

Міністерство освіти і науки України

Чернівецький національний університет

Імені Юрія Федьковича

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи

кафедра практичної психології

ІНТЕРФЕРЕНЦІЙНА КАРТИНА

ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВ

АННЯ ОСОБИСТОСТІ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:

студентка 2 курсу, 623 групи

Марченко Олена Василівна

Керівник:

доцент, канд. псих. наук.,

Сімак А.А.

*До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № 4.1. від 3 листопада 2023р.
Зав кафедрою _____ Радчук В.М.*

Чернівці 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4	
РОЗДІЛ	I.	ТЕОРЕТИКО-
МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРАКУРСІ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРФЕРЕНЦІЙНОЇ КА-		
РТНИ І ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВА-		
ННЯ ОСОБИСТОСТІ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ		
(ВПО).....		9
1.1. Експлікаційне обґрунтування класифікаційної психодіагностичної системи		
PDM-2, як прототипічного підходу операционалізованих категорій.....		
		9
1.1.1. Диференційно-порівняльний аналіз класифікаційної системи.....		
		9
1.1.2. Ретроспективна пресупозиція рівнів організації особистості		
(ступінь розладів) за класифікаційною системою PDM-		
2.....		
		2.....
1.1.3. Аналітичне конститування рівнів організації особистості за Віссю Р		
(особистісні синдроми) класифікаційної системи PDM-2		
	
1.1.4. Структурно-динамічні індикатори профілю психічного функціонування за		
Віссю М класифікаційної системи PDM-2		
	
1.1.5. Аналіз симптоматичних патернів – суб'єктивних переживань за		
Віссю S класифікаційної системи PDM-		
2.....		
	
1.2. Диференційно-ретроспективний аналіз стресу, травматичного стресу та		
посттравматичного стресового розладу.....		
	
1.2.1. Експлікація діагностичних критеріїв ПТСР.....		
	
1.2.2. Концептуальні моделі ПТСР.....		
	

1.2.3. Екзистенційно-онтологічні типи ПТСР.....

Висновки до першого розділу.....

РОЗДІЛ II. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРФЕРЕНЦІЙНОЇ КАРТИНИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ (ВПО).....

2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження.....

2.2. Апостеріорні результати порівняльно-діагностичного дослідження інтерференційної картини індивідуального профілю психічного функціонування особистості у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).....

2.2.1. Індикація рівнів вираженості симптоматичних розладів за SCL-90-R, як операціоналізованих патернів за Віссю С класифікаційної системи PDM-2....

2.2.2. Автентифікація рівнів розладу адаптації та скринінг пост-травматичного стресового розладу у досліджуваних ВПО-респондентів....

2.2.3. Ідентифікація рівнів психічного функціонування в контенті конвергенції операціоналізованих патернів за Віссю М та Віссю Р у досліджуваних ВПО-респондентів

Висновки до другого розділу **ВИСНОВКИ**.....

.....

СПИСОК**ВИКОРИСТАНИХ****ДЖЕРЕЛ.....ДОДАТКИ****ВСТУП**

Актуальність теми: Ми живемо у ХХІ ст., у період значного технологічного прогресу. Україна знаходиться майже в центрі Європи, одного з найпрогресивніших і демократичних регіонів світу. Остання війна в Європі тривала 80 років тому. З того часу багато змінилося, з'явилися нові цінності, нові можливості, суспільство стрімко прогресувало. Поняття «війна» поступово відходило в минуле, але зовсім не зникло. І ось історія повторюється. Протягом останніх двох років Україна та всі українці мають пристосовуватися до життя в умовах воєнного стану та безпосереднього зіткнення з реаліями війни, що може негативно позначитися на психічному благополуччі. Особливістю сучасних збройних конфліктів є те, що під час військових дій страждає все населення країни, втягнутої в конфлікт. У такій ситуації у людей відбувається переоцінка всіх цінностей, досягнень та здобутків, змінюються психіка і світосприйняття. Вони змушені покидати свої домівки, щоб рятувати життя, шукати притулку в інших місцях, де у них немає родичів, друзів чи просто знайомих. У людей змінюється ставлення до оточуючих, життя та самих себе. У таких

випадках необхідними є вивчення і оцінка психоемоційного стану людей для надання їм кваліфікованої допомоги та запобігання виникненню несприятливих наслідків для їхнього життя.

