

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

Кафедра психології

Башлакова Юлія Володимирівна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

Застосування психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс
(АВК) «Символічні ряди» у комплексній реабілітації військових

053 «Психологія»

«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 Ю. В. Башлакова

Науковий керівник Васильченко Ольга Миколаївна,
доктор психологічних наук, професор

Науковий консультант Вигдорчик Михайло Ілліч,
кандидат медичних наук

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ГЛИБИННО ПСИХОЛОГІЧНИХ РІВНІВ ОСОБИСТОСТІ.....	10
1.1. Аналіз теоретичних поглядів на глибинно психологічні рівні особистості в психодинамічному підході	10
1.2. Архетипи і символи як феномени несвідомого	21
1.3. Психофізіологічна реабілітація особистості з розладами, зумовленими тривогою, стресом, травмою	30
Висновки до розділу 1	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ АУДІОВІЗУАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС (АВК) «СИМВОЛІЧНІ РЯДИ»	46
2.1. Дизайн емпіричного дослідження впливу АВК на глибинно психологічні рівні особистості	46
2.2. Обґрунтування методів емпіричного дослідження впливу АВК на глибинно психологічні рівні особистості	53
2.3. Аналіз особливостей досліджуваної вибірки	68
Висновки до розділу 2	80
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АВК «СИМВОЛІЧНІ РЯДИ» У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ.....	82
3.1. Аналіз вибору символів МВАС і виявлення структурних архетипових комплексів.....	82
3.2. Встановлення ефективності застосування психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» у комплексній реабілітації військових	93
3.3. Рекомендації щодо застосування психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» у комплексній реабілітації військових	108
Висновки до розділу 3.....	114
ВИСНОВКИ	115
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	119
ДОДАТКИ	141

ВСТУП

Актуальність роботи. Робота присвячена дослідженню впливу психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс «Символічні ряди» на глибинно психологічні рівні особистості при її застосуванні у комплексних програмах психофізіологічної реабілітації.

На глобальному світовому рівні відмічається значуще погіршення статистики психічних розладів широкого діапазону. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожна шоста людина у світі страждає на той чи інший психічний розлад, що становить понад 1, 2 мільярда осіб. У 2019 році 301 мільйон людей у світі мали тривожний розлад, що робить тривожні розлади найпоширенішими серед усіх психічних розладів. Зростання кількості випадків тривожних та депресивних розладів упродовж першого року пандемії COVID-19 оцінюється у 25 %. Поширення розладів психічного здоров'я є значно вищим серед біженців, яких станом на 2021 рік у світі було близько 84 мільйонів. Під час війни в Україні за оцінками Міжнародної організації з міграції (МОМ) 7,9 мільйонів українців отримали тимчасовий захист в інших країнах, тоді як внутрішньо переміщених осіб – більше 6,5 мільйонів.

Порушення психічного здоров'я мають значні наслідки для економіки. За оцінками Міжнародної організації праці (МОП), більше 1 трильйону доларів і 12 мільярдів робочих днів щороку складають витрати глобальної економіки внаслідок зниження продуктивності працівників через депресивні та тривожні розлади. Втрата продуктивності та інші непрямі витрати суспільства навіть в країнах з високим рівнем доходу перевищують бюджети на охорону здоров'я і стають занадто високими альтернативними витратами в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. В Україні ситуація ускладнюється через велику кількість зруйнованих або пошкоджених медичних закладів, яка на початок 2024 року становила понад 1700. За даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), у 2023 році понад 9 мільйонів осіб потребували психологічної реабілітації. Ветерани і діючи

військовослужбовці стикаються з розладами депресивного спектру, дисоціативними і тривожними розладами, розладами адаптації, ПТСР, КПТСР, різними видами залежностей, які в українських реаліях ускладнюються наслідками мінно-вибухових травм. Своєчасна ефективна комплексна психофізіологічна реабілітація постраждалих стала ключовим викликом для системи охорони здоров'я.

Теоретико-методологічну основу роботи склали: глибинно психологічний підхід до розуміння психіки (З. Фрейд, К. Г. Юнг, С. Шпільрейн, Л. Сонді, Н. Мак-Вільямс, Ю. Мединська та ін.); дослідження проблеми несвідомого, феноменів архетипу і символу (З. Фрейд, К. Г. Юнг, Е. Нойман, Р. Азіз, М. Марк, К. Пірсон, Ч. Оскуд, Н. Мак-Вільямс, Е. фон Гартман, Р. Картрайт, А. Еман, С. Кримський, О. Колесник, К. Бабенко, Н. Ковтун, М. Дідух, Д. Дроздова, О. Донченко, Ю. Мединська, І. Сингаївська, М. Міщенко, Т. Новаченко, Л. Перевязко та ін.); дослідження з нейробіології і психофізіології (Р. Сапольскі, Г. Сельє, С. Порджес, О. ван дер Харт, Ф. Шапіро, Е. Паркінс, А. Ревонсуо, М. Солмс та ін.); положення психодинамічної теорії, загальної і клінічної психодіагностики (К. Леонгард, М. Люшер, Ф. Юттнер, Б. Зейгарник, М. Вигдорчик, А. Фурман, Н. Родіна, О. Гриценко та ін.); підходи до дослідження психічних станів і реакцій людини в стресових ситуаціях (Д. Брейер, Г. Ле Бон, Б. ван дер Колк, Т. Вебер, А. Джаванбахт, О. Романчук, М. Корольчук, О. Гарт та ін.); дослідження з психофізіологічної реабілітації (З. Кісарчук, Т. Титаренко, С. Дж. Гордон, М. Дж. Фрідман, Л. Гребінь, Д. Вельтищев, І. Лінський, О. Шелестова, К. Возніцина та ін.).

Аналіз теоретико-методологічних джерел з досліджуваної проблеми виявив значну кількість теоретичних напрацювань і практичних методів психореабілітації при лікуванні невротичних і стресових розладів. Разом з цим, підтверджено, що, по-перше, не існує універсального метода лікування зазначених розладів, а існуючі методи демонструють обмежену ефективність; по-друге, у психологічній науці все ще недостатньо вирішена проблема

діагностики, профілактики та лікування психологічних розладів в умовах масштабних криз. Також важливо зазначити, що питання дослідження глибинно психологічних рівнів особистості, зокрема несвідомого, архетипічного змісту психіки і механізмів його символізації в контексті психологічної травми залишається відкритим та актуальним.

Досвід пандемії сприяв переходу до дистанційного надавання певних психологічних послуг, а прискорена діджиталізація створює нові можливості для психофізіологічної реабілітації і частково вирішує проблему доступності, масштабування, економічної ефективності лікування, адаптації винайдених технологій під індивідуальні потреби особистості. Вищевказане зумовлює важливість обґрунтування застосування інноваційних терапевтичних технологій в комплексі з вже існуючими психотерапевтичними і лікувальними підходами.

Мета дослідження – теоретично та експериментально обґрунтувати вплив Аудіовізуального комплексу (АВК) «Символічні ряди» на архетипові комплекси глибинно психологічного рівня особистості.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз глибинно психологічних рівнів особистості та їх динаміку у відповідь на стрес і психологічну травму.
2. Обґрунтувати наявність архетипових комплексів в структурі несвідомого і визначити поняття структурного архетипового комплексу.
3. Здійснити аналіз особливостей вибору архетипових символів при розладах адаптації, стресових і невротичних розладах.
4. Емпірично дослідити особливості впливу Аудіовізуального комплексу (АВК) «Символічні ряди» на глибинно психологічні рівні особистості при терапії розладів адаптації, стресових і тривожних розладів.
5. Розробити рекомендації стосовно практичного застосування психотерапевтичної технології «Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди»» в психофізіологічній реабілітації особистості.

Об’єкт дослідження – психофізіологічна реабілітація особистості.

Предмет дослідження – психотерапевтична технологія Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди».

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження та реалізації завдань використано комплекс методів: теоретичні – аналіз науково-методичної літератури, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння для розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми; емпіричні – удосконалення підходу до інтерпретації результатів окремих методик та інтегральної інтерпретації результатів комплексу методик відповідно до завдання дослідження, анкетування, інтерв’ю, пілотажне дослідження, констатувальний і формувальний експеримент.

Для емпіричного дослідження застосовано: опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) для визначення рівня генералізованої тривоги; шкалу депресії PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) для виявлення депресивних тенденцій; шкалу оцінки ПТСР PCL-5 (адаптований PTSD Checklist for DSM-5) для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу; методику Акцент-2-90 (модифікація опитувальника Шмішека- Мюллер) для диференціації акцентуацій і способу соціальної адаптації особистості; модифікований Міннесотський багатофакторний опитувальник особистості (модифікований ММРІ/МБДО) для диференціації психопатологічних симптомів і внутрішньої динаміки психічних процесів; метод колірних виборів Люшера для визначення мотиваційних чинників та особливостей емоційної сфери особистості; метод портретних виборів Л. Сонді (Test-Szondi) для вимірювання динаміки психопатологічних елементів та тенденцій розвитку особистісної дезадаптації, метод вибору архетипових символів (МВАС) для дослідження психологічних феноменів стресових і невротичних розладів.

Обробка статистичних даних здійснювалася за допомогою статистичних програм для IBM SPSS Statistics 26.0 із застосуванням методів варіаційної та багатомірної статистики, лінійної і нелінійної регресії, аналізу мір

центральної тенденції, частотного, факторного, кореляційного, категоріального аналізу основних компонент і аналізу модерації, критеріїв Мана-Уїтні, Уїлкоксона, параметричного критерію *t*-Ст'юдента, критерію кореляції Спірмена.

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів:

уперше:

- запропоновано, теоретично-методологічно та експериментально обґрунтовано інноваційну психотерапевтичну технологію Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди»;
- запропоновано модель формування травми в психодинамічному підході;
- визначено особливості структурних архетипових комплексів при розладах адаптації, стресових і тривожних розладах;

удосконалено:

- підхід до комплексної діагностики психоемоційного стану особистості, що перебуває в умовах тривалого надмірного стресу;

дістало подальшого розвитку:

- концепція глибинно психологічних рівнів особистості в психодинамічному підході;
- визначення сутності проблеми розвитку і лікування розладів, обумовлених тривогою, стресором і травмою;
- обґрунтування і практичне застосування психодіагностичної методики «Метод виборів архетипових символів» (МВАС).

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у тому, що ключові ідеї дослідження, розроблена методологія діагностики психоемоційного стану особистості та психотерапевтична технологія Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» можуть бути використані фахівцями мультидисциплінарних команд: психотерапевтами, клінічними психологами і лікарями-психіатрами – для діагностики та психофізіологічної комплексної реабілітації військовослужбовців, ветеранів і членів їх родин.

Теоретичні напрацювання можуть бути включені в програму викладання основ психодіагностики та психотерапії у вищій школі та спеціалізованих програмах для підвищення фахової кваліфікації [Дод. Н].

Експериментальна база дослідження:

Державна установа «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України», м. Київ, відділення реабілітації військових; Комунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня «Психіатрія»», м. Київ, відділення реабілітації військових; Центр складного ендопротезування, остеointegraції та біоніки «Титанові», м. Київ.

Апробація результатів дослідження, власні публікації з теми дослідження. Основні положення і результати досліджень були апробовані на наступних науково-практичних конференціях: I Форум «Рух до системи та послуг із психічного здоров'я майбутнього: досвід України з розбудови спроможностей, відновлення та удосконалення» (м. Київ, 18-20 жовтня 2023 року, Організатори: WHO, Координаційний центр з психічного здоров'я при Кабінеті міністрів України); XII Форум розвитку громадянського суспільства «Що дасть нам силу» (м. Київ, 5–6 грудня 2023 року; організатори: ICAP Єднання, USAID, ПРООН, Міжнародний фонд «Відродження» та ін.); Міжнародний науково-медичний мультдисциплінарний форум «Від травми до відновлення» (м. Київ, 22 березня 2024 року; організатор Національна наукова медична бібліотека України); Науково-практична конференція «Посттравматичне суспільство: відновлення довіри» (м. Київ, 25- 26 травня 2024 року; організатори: Українська психологічна Асоціація, Факультет Психології КНУ імені Тараса Шевченка, Українська асоціація реляційного психоаналізу та психотерапії, Інститут реляційного психоаналізу, психотерапії та групових процесів).

Програмний комплекс «ДОДОМУ» для психодинамічної діагностики психоемоційного стану та соціальної адаптованості особистості та психотерапевтична технологія Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» впроваджено у програму діагностики та реабілітації Відділення

реабілітації №5 Клінічної лікарні «Психіатрія», м. Київ. Акти впровадження № 5158, №5159 від 20.06.2024 року [Дод. П, Р].

Публікації: Башлакова, Ю.; Васильченко, О. Інноваційні психотерапевтичні технології в комплексній реабілітації при стресових і тривожних розладах. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку, Україна, гру. 2023. Наявна у: <<https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1924>>.

Особистий внесок здобувача. Здобувачка є співавтором сценарію АВК (Авторське свідоцтво №117280 від 20.03.2023 р.), співрозробницею програмного комплексу «ДОДОМУ» для онлайн-діагностики психоемоційного стану особистості (Авторське свідоцтво №117281 від 20.03.2023 р.), безпосередньо брала участь у розробці комплексу та експериментальному дослідженні.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (173 найменування) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 168 сторінок, основний обсяг – 115 сторінок. Робота містить 7 рисунків (схем), 12 додатків (на 30 сторінках).

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ГЛИБИННО ПСИХОЛОГІЧНИХ РІВНІВ І ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Аналіз теоретичних поглядів на глибинно психологічні рівні особистості в психодинамічному підході.

Глибинна психологія – напрямок психології, в якому надається особливого значення несвідомим процесам для пояснення поведінки людини. Центральним припущенням глибинної психології є наявність в структурі психіки глибинних рівнів, в яких відбуваються динамічні процеси, що недоступні свідомому спостереженню і контролю, і які суттєво впливають на свідому психічну діяльність особистості.

Пізнання глибинних рівнів психіки людини потребує розкриття як функціональних особливостей несвідомого, так й аспектів його зв'язків зі свідомістю, які можна об'єктивувати науковим інструментарієм. Проблема сутності психічного полягає у взаємодоповненні і суперечливості сфер свідомого та несвідомого. Наукове пізнання свідомого та несвідомого оперує різними мовами – мова когнітивних наук побудована на чіткій логіці, визначених поняттях, термінології та емпірично-статистичних методах дослідження, при описі несвідомих процесів віддається перевага метафоричному та міфологічному способу мислення, теоретичним конструктам та емпіричним результатам, які складно верифікувати. Вочевидь, що у змістовних межах нашої роботи неможливо проаналізувати великий обсяг матеріалу глибинної психології, тому зосередимось на тих положеннях і поняттях, які визначають теоретично-методологічне поле нашого дослідження. До таких понять відносяться: *структура психіки, індивідуальне, родове (сімейне), колективне несвідоме, психодинаміка, архетип, символ.*

Структурний зріз психіки визначає її вертикальні рівні. За З. Фрейдом психіка людини має наступну ієрархічну структуру: Супер-Его (совість), Его

(свідомість) та Ід (Воно, несвідоме). Ім'ям «Его» вчений позначив комплекс функцій, за допомогою яких індивід здатний адаптуватися до вимог соціального середовища, керувати власними прагненнями. Его функціонує у відповідності до принципу реальності та обумовлює вторинний процес мислення – послідовного, логічного пізнання. Его містить як свідомі, так й несвідомі аспекти: самість і захисні механізми. «Супер-Его» З. Фрейд визначив як частину, яка спостерігає та оцінює те, що відбувається, з точки зору моралі, критикує, карає, здійснює цензуру та підпорядковується ідеалізованим уявленням про реальність. Терміном «Ід» З. Фрейд позначив ту частину психіки, яка містить інстинкти, що біологічно детермінуються, придушені прагнення та бажання, імпульси, ірраціональні прагнення і фантазії, сексуальну енергію «лібідо». З. Фрейд описував Ід як «особливу сферу з її власними бажаннями, способами вираження та особливими психічними механізмами» [96]. Психічний зміст Ід виринає на поверхню свідомості опосередковано через образи та символи в сновидіннях, помилки пам'яті, обмовки, невротичні симптоми та творчі акти. З. Фрейд неодноразово наголошував, що визначальними для психічного наповнення індивідуального несвідомого є ситуації дитинства; а основний конфлікт у структурі особистості виникає між «Супер-Его» та «Воно», тобто між мораллю, сумлінням та інстинктами.

З. Фрейд був першим, хто розробив поняття несвідомого. Теорія з часом зазнала значної трансформації. К. Г. Юнг зауважив, що «спершу поняття несвідомого обмежувалося означенням стану витіснених і забутих змістів. У Фрейда несвідоме хоча й – принаймні метафорично – вже постає як дієвий суб'єкт, та є, по суті, місцем збору саме цих змістів, і лише завдяки їм має якесь практичне значення. ... втім вже Фрейд звернув увагу на властивий несвідомому архаїчно-міфологічний спосіб мислення» [82, с. 2]. Одним із важливих переглядів теорії Фрейда стала Я-психологія, заснована на роботах Г. Когута, яка змістила свої ключові концепції з інтрапсихічного на реляційне несвідоме з когнітивного «Я» на «Я», котре опрацьовує емоції. Українська

дослідниця Ю. Мединська порівнює індивідуальне несвідоме з «алхімічною посудиною, в котрій змішуються одиничне із всезагальним, індивідуальне з універсальним, а народжене в результаті свідчить про постійний рух і розвиток [44, с. 80]. К. Г. Юнг розширив концепцію несвідомого та ввів у наукову царину поняття *колективного несвідомого*, позначивши його як «частину психіки, яку можна протиставити особистому несвідомому через те, що свою екзистенцію воно не завдячує особистому досвіду, а тому й не є особистим надбанням ... змісти колективного несвідомого ніколи не були у свідомості, а тому й не були індивідуально здобутими, і своїм існуванням завдячують виключно спадковості» [81, с. 88]. Колективне несвідоме має архетипичні основи та складається з праформ, які можна усвідомити лише вторинно, й у структурі психіки становить глибинний, фундаментальний рівень.

В аналітичній юнгіанській моделі виділяють три сфери психіки: свідоме, індивідуальне несвідоме та колективне несвідоме. Сфера свідомості, в свою чергу, включає рівень свідомого, саму свідомість та Его-комплекс. Рівень свідомого змістовно наповнюється відчуттями і почуттями, що усвідомлюються в поточний момент часу.

Поняття *перцепція* (від лат. *perception* – сприйняття) позначає просту форму пізнання дійсності або враження. Її сутність полягає у формуванні суб'єктом уявлень про предмети та явища (об'єкти) в їхній стійкій системній цілісності (інтегрованих образах). Фундаментальною властивістю свідомості є інша форма пізнавальної діяльності – *апперцепція* (розпізнавання світу) – сприйняття, що залежить від досвіду, актуальних потреб, наявних уявлень, настанов, волі, спонукань несвідомого, понятійного апарату індивіду. Ця вища форма має зв'язок із самосвідомістю. Его розглядається як центральна сфера свідомості і суб'єкт її особистісних актів, що поєднує соматичні і психічні компоненти.

Вагомий внесок у розвиток ключових ідей К. Г. Юнга зробила С. Шпільрейн, емпірично обґрунтував теорії комплексів К. Г. Юнга.

Дослідниці також належить вперше сформульована й емпірично підтверджена гіпотеза про філо- та онтогенез психіки в результаті «комплексного зрощення», згідно з якою, психіка людини апіорі не являє собою цілісної єдності, а є сукупністю безлічі порівняно незалежних комплексів. Концепція колективного несвідомого набула розвитку в роботах А. Гуггенбюль-Крайга, Дж. Холліса, Р. Стейна, Д. Уїльямса, Е. Кейсі, Дж. Хіллмана, М. Еліаде, М. Якобс та ін. Сучасний психоаналітик Н. Мак- Вільямс вважає неможливим відокремити індивідуальне та колективне несвідоме. Вчена наголошує, що Его не здатне в силу своєї природи безпосередньо асимілювати архетипічний зміст; інтеграція можлива лише через обробку його змісту фантазією, надання йому суб'єктивно значущого значення [120].

Л. Сонді запровадив поняття *родового (сімейного) несвідомого*, шар якого, на думку вченого, розташований між індивідуальним і колективним несвідомим. В теорії долеаналізу ця частина несвідомого містить пригнічувані домагання предків, які визначають долю людини за допомогою несвідомо скерованих актів вибору в коханні, дружбі, професійній діяльності, способі життя. Структура долеаналізу представлена на рис. 1. 1.

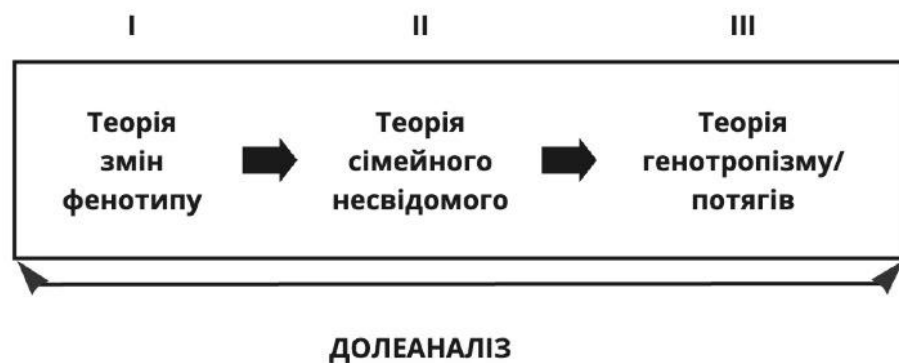


Рис. 1. 1. Структура теорії долеаналізу.

Глибинна сфера в долеаналізі Л. Сонді являє собою цілісну, ієрархічно організовану структуру, елементи якої взаємопов'язані. В центр психології Л. Сонді поставив поняття «долі», яке охоплює все, що стосується людського

життя за аналогією з архетипом, а людина розглядається як частково відкрита система, яка з одного боку звернена до несвідомого (генетично обумовленого), а з іншого – в бік соціальних відносин і піддана впливу зовнішнього середовища [155; 156]. В процесі зростання зрілості «Я» отримує шанс обирати, орієнтуючись на свої можливості, й тим самим реалізовувати свою свободу попри нав'язану, зумовлену спадковістю долю. Вибір в долеаналізі розуміється як спосіб дії родового несвідомого. Значущим поняттям теорії долеаналізу в аспекті вибору є *генотропізм* – різновид тропізму, що володіє енергією, яка зумовлена генетичними факторами та притягує людей один до одного за принципом «родичів по спадковій лінії». За переконанням Л. Сонді, в глибинах психіки знаходяться вісім основних потреб або «радикалів долі», на яких базується уся психічна регуляція особистості [155; 156]. Вчений визначив чотири вектори потреб, кожен з яких має два фактори, кожен з факторів, в свою чергу, проявляється двома тенденціями: сексуальний (ерос і танатос, ставлення до близькості та ставлення до змін, руйнування реальності); морально-етичний (каїнові та авелівські тенденції, приховати – показати); потяг «Я» (включення – виключення, розширення «Я» – перенос розширення на світ); потяг до контактів (пошук або фіксація, зчеплення або розрив). Система потреб є діалектичною, що означає, що дві потреби завжди постають як взаємодоповнюючі протилежності, але діють як єдине ціле. Потреби мають чотири основних характеристики: джерело (тіло), ціль (задоволення потреби, зниження напруження), об'єкт (за допомогою якого задовольняється потреба) та силу (енергія потягу, зарядженість, рівень напруженості). Потреби конфліктують і конкурують між собою в середині особистості за оволодіння зовнішнім об'єктом задля реалізації у зовнішньому світі.

Сучасні долеаналітики наголошують, що долеаналіз розкриває вплив тонких вимог сімейної психологічної спадщини, вбудованої в сімейне несвідоме, на поточне життя людини, й саме завдяки йому можна розпізнавати, які інстинктивні потреби лежать в основі тих чи інших дій,

пояснювати дії, бажання та мрії глибоко психологічно [115; 157]. Усвідомлення спадкового потенціалу створює для особистості можливість для його активації.

Частина досліджень і теоретичних напрацювань зв'язує поняття несвідомого з нейробіологічними процесами людини. А. Еман у своїх роботах зазначає, що один з рівнів еволюційного розвитку людини контролюється загальнолюдським генофондом (gene pool). Дослідник назвав його прототипом або більш нейронауковою версією теорії К. Г. Юнга про архетипи [127]. Ключовим чинником подолання стресу та посилення захисних механізмів, на думку А. Емана, «... є збільшення контролю над територією» [128]. Д. Пітерсон вказує на те, що в ситуаціях небезпеки у людини знижується самоконтроль, і відбувається «заміна» внутрішнього свідомого на несвідоме, що призводить до переспрямування людської поведінки. Цей механізм неодноразово досліджено в психофізіології: «людиною оволодівають реакції, якими вона свідомо не може керувати, і чим більш раптово виникає загроза та менш готова до неї людина, тим болісніше вона сприймається. Мовою нейробіології, «людина з'являється на невідомій території, повної можливих загроз» [132]. Психофізіолог Є. Соколов, досліджуючи рефлексорні механізми мозку та моделювання когнітивних процесів, позначає комплексну поведінку особистості, що включає інстинкти, почуття, генетично обумовлені потяги (спонукання), типові ідеї, що зберігаються у культурі та засвоюються людиною під час її поступової інтеграції у певне ментально-культурне середовище, – «архетиповою, тобто такою, яка сформувалася й існувала протягом усієї історії людства» [151]. Зазначені ідеї розвивають українські науковці І. Сингаївська і М. Кабрель, наголошуючи, що «... у нервовій системі людини, як й у зовнішньому світі, на суб'єктивному рівні є «досліджена» (відома людині) та «недосліджена (невідома) територія» [66].

Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок, що визначення несвідомого не є однозначним в глибинної психології, проте спостерігається однастайність у розумінні того, що безпосередні й опосередковані дії

несвідомого проявляються у широкому діапазоні: від елементарних психічних актів до активної творчості – та суттєво впливають на поведінку особистості. Важливим аспектом є також припущення, що несвідомі процеси можуть працювати за іншими правилами, ніж свідомі. Зокрема, перцептивні гіпотези активуються автоматично, якщо у несвідомому виявляється відбиток, запис з будь-якою з їхніх ознак [159].

Важливим об'єктом дослідження глибинно психологічних рівнів психіки є їх *динаміка*. Рівновага – плинний стан, який розглядається у природничих науках як прагнення живої системи врівноважити ентропію (міра хаосу і невизначеності) та негентропію (міра впорядкованості або якості наявної у системі енергії) для самозбереження [148]. Мовою психології зазначене можна описати як намагання особистості узгодити власний внутрішній і зовнішній досвід, яке створює стан постійної «нерівноважної рівноваги» та коливання біля умовної точки рівноваги. Концепція психіки як системи, що динамічно змінюється, поступово стає пріоритетною для психології. Одним з постулатів юнгіанської теорії є твердження про наявність компенсаторних відносин свідомого та несвідомого, а «психіка як енергетична система компонентів свідомого та несвідомого рівнів розглядається у вигляді утворення, здатного до саморегуляції. Для всіх ексцесів – надмірної стимуляції чи, навпаки, депривації потреб – одразу вмикаються компенсаторні процеси, свідомі установки урівноважуються діаметрально протилежними несвідомими» [43, с. 56]. Н. Мак-Вільямс наголошує, що саме увага до патернів, що змінюються (осцилюючих), робить аналітичне розуміння багатшим і клінічно доречнішим ніж діагностичні ознаки та зведені оцінки міжнародних класифікацій розладів. Люди, на думку вченої, «демонструють якості, що виражають обидва полюси будь-якого окресленого в них виміру» [120]. Дослідниця зазначає, що інтенсивно виражені риси особистості, які протирічать одна другій, співіснують у психіці, отже динаміка не є патологією, навпаки найчастіше вона сприяє психологічному розвитку або адаптації особистості до мінливих умов навколишнього світу, а парадокси характеру є

природними для людини. Н. Мак- Вільямс також вказує на наявність внутрішніх ядерних «скриптів», які обумовлюють психічні захисти та особистісні конфлікти, й водночас розширюють автономію, свободу вибору та здатність опановувати власну поведінку шляхом усвідомлення самого факту їх наявності та розуміння того, яким чином було набуто саме таку комбінацію тенденцій.

На думку послідовника Л. Сонді Ф. Юттнера, спонукальні тенденції в психіці динамічно змінюються та адаптуються до навколишнього середовища. Зміни можуть бути спричинені впливом оточення, сімейного способу життя, повідомлених потреб інших людей, особистої чи загальної долі, нарешті, вони можуть змінитися з віком [113]. Потреби постійно знаходяться у русі, прагнуть реалізуватися, в той час, як їх «застрягання» означає фіксацію і втрату динаміки. Дослідник назвав це «аксіомою модуляції». Іншим джерелом динаміки Ф. Юттнер називає напругу або енергію потягів, яка виникає через полярність прагнень і потреб. Саме напруга потягів забезпечує динаміку в усіх неусвідомлюваних або частково усвідомлюваних діях. Переривання або порушення взаємодоповнюваності між протилежними полюсами призводить до порушення психічного балансу та функціонування психічних рівнів.

Психодинамічна схема формування поведінки індивіда вперше запропонована українським дослідником М. Вигдорчиком у дисертаційній роботі «Методи психодинамічної психодіагностики в комплексному медичному огляді моряків» [11]. Відповідно до цієї схеми несвідомі потяги та інстинкти формують актуальні несвідомі потреби, які, у свою чергу, поряд з вимогами соціального середовища та моральними установками приймають участь у створенні психологічних захисних механізмів. Між рівнями несвідомого немає чітких кордонів (меж), рівні переходять один в інший, і між ними існують зв'язки. Як зазначає Ю. Мединська, «універсальні психічні образи «зріють» у колективних глибинах і, набувши достатньої інтенсивності, «впливають на поверхню» індивідуального несвідомого, структурують певним чином наявний там матеріал, а далі виникають в індивідуальній

свідомості» [44, с. 80]. Доповнимо, що згідно психодинамічної схеми формування поведінки особистості, психічні універсалиї проходять крізь родове несвідоме та змінюються, заряджаються енергією генетично обумовлених потреб предків по роду. Глибинне пізнання у психодинамічній парадигмі спрямоване на вивчення провідних тенденцій в їхньої суперечливості, латентних процесів, у яких домінують нереалізовані потреби і прагнення, витіснень, зумовлених життєвими обставинами, й іманентної впорядкованості логіки несвідомого. Ми доповнили схему розшаруванням сфери несвідомого на індивідуальне, родове (сімейне) та колективне [рис. 1. 2.].

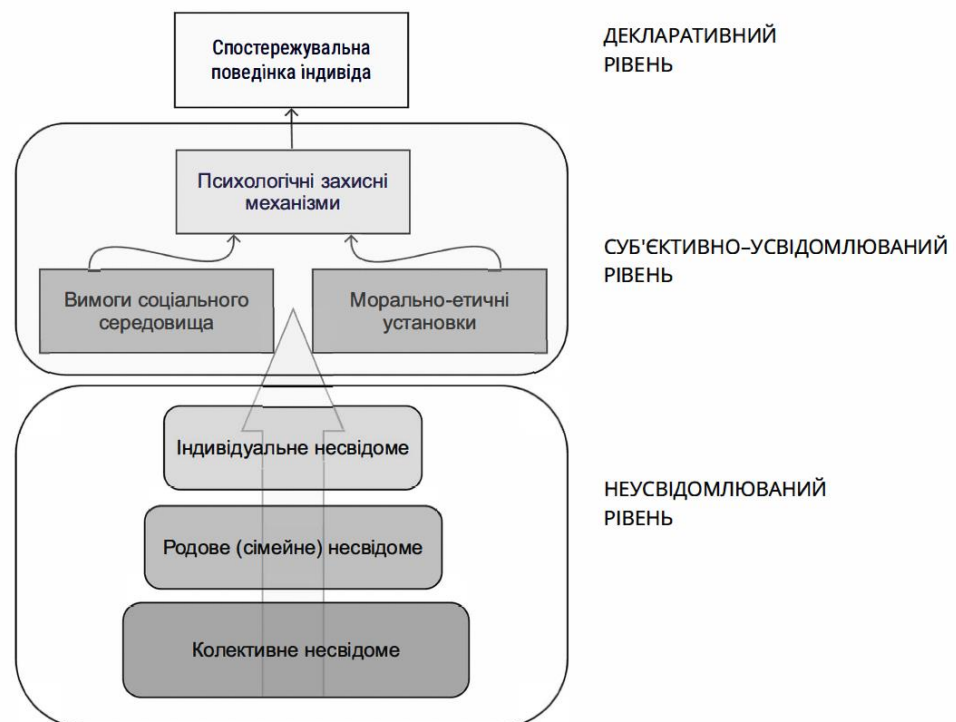


Рис. 1. 2. Психодинамічна схема формування поведінки індивіда.

На сучасному етапі розвитку психології проблема пізнання глибинних психічних процесів набуває нового значення на тлі наукових проривів в області нейробіології і психофізіології, розширення технологічних можливостей експериментальних досліджень, розвитку штучного інтелекту та загострення масштабних криз і воєн, які посилюють у людства відчуття невизначеності та екзистенційної тривоги. Науковий дискурс розвивається

навколо проблеми «науковості несвідомого». Критики сучасного психоаналітичного підходу нарікають на недосконалість стандартів психологічної науки, зокрема дослідник Д. Ло Діко, спираючись на низку наукових робіт, порушує питання виправданості звернення до несвідомого та до тих висновків, які воно передбачає, при тому, що несвідоме є теоретичним поняттям, еквівалентним тим, що використовуються у фізиці та інших науках для опису неспостережуваного світу, який лежить в основі спостережуваних явищ [117]. Таким ствердженням апелюють дослідники, які розрізняють теорії, пов'язані з когнітивною психологією, та психодинамічні підходи до дослідження проблеми несвідомого й зазначають, що когнітивні теорії розглядають підсвідомі елементи, автоматичні послідовності та схеми пізнання людського розуму подібно до програмно-обчислюваних пристроїв, які обробляють інформацію, отриману із навколишнього середовища, в той час, як психодинамічне поняття несвідомого обертається навколо таких понять, як конфлікт і захисні механізми, й часто пов'язано з клінічним або психотерапевтичним контекстом [100; 101; 130]. Хвиля досліджень, присвячених суб'єктивному виміру людського досвіду, дає вагомі підстави вважати, що суб'єктивні чинники взаємодіють з об'єктивними (середовищними) факторами у науково строгий спосіб, а сприйняття фізичної реальності потужно та несвідомо вмотивоване суб'єктивними факторами та не може бути зрозуміле окремо від них, лише як абстракція, позбавлена будь-якого реального змісту [163; 164]. Поняття несвідомого, з психодинамічного погляду, виходить за межі пасивного автоматичного оброблення інформації, деякі його змісти «проштовхуються» до свідомості та виринають у символічній формі, отже несвідоме активно бере участь у формуванні психічного життя особистості та проявляється у сновидіннях, символічній поведінці, фантазіях, галюцинаціях, обмовках, похибках і лише здається випадковим.

Здатність особистості адаптуватися до складного соціально-емоційного середовища та пристосовуватися до власних внутрішніх станів, що динамічно

змінюються, частково ґрунтується на несвідомих афективних і свідомих когнітивних процесах [137]. «Особистість» означає індивідуальний тип адаптації та спосіб життя людини, який є результатом «конвергенції конституційних факторів, розвитку та соціального і культурного досвіду. Деякі з цих процесів є свідомими і переживаються як добровільні; інші є несвідомими, автоматичними і не піддаються самоаналізу (за поширеною нині термінологією, вони є «імпліцитними»)» [137]. Отже, значуща (особистісно чи ситуативно) частина інформації, яка поступає через різні канали сприйняття, проходить внутрішню цензуру, тобто оцінюється і фільтрується захистами психіки. Свідомість сприймає інформацію, яка найбільше відповідає її когнітивному розумінню; проте у стресовому стані така інформація сприймається здебільшого емоційною сферою. Більша ж частина того, що може бути оціненим, викликати супротив чи збудження або сформувані судження, не доходить до рівня свідомості та залишається неусвідомленою, якщо немає достатньо часу і безпечного простору для опрацювання таких реакцій на когнітивному рівні. Зазначене ілюструє складність психоаналітичного поняття латентності, тобто елементів психіки, які не відразу з'являються в актуальній свідомості. Несвідомі змісти залишаються несвідомими з міркувань захисту та стабілізації психіки. Основний аргумент, сформульований ще у роботах З. Фрейда, полягає в тому, що концепція несвідомого необхідна для того, щоб пояснити психологічні явища та віднайти спосіб лікування психопатологічних проявів.

