачимо розрив між поведінково-декларативним і несвідомим рівнем. Але подивимося далі.

#### Результати КТЛ

Пасивно-споглядальна позиція; потреба в духовному консонансі з оточуючими, недостатнє вміння до переосмислення негативного досвіду. Труднощі адаптації в середовищі, відхід у світ внутрішніх переживань. Нетрадиційність висловлювань і дій, своєрідне сприйняття дійсності. Почуття суперництва, настороженість. Можлива актуалізація лідерських тенденцій, запальність у конфліктних ситуаціях, домінантність у стосунках з оточенням.

МБДО показує нам умовно адаптовану, дещо роздратовану людину в межах норми (жодна зі шкал не виходить за показник 75) з реакцією відгородження у відповідь на тривожні події.

**Інтегральна психодинамічна інтерпретація.** Якщо з'єднати діадний алгоритм і інтегральну інтерпретацію результатів методик, отримаємо по Чоловіку з прикладу такий звіт:

#### СТАВЛЕННЯ ДО ПРОЦЕДУРИ ТЕСТУВАННЯ (LFK МБДО)

Недостатня емоційна стійкість. Схильність до афективних проявів. Нестабільність у міжособистісних стосунках. Низька конформність своєрідність сприйняття та логіки. Труднощі адаптації. Протест проти наявних норм і нездатність їх прийняти. Перебільшення недоліків свого характеру. Драматизація подій, що відбуваються.

#### СТАВЛЕННЯ ДО КОНТАКТІВ (0 8 МБДО)

Внутрішня дисгармонійність, замкнутість, мовчазність, уникнення контактів, втеча від проблем у свій внутрішній світ. Зовні може справляти

враження товариської людини, що дається ціною значного напруження.

### ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ (2 9 МБДО || d- m- Сонді)

Знижений фон настрою. Песимістична оцінка перспектив, зовнішнім спостерігачем може відзначатися замкнутість, мовчазність. Аутоагресивні тенденції. Зниження оптимізму, рівня життєлюбства й активності. Брак спонукань, нездатність відчувати задоволення. Невпевненість у собі, почуття провини, що легко виникає, занижена самооцінка. Прагнення до уникнення обтяжливих для себе обов'язків, нездатність знайти міфічну мету, яка сприймається обстежуваним суб'єктивно. Слабкість ідентифікації, внутрішня невизначеність.

### ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНО-ПОТРЕБІСНОЇ СФЕРИ (6 8 МБДО || СОНДІ k- p+)

Латентна потреба в розширенні царини, яку займає власне Я. Ймовірні труднощі в усвідомленні власних суперечливих тенденцій. Адаптація до звичної для себе обстановки, за ближчого знайомства може проявлятися впертість. Завзятість і наполегливість проявляються в ситуаціях, оцінюваних обстежуваним як принципово важливі. Не виключені труднощі в завершенні справ.

### СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я, КОНТРОЛЬ НАД АГРЕСІЄЮ (1 3 МБДО || СОНДІ e + hy -)

Не виключене внутрішнє емоційне напруження. Чутливість до середовищних стимулів знижена. Скептицизм, невіра в сприятливе вирішення проблемних ситуацій. Брак спонтанності в соціальних контактах. Адаптація до звичних труднощів, низька переносимість змін у діяльності. Психосоматична передиспозиція зумовлена придушенням спонтанного відреагування. Прихована й пригнічувана дратівливість. Певна схильність до моралізації, риси догматичності.

СТАТЕВОРОЛЬОВА ІДЕНТИФІКАЦІЯ (5 4 шкали МБДО || СОНДІ латент h+ s+)

Потреба в прояві чоловічого стилю статоворольової поведінки, певній демонстрації жорсткості характеру, несентиментальності, домінантності, суперництва. Не виключений демонстрований зовні та декларований контроль над гетеро агресивними тенденціями. Ймовірно, респондент прагне слідувати якомусь особистісному міфу, пов'язаному з традиційною чоловічою поведінкою та способами її прояву. Ставлення до власних недоліків поблажливе, не виключено прагнення ухилитися від важких ситуацій. Коло інтересів не вирізняється широтою. До відтінків міжособистісних стосунків чутливість знижена, прихильності нестійкі. Контроль над агресивними тенденціями залежить від емоційного стану респондента (за загальної тенденції до його зниження). До фруструючих ситуацій і чинників, що провокують агресивні прояви, можна віднести сумніви оточуючих у мужності респондента.