Реаліями цього року є повномасштабна збройна агресія РФ проти України, яка змінила життя мільйонів українців. За даними Міжнародної організації з міграції (МОМ) та Держстату України з питань внутрішньої та зовнішньої міграційної ситуації, встановлено, що з початку повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну кількість переміщених осіб у межах України становила більше 5 мільйонів (більшість – це біженці Центральної, Східної і Північної України). За інформацією уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, станом на 1 грудня 2022 року більше 14,5 млн громадян України виїхали з України після 24 лютого 2022 року, це переважно жінки та діти, приблизно 7,7 млн українців зареєстровані в країнах Європи як отримувачі тимчасового захисту.

Постійний інформаційний тиск, повітряні тривоги, акустичний терор, втрата рідних, домівок та звички жити нормальним життям, вимушене переселення в інший регіон або країну можуть спричинити психологічні порушення на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, дезадаптацію, втрату ідентичності. Всі ці обставини створюють деструктивний вплив на особистість, оскільки щоденно вона переживає травматичні події і не відчувається благополучно в жодному розумінні. Відповідно, це негативно впливає на стан психологічного благополуччя особистості. Основним критерієм психічного здоров'я особи є відчуття психологічного благополуччя. Як правило,

воно виражається у суб'єктивному відчутті задоволеності власним життям та регулює її поведінку та активність. Рівень психологічного благополуччя формується індивідуально залежно від специфіки зовнішніх і внутрішніх умов. Важливим чинником для формування психологічного благополуччя є фізичне і психічне здоров'я, що сприяє успішній адаптації особи до нових умов життя.

Об'єкт дослідження – рівні організації особистості (ступінь дисфункції особистості).

Предмет дослідження – індивідуальний профіль психічного функціонування особистості.

Мета дослідження полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні й емпірично-діагностичній експлікації загальногорівня організації особистості в внутрішньо переміщених осіб в континуумі від здорового рівня організації – до пограничного артикулювання індивідуального (психопатологічного) профілю психічного функціонування особистості, тригерованих симптоматичними патернами суб'єктивних переживань досліджуваних респондентів.

Гіпотеза дослідження: стало припущення про те, що у внутрішньо переміщених осіб тригеруються (конвергенцією стресових факторів та індивідуальної психології) специфічні способи організації психологічних симптомів (симптоматичні патерни суб'єктивних переживань – вимірювання за Віссю S), індукуючи траєкторію розвитку (на етапі постеріорного зрізу фіксуються прояви психічного функціонування (здатності – вимірювання за Віссю M))

спорадичного особистісного розладу (синдрому), як реакції на поточний стресовий стан, екстраполюючись у релевантному ступені дисфункції – здорового / невротичного / пограничного рівня організації особистості (вимірювання за Віссю Р).

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи особливостей прояву психічного функціонування особистості у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

2. Системно експлікувати ступінь дисфункції особистості – від здорового / невротичного / пограничного / психотичного рівня організації особистості в психодинамічній парадигмі діагностичної моделі PDM-2.

3. Здійснити емпірично-діагностичне дослідження ступеню вираженості дисфункції особистості у досліджуваних респондентів в парадигмі системної психодинамічної діагностичної моделі PDM-2 за Віссю Р (особистісні синдроми), за Віссю М (профілі психічного функціонування) та за Віссю S (симптоматичні патерни: суб'єктивні переживання (інтегрована з системами DSM-5 та МКБ-10)).

4. Визначити патогенез індивідуального (психопатологічного) профілю психічного функціонування особистості М тригерованого симптоматичними патернами суб'єктивних переживань досліджуваних респондентів екстрапольованому у релевантному ступені дисфункції.

У процесі дослідження застосовані такі методи:

– *теоретичні*: аналіз, синтез та узагальнення теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми, емпірично обґрунтованих та клінічно підтверджених, представлених у науковій літературі;

– *психодіагностичні*: «Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних)»; «Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу»; «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)»; Шкала оцінки основних психічних функцій (Вісь М) та рівнів психічного функціонування (Вісь Р): психодинамічної діагностичної моделі PDM-2".

– *статистичні*: знаходження середніх величин, процентних співвідношень.