На нашу думку, прогресивною є «нейропсихоаналітична» концепція несвідомого, яка поєднує психоаналітичне мислення і досвід з результатами нейронаукових дисциплін і створює підґрунтя для продуктивного діалогу між психоаналізом і нейронаукою [136; 104; 105; 123; 126; 138; 147; 152]. Наше розуміння того, яким чином зовнішнє (психотерапевтичний вплив) може змінити внутрішнє (біологію) і відповідно – здоров'я і системи, що організують поведінку, – все ще має безліч прогалин. Завдання інтеграції нейронаукових знань у психологічні підходи досі вважається викликом

підвищеної складності, але водночас є необхідною та перспективною роботою, спрямованою на зниження людських страждань і покращення якості лікування психопатології. Оскільки наука продовжує досліджувати несвідоме, постають два критично важливих питання: 1) Чи можна навмисно підняти несвідомі імпульси, бажання та почуття до рівня свідомого «Я», і якщо так, то чи призведе розкриття несвідомих механізмів до справжнього самопізнання або розширення можливостей людини, зокрема відновленню після стресових і травмуючих подій? 2) Чи можемо ми методично звертатися до несвідомого, щоб спрямувати власну особистість на більш ефективне опрацювання життєвого досвіду, зокрема такого, що призводить до погіршення психологічного стану? Зазначені питання потребують дослідження двох значущих феноменів несвідомого – архетипу і символу.

1.2. Архетипи і символи як феномени несвідомого.

Поняття *архетип* (від давньо грецького ἀρχή – «початок» і τυπος – «відбиток, форма, зразок») має наступне лінгвістичне значення: прформа, прототип – первісна форма для наступних утворень; початкова форма чогось. У наукову сферу теорія архетипів була введена К. Г. Юнгом. Вчений позначив архетипи як примітивні, структурні елементи психіки – патерни поведінки, бачення світу, мислення, прості та фундаментальні образи, приховані в колективному несвідомому, які визначають загальну структуру особистості. На думку К. Г. Юнга, архетипи пов'язані не тільки з розумінням як таким, вони мають набагато вагоме значення, отже архетипи повторюють, розвивають схожий досвід переживань у різних поколіннях ... В архетипах міститься досвід усього людства, починаючи з найдавніших часів, вони є «необхідним корелятом ідеї колективного несвідомого та вказують на наявність у психіці певних форм, що є скрізь і завжди» [81, с. 89]. Архетипи структурують внутрішню реальність і розуміння себе, інших людей і систем, світу в цілому, оскільки є «неусвідомленим змістом, що змінюється, стаючи усвідомленим і сприйнятим: цей зміст зазнає змін під впливом тієї

індивідуальної свідомості, на поверхні якої він виникає» [81, с. 55]. Ці праформи активуються у несвідомому й здатні впливати на поведінку особистості. Автор також зазначив, що всі архетипи так чи інакше представлені в структурі кожної особистості.

Ідеї, описані К. Г. Юнгом, отримали розвиток і подальше теоретичне осмислення в роботах М. Еліаде, Д. Кемпбелла, Е. Ноймана, Р. Азіза та інших авторів, які досліджували теоретичні аспекти архетипів, їх види та прояви в різних контекстах. Послідовники К. Г. Юнга зазначають, що архетипи спонтанно з'являються у пам'яті, особливо на кризових етапах життєдіяльності індивіда. Отже, криза «відчиняє двері» у колективне несвідоме й дозволяє архетипам виразити ті глибинні аспекти особистості, які у звичайних умовах ховаються за свідомими процесами – як русло річки, що висохло, й по якому починає текти ІД-енергія [84]. Е. Нойманн стверджує, що «в архетипах слід вбачати інстинкти, виражені у формі образів, оскільки несвідоме репрезентує себе свідомості саме у формі образів» [125]. Вчений досліджує становлення свідомості через архетипічні стадії розвитку та дві функції – інтроверсію та екстраверсію. В якості робочої моделі архетипічного соціального простору, в якому здійснюється індивідуація особистості, Е. Нойманом обрано модель ієрархічно структурованого колективного несвідомого К. Г. Юнга. Автор вважає, що з точки зору психологічного розвитку індивіда онтогенез повторює філогенез, тобто індивідуальна свідомість людини має пройти ті ж самі архетипічні стадії, що визначають розвиток свідомості людства в цілому. Американська дослідниця Н. Мак-Вільямс зазначає, що Его не здатне безпосередньо асимілювати архетипічний зміст, отже інтеграція матеріалу, що надає індивідуальне несвідоме, має пройти через процес фантазування, персоналізації і наповнення суб'єктивно значущим змістом [120].

Новаторську типологічну модель архетипів запропонували К. Пірсон і М. Марк, які спроектували архетипи на категорію мотивації і корпоративну стратегію компаній. Дослідники показали, що бренди, які системно формують сенси на основі фундаментальних моделей найбільш культурно близьких їм

архетипів з подальшим вираженням їх у спосіб, що зачіпає універсальні почуття та інстинкти, мають надзвичайну життєву силу і стають символічними для різних культур і поколінь. Автори виділили чотири групи архетипів, які, на їх думку, відповідають задоволенню чотирьох базових потреб індивіда. Архетипи розташовані в чотирьох квадрантах на перетині двох мотиваційних осей: незалежність/реалізація (Шукач, Простодушний, Мудрець) – приналежність/задоволення (Славний малий, Коханець, Блазень) і ризик/майстерність (Герой, Бунтар, Маг) – стабільність/контроль (Турботливий, Творець, Правитель) [131]. У кожному архетипі автори виділяють кілька рівнів і тіньовий аспект, тобто підкреслюють, що архетипи мають дуальну природу – позитивну, творчу, конструктивну і негативну, руйнівну, деструктивну, й відповідно можуть активізувати продуктивну або тіньову сторону особистості, отже, архетипи дихотомічні за своєю природою.

У вітчизняної сучасної науці поняття «архетипу» є предметом детального аналізу переважно в аспектах етносу, ментальності, національної ідентичності, міфотворчості, фольклору, мистецтва та культури. За спостереженням О. Колесник, «все розмаїття філософсько-естетичних концепцій архетипу можна звести до трьох методологічних моделей розуміння феномену: а) як [...] духовно-онтологічної, трансцендентної реальності, визначальної по відношенню до матеріального світу; б) як психологічної, іманентної реальності; причому відмежування обох типів розуміння не є чітким, що робить логічним їх синтез; в) розуміння архетипу як відображення в людській душі об'єктивно існуючих структур буття, поєднання реального та ідеального, космічного та психічного. Паралелі можна знайти в усіх концепціях, що мають справу з поняттями Макрокосму та Мікрокосму» [34, с. 22]. Ю. Мединська зауважує, що «характерною рисою архетипів є форма їхнього прояву – вони повністю захоплюють психіку, змушують її функціонувати чином ... будувати ті чи інші проекції, переживати окремі почуття щодо себе, інших людей та взаємодії» [44, с. 60]. М. Дідух досліджує архетипічні уявлення та зміст етнічного несвідомого при розробці концепції

соціально-психологічних закономірностей етнічної індивідуації і зазначає, що «архетипи – це не власне образи, а схеми образів, їх першоджерела; вони мають не змістовну, а лише формальну характеристику. Зміст виникає тоді, коли свідомість людини заповнює його своїм матеріалом свідомого досвіду» [21, с. 18;]. О. Донченко описує архетипи як «кристалічні ґратки», які неявно, але потенційно присутні в маточному розчині та як радіацію, яка невидима і сигналізує про себе в свідомості через образи, ідеї, почуття, мрії, сновидіння, видіння [23]. Дослідниця констатує, що «непорушність архетипних образів не виключає, а навпаки передбачає їх динаміку та трансформацію адаптивного досвіду конкретного індивіда, через візуалізовану конкретизацію у відповідності з індивідуальними моментами психіки» [23, с. 154]. Принципово важливим є те, що в якості окремих елементів архетипи стають матеріалом для внутрішньої гри індивідуальної свідомості, а те, що є результатом цієї гри – тематичні поєднання, зміст, яким вони наповнюються, і значення, якого вони набувають – підлягає структуруванню і трансформації вже поза межами індивідуального життя, в культурної тканині суспільства протягом кількох поколінь. А. Фурман наголошує, що «у кожному суспільстві є специфічні умови для структурування суспільної свідомості: традиції, культура, мова, спосіб життя і релігійність, які утворюють своєрідну матрицю, в межах якої і формується національна ментальність» [74, с. 40]. Н. Ковтун розглядає архетип як історико-філософський феномен і простежує його інваріантність в тих сферах духовного життя людей, де мають місце прототипи і повторюваність, зокрема у міфології, релігії, мистецтві, культурі, філософії. Аналізуючи різноманіття концепцій архетипів дослідниця звертає увагу на трансформацію структурних складових архетипів, яка відбувається під впливом деструктивних факторів і процесів, і призводить до деактуалізації певних архетипів, їх тимчасового зникнення і повернення за умови формування сприятливого історичного і соціально-культурного ґрунту для їх активації на рівні як індивідуальної, так і колективної свідомості [32].

Видатний український філософ С. Кримський зауважує, що архетипи є особливим методологічним ракурсом, у якому завдяки перетворенню минулого у символ твориться смисл майбутнього [40]. На думку М. Дідуха, в часи суспільної нестабільності актуалізуються міфологізовані архетипи, оскільки через ототожнення з ними люди несвідомо підвищують суб'єктивну значущість етнічної ідентифікації, проживають кризу власних цінностей і переконань, адаптуються до нової реальності [21]. Дослідник звертає увагу на те, що «при соціальних катаклізмах можливі також «прориви» архетипу Тіні, за яких етнос поводить ся непередбачуваним, навіть для своїх представників, чином» [22, с. 71]. На етнокультуральному рівні архетип Тіні може проявлятися через заперечення певних негативних характеристик власного етносу та проекцію зазначених рис на інші культури, які у контексті трагічних подій сприймаються як ворожі. М. Міщенко досліджує функцію архетипів як культурних феноменів і наголошує, що саме «в культурному і мистецькому вимірі архетипи проявляють себе перш за все» [46, с. 90]. Художнє представлення архетипів у вигляді символів і образів виконує, з одного боку, функцію «перекладу» архетипічного змісту на мову сучасності, з іншого – функцію соціальної (колективної) пам'яті, оскільки «культурні архетипи є своєрідними когнітивними зразками, на які орієнтується індивідуальна поведінка, та в яких в скороченій формі зберігається родовий досвід» [46, с. 91]. Обґрунтовуючи характер архетипу компліментарності в суспільно-владних стосунках в українському суспільстві, Т. Новаченко зазначає наступне: «архетипи є «психічним конденсатом», що став невід'ємною спадщиною, яка з кожним поколінням потребує тільки пробудження, а не набуття. І що є вкрай значущим, суспільство має своєрідний механізм для відповіді на виклики за рахунок тих індивідуальностей, які досягли самоусвідомленості і прийняти на себе відповідальність за багатоголосся суб'єктивності, що присутня у її особистісному «Я» [49, с. 321]. Дослідниця стверджує, що складність, суперечливість та різноманітність соціальних процесів у сучасному світі пов'язана з поворотом від модерного до

постмодерного суспільства, а саме, до глобальної поліцентричності, антропоцентричності, динамізму, плюралізму, релятивізму. Її думку поділяють Н. Ковтун і А. Макарова, підкреслюючи актуальність дослідження специфіки виявлення архетипів у посткласичному світі соціальної «розірваності» [33, с. 146].

На основі проведеного аналізу теоретично-методологічних наукових матеріалів можна стверджувати, що вітчизняна академічна наука переважно зосереджена на теоретичних дослідженнях та обґрунтуваннях архетипічних структур, отже практична цінність поняття «архетип» не викликає сумнівів, але проблема діагностики архетипів залишається здебільшого поза увагою науковців. Проте К. Г. Юнг наголошував про необхідність «схопити той матеріал, який би уточнював ці форми» [81, с. 73]. Вчений зазначив, що таким джерелом є сни, які породжуються несвідомою психікою, та «активна уява», тобто фантазії, які породжує свідомою концентрація. У символічних образах, що містяться у зазначених джерелах, знаходиться енергія несвідомого, блокування якої може стати причиною різноманітних психічних порушень. Несвідоме має потужну психічну силу, тому ситуації, які викликають інтенсивну емоційну реакцію, при їх повторенні провокують виринання архетипічних мотивів, у такий спосіб архетип грає роль фактору, що спричиняє появу тих самих емоційно заряджених переживань.

Українська дослідниця К. Бабенко, посиляючись на усталені методологічні підходи до вимірювання різноманітних психологічних параметрів, порушує питання: «якщо зазвичай психологічний параметр вимірюється не безпосередньо, а через визначення його конструкту та опис ознак, що проявляються зокрема у поведінці, які, в свою чергу, діагностуються за допомогою опитувальників або проективних методик, що заважає таким самим чином вивчати прояв архетипів в структурі особистості?» [4; 5]. Отже, ключову ідею, яку ми будемо розвивати у нашому дослідженні, можна сформулювати наступним чином: виміряти колективне несвідоме неможливо,

тому що воно не диференційовано, але архетип є частиною колективного несвідомого, що може бути вимірною.

Предметом нашого подальшого аналізу є *символ* – феномен, тісно пов'язаний з проявами індивідуального і колективного несвідомого. Поняття «символ» походить від давньогрецького *σύμβολον* – «знак», «прикмета», «ознака» і має кілька значень: 1) умовне позначення будь-якого предмета, поняття або явища; 2) особливий різновид знаку, що замінює певну реальність; 3) форма виразу і передачі духовного змісту культури через певні матеріальні предмети чи спеціально створювані образи та дії, що виступають як знаки цього змісту.

Розглядаючи наукові підходи стосовно того, яке значення має символ у психології і психотерапії, необхідно, насамперед, звернутись до класиків психодинамічного підходу, які розуміють символ як інструмент міжособистісної і внутрішньоособистісної комунікації. Основи такого розуміння були закладені З. Фрейдом, який пов'язував з символами прояви психічного механізму, що дозволяє знімати психічне напруження, викликане затримкою в задоволенні інстинктивних потреб. Символ, на думку З. Фрейда, виступає як результат ілюзорного суміщення предмета інстинктивної потреби з властивостями зовнішніх об'єктів [72]. Якщо символи включаються в первинні психічні процеси, то їх зміст відривається від властивостей зовнішніх об'єктів і відображає сексуальні фантазії, що характерно, наприклад, для сновидінь або невротичних фантазій. Якщо символи включаються у вторинні психічні процеси, то їх зміст так чи інакше прив'язується до системи зовнішніх об'єктів. У цьому випадку символи сприяють адаптації та є інструментом творчої уяви. Служачи первинним процесам, символи забезпечують лише короточасне зняття психічної напруги, що характерно для психіки дитини, а також у випадку психічних розладів. Включення символів у вторинні психічні процеси веде до поступового усвідомлення людиною своїх потреб, а також до розвитку навичок комунікації та взаємодії з навколишнім предметним світом [97].

Інший погляд на природу і функції символів запропонував К. Г. Юнг, для якого вони являють собою природний та універсальний спосіб вираження психіки на самих різних стадіях психічного розвитку, включаючи й зрілу психіку. Вчений зазначає, що «символічний процес – це переживання образу та через образ. Його розвиток являє собою ритм заперечення і ствердження, втрати і здобування, світла і темряви. Його початок майже завжди характеризується якоюсь безвихіддю чи інакшою складною ситуацією, а його метою, у загальних рисах, є осяяння чи вища свідомість, завдяки чому ситуація долається на вищому рівні. Цей процес може проявитись стиснутим у часі (в межах одного сну чи одного короткого моменту досвіду) або ж тривати місяцями й роками, залежно від виду вихідної ситуації, від індивіда, втягнутого у цей процес, і від визначеної мети» [81, с. 82]. Саме значущість символу для людини в певний момент її життя обумовлює необхідність створення системи його інтерпретації. К. Г. Юнг виділяє два аспекти психологічної інтерпретації символів: символ сам по собі (об'єктивна інтерпретація) та проекція конкретного психологічного змісту (суб'єктивна інтерпретація) [81; 110; 111; 112].

Сучасні юнгіанські психоаналітики підкреслюють важливість символічного у житті людини та вважають роботу з символами ефективним інструментом психологічної допомоги. Зокрема, А. Паливода наголошує, що «символи – це єдність прозорої свідомості образу і таємного змісту, що стоїть за ним та веде у несвідомі глибини психіки. У взаємодії із символом особистість з'єднує образи зовнішнього світу із тим, що є актуальним у її внутрішній психічній реальності» [53, с. 45]. Л. Перевязко, досліджуючи індивідуально-психологічні та культурно-історичні особливості символіки сновидінь, вказує на те, що «символ не є самодостатнім щодо образу, він залежить від предмета і сенсу та потребує власного тлумачення, а основна його сила полягає у багатозначності і можливості вибору та переходу між смислами» [54, с 24; 55].

У сучасній концепції психодинамічного підходу свідомість порівнюється з резервуаром, в якому нашаровані субстанції різної питомої ваги; і будь-який відчутний вплив призводить до переміщення та флуктуації субстанцій. Символи, в свою чергу, розглядаються як такі, що відображають модель психодинаміки свідомості, а «механізм, що призводить до їх кристалізації, може бути прямим, переадресованим, зсунутим, ритуалізованим, регресивним, знецінюючим» [90, с. 14]. Д. Дроздова констатує, що «енергетичний потенціал образу, в його структурованості, задається системою психологічних захистів, які прагнуть знизити внутрішню деструктивну напругу, яка накопичується внаслідок роботи механізмів витіснення, фіксації та супротиву (заперечення). Водночас, візуалізація психічного нівелює та шифрує (приховує) особистісну проблему індивіду, чому сприяє універсальність архетипу в єдності з механізмом символізації через згущення образу, зміщення окремих його сегментів, натяк, локалізація, генералізація та ін.» [25, с. 156]. Символи як стійкі елементи реалізують ряд функцій, будучи не тільки способом передачі інформації і конструювання індивідуальної і соціальної дійсності, а й способом безперервного відтворення культури протягом поколінь. Міфологія, яка є праобразом і витоків релігії, культури і ранньою формою психології, на думку Т. Цепкало, від початку «глибоко символічна за своєю суттю, оскільки система образів, мотивів, сюжетів, відображена у ній, семантично розмаїта та має алегоричний, метафоричний або прихований зміст» [76, с. 108]. Український дослідник з психології символічної регуляції поведінки особистості О. Хміляр вказує на сакральний зміст символу в історії культури і релігії: «символ – це знак, який позначає дещо утаємнене, приховане, часто – надприродне, божественне ... символ є ключем до свого значення, співпричетний до свого значення, має спільну з ним природу або сутність» і зауважує, що значення деяких символів з часом можуть змінюватися, але їх архетипічна смислова основа і сакральна природа зберігаються [75, с. 44–49].

Відомий нейробіолог Р. Сапольскі стверджує, що символи слугують в якості заміни, що спрощує складні для розуміння процеси і поняття. Дослідник вказує, що здатність мислити символами є унікальною властивістю людини, зумовленою природою її свідомості. Символ, по суті, є сполученою ланкою між особистістю і навколишнім світом, оскільки вся людська діяльність пронизана символами. З ними пов'язані мотивація, психічна і психомоторна регуляція, соціальна взаємодія і структура, мовленнєва і етнічна ідентифікація. Символи є конструктами зі значним смисловим зарядом, тому мають надвелику силу над людьми, за їх допомогою ми проживаємо сильні емоції, і навіть «вбиваємо заради символів і вмираємо за них» [145].

Слід зазначити, що символи, як й архетипи, мають базову амбівалентність, тобто позитивну і негативну основу, і можуть бути імплементовані у несвідоме, зокрема через витвори мистецтва, музики, фольклору, кіно, фото- і відеозображення. Цілеспрямоване залучення архетипічних символів провокує свідому і несвідому реакцію на них, що створює підстави як для терапевтичного впливу і позитивних трансформацій індивіда і соціуму, так й для маніпуляцій, створення симулякрів і формування на їх основі руйнівних сценаріїв індивідуального розвитку особистості і суспільства.

1.3. Психофізіологічна реабілітації особистості з розладами, обумовленими тривогою, стресором і травмою.

Розглянемо механізму виникнення стресу і психологічної травми з кількох точок зору: історико-соціальної, психологічної, нейробіологічної і діагностично-лікувальної.

Діапазон витривалості або стійкості до стресу психіки людини залежить від багатьох факторів, однак очевидно, що високий рівень стресу перевантажує здатність особистості та груп людей (колективів) залишатися у контакті з важким драматичним досвідом. Якщо травма не інтегрується одразу після події, що її спричинила, вона залишається у психіці в

неінтегрованому стані і може спричинити довготривалі наслідки як для індивіда, так і для суспільства в цілому. Як зазначили З. Фройд і Д. Брейер у своїй роботі «Психічні механізми феномену істерії» психологічна травма «не просто вивільняє певні симптоми, скоріше травма – або, точніше спогади про травму – діє як чужорідне тіло, яке слід вважати активним ще тривалий час після його потрапляння в організм» [88, с. 84]. Вторинна травматизація може передаватися горизонтально до членів сімей, людей, тісно пов'язаних з особою, що пережила травмуючу подію, і тих, хто був свідком насильства, через механізм травматичної індукції – емоційне зараження без посереднього переживання досвіду.

Війна, що розпочалася в Україні в лютому 2022 року, триває, отже процес психічного травмування не завершується, що значно ускладнює процес відновлення психічного здоров'я постраждалих. Вплив стресорів посилюється жорстоким характером військових дій, зростанням кількості жертв, постійними ракетними атаками, обмеженістю доступу до критичних послуг, таких як послуги з охорони здоров'я, соціального забезпечення та правового захисту, швидким розповсюдженням інформації включно з фото-, відеоматеріалами, вимушеної еміграцією і розлукою з родиною та дружнім оточенням, а також втратою соціального та професійного статусу. Особливість цієї війни полягає у залученні великої кількості цивільних, тобто людей без професійної військової і психологічної підготовки, до участі у військових діях. Застосування новітніх видів озброєння, які завдають специфічних ускладнених поранень, відсутність системної ротації і повноцінного відновлення військових ускладнює ситуацію і призводить до психологічного та фізичного виснаження людей.

Війна також набуває характеру *консцієнтальності* (від лат. *conscientia* – розуміння, свідомість, сумління), тобто має на меті «руйнацію національної самосвідомості, поширення нігілістичних та песимістичних ідей, направлена на зниження рівня соціального капіталу. Така війна направлена одночасно на соціум в цілому – втрату національної ідентичності і на кожного індивіда –

втрату самоідентифікації, відмову або зменшення індивідуальних амортизаційних можливостей через відмову від культурально-мнестичних позасвідомих механізмів захисту, втрату довіри до базальних захисних функцій держави і мікросоціуму» [26, с. 31].

Важливо зазначити, що українці мешкають на території, яка на протязі століть ставала місцем жорстоких масштабних воєн, геноциду в різних формах, екологічних катастроф, соціальних революцій, депортацій і репресій, що призвело до формування трансгенераційних (колективних) травм, які пов'язані з генетичними процесами, нервової системою, обміном речовин, соматичними захворюваннями.

Комплекс вказаних історичних, соціальних, психологічних факторів сформував в українців колективний досвід проживання травматичного досвіду і пов'язані з ним індивідуальні, сімейні, колективні наративи. Стійкість і здатність адаптуватися як феномен ґрунтується саме на колективному і родовому досвіді, який зберігається більшою мірою у несвідомому. Г. Ле Бон пояснював цей феномен наступним чином: «особистість є синтезом групи елементів імовірних варіантів рівноваги. Їх видима сталість винятково результат сталості навколишнього середовища. Якщо середовище змінюється, то рівноваги, які формують особистість, одразу ж трансформуються, утворюється нова комбінація роз'єднаних елементів психічного життя, які інтегруються в такий спосіб, щоб адаптуватися до нового середовища. Ця єдність виникає під впливом різних елементів психіки, таких як навички, які не проявляються у звичний час, ідеться передусім про ті впливи предків, які ніби стираються у повсякденному житті і які виявляються з новою силою, коли на кону стоять інтереси раси» [52, с. 251].

У загальному значенні термін «стрес» позначає стан людини, який супроводжується сильним напруженням і виникає у відповідь на значні по силі і тривалості несприятливі внутрішні і зовнішні впливи. Біолог і основоположник вчення про стрес Г. Сельє розробив концепцію стресу, згідно з якою організм людини функціонує гомеостатично, отже стереотипно реагує

на стресові чинники реакцією адаптаційного синдрому [167]. Першою стадією синдрому є реакція тривоги (фаза шоку) і мобілізація захисних механізмів (фаза протишоку). У випадку продовження стресового навантаження, відбувається перехід до стадії опору (фази резистентності), і здатність організму протистояти негативному впливу підвищується. На третій стадії відбувається або стабілізація і відновлення, або настає фаза виснаження, хронічного дистресу, деструктивних і патологічних наслідків. Стрес стає психотравмою, коли «наслідком дії стресора стають порушення у психічній діяльності, співставні зі змінами у соматичних процесах внаслідок фізичного ураження, тобто набувають системного патологічного характеру. ... У якості стресора у таких випадках виступає травматична подія, яка характеризується раптовістю, інтенсивністю, руйнівною силою» [69, с. 11].

Важливим фактором стресу з урахуванням вищезазначеного є поняття психічної рівноваги, яка розглядається у природничих науках як прагнення живої системи врівноважити ентропію (міра хаосу і невизначеності) і негентропію (міра впорядкованості або якість наявної у системі енергії) для самозбереження [148]. Надмірний стрес і психологічна травма можуть стати таким досвідом, який порушуватиме рівновагу настільки, що психіка буде не здатна тривалий час відновити стан рівноваги, наслідком чого стають розлади адаптації.

Дослідження розвитку мозку свідчать про те, що патерни емоційного, соціального та поведінкового функціонування включають багато областей, які працюють разом, а не ізольовано, що має важливі наслідки для клініко-психологічних моделей діагностики і лікування. Американський психіатр і біолог С. Порджес ввів термін «нейроперцепція» для позначення здатності організму оцінювати рівень безпеки в будь-якій ситуації [56; 132]. Механізм нейроперцепції зумовлює автоматичне, когнітивно неопрацьоване, первинне сприйняття подій та відповідні емоційні реакції на них, поведінкові (втікай/нападай/завмири) та тілесні стани. Він є складовою швидкої нейрональної мережі оцінки ситуації та первинної «підкіркової» оцінки з «увімкненням»

відповідної реакції на ситуацію. Саме цей механізм формує певні ментальні моделі і копінги.

При тривожних і стресових розладах нейроцепція порушується, і механізми виживання починають працювати проти власного організму (механізм схожий на механізм автоімунних захворювань) постійно посилюючи стрес і тривогу за рахунок того, що мигдалевидне тіло утримує симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації. Доклінічні і клінічні дослідження останніх років підтверджують зазначені концепції і визначають нейромережі та нейропластичність як критичні компоненти у визначенні стресостійкості людини. У середньому мозку дорослої людини травматичний стрес впливає на зв'язки між 86 мільярдами нейронів, що забезпечують обробку та передачу інформації. Нейрони взаємодіють між собою за допомогою хімічних зв'язків – синапсів, і кожен нейрон має до 10 тис. синапсів. Феномен *синоптичної пластичності* є «процесом зміни та адаптації синаптичних зв'язків на основі повсякденного біопсихосоціального досвіду, причому кожен новий досвід чи пошкодження потенційно може спровокувати формування нових або видалення старих синаптичних зв'язків» [95, с. 154]. Залежно від області мозку, травматичні або повторювані стресори викликають ремоделювання нейронів, що відповідає як послабленому, так і посиленому синаптичному зв'язку. Саме ці зміни формують патологію хронічного стресу.

В психодинамічних теоріях психопатологічні симптоми, що виникають внаслідок психологічної травми, часто пояснюють увімкненням захисного механізму психіки – дисоціації. Сучасні психологічні теорії і дослідження визнають два види людської пам'яті: імпліцитну (несвідому, ненаративну, приховану) та експліцитну (доступну для свідомості, наративну, декларативну). Також припускається, що «різні обробки імпліцитного типу з'являються (філогенетично) раніше, ніж аналітична, експліцитна система обробки вищого порядку» [89, с. 27]. Інформація травматичних подій зберігається в імпліцитній системі пам'яті, її інтеграція в автобіографічну

наративну пам'ять не відбувається автоматично, і може активуватися асоціативними стимулами. Суть механізму дисоціації за теорію структурної дисоціації особистості О. ван дер Харта, що ґрунтується як на еволюційній психології, так і на теорії навчання й узгоджується з останніми нейробіологічними та психологічними дослідженнями, полягає в тому, що важка гостра травматизація роз'єднує (роздвоює) нейрональні мережи, що відповідають за різні складові свідомості людини. Таким чином, мережа нейронів, яка зберігає записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та пов'язаний з нею емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості» [104].

Послідовники теорії припускають, що рудименті форми ідентичності можуть об'єднуватися навколо таких переживань, і тоді нав'язливі симптоми відображаються у поведінкових патернах або системах дій, які є еволюційно зумовленими і концентрованими. З цим механізмом, зокрема пов'язане замовчування і уникання спогадів про травмуючі події, що спостерігаються в історії народів на протязі поколінь. Водночас вони залишаються в колективному і родовому несвідомому і активуються під час масштабних криз. Неопрацьовані наслідки травм можуть ставати джерелом нових колективних травм, в той час, як усвідомлене опрацювання травматичного досвіду може сприяти посттравматичному зростанню на індивідуальному і колективному рівнях. Як зазначає О. Туриніна «стратегія уникнення згадувань про травму є найбільш адекватною у гострому періоді та допомагає подолати наслідки раптової травми. Під час розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини...» [71, с. 27].

В Україні на лютий 2023 року за результатами аудиту ресурсів системи надання послуг в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, проведеного Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) на психологічні розлади вже страждало 9,3 мільйонів людей, у групі ризику знаходилось 18 мільйонів. До фахівців з надання психологічної допомоги зверталися лише

3% населення [3]. Низький відсоток звернень можна пояснити низкою причин, зокрема стигмами стосовно психологічної допомоги, обмеженістю доступу до психологічних послуг, соціально-економічними проблемами, які стають пріоритетними в умовах війни.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) часто вважають основним наслідком травми, але тривожні та стресові розлади є значно більш поширеними наслідками, мають тенденцію до прогресивного погіршення у відповідь на наступні стресори і суттєво впливають на довгострокове функціонування і розвиток людини. Американський дослідник А. Джаванбахт зазначає, «що жоден із цих розладів не є дихотомічним розладом (як COVID - 19), і людина, яка пропускає діагностичний поріг DSM - 5 [20] або ICD - 11 [172] для посттравматичного стресового розладу в опитувальнику за одним, двома чи трьома симптомами, все одно може мати більшість симптомів, що призводить до інвалідності та дисфункції з потребою втручання» [108, с. 3].

У психоаналітичній літературі виділяють різні види тривоги, кожна з яких може бути усвідомленою або неусвідомленою. Тривога розглядається як основний досвід різних тривожних розладів, а також як суб'єктивний перехресний досвід, оскільки тривога може бути епіфеноменом багатьох інших клінічних станів: афективні стани, когнітивні патерни, соматичні стани та патерни взаємовідносин, пов'язані з тривогою, перетинаються при різних розладах [135].

Ризик розвитку тривожних розладів у жінок від 1,6 до шести разів вище, ніж у чоловіків, що пояснюється зокрема більшою ймовірністю зазнавати травматичних подій, таких як зґвалтування та насильство; гормональними факторами; подвійним навантаженням у зв'язку з народженням і вихованням дітей; культурним тиском, що змушує жінок бути орієнтованими на задоволення потреб інших членів сім'ї, а не своїх власних [15; 139; 157].

Низка актуальних експериментальних досліджень на вибірках біженців – підлітків і молодих людей (віком 6–17 років), що пережили безпосередній

контакт з війною на Близькому Сході, – підтверджують поширеність тривожних і стресових розладів попри переміщення постраждалих з зон військових дій у безпечні регіони [108]. Вищому ризику розвитку стресових, депресивних і тривожних розладів піддаються військовослужбовці через характер та інтенсивність їхнього перебування в бойових ситуаціях порівняно із цивільним населенням. В Україні по завершенні війни очікується щонайменше 1,8 мільйона ветеранів. Суттєвий вплив на розвиток розладу спричиняють конституційні особливості особистості, передусім наявність психопатичних акцентуацій і скомпрометованого анамнезу.

Тривожні і стресові розлади супроводжуються на когнітивному рівні порушенням уваги, зниженням рівня запам'ятовування та інтелекту; на психоемоційному рівні – психічною втомою, накопиченням негативних емоцій, підвищенням психоемоційного напруження, психічної фіксації на стресових подіях, флешбеками, зниженням здатності до самостійного психічного відновлення; на особистісному рівні проявляються такі риси як емоційна нестійкість, конфліктність, хронічна пильність і чутливість до загроз, агресивність або надмірна підлеглість, нездатність планувати майбутнє, інтровертованість, психоастенічність, що призводять до порушення адаптації особистості у соціальному, сімейному і робочому середовищах.

На фізіологічному рівні розповсюджені наступні ускладнення: загострення хронічних хвороб, патологічні зміни в організмі: зниження слуху, больовий синдром, прискорене серцебиття, нестабільний артеріальний тиск, розлади травного тракту та ін.

Реактивний розвиток травми ілюструє схема на рис. 1. 3.

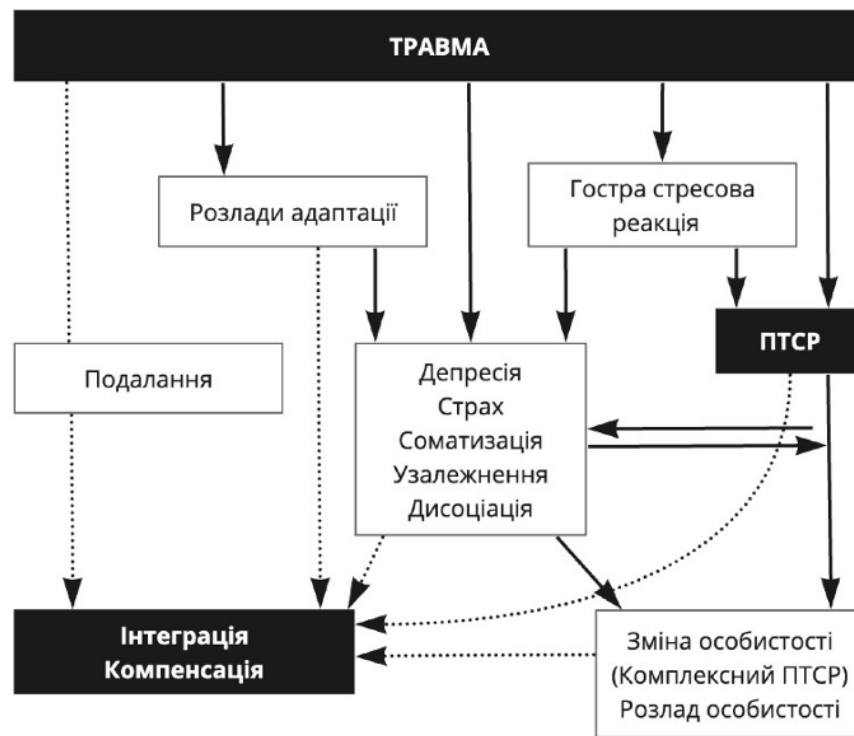


Рис. 1. 3. Схема травмареактивного розвитку [95].

Різноманітним аспекти тривожних і стресових розладів – їх причиним, наслідкам, динаміці розвитку і способам подолання (лікування) – присвячено велику кількість наукових досліджень, що зумовлено важливістю обґрунтування методів комплексної допомоги [7; 9; 16; 17; 19; 27; 28; 29; 30; 31; 35; 36; 38; 39; 42; 50; 51; 57; 58; 59; 64; 65; 67; 70; 73; 79; 80; 92; 103; 106; 116; 117; 121; 141; 142; 144; 146; 162; 165].