#### ЧАСТКОВО НЕУСВІДОМЛЮВАНІ ВЛАСТИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Акцент Возбудимість 0 - 9 || s+ Сонді латент || +1 +5 КТЛ

Зануреність у світ своїх переживань, дратівливість. Реакції на те, що відбувається, недостатньо адекватні. Нездатність вийти за межі своїх суб'єктивних оцінок і переконань. Активність, в основному, на рівні намірів. Якщо респондент під впливом тих, хто його оточує, виконує бажану для них дію, то його ефективність незначна.

k- Сонді || +1 +5 Люшер

Невдоволеність станом справ, спроби поєднати свої бажання й потреби з можливостями ситуації, у якій перебуває респондент. Особисті цінності нестійкі й можуть не збігатися з цінностями професійного та соціального середовища респондента. Намагається адаптуватися в соціумі. Вимушене

прийняття умов реальності. Невідповідність прагнень і доступних можливостей.

p+ Сонді || +1 +5 Люшер

Впевненість, що можливості є, і їх треба використати. Вичікування сприятливої ситуації для активізації дій. Тенденція до вивчення матеріалів і отримання інформації про діяльність, якою займається. Засвоєнню матеріалу можуть заважати відсторонені думки, що виникають у процесі навчання. Не виключена схильність до міркувань, які не може логічно завершити. Недостатня здатність до планомірних і цілеспрямованих дій. Завершення справ ускладнено через виникнення нових планів і вишукування неврахованих нюансів.

### Коефіцієнти

Ризик розвитку психосоматики	9	високий
Рівень соціальної адаптивності	3	низький
Резистентність к психокорекції	7	середньо-високий
Потреба в психіатричній допомозі	7	середньо-високий
Суїцидальний ризик	8	середньо-високий
Ризик асоціальної поведінки	8	середньо-високий
Конфліктність	6	середній
Невротичність	6	середній
Ризик розвитку психопатології	6	середній
Імовірність розвитку ПТСР	6	середній

**Додаток Е****Методика Акцент 2-90. Опис акцентуацій характеру.****Гіпертимність**

Гіпертимність К. Леонгард [27] відносить до рис темпераменту. Гіпертимність - це, насамперед, життєва активність, яка є основою будь-якої діяльності, без неї немає життя в усіх його проявах. Вона описується як потреба в дії, енергійність, постійно гарний настрій, веселість, нездатність тривалий час залишатися на самоті, мислення, зазвичай, прискорене, перемикання, товарицькість, схильність створювати непропрацьовані, але грандіозні й мало реалістичні плани. Також можна відзначити ретельне уникнення тривалих, стійких прив'язаностей, хоча може ними декларуватися і зворотне.

Високі значення гіпертимності в тесті «Акцент» вказують на слабкість рефлексії, несерйозність, мінливість рішень і думок, легкість вступу в інтимні контакти, схильність до ситуативних тенденцій, групових думок. Низькі значення гіпертимності вказують на зниження життєвої активності, відчуття втрати значущого об'єкта, туга за ним, відчуття самотності, невдачі, незрозумілість, незахищеність.

**Той, що застрягає**

Застрягаючому (паранойяльному) типу характеру притаманна схильність до створення системи в підході до розв'язання різноманітних проблем, що може в цілому виглядати як системність мислення. У сфері емоційних переживань це проявляється стійким настроєм, що коливається впродовж дня з незначною амплітудою настрою, поступовим нагромадженням афекту, злопам'ятністю, упертістю. В інтелектуальній діяльності ригідність виявляється в деякій сповільненості розумових процесів, що з погляду зовнішнього спостерігача може виглядати як ґрунтовність, схильністю до конкретики в справах, педантизмом висловлювань і суджень. Характерна також тенденція до планування, систематизації знань і раціоналізації

накопиченого досвіду. У міжособистісних контактах особи з високими значеннями за шкалою застрявання схильні до настороженості, суперництва, оцінних суджень.

А. Е. Личко [3] вказував, що паранояльна акцентуація виникає після 30-ти річного віку з однієї з трьох акцентуацій - епілептоїдної, істероїдної, шизоїдної. М. Вигдорчик писав: «Паранояльність буде і носити риси типу, з якого походить. У зв'язку з цим, ми вважаємо, що методика Акцент за високих значень застрявання може діагностувати паранояльний тип стосунків і мотивів, але не саму акцентуацію. Відтінки паранояльності в системі стосунків і мотивів, на нашу думку, можуть бути і до 30-ти річного віку.» [9]

### **Емотивність**

Емотивність характеризується чутливістю і глибокими реакціями в царині тонких емоцій. Емотивному типу характеру властиві нетерплячість, залежність, мягкосердечність, зовнішній експресивний прояв почуттів, що охоплюють їх, чутливість, гуманність, чуйність, легкість до ідентифікації.