База дослідження. Сукупна вибірка емпірично-діагностичного дослідження становила 40 осіб віком від 32 до 48 років. диференціація сукупної вибірки за статтю становила: 31 особа жіночої статі та 9 осіб чоловічої.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається з вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (75 найменувань), 7 рисунків, 2 таблиці, 4 додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 123 сторінках, з яких 79 – основний зміст

РОЗДІЛ I. Теоретико-методологічні ракурси дослідження інтерференційної картини індивідуального профілю психічного функціонування особистості у внутрішньо переміщених осіб (ВПО)

1.1. Експлікаційне обґрунтування класифікаційної психодіагностичної системи PDM-2, як прототипічного підходу операционалізованих категорій

1.1.1. Диференційно-порівняльний аналіз класифікаційної системи PDM-2, DSM-V, МКБ-10

Внутрішньо переміщені особи російсько-української війни є великою соціальною групою, яка утворювалася двома хвилями: 2014 - 2015 рр. і від 24 лютого 2022 р. За юридичним визначенням, внутрішньо переміщена особа – «громадянин України, іноземець або особа без громадянства, яка перебуває на території України на законних підставах та має право на постійне проживання в Україні, яку змусили залишити або покинути своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру» (Про забезпечення прав, 2014). Вибуховезбільшення групи біженців і внутрішньо переміщених осіб (ВПО) після 24.02.2022 зумовлено обширним театром військових дій, терористичною тактикою збройних сил Росії, урбаніцидом й фактами геноциду, швидким просуванням агресора вглиб території України в перші тижні війни, що викликало фрустрацію і часткову панічну настрій серед мирного населення України. Феномен ВПО вивчається українськими дослідниками з 2014

р. Так Е. Лібанова зазначала, що «серед усієї безлічі економічних, політичних, військових проблем, які змушені розв'язувати Україна, особливим місцем посідають проблеми тих людей, які не з власної волі змушені були залишити свої домівки, часто зруйновані й розорені, залишити таку-сяку роботу, що забезпечує нехай мінімальний, але стабільний рівень життя, і виїхати нікуди. Навіть ті, хто має родичів і знайомих, спроможних і готових допомогти, не можуть розраховувати на нескінченну тривалу підтримку. Так чи інакше, треба вирішувати проблеми житла, працевлаштування, садка або школи для дітей, лікування для хворих і старих. І найголовніше – більшість не має уявлення про своє майбутнє» (Лібанова, 2014). Протягом всіх цих років починаючи з 2014 вчені різних напрямків вивчали й актуалізували проблеми переселенців й внутрішніх мігрантів. Так, Є. Широкова фіксувала політичні та соціальні аспекти цієї проблеми й наголошувала, що «у нових умовах теоретичні основи дослідження міграції населення істотно доповнені дослідженнями вимушеної міграції та її соціальних наслідків, міграційної політики, соціальної роботи з мігрантами, їх соціальної та психологічної адаптації, правового статусу» (Широкова, 2016). В Україні виходили досліджувалися питання політичної (Дерев'янка, 2018) й територіальної соціалізації (Середа, 2020), монографії (Коваліско, & Бубняк, 2022) й навчальні посібники, які присвячені цим питанням (Свящук, 2018) [2;3]. Одна й з перших робіт, яка присвячена соціологічному аналізу біженців і ВПО 2022 року, належить проф. І. Рущенку. Харківський дослідник визначив явище швидко вимушеного переселення українців як Великий Вихід Українського Народу, що зрівняв з

місць постійного перебування близько 14 млн. осіб (Рущенко, 2022). Унікальність групи біженців і ВПО України, яка актуалізувалася з 24.02.2022 року, характеризується різким збільшенням її обсягів, динамікою й хвилями зростання її кількості, формалізацією консолідуючого фактору, ризиками та втратами, що її супроводжують, невизначеністю термінів перебування в ній, необхідністю під час переміщення та на новому місці звертатися до нових практик для вирішення актуальних потреб. Люди, які опинилися в екстремальних ситуаціях, проходять у своїх психологічних станах ряд етапів. Спочатку виникає гострий емоційний шок, який характеризується загальною психічною напругою з переважанням почуття розпачу та страху при загостреному сприйнятті. Потім настає психофізіологічна демобілізація, істотно погіршення самопочуття та психоемоційного стану з переважанням почуття розгубленості, панічних реакцій, зниження моральних норм поведінки, зменшення рівня ефективності діяльності та мотивації до неї, депресивних тенденцій. На цьому, другому, етапі ступінь і характер психогенних порушень багато в чому залежать не тільки від екстремальної ситуації, її інтенсивності, раптовості виникнення, тривалості дії, але і від особливостей особистості постраждалих, а також від збереження безпеки і від нових стресових впливів. На змінному етапі приходиться стадія дозволу, коли поступово стабілізується настрій та самопочуття, проте зберігаються знижений емоційний фон та контакти з оточуючими обмежені. Потім настає стадія відновлення, коли активізується міжособистісне спілкування. На третьому етапі у людини, яка пережила екстремальний стрес, відбувається

складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінка власних переживань та відчуттів. При цьому актуальності набувають також фактори, що травмують психіку, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу. Стають хронічними, ці фактори сприяють формуванню стійких психогенних розладів. Їх особливістю є наявність вираженої тривожної напруги, страху, різних вегетативних дисфункцій, які згодом породжують психосоматичні порушення. У тих, хто пережив екстремальну ситуацію, значно знижується працездатність, а також критичне ставлення до своїх можливостей. При наданні психологічної допомоги людям, які побували в екстремальних ситуаціях, слід взяти до уваги одне дуже важливе становище – справжнє лихо настає тоді, коли закінчується дія стихії та починається надання допомоги постраждалим. Адже, з одного боку, не лише сама надзвичайна ситуація, а й масштаби їхніх руйнівних дій, їхня раптовість, поширеність стресів, що викликаються ними, тощо багато в чому визначаються особливостями передкатастрофного розвитку. А з іншого, лише в посткатастрофний період можна реально визначити рівень деструктивного впливу катастрофи на динаміку соціальної структури, на виробничу, соціокультурну, психологічну взаємодію людей, на демографічні процеси в зонах лиха. Саме тому в сучасних умовах дедалі актуальнішими стають питання психологічної та психосоціальної роботи з різними категоріями людей, які побували в екстремальних ситуаціях.[1]

Психодіагностика – один із перших етапів у процесі надання психологічної допомоги. Важливо звернути увагу,

що процедури діагностування, оцінювання, вирішують й інші завдання, зокрема: встановлення довірливих стосунків з клієнтом, його інформування і підтримування, збирання інформації про інші проблеми фізичного та психічного здоров'я, налагодження співпраці тощо.

Процес оцінювання має мотивувати людину продовжувати спілкування з психологом та іншими фахівцями. Без правильного здійснення цього кроку, наступного може й не відбутися – людина просто відмовиться від подальших послуг. Клінічно корисна класифікація психічних розладів повинна починатися з поняття психічного здоров'я. Психічне здоров'я – це більше, ніж просто відсутність симптомів. Подібно до того, як здорове функціонування серця не можна визначити як відсутність болю в грудях, здорове психічне функціонування є чимось більшим, ніж відсутність видимих симптомів психопатології.

Спроби описати розлади психічного здоров'я повинні враховувати відсутність безлічі різних здібностей, у тому числі тих, які не є чіткими джерелами дисфункції. Наприклад, якими б страшними не були панічні атаки, нездатність сприймати емоційні сигнали інших людей і належним чином реагувати на них – набагато більш тонка і дифузна проблема – може бути більш значним порушенням, ніж періодичні панічні атаки.

Нездатність розуміти емоційні сигнали може серйозно порушити ставлення та мислення, а також викликати тривогу сама по собі. [4]

Те, що поняття здоров'я є основоположним для визначення розладу, може здатися самоочевидним, але наші діагностичні процедури не завжди узгоджуються з цим. В останні десятиліття прийнято визначати психологічні проблеми насамперед на основі спостережуваних симптомів і поведінки, при цьому загальне функціонування та адаптація індивіда розглядається лише другорядно. Але з'являється все більше доказів того, що для того, щоб зрозуміти симптоми, нам потрібно зрозуміти людину, яка страждає від цих симптомів [5]. Як психічне здоров'я, так і психопатологія включають в себе багато тонких особливостей людського функціонування (наприклад, здатність до толерантності, регуляції та вираження афекту; стратегії подолання та захисту; здатність зрозуміти себе та інших; якість стосунків). У DSM і МКБ розглядається не стільки з людина в цілому, скільки її конструкт розладу, щодо якого дослідники змогли дійти згоди. В описових психіатричних систематиках симптоми, які можуть бути етіологічно або контекстуально пов'язані, описуються як «коморбідні», ніби вони співіснували в одній людині більш-менш випадково [6]. Припущення про дискретні, не пов'язані між собою коморбідні стани рідко обґрунтовуються чіткими генетичними, біохімічними або нейрофізіологічними відмінностями між синдромами [7]. Відмітні критерії діагнозу часто визначаються довільними рішеннями комісій і не ґрунтуються на висновках передових наукових даних. Надмірне спрощення психічних явищ заради послідовного опису (достовірності) та оцінки лікування (валідності) поставило