Психофізіологічна реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на відновлення (компенсацію) фізичних і психологічних ресурсів людини, створення умов для соціальної адаптації особистості. Реабілітація проводиться на базі спеціалізованих закладів, зокрема медичних, психіатричних, та в амбулаторних умовах. За науковими дослідженнями «близько 90 % військових потребують комплексного відновного лікування, реабілітації. Наслідки поранень, фізичних і бойових травм можуть уперше проявитися лише з часом, після завершення служби» [13]. Діагностика і лікування (реабілітація) на ранньому етапі дають вагому перевагу і зменшують кількість ускладнень як на фізичному, так і на психологічному рівні.

Для діагностики психічного стану українські фахівці з надання психологічної допомоги використовують МКХ–10 як рекомендовану на загальнонаціональному рівні класифікацію. За визначенням Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду, «при тривожних розладах прояв тривоги є основним симптомом та не обмежується будь-якою конкретною зовнішньою ситуацією» [47]. Група стресових розладів «відрізняється від інших груп тим, що в неї включені розлади, ідентифіковані не тільки на основі симптоматики та характеру перебігу, але також на основі очевидності впливу однієї або навіть обох причин: виключно несприятливої події в житті, яка викликала гостру стресову реакцію, або значну зміну в житті, яка веде до тривалих неприємних обставин та обумовлена порушенням адаптації» [47]. ПТСР характеризується симптомами: «повторного проживання (спогади, кошмари, екстремальні емоційні та фізичні реакції на нагадування про подію); уникання (утримання від діяльності, місць, думок або почуттів, пов'язаних із травмою, відчуття відчуженості); підвищеного збудження та реактивності (надмірна пильність, похливість, проблеми зі сном, концентрацією); когнітивними симптомами та погіршенням настрою» [14].

За даними МОЗ, «від 20 % до 40 % військовослужбовців потребують психологічної допомоги, симптоми гострої травми виявляють у 60–80 % військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих; симптоми ПТСР розвиваються приблизно у 12–20 % військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва, загрозу військовій кар'єрі. Тривалість перебування в зоні бойових дій пов'язана з більшим ризиком розвитку ПТСР»[24].

У сучасну версію МКХ–11 [161] введено нові діагностичні категорії: розлад тривалого горювання і різновид стресового розладу – комплексний посттравматичний розлад (КПТСР), який на думку дослідників є більш

поширеним в Україні внаслідок характеру війни, ніж посттравматичний розлад. КПТСР описується як розширена версія існуючого визначення ПТСР з головними клінічними особливостями ПТСР та трьома додатковими кластерами симптомів: емоційна дерегуляція, негативне самосприйняття, що супроводжується почуттям провини або невдачі, пов'язаної з травматичною подією, та складності в міжособистісних стосунках. Дані симптоми спричиняють значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній та інших важливих сферах функціонування.

Комплексний ПТСР, пов'язаний з коморбідними психіатричними розладами, призводить до «постійних змін у хімічному складі мозку, виникання дисоціативних станів і нейропатологічних процесів, що впливають на усі системи організму, і провокують суїцидальні тенденції, ризиковану поведінку, залежності різного роду» [146]. Дослідження вказують на те, що «... якщо рівень психогенії має переважно соціальний характер, то симптоматика належить до більш класичних невротичних проявів, але якщо вплив психогенного фактора був з високим вітальним компонентом, симптоматика набуває глибокої соматизації та має поліорганный характер. Тобто що більшою є загроза життю, то більша соматична відповідь на неї» [24, с. 39]. Нещодавні дослідницькі огляди підкреслюють «відсутність консенсусу щодо перебігу ПТСР і КПТСР, різноманітність підходів до діагностики та лікування через розбіжності між DSM–V та МКХ–11, а також неузгодженість у визначенні відповідей на лікування ПТСР як проблемних» [146].

Лікування стресових і тривожних розладів в Україні базується на уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реагування на гострий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», який розроблено МОЗ України відповідно до чинних вимог доказової медицини. Когнітивно-поведінкова терапія (CBT), когнітивно-процесуальна терапія (CPT), травмофокусована когнітивно-поведінкова

психотерапія (ТФ–КПТ), інтерперсональна терапія (ІПТ) і терапія тривалого впливу (РЕ) використовуються як методи першого вибору. Також застосовуються нарративна експозиція (NET) та метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми рухом очей (EMDR) [147]. Оскільки не всі системи організму людини охоплюються вербальними та когнітивними втручаннями, які спрямовані, в першу чергу на префронтальну кору, фахівці застосовують і досліджують ефективність тілесно-орієнтованих терапевтичних методів і допоміжних технік: нейрофідбек [154], майндфулнес [68], біосугестивну терапію (БСТ) [99], технології із застосуванням віртуальної реальності (VR) [76; 77; 85; 88; 94; 107; 166; 167; 168; 169], аудіовізуальну стимуляцію [139; 157; 166], танцювальну, арт-, хорті-, зоо-, іппо–, праце-терапію. Медикаментозне лікування базується на призначенні антидепресантів відповідного класу.

Існуючі психотерапевтичні методи при амбулаторному лікуванні дають результат приблизно у третині випадків [36; 134; 149]. Значно більш ефективним є лікування травми в умовах стаціонару, особливо для пацієнтів з важкими і хронічними розладами психічного здоров'я, коморбідними станами. Стаціонарне лікування забезпечує когнітивну рамку з кількома рівнями: режим дня, сну, харчування, розпорядок процедур і активностей, якісна психотерапія, контакт з фахівцями, безпека, довіра, правила перебування – в результаті чого терапевтичний простір стаціонару стає контейнером для переживань пацієнта, допомагає подолати супротив і тенденції до ізоляції та уникання, осмислити і опрацювати власний травматичний досвід.

Окремим напрямком реабілітації є робота з ветеранами і діючими військовослужбовцями. Розлади у психічній сфері, які виникають внаслідок бойових дій, мають особливо тяжкі та сталі прояви [1]. Вплив травматичних подій розповсюджується не лише безпосередньо на військовослужбовців, ефекти травматизації охоплюють їх сім'ї, оточення, працівників рятувальних, соціальних служб, волонтерів тощо. Особливістю сучасної війни є

безпрецедентна розповсюдженість черепно-мозкових травм (ЧМТ), наслідком яких є посткоммоційний синдром. Клініки, діагностики та терапії зазначеного синдрому лише зараз почали приділяти належну увагу. ЧМТ спричиняє загибель нейронів у мозку та тривале зниження мозкового коноплину, внаслідок чого можуть виникати стани персеверації, які характеризуються множинними повтореннями слів, думок, дій, а також надмірна сенсорна чутливість до світла, труднощі з читанням, порушення сну, хронічний біль, м'язові спазми тощо, що сукупно не тільки погіршує стан людини, а й створює значні складнощі у спілкування з іншими людьми і призводить до соціальної ізоляції. ЧМТ у поєднанні з психічними розладами являють собою фактор високого ризику суїциду. Складність таких травм часто призводить до встановлення неправильного діагнозу і затримці лікування, що ускладнює перебіг психофізіологічної реабілітації.

Вищевказана специфіка визначає ключовий принцип психофізіологічної реабілітації – *мультидисциплінарність*, яка передбачає командну роботу фахівців різних спеціальностей із взаємодоповнюючими знаннями та навичками для забезпечення цілісності лікування та психофізіологічної реабілітації. Діяльність мультидисциплінарної команди має координуватися лідером і включати групові зустрічі, консилиуми для визначення діагнозу та узгодження індивідуальних планів лікування, моніторинг і корекцію процесу лікування і реабілітації. До складу такої команди входять: лікар-куратор, лікаря з різними спеціалізаціями, психіатр, психотерапевт (клінічний психолог), травматерапевт, фізіотерапевт, ерготерапевт, терапевт мовлення, клінічний кейс-менеджер, медичний персонал тощо. Кількість фахівців визначається потребами пацієнтів та наявними ресурсами закладу. Значною перевагою є залучення зовнішніх фахівців з метою доступу до додаткових послуг і подальшого супроводу пацієнта у соціальному середовищі.

Першим в Україні медичним центром зі спеціалізацією на лікуванні психотравми, наслідків легкої черепно-мозкової травми (посткоммоційного синдрому), а також допомозі особам, які пережили полон та тортури, є

державний заклад «Центр психічного здоров'я і реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України». В основу моделі реабілітації Центру, яка має назву Check Point [14], покладено принцип біопсихосоціального холістичного підходу до відновлення здоров'я, який ґрунтується на цілісному сприйнятті людини як системи, в якій біологічні, психічні та стосункові (соціальні) процеси взаємопов'язані. При розробці моделі застосовано *теорію посттравматичного зростання* (ПТЗ), розроблену психологами Тедескі Р. та Калхауном Л., згідно якої «ПТЗ включає три домени (змінене сприйняття Я, змінені міжособистісні стосунки та змінена філософія життя), п'ять факторів (стосунки з іншими, нові можливості, особиста сила, духовні зміни та оцінка життя) або єдиний вимір» [160]. Терапевтичне середовище організовується на основі ізраїльської багатомодальної моделі копінг-стратегій BASICPh, яка включає наступні ресурси: сенси і цінності (віра), афекти та емоції (почуття), думки і когнітивні функції (розум), уяву і творчість, соціальну сферу (приналежність, соціальні ролі і функції), фізіологічні ресурси та активність. За допомогою зазначеного методу виявляють основні копінг-стратегії особистості, які є ключовими для подолання стресу конкретною людиною. Медичне лікування надається за принципом «доказової медицини» (evidence-informed), що означає врахування різних рівнів і типів доказів при встановленні діагнозу і виборі способу лікування. Лікування включає психотерапію, фармакотерапію, фізичну терапію, компліментарні методи впливу і рекреаційну терапію.

Модель передбачає залученість пацієнта як партнера у процес реабілітації, пояснення перебігу захворювання і методів лікування доступною для пацієнта мовою, повагу і гідність у ставленні. Додатковим фактором успішної реабілітації є комплекс технічних та архітектурних рішень, які усувають негативний вплив довкілля шляхом зниження рівня шуму, регулювання освітлення; забезпечення інклюзивності просторових рішень і безпечності поверхонь, можливості усамітнення, наявності простору для зустрічей з родиною і близькими. Програма лікування розрахована на 21 день.

В березні 2024 Центру надано статус Центру досконалості в царині наслідків психотравми та легкої черепно-мозкової травми (контузії). Модель реабілітації рекомендовано для масштабування через створення мережі закладів для забезпечення доступності послуг в регіонах.

Слід зазначити, що описана не є єдиною моделлю психофізіологічної реабілітації, яку розробляють і впроваджують в Україні. Пошук ефективних рішень ведеться як «зверху» через інституції систему охорони здоров'я, так і «знизу» через практичну польову роботу реабілітаційних центрів, медичних закладів, мультидисциплінарних команд. Багаторівневість процесу зумовлена великою кількістю постраждалих, потребою в наданні допомоги за принципом доступності за місцем проживання, небезпечністю проведення реабілітації у деяких регіонах та неможливістю застосувати єдину модель під різні задачі і потреби цільових груп потребуючих допомоги, кожна з яких має специфічний комплекс потреб.

Висновки до розділу 1.

1. У результаті теоретично-методологічного дослідження було впорядковано понятійну базу глибинно психологічної сфери особистості. Обґрунтовано психодинамічний підхід як орієнтований на вивчення поведінки людини в умовах зростаючих невизначеності і нестабільності, і «нейропсихоаналітичний» підхід як мультидисциплінарну концепцію, що поєднує висновки психоаналітичного і когнітивного підходів. Поняття несвідомого визначено як активна психічна структура, яка бере участь у формуванні психічного життя особистості. Психологічна відповідь особистості на значні стресові події та психологічні травми пояснена як інваріантність реагування свідомого рівня з розбалансуванням зв'язків між рівнями несвідомого.

2. На основі проведеного аналізу теоретично-методологічних наукових матеріалів виявлено, що проблема розуміння архетипу як позачасового інваріантного формоутворення та його значення для розвитку індивідуума та

суспільства залишається недостатньо дослідженою. Вітчизняна академічна наука переважно зосереджена на теоретичних дослідженнях та обґрунтуваннях архетипічних структур несвідомого, при тому проблема діагностики архетипів залишається поза увагою науковців. Архетипи визначені як частини колективного несвідомого, що можуть бути виміряні; символи визначені як сполучені ланки між навколишнім світом і особистістю. Обґрунтовано цілеспрямоване залучення архетипічних символів для терапевтичного впливу на глибинно психологічні рівні особистості.

3. Дослідження механізму стресу та розладів, які спричинені стресором, тривогою та травмою, виявило, що різні методи діагностики та лікування психічних розладів, обумовлених стресом та тривогою в умовах масштабних криз із великою кількістю постраждалих, демонструють недостатню ефективність. Обґрунтовано необхідність проведення комплексної нейрофізіологічної та психодіагностичної оцінки та застосування широкої еклектичної схеми терапії і лікування (реабілітації) на основі біопсихосоціального підходу для сповільнення прогресу захворювання та забезпечення оптимального відновлення психічного здоров'я людини. Моделі реабілітації мають відповідати потребам цільових груп і можуть відрізнятися фокусом на психіатричному лікуванні, коморбідних станах, комплексної реабілітації після поранень, полону і тортур, психологічному відновленні при вторинній травматизації.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ АУДІОВІЗУАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС (АВК) «СИМВОЛІЧНІ РЯДИ»

2.1. Дизайн емпіричного дослідження впливу АВК на глибинно психологічні рівні особистості.

Дослідження проводилося на базі реабілітаційних відділень: Державна установа «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України»; Комунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня «Психіатрія»»; Центр складного ендопротезування, остеointegraції та біоніки «Титанові» – упродовж лютого-травня 2024 року.

На основі інформованої згоди були обстежені військовослужбовці і ветерани, які проходили комплексну реабілітацію у зв'язку з пораненнями, травмами, вираженими реакціями на тяжкий стрес і порушеннями адаптації.

При відборі досліджуваних було застосовано наступні *критерії виключення*:

- порушення мовлення (афазія – втрата мовленнєвих функцій, яка відбулася внаслідок ураження центру мовлення в корі головного мозку);
- епілептичні напади;
- параліч кінцівок;
- онкологічні захворювання;
- нетримання сечі внаслідок ушкодження хребта;
- втрата зору, слуху;
- гострий психіатричний стан (нестабілізований стан).

Опис процедури дослідження:

1. Збір анамнезу, опитування досліджуваних (бесіда), первинна діагностика скринінговими методиками і за методикою MBAS (метод вибору архетипових символів);
2. Діагностика із застосуванням комплексу «ДОДОМУ»;
3. Аналіз результатів проведеної діагностики;

4. Призначення за результатами психодіагностичного обстеження додаткового медичного обстеження: КТ, МРТ, ЕЕГ – для уточненні діагнозу у випадках змішаних клінічних (симптоматика) і параклінічних (психодіагностичні тести) ознак;
5. Розподіл досліджуваних на групи: група «А» – план реабілітації включає застосування АВК; група «Б» – план реабілітації не включає застосування АВК;
6. Роз'яснення мети застосування психотерапевтичної технології АВК досліджуваним групи «А»;
7. Комплексна терапія, спостереження, оцінка динаміки стану, фіксація реакцій на АВК для групи «А»;
8. Повторна діагностика скринінговими методиками, за методикою МВАС, контрольним пакетом комплексу «ДОДОМУ», анкетування досліджуваних.
9. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.
10. Визначення цілей і завдань подальших досліджень, рекомендації стосовно застосування АВК у комплексної реабілітації особистості.

Мультидисциплінарна команда складалася з лікарів-травматологів (за наявності у досліджуваного травми, ампутації), клінічного психолога або психіатра, фізіотерапевта, остеопата, ерготерапевта, масажиста, психолога-інструктора (з досвідом участі у бойових діях), соціального терапевта (праце-інструктора).

Психофізіологічна реабілітація проводилася згідно постанові КМУ від 03.11.2021 року №1268 Про питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги».

Опис психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди».

Методи неінвазійної стимуляції (слухова, світлова та аудіовізуальна комбінована) привернули підвищену увагу в останні роки, і були застосовані

в клінічній реабілітації мозкових дисфункцій, таких як когнітивні, мовні, моторні, дисфункції настрою та сну. Група фахівців з психодіагностики, до якої входить авторка, розробила психотерапевтичну інновацію Аудіовізуальний комплекс «Символічні ряди» (далі – АВК) [Дод. А], ефективність дії якої досліджена і визначена нами під час емпіричного дослідження.

АВК належить до категорії комп'ютеризованих засобів для відновлення психічного здоров'я. Комплекс складається з 3-х відокремлених модулів, які призначені для неодноразового пред'явлення реципієнту в комплексній терапії невротичних, стресових, посттравматичних і психосоматичних розладів. Візуальна частина АВК побудована на символах тесту Вартегга і архетипічних символах.

По результатах вивчення копінгу у психодинамічній парадигмі українська дослідниця і розробниця проективної діагностичної методики «Метод вибору архетипових символів» (МВАС) Н. Родіна сформулювала наступний постулат: «чим більшу загрозу для індивіду являє стресор, тим активніше до подолання стресу залучаються неусвідомлювані механізми» [60]. Виходячи з цього постулату можна ґрунтовно стверджувати, що у формуванні тривожних і стресових розладів важливу роль відіграють несвідомі процеси і терапевтичний вплив має бути спрямований саме на них.

Результати теоретично-методичних та емпіричних досліджень розвитку стресових і тривожних розладів дозволили висунути гіпотезу про те, що трансформаційні зміни символів при цілеспрямованій експозиції на зоровий аналізатор можуть впливати на формування адаптивних копінг-стратегій і сприяти переробці та утилізації травматичного досвіду в несвідомому, формуванню подальших моделей поведінки, в першу чергу – постстресових. Стимульний матеріал тесту було Вартегга обрано в якості матеріалу для терапевтичного впливу АВК через його архетиповий зміст, який не потребує вербального супроводу, і відносну простоту пред'явлення реципієнту.

Принцип дії АВК полягає в послідовній трансформації символів Вартегга в образи – від тривожного до заспокійливого – що, на думку розробників, може спричиняти репараційну дію на несвідомі процеси, які є відображенням зафіксованої у несвідомому травматичної події. Час експозиції кожного символу складає 2 хвилини, загальна тривалість кожної окремої композиції – 16 хвилин. За цей час має досягатися необхідне насичення символами сфери несвідомого. Модулі мають назву: Ментальний, Емоційний, Сновидницький.

Ментальний модуль орієнтований на трансформацію символів із послідовним зменшенням їхньої напруженості, перетворенням їх у безпечні.

Емоційний модуль являє собою комбінацію "символ–колір" і призначений для зниження емоційного навантаження за рахунок колірної трансформації символів. Експериментально доведено, що емоція і колір взаємозалежні. Взаємозв'язок кольору і психіки досліджували Платон, І. Гете, Н. Бор, В. Кандинський, Р. де Піль, Ж. Бюфон, П. Флоренський, Б. Шапіро, Д. Столпер, А. Еткінд та ін.

Психофізіологічні і психологічні дослідження останніх десятиріч свідчать про об'єктивний безумовний характер колірного впливу на регуляцію вегетативної нервової системи людини (ВНС). ВНС потребує кольорових подразників для саморегуляції і балансування її симпатичного (СНС) і парасимпатичного (ПНС) відділів. Вплив кольору на центральну нервову систему (ЦНС) досліджено поки ще недостатньо, проте доведено, що колірні вподобання обумовлені енергетичними властивостями кольорів, кожна емоція має свої колірні характеристики, і колірний вплив може посилювати чи послаблювати прояви стресу [6, с. 27–33].

Підбір кольорів в модулі «Емоційний» спирається на дослідження символічного значення кольорів, зокрема теорії М. Люшера, Г. Фрілінга [37; 98; 118], Еліота і Майера [93].

Сновидницький модуль сконструйований за принципом сновидіння, згідно якому символи динамічно трансформуються. Обраний принцип

ґрунтується на багаторічних наукових дослідженнях процесів сну, які підтверджують, що сновидіння виконують важливі функції у житті людини, зокрема: 1) забезпечують фізіологічне відновлення і реорганізацію функцій мозку; 2) відновлюють психічний гомеостаз – «процес, який спочатку функціонує на вродженому/рефлекторному рівні, а потім в процесі еволюції розвивається до рівня навчання, що включає емоції та пізнання» [130, с. 10]; 3) показують складні почуття через непрямі візуальні образи і дають можливість їх пережити, здійснюючи заміщення реальних ситуацій.

Сучасні моделі сновидіння підкреслюють їхні адаптивні функції, зокрема згідно з моделями Е. фон Гартмана, Р. Картрайта функція сновидіння полягає в тому, щоб створити для сновидця можливість впоратися з домінуючим емоційним занепокоєнням [92; 140]. Саме емоційна значущість відіграє головну роль, і зв'язки, які утворюються всередині та між сценами сновидіння, намагаються розкрити, а не приховати той чи інший тип емоційної значущості. В такий спосіб, сновидіння можна розглядати як спробу мозку передати інформацію самому собі та як засіб підготовки до бадьорого стану свідомості після пробудження [125; 136].

На думку фінського психолога і нейронауковця А. Ревонсуо, сновидіння не є випадковим побічним нефункціональним продуктом еволюції. Оскільки одним із поширених типів сновидінь є нічні жахіття, їхньою первісною функцією могло бути відтворення та моделювання небезпечних ситуацій реальності, що давало додатковий досвід і, відповідно, репродуктивну і відповідно – еволюційну перевагу. Отже симуляція загрози є функцією сновидінь, яка була розвинена психологічною адаптацією в ході еволюційної історії людини як біологічного виду [137]. Як зазначає українська дослідниця Л. Перевязко у роботі «Сновидіння як психологічний феномен: саноцентричний підхід», це відбувається через увімкнення автоасоціативного режиму, у «якому зв'язки встановлюються ширше та м'якше, ніж у спрямованій думці наяву, надаючи сновидцю можливість контекстуалізувати домінантну емоцію у формі пояснювальної метафори, заспокоїтися і

збільшити адаптивну спроможність психіки до переживання подібних емоцій у майбутньому» [54, с. 58]. Оскільки символи мають терапевтичне значення, їх можна використовувати для імплантації (впровадження) в несвідоме, а суть методики імплантації полягає в направленій роботі з символами, яка враховує їхню базисну амбівалентність, тобто позитивну й негативну основу майже всякого символу [90]. Н. Родіна обґрунтовує системну модель копінгу в парадигмі психодинамічного підходу і зазначає, що символічне несвідоме, яке маніфестує в індивідуальній сновидницької реальності, може бути розкрито у якості ресурсу подолання стресових ситуацій [61; 62; 63]. Штучне сновидіння безумовно не є природнім сном, водночас асоціація, яку воно створює має «увімкнути» внутрішню роботу з емоціями і адаптивні процеси через контакт з несвідомістю реципієнта.

Модулі АВК супроводжуються авторськими музичними композиціями. У векторі розгортання мелодичної лінії втілюється символіка, чим досягається емоційна насиченість образів. Аудіальний ряд синхронізовано з часом експозиції кожного з символів і послідовністю зміни образів, що сприяє гармонізації їх пред'явлення. Музика залучає і занурює, чинить сугестивний вплив. Перетікання знайомих образів знижує супротив і передає послання не тільки свідомості, але й несвідомому. Музика не потребує адаптації на інші мови, отже як зазначив автор музично-педагогічної концепції «Шульверк» К. Орф «музика починається всередині людини і не потребує жодних інструкцій» [158, с. 66].

У фокусі нашого дослідження доречно навести результати клінічного дослідження «Контрольована аудіовізуальна стимуляція для зменшення тривоги», проведеного на базі University of Sassari упродовж 2014- 2020 років [143]. Експериментальним шляхом було доведено, що комбіноване введення звуків і кольорів (крос-модальна стимуляція) значно знижувало рівень тривоги, систолічний артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень у порівнянні із моно-модальною стимуляцією. Зазначена

стимуляція мала також кращий анксиолітичний (ослаблюючий тривогу) ефект, ніж фармакологічні препарати.

Терапія АВК проводиться пред'явленням реципієнту модулів у певної послідовності протягом 5–9 днів згідно терапевтичного протоколу [Дод. Б].

Гіпотези дослідження:

1) Травматичний досвід супроводжується вітальними переживаннями (страхом смерті, руйнуванням звичної усталеної картини буття), «розсікає» несвідоме і досягає рівня архетипового несвідомого (частини колективного архетипового в індивідуальному несвідомому), отже травматичний агент (травматичні досвід) проникає крізь всі шари особистості і розриває зв'язки між рівнями несвідомого: індивідуальним, родовим і колективним – порушує міжрівневий баланс. Модель на рис. 2.1. пояснює, чому травма має свій латентний період і формує специфічний синдром, відомий як флешбеки:

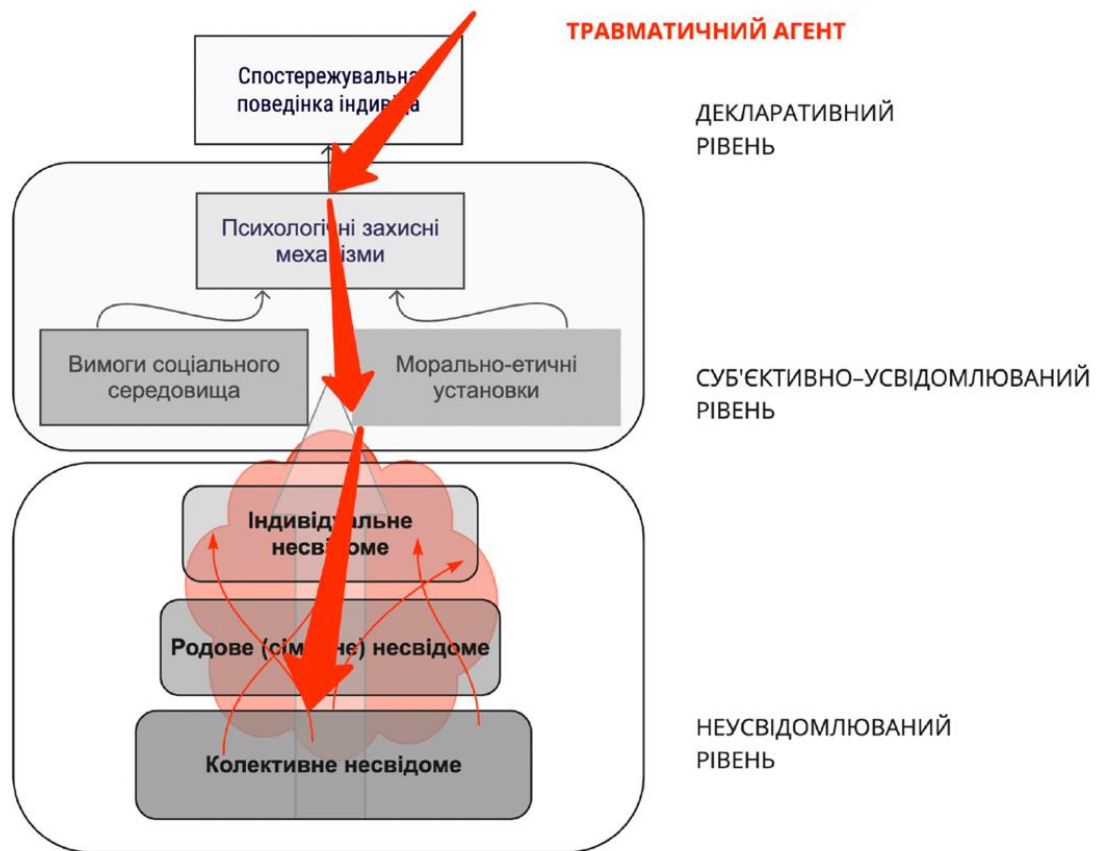


Рис. 2.1. Модель формування травми в психодинамічному підході.

Тривалий сильний стрес вносить динаміку та дисонанс в несвідоме – дестабілізує його, впливає на архетипи: змінює їх порядок, взаємодію, актуалізує чи витісняє певні архетипи тощо. Ці зміни відображаються в формуванні специфічних комплексів факторів психодіагностичних методик у осіб з розладами, зумовленими тривогою, стресом, травмою. Завданням нашого дослідження є виявлення зазначених комплексів у вибірці осіб, що пережили надмірний стресовий досвід, і порівняння їх з комплексами вибірки умовно нормативної, яка досліджена у роботі Н. Родіної [61].

2) Вплив АВК може досягати глибини несвідомого – рівнів переходів між індивідуальним, сімейним (родовим) і колективним несвідомим. Терапія АВК через ряди трансформуючих символів може відновлювати структуру архетипів, балансувати несвідомі процеси, стабілізувати нервові процеси, що в свою чергу, сприятиме стабілізації психічних процесів.

2. 2. Обґрунтування методів емпіричного дослідження впливу АВК на глибинно психологічні рівні особистості.

Виходячи з мета та завдань дослідження було обрано поєднання традиційних підходів і менш розповсюджених методів.

Емпіричні методи: обсерваційний (спостереження), біографічний (вивчення катамнестичних даних про життєвий розвиток особистості, досвід участі у бойових діях, попередній досвід психофізіологічної реабілітації), експериментальні (констатувальний і формувальний експеримент), психодіагностичні (інтерв'ю, опитувальники, довідники-класифікатори (МКХ-10, 11, DSM-5), багатофакторні опитувальники, проєктивні методики (вибір і надання переваги одним стимулам по відношенню до інших).

Методи обробки даних: описова статистика (середнє, стандартне відхилення, медіана, розмах/мін.–макс.), частотний аналіз (абсолютна/фактична частота, відсоткова частота), перевірка нормальності розподілу, порівняння двох незалежних вибірок (параметричний *t*-критерій Стьюдента, непараметричний *u*-критерій Мана-Уїтні); специфіка завдань

дослідження, зокрема поєднання психометричних і проєктивних методик, потребувала кількох типів аналізу: метод лінійної і нелінійної регресії, аналіз мір центральних тенденцій, частотний, факторний, кореляційний аналіз (критерій кореляцій Спірмена), для аналізу впливу АВК застосовано категоріальний аналіз основних компонент і аналіз модерації (множинної регресії).

Методи інтерпретації даних: структурний (інтерпретація результатів дослідження в характеристиках елементів системи і зв'язків між ними), психодинамічний інтегральний підхід за діадним (інтерпретація пари шкал однієї методики), тріадним (інтерпретація трьох показників методики, які належать до однієї сфери психіки) та інтерферентним алгоритмом (інтерпретація показників методик різного типу з метою виявлення провідних тенденцій психіки).

Об'єктивність, прогностична валідність діагностики. Психологічне діагностування з метою оцінки динаміки психоемоційного стану і психосоціальної дезадаптованості військовослужбовців, психологічних властивостей особистості, відхилень у поведінці, прогнозування психологічних потреб і реакції на терапевтичні інтервенції має проводитися з обов'язковою умовою об'єктивності. Об'єктивність дослідження забезпечувалася використанням науково визнаних скринінгових, психометричних і проєктивних методик та методів їх інтерпретації з високою прогностичною валідністю, апробованих практикою у Силowych та Спеціальних структурах України.

Дослідження проводилося із застосуванням інтегральної інструментальної психодинамічної діагностики (ІПД) [8], запропонованої і апробованої емпірично групою дослідників-психодіагностів, до якої входить здобувачка. Теоретичне обґрунтування психодіагностичного підходу надано у розділі 1. 1. нашої роботи. ІПД досліджує три рівні психіки: декларативний, суб'єктивно-усвідомлюваний і несвідомий; визначає особистісні риси і

провідні тенденції, які формують спосіб поведінки особистості (через виявлення подібності показників кількох методик).

Будь-яка з психодіагностичних методик має обмежену достовірність і прогностичність. Застосування кількох методик, спрямованих на дослідження різних рівнів психіки, та інтегральний психодинамічний підхід до інтерпретації їх результатів суттєво знижують вірогідність помилки, значною мірою усувають похибки і усвідомлені/неусвідомлені викривлення з боку респондента результатів кожної з них, і таким чином підвищується достовірність виявлених особливостей психіки і тенденцій (прогнозу) поведінки.

Комплекс включало методики: Акцент-2-90, Метод багатфакторного дослідження особистості (МБДО, модифікований MMPI), Тест- Сонді (пред'являється тричі), Метод кольорових виборів Люшера. Комплекс вбудовано у комп'ютерну програму «DODOMU». Результати тестування надаються у вигляді шкально-графічної інформації і звіту, який програма генерує автоматично на основі каталогів інтегральних інтерпретацій результатів методик, захищених авторським правом [Дод. В]. Зразки звітів представлені у Додатках Г, Д.

У комплексі зі звітом програма розраховує *інтегральні коефіцієнти*, формули яких розроблені групою дослідників-психодіагностів на основі проведених раніше досліджень. Коефіцієнти містять відповідні показники усіх методик комплексу з врахуванням їхньої питомої ваги у формулі кожного коефіцієнту. У даній роботі не представлені формули розрахунку коефіцієнтів через неможливість захистити авторським правом математичні формули.

За результатами емпіричного дослідження проведено аналіз кореляцій між інтегральними коефіцієнтами і показниками валідних скринінгових методик з метою перевірки достовірності формул розрахунку на вибірці досліджуваних. Результати аналізу представлені у розділі 2.3 нашої роботи.

Приклад значень інтегральних коефіцієнтів представлено у таблиці 2.1:

**Інтегральні коефіцієнти для оцінки стану і прогнозу поведінки
особистості (приклад)**

Коефіцієнт	Значення коефіцієнта	Визначення діапазону
Рівень соціальної адаптивності	3	низький
Резистентність к психокорекції	7	середньо-високий
Суїцидальний ризик	8	середньо-високий
Ризик асоціальної поведінки	8	середньо-високий
Конфліктність	6	середній
Невротичність	4	середньо-знижений
Ризик розвитку психосоматики	6	середній
Імовірність розвитку ПТСР	9	високий

Примітка: * – діапазони значень коефіцієнтів: 1–3 низький; 4 – середньо-знижений; 5–6 – середній; 7–8 – середньо-високий; 9–10 – високий.

Декларативний рівень досліджується на основі суб'єктивної оцінки випробуванням себе або інших людей, своїх станів і поведінки в тих чи інших ситуаціях. Діагностичні методики даного типу являють собою різної величини переліки прямих відкритих питань або стверджень, на які випробуваний має відповідати у відповідності до запропонованої інструкції. Вказані методики не мають контрольних шкал, які діагностують суб'єктивні викривлення.

В нашому дослідженні обрано поширені у сучасній діагностичній практиці: опитувальник з генералізованої тривоги GAD–7 (Generalized Anxiety Disorder), шкалу депресії PHQ–9 (Patient Health Questionnaire–9), шкалу оцінки ПТСР PCL–5 (адаптований PTSD Checklist for DSM-5) і методика Акцент-2-90 (модифікація опитувальника Шмішека-Мюллер українським дослідником і психодіагностом М. Вигдорчиком створена з метою подолання високої "розтиражованості" вихідної методики, яка призвела до втрати її специфічності [10]).

Опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*) дозволяє визначити рівень тривожності для осіб віком від 14 років і старше з фокусом на генералізованому тривожному розладі (ГТР), який є одним з найпоширеніших розладів в амбулаторній практиці [153]. Опитувальник, розроблений американським психіатром Р. Спитцером, складається з 7 питань стосовно вираженості симптомів протягом останніх двох тижнів з наступними варіантами відповідей: «ніколи», «кілька днів», «більш ніж половина днів», «майже кожен день». Діапазони вираженості симптомів представлені у таблиці 2.2.:

Таблиця 2.2

Вираженість симптомів генералізованої тривоги, в сирих балах

Отримані бали	Рівень тривожності
0–4	мінімальний
5–9	слабкий
10–14	помірний
15–21	високий

При отриманні респондентом 10 балів і більше потрібна поглиблена діагностика.

Внутрішня узгодженість GAD-7 і надійність при повторному тестуванні визначена наступними показниками: α -Кронбаха=0.92, внутрішньокласова кореляція=0.83. Порівняння балів, отриманих за шкалами самозвіту, з балами, отриманими за версіями відповідних шкал МХП, дало схожі результати, що підтверджує процедурну валідність опитувальника [153]. Дослідження підтвердили, що збільшення балів за GAD-7 тісно пов'язане з кількома доменами функціональних порушень і днів непрацездатності. GAD-7 може бути корисним як для оцінки тяжкості симптомів, так й для моніторингу змін у тяжкості тривоги у часі.