### **Педантичність**

Недостатня активність захисного психологічного механізму «витіснення» призводить до того, що безліч тривожних, конфліктних тенденцій залишаються в полі свідомості, Его не може захиститися від них за допомогою витіснення або інших захисних механізмів і вмикає obsesivne (нав'язливе) опрацювання дрібної, незначимої, другорядної інформації, яка не може бути завершеною, що відбивається в обмежувальній поведінці та характерних для obsesivnosti рисах характеру. До найхарактерніших рис характеру за obsesivnosti можна зарахувати педантичність, педантичність, педантичність, обережність, недовірливість, схильність до повторних перевірок і деталізації, нерішучість. Загалом необхідно брати до уваги, що obsesivnist як властивість особистості генерує Его спільно з Супер-Его як механізм захисту від гетероагресивних тенденцій, що загрожують цілісності Его.

### **Тривожність**

Виникненню тривоги сприяє конституціональна схильність, особливості індивідуального розвитку або поєднання цих чинників. Це поєднання зумовлює постійну готовність до виникнення тривожних реакцій, тобто тривожність сприймається як частина власної особистості. Згідно із З. Фройдом, тривожність є стрижнем невротичного контуру особистості.

Невротичні утворення супроводжуються відчуттями тривоги з базової невротичної тріади: тривожність, сенситивність, гіперсоціальність. Тривога значною мірою впливає на роботу всього психічного апарату особистості. Ці тенденції зумовлюють прояв боязкості, легкого виникнення страхів у дитинстві, боязні самотності. При переході в дорослий стан ці властивості трансформуються в покірність, залежність від об'єкта прив'язаності, формування обмежувальної поведінки, вразливість і виражене відчуття власної недостатності.

#### **Демонстративність.**

Демонстративність - прагнення отримувати від оточуючих якомога більше уваги, бути в центрі уваги. Через особливості функціонування психологічного захисного механізму витіснення, витісняються ті факти, обставини, оцінки, що заважають відчувати себе в центрі уваги. У зв'язку з цим поведінка респондента набуває ознак інфантильності. Це проявляється у вигляді егоцентричності, лабільності поведінки, широкому рольовому діапазоні, здатності продовжувати діяльність за наявності в ній ігрового компонента.

#### **Збудливий тип характеру (епілептоїдний)**

Головними рисами епілептоїдного типу є схильність до дисфорії та тісно пов'язана з ними афективна вибуховість, напруженість інстинктивної сфери, в'язкість, тугорухливість, великоваговий характер, інертність, що накладають відбиток на всю психіку – від моторики й емоційності до мислення й особистісних цінностей. Епілептоїдний тип характеру, мабуть, один із вельми несприятливих для соціальної адаптації.

Збудливий тип характеру, згідно з думкою А.Є. Личка [28], є

конституціональним. Ще в дитинстві дисфорії проявляються примхами, прагненням навмисне мучити оточуючих, похмурою озлобленістю. Можна бачити також недитячу ощадливість одягу, іграшок, усього «свого». Будь-які спроби зазіхнути на їхню дитячу власність викликають агресивно-злобну реакцію. У перші шкільні роки виступає дріб'язкова скрупульозність у веденні зошитів, усього учнівського господарства, але ця підвищена акуратність перетворюється на самоціль і може повністю затулити суть справи, саме навчання. Пишуть вони дуже чисто, нерідко дрібним почерком.

### **Дистимність.**

Дистимність за визначенням К. Леонгарда [27] являє собою рису особистості, протилежну гіпертимності. Вона характеризується серйозністю, зосередженістю на похмурих, сумних сторонах життя в набагато більшій мірі, ніж на позитивних, тло настрою постійно знижене, депресивні та субдепресивні стани утворюються легко. Дистимія має здатність забарвлювати в депресивні тони застрягаючі, педантичні, збудливі риси характеру. Виділення гіпотимії як риси характеру досить спірне, у низці випадків це можна розглядати не як рису характеру, а як стан або схильність до гіпотимії. Не виключено, що в основі розвитку дистимного типу характеру (реагування) лежить феномен депривації в ранньому дитинстві, пов'язаної з дитячо-батьківськими стосунками. Надмірна дистанція в царині стосунків мати-дитина, холодність ставлення призводить до відчуття провини: «я поганий, якщо на мене не звертають необхідної мені уваги», що проєктується надалі на навколишній світ і трансформується в «навколишній світ поганий».