Основною перевагою опитувальника GAD-7 є те, що він короткий і може бути виконаний респондентом в умовах обмеження часу.

Шкала (Patient Health Questionnaire–9) оцінює наявність і вираженість депресивних симптомів та можливу наявність депресивного розладу у осіб віком від 18 років і старше [114]. Шкала складається з дев'яти питань стосовно вираженості симптомів протягом останніх двох тижнів з наступними варіантами відповідей: «зовсім не турбували», «кілька днів», «більш ніж половина днів», «майже щоденно». Повторне тестування може застосовуватися для відстеження динаміки змін стану. Діапазони вираженості симптомів представлені у таблиці 2.3.:

Таблиця 2.3

Вираженість симптомів депресії, у сирих балах

Отримані бали	Рівень депресії
0–4	мінімальний
5–9	легкий
10–14	помірний
15–19	середній ступінь важкості
20–27	важкий

Внутрішня надійність PHQ-9 визначена як висока (α -Кронбаха = 0,86–0,89 у різних дослідженнях).

Результат у 10 і більше балів (граничний бал – 10) є показом для поглибленої діагностики.

Шкала оцінки ПТСР PCL–5 (адаптований PTSD Checklist for DSM-5) для самозвіту оцінює наявність і вираженість симптомів ПТСР [86; 124]. Використовується лише у комплексної діагностиці з іншими методами. Шкала складається з 20 питань стосовно вираженості симптомів за останні місяць, кожне з яких оцінюється в залежності від вираженості симптому: «0» – зовсім ні; «1» – трохи; «2» – помірно; «3» – відчутно; «4» – дуже.

Питання відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM–5:

- Критерій А – опис травматичної події.

- Критерій В, симптоми інтрузії – 1–5 запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6, 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – 8 – 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – 15 – 20 запитання.

Діапазон результатів від 0 (мінімальний) до 80 (максимальний), граничний бал 31-33, емпірично визначених діапазонів тяжкості ПТСР не існує на даний момент.

Опитувальник «Акцент-2-90» складається з 90 запитань, згрупованих в 11 шкал: на додаток до стандартних десяти введено шкалу інтроверсії-екстраверсії. Методика визначає спосіб соціальної адаптації особистості і наявність рис, характерних для тої чи іншої акцентуації. Поняття «акцентуована особистість», яке було введено К. Леонгардом, означає стан, при якому окремі риси характеру та їх поєднання мають надмірну виразність [41]. Акцентуації розвиваються під впливом особистісних інтересів, виховання, специфіки професійної діяльності і соціальних контактів, але, як показують дослідження, основою для їх формування є своєрідні вроджені індивідуальні особливості, які створюють ґрунт для розвитку акцентуацій у відповідних соціальних умовах. Акцентуації виявляються за певних умов, зокрема під час кризи пубертатного періоду або під впливом психічних травм і стресових життєвих ситуацій з тривалими чи надмірними для особистості труднощами. Кожному типу акцентуації притаманні певні особливості емоційної сфери, мотиваційно-потребнісної сфери, комунікації і самоконтролю, а також вибіркова уразливість до окремих психогенних впливів (*locus resistentiae minoris*) і виражена стійкість до деяких інших несприятливих впливів. Виділяють наступні типи акцентуацій: гіпертимний, застрягаючий, емотивний, педантичний, тривожний, циклотимний, демонстративний, збудливий, дистимний, екзальтований, інтровертивний. Ступінь вираження акцентуацій може варіюватися від легкої до крайньої – на межі між нормою і патологією.

Інтерпретація профілю по результатах тестування включає аналіз як абсолютних значень шкал, так і співвідношення між ними – пропорцій рис характеру. Кожна шкала визначає певних блок властивостей особистості, вони можуть об'єднуватися і формувати пари, тріади, пентади або суперечити одна одній і «конфліктувати» за вибір стилю поведінки і реагування. Профіль умовно розділяють на нижню (0–9 балів), середньопопуляційну (10–14) і верхню (15–24) діагностичні зони. Під час інтерпретації важливо виявити причинно-наслідкові зв'язки, що лежать в основі особистісної структури і стилю поведінки.

Акцент-2-90 використовують в психодіагностичній практиці для виявлення сформованості акцентуацій, розладів адаптації, зокрема військово-професійних, вивчення особливостей психологічних феноменів і психологічних особливостей різноманітних груп досліджуваних, психологічного моделювання, розробки методів психокорекції тощо [2; 12; 62; 79].

Суб'єктивно-усвідомлюваний рівень особистості досліджується за допомогою методик, які побудовані на питаннях різних форм: прямі («так» чи «ні»), з додаванням невизначених/опосередкованих відповідей («дещо середнє», «іноді», «часто», «не впевнений», «не згоден» тощо), альтернативні питання («правда – брехня»), вибір з кількох варіантів або по рейтингових шкалах і теорії рис або клінічному підході.

В даному дослідженні застосовано модифікований Міннесотський багатофакторний опитувальник особистості (МБДО/модифікований ММРІ). Методика виявляє приховані індивідуальні тенденції і диференціює психопатологічні симптоми та синдроми, глибину порушень, межові стани, внутрішню динаміку психічних процесів, співвідношення акцентуйованих рис особистості. Теоретично-методологічною основою методики є концепція тривоги і психічної тривоги. Як зазначено у розділі 1.3. нашої роботи, тривога, яку можна позначити як відчуття невизначеної загрози, характер і момент виникнення якої складно передбачити, обумовлює механізм стресу.

Інтенсивна тривога перешкоджає процесам адаптації, призводить до формування вторинних проявів, які в свою чергу, визначають психічний стан індивіда. Метою методики є пояснення і прогнозування поведінки індивіда.

Опитувальник складається із 3-х контрольних шкал (оціночних) і 10-ти клінічних шкал. Кожна шкала дає можливість виявити психологічні особливості і психопатологічні симптоми і синдроми [10]. Умовною межею за стандартом є рівень 70 Т.

Шкала «L» – шкала брехні (відвертості); шкала «F» – шкала агравації; шкала «K» – шкала корекції (адаптації до соціальних вимог) є контрольними.

Інші шкал відображають способи редукції тривоги:

Шкала 1 «Hs» – шкала іпохондрії, соматизації, свержконтролю, афекту;

Шкала 2 «D» – шкала депресії, песимістичності;

Шкала 3 «Hy» – шкала конверсійної істерії, емоційної лабільності, витіснення тривоги;

Шкала 4 «Pd» – шкала імпульсивності, асоціальної психопатії, відреагування тривоги на рівні поведінки;

Шкала 5 «Mf» – шкала статеворольової ідентифікації, чоловічих і жіночих рис характеру;

Шкала 6 «Pa» – шкала паранойї, ригідності, ригідності афекту;

Шкала 7 «Pt» – шкала психастенії, тривожності, фіксації тривоги та обмежувальної поведінки;

Шкала 8 «Sc» – шкала шизофренії, індивідуалістичності, аутизації;

Шкала 9 «Ma» – шкала гіпоманії, оптимістичності, заперечення тривоги і гіпоманіакальних тенденцій;

Шкала 0 «Si» – шкала соціальної інтроверсії.

Результати представляються у числових значеннях шкал і графіку (профіль). Профіль оцінюється цілісно крізь призму ставлення випробуваного до процедури тестування і визначення актуальних і придушених потреб, конфліктів між ними. Шкали інтерпретуються кожна окремо за їх абсолютними значеннями і у сполученні з іншими шкалами. В нашому

дослідженні ми визначили рівень 80 Т як граничний в умовах постійного фонового стресового навантаження у суспільстві, що переживає війну, для оцінки патологічних змін у психіці.

Неусвідомлюваний рівень або глибинні рівні несвідомого (індивідуального, родового (сімейного) і частині колективного, доступної для вимірювання), досліджують проєктивні діагностичні методи. Сутність проєктивних методів полягає у реконструкції суб'єктивного досвіду особистості шляхом інтерпретації отриманої від неї графічної або вербальної інформації, для чого використовуються невизначені стимули, які випробуваний має доповнити, інтерпретувати, розвинути тощо. Вибір відповідей здійснюється в широких межах і активує уяву і фантазії, в яких так чи інакше розкриваються характеристики особистості.

Проєктивні методи досліджують структуру неусвідомлених процесів, неусвідомлювані конфлікти, пригнічені потяги і потреби, фрустрації, витіснені травматичні спогади. Класичні вимоги теорії вимірювань стосовно проєктивних методик переважно не можуть бути задовільнені на відміну від психометричних тестів. Недоліком проєктивних методик є невирішена остаточно проблема використання моделей стимуляції, складність обробки та інтерпретації результатів. Суттєвою перевагою проєктивних методик є те, що вони не потребують багато часу і зусиль від досліджуваного і найменш складні в адаптації, оскільки їх стимули не підпадають жодним змінам.

В нашому дослідженні для вивчення несвідомих рівнів було застосовано три психодіагностичні методи: метод кольорових виборів М. Люшера, метод портретних виборів Л. Сонді (Test-Szondi) і метод вибору архетипових символів (МВАС) Н. Родіної.

Метод кольорових виборів Люшера засновано на суб'єктивному вподобанні колірноформних стимулів і відноситься до респондентних проєктивних методів (вибір однієї з кількох запропонованих альтернатив) [118]. Ставлення до даної методики в науковому середовищі доволі неоднозначне у зв'язку з її недоведеною валідністю і якісним

характером оцінки результатів тестування. Проте низка експериментальних досліджень, зокрема при вивченні емоційно-особистісних значень кольорів А. Еткіндом, Є. Бажіним, Ч. Оскудом, дають підстави стверджувати, що енергетичний аспект впливу кольорів є одним з провідних при формуванні колірних уподобань, і показники активації центральної нервової системи достовірно зв'язані з уподобаннями кольорів тесту Люшера [6, с. 31–32].

М. Люшер систематизував кольори у певну сукупність з чітким тлумаченням їхньої значущості для психіці. Тест засновано на виборі з 8-ми кольорів: основних і додаткових. Розташування основних кольорів на перших п'яти позиціях вважається нормативним і свідчить про відсутність внутрішньо-особистісних конфліктів. Додаткові кольори позначають переважно негативні тенденції. Тлумачення кольорів наведено у Додатку Ж. Інтерпретація результатів враховує розташування кольорів (позицію), парне розташування (який колір розташований поруч), значення і динаміку руху кольору (зміщення кольору по позиціям) [Дод. Ж.].

Основні мотиваційні чинники особистості характеризуються наступним чином: перші дві позиції визначають основний спосіб досягнення наскрізної цілі; наступна дві – поточну ситуацію та образ дій, що є її наслідком; п'ята та шоста – незатребувані в поточної ситуації резерви особистості, зона індиферентності; останні дві позиції – пригнічені властивості особистості, мотиви і потреби.

Для дослідження родового (сімейного) неусвідомлюваного обрано *метод портретних виборів Л. Сонді (Test-Szondi)* через вимірювання динаміки психопатологічних елементів, що перебувають у латентному стані в психіці людини [155; 156]. Метод дає можливість прогнозувати дебют розвитку особистісної дезадаптації у відповідь на вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища. Зазначені фактори діють на точки найменшого супротиву психічної сфери особистості через порушення нормального балансу несвідомих психічних блоків.

Процес тестування побудований наступним чином: випробуваному пропонується обрати в шості серіях, що складаються з восьми окремих портретів кожна, ті, які йому найбільш подобаються чи не подобаються. Портрети являють собою зображення індивідів із клінічно встановленими маніфестаціями важких психічних захворювань. До основних захворювань Л. Сонді відносить: гомосексуалізм (h), психопатію експлозивного типу (s), епілепсію (e), істерію (hy), кататонічну форму шизофренії (k), галюцинаторно-параноїдну форму шизофренії (p), ендогенну депресію (d) і маніакальні розлади (m). Засновник української школи долеаналізу психодіагност М. Вигдорчик порушує питання про правомірність використання клінічного матеріалу для дослідження норми і обґрунтовує її роботами Б. Зейгарник [173], в яких розвиток хвороби на місці нормальних властивостей особистості описується як спричинений розбалансуванням психічних блоків [12].

Випробуваний може обрати із шести портретів кожного виду в усіх серіях певну кількість: максимально – 6, мінімально – 0, при цьому кожен вибір може бути позитивним (+) або негативним (-). Кількість виборів вказує на силу потреби, а напрямок тенденції (+, -, +_, 0) – на сприйняття їх Его. Повні реакції визначаються з кількісною напругою і свідчать у випадку «+» про прагнення потреби до прямого поведінкового відреагування, у випадку «-» – про сублімацію, придушення або витіснення тенденцій, обумовлених позитивним значенням. Нульові реакції вказують на задоволення (розрядку) потреб у будь-якій формі. Середні реакції кількісно позначають усвідомлення потреби і стан готовності до реалізації потягу в межах спонукального фактору. Що більше випробовуваний вибирає портретів кожної серії, то ближче риси цієї групи до психічної патології його особистості. Передній план (П.П.) показує актуальний стан психічного життя людини; задній план (З.П.) – резерви психіки і найбільш пригнічені тенденції, цілісний план (Ц.П.) – баланс між актуальним станом і утримуванням.

Концепція методу Сонді набула розвитку у роботах українського дослідника і психодіагноста М. Вигдорчика. Під час апробації методики і наукового обґрунтування методу були модифіковані значення, які надаються факторам виокремленим Л. Сонді [11]. Модифіковані значення, на які ми спиралися у нашому аналізі, представлені у Додатку К.

Дослідник вчення Сонді Д. Борг вказує на обґрунтованість тесту Сонді і спростовує оцінку його валідності на рівні $r = 0,45-0,50$ як низьку, підкреслюючи, що валідність найкращих проєктивних тестів не може досягати ліміта в 0.50. Вчений зазначає, що в проєктивних тестах немає «правильних» чи «помилкових» компонентів, їх діагностичні рішення містяться в безперервності і різноманітності матеріалу, що виробляється при контакті випробуваних зі стимулами і надає широкі можливості для його інтерпретації [85]. Також Д. Борг розробив концепцію взаємозв'язків факторів Сонді і кольорів Люшера з їх інтегральною інтерпретацією, яка набула розвитку на сучасному етапі розвитку психодіагностики у роботах зарубіжних і вітчизняних науковців [48; 61; 109]. У зарубіжній психодіагностичній практиці тест-Сонді, є недостатньо оціненим, внаслідок чого Д. Борг назвав його «камінням, який відкинули будівельники».

У вітчизняній психодіагностиці методика застосовується у силових структурах і практиці військових психологів з метою виявлення соціальних/асоціальних, здорових/патологічних глибинних спонукальних тенденцій «Я» військовослужбовців із подальшим визначенням фокусу психотерапевтичного впливу: «... крім результатів спрямованого мотиваційного інтерв'ю, надійними індикаторами суїцидогенних або захисних факторів самогубства можуть слугувати результати застосування проєктивної методики Л. Сонді, що дозволяє розкривати ознаки глибинних антивітальних потягів особистості, практично недоступних виявленню при роботі діагноста і/або психотерапевта зі свідомістю пацієнта, з його вербалізованими переживаннями» [45, с. 23–25].

Зони переходу між родовим і колективним несвідомим і глибше можуть досягати лише методи, що включають роботу з символами. Такі методи спрямовані на дослідження змісту частини колективного несвідомого, яка доступна вимірюванню.

Теорія архетипів К. Г. Юнга стала теоретичною основою *Тесту незакінчених рисунків Вартегга* [171]. Тест являє собою лист А3, поділений товстими чорними лініями на 2 ряди по чотири квадратних поля [рис. 2.2].

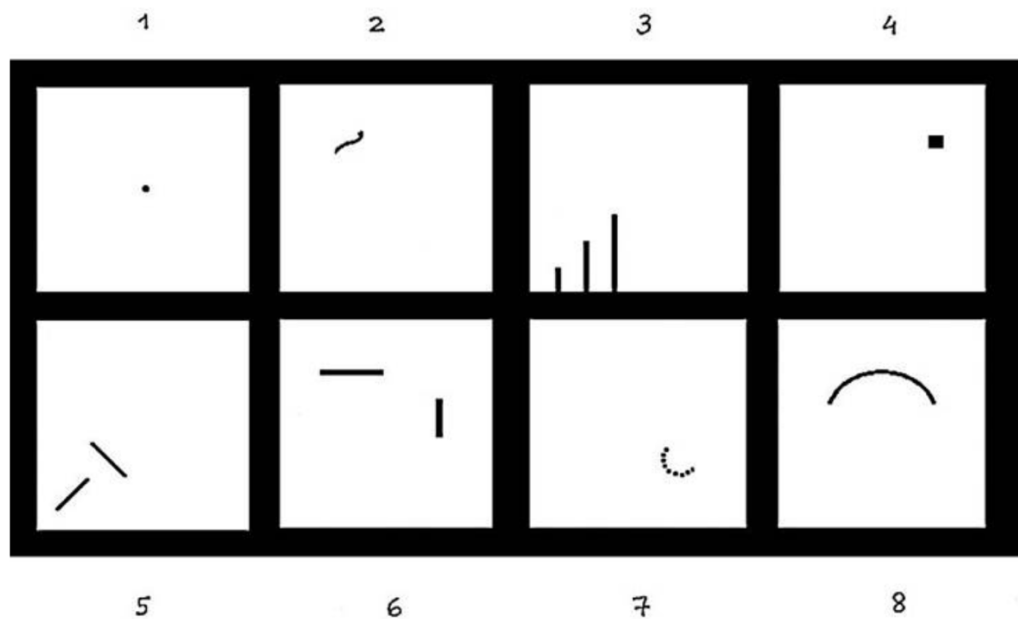


Рис. 2. 2. Бланк тесту Вартегга.

У кожному квадраті зображена простий символ або лінії, які треба продовжити. Значення символів наведені у Додатку Л. У стимули тесту Вартегга закладені наступні функції: архетипічна функція, тобто філогенетичний домінуючий архаїчний символічний зміст; онтогенетично-характерологічна сфера, яка відповідає цьому змісту; характерологічні альтернативи, що виходять при адекватному (+) і неадекватному (-) розумінні стимульного знаку [170; 171]. Під час тестування на символічний зміст проектується аспекти особистості, пов'язані з індивідуальним та колективним несвідомим. Досвід проігнорований чи забутий може виходити назовні графічно, розгортаючись у символічних образах, адже «стимули тесту

Вартегга підібрані таким чином, що кожен з них через свою архетипову специфіку провокує проекцію певної психічної сфери» [79].

Здатність чи нездатність інтегрувати стимули в малюнки свідчить про чутливість або нечутливість суб'єкта до них. Вартегг зазначив, що «... в силу архетипового укорінення стимульних знаків, порядок рисунків не можна вважати випадковим. Репрезентація образу пов'язана, з одного боку, зі спонтанною активністю несвідомого, а з іншого – визначається наявною ситуацією та її оцінкою з боку свідомості. Ситуація стимулює виникнення релевантних елементів прихованого матеріалу і придушує виникнення ірелевантного матеріалу. Архетиповий образ є, отже, відбиттям реакції на конкретну ситуацію, також і стресову, де працює як свідомість, так і несвідоме» [171].

В Україні значний внесок у вивчення особливостей методики зроблено дослідницями О. Гриценко та Н. Родіною. Основним напрямом наукових пошуків О. Гриценко стало застосування методики для дослідження психічного здоров'я обдарованої особистості [17]. Н. Родіна застосовувала тест Вартегга для дослідження механізмів подолання стресу з погляду несвідомого особистості, зокрема його символічного змісту. Дослідниця встановила, що несвідомі тенденції особистості у стресових ситуаціях виявляються у вигляді активізації певних символічних структур, переважно архетипового характеру. Підсистема несвідомого розглядається вченою як ключова для всієї системи копінг-поведінки [60; 61; 63].

Для оцінки поведінки подолання Н. Родіною була розроблена проективна техніка, що отримала назву «Метод вибору архетипових символів» (МВАС) [61]. Вона являє собою експрес-методику, процедура тестування за якою здійснюється на комп'ютері. Методика має встановлену конструктну та критеріальну валідність. Стимульним матеріалом даної техніки є вісім символів тесту Е. Вартегга. Стимули пред'являються парами для виключення стимулу, який подобається найменше, і відокремлення в будь-який довільно обраної парі стимулу, якому віддається перевага. Перевагами

МВАС є те, що вона захищена від мотиваційних викривлень і установок на процедуру тестування, процедура тестування мінімальна за часом проходження і позитивно сприймається респондентами.

В нашому дослідженні методику МВАС застосовано для порівняння особливостей виборів архетипових символів різними контингентами досліджуваних, вивчення психологічних феноменів стресових і тривожних розладів, дослідження впливу психотерапевтичної технології АВК на глибинні психологічні рівні особистості.

2.3. Аналіз особливостей досліджуваної вибірки.

Було досліджено вибірку з 48 осіб, яка складалася з діючих військовослужбовців і ветеранів, що проходили програму комплексної реабілітації. Для аналізу вибірки за соціально-демографічними показниками застосовано аналіз мір центральних тенденцій і частотний аналіз.

Описова статистика (соціально-демографічні показники).

У таблиці 2.4. представлено розподіл вибірки за статтю, що дозволяє оцінити гендерний склад досліджуваних. Абсолютна частота розподілу показує, що переважна більшість досліджуваних були чоловіками, а саме – 45 осіб, що складає 93,8% від загальної кількості досліджуваних. Жінки становили значно меншу частину вибірки – 3 особи, що складає 6,3%.

Таблиця 2.4

Розподіл вибірки за статтю

Група	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Чоловіки	45	93,8%
Жінки	3	6,3%

Такий розподіл вибірки можна пояснити специфікою військової служби, де чисельно переважають чоловіки. Цей гендерний дисбаланс варто враховувати при інтерпретації результатів дослідження, оскільки різниця у кількості чоловіків та жінок може впливати на загальні висновки щодо ефективності реабілітаційних заходів. Варто також зазначити, що хоча

відсоткова частка жінок у вибірці невелика, їхня участь є важливою для забезпечення повноти аналізу та врахування гендерних аспектів у процесі реабілітації.

У таблиці 2.5. представлено розподіл вибірки за критерієм «нормативна» і «психіатрична» група. Віднесення досліджуваного до групи відбувалося за місцем проходження програмами лікування і реабілітації. Абсолютна частота розподілу показує, що більшість досліджуваних перебувала на реабілітації за травматичної нозології. 34 осіб віднесено до нормативної групи, що складає 70,8% від загальної кількості досліджуваних. Досліджувані, стан яких які трактувався як такий, що потребують реабілітації у закладах вторинної ланки психіатричної служби, становили меншу частину вибірки – 14 осіб, що складає 29,2%.

Таблиця 2.5

Розподіл вибірки на нормативну та психіатричну групу (розподіл за місцем проходження реабілітації)

Група	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Так	14	29,2%
Ні	34	70,8%

У таблиці 2.6. представлено розподіл вибірки за наявністю статусу «демобілізований» (ветеран). Абсолютна частота розподілу показує, що переважна більшість досліджуваних були діючими військовими, а саме 34 особи, що складає 70,8% від загальної кількості досліджуваних. Ветерани становили меншу частину вибірки – 14 осіб, що складає 29,2%. Наявність однакових значень кількості осіб в обох групах у таблицях 2.5 і 2.6 є співпадінням. Не всі досліджувані з групи, визначеної як умовно психіатрична, мали статус «демобілізований», так само як і не всі досліджувані з групи, визначеної як умовно «нормативна», були діючими військовими.

Таблиця 2.6

Розподіл вибірка за показником «Демобілізовані»

Група	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Так	14	29,2%
Ні	34	70,8%

У таблиці 2.7. представлено розподіл вибірки за наявністю ампутацій. Абсолютна частота розподілу показує, що більшість досліджуваних не мали ампутацій, а саме 36 осіб, що складає 75% від загальної кількості досліджуваних. Досліджувані з ампутаціями кінцівок становили меншу частину вибірки – 12 осіб, що складає 25%.

Таблиця 2.7

Розподіл вибірки за наявністю ампутації

Група	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Так	12	25%
Ні	36	75%

У таблиці 2.8. представлено розподіл вибірки за віком. Середній вік досліджуваних складає 39,1 рік. Діапазон віку досліджуваних у вибірці – від 23 до 56 років.

Таблиця 2.8

Вікова характеристика вибірки

Змінна	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
Вік	39,1	38	8,52	23	56

Такий розподіл вибірки можна пояснити специфікою російсько-української війни, яка полягає у залученні великої кількості цивільних, тобто людей без професійної військової підготовки, до участі у військових діях. Відповідно до чинного законодавства призив має цільовий діапазон 25- 59 років, виключенням є професійні військові і добровольці. Отже,

середній вік досліджуваної вибірки дещо нижче середнього віку в українській армії, який за різними оцінками складає 43–45 років (у чоловіків).

Описова статистика (скринінгові і психометричні методики).

Було досліджено рівень генералізованої тривоги, депресії і вираженості симптомів ПТСР серед учасників реабілітаційної програми за допомогою скринінгових методик GAD- 7, PHQ- 9 і PCL- 5, що дозволило отримати загальний огляд психоемоційного стану досліджуваних. У таблиці 2.9. представлено розподіл вибірки за результатами методики Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) [153]:

Таблиця 2.9

Результати опитувальника з генералізованої тривоги (GAD-7)

Змінна	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
Генералізований тривожний розлад	8,73	8	6,17	0	21

Згідно з отриманими даними, середнє значення показника тривоги склало 8,73, що свідчить про наявність слабого рівня тривожних симптомів у середньому по групі. Медіана, яка становить 8, вказує на те, що половина респондентів мала значення генералізованої тривоги нижче цього рівня, тоді як інша половина – вище. Це значення медіани наближається до середнього, що свідчить про відносну симетричність розподілу даних.

Стандартне відхилення у 6,17 вказує на значну варіативність рівня тривоги серед досліджуваних. Мінімальне значення показника генералізованої тривоги, яке становило 0, свідчить про те, що деякі учасники не визначали у себе тривожних симптомів або заперечували їх наявність. Водночас максимальне значення у 21 вказує на наявність виражених тривожних симптомів у окремих осіб.

У таблиці 2.10. представлено розподіл вибірки за результатами методики Шкала депресії (PHQ-9) [113]:

Результати шкали депресії (PHQ-9)

Змінна	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
Депресія	11,46	10,5	7,28	1	27

Згідно з отриманими даними, середнє значення показника депресії склало 11,46, що свідчить про наявність помірного рівня депресивних симптомів у середньому по групі. Медіана, яка становить 10,5, вказує на те, що половина респондентів мала значення депресії нижче цього рівня, тоді як інша половина – вище. Це значення медіани наближається до середнього, що свідчить про відносну симетричність розподілу даних.

Стандартне відхилення у 7,28 вказує на значну варіативність рівнів депресії серед учасників дослідження. Це означає, що окремі респонденти мали дуже різні рівні депресивних симптомів, що може бути пов'язано з індивідуальними особливостями та різною інтенсивністю пережитого стресу. Мінімальне значення показника депресії, яке становило 1, свідчить про те, що деякі учасники майже не визначали у себе депресивних симптомів. Водночас максимальне значення у 27 вказує на наявність серйозних депресивних розладів у окремих досліджуваних.

У таблиці 2.11. представлено розподіл вибірки за результатами методики Шкала (PCL-5) [86; 123]:

Таблиця 2.11

Результати шкали оцінки ПТСР (PCL-5)

Змінна	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
ПТСР	32,15	32,5	21,35	0	75

Згідно з отриманими даними, середнє значення показника вираженості симптомів ПТСР склало 32,15, що свідчить про граничний рівень симптомів ПТСР у середньому по групі. Медіана, яка становить 32,5, вказує на те, що

половина респондентів мала значення вираженості симптомів нижче цього рівня, тоді як інша половина – вище, що свідчить про відносну симетричність розподілу даних.

Стандартне відхилення у 21,35 вказує на велике розсіювання оцінок вираженості симптомів ПТСР серед досліджуваних. Це може бути наслідком невеликого розміру вибірки, і вказаний показник може змінюватися при збільшенні кількості досліджуваних. Мінімальне значення показника, яке становило 1, свідчить про те, що деякі досліджувані не визначали у себе симптомів ПТСР. Водночас максимальне значення у 75 вказує на високу вірогідність посттравматичного стресового розладу у окремих осіб.

У таблиці 2.12. представлено розподіл вибірки за результатами методики Акцент 2-90.

Таблиця 2.12

Результати методики Акцент-2-90

Змінна	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
Гіпертимність	16,6	18	5,39	3	24
Застрягання	15,4	16	3,57	6	20
Емотивність	15,8	15	4,69	6	24
Педантичність	13,1	12	4,52	6	20
Тривога	10,7	9	6,69	0	27
Циклотимність	15,1	18	7,05	3	24
Демонстративність	13,6	14	3,67	6	22
Збудливість	14,9	15	5,52	3	24
Дистимія	12,4	12	5,97	0	24
Екзальтованість	16,3	18	5,25	6	24
Інтроверсія	10,4	9	3,66	3	18

Отримані дані дозволяють оцінити середні значення шкал по вибірці, розкид значень та їх діапазони, однак найбільш змістовну інформацію для

характеристики вибірки нам дають середні значення додаткових показників по методиці, які розраховуються як суми значень кількох шкал з подальшим перерахунком отриманих сирих балів у стени.

Показник *позитивності фону настрою* розраховується як різниця між середніми значеннями шкал «Гіпертимність» і «Дистимія» і становить 4,2 балів, що відповідає стену 4. Це свідчить про знижений рівень оптимізму і позитивного настрою.

Показник *ригідності* – сума середніх значень шкал «Застрягання» і «Педантичність» мінус «Гіпертимність» – становить 11,9 балів, що відповідає стену 7 та вказує на ригідність у мисленні і переконаннях вище середнього.

Показник *імпульсивності* розраховується як сума середніх значень шкал «Гіпертимність» і «Збудливість» і становить 31,5 балів (7 стень), що свідчить о підвищені рівня імпульсивності в середньому по виборці.

Показник *невротичності* є сумою значень трьох шкал «Емотивність», «Педантичність» і «Тривожність» і становить 39,6 балів (стен 6), що вказую на рівень невротичності вище середнього.

Показник *дисфорії* розраховується як сума значень шкал «Застрягання», «Педантичність» і «Збудливість» і становить 45,3 балів, що відповідає стену 8 і високому рівню дисфорічних проявів у досліджуваних.

Аналіз показників виявив тенденцію вибірки до дисфорічних станів, які є поліморфними за своєю природою, і характеризуються зниженням настрою, тугою, звуженням сфери контактів, труднощами з відчуттям задоволення від життя, схильністю до створення ритуалів, сповільненістю мислення, настороженістю і тенденцією триматися власних уявлень про дійсність. Слід зазначити, що вказана тенденція поєднується з вираженою циклотимністю, яка проявляється у ситуативному реагуванні, змінах настрою у відповідь на зовнішні впливи чи активацію певних внутрішніх станів, спогадів. Високий рівень циклотимності свідчить про наявність великого обсягу витисненого психічного матеріалу, що є наслідком спроб психіки через механізми витіснення і заперечення захистити індивіда від травматизації.

У таблиці 2.13. представлено розподіл вибірки за результатами методики Метод багатофакторного дослідження особистості (МБДО):

Таблиця 2.13

Результати методики

Метод багатофакторного дослідження особистості (МБДО)

Змінна	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
L	49,6	50	10,2	32	82
F	69,4	66	14,3	40	85
K	46,7	48	13,9	20	69
Шкала 1	73,7	72	17,1	41	99
Шкала 2	66,8	66,5	18,4	34	99
Шкала 3	55,4	54	13,9	31	89
Шкала 4	61,3	58	10,9	45	90
Шкала 5	50,8	50	10,7	28	75
Шкала 6	66,7	66	20,5	31	99
Шкала 7	65,6	63	17,6	38	99
Шкала 8	70,7	65	18,6	41	99
Шкала 9	63,5	64	10,2	39	92
Шкала 0	55,9	52,5	14,8	29	94

Отримані результати показують, що більшість середніх значень показників шкал не перевищують нормативні 70Т, окрім шкали 1 (73,7) і шкали 8 (70,7), що свідчить про наявність тенденції до соматизації тривоги і тенденції до дистанціювання, відходу у внутрішній світ у середньому по вибірці. Зазначені тенденції можна інтерпретувати як способи компенсації стійких тривалих негативних емоцій. Тенденція до дистанціювання може виникати й внаслідок труднощів у комунікації поза військовим середовищем, яке має свої жорсткі правила і стандарти, виконання яких забезпечує виживання і взаємодію у бойових умовах. Переважна більшість

досліджуваних після реабілітації мають повернутися на військову службу, що не дозволяє захисним механізмам психіки знову адаптуватися до цивільного середовища. Високі значення показника «стандартне відхилення» вказують на значну варіативність значень шкал серед досліджуваних, що може пояснюватися як різною нозологією травми (ампутації) і психіатрії, так і особливостями реагування захисних механізмів особистості на дистрес.

У таблиці 2.14. представлені результати кореляційного аналізу скринінгових методик і методики Акцент 2-90. Метою аналізу є порівняння результатів кількох методик дослідження, які спрямовані на діагностику декларативного рівня психіки згідно психодинамічної схеми формування поведінки особистості, описаної у розділі 1.1 нашої роботи.

Таблиця 2.14

**Результати кореляційного аналізу шкал скринінгових методик і шкал
Акцент-2-90 (критерій кореляцій Спірмена)**

Змінна	Депресія	Генералізований тривожний розлад	ПТСР
Гіпертимність	-0,517*	-0,405*	-0,51*
Застрагання	0,171	0,246	0,245
Емотивність	0,336	0,305*	0,31
Педантичність	0,476*	0,512*	0,536*
Тривога	0,344	0,486*	0,439*
Циклотимність	0,576*	0,627*	0,628*
Демонстративність	-0,265	-0,239	-0,156
Збудливість	0,519*	0,579*	0,456*
Дистимія	0,689*	0,651*	0,665*
Екзальтованість	0,445*	0,496*	0,434*
Інтроверсія	0,046	0,086	0,112

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Аналіз виявив значущі від'ємні кореляції між показниками всіх скринінгових методик і шкалою Гіпертимність (-0,517, -0,405, -0,51), що

свідчить про зв'язок зростання рівня тривоги, депресії і вираженості симптомів ПТСР зі зниженням рівня життєвої (вітальної) енергії, позитивності настрою і оптимізму. Відповідно, зі збільшенням значення шкали «Гіпертимність» рівень депресії, тривоги і проявів ПТСР зменшується.

Значущі додатні кореляції виявлені зі шкалами Педантичність (0,476; 0,512; 0,536), Збудливість (0,519; 0,579; 0,456), Екзальтованість (0,445; 0,496; 0,434), найбільш значущі зі шкалами Циклотимність (0,576; 0,627; 0,628) і Дистимія (0,689; 0,651; 0,665). Зазначені кореляції відображають комплексність симптомів стресових і невротичних розладів. Вказані розлади супроводжуються дисфорічними станами, які є поліморфними за своєю природою і проявляються назовні у дратівливості, імпульсивності, конфліктності, тузі, емоційної лабільності, зниженні мотивації, підвищенні тривоги стосовно майбутнього, схильності до перевірок, повторюваності дії і ритуалів.

Інтерес викликає шкала Емотивність, де показник кореляції з генералізованим тривожним розладом становив статистично значущі 0,305, що свідчить про помірний позитивний зв'язок між цими змінними. Емотивність характеризується чутливістю, готовністю до співпереживання, експресією почуттів, нестійкістю настрою, внаслідок чого емотивні особистості більш схильні до тривожних переживань. Вибірка досліджуваних, у якої чоловіки складають переважну більшість, має середній рівень Емотивності 15, що є граничним значенням для чоловіків згідно діапазонів даної шкали у методиці Акцент 2-90, отже визначається як максимальна границя норми. Припускаємо, що такий рівень Емотивності може бути наслідком нещодавно пережитих травматичних подій і підвищенні сенситивності, емоційної незахищеності.

Шкала Тривоги Акцент 2-90 додатньо корелює з результатами за шкалою тривоги PHQ-9 (0,486) і шкалою оцінки вираженості симптомів ПТСР PCL- 5 (0,439). При тому, що діагностичні критерії ПТСР були переглянуті у 2023 році, і посттравматичний стресовий розлад переміщено з класу «Розлади

тривоги» до класу «Розлади, зумовлені травмою і стресором», тривога є його вагомою складовою, зокрема флешбеки (яскраві тривожні спогади).

Результати аналізу підтверджують кореляцію між шкалами Акцент-2-90 і скринінговими методиками, що може бути корисним для подальшого розуміння механізмів і особливостей розвитку стресових і невротичних розладів у особистостей з різними акцентуаціями.

У таблиці 2.15. представлені результати кореляційного аналізу інтегральних коефіцієнтів ДОДОМУ і скринінгових методик по вибірці 48 осіб:

Таблиця 2.15

**Результати кореляційного аналізу
інтегральних коефіцієнтів ДОДОМУ і шкал скринінгових методик
(критерій кореляцій Спірмена) вся вибірка**

Інтегральний коефіцієнт	Депресія	Генералізований тривожний розлад	ПТСР
Рівня соціальної адаптації	-,707**	-,684**	-,735**
Невротичності	,642**	,639**	,662**
Резистенції до психокорекції	,750**	,683**	,727**
Конфліктності	,727**	,680**	,682**
Ризику розвитку психосоматики	,752**	,752**	,783**
Ризику асоціальної поведінки	-,498**	-,498**	-,554**
Ризику розвитку ПТСР	,808**	,820**	,826**
Суїцидального ризику	,617**	,617**	,578**

Примітка. ** – кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).

Згідно з отриманими даними, між усіма вісьмома інтегральними коефіцієнтами пакету ДОДОМУ та скринінговими методиками існують статистично значущі додатні кореляції. Від’ємний характер кореляцій між скринінговими методиками і коефіцієнтом «Рівень соціальної адаптації»

зумовлена сутністю коефіцієнта: чим він вище, тим нижче ризик соціальної дезадаптації, отже стресові і невротичні розлади негативно впливають на здатність особистості адаптуватися у соціальному середовищі. Припускаємо, що від'ємний характер кореляцій між скринінговими методиками і коефіцієнтом «Ризик асоціальної поведінки» пов'язаний з раніше описаними дисфорічними станами, що характерні для досліджуваної вибірки. Ці стани блокують прямі прояви агресії і запобігають асоціальної поведінці через побоювання можливих наслідків і засвоєні організаційно-культурні норми підпорядкування у військовому середовищі. Агресія може проявлятися опосередковано, зокрема у вигляді аутоагресивних тенденцій.

Для дослідження достовірності інтегральних коефіцієнтів ДОДОМУ проведено кореляційний аналіз коефіцієнтів і скринінгових методик по вибірці з виключенням умовно психіатричної групи, результати якого представлені у таблиці 2.16.:

Таблиця 2.16

**Результати кореляційного аналізу
інтегральних коефіцієнтів ДОДОМУ і шкал скринінгових методик
(критерій кореляцій Спірмена) для нормативної групи**

Інтегральний коефіцієнт	Депресія	Генералізований тривожний розлад	ПТСР
Рівня соціальної адаптації	-,709**	-,691**	-,688**
Невротичності	,759**	,769**	,811**
Резистенції до психокорекції	,756**	,633**	,694**
Конфліктності	,789**	,701**	,714**
Ризику розвитку психосоматики	,656**	,576**	,711**
Ризику асоціальної поведінки	—	—	-,369**
Ризику розвитку ПТСР	,791**	,786**	,823**
Суїцидального ризику	,453**	—	,413**

Примітка. **— кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння)

Отримані результати вказують на статистично значущі кореляції між переважною більшістю коефіцієнтів за виключенням коефіцієнту «Ризик асоціальної поведінки» зі шкалами депресії (від'ємний характер пояснено вище сутністю коефіцієнту) і генералізованої тривоги та коефіцієнту «Суїцидальний ризик» зі шкалою генералізованого тривожного розладу.

Порівняння результатів по загальній вибірці (без розділення на нормативну і психіатричну групу) та результатів по нормативній групі виявляє наступні тенденції: кореляції між коефіцієнтами «Невротичність», «Конфліктності» та скринінговими методиками мають більші значення для умовно нормативної групи, кореляції між коефіцієнтами «Ризик розвитку психосоматики», «Суїцидальний ризик», «Ризик розвитку ПТСР», «Резистентності до психокорекції» і скринінгами дають менші значення. Це дозволяє зробити висновок, що досліджувані з більш вираженими патологічними змінами у психіці більш схильні до суїцидальної поведінки, дистанціювання та відходу у внутрішній світ, розвитку психосоматичних захворювань і ПТСР, і при тому, важче піддаються психокорекційним впливам. Даний висновок слід врахувати при розробці рекомендацій стосовно програм реабілітаційних заходів.

Висновки до розділу 2.

1. У дизайні нашого дослідження було диференційовано підбір методів діагностики психоемоційного стану досліджуваних відповідно до схеми формування поведінки індивіда в психодинамічному підході з охопленням всіх рівнів особистості. Поєднання кількісних (скринінгових, психометричних) і якісних (проективних) методик з інтегральною інтерпретацією результатів визначено як оптимальне для досягнення мети комплексної психодіагностики особисті та подолання обмежень і похибок кожної із методик. Статистичний аналіз результатів діагностичних методик, застосованих в експериментальному дослідженні, підтвердив релевантність обраного комплексу завданням дослідження. Отримані результати дозволили

виявити основні тенденції вибірки осіб з розладами, зумовленими тривогою, депресією і стресором (травмою).

2. Експериментально досліджено особливості вибірки військовослужбовців і ветеранів, які проходили комплексну психофізіологічну реабілітацію у спеціалізованих медичних закладах. Переважну більшість досліджуваних склали чоловіки середнього віку, більшість з яких є діючими військовими. Зазначені соціально-демографічні показники необхідно врахувати при формуванні рекомендацій стосовно програм реабілітації. Ідентифікація чоловіків з новою роллю воїнів-захисників формує певні наративи самосприйняття і патерни поведінки, які впливають на ставлення до різних видів терапевтичних впливів і процедур лікувального протоколу. Наявність травм і ампутацій вимагає корекції плану лікувальних процедур і фізичних вправ, інклюзивності просторових рішень у реабілітаційних закладах, включення фахівців відповідної спеціалізації до мультидисплінарних команд, спрямованих психотерапевтичних інтервенцій щодо адаптації особистості до змін у тілі та способі життя, які є наслідком отриманих травм і встановлення протезів кінцівок.

3. Аналіз результатів емпіричного дослідження статистично-математичними методами виявив ряд значущих тенденцій. Виявлені тенденції відображають наявність у вибірці комплексу симптомів стресових і невротичних розладів, які супроводжуються дисфорічними станами, поліморфними за своєю природою. Також виявлено, що досліджувані з більш вираженими патологічними змінами у психіці більш схильні до соціальної ізоляції, мають значні ризики суїцидальної поведінки, розвитку психосоматичних захворювань і посттравматичного стресового розладу, й при тому важче піддаються психокорекційним впливам. Зазначене є підґрунтям для поглибленого дослідження психофізіологічних особливостей особистості та специфіки нозології розладу при розробці програм реабілітації і формування груп пацієнтів за нозологічним принципом (превалюючим типом порушень – фізичним чи ментальним).

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ АВК «СИМВОЛІЧНІ РЯДИ» У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ

3.1. Дослідження внутрішньої структури МВАС і виявлення структурних архетипових комплексів.

Для визначення внутрішньої структури МВАС було розраховано кореляції між показниками методики за Спірменом. Показником методики був ранг символу, що розраховується наступним чином: якщо символ перебував на першій позиції (тобто був у виборі найбільш уподобаним), йому присвоювався ранг «8», якщо на другий – ранг «7» і так далі до найменшого рангу «1», який присвоюється стимульному знаку, що мав найменш перевагу (найбільш відкидається).

Таблиця 3.1

Інтеркореляція між показниками МВАС

Символ МВАС		1	2	3	4	5	6	7	8
1	rs	1,000	0,035	-0,250	0,399	-0,245	-0,421	-0,256	-0,349
	p	–	0,814	0,087	0,005	0,093	0,003	0,079	0,015
2	rs	0,035	1,000	-0,590	-0,082	-0,358	-0,226	0,358	-0,029
	p	0,814	–	0,000	0,577	0,012	0,122	0,012	0,843
3	rs	-0,250	-0,590	1,000	-0,130	0,364	0,257	-0,501	-0,211
	p	0,087	0,000	–	0,379	0,011	0,078	0,000	0,150
4	rs	0,399	-0,082	-0,130	1,000	-0,295	-0,427	-0,186	-0,361
	p	0,005	0,577	0,379	–	0,042	0,002	0,206	0,012
5	rs	-0,245	-0,358	0,364	-0,295	1,000	0,323	-0,432	-0,182
	p	0,093	0,012	0,011	0,042	–	0,025	0,002	0,216
6	rs	-0,421	-0,226	0,257	-0,427	0,323	1,000	-0,227	0,231
	p	0,003	0,122	0,078	0,002	0,025	–	0,121	0,114
7	rs	-0,256	0,358	-0,501	-0,186	-0,432	-0,227	1,000	0,239
	p	0,079	0,012	0,000	0,206	0,002	0,121	–	0,101
8	rs	-0,349	-0,029	-0,211	-0,361	-0,182	0,231	0,239	1,000
	p	0,015	0,843	0,150	0,012	0,216	0,114	0,101	–

Примітка: * – рівень статистичної значущості $p < 0.05$.

** – жирним шрифтом позначені статистично значимі значення коефіцієнтів кореляції.

Аналіз матриці інтеркореляцій (табл. 3.1.) показує, що більшість (69,23%) статистично значимих взаємозв'язків між показниками є зворотними. Відповідно, 30,77% статистично значимих взаємозв'язків є прямими. Це відрізняє вибірку цього дослідження від вибірки дослідження Н. Родіної [61], яку можна вважати умовно нормативною, де всі статистично значимі коефіцієнти кореляції були негативними. Н. Родіна пояснює цей феномен особливостями методики – «кожен графічний елемент займає своє місце у ряді символів за рахунок інших стимульних знаків. У профілі всі без винятку символи не можуть мати ранги, що відповідають першим позиціям, так само як і ранги, що відповідають останнім. Тобто при «вибудовуванні» символічного ряду підвищення рангу будь-якого графічного елемента супроводжуватиметься зниженням рангів для певної частини інших графічних елементів» [61]. У нашому випадку наявність низки позитивних статистично значущих коефіцієнтів кореляції свідчить про згладжування «взаємовідштовхування» між стимулами і розмиття архетипових меж між ними.

Факторизованість даної матриці встановлювалася за допомогою розрахунку критерію Кайзера-Мейєра-Олкіна. Він характеризувався (КМО=0,227) дуже малим значенням, тому для встановлення факторної структури методики звичайний факторний аналіз не застосовується. Проте, процедура категоріального аналізу основних компонент дозволяє моделювати у просторі низької розмірності взаємовідносини між показниками МВАС. Як метод нормалізації використовувався метод верховенства змінних. Дані показники були включені в аналіз як порядкові величини.

Згідно з критерієм Кайзера, були відібрані розмірності, що мають власні значення більше 1, що кумулятивно пояснюють більше ніж з 78% дисперсії. У таблиці 3.2. наведені параметри компонентної моделі, що складається із трьох вимірів. Третя розмірність не є психометрично обґрунтованою, що характерно для методики МВАС, вона потрібна для опису того, що ми бачимо як тримірне явище.

Таблиця 3.2

**Параметри тривимірної моделі, отриманої при категоріальному аналізі
головних компонент**

Розмірність	α Кронбаха	Власне значення	Частка пояснюваної дисперсії (%)
1	0,753	2,930	36,629
2	0,595	2,086	26,074
3	0,213	1,229	15,367
Усього	0,960*	6,246	78,069

Примітка. * – підсумкова α Кронбаха заснована на сукупному власному значенні.

Інтерпретація результатів категоріального аналізу основних компонент здійснювалася на основі аналізу компонентних навантажень на відповідні розмірності, які розуміються також геометрично як координатні осі (табл. 3.3). Представлено структурну матрицю, отриману шляхом косокутного обертання Promax.

Таблиця 3.3

**Матриця компонентних навантажень, отримана в результаті
категоріального аналізу основних компонент**

Символ MBAC	Розмірність		
	1	2	3
1	0,301	-0,835	0,369
2	0,829	-0,172	0,206
3	-0,903	0,177	-0,168
4	-0,105	-0,398	0,880
5	-0,439	0,142	-0,925
6	-0,508	0,699	-0,409
7	0,717	0,425	0,074
8	0,220	0,761	-0,076

Примітка. * – жирним шрифтом позначені статистично значимі значення коефіцієнтів кореляції.

Категоріальний аналіз виявляє кілька дихотомій (полярностей). Як видно з цієї таблиці, максимальні за модулем навантаження на першу розмірність (вісь) становили символи 2 і 7 – з позитивним знаком, а також символ 3 – з негативним. Виявлену дихотомію можна охарактеризувати як реактивність (уразливість, підлеглість) і проактивність (рух на досягнення) чи *аутопластичну адаптацію* (особистість адаптується під обставини) та *алопластичну адаптацію* (особистість адаптує обставини під свої потреби).

Позитивний полюс другої осі характеризувався навантаженнями символів 6 і 8, негативний – символу 1. Цю дихотомію можна описати як орієнтацію на інших або на себе. У нашої вибірці більшість досліджуваних орієнтується на інших. Слід зазначити, що орієнтація у символах 6 і 8 має відмінності: у символі 8 вона має більш емоційну соціальну складову з прагненням емоційно підтримати інших, у символі 6 – більш раціональну, прагнення допомогти конкретною справою.

Позитивний полюс третьої осі характеризувався символом 4, а негативний – символом 5. Цю дихотомію можна описати як відхід у власну травму та спрямування себе в активну діяльність. Припускаємо, що розмитість третій розмірності підтверджує, що травма остаточно не сформована, значною мірою через те, що травмуюча подія не завершена.

Зміст розмірностей відрізнявся від такого в компонентній моделі, що була запропонована в дослідженні Н. Родіної, яка не використовувала косокутного обертання. У зазначеної моделі максимальні за модулем навантаження на першу розмірність (вісь) склали символи 2 і 7 – з позитивним знаком, а також символ 6 – з негативним. Позитивний полюс другої осі характеризувався навантаженнями символів 3 і 5, негативний – символів 1 і 4. Символ 8 відрізнявся максимальним навантаженням на третю вісь [61, с. 386].

Візуально групування символів МВАС можна оцінити за допомогою рисунку 3.1., на якому представлено графічне розв'язання категоріального аналізу головних компонент у просторі перших двох розмірностей:

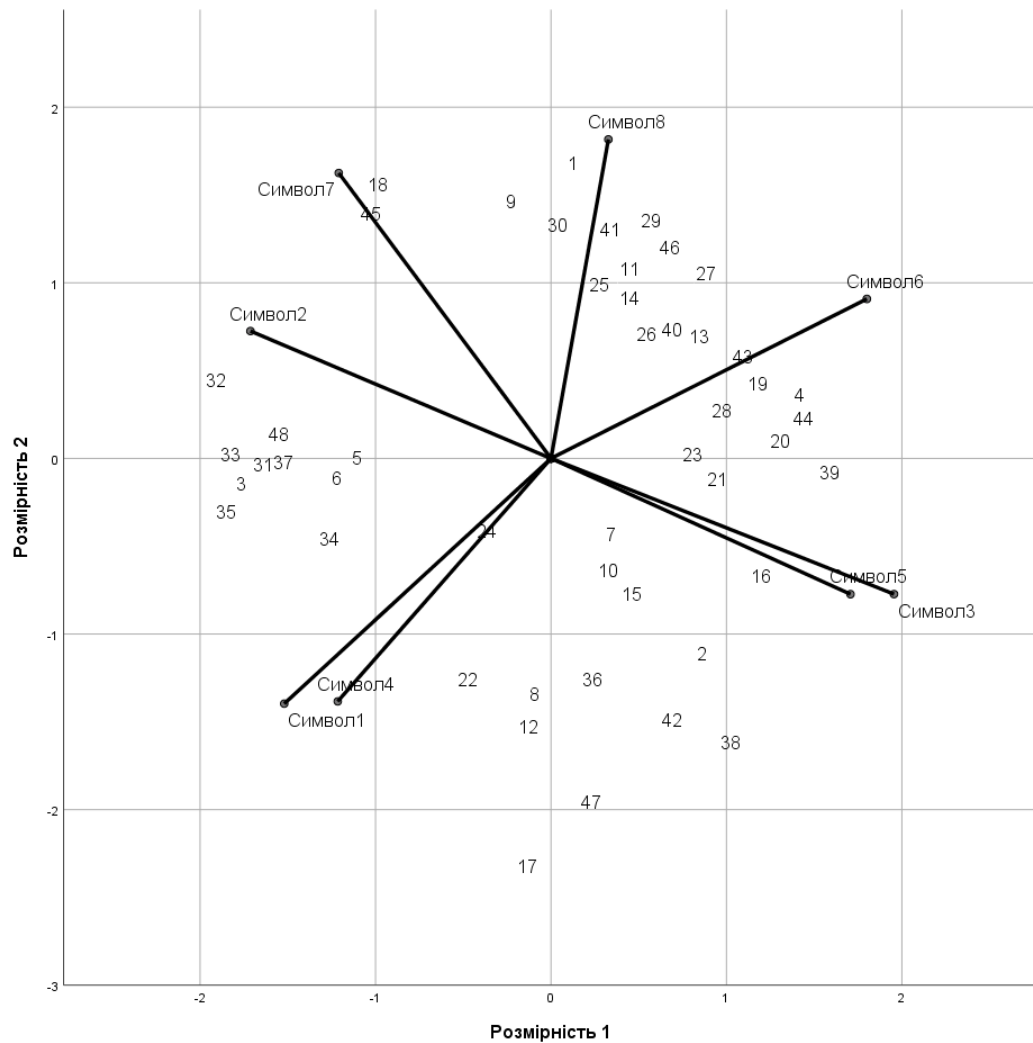


Рис. 3.1. Групування символів МВАС у двовимірному просторі.

Символи 1 і 4, розташовані в лівій нижній частині рисунка, найближчі один до одного: їх об'єднує малий розмір і наявність кількох осей центральної симетрії. Аналогічне положення цих двох символів у компонентному просторі зафіксовано в дослідженні Н. Родіної. Символи 2, 7 і 8, розташовані у верхній частині компонентного простору (у правій частині в дослідженні Н. Родіної), характеризує такий параметр, як вигнутість. У правій частині двовимірного простору (у Н. Родіної – у верхній лівій частині) розташовані символи 3, 5, 6 – вони групуються за такою якістю, як прямолінійність.

Таким чином, категоріальний аналіз дав змогу виявити універсальність основних блоків показників МВАС в обох вибірках: перший блок включає символи 1 і 4, другий блок – символи 2, 7 і 8, третій блок – символи 3, 6 і 5.

1-й символ (крапка) і 4-й символ (чорний квадрат) об'єднуються у блок звертання до власного травматичного досвіду і пошуку глибинних аспектів через самопізнання і рефлексію.

2-й символ (хвиляста лінія), 7-й символ (крапки, об'єднанні в півколо), 8-й символ (дуга) об'єднуються у блок прагнення бути у спокої, потребу в афіляції, емпатії, гармонійних міжособистісних стосунках.

Символи 3-й (три вертикальні лінії), 5-й (дві лінії, що протистояють одна одній) і 6-й (дві прямі лінії, розташовані під прямим кутом) об'єднуються в блок активності, розвитку, мотивації до досягнень.

Для позначення структурно-функціональних одиниць глибинно психологічних рівнів, які можуть бути визначені шляхом виявлення стійких кореляційних зв'язків між символами МВАС і факторами інших методик, ми використовуємо термін «*структурні архетипові комплекси*» (САК).

Теоретичний конструкт комплексів введено в аналітично психологію К. Г. Юнгом під впливом ідей С. Шпільрейна. К. Г. Юнг описує комплекси як «маленькі, відокремлені психіки, котрі самі собою розвивають діяльність фантазії» [90, с. 17], і завдяки своїй автономності забезпечують можливість «розмови» між свідомим і несвідомим рівнями психіки. Архетиповий зміст пояснюється наявністю архетипу або архетипового образу в середині кожного з комплексів.

Ми надаємо архетиповим комплексам наступного значення. На нашу думку, САК розташовані між колективним і родовим несвідомим і виконують амортизуючу функцію між тенденціями зазначених рівнів [рис. 3. 2]. Призначення САК – забезпечити безперервність потоку енергії між шарами несвідомого. Архетипові комплекси є стійкими структурами психіки, які балансують шари несвідомого і можуть втрачати свою функціональність під впливом стресового агенту, внаслідок чого виникає порушення (дисбаланс) структур психофізіологічного і психологічного відреагування, що в свою чергу, призводить до порушення балансу психічних блоків і відображається в поліморфній патопсихологічній симптоматиці.

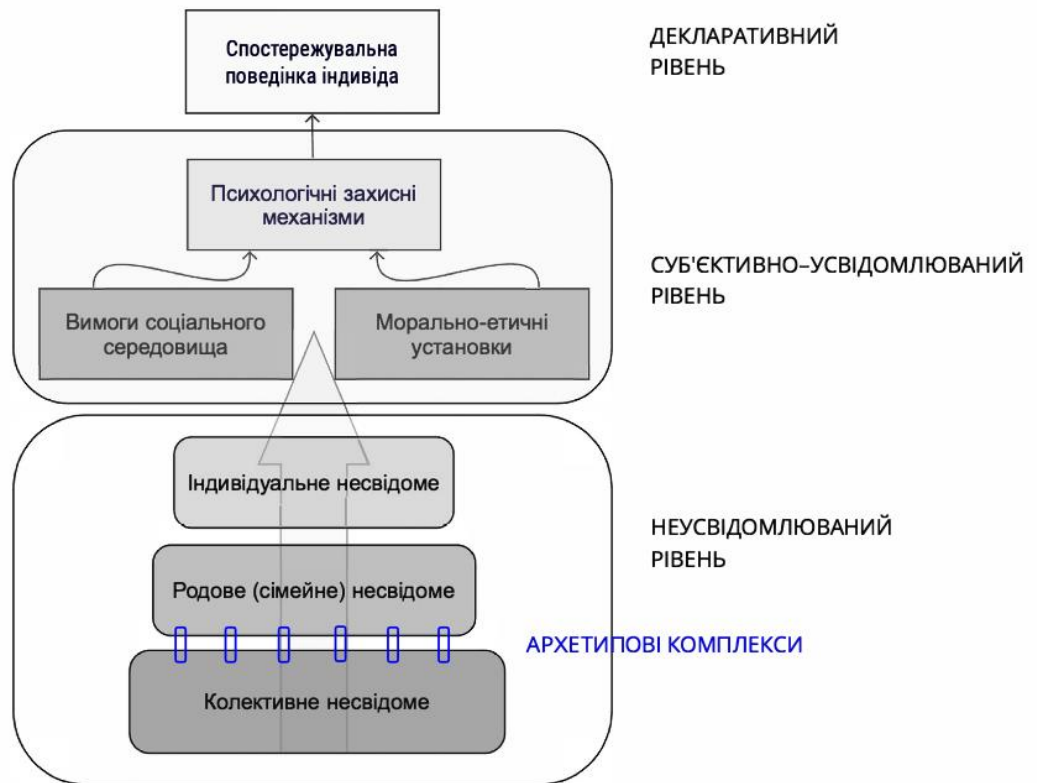


Рис. 3. 2. Архетипові комплекси у психодинамічній схемі формування поведінки особистості.

Для встановлення структурних комплексів архетипових символів досліджуваної вибірки проведено кореляційний аналіз між рангами стимульних знаків МВАС і показниками таких методик: метод багатостороннього дослідження особистості (МБДО, модифікований ММРІ), Акцент-2-90, метод портретних виборів Л. Сонді та метод колірних виборів М. Люшера. На відміну від категоріального аналізу головних компонент показником методики був ранг символу, що розраховується наступним чином: якщо символ перебував на першій позиції (тобто був у виборі найбільш уподобаним), йому присвоювався ранг «1», якщо на другий – ранг «2» і так далі до рангу «8», який присвоюється стимульному знаку, що мав найменш перевагу (найбільш відкидався).

У роботі Н. Родіної для вибірки, яку ми приймаємо за умовно нормативну, були виявлені наступні значимі кореляції між рангами стимульних знаків [61, с. 394 – 395]:

1-й символ позитивно корелював з h_u - Тесту Сонді. Дана реакція, на думку дослідниці, вказувала на існування межі між внутрішнім світом і психічною реальністю індивіда та його прагнення стверджувати власну правоту у проблемних ситуаціях.

2-й символ позитивно корелював з 1 та 3 шкалами МБДО і негативно – з позицією чорного кольору Тесту Люшеру. Дані кореляції Н. Родіна інтерпретувала як тимчасове витіснення протесту, схильність до миролюбства і виразність соматичних проявів.

3-й символ корелював із 3 та 6 шкалами МБДО і з показниками Тесту Сонді s^+ , h_u - і k^- . Комплекс, утворений зазначеними кореляціями, пояснено як прагнення індивіда до соціалізовано агресивного розширення власного «Я».

4-й символ корелює з 8 шкалою МБДО та факторами e^- , h^+ , m^+ Тесту Сонді. Дана кореляція описана як накопичення на несвідомому рівні агресивних афектів, дистанціювання і зменшення контактів із зовнішнім світом.

5-й символ корелював з факторами h^+ , d^- Тесту Сонді, що свідчить, на думку дослідниці, про ригідність і відмову від пошукової активності.

6-й символ корелював з факторами k^- , d^- Тесту Сонді, що інтерпретовано як здатність ефективно тестувати реальність. На нашу думку, це також свідчить про фіксацію набутого досвіду.

7-й, 8-й символи не дали значущих кореляцій з показниками інших методик.

В нашому дослідженні кореляції розраховувались також за Спірменом. Результати кореляційного аналізу представлені у таблиці у Додатку М. Виявлено наступні статистично значущі кореляції:

Позиція 1-го символу прямо корелювала з вираженістю реакції e^+ ($r_s=0,125$; $p=0,030$) і зворотно з вираженістю реакції e^- ($r_s=-0,125$; $p=0,030$).

Фактор Сонді $e+$ розглядається нами як блокада агресивних устремлінь; 1-й символ Вартегга зв'язаний з особливостями «Я»-переживань, загальними внутрішніми тенденціями, силою Его. Виявлену кореляцію можна інтерпретувати як спастичне відреагування на стрес з пароксизмальними проявами у тілі.

Позиція 2-го символу прямо корелювала з вираженістю реакції $p-$ ($r_s=0,304$; $p=0,036$) і зворотно з вираженістю реакції $p+$ ($r_s=-0,304$; $p=0,036$). Фактор Сонді $p-$ являє собою потребу в компенсації почуття власної недостатності, схильність до параноїдних реакцій; 2-й символ Вартегга відображає соціальну адаптивність, характер міжособистісних стосунків, здатність до відкритості та активності у встановленні контактів. Виявлена кореляція вказує на посилення параноїдної налаштованості, пильності, стійкості до психокорекційних впливів.

3-й символ був від'ємно пов'язаний з 2-ою шкалою МБДО ($r_s=-0,317$; $p=0,028$) та із рухом зеленого кольору ліворуч ($r_s=-0,367$; $p=0,010$), що вказує на тривожну настороженість, тобто параноїдні тенденції, які посилюються і закріплюються тривогою.

Для 4-го символу МВАС значущих кореляцій із показниками контрольних методик не виявлено. Звертає увагу те, що 4-й символ у нашої вибірці не корелює з показниками інших методик, на відміну від вибірки Н. Родіної. Це може бути пояснено вмістом зазначеного символу – він найбільш важкий і «птопає» у глибинах психіці. Вочевидь, у нашої вибірки досліджувані зіткнулися з надто травмуючими ситуаціями, в той час, як умови продовження військової служби не дають змоги ослабити такі психологічні захисти, як витіснення та заперечення. Зазначені захисти посилюються прагненням вижити у вкрай небезпечному середовищі.

Позиція 5-го символу прямо корелювала з Екзальтованістю ($r=0,334$; $p=0,020$) і рухом ліворуч фіолетового кольору ($r_s=0,295$; $p=0,042$), а також від'ємно корелювала зі шкалою брехні (L) опитувальника МБДО ($r_s=-0,298$; $p=0,040$) і рангом червоного кольору ($r_s=-0,322$; $p=0,025$). Виявлені кореляції

вказують на тенденцію до порушення зв'язків з реальністю і превалювання суб'єктивних оцінок дійсності над об'єктивними.

Взаємозв'язки 6-го символу характеризувалися достатньою кореляцією з 4-ю шкалою МБДО ($r_s=0,355$; $p=0,013$). 6-й символ МВАС символізує інтеграцію, раціональну регуляцію (за визначенням Вартегга), 4-а шкала МБДО визначає дезадаптивні тенденції і схильність реагувати імпульсивно без врахування існуючих конвенціональних норм. Визначена кореляція свідчить про недостатню ефективність спроб інтеграції психіки та значний ризик зриву адаптації під впливом нових стресорів і травм. Втома, вплив великої кількості подразників і психічна травма тимчасово послаблюють Его і призводять до зниження здатності стримувати внутрішню напругу і тривогу.

Позиція 7-го символу від'ємно корелювала з 1-ю шкалою методики МБДО ($r_s=-0,300$; $p=0,038$). 7-й символ МВАС символізує чутливість до факторів зовнішнього середовища, вразливість, витонченість відчуттів, тобто можна стверджувати, що він пов'язаний з тілесними відчуттями. 1-а шкала МБДО зв'язана внутрішніми кореляціями методики з 3-ю шкалою незалежно від особливостей вибірки, отже неможливо розрізнити прояви істероїдного і психосоматичного компонентів. Це дає нам підстави інтерпретувати виявлену кореляцію як відображення конверсійного механізму, який проявляється у досліджуваних у вигляді різноманітних хворобливих відчуттів у тілі. Слід зазначити, що спостереження і контрольне опитування підтверджувало посилення конверсійних симптомів у більшості досліджуваних перед випискою. Отже, ситуативне посилення тривоги призводило до посилення вищевказаних симптомів.

Для 8-го символу МВАС виявлено досить багато значущих кореляцій із показниками інших методик. Додатні коефіцієнти встановлені для таких параметрів як: шкала F ($r_s=0,384$; $p=0,007$), 2-а шкала ($r_s=0,385$; $p=0,007$), 3-я шкала ($r_s=0,394$; $p=0,006$), 6-а шкала ($r_s=0,296$; $p=0,041$), 7-а шкала ($r_s=0,491$; $p<0,001$), 8-а шкала ($r_s=0,407$; $p=0,004$), 0-а шкала ($r_s=0,366$; $p=0,010$), шкала Дистимії ($r_s=0,396$; $p=0,005$), шкала депресії GAD-7 ($r_s=0,356$; $p=0,013$), PCL-

5 ($r_s=0,336$; $p=0,019$), позицією зеленого кольору, рух в одному напрямку з символом 8 МВАС ($r_s=0,297$; $p=0,040$). Від'ємні коефіцієнти встановлені для таких параметрів як: шкала Гіпертимності ($r_s=-0,326$; $p=0,024$), рух чорного кольору в різних напрямках ($r_s=-0,355$; $p=0,013$). Виявлений комплекс кореляцій свідчить про процес аутизації і закріплення специфічних поглядів і звичок, які сприяють адаптації у військовому середовищі, і водночас значно ускладнюють процес адаптації до цивільного життя.

Провідну роль у символічних комплексах займав символ 8.

Таким чином, встановлено структурні особливості (відмінності) об'єднань архетипових символів з іншими психологічними параметрами для досліджуваної вибірки у порівнянні з вибіркою Н. Родіної, прийнятою нами за нормативну. У нормативній вибірці всі значущі кореляції були від'ємними, тобто символічні функції конкурували між собою, у нашої виборці одні функції витіснили інші або домінували над ними, про що свідчить наявність від'ємних кореляцій.

На нашу думку, виявлені структурні архетипові комплекси, відображають процес у психіці, схожий за своїм механізмом на механізм аутоімунного захворювання, коли імунні захисти організму мобілізуються проти тканин і клітин власного організму. В психічному процесі особистості нижче розташовані шари психіки «атакують» власне Его, тобто вміст несвідомого разом з травмуючим досвідом, піднімається у вище розташовані шари. Це відображається у кореляціях 5-го і 8-го символів методики МВАС, яка досліджує глибинний шар несвідомого, зі шкалами «Екзальтованість», «Гіпертимність» і «Дистимія» методики Акцент-2-90 та скринінговими методиками, які досліджують декларативний рівень психіки; чисельних кореляціях 3-го, 5-го, 6-го, 7-го і 8-го символів зі шкалами методики МБДО, яка досліджує суб'єктивно-усвідомлюваний рівень психіки.

Ми розглядаємо символи МВАС як шляхи («ескалатори») для транспорту архетипового змісту у верхні шари психіки та порівнюємо нашу вибірку з вибіркою Н. Родіної. Кількість таких шляхів у вибірці Н. Родіної

була значно меншою, ніж у нашої вибірки досліджуваних з симптомами невротичних і стресових розладів, і характеризувалася кореляціями лише символів 2-го, 3-го і 4-го з показниками методики МБДО.

Проведений аналіз дає ґрунтовні підстави стверджувати, що при травмі відбувається проникнення вмісту несвідомого з глибинних шарів у вище розташовані шари психіки. Це призводить до формування аутоімунного психічного процесу, через те, що захисні механізми психіки, які по-перше, спрямовані на подолання зовнішніх загроз, а по-друге, перевантажені, не можуть впоратися з загрозою, яка йде зсередини. З урахуванням меншої кількості осіб у нашої вибірки в порівнянні з кількістю осіб у вибірці Н. Родіної та наявності різних підгруп розладів у досліджуваній вибірці, особливості вибору символів різними контингентами потребують подальшого дослідження за нозологічним принципом на більшій кількості випробуваних.

3.2. Встановлення ефективності застосування психотерапевтичної технології аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» у комплексній реабілітації військових.

Психотерапевтична технологія АВК застосовувалася в комплексі з іншими методами психофізіологічної реабілітації, зокрема психотерапевтичною корекцією, фізіотерапевтичними процедурами, зоотерапією, фізичними вправами у приміщенні і на свіжому повітрі. Для пацієнтів психіатричної нозології реабілітація включала таблетовану фармакотерапію. Для оцінки ефективності впливу АВК було проведено математично-статистичний аналіз даних скринінгових методик «до» і «після» програми. Аналіз було здійснено за допомогою критерію порівняння залежних вибірок Уїлкоксона, який порівнює оцінку однієї особи за одним показником «до» та «після» програми. Вибірка була поділена на дві підгрупи: нормативну і психіатричну для відокремлення впливу фармакотерапії у психіатрії.

У таблиці 3.4. представлені результати для нормативної підгрупи вибірки:

**Результати порівняння результатів «до» та «після» програми на
нормативній підгрупі за скринінговими методиками**

Змінна	Значення р	Сила ефекту	Середнє «до»	Середнє «після»
Депресія	0,033*	0,610	10,27	7,83
Генералізований тривожний розлад	0,436	0,227	7,94	6,44
ПТСР	0,472	0,198	28,5	23,94

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Результати аналізу показали, що для змінної «депресія» значення p склало 0,033, що свідчить про статистично значущу різницю на рівні $p < 0,05$. Сила ефекту становила 0,610, середнє значення рівня депресії до проведення програми становило 10,27, тоді як після застосування – 7,83. Це свідчить про суттєве зниження рівня депресії серед учасників дослідження після проходження реабілітаційної програми.

Для змінної «генералізований тривожний розлад» значення p було 0,436, що не є статистично значущим. Сила ефекту склала 0,227, що вказує на слабкий ефект. Середнє значення для генералізованого тривожного розладу до впливу становило 7,94, тоді як після – 6,44. Незважаючи на зниження середнього значення, ця різниця не є статистично значущою, що свідчить про те, що випробувані у самозвіті не визначили значуще зменшення симптомів генералізованого тривожного розладу.

Аналогічно, для змінної «ПТСР» значення p було 0,472, що також не є статистично значущим. Сила ефекту склала 0,198, що вказує на слабкий ефект. Середнє значення рівня ПТСР до застосування АВК становило 28,5, тоді як після – 23,94. Хоча спостерігалось певне зниження рівня проявів симптомів ПТСР після реабілітації, ця зміна не є статистично значущою, що вказує на те, що вплив програми на оцінку випробуваними проявів симптомів ПТСР, які визначаються за допомогою Шкали оцінки ПТСР PCL-5, не був вираженим.