### **Екзальтованість**

Екзальтованість К. Леонгард [27] визначав як афективно-екзальтований темперамент, темперамент «тривоги і щастя», характеризуючи його як здатність бурхливо реагувати на події зовнішнього світу - від захопленості, до печалі. У зв'язку з малим навантаженням питаннями шкали екзальтованості, говорити про вираженість рис характеру за екзальтованим типом не є можливим. Передбачається розглядати цю шкалу як ступінь проєкції

внутрішнього світу на зовнішню реальність, відображення багатства і багатовимірності внутрішнього світу, можливо, деяку емоційну незрілість.

Зниження значень екзальтованості в тесті вказує на звуження діапазону емоційного реагування, на деяку ригідність, стійкість внутрішнього світу, тенденцію до раціоналізації.

Значення екзальтованості різняться за статевою ознакою. Верхня межа рівня екзальтованості в чоловіків - 18 балів, у середньому - 12, а для жінок нижня межа - 18 балів. Зниження екзальтованості для жінок означає тенденцію до певної гіперсоціальності, орієнтацію на «приземлені», побутові проблеми, втрату суто жіночої ірраціональності, жіночності. Для чоловіків високі значення екзальтованості вказують на тонку внутрішню структуру, нервозність, труднощі самоконтролю, занепокоєння, шизоїдність, можливо латентну гомосексуальність, суїцидальні тенденції.

### **Інтроверсія**

В оригінальному варіанті опитувальника Шмишека-Мюллера шкала інтроверсії була відсутня. Під час практичної роботи з опитувальником звертали на себе увагу низько розташовані профілі, більшість шкал яких знаходилася нижче 10 балів. При цьому, з погляду зовнішнього спостерігача, обстежувані були досить спокійними людьми, проте їхні вчинки були часто непередбачувані, з істотною часткою шизоїдного компонента. Для прояснення пропорційності рис характерних для різних типів характеру Михайлом Вигдорчиком було введено шкалу інтроверсії. Основою її послужило уявлення про тенденцію до замкнутості, зосередженості на своїх внутрішніх переживаннях, відчуття самотності виражених інтровертів.

К.Г. Юнг представляє екстраверсію, як діастолічний рух у напрямку до об'єкта і сприйняття його, а інтроверсію як систолічне концентрування і відділення енергії (лібідо) від об'єкта. У можливостях людини - прояв будь-якої з цих властивостей. Що ж змушує дитину надалі змінювати крайню екстравертованість на інтровертованість? - Це, найімовірніше, є наслідком роботи психологічних захисних механізмів особистості - витіснення та

фіксації в несвідомому витіснених психосексуальних тенденцій, як формування індивідуального несвідомого. У цьому разі інтроверсію розглядають як готовність «зануритися» в ірраціональність витіснених заборонених бажань та інфантильних фантазій. Крайній ступінь інтроверсії визначається як шизоїдність.

Додаток Ж

**Інформована згода**  
**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА**  
**на проходження психологічного тестування**

Я, \_\_\_\_\_, даю свою інформовану згоду на участь у психологічному тестуванні, яке проводить психолог відділення реабілітації Інституту травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України. Тестування проводиться з метою апробації і вдосконалення програм реабілітації.

Я розумію та погоджуюся з наступними умовами:

1. Тестування спрямовано на отримання інформації про мій психоемоційний стан до і після програми реабілітації.
2. Тестування проводиться шляхом збору відповідей на низку питань і завдань, наданих у формі тестів.
3. Уся отримана інформація обробляється конфіденційно. Мої персональні дані не будуть розкриті третім особам без моєї попередньої згоди. Я даю згоду на обробку і зберігання моїх персональних даних.
4. Участь у тестуванні добровільна. Я маю право відмовитися від проходження тестування в будь-який момент без пояснення причин.
5. Я маю право ставити запитання щодо перебігу процедури тестування, очікуваних результатів та використання отриманих даних.
6. Я розумію, що тестування займає певний час, і підтверджую готовність виділити потрібний час для його проходження.
7. У разі необхідності я можу обговорити або уточнити деталі тестування, звернувшись до психологів відділення реабілітації: Ніколаєвої Олександри, Жданової Тетяни, Башлакової Юлії.

Я підтверджую, що я ознайомлений(а) з умовами тестування, розумію їх і добровільно погоджуюся пройти тестування.

Підпис: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**Додаток 3**  
**Excel-таблиця з аналітикою**

Таблиця містить вкладки, тому зручніше перейти на Гугл-диск за QR посиланням. Інформація є власністю ГО «Інститут Людинознавства»; її використання без дозволу Інституту Людинознавства не дозволено.