Таблиця 3.6

Результати порівняння результатів «до» та «після» програми на психіатричній підгрупі за скринінговими методиками

Змінна	Значення р	Сила ефекту	Середнє «до»	Середнє «після»
Депресія	0,190	0,511	17,91	16,55
Генералізований тривожний розлад	0,589	0,222	13,91	13,55
ПТСР	0,541	0,236	52,18	51,18

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Результати аналізу показали, що для змінних скринінгових методик значення p склали більше 0,190; 0,589 і 0,236, що свідчить про відсутність статистично значущої різниці на рівні $p < 0,05$. Сила ефекту становила 0,511; 0,222 і 0,236 відповідно змінним депресії, генералізованої тривоги і проявів ПТСР. Середнє значення рівня депресії до проведення програми становило 17,91, тоді як після застосування – 16,55; середнє значення рівня генералізованої тривоги до програми становило 13,91, після – 13,55; середнє значення вираженості симптомів ПТСР до програми становило 52,18, після програми – 51,18. Це свідчить про вплив програми переважно на зниження рівня депресії серед учасників дослідження. Хоча спостерігалось певне зниження рівня проявів симптомів тривоги і ПТСР після реабілітації, ця зміна не є статистично значущою, що вказує на те, що вплив програми на самооцінку випробуваними проявів симптомів тривоги і ПТСР не був відчутним.

Тенденції в самооцінках стану в обох підгрупах мають схожий характер і вказують на вплив програми реабілітації на ступінь прояву депресивних симптомів.

Для аналізу ефектів впливу АВК на зміну показників проєктивних методик було застосовано метод простої нелінійної регресії [табл. 3.7.]:

Моделі простої нелінійної регресії (порядковий сплайн), що описують ефекти інтенсивності (після - до) програми АВК на зміну параметрів оцінки ефективності

Параметр	Регресійна модель		Прогностична цінність
	beta	p	
h+	0,462	<0,001	0,213
h-	-0,462	<0,001	0,213
s+	0,362	0,356	0,131
s-	-0,362	0,373	0,131
e+	0,426	0,202	0,181
e-	0,440	0,105	0,194
hy+	-0,381	0,283	0,145
hy-	0,381	0,285	0,145
k+	-0,207	0,795	0,043
k-	0,207	0,792	0,043
p+	-0,200	0,800	0,040
p-	-0,200	0,878	0,040
d+	-0,482	0,236	0,232
d-	0,482	0,220	0,232
m+	0,381	0,328	0,145
m-	-0,381	0,316	0,145
1-й колір Люшера	-0,349	0,518	0,122
2-й колір Люшера	0,301	0,563	0,091
3-й колір Люшера	-0,229	0,407	0,052
4-й колір Люшера	-0,478	0,227	0,228
5-й колір Люшера	0,413	0,131	0,171
6-й колір Люшера	-0,354	0,447	0,125
7-й колір Люшера	-0,359	0,452	0,129

Продовж. табл.3.7

0-й колір Люшера	0,517	0,371	0,267
1-й символ Вартегга	-0,452	0,239	0,204
2-й символ Вартегга	0,459	0,125	0,211
3-й символ Вартегга	-0,472	0,002	0,223
4-й символ Вартегга	-0,332	0,476	0,110
5-й символ Вартегга	-0,452	0,028	0,204
6-й символ Вартегга	0,424	0,234	0,180
7-й символ Вартегга	-0,576	0,215	0,332
8-й символ Вартегга	0,402	0,001	0,162

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Психотерапевтична технологія АВК виявила свою ефективність стосовно таких параметрів, як h^+ (зростання), h^- (зменшення), 3-й символ Вартегга (зсув ліворуч), 5-й символ Вартегга (зсув ліворуч), 8-й символ Вартегга (зсув праворуч).

Отримані результати не дали змістовної детальної інформації стосовно впливу психотерапевтичної технології АВК. Оскільки АВК, за нашою гіпотезою, спрямована на глибинні рівні психіки, дослідження інтенсивності її впливу потребує іншого підходу. Необхідно дослідити вплив інтенсивності АВК на різницю між кореляціями між психологічними параметрами проєктивних методик, методик суб'єктивно-усвідомлюваного рівня і символами МВАС: Вартегг до – Сонді до, Вартегг після – Сонді після; Вартегг до – Люшер до, Вартегг після – Люшер після; Вартегг до – Стимул до, Вартегг після – Стимулі після; Вартегг до – МБДО до, Вартегг після – МБДО після). Оскільки у нас у групі були випробовувані, які пройшли повний курс АВК, неповний курс і «контрольна» група, учасники якої не отримували АВК, просте порівняння кореляцій «до» і «після» не дасть інформації, релевантної цілям дослідження, це буде лише інформація про те, що стало «після АВК», але не «завдяки впливу АВК». Результати розподілу вибірки відповідно кількості пройдених курсів представлені у таблиці 3.8.:

Таблиця 3.8

Розподіл вибірки відповідно до інтенсивності (кількості пройдених курсів) програми АВК

Кількість курсів	n	Частка, %	Накоплена частка, %
0	11	22,9	22,9
1	8	16,6	39,6
2	3	6,3	45,8
3	3	6,3	52,1
4	4	8,3	60,4
5	3	6,3	66,7
6	4	8,3	75,0
7	12	25,0	100,0

Вибірка тих, кому надавалася терапія АВК недостатньо велика, щоб її ділити на підвибірки (залежно від кількості курсів АВК) і вивчати кожну з них окремо. Для цілей дослідження було проведено *аналіз модерації*. Підхід було запропоновано у роботі Л. Ейкен, С. Вест [94].

Загальна кількість пар показників, між якими встановлювалися кореляційні зв'язки, становила – 320 сполучень, з них статистично значущими виявилось 16. Зазначені кореляції представлені у таблицях 3.9–3.24, де β – стандартизований коефіцієнт регресії.

Таблиця 3.9

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 2 та реакцією р+ Сонді

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	-0,295	-0,712	0,007
p	0,121		
rs після АВК	-0,172		
p	0,371		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК від'ємний кореляційний зв'язок між Символом 2 (відображає рухливість, соціальну адаптивність, свободу, відкритість і

здатність до емпатії) та реакцією r^+ тесту Сонді (потреба в експансії і розширенні простору для власного «Я») становив $r_s = -0,295$; $p = 0,121$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним $r_s = -0,172$; $p = 0,371$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,712$; $p = 0,007$.

Таблиця 3.10

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 2 та реакцією r^- Сонді

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	0,295	0,712	0,007
p	0,121		
r_s після АВК	0,172		
p	0,371		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК додатній кореляційний зв'язок між Символом 2 та реакцією r^- тесту Сонді (потреба в компенсації почуття власної недостатності) становив $r_s = 0,295$; $p = 0,121$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним $r_s = 0,172$; $p = 0,371$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -,712$; $p = 0,007$. Можна зробити висновок, що АВК стабілізувала та певною мірою підвищила самооцінку, вивільнила частину емоційної енергії і розширила діапазон (свободу) вибору.

Таблиця 3.11

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 2 та реакцією d^+ Сонді

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	-0,115	0,533	0,031
p	0,554		
r_s після АВК	0,196		
p	0,308		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 2 та реакцією d+ тесту Сонді (нестійкість бажань, пошукова активність) становив $r_s = -0,115$; $p = 0,554$. Після корекційного впливу він виявився більш міцним і додатнім $r_s = 0,196$; $p = 0,308$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,533$; $p = 0,031$.

Таблиця 3.12

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 2 та реакцією d- Сонді

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	0,115	-0,533	0,031
p	0,554		
r_s після АВК	-0,196		
p	0,308		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 2 та реакцією d- тесту Сонді (упертість, ригідність системи переконань і цінностей, схильність до формування стереотипів) становив $r_s = 0,115$; $p = 0,554$. Після корекційного впливу він виявився більш міцним і від'ємним $r_s = -0,196$; $p = 0,308$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,533$; $p = 0,031$. У динаміці під впливом АВК визначається підвищення інтересу до зовнішнього світу та допитливості.

Таблиця 3.13

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 3 та показником шкали депресії PHQ-9

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	-0,515	-0,603	0,033
p	0,004		
r_s після АВК	-0,185		
p	0,336		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 3 (відображає послідовне зростання і розвиток, мотивацію, планування майбутнього, самоздійснення) та показником шкали депресії PHQ-9 становив $r_s = -0,515$; $p = 0,004$. Після корекційного впливу він виявився значно слабкішим $r_s = -0,185$; $p = 0,336$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,603$; $p = 0,033$.

Таблиця 3.14

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 3 та позицією чорного кольору тесту Люшера

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	0,215	0,617	0,031
p	0,262		
r_s після АВК	0,376		
p	0,044		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 3 та позицією чорного кольору тесту Люшера становив $r_s = 0,215$; $p = 0,262$. Після корекційного впливу він виявився більш міцним $r_s = 0,376$; $p = 0,044$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,617$; $p = 0,031$. Виявлено покращення самопочуття під впливом АВК і зменшення ступеня вираженості депресивних симптомів.

Таблиця 3.15

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 4 та реакцією $hy+$ Сонді

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	0,097	-0,632	0,015
p	0,618		
r_s після АВК	-0,064		
p	0,742		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 4 (відображає інертність, темряву, проявлення страху, напруження, небезпеки і почуття провини) та реакцією h_u+ Сонді (потреба у розрядці ерос-потреби прямим шляхом) становив $r_s = 0,097$; $p = 0,618$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним і від'ємним $r_s = -0,064$; $p = 0,742$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,632$; $p = 0,015$.

Таблиця 3.16

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 4 та реакцією h_u- Сонді

Параметр	Значення	β	p
r_s до АВК	-0,097	0,632	0,015
p	0,618		
r_s після АВК	0,064		
p	0,742		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 4 та реакцією h_u- Сонді (захисна неусвідомлювана функція придушення і витіснення ерос-потреби зі сфери потягів) становив $r_s = -0,097$; $p = 0,618$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним і додатнім $r_s = 0,064$; $p = 0,742$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,632$; $p = 0,015$.

Виявлена динаміка свідчить про те, що певні травматичні спогади було витіснено захисними механізмами на більш глибокий рівень, недоступний вимірюванню психодіагностичними методиками, внаслідок чого знизилася напруга, зменшилася інертність, вивільнилась вітальна енергія і стабілізувалися фізіологічні потреби. Припускаємо, що виявлений ефект може бути пов'язаний з посиленням контролю над спогадами і переживаннями різноманітних негативних емоцій, які часто супроводжують «вторгнення» травматичного досвіду у глибинні шари психіки. Внаслідок посилення контролю зменшуються занепокоєність і негативізм оцінок.

Таблиця 3.17

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 4 та реакцією d+ Сонді

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	-0,148	-0,584	0,020
p	0,445		
rs після АВК	0,258		
p	0,176		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 4 та реакцією d+ тесту Сонді (нестійкість бажань, пошукова активність) становив $r_s = -0,148$; $p = 0,445$. Після корекційного впливу він виявився більш міцним і додатнім $r_s = 0,258$; $p = 0,176$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,583$; $p = 0,020$.

Таблиця 3.18

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 4 та реакцією d- Сонді

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	0,148	0,584	0,020
p	0,445		
rs після АВК	-0,258		
p	0,176		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 4 та реакцією d- Сонді (упертість, утримання, фіксацію, ригідність системи переконань і цінностей) становив $r_s = 0,148$; $p = 0,445$. Після корекційного впливу він виявився більш міцним, але від'ємним $r_s = -0,258$; $p = 0,176$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,584$; $p = 0,020$. Зазначені зміни можна охарактеризувати як розсіяння та зменшення страху.

Таблиця 3.19

**Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 6 та
Шкалою 4 МБДО**

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	0,280	0,634	0,025
p	0,141		
rs після АВК	-0,215		
p	0,262		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК додатній кореляційний зв'язок між Символом 6 (символізує з'єднання у цілісне, раціональну регуляцію, відображає зв'язок з реальністю, практичність) та 4 шкалою МБДО (шкала асоціальної психопатії) становив $r_s = 0,280$; $p = 0,141$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним і від'ємним $r_s = -0,215$; $p = 0,262$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,634$; $p = 0,025$. Зміни у показниках свідчать про зменшення тиску Супер-Его та спогадів, підвищення ступеня свободи.

Таблиця 3.20

**Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 7 та
Шкалою 5 МБДО**

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	0,073	-0,600	0,031
p	0,705		
rs після АВК	0,122		
p	0,528		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК додатній кореляційний зв'язок між Символом 7 (символізує інтуїцію, чутливість, вразливість чи «товстошкірість») та 5 шкалою МБДО (шкала статевої ідентифікації) становив $r_s = 0,073$;

$p = 0,705$. Після корекційного впливу він виявився більш міцним $r_s = 0,122$; $p = 0,528$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,600$; $p = 0,031$. Враховуючи символічний вміст Символу 7 і характеристику 5 шкали МБДО, можна стверджувати, що зазначений ефект відображає підвищення у випробуваних сенситивності, фокусування уваги на тілесних і соматичних симптомах, власному самопочутті та схильності до інтуїтивного мислення.

Виникає питання щодо причин виникнення такого ефекту. Ми пояснюємо його специфікою російсько-української війни, під час якої на військову службу мобілізовано переважно цивільних осіб без професійної військової і психологічної підготовки. Психіка недостатньо підготовлених людей важче адаптується до драматичних викликів та нового середовища, в якому вони опиняються. Вивчення окремих діагностичних профілів досліджуваних нашої вибірки показало, що професійні військові більш стійкі до стресових впливів, тобто період часу, коли психічні захисти ефективно запобігають зовнішнім загрозам, довший в порівнянні з іншими випробуваними. Життєві концепції професійних військових часто містять менш внутрішніх конфліктів щодо власних дій під час виконання бойових завдань на відміну від непрофесійних військових, у яких внутрішні конфлікти частіше посилюються та ускладнюються моральною травмою. Послаблення чи пошкодження психологічних захистів призводить до соматизації і виникнення спастичних реакцій у тілі. Зазначені прояви посилюються перебуванням у складних побутових умовах і фізичним травмами.

Вплив АВК сприяє відновленню контакту з тілом через відновлення чутливості. Усвідомлення власних болісних відчуттів є ознакою адаптації до цивільного життя. Поверненні чутливості потребує розуміння подальшого сценарію реципієнта терапії: Чи буде повертатися у зону бойових дій? Чи буде демобілізований? Чи буде отримувати подальше медичне лікування і психологічний супровід? Для діючих військових повернення чутливості може бути передчасним, оскільки відчуття власного тіла в бойових умовах будуть заважати воювати [1].

Таблиця 3.21

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 8 та реакцією m+ Сонді

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	-0,163	-0,948	0,006
p	0,399		
rs після АВК	-0,048		
p	0,804		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 8 (символізує захист, безпеку, джерело сили, здатність до емоційної зв'язаності з іншими або тенденції до самотності) та реакцією m+ Сонді (потреба в утриманні зв'язків із зовнішніми, значущими об'єктами) становив $r_s = -0,163$; $p = 0,399$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним $r_s = -0,048$; $p = 0,804$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = -0,948$; $p = 0,006$.

Таблиця 3.22

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 8 та реакцією m- Сонді

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	0,163	0,948	0,006
p	0,399		
rs після АВК	0,048		
p	0,804		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 8 та реакцією m- Сонді (відторгнення, нездатність до ідентифікації з членами референтної групи, професією, дезадаптація) становив $r_s = 0,163$; $p = 0,399$. Після корекційного впливу він виявився менш міцним $r_s = 0,048$; $p = 0,804$. Ця зміна

відбулась під впливом АВК $\beta = 0,948$; $p = 0,006$. Припускаємо, що виявлена динаміка вказує на зміну партипативної властивості, яка забезпечує оральність і прив'язаність, тобто вплив АВК зменшує відчуженість і дистанційованість від близького кола оточуючих.

Таблиця 3.23

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 8 та Шкалою 5 МБДО

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	-0,076	0,813	0,025
p	0,697		
rs після АВК	0,073		
p	0,707		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 8 та 5 шкалою МБДО (шкала статевої ролі ідентифікації) становив $rs = -0,076$; $p = 0,697$. Після корекційного впливу він виявився незначно менш міцним, але додатнім $rs = 0,073$; $p = 0,707$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,813$; $p = 0,025$. Виявлені зміни відображають посилення значущості для випробуваних емоційної зв'язаності з іншими.

Таблиця 3.24

Розмір ефекту АВК на зміну кореляційного зв'язку між Символом 8 та Шкалою 0 МБДО

Параметр	Значення	β	p
rs до АВК	0,372	0,746	0,039
p	0,047		
rs після АВК	0,561		
p	0,002		

Примітка. * – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

До програми АВК кореляційний зв'язок між Символом 8 та 0 шкалою МБДО (шкала соціальної інтроверсії) становив $r_s = 0,372$; $p = 0,047$. Після корекційного впливу він виявився значно міцнішим $r_s = 0,561$; $p = 0,002$. Ця зміна відбулась під впливом АВК $\beta = 0,746$; $p = 0,039$.

Виявлений вплив ми інтерпретуємо як поринання Символа 8 у поле інтроверсії, що призводить до його стабілізації і зменшення деструктивних тенденцій.

Вищевказане дозволяє зробити висновок про те, що психотерапевтична технологія Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» створює низку ефектів впливу на глибинні рівні психіки, які у сукупності можна визначити як *репараційний відновлюючий ефект*. Вплив АВК досягає глибини несвідомого – рівнів переходів між індивідуальним, сімейним (родовим) і колективним несвідомим і через ряди трансформуючих символів змінює деякі структурні архетипові комплекси та вивільняє таким чином психічну енергію для подолання наслідків травми.

Подальші дослідження передбачають вивчення аспектів впливу АВК на різні групи і підгрупи розладів, експериментальної роботи з терапевтичними протоколами для визначення оптимальної інтенсивності й тривалості терапії для різних груп реципієнтів за нозологічним принципом. Поглиблені дослідження потребують розширення варіативності контингентів випробуваних і формування більших вибірок за визначеними нозологіями.

3.3. Рекомендації стосовно застосування психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» у комплексній реабілітації військових.

Проведене експериментальне дослідження підтвердило нашу гіпотезу про те, що механізм психологічної травми супроводжується порушенням балансу психічних рівнів, порушенням зв'язків між ними та формуванням архетипових комплексів патологічного характеру. Внаслідок вказаних змін нижче розташовані шари психіки «атакують» власне Его, тобто вміст

несвідомого разом з травмуючим досвідом, проникає у вище розташовані шари, і виникає «аутоімунний психічний процес». Внаслідок чого пригнічується психічне функціонування, порушується ідентифікація і самовираження, погіршується фізіологічне самопочуття, що проявляється у вигляді станів особистісної і соціальної дезадаптації.

Спроби опанувати травматичний досвід, як правило, неусвідомлені і включають відтворення, нав'язливе повторення та ревіктимізацію. Багато факторів навколишнього середовища стають стимулами (тригерами), що нагадують травматичну подію. Пов'язані з травмою спогади важче піддаються когнітивному опрацюванню, оскільки психотравма змінює відчуття власного «Я» та сприйняття інших людей, впливає на якість міжособистісних стосунків через втрату синхронізації із оточуючими та посилення тенденції до ізоляції. Таким чином життєвий простір людини як інтропсихічний, так і зовнішній, звужується, і травма може стати головним «психічним оператором» подальшого життя людини.

Під час масштабних криз і воєн варіативність відхилень від стану психічної норми є досить широкою і включає різноманітні різновиди розладів: від бойової стресової реакції (БСР), бойової втоми (БВ) до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) та тяжких форм бойових психогеній (психогенні психози, реактивні психози). Клінічний сценарій розвитку вказаних порушень є поліморфним, що підтверджено чисельними дослідженнями, зокрема нашим, і часто ускладнений залежностями (алкогольними, наркотичними та ігровими).

АВК досягає глибини несвідомого психологічно травмованої особистості і чинить вплив на структури деяких архетипових комплексів патологічного характеру, внаслідок чого певною мірою стабілізуються психофізіологічні процеси та вивільняється психічна енергія, яка може бути спрямована на подолання негативних наслідків травми. Водночас, слід зауважити, що у випадку розладів психотичної і межової нозології активація

психічної енергії може призвести до посилення афективних проявів. Зазначені нозології є протипоказанням для застосування психотерапевтичної технології АВК.

Вищевказане обґрунтовує необхідність проведення комплексної психодіагностики, включено з проєктивними методиками, перед призначенням АВК, як власне, і будь-яких програм психофізіологічної реабілітації. У випадках виявлення патопсихологічних симптомів необхідно проведення психіатричного інтерв'ю лікарем-психіатром чи клінічним психологом. Зростання кількості коморбідних розладів ускладнює встановлення діагнозу і може потребувати призначення додаткових медичних досліджень (КТ, МРТ, УЗД, ЕЕГ) на початку програми психофізіологічної реабілітації.

За наявності ознак посткоммоційного синдрому (контузії) терапія АВК не показана. До зазначених ознак відносяться: струс мозку; сильний головний біль; запаморочення, часткова втрата пам'яті, нудота і блювання, чутливість до світла, чутливість до шуму та звуків, стани, коли морозить або кидає в жар, тремтять руки або ноги, слабкість і швидка втома, дратівливість і дезорієнтація. Вплив АВК на пацієнтів з посткоммоційним синдромом потребує специфічного клінічного дослідження з моніторингом показників медичного характеру: частоти серцевих скорочень, варіабельності серцевого ритму, артеріального тиску та ін.

АВК не слід застосовувати при наявності порушення мовлення (афазія – втрата мовленнєвих функцій, яка відбулася внаслідок ураження центру мовлення в корі головного мозку); епілептичних нападів; паралічу кінцівок; онкологічних захворювань (етіологія і непередбачуваність розвитку захворювання, вплив хіміотерапії та інших лікувальних процедур унеможлиблюють дослідження і прогноз характеру впливу АВК); нетримання сечі внаслідок ушкодження хребта; втрату зору, слуху (унеможлиблює повноцінне застосування технології).

Наше емпіричне дослідження показало, що медикаментозна терапія (призначення таблетованої фармакотерапії) зменшує ефект АВК порівняно з ефектом, який вона чинить на випробуваних, яким не призначалася фармакотерапія, але не є протипоказанням для застосування. Потребує подальше дослідження застосування АВК у комплексі з різними групами фармпрепаратів для визначення специфіки комбінованого ефекту для кожної групи:

- антидепресанти;
- стабілізатори настрою;
- гіпнотики;
- анксіолітики.

Терапію АВК рекомендовано включати у програми психофізіологічної реабілітації ветеранів та дорослих членів їх родин. Пілотні дослідження, проведені на вибірках цивільних чоловіків і жінок підтвердили відновлюючий ефект АВК на психіку реципієнтів, зокрема зниження тривожності, покращення сну і самопочуття. Жінки проявляли значно більш виражений інтерес до терапії АВК, як і в цілому демонстрували більшу відкритість до нових методів психологічної реабілітації.

У реабілітації діючих військовослужбовців застосування АВК не рекомендовано для тих, хто повертається у зону бойових дій.

Організація терапевтичного процесу:

Терапію АВК рекомендовано починати лише після періоду стабілізації психологічного стану пацієнтів. Під час сеансів пацієнт не виконує жодних завдань. На перших сеансах АВК може спричиняти снодійний ефект, що є нормальною реакцією на інтервенції у несвідомі шари психіки. Під час сну відбувається сортування та обробка витісненого психічного матеріалу.

Необхідно забезпечити наступні умови для перегляду:

- Засоби: екран діагонально щонайменше 10 дюймів; навушники покращують ефект, але не є обов'язковою умовою.
- Простір: затемнене приміщення, тиша.

- Положення тіла: комфортне, сидячи або напівсидячи.

Терапія має проводитися за умови добровільної згоди пацієнта після його підготовки до першого перегляду. Підготовка передбачає пояснення мети й специфіки терапії, перевірку того, чи пацієнт зрозумів надану йому інформацію. Донести інформацію потрібно простими й чіткими словами, оскільки втома, когнітивні зміни, больові відчуття, вплив фармакотерапії, зосередженість на поточних проблемах погіршують сприйняття інформації і посилюють супротив до нового методу.

Перший і другий перегляд необхідно проводити підконтрольно з залученням лікаря-психіатра або психолога для обробки тригерних реакцій, якщо вони виникнуть. АВК піднімає з глибинних рівнів травматичний досвід і послідовно обробляє його, що потребує часу, тому не рекомендовано застосовувати АВК у короткотривалих програмах реабілітації (кілька днів).

Необхідно дотримуватися 7-ми денного протоколу [Дод. Б], за виникнення тригерних реакцій проводити сеанси через день або два з загальною кількістю сеансів – 7.

Рекомендовано проводити сеанси індивідуально або в групах кількістю до 5-ти осіб зі схожою нозологією і характером розладу (станом).

Наше дослідження показало, що пацієнти з більш вираженими патологічними змінами у психіці важче піддаються психокорекційним впливам. Таким реципієнтам рекомендовано проводити 9 сеансів терапії з паузами 1-2 дні між сеансами.

У пацієнтів, які мали труднощі психологічного та соціального характеру протягом життя, під тиском тривалого дистресу можуть актуалізуватися ранні травми дитинства, проявитися кумулятивні психічні травми. АВК може сприяти обробці вмісту травматичних спогадів, пов'язаних не лише з війною. У таких випадках рекомендовано проводити додаткові індивідуальні психотерапевтичні інтервенції з метою опрацювання психічного матеріалу, що актуалізується.

Розглядаючи терапію АВК як складову частину комплексних програм реабілітації, ми рекомендуємо поєднувати її з наступними видами терапії:

Соматичний досвід (СЕ, П. Левін), тілесно-орієнтовану терапію, як спрямовані на опрацювання тілесних відчуттів, фізіологічного навантаження, спастичних реакцій;

Фізичну реабілітацію, ерготерапію, бальнеотерапію, масажі різного типу, постізометричну релаксацію з використанням допоміжних і компенсаторних засобів, технічних засобів реабілітації (активні і пасивні техніки) для покращення мобільності, усунування скрутості рухів, тілесного розслаблення, зменшення больових синдромів і зниження патологічного гіпертонусу м'язів;

Анімалотерапію (каніотерапію, іпотерапію тощо) – як метод вивільнення гормону окситоцину з метою покращення настрою, подолання страхів, збудливості, нервової системи, емоційної роздратованості, тенденцій до ізоляції;

Хорті-терапію (лікування садами) як таку, що сприяє відновленню психіки та адаптації до цивільного життя;

Ароматерапію (метод терапії з застосуванням ефірних олій, які вводиться через дихальні шляхи та шкіру) як спрямовану на несвідомі шари психіки терапію (запахи схожі за принципом впливу на психіку на символи);

Психодинамічну асистовану терапію;

Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію як метод наступного етапу реабілітації для корекції ставлення до оточуючих і патернів поведінки у міжособистісних стосунках, формування усвідомленого раціонального ставлення до себе, власного психофізіологічного стану, потреб і можливостей.

Значущим фактором успішної психологічної реабілітації є подолання актуальних для пацієнтів соціальних проблем, як то отримання безкоштовних послуг лікування, протезування, допомога у вирішенні бюрократичних і юридичних питань, визначенні подальшого шляху проходження військової

служби. Психологічне відновлення починається в процесі зазначених вище кроків, і значно ускладняється за їх відсутності.

Висновки до розділу 3.

1. В результаті аналізу даних емпіричного дослідження виявлено особливості внутрішньої структури символів у вибірці випробовуваних з симптомами невротичних і стресових розладів, які свідчать про згладжування відштовхування між стимулами та розмиття архетипових меж між ними. Здійснено порівняння блоків символів у вибірці нашого дослідження і вибірці, прийнятої за нормативну, з визначенням універсальних блоків і блоків, що відрізняються. Отримані дані підтвердили нашу гіпотезу про значущі відмінності у виборах символів індивідами з розладами, зумовленими тривогою, стресом і травмою, та індивідами з нормативним станом психіки. Надано визначення терміну «структурний архетиповий комплекс» (САК) як стійкої структури психіки, що розташована між колективним і родовим несвідомим, виконує функцію амортизації тенденцій зазначених рівнів і балансування шарів несвідомого. Підтверджено, що під впливом стресових агентів САК можуть втрачати свою функціональність, внаслідок чого баланс між рівнями порушується, і архетиповий вміст несвідомого разом з травматичним досвідом проникає у вище розташовані шари психіки, що, в свою чергу, призводить до порушення балансу психічних блоків і формування поліморфних патопсихологічних симптомів. Виявленим у досліджуваній вибірці комплексам надано інтерпретації в парадигмі психодинамічного інтегрального підходу.

2. Експериментально досліджено вплив психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» на психіку осіб з розладами, зумовленими тривогою, стресором і травмою. Для аналізу мішеней впливу, характеру впливу, його інтенсивності та відокремлення ефектів АВК від ефектів інших інтервенцій застосовано різнобічні статистично-математичні методи, зокрема метод модерації. Визначені ефекти свідчили про

зменшення у випробовуваних депресивних симптомів, підвищення рівня вітальної енергії, вивільнення емоційної енергії, підвищення інтересу до зовнішнього світу, зменшення тиску Его і часткове відновлення чутливості і контакту з тілесними відчуттями, активації потреби в емоційної зв'язаності з іншими, що дозволило зробити висновок про репараційний відновлюючий ефект технології на психіку випробовуваних і перспективності її застосування у комплексної психофізіологічної реабілітації особистості.

3. На основі отриманих результатів розроблено рекомендації щодо застосування психотерапевтичної технології АВК у комплексній психофізіологічної реабілітації військових. Визначено протипоказання та обмеження для включення АВК в індивідуальні плани лікування пацієнтів, особливості підготовчого етапу терапії і варіативність протоколів терапії в залежності від ступеня вираженості патопсихологічних симптомів. Надано рекомендації стосовно організації терапевтичного процесу і можливих комбінацій терапії АВК з іншими терапевтичними методами.

ВИСНОВКИ

1. У результаті теоретичного дослідження було впорядковано понятійну базу глибинної психології. Визначено ряд понять, зокрема поняття несвідомого як об'єктивної психічної структури, системно відмінної від структури свідомого; поняття динаміки як визначальної характеристики психічних процесів людини; поняття «психофізіологічної реабілітації» як комплексу заходів, спрямованих на відновлення (компенсацію) фізичних і психологічних ресурсів людини, створення умов для соціальної адаптації особистості. Виявлено мультидисциплінарну перспективу, а саме нейропсихоаналітичний підхід, для всебічного розуміння глибинно психологічних рівнів, несвідомих механізмів мозку, розуму, тіла та механізму утворення психологічної травми. Теоретично-методологічно обґрунтовано психодинамічний механізм формування травми, його ключовим процесом визначено розбалансування зв'язків між глибинно психологічними шарами

психіки внаслідок проникнення травмуючого агенту крізь всі рівні структури особистості. Обґрунтовано необхідність проведення комплексної нейрофізіологічної та психодіагностичної оцінки та застосування широкої еклектичної схеми терапії і лікування (реабілітації) на основі біопсихосоціального підходу для сповільнення прогресу захворювання та забезпечення оптимального відновлення психічного здоров'я людини.

2. Проаналізовано сучасні підходи до архетипу як позачасового інваріантного формоутворення та його значення для розвитку індивідуума та суспільства. Архетипи визначені як частини колективного несвідомого, що можуть бути виміряні; символи визначені як сполучені ланки між навколишнім світом і особистістю. Обґрунтовано цілеспрямоване залучення архетипічних символів для терапевтичного впливу на глибинно психологічні рівні особистості. Обґрунтовано наявність архетипових комплексів у структурі несвідомого і провідну роль архетипу як фактору, що спричиняє формування у психіці людини емоційно заряджених комплексів. Визначено функцію архетипового комплексу у структурі несвідомого і його конструкт як структурно-функціональної одиниці глибинно психологічних рівнів, що уможливорює вимірювання зазначеного комплексу в якості психологічного параметру, що, в свою чергу, відкриває можливості для конструювання і валідації методики діагностики; персоналізації терапевтичних впливів в залежності від характеру порушення (розладу) на основі аналізу виявлених у індивіда структурних архетипічних комплексів.

3. Дослідження особливостей вибору архетипових символів особистостями з невротичними і стресовими розладами виявило наявність від'ємних кореляцій між архетиповими символами, що не було характерно для вибірки, прийнятої за умовну нормативну. Аналіз виявив універсальність основних блоків показників MBAS в обох вибірках, проте у вибірці випробуваних з симптомами та діагностичними показниками невротичних і стресових розладів зазначені комплекси мали змінену структуру і були значно більш навантаженими стійкими кореляційними зв'язками з факторами

психодіагностичних методик. Зазначені зв'язки відображали специфічні зміни у структурах психологічного і психофізіологічного відреагування випробуваних, зокрема у поліморфної патопсихологічної симптоматиці. Отримані результати підтвердили гіпотезу дослідження про механізм психологічної травми і складнощі її лікуванням внаслідок проникненням вмісту несвідомого з глибинних рівнів у вище розташовані шари психіки. Аутоімунний процес, який виникає внаслідок перевантаження психічних структур вмістом несвідомого, посилює травматизацію і збільшує ризики зриву адаптації за наявності стресових факторів. Дослідження підтвердило перспективність застосування методики «Метод вибору архетипових символів» (МВАС) для діагностики невротичних і стресових розладів різних нозологій на різноманітних контингентах випробуваних.

4. На практиці перевірено вплив Аудіовізуального комплексу (АВК) «Символічні ряди» на архетипові комплекси глибинно психологічних рівнів. Визначено, що травматичні агенти (тривога, стрес, травматична подія) порушують зв'язки між рівнями несвідомого, внаслідок чого наявні у різних шарах несвідомого – індивідуальному, родовому (сімейному), колективному – архетипи, символи, образи змішуються, змінюються, і в результаті описаного впливу психічна динаміка набуває патологічного характеру. Принцип дії АВК полягає у пред'явленні реципієнту рядів трансформацій нормативних візуальних символів і образів, що через механізм перцепції активує процес відновлення змінених (патологічних) архетипічних комплексів і таким чином сприяє стабілізації несвідомих процесів. Теоретично-методологічно та експериментально обґрунтовано застосування зворотних терапевтичних впливів із використанням символів у комплексній терапії тривожних і стресових розладів. Визначено, що терапевтичний вплив забезпечується шляхом контакту трансформуючих символів архетипічного змісту з глибинно психологічними рівнями психіки, внаслідок чого відбувається часткове балансування несвідомих процесів, внаслідок чого створюється репараційний ефект на вище розташовані рівні психіки і відповідні їм психічні сфери і

процеси. Вищесказане дає підґрунтя для висновку про перспективність застосування психотерапевтичної технології АВК у комплексній психофізіологічній реабілітації особистості. Характер впливу на різні нозології розладів потребує подальшого розширеного і поглибленого дослідження.

5. З урахуванням проведеного дослідження розроблено рекомендації щодо застосування психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди» в комплексній психофізіологічній реабілітації особистості, зокрема військовослужбовців і ветеранів. Метою впровадження рекомендацій є посилення ефективності програм психофізіологічної реабілітації, соціальної адаптації особистості в умовах масштабних криз, що призводять до великої кількості постраждалих. Теоретичні і практичні напрацювання можуть бути інтегровані у програми навчання і підвищення кваліфікації психологів, психодіагностів, психотерапевтів, клінічних психологів.

Здійснене дослідження не претендує на остаточне і вичерпне вирішення проблеми лікування невротичних і стресових розладів. Вирішення поставлених завдань відкрило нові аспекти та питання, які виходять за межі формату Кваліфікаційної роботи, що підкреслює перспективність вивчення глибинних рівнів психіки та процесів, які виникають внаслідок тривалого надмірного стресу та психологічних травм. Доцільним є подальше розширення спектру експериментальних клінічних досліджень психотерапевтичної технології АВК, підходів і технологій, спрямованих на відновлення психіки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 8 Battlefield Skills That Make Reintegration Challenging : Adapted with permission from James Munroe, Ed.D, VA Boston Healthcare System. 6.12.2011. URL: <http://leavingthefogofwar.blogspot.com/2011/12/8-battlefield-skills-that-make.html> (Last access: 31.07.2024).
2. Артюхіна Н. В., Козинец В. І. Тілесні модифікації як засіб самопрезентації особистості. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали XXXIII-ї Міжнар. наук.-практ. конф., 7 черв. 2023 р., м. Паоло (Мальта) / за ред. І. В. Жукової, Є. О. Романенка. Київ, 2023. С. 212–217.
3. Аудит ресурсів системи надання послуг в сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки / МОЗ України та ін. *Безбар'єрність* : громадська організація. URL: <https://bbu.org.ua/audit-resursiv-isnujuchoi-sistemi-nadannya-poslug-u-sferi-psiichnogo-zdorov-ya/> (дата звернення: 17.11.2023).
4. Бабенко К. А. Взаємозв'язок механізмів символізації змісту несвідомого (на матеріалі психоаналізу комплексу тематичних психомалюнків) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Черкаси, 2008. 198 с.
5. Бабенко К. А. Феномен несвідомого в українських дослідженнях XIX – початку XX століття. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 12, Психологічні науки / НПУ ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2006. № 14. С. 13–16.
6. Базима Б. А. Колір і психіка : монографія. Харків : Думка, 2001. 172 с.
7. Білова М. Е. Психопрофілактика стресових станів. *Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., присвяч. 155-річчю Одеського нац. ун-ту ім. І. І. Мечникова, 5 листоп. 2020 р. / ОНУ ім. І. І. Мечникова. Одеса, 2020. С. 14–17.

8. Васильченко О., Жданова Т. Технологічно-психодинамічний підхід до оцінки психологічного стану: можливості і перспективи. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2024. № 1. С. 260–274. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-73-260-274> (дата звернення: 08.06.2024).
9. Вебер Т. Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. Харків : Гуманитар. Центр, 2020. 164 с.
10. Вигдорчик М. І. Метод багатостороннього дослідження особистості. Психодинамічний підхід. Київ, 2022. 207 с.
11. Вигдорчик М. І. Методи психодинамічної діагностики в комплексному медичному огляді моряків : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.34. Одеса, 1999. 20 с.
12. Вигдорчик М. І. Можливості застосування психодинамічного підходу щодо оцінювання особистості у діагностиці психосоматичних захворювань. *Одеський медичний журнал*. 1999. № 3. С. 65–67.
13. Відінікіна А. Як перевіряти своє здоров'я і чому це потрібно. *Лісова поляна* : державний заклад управління МОЗ України. Київ, 2023. URL: <https://www.lisovapoliana.com.ua/news/yak-pereviriti-svoie-zdorov-ya-i-chomu-ce-potribno> (дата звернення: 29.05.2024).
14. Возніцина К., Сіренко Т., Грудій М. Модель Центру відновлення психічного здоров'я для постраждалих від війни : на основі досвіду ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України». *Лісова поляна* : державний заклад управління МОЗ України. Київ, 2023. 173 с. URL: <https://www.lisovapoliana.com.ua/> (дата звернення: 30.05.2024).
15. Ворнікова Л. К. Емпіричне вивчення індивідуально-психологічних особливостей жінок у період вікових змін. *Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., присвяч. 155-річчю

- Одеського нац. ун-ту ім. І. І. Мечникова, 5 листоп. 2020 р. / ОНУ ім. І. І. Мечникова. Одеса, 2020. С. 164–167.
16. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 424 с.
 17. Гребінь Л. О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям. *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій* : метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ, 2022. С. 74–85.
 18. Гриценко О. С. Проективна методика Е. Вартегга у дослідженні психічного здоров'я обдарованої особистості. *Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., присвяч. 155-річчю Одеського нац. ун-ту ім. І. І. Мечникова, 5 листоп. 2020 р. / ОНУ ім. І. І. Мечникова. Одеса, 2020. С. 167–170.
 19. Гордон С. Дж. Трансформація травми / пер. з англ. Г. Сташків. Львів, 2023. 352 с.
 20. Діагностичні критерії ДСМ–5 посттравматичного стресового розладу. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи* : навч. посіб. / заг ред. Н. Пророк. Київ, 2018. Т. 1. С. 126–128.
 21. Дідух М. Л. Проекції архетипу Тіні на образи владних фігур. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського*. Серія: Психологічні науки. Миколаїв, 2012. Т. 2, вип. 9. С. 71–76.
 22. Дідух М. Л. Соціально-психологічні закономірності етнічної індивідуалізації : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.05. Київ, 2016. 41 с.
 23. Донченко О. А. Архетипи – спільне в нашому житті (розпізнавання архетипів як шлях до унікальності). *Психологія особистості*. 2011. № 1. С. 170–181.
 24. Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом. *Центр громадського здоров'я України*. Київ, 2022. URL:

<https://phc.org.ua/news/dopomoga-viyskovim-z-posttravmatichnim-stresovim-rozladom> (дата звернення: 27.05.2024).

25. Дроздова Д. С. Індивідуальні особливості архетипної символіки (глибинно психологічний аспект) : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.07. Ялта, 2013. 320 с.
26. Звіт про науко-дослідну роботу: Особливості клінічного поліморфізму коморбідних станів в психіатрії та наркології / керівник НДР О. О. Фільц. *Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*. Львів, 2020. 104 с. URL: https://new.meduniv.lviv.ua/uploads/repository/kaf/kaf_psychiatrists_fpgc/04.Наукова_діяльність/Zvit_Nauka_2020.pdf (дата звернення: 19.11.2023).
27. Звіт про психічне здоров'я у світі: трансформація систем психічного здоров'я для всіх. *Всесвітня організація охорони здоров'я*. Копенгаген, 2023. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/120762> (дата звернення 11.11.2023).
28. Каряка І. В. Психокорекція емоційного вигорання особистості засобами психодрами. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: Психологічні науки. Херсон, 2019. Вип. 2. С. 23–28.
29. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад». *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій* : метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ, 2015. С. 8–11.
30. Климчук В. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта. Психологія*. 2016. Вип. 5. С. 46–52.
31. Коваль І. А. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2015. № 28. С. 202–212.
32. Ковтун Н. М. Структурно-функціональний аналіз архетипу культурного героя : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2019. 182 с.

33. Ковтун Н. М., Макарова А. О. Методологія соціально-філософського аналізу архетипу як детермінанти діяльності. *Гуманітарний корпус* : зб. наук. ст. з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії. Вінниця, 2020. Вип. 35, т. 1. С. 145–149.
34. Колесник О. С. Міфопоетичне відтворення архетипу : автореф. дис. ... канд. філос. наук : 09.00.08. Київ, 2002. 16 с.
35. Колк Б. ван дер. Тіло пам'ятає все: яку роль психологічна травма відіграє у житті людини та які техніки допомагають її подолати / пер. з англ. І. Чорного. Київ, 2021. 464 с.
36. Корольчук В. М., Корольчук М. С. Технології психологічної допомоги подолання негативних наслідків професійного стресу. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології* : монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків, 2017. С. 414–430.
37. Костіна Т. О. Використання методики кольорового вибору М. Люшера для визначення ставлення особистості до життєвого сценарію. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2013. Вип. 22. С. 261–270.
38. Коширець В. В. Особливості надання першої психологічної допомоги особам з ПТСР. *Психологія: реальність і перспективи* : зб. наук. пр. РДГУ. Рівне, 2017. Вип. 8. С. 130–135.
39. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
40. Кримський С. Архетипи української культури. *Вісник НАН України*. 1998. № 7/8. С. 74–87.
41. Леонгард К. Акцентуировані особистості / пер. з нім. Лещінська В. М. ; під ред. В. М. Блейхера. Вид. 2-ге, стер. Київ, 1989. 375 с.
42. Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Позднякова Н. В., Онищук С. В., Шестопалова Л. Ф., Гриневич Є. Г. Розлади адаптації серед цивільного

- населення, що пережило бойові дії, через місяць після їхнього припинення. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, № 3. С. 5–12.
43. Максименко Ю., Фурман А. Майбутнє проєктивних методик: рефлексія прихованих можливостей. *Психологія і суспільство*. 2017. № 3. С. 51–58.
 44. Мединська Ю. Колективне несвідоме як глибинна детермінанта етнічного менталітету. *Психологія і суспільство*. 2004. № 2. С. 50–117.
 45. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення : метод. рек. / Укр. військ.-мед. акад. та ін. Київ : УВМА, 2016. 59 с.
 46. Міщенко М. М. Українські національні архетипи: від колективного несвідомого до усвідомленої національної ідентичності (до актуальності методології архетипічного аналізу). *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Філософія. Філософські перипетії. 2014. № 1130, вип. 51. С. 90–94.
 47. МКХ–10. Класифікація психічних і поведінкових розладів. Клінічний опис і вказівки по діагностиці. Київ : Сфера, 2005. 306 с.
 48. Мозговий В. І. Вивчення структурної організації особистості військовослужбовців-саперів та їх психологічний супровід. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 2. С. 207–211.
 49. Новаченко Т. Архетип компліментарності в гармонізації сучасних суспільно-владних відносин. *Публічне урядування*. 2019. № 3. С. 313–323. URL: <https://doi.org/10.32689/2617-2224-2019-18-3-313-323> (дата звернення: 30.12.2023).
 50. Озерський І. В. Нейтралізація посттравматичного стресового розладу демобілізованих бійців АТО. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя* : зб. наук. пр. / за ред. Кузікової С. Б., Щербакової І. М. Суми, 2016. С. 367–371.
 51. Омельченко Я. М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації. *Психологічна*

- допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ, 2015. С. 15–26.
52. Осьодло В. І., Траверсе Т. М. Психологія і війна: незасвоєні уроки Гюстава Ле Бона : монографія. Вид. 2-ге, випр. і допов. Київ : Парламент. вид-во, 2023. 320 с.
53. Паливода А. С. Вплив імені на життєвий стиль особистості. *Юнгіанське консультування: теорія і практика* : матеріали IV міжнар. наук. онлайн-конф., 05–06 черв. 2021 р. / Ун-т економіки та права «КРОК». Київ, 2021. С. 45–47.
54. Перевязко Л. П. Індивідуально-психологічні та культурно-історичні особливості символіки сновидінь особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2019. 185 с. URL: <https://pub.onu.edu.ua/navchalno-metodichni-materiali/10-avtoreferaty-dysertatsii> (дата звернення: 20.11.2023).
55. Перевязко Л. П. Сновидіння як психологічний феномен: саноцентричний підхід. *Габітус*. 2022. Вип. 35. С. 56–61.
56. Порджес С. Полівагальна теорія. Нейрофізіологічні основи емоцій, прив'язаності, спілкування та саморегуляції : пер. з англ. Київ, 2020. 464 с.
57. Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта. *Knowledge Center*. Київ, 2022. URL: https://knowledge.org.ua/wp-content/uploads/2023/03/mhpss_framework_ukraine_ukr_59_page.pdf (дата звернення: 08.11.2023).
58. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. ст / Ін-т соц. та політ. психології, Представництво Польської акад. наук у м. Києві, Соц.-психол. метод. реабілітаційний центр. Київ : Міленіум, 2015. 150 с.
59. Путівник у сфері ментального здоров'я військовослужбовців в умовах війни / упоряд.: О. Кухарук, М. Сириця. Київ : Центр реадaptaції та реабілітації «ЯРМІЗ», 2023. 86 с.

60. Родіна Н. В. Проективна експрес-методика, що заснована на стимульному матеріалі тесту Вартегга. Застосування у вивченні допінгу. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2010. Т. 12, ч. 2. С. 247–257.
61. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01. Київ, 2012. 364 с.
62. Родіна Н. В. Системне моделювання копінг-поведінки, що реалізується в парадигмі психодинамічного підходу. Концепція дослідження. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2010. Т. 11 : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості, вип. 3. С. 372–379.
63. Родіна Н. В. Системні дослідження психіки особистості: досвід наукової школи «Системне моделювання психологічних феноменів». *Психологія та соціальна робота*. 2020. № 2. С. 125–143.
64. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *НейроNews*. 2012. № 1. С. 30–37. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf (дата звернення: 07.12.2023).
65. Самодопомога Плюс: груповий курс управління стресом для дорослих. Загальна версія 1.0, що випробовується в польових умовах, 2021. Серія психологічних втручань низької інтенсивності № 5 / Всесвіт. орг охорони здоров'я. Копенгаген, 2022. 243 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362780/WHO-EURO-2022-5812-45577-65350-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 07.12.2023).
66. Сингаївська І. В., Кабрель М. С. Страх перед невідомим як прояв древнього страху хижаків. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2021. № 4. С. 217–228.
67. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : монографія / П. В. Волошин та ін. Харків : Строков Д. В., 2016. 335 с.

68. Старков Д. Ю., Ярий В. В., Олішевський О. В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом : наук.-метод. посіб. Київ : Ямчинський О. В., 2023. 136 с.
69. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Слово, 2020. 178 с.
70. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення особистості: методи діагностики і відновлення. *Психологія особистості*. 2019. № 1. С. 186–192. URL: <https://www.academia.edu> (дата звернення: 07.12.2023).
71. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. Київ : Персонал, 2017. 160 с.
72. Фрейд З. Тлумачення снів. Харків : Фоліо, 2019. 608 с.
73. Фрідман М. Дж. ПТСР: історія та загальний огляд : пер. укр. Центр ПТСР Міністерства у справах ветеранів США, 2016. 13 с. URL: <https://web.archive.org/web/20220401045608/https://www.akimov.kharkiv.ua/> (дата звернення: 06.12.2023).
74. Фурман А. В. Психокультура української ментальності. Тернопіль : Економ. думка, 2002. 132 с.
75. Хміляр О. Ф. Психологія символічної регуляції поведінки особистості : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 429 с.
76. Цепкало Т. О. Питання міфотворчості в рецепції літературознавчої науки. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»*. Серія: Філологія. Літературознавство. Миколаїв, 2017. Т. 295, вип. 283. С. 107–111.
77. Цокота В. Р. Міжнародний досвід використання методу експозиційної терапії у віртуальній реальності в умовах відновлювального періоду учасників локальних військових конфліктів. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології* : монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків, 2017. С. 463–476.

78. Цокота В. Р. Перспективи експозиційної терапії у віртуальній реальності для лікування післятравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології* :зб. наук. пр. Харків, 2016. Вип. 20. С. 296–305.
79. Шелестова О. В. Медико-психологічні чинники розладів військово-професійної адаптації військовослужбовців : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2018. 196 с.
80. Шелестова О. В. Медико-психологічні чинники розладів військово-професійної адаптації військовослужбовців. *Медична психологія*. 2017. Т. 12, № 3. С. 32–36.
81. Юнг К. Г. Архетипи і колективне несвідоме. Львів : Астролябія, 2018. 608 с.
82. Юнг К. Г. Архетипи колективного несвідомого. Психологічні типи
Вибрані праці з аналітичної психології. *Читанка з філософії* : у 6 кн. Київ, 1993. Кн. 6 : Зарубіжна філософія XX століття. С. 26–29.
83. Aiken L. S., West S. G. Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA : Sage Publications, 1991. 224 p. URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1081814> (Last access: 30.05.2024).
84. Aziz R. C. G. Jung's Psychology of Religion and Synchronicity. Albany : State University of New York Press, 1990. 267 p.
85. Baus O., Bouchard S. Moving from Virtual Reality Exposure-Based Therapy to Augmented Reality Exposure-Based Therapy : A Review. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014. Vol. 8. P. 112. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941080> (Last access: 09.12.2023).
86. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. Т. 1, № 1. e010108.

URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> (дата звернення: 25.02.2024).

87. Borg J. G. Szondi's personality theory in the year 2000. Tampere : Pilotkustannus, 2000. 259 p.
88. Botella C., Serrano B., Baños R. M., Garcia-Palacios A. Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015. P. 2533–2545.
89. Breuer J., Freud S. Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vorläufige Mittheilung). *Neurologisches Centralblatt*. 1893. № 1. S. 4–10 ; № 2. S. 43–47.
90. Chetwynd T. Dictionary of symbols. London : Aquarian/Thorsons, 1993. 459 p.
91. Comparative effectiveness of different formats of psychological treatments for depressive disorders. *World Health Organization*. Geneva, 2015. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mhgap/depression/comparative-effectiveness-of-different-formats-of-psychological-treatments-for-depressive-disorder.pdf?sfvrsn=5e99c74a_0 (Last access: 09.11.2023).
92. Efficacy of a mindfulness-based programme with and without virtual reality support to reduce stress in university students : A randomized controlled trial / M. Modrego-Alarcón, Y. Lopez-del-Hoyo, J. Garcia-Campayo et al. *Behaviour Research and Therapy*. 2021. Vol. 142. Art. 103866.
93. Elliot A. J., Maier M. A. Color Psychology: Effects of Perceiving Color on Psychological Functioning in Humans. *Annual Review of Psychology*. 2014. Vol. 65. P. 95–120. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115035> (Last access: 18.02.2024).
94. Emmelkamp P. M., Meyerbröker K. Virtual Reality Therapy in Mental Health. *Annual review of clinical psychology*. 2021. Vol. 17. P. 495–519.
95. Examining Neurocircuitry and Neuroplasticity in PTSD / L. A. Averill, C. L. Averill, J. Akiki, C. G. Abdallah. *Handbook of PTSD: Science and*

- Practice* / Ed. by M. J. Friedman, P. P. Schnurr, T. M. Keane. New York, 2021. P. 152–167.
96. Freud S. Die Traumdeutung. *Gesammelte Werke: chronologisch geordnet*: 18 B. 3 Aufl. London, 1961. Bd. 2, 3. S. 1–642.
97. Freud S. The Unconscious. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London, 1957. Vol. 14 : (1914–1916) : On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. P. 159–216.
98. Frieling H. Gesetz der Farbe. Göttingen ; Zürich ; Frankfurt, 1968. 205 p.
99. Gamma oscillations and application of 40-Hz audiovisual stimulation to improve brain function / X. Chen, X. Shi, Y. Wu et al. *Brain and Behavior*. 2022. Vol. 12, Iss. 12. e2811. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36374520/> (Last access: 20.11.2023).
100. Geißler B. Making the Invisible Visible: Does the Depth-Psychological Unconscious Pose a Problem to First-Person Perspective Methods in Psychology. *Journal für Psychologie*. 2023. Vol. 1. S. 173–193.
101. Ginot E. The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes. *Annals of the New York Academy of Science*. 2017. Vol. 1406, Iss. 1, Special Iss.: Unlocking the Unconscious: Exploring the Undiscovered Self. P. 71–76. URL: <https://doi.org/10.1111/nyas.13404> (Last access: 05.01.2024).
102. Grant L. Post-Vietnam syndrome: psychiatry, anti-war politics, and the reconstitution of the Vietnam veteran. *Rhetoric of Health & Medicine*. 2020. Vol. 3, Iss. 2. P. 189–219. URL: <https://muse.jhu.edu/article/757050> (Last access: 10.12.2023).
103. Hart O., Nijenhuis E., Steele K. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York, 2006. 416 p.
104. Hartmann E. Outline for a Theory on the Nature and Functions of Dreaming. *Dreaming*. 1996. Vol. 6. P. 147–170.

105. Hobson J. A. Waking and dreaming consciousness: Neurobiological and functional considerations. *Progress in Neurobiology*. 2012. Vol. 98, Iss. 1. P. 82–98.
106. Hori H., Kim Y. Inflammation, and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019. Vol. 73, Iss. 4. P. 143–153. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12820> (Last access: 26.12.2023).
107. Hovhannisyan G., Henson A., Sood S. Enacting Virtual Reality: The Philosophy and Cognitive Science of Optimal Virtual Experience. *Augmented Cognition : 13th International Conference, AC 2019, Held as Part of the 21st HCI Intern. Conf., HCII 2019, Orlando, FL, USA, July 26–31, 2019 : Proceedings*. Cham, 2019. P. 225–255. URL: https://www.researchgate.net/publication/334371535_Enacting_Virtual_Reality_The_Philosophy_and_Cognitive_Science_of_Optimal_Virtual_Experience (Last access: 29.11.2023).
108. Javanbakht A. Addressing war trauma in Ukrainian refugees before it is too late. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. Vol. 13, Iss. 2. Art.: 2104009. DOI: [10.1080/20008066.2022.2104009](https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2104009) (Last access: 07.09.2023).
109. Johnston A. C. Lüscher Colors and Cube, Borg's Interpretation of Szondi Drive Factors, and Original Positioning of Cube. 2010. 32 p.
110. Jung C. G. Analytical psychology: its theory and practice. The Tavistock lectures. New York : Vintage Books, 1970. 260 p. URL: <https://archive.org/details/analyticalpsycho00jung/page/n3/mode/2up> (Last access: 04.03.2024).
111. Jung C. G. The Red Book For Our Time: Searching for Soul under Postmodern Conditions. Vol. 3 / Ed. by M. Stein, T. Arzt. Asheville : Chiron Publications, 2019. 412 p.
112. Jung C. G. The Symbolic Life: Miscellaneous Writings. Princeton : Princeton University Press, 1977. 936 p. (The Collected Works of C. G. Jung, Vol. 18).

113. Jüttner F. Wähle, was du bist! : Wege zu einem freien und menschlichen Leben. 2 Aufl. Zurich : Szondi-Institut, 2009. 94 s.
114. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16, Iss. 9. P. 606–613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x (Last access: 07.09.2023).
115. Kürsteiner G. Arthur Koestler unter die Lupe genommen : Eine psychoanalytische Studie. Zurich : Szondi-Institut, 2019. 252 s.
116. Lee E., Faber J., Bowles K. A Review of Trauma Specific Treatments (TSTs) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Clinical Social Work Journal*. 2022. Vol. 50, Iss. 2. P.147–159.
117. Lo Dico G. Freud's psychoanalysis, contemporary cognitive/social psychology, and the case against introspection. *Theory & Psychology*. 2018. Vol. 28, Iss. 4. P. 510–527. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959354318774854> (Last access: 05.01.2024).
118. Lüscher M. Die Lüscher-Farben zur Persönlichkeitsbeurteilung und Konfliktlösung. München : Mosaik, 1989. 159 p.
119. Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen. 4 Aufl. Berlin : Springer, 2013. 440 p.
120. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York ; London : Guilford Press, 1994. 398 p.
121. Mental Health and Psychosocial Support : Minimum Service Package / Inter-Agency Standing Committee. Geneva, 2022. 87 p. URL: <https://www.mhpssmsp.org/en> (Last access: 10.11.2023).
122. Mood and Anxiety Disorders in Women / Ed. by D. J. Castle, J. Kulkarni, K. M. Abel. New York : Cambridge University Press, 2006. 290 p.
123. Morsi D. F. Clinical of Neuropsychanalysis: Hypotheses Toward an Integrative Model. *Psychology for Clinical Settings*. 2021. Vol. 12. Art. 718272.

- URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.718372/full> (Last access: 06.01.2024).
124. National Center for PTSD. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) / F.W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane et al. *U.S. Department of Veterans Affairs*. Washington, 2016. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> (Last access: 20.02.2024).
 125. Neumann E. *Depth Psychology and a New Ethic*. Shambhala, 1990. 168 p.
 126. Noë A. *Out of Our Heads: Why You Are Not Your Brain, and Other Lessons from the Biology of Consciousness*. New York : Hill and Wang, 2009. 232 p.
 127. Ohman A. Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*. 1986. Vol. 23, Iss. 2. P. 123–145.
 128. Ohman A., Mineka S. Fears, Phobias, and Preparedness: Toward an Evolved Module of Fear and Fear Learning. *Psychological Review*. 2001. Vol. 108, Iss. 3. P. 483–522.
 129. Open-Loop Audio-Visual Stimulation (AVS): A Useful Tool for Management of Insomnia? / H. Y. Tang, B. Riegel, S. M. McCurry, M. V. Vitiello. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2016. Vol. 41, Iss. 1. P. 39–46. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26294268/> (Last access: 20.11.2023).
 130. Parkins E. totalBraintotalMind. Vol. 1. An Integrated Brain/Mind Architecture. 2016. 498 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/303922658_totalBRAINtotalMIND_An_Integrated_BrainMind_Architecture (Last access: 21.12.2023).
 131. Pearson C. S., Mark M. *The Hero and the Outlaw: Building Extraordinary Brands Through the Power of Archetypes*. New York et al., 2001. 384 p.
 132. Peterson J. The meaning of meaning. *The Positive Psychology of Meaning and Spirituality* / Ed.: P. Wong et al. Vancouver, CA, 2012. P. 11–32. URL: https://www.researchgate.net/publication/242914013_The_meaning_of_meaning (Last access: 29.11.2023).

133. Porges W. S. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*. 2001. Vol. 42, Iss. 2. P. 123–146.
134. Posttraumatische Belastungsstörung / G. Flatten, A. Hofmann, P. Liebermann et al. Stuttgart : Schattauer, 2013. 168 p.
135. Psychodynamic Diagnostic Manual PDM–2 / Ed. by V. Lingiardi, N. McWilliamc. 2nd ed. New York ; London : Guilford Press, 2017. 1078 p.
136. Psychosis: Between Dreams and Perceptual Reality / M. L. Dobri, A.-I. Voinea, C. Moraru et al. *Brain. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021. Vol. 11, Iss. 3, Sup. 1. P. 146–152.
137. Revonsuo A. The reinterpretation of dreams: An evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*. 2000. Vol. 23, Iss. 6. P. 877–901.
138. Robbins B. Enactive cognition and the neurophenomenology of emotion. *Neurophenomenology and Its Application to Psychology* / Ed. S. Gordon. New York, NY, 2013. P. 1–24. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-7239-1_1 (Last access: 03.12.2023).
139. Roig D., Weiss K., Thireau V. Management of Emerging Public Health Issues and Risks: Multidisciplinary Approaches to the Changing Environment. London : Elsevier/Academic Press, 2018. 314 p.
140. Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: A study of normal volunteers / R. Cartwright, A. Luten, M. Young et al. *Psychiatry Research*. 1998. Vol. 81, Iss. 1. P. 1–8.
141. Rost C. EMDR zwischen Struktur und Kreativität : Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen. Paderborn, 2016. P. 170–200.
142. S. T. A. R. C. : Stress, Trauma, and Anxiety Research Clinic : Site. Detroit, MI, 2023. URL: <https://www.starclub.org/> (Last access: 21.11.2023).
143. Saiu S., Grosso E. Controlled audio-visual stimulation for anxiety reduction. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2022. Vol. 223. Art. 106898. URL:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169260722002802>

(Last access: 20.11.2023).

144. Sandler J., Dreher A. U., Drews S. Anappro achtoconceptual researching psychoanalysis illustrated by a consideration of psychictrauma. *International Reviewof Psychoanalysis*. 1991. Vol. 18. P. 133–141.
145. Sapolsky R. Metaphors and Symbols are Unique to Humans. 2011. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=U-NSzG7bXN8> (Last access: 30.12.2023).
146. Scars on Their Souls: PTSD and Veterans of Ukraine / GLOBSEC. Kyiv, 2023. 79 c. URL: <https://www.globsec.org/sites/default/files/2023-09/Scars%20on%20Their%20Souls%20PTSD%20and%20Veterans%20of%20Ukraine.pdf> (Last access: 09.11.2023).
147. Schore A. N. Relation Trauma and the Development Right Brain : An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009. Vol. 1159, Iss. 1 : Self and Systems Explorations in Contemporary Self Psychology. P. 189–203. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x> (Last access: 04.01.2024).
148. Selye H. Stress without Distress. 1st ed. Philadelphia, PA : Lippincott, 1974. 171 p.
149. Shapiro F. EMDR: Eye Movement Desensitization of Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2001. 472 p.
150. Singh M., Singari R. M., Bholey M. A review study of cognitive design research on colors from a visual psychological perspective. *International Journal of Experimental Research and Review*. 2023. Vol. 30. P. 75–86. DOI: <https://doi.org/10.52756/ijerr.2023.v30.009> (Last access: 09.05.2024).
151. Sokolov E. N. The modelling properties of the nervous system. *Handbook of Contemporary Soviet Psychology* / Ed.: I. Maltzman, K. Coles. New York, 1969. P. 670–704.
152. Solms M. What is «the Unconscious» and Where is it Located in the Brain? A Neuropsychanalytic Perspective. *Annals of the New York Academy of*

- Science*. 2017. Vol. 1406, Iss. 1 : Special Issue:Unlocking the Unconscious: Exploring the Undiscovered Self. P. 90–97.
153. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166, Iss. 10. P. 1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171 (Last access: 04.01.2024).
 154. Stebliuk V., Striltsiv O., Omelchenko O., Yarovy O. Combined Psycho-physical Neurofeedback Therapy in the Stimulant Addiction Treatment: Clinical-psychological and EEG/fMRI Study. *Journal of Health Science*. 2013. Vol. 3, Iss. 10. P. 325–336. URL: <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2893/345.pdf?sequence=4> (Last access: 20.11.2023).
 155. Szondi L. Heilwege der Tiefenpsychologie. Bern : Hans Huber, 1956. 187 s.
 156. Szondi L. Lehrbuh der experementellen Triebdiaqnostik. Bern : Huns Huber, 1972. 337 p.
 157. Tabanyi N. Das Handbuch zum Szondi-Test. Zürich : Szondi-Institut, 2019. 167 s.
 158. Text on Theory and Practice of Orff-Schulwerk : Basic Texts from the Years, 1932–2010 / Ed. B. Haselbach. Mainz : Schott Music, 2011. 345 p.
 159. The deeper self: an expended view of consciousness / S. Paulson, S. Hustvedt, M. Solms, S. Shamdasani. *Annals of the New York Academy of Science*. 2017. Vol. 1406, Iss. 1, Special Iss.: Unlocking the Unconscious: Exploring the Undiscovered Self. P. 46–63. doi: 10.1111/nyas.13403 (Last access: 06.01.2024).
 160. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis / K. Taku, F. Cann, L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi. *Journal of Traumatic Stress*. 2008. Vol. 21, Iss. 2. P. 158–164. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18404631/> (Last access: 30.05.2024).
 161. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (ICD-11). *World Health Organization*. Geneva, 2019.

URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
(Last access: 01.08.2024).

162. The longitudinal impact of war exposure on psychopathology in Syrian and Iraqi refugee youth / L. M. Hinchey, R. Nashef, C. Bazzi et al. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023. Vol. 69, Iss. 7. P. 1833–1836. DOI: [10.1177/00207640231177829](https://doi.org/10.1177/00207640231177829) (Last access: 07.09.2023).
163. Thompson E. *Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 2007. 568 p.
164. Varela F., Thompson E., Rosch E. *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA : MIT Press. 1991. 308 p.
165. Virtual reality applications for stress management training in the military / F. Pallavicini, L. Argenton, N. Toniazzi et al. *Aerospace Medicine and Human Performance*. 2016. Vol. 87, Iss. 12. P. 1021–1030.
166. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials / E. Carl, A. T. Stein, A. Levihn-Coon et al. *Journal of Anxiety Disorders*. 2019. № 61. P. 27–36.
167. Virtual Reality Exposure Therapy for Military Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review / C. A. Seitz, S. Poyrazli, M. A. Harrison et al. *The New School Psychology Bulletin*. 2014. Vol. 11, № 1. P. 15–29.
168. Virtual Reality for Supporting the Treatment of Depression and Anxiety: Scoping Review / N. Baghaei, V. Chitale, A. Hlasnik et al. *JMIR Mental Health*. 2021. Vol. 8, Iss. 9. e29681.
169. Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders : A systematic review / A. Wiebe, K. Kannen, B. Selaskowski et al. *Clinical Psychology Review*. 2022. Vol. 98. Art. 102213.
170. Wartegg E. *Gestaltung und Charakter: Ausdrucksdeutung zeichnerischer Gestaltung und Entwurf einer charakterologischen Typologie*. Leipzig : J.A. Barth, 1939. 261 s.
171. Wartegg E. *Schichtdiagnostik – Der Zeichentest (WZT). Einführung in die experimentelle Graphoskopie*. Goettingen : Verlag für Psychologie, 1953. 107 s.

172. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). *World Health Organization*. Geneva, 2019. URL: <https://icd.who.int/en> (Last access: 14.12.2023).
173. Zeigarnik B. Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. *Psychologische Forschung*. 1927. Bd. 9, №. 1. S. 1–85. URL: <https://www.interruptions.net/literature/Zeigarnik-PsychologischeForschung27.pdf> (Last access: 14.12.2023).

Всього джерел – 173

Джерел за останні десять років –97

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 49 (9, 16, 19, 20, 27, 35, 56, 65, 72, 73, 81, 88, 91, 92, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 106, 107, 108, 111, 115, 116, 117, 121, 123, 124, 129, 130, 135, 136, 139, 141, 143, 146, 150, 152, 157, 159, 161, 162, 165, 166, 168, 169, 172).

Джерел українських авторів за останні десять років – 48 (2, 3, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 86).

ДОДАТКИ

Додаток А

**Авторське свідоцтво про реєстрацію авторського права на літературний
письмовий твір «Технічне завдання для створення аудіовізуального
комплексу «Символічні ряди»**

УКРАЇНА



СВІДОЦТВО

про реєстрацію авторського права на твір

№ 117280

Літературний письмовий твір «Технічне завдання для створення аудіовізуального комплексу «Символічні ряди» («АВК «Символічні ряди»)

(вид, назва твору)

Автор(и) Башлакова Юлія Володимирівна, Бірон Богдан Володимирович, Вигдорчик Михайло Ілліч, Жданова Тетяна Анатоліївна

(повне ім'я, псевдонім (за наявності))

Дата реєстрації 20 березня 2023 р.

Директор
Державної організації
«Український національний
офіс інтелектуальної власності
та інновацій»

Олена ОРЛЮК





**7-ми денний терапевтичний протокол пред'явлення
АВК «Символічні ряди»**

МОДУЛІ

ментальний (тривалість 16 хв)

емоційний (тривалість 16 хв)

сновидницький (тривалість 16 хв)

УМОВИ ПЕРЕГЛЯДУ

Засоби: екран діагоналю щонайменше 10 дюймів; навушники покращують ефект, але не є обов'язковою умовою.

Час: найсприятливіший час – за 1 годину до сну.

Простір: затемнене приміщення, тиша.

Положення тіла: сидячи або напівсидячи.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПЕРЕГЛЯДУ МОДУЛІВ ДЛЯ 9–ТИ ДЕННОГО КУРСУ

1 день: емоційний, ментальний

2 день: ментальний, сновидницький

3 день: емоційний, сновидницький

4 день: ментальний, сновидницький

5 день: емоційний, ментальний

6 день: емоційний, сновидницький

7 день: ментальний, сновидницький

Композиції пред'являються послідовно без перерви; за потреби прийнятна тривалість перерви – в діапазоні від 10 до 60 хвилин.

**Авторське свідоцтво про реєстрацію авторського права на літературний
письмовий твір «Пакет каталогів текстових інтерпретацій сполучень
факторів психодіагностичних методик «СОУЛ БАЗОВИЙ»»**

УКРАЇНА



СВІДОЦТВО

про реєстрацію авторського права на твір

№ 117281

Літературний письмовий твір «Пакет каталогів текстових інтерпретацій
сполучень факторів психодіагностичних методик «СОУЛ БАЗОВИЙ»

(вид, назва твору)

Автор(и) Башлакова Юлія Володимирівна, Вигдорчик Михайло Ілліч, Жданова
Тетяна Анатоліївна

(повне ім'я, псевдонім (за наявності))

Дата реєстрації 20 березня 2023 р.

Директор
Державної організації
«Український національний
офіс інтелектуальної власності
та інновацій»

Олена ОРЛЮК





Приклад нормативного звіту по результатам тестування комплексом психодіагностичних методик «DODOMU»

DODOMU

Ольга

дата народження: 01.01.1980

стать: жіноча

дата тестування: 08.04.2024

Звіт за результатами психодіагностичного дослідження

Звіт автоматично згенерований програмою за результатами тестування респондента на онлайн-платформі DODOMU. Інтегральні інтерпретації побудовані з застосуванням психодинамічного підходу до діагностики особистості людини.

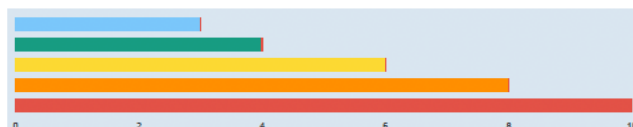
Ставлення до процедури тестування

(ситуативне ставлення до тестування, що не є стійким)

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

Коефіцієнти

1-3 – низький
4 – середньо-низький
5-6 – середній
7-8 – середньо-високий
9-10 – високий



Рівень соціальної адаптивності

8 середньо-високий



Невротичність

3 низький



Резистентність до психокорекції

8 середньо-високий



Конфліктність

7 середньо-високий



Ризик розвитку психосоматики

3 низький



Ризик асоціальної поведінки

9 високий



Імовірність розвитку ПТСР

5 середній



Суїцидальний ризик

1 низький



Ставлення до контактів

Відкритість до спілкування, певна безцеремонність, виставлення напоказ власних характерологічних особливостей.

Особливості емоційної сфери

Переоцінка значимості власної особистості. Поведінка має відтінок безцеремонності. Легко ухвалює рішення, прощає собі промахи та недоліки. Настрій підвищений, надмірна смішливість, влюбливість. Емоційні сплески, що легко виникають, зі швидкою відхідливістю. Відсутність особливої розбірливості в контактах, мінливість у прив'язаностях. Риси азартності, схильність до пригод та ризику. Ознаки алкоголізації.

Особливості мотиваційно-потребнісної сфери

Інтереси та ієрархія цінностей носять відбиток компенсаторних процесів стосовно апріорної впевненості в недобррозичливості та ворожості навколишнього світу. Схильність до утворення важкокоригованих або некоригованих концепцій, пов'язаних з уявленням про наявність загрозливих або небезпечних дій оточуючих. Виражений суб'єктивізм, труднощі соціальної адаптації, образливість, конфліктність у контактах. Легко виникає підозрілість, ревності, які готові набутися рис генералізації. Схильність до містико-окультного мислення. Відчуття самотності серед людей.

Ставлення до здоров'я, контроль над агресією

Імовірно перенесення неясного відчуття загрози з міжособистісних стосунків на процеси, що відбуваються у власному організмі. Вимушеність контролю своїх емоцій. Не виключені труднощі у швидкому вирішенні питань, брак невимушеності у спілкуванні. Мислення з відтінком негнучкості та консерватизму. Адаптація до звичних труднощів; на адаптацію в нових умовах діяльності потрібен час. Труднощі у спілкуванні з групою людей, що відрізняються від респондента особистісними та мотиваційними установками. Імовірно, мають місце неспроможність забути психотравматичні для себе епізоди, накопичення афекту, що може розглядатися як злопам'ятність.

Статеворольова ідентифікація

Здатність до контролю над своїми агресивними імпульсами. Визначається схильність до компенсаторного прагнення до професійної діяльності, яка створює відчуття захищеності та стабільності соціального статусу, має характеристики чіткості та налагодженості. Через сенситивність можуть виникати підвищені вимоги до середовища, внаслідок чого звужується зона життєвого комфорту — респонденту необхідна щадна соціальна ніша. У звичній обстановці може виявляти вибірково конформність. Підпорядкованість можлива лише тим, хто авторитетний для респондента. Не виключені прояви негативізму, конфліктності. Рівень домагань нестійкий і залежить від ситуативно зумовлених бажань, спонукань і успішності вжитих дій. Схильність до самоаналізу та внутрішніх переживань, чутливість до відтінків міжособистісних стосунків. У присутності осіб протилежної статі ефективність діяльності може підвищуватися.

Частково неусвідомлювані властивості особистості

Прагнення привернути увагу й симпатії людей поруч. Уміння зрозуміти тон співрозмовника, знайти потрібний підхід у комунікації. Здатність виявляти клієнтоорієнтованість, якщо діяльність пов'язана з виконанням сервісної функції. Винахідливість у досягненні мети, коли це залежить від комунікації з іншими. Імовірна ефективна діяльність у сфері «людина-людина». Суб'єктивізм у оцінках і думках. Імовірно, важко повною мірою висловити свої думки: тенденція приховувати те, що думає, через побоювання, що його не зрозуміють люди поруч. Заплановані зовнішні ефекти не завжди вдаються. Важко знайти односторонніх. Підвищена самооцінка, схильність ігнорувати труднощі. Пошук визнання з боку людей поруч, товариськість. Потреба вирізнятися з-поміж інших, не змінюючи якість відносин із ними. Імовірна часта зміна пріоритетів у обраному напрямку діяльності.

Пригнічені властивості особистості

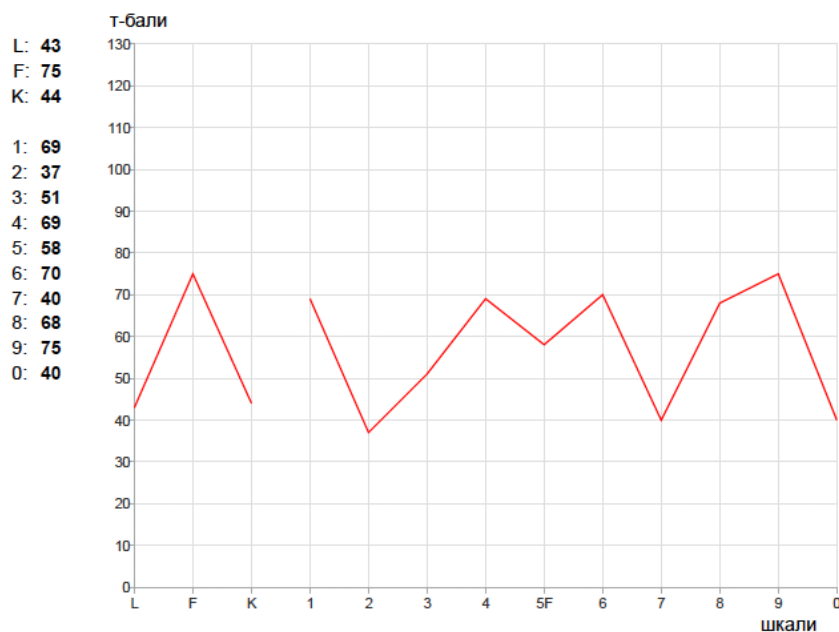
Тенденція формувати надмірні сподівання й вимоги до людей поруч. Компромісні рішення приймає неохоче; потрібен час, щоб прийти до розуміння їх необхідності. Настороженість і напруженість щодо власної перспективи, сумніви в оптимістичних сценаріях. Поточну життєву ситуацію респондент сприймає як несприятливу, що може лишатися непомітним для людей поруч. За демонстрованим назовні спокоєм може ховатися тривожна настороженість, суб'єктивно вмотивована впертість. Не виключено, що впертість у деяких випадках зумовлено приховуваними від людей поруч переконаннями. Відчуття втрачених важливих можливостей. Напружена адаптація до наявних умов. Пошук своєї оптимальної позиції в наявній системі відносин.

ШКАЛЬНО-ГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Акцент–2–90

Гіпертимність	24
Застрягання	14
Емотивність	9
Педантичність	12
Тривога	3
Циклотимність	6
Демонстративність	20
Збудливість	15
Дистимія	3
Екзальтованість	18
Інтроверсія	12

Метод багатофакторного дослідження особистості (МБДО)



Метод кольорових виборів Люшера (КТЛ)

2 5 1 3 7 6 0 4

Тест Szondi

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

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

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

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

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

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

Приклад клінічного звіту по результатам тестування комплексом психодіагностичних методик «DODOMU»

DODOMU

Олексій

дата народження: 01.01.1989

стать: чоловіча

дата тестування: 07.05.2024

Звіт за результатами психодіагностичного дослідження

Звіт автоматично згенерований програмою за результатами тестування респондента на онлайн-платформі DODOMU. Інтегральні інтерпретації побудовані з застосуванням психодинамічного підходу до діагностики особистості людини.

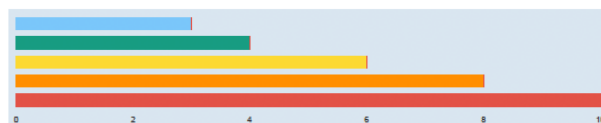
Ставлення до процедури тестування

(ситуативне ставлення до тестування, що не є стійким)

Низька емоційна стійкість. Висока ймовірність афективних проявів. Нестабільність у міжособистісних стосунках. Низька конформність, своєрідність сприйняття та логіки. Нездатність до задовільної адаптації. Протест проти наявних норм і нездатність їх прийняти. Перебільшення недовіри свого характеру. Драматизація подій, що відбуваються. Можливе звинувачення інших людей у своїх проблемах, відчуття ворожості світу.

Коефіцієнти

1-3 – низький
4 – середньо-низький
5-6 – середній
7-8 – середньо-високий
9-10 – високий



Рівень соціальної адаптивності

1 низький



Невротичність

10 високий



Резистентність до психокорекції

10 високий



Конфліктність

10 високий



Ризик розвитку психосоматики

9 високий



Ризик асоціальної поведінки

3 низький



Імовірність розвитку ПТСР

10 високий



Суїцидальний ризик

6 середній



Ставлення до контактів

Внутрішня дисгармонійність, загальмованість, втеча від проблем у свій внутрішній світ. Значне обмеження міжособистісних контактів.

Особливості відчуттів і їх проявів

Депресивний фон настрою, схильність до нав'язливого занепокоєння. Нездатність абстрагуватися від дрібних деталей і виокремити в сукупності фактів справді важливе та суттєве. Низький поріг фрустрації, самокритичність, сенситивність, соціальна дезадаптивність. Неадекватне сприйняття наявної обстановки, можлива побудова планів на майбутнє, їхнє скрупульозне опрацювання в несуттєвих деталях при помилках в основних деталях. Хворобливі сумніви сприймаються респондентом як частина своєї особистості. Зовні декларована оптимістичність і веселість проявляються у вигляді хаотичної поведінки. Легко виникаючі перепади настрою, почуття провини, дратівливість, туга, суїцидальні думки. Не виключені суїцидальний ризик і наркозалежність. Тривожно-фобічний синдром.

Ядро особистості

Імовірні ознаки параноїдного синдрому, епілептичні зміни особистості. Схильність до дисфорії, підвищена дратівливість, ригідне мислення, злопам'ятність, жорстокість, агресивність. Зазначені ознаки характерні для параноїдних психопатів із сутяжно-кверулянтськими тенденціями, тобто невтомних скаржників, анонімників, позивачів, які конфліктують на ниві правдошукання. Розпливчастість мислення, сплутаність, відрив від реальності, своєрідність психічних переживань, сприйняття, суджень і відчуттів. Схильність до резонерства, паралогіки. Виражені труднощі в інтерперсональних стосунках.

Рівень невротичності

Не виключений прояв конверсійних симптомів. Егоцентризм. Нездатність адекватно оцінювати ситуації, свої дії в них і формувати стійку поведінку. Схильність до скарг, постійна заклопотаність своїм фізичним станом, прагнення підкреслювати власне соматичне неблагополуччя. Соматичні симптоми також можуть використовуватися як спосіб уникнення або зменшення відповідальності. Ознаки депресивно-іпохондричного синдрому.

Статеворольова ідентифікація

Типово чоловічий стиль статевої поведінки. Жорсткість характеру, відсутність сентиментальності, домінантність, схильність до суперництва. Вузьке коло зацікавлень, шаблонність. Поблажливість до власних недоліків, прагнення уникати важких ситуацій.

ШКАЛЬНО-ГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Акцент–2–90

Гіпертимність	15
Застрягання	14
Емотивність	18
Педантичність	18
Тривога	15
Циклотимність	24
Демонстративність	18
Збудливість	21
Дистимія	15
Екзальтованість	24
Інтроверсія	9

ПП	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
+								
-								
	++	0	0	-!	-	0	+ ₋	+

ЗП	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
+								
-								
	0	++	-!	0	-	+ ₋	-	+

 **НОТАТКИ ФАХІВЦЯ**

Процедура психодіагностичного тестування за методикою «Колірний тест Люшера» (модифікація попарне порівняння)

У даній модифікації випробовуваному послідовно пред'являють 28 карток, на кожній з яких розташовано по два колірні квадрати.

- 1 – синій
- 2 – зелений
- 3 – червоний
- 4 – жовтий
- 5 – фіолетовий (малиновий)
- 6 – коричневий
- 7 – чорний
- 0 – сірий

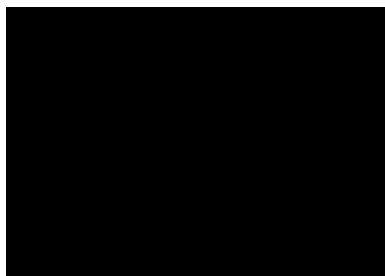
Кольори поділяються на основні та додаткові:

- 1, 2, 3, 4 – основні;
- 6, 7, 0 – додаткові;
- 5-й не належить до жодної групи.

Рядок вибору кольорів називається "колірний ряд".

Інструкція: Подивіться уважно на картки. Оберіть на кожній з карток найбільш приємний для вас колір. Не потрібно пов'язувати вибір кольору з якою-небудь річчю: кольором одягу, шпалер, машини. Виберіть і вкажіть колір приємний вам сам по собі.

Пред'явлення кольорових карток:



У таблиці зазначено вибір чорного (чорний переміг).



У таблиці зазначено вибір червоного (червоний переміг).

За підсумком порівняння кожного кольору з кожним складається таблиця сум «кольорів, що перемогли» в порядку убутання – і таким чином формується «колірний ряд». Якщо два кольори набрали однакову кількість балів, то враховується їхня «особиста зустріч». Якщо три кольори набрали однакову кількість, то пред'являються додатково всі три кольори разом і йде вибір із трьох варіантів кольору.

Правила групування для відображення в шкально-графічній інформації:

1. Якщо на 6-й позиції стоїть основний колір (1, 2, 3, 4), то він і кольори, що стоять праворуч від нього позначаються функцією «-».
2. Якщо на 6-й позиції немає основного кольору, то «-» позначаються дві останні позиції незалежно від того, які кольори там стоять.
3. Якщо на третій позиції стоїть додатковий колір, то він і кольори, що стоять ліворуч від нього, позначаються функцією «+». Якщо на 2-й позиції стоїть додатковий колір, то він і колір, що стоїть на першій позиції позначається функцією «+».
4. Якщо на 1-й позиції стоїть додатковий колір, а на 2-й і 3-й – основні, то тільки колір, що стоїть на першій позиції, позначається функцією «+».

Таким чином, спочатку виділяється функція «-», потім функція «+». Два кольори, що йдуть за функцією «+», позначаються «х х»; те, що залишилося, позначає функцію «=».

Наступним кроком є визначення кількісного ступеня тривоги та ступеня компенсації тривоги:

1. Якщо на 6–й позиції стоїть основний колір, то він позначається літерою «А» ((anxiety – тривога) і ставиться «!». Якщо основний колір стоїть на 7–й позиції, то ставиться «А» і «!!!», якщо на 8–й позиції, то «А» і «!!!». Таким чином функція «–» може займати три позиції: 6–ту, 7–му, 8–му.
2. Компенсація тривоги визначається характеристикою кольору, що стоїть на 1–й позиції. Коли наприкінці ряду стоїть знак «А», колір, що знаходиться на 1–й позиції, позначається знаком «С» (compensation – компенсація). Якщо на перших трьох позиціях стоїть додатковий колір (6, 7, 0), то кольори, що стоять ліворуч від нього, позначаються буквою «С». Якщо додатковий колір стоїть на 3–й позиції, то ставиться «!!!», якщо на 2–й, то «!!!», якщо на 1–й, то «!!!».

Приклад:

+	+	+			–	–	–
6	7	0	5	1	3	4	2
С	С	С			А	А	А
!!!	!!	!			!	!!	!!!

Інтерпретація йде після групування кольорів.

Основні кольори мають наступне тлумачення:

- *синій* (1) є кольором неба, символізує безпеку, спокій, гармонію, задоволення афіліційної потреби в емпатії, співчутті, містить інтровертивний компонент;
- *зелений* (2) символізує весняне відновлення природи, вольове зусилля, напруження, прагнення до самовираження, впевненість у собі, завзятість у досягненні мети, жагу до життя; іноді впертість, позначає захисну й регулювальну функцію;
- *червоний* (3) є кольором крові, стиглих плодів, відображає потребу в спонтанній самореалізації, нестримуваної активності, агресивності,

прагнення до незалежності, лідерства, успіху, самовизначення, влади, повноти життя;

- *жовтий* (4) є концентратом експансивності, оптимізму, відкритості, енергійності, балакучості. Колір співвідноситься з емоційною потребою бачити перспективу, бути прийнятим референтною групою, потребу в афіляції (емпатії, співчутті, спілкуванні).

Додаткові кольори мають наступне тлумачення:

- *коричневий* (6) характеризує тілесну сторону відчуттів (гедонізм), залежність від обставин, схильність до лінощів, потребу у фізіологічному комфорті, відчутті безпеки оточення;
- *чорний* (7) колір має дві складові: 1) символізує безнадійність, схильність до ізоляції, замкнутість; 2) символізує протест, супротив зовнішньому тиску, обставинам, ворожість;
- *сірий* (0) характеризує відстороненість, вичікування, пасивність, розчарування, втрачені надії, емоційну індиферентність.

Фіолетовий колір не відноситься до жодної категорії і має наступне тлумачення:

- *фіолетовий* (5) символізує зачарованість, магію, мрійливість, сенситивність, потребу у злитті суб'єкта й об'єкта, прагнення вражати інших, здатність до інтуїтивного і сенситивного збагнення, нереальність бажань, інфантильність, егоїстичність;

Модифіковані значення факторів методики «Метод портретних виборів Сонді»

- h+* – потреба в розрядці ерос-потреби прямим шляхом;
- h-* розглядається як захисна неусвідомлювана функція психіки у вигляді придушення і витіснення ерос-потреби зі сфери потягів;
- s+* вказує на слабкість самоконтролю, запальність, невміння дотримуватися соціально прийнятої дистанції в спілкуванні;
- s-* пов'язаний із суб'єктивно відчуваною дією внутрішніх і зовнішніх заборон на прояв агресії, що сприяє обертанню агресії проти себе (аутоагресивні вчинки);
- e+* розглядається як блокада агресивних устремлінь, спрямованих насамперед на референтну групу осіб;
- e-* вказує на недостатню здатність стримувати агресивні афекти, імовірну маніфестацію їх у ситуаціях, пов'язаних зі зниженням особистісного самоконтролю;
- hy+* означає схильність до самодемонстрації, риси експібіціонізму, що відповідає регресу на більш ранній рівень психоемоційного розвитку, ознаками психічного інфантилізму;
- hy-* свідчить про стримування справжніх реакцій на поточні ситуації, невідвертість;
- k+* вказує на риси інтроверсії, відгородженості, замикання у колі власних переживань;
- k-* є функцією гальмування, стримування прагнень, які не відповідають можливостям поточної ситуації, та вказують на невротичний баланс;
- r+* розглядається як потреба в розширенні простору, що займає власне «Я», пошук підтвердження власної значущості.
- r-* являє собою потребу в компенсації почуття власної недостатності, схильність до параноїдних реакцій;

d+ вказує на риси азартності, мінливості і нестійкості бажань;

d- упертість у власній точці зору, ригідна система переконань і цінностей, схильність до формування стереотипів;

m+ потреба в утриманні зв'язків із зовнішніми, значущими об'єктами.

m- відторгнення, прагнення позбутися усіх наявних обов'язків, нездатність до ідентифікації із членами референтної групи, професією, соціальним становищем, що призводить до особистісної та соціальної дезадаптації.

Значення символів у методиці «Тест незакінчених рисунків Вартегга»

Квадрат №1. Символічна точка має архетипічний зміст початку, центральності, занедбаності; стимул викликає напруження між уявою і мисленням, він зв'язаний з установками свідомості, особливостями «Я – переживань», загальними внутрішніми тенденціями, пошуком себе, силою Его та його тенденціями до розширення чи стримання;

Квадрат №2. Маленька хвиляста лінія – архетиповий символ зародку життя, рухливості, збудження, пристосування, свободи; відображає соціальну адаптивність, емоційний настрій, характер стосунків з оточуючими, здатність до емпатії і відкритості, активності чи стриманості у контактах;

Квадрат №3. Послідовність трьох ліній, що збільшуються і розташовані на однаковій відстані одна від одної, символізують посилення: зверхність, глибину, послідовне зростання і розвиток попри «механістичність» своєї структури; відображають мотивацію, планування майбутнього, амбіційність, реалізацію особистісного потенціалу чи відмову від самоздійснення, впевненість чи коливання;

Квадрат №4. Маленький чорний квадрат є архетиповим символом темряви, інертності, що несе у собі проявлення страху, напруження, небезпеки і почуття провини. Вказує на притаманні особистості психологічні захисти, ставлення до влади і авторитету, життєвих перешкод і труднощів, розсудливість чи фантазійність;

Квадрат №5. Дві лінії, що протистояють одна одній, позначають протилежність як супротив, проникнення; символізують вітальність, волю і характеризують стратегію особистості щодо досягнення успіху чи уникання невдач, напрямок відреагування імпульсів: екстравертивний чи інтровертивний – як контрольовані, так й ті, що за межами вольового контролю;

Квадрат №6. Дві прямі лінії: горизонтальна і вертикальна –протилежність як розділення, символізує з'єднання у цілісне, раціональну регуляцію; дозволяють побачити проекції інтелекту, здатності до раціонального керування і планування, відображають зв'язок з реальністю, практичність, спроможність народжувати цілісні внутрішні форми, відчуття індивіда щодо зовнішньої і внутрішньої реальності;

Квадрат №7. Точки, об'єднанні в півколо, – інтуїція, витонченість; символізують розвиненість чутливості, зокрема до нюансів зовнішнього середовища, рівень сприйнятливості особистості до зовнішніх подразників (вразливість чи «товстошкірість», грубість), самовідданість;

Квадрат №8. Дуга об'єднує якості округлості та піддатливості, безмежності та відмежування; викликає асоціації із захистом, безпекою, джерелом сили, гармонією; відображає здатність до зв'язаності з іншими емоційно, духовно, ціннісно чи навпаки тенденції до самотності, відчуття незахищеності; зрілість чи інфантильність.

Додаток М

Таблиця кореляцій між показниками МВАС та інших методик

Показники інших методик		Символи Вартегга							
		1	2	3	4	5	6	7	8
L	rs	-0,056	0,213	-0,123	0,130	-,298*	-0,073	-0,016	0,012
	p	0,706	0,146	0,404	0,378	0,040	0,622	0,912	0,935
F	rs	-0,216	-0,142	-0,090	-0,080	0,041	0,223	0,009	0,384**
	p	0,140	0,334	0,541	0,587	0,781	0,128	0,950	0,007
K	rs	0,035	0,135	0,004	0,085	-0,240	-0,168	0,115	-0,140
	p	0,814	0,360	0,977	0,568	0,100	0,254	0,438	0,342
1	rs	0,107	-0,153	-0,102	0,025	0,120	0,115	-0,300*	0,235
	p	0,468	0,298	0,490	0,865	0,415	0,436	0,038	0,108
2	rs	0,090	0,091	-0,317*	-0,018	-0,137	0,087	-0,004	0,385**
	p	0,544	0,540	0,028	0,902	0,352	0,557	0,978	0,007
3	rs	-0,093	-0,085	-0,140	-0,049	0,226	0,163	-0,240	0,394**
	p	0,530	0,566	0,344	0,739	0,123	0,268	0,100	0,006
4	rs	-0,213	0,035	-0,105	-0,036	0,089	0,355*	-0,117	0,272
	p	0,146	0,814	0,476	0,809	0,549	0,013	0,427	0,061
5	rs	-0,098	0,194	-0,277	-0,170	0,073	-0,068	0,121	0,128
	p	0,508	0,186	0,057	0,248	0,621	0,646	0,411	0,384
6	rs	-0,170	0,085	-0,206	-0,068	0,103	0,149	-0,041	0,296*
	p	0,249	0,565	0,160	0,645	0,486	0,311	0,783	0,041
7	rs	-0,074	0,016	-0,246	-0,066	-0,149	0,144	0,103	0,491**
	p	0,616	0,916	0,092	0,657	0,313	0,328	0,484	0,000
8	rs	-0,108	-0,050	-0,208	-0,067	0,026	0,166	-0,009	0,407**
	p	0,467	0,735	0,156	0,652	0,863	0,260	0,951	0,004
9	rs	0,003	0,015	-0,011	0,171	0,100	-0,067	-0,056	-0,080
	p	0,986	0,920	0,940	0,245	0,501	0,652	0,704	0,590
0	rs	-0,111	-0,040	-0,237	-0,012	0,032	0,126	0,023	0,366*
	p	0,453	0,787	0,104	0,933	0,829	0,392	0,878	0,010
Г	rs	0,172	0,112	0,035	0,046	0,135	-0,144	-0,026	-0,326*
	p	0,241	0,447	0,812	0,756	0,361	0,330	0,862	0,024
3	rs	-0,069	0,148	-0,112	-0,107	0,061	-0,030	0,037	0,052
	p	0,642	0,317	0,448	0,468	0,680	0,842	0,803	0,724
Ем	rs	-0,062	-0,060	-0,090	-0,244	0,047	0,209	0,225	0,063
	p	0,674	0,686	0,545	0,095	0,752	0,153	0,125	0,668
П	rs	0,250	0,145	-0,079	0,075	-0,044	0,034	-0,224	0,016
	p	0,087	0,325	0,593	0,611	0,769	0,819	0,126	0,915
Т	rs	-0,071	-0,034	-0,053	-0,082	-0,045	0,207	-0,047	0,217
	p	0,632	0,819	0,723	0,578	0,762	0,158	0,752	0,138
Ц	rs	-0,051	-0,032	-0,066	-0,063	0,162	0,042	-0,061	0,243
	p	0,731	0,831	0,658	0,671	0,270	0,779	0,678	0,096
Дем	rs	-0,021	0,195	-0,110	-0,123	-0,091	-0,060	0,184	0,033
	p	0,889	0,184	0,457	0,404	0,540	0,687	0,210	0,824
Зб	rs	0,096	0,104	-0,234	0,052	0,072	0,057	-0,050	0,151
	p	0,518	0,480	0,109	0,727	0,629	0,701	0,737	0,307
Дис	rs	-0,186	0,046	-0,085	-0,092	-0,044	0,094	0,028	0,396**

Продовж. табл.

	p	0,204	0,756	0,567	0,534	0,766	0,524	0,852	0,005
Екз	rs	-0,157	-0,150	-0,037	-0,064	,334*	0,104	-0,083	0,088
	p	0,288	0,309	0,802	0,666	0,020	0,482	0,574	0,550
I	rs	-0,061	-0,089	0,078	0,032	-0,147	0,079	-0,159	0,122
	p	0,680	0,549	0,597	0,831	0,318	0,592	0,280	0,408
PHQ-9 (до)	rs	0,027	-0,097	-0,148	0,068	0,020	0,082	-0,042	0,234
	p	0,853	0,512	0,315	0,647	0,895	0,581	0,776	0,109
GAD-7 (до)	rs	-0,011	-0,104	-0,088	0,002	0,026	0,090	-0,112	0,356*
	p	0,943	0,483	0,551	0,990	0,861	0,542	0,450	0,013
PCL-5 (до)	rs	0,019	-0,090	-0,065	0,009	-0,081	0,053	-0,043	,336*
	p	0,896	0,542	0,661	0,949	0,582	0,719	0,771	0,019
h+ до	rs	-0,111	0,177	-0,078	-0,111	0,132	-0,017	0,127	0,107
	p	0,451	0,230	0,596	0,453	0,370	0,908	0,389	0,470
h- до	rs	0,111	-0,177	0,078	0,111	-0,132	0,017	-0,127	-0,107
	p	0,451	0,230	0,596	0,453	0,370	0,908	0,389	0,470
s+ до	rs	-0,091	0,067	-0,072	0,059	0,182	-0,099	-0,080	0,176
	p	0,538	0,649	0,628	0,692	0,216	0,502	0,591	0,231
s- до	rs	0,091	-0,067	0,072	-0,059	-0,182	0,099	0,080	-0,176
	p	0,538	0,649	0,628	0,692	0,216	0,502	0,591	0,231
e+ до	rs	,318*	-0,095	0,037	0,057	-0,191	-0,181	0,015	0,023
	p	0,027	0,522	0,805	0,701	0,193	0,218	0,919	0,876
e- до	rs	-,318*	0,095	-0,037	-0,057	0,191	0,181	-0,015	-0,023
	p	0,027	0,522	0,805	0,701	0,193	0,218	0,919	0,876
hy+ до	rs	-0,079	0,029	-0,178	0,111	-0,037	0,059	-0,083	-0,055
	p	0,593	0,846	0,227	0,451	0,803	0,690	0,574	0,709
hy- до	rs	0,079	-0,029	0,178	-0,111	0,037	-0,059	0,083	0,055
	p	0,593	0,846	0,227	0,451	0,803	0,690	0,574	0,709
k+ до	rs	-0,008	-0,073	0,026	-0,239	0,132	0,076	0,005	-0,106
	p	0,958	0,623	0,861	0,102	0,370	0,609	0,975	0,472
k- до	rs	0,008	0,073	-0,026	0,239	-0,132	-0,076	-0,005	0,106
	p	0,958	0,623	0,861	0,102	0,370	0,609	0,975	0,472
p+ до	rs	-0,011	-0,304*	0,258	0,017	-0,083	0,125	-0,020	-0,047
	p	0,939	0,036	0,077	0,909	0,577	0,397	0,895	0,750
p- до	rs	0,011	0,304*	-0,258	-0,017	0,083	-0,125	0,020	0,047
	p	0,939	0,036	0,077	0,909	0,577	0,397	0,895	0,750
d+ до	rs	-0,017	-0,085	0,093	-0,046	-0,060	0,152	-0,075	-0,093
	p	0,911	0,566	0,531	0,756	0,684	0,301	0,614	0,531
d- до	rs	0,017	0,085	-0,093	0,046	0,060	-0,152	0,075	0,093
	p	0,911	0,566	0,531	0,756	0,684	0,301	0,614	0,531
m+ до	rs	0,229	0,112	0,013	0,193	-0,136	-0,199	0,007	-0,207
	p	0,118	0,450	0,929	0,190	0,357	0,175	0,964	0,158
m- до	rs	-0,229	-0,112	-0,013	-0,193	0,136	0,199	-0,007	0,207
	p	0,118	0,450	0,929	0,190	0,357	0,175	0,964	0,158
1	rs	-0,057	-0,148	0,162	0,003	0,197	0,067	-0,277	-0,029
	p	0,700	0,315	0,272	0,983	0,180	0,652	0,056	0,843
2	rs	-0,159	0,171	-0,367*	0,161	-0,205	-0,076	0,276	0,297*
	p	0,281	0,245	0,010	0,275	0,163	0,607	0,058	0,040

Продовж. табл.

3	rs	0,058	-0,123	-0,007	0,014	-0,322*	0,068	0,164	0,136
	p	0,698	0,406	0,961	0,925	0,025	0,648	0,265	0,355
4	rs	-0,120	-0,094	0,091	-0,132	0,166	0,198	-0,095	0,067
	p	0,418	0,525	0,540	0,370	0,258	0,177	0,519	0,649
5	rs	-0,084	-0,137	0,007	-0,032	0,295*	0,155	-0,250	0,192
	p	0,569	0,352	0,962	0,827	0,042	0,293	0,086	0,190
6	rs	0,076	0,186	0,030	-0,084	-0,220	-0,122	0,247	-0,194
	p	0,610	0,205	0,838	0,570	0,134	0,408	0,091	0,185
7	rs	0,147	0,049	0,134	0,126	0,046	-0,140	-0,129	-0,355*
	p	0,319	0,740	0,364	0,394	0,758	0,344	0,382	0,013
0	rs	0,145	0,201	-0,085	-0,011	-0,019	-0,180	0,072	-0,162
	p	0,326	0,172	0,564	0,942	0,900	0,222	0,629	0,272

Примітка. * жирним шрифтом позначені статистично значимі значення коефіцієнтів кореляції.

Сертифікат ведучої майстер-класу для психологів-психотерапевтів



Акт впровадження програмного комплексу «Додому»

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
Мішнев 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.

Пакет 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 «ПСИХІАТРІЯ»

Мішисв В.Д.

(Дата)



/(Підпис)

Акт впровадження психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди»

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
Мішнев В.Д.



Акт впровадження психотерапевтичної технології Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди»

1. Загальні відомості

- Назва психотерапевтичної технології: Аудіовізуальний комплекс (АВК) «Символічні ряди».
- Розробник: група фахівців-розробників: Башлакова Ю.В Бірон Б.В., Вигдорчик М.І., Жданова Т.А.. Авторське право на технічне завдання для розробки АВК захищено (Свідоцтво №117280 від 20.03.2023 р.).
- Дата початку впровадження: 1 березня 2024 р.
- Дата завершення впровадження: 28 травня 2024 р.

2. Опис впровадженної психотерапевтичної технології

АВК належить до категорії комп'ютеризованих засобів для відновлення психічного здоров'я.

Комплекс складається з 3-х відокремлених модулів, які призначені для неодноразового пред'явлення реципієнту в комплексній терапії невротичних, стресових, посттравматичних і психосоматичних розладів. Модулі мають назву: Ментальний, Емоційний, Сновидницький.

Візуальна частина АВК побудована на символах тесту Вартеґа і архетипічних символах. Час експозиції кожного символу складає 2 хвилини, загальна тривалість кожної окремої композиції – 16 хвилин.

Модулі АВК супроводжуються авторськими музичними композиціями.

Терапія АВК проводиться пред'явленням реципієнту модулів у певної послідовності протягом визначеної кількості днів згідно терапевтичного протоколу.

УКРАЇНА



СВІДОЦТВО

про реєстрацію авторського права на твір

№ 117280

Літературний письмовий твір «Технічне завдання для створення аудіовізуального комплексу «Символічні ряди» («АВК «Символічні ряди»)

(назва твору)

Автор(и) Башлакова Юлія Володимирівна, Бірон Богдан Володимирович, Вигдорчик Михайло Ілліч, Жданова Тетяна Анатоліївна

(повне ім'я, зазначити (і) всіх)

Дата реєстрації 20 березня 2023 р.

Директор
Державної організації
«Український національний
офіс інтелектуальної власності
та інновацій»





Олена ОРЛЮК

3. Апробація

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

- 3.1. Сценарій терапії: після проведення психіатричного інтерв'ю і психодіагностичного тестування за пакетом скринінгових і пакетом Dodomi лікар-психіатр приймав рішення щодо можливості застосування АВК у комплексної психологічної реабілітації пацієнта. Терапія проводилася індивідуально і в групі (до 5 осіб).
- 3.2. Результати апробації:
 - При проведенні терапії у групі пацієнти можуть впливати на стан один одного, якщо вони мають різну нозологію чи характер розладу (стану).
 - При індивідуальній терапії у деяких пацієнтів виникали асоціації і спогади про травматичні події, що є запланованим ефектом терапії, який потребує опрацювання у психотерапевтичній роботі.
- 3.3. Виявлені недоліки:
 - Складність сприйняття нової технології на початку терапії;
 - Деякі образи, такі як око, червона фарба, викликали неприємні асоціації, що є складовою терапевтичного процесу і відновлення психіки.
- 3.4. Заходи щодо усунення недоліків:
 - Підготовка пацієнтів до перегляду має супроводжуватися пояснюванням мети і характеру впливу. Фахівцям Відділення реабілітації надано пояснювальне відео, яке вони демонструють пацієнтам до початку першого сеансу.
 - Перші 1-2 перегляди мають проводитися підконтрольно із залученням клінічного психолога для опрацювання випадків тригерних реакцій, погіршень психологічного стану, підвищення рівня тривоги, якщо такі зміни виникнуть.
 - Проводити терапію після періоду стабілізації пацієнта.
 - Групову терапію проводити для пацієнтів за схожою нозологією та характером розладу (станом).
4. Рекомендації для подальшого застосування
- 4.1. Рекомендовано застосовувати 7-ми денний терапевтичний протокол після етапу стабілізації пацієнта.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПЕРЕГЛЯДУ МОДУЛІВ
ДЛЯ 7-МИ ДЕННОГО КУРСУ

- 1 день: емоційний, ментальний
- 2 день: ментальний, сновидницький
- 3 день: емоційний, сновидницький
- 4 день: ментальний, сновидницький
- 5 день: емоційний, ментальний
- 6 день: емоційний, сновидницький
- 7 день: ментальний, сновидницький

- 4.2. Комплекс АВК передано мультидисциплінарній команді Відділення реабілітації на електронному носії. Пояснювальне відео, письмові інструкції надано у відповідній формі.

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 «ПСИХІАТРІЯ»

Мішис В.Д.

(Дата)



/(Підпис)