підзагрозу благородну мету науково обґрунтованого розуміння психічного здоров'я та патології. За іронією долі, надійність та обґрунтованість багатьох порушень у DSM не такі вже й високі, і від сучасних систем очікувалося, що вони покращаться [25; 29]. Спроба побудувати діагностичну систему, засновану на доказах, можливо, призвела до тенденції до надмірновузьких спостережень, виходу за рамки наявних доказів і упуску важливої мети класифікації станів і розладів психічного здоров'я відповідно до їх природних моделей. Як показує історія науки (і як зазначено Американською психологічною асоціацією у своїх рекомендаціях 2012 року), наукові докази включають і часто починаються з достовірних описів, тобто спостережень у природі, таких як звіти про випадки. Недостатня увага до цієї основи наукового пізнання під тиском вузького визначення того, що є доказом (в інтересах швидкої кількісної оцінки та відтворюваності), призведе до повторення, а не до вирішення проблем сучасних систем.

Спроби доповнити існуючі класифікації більш детальними описами психічного здоров'я та розладів повинні починатися з експертного консенсусу, заснованого на впорядкованих клінічних спостереженнях, з урахуванням даних існуючих та нових досліджень [28; 30; 31]. Спостерігачі з клінічним досвідом роблять дуже надійні та обґрунтовані судження, якщо їхні спостереження та висновки вимірюються за допомогою психометрично складних інструментів [11]. Ми намагаємося підтримувати здорову напругу між розумінням складності клінічних феноменів (функціонального розуміння) та розробкою критеріїв, які можуть бути надійно оцінені та використані в дослідженнях (описового розуміння).

Дуже важливо протистояти цьому навантаженню, дотримуючись покрокового підходу, в якому складність і клінічна корисність впливають на робочі визначення і враховуються в дослідженнях, і навпаки. Як клініцисти та дослідники, ми твердо віримо, що науково обґрунтована система починається з точного розпізнавання та опису складних клінічних явищ і поступово рухається до емпіричної валідації. Надмірне спрощення і перевага того, що можна виміряти, а не того, що має сенс, не служать ні хорошию науці, ні здоровій практиці. Досвід показав, що застосування мануальних терапевтичних технік до окремих кластерів симптомів без звернення до складної особистості, яка страждає від симптомів, а також без належного врахування терапевтичних відносин призводить до короткочасних результатів і високої частоти рецидивів. Докази фундаментальних психологічних здібностей, що впливають на глибину та різноманітність установок, почуттів та стратегій подолання, не свідчать про довгострокові зміни [20; 35; 37]. Процесно-орієнтовані дослідження показали, що сутнісні характеристики психотерапевтичних відносин, концептуалізовані психодинамічними моделями (терапевтичний альянс, феномен перенесення і контрпереноса, стабільні характеристики пацієнт-терапевт) [38; 40; 43], здатні передбачити результат в більшій мірі, ніж призначення того чи іншого терапевтичного підходу. Незважаючи на те, що область глибинної психології вже давно вивчає природу функціонування людини досконально і з усіх боків, діагностична точність і корисність психодинамічних підходів були поставлені під загрозу як мінімум двома

способами. По-перше, намагаючись охопити різноманітний людський досвід, психоаналітичні описи психічних процесів часто виражалися в конкуруючих теоріях і метафорах, які ніколи не викликали більшої розбіжностей, ніж згоди [17]. По-друге, не завжди просто провести різницю між спекулятивними конструкціями і феноменами, які можна спостерігати або логічно припускати. Тоді як традиція описової психіатрії має тенденцію до уречевлення категорій «розладів», психоаналітична традиція уречевлює теоретичні конструкції. Однак останнім часом психодинамічні методи лікування, особливо ті, що використовуються при розладах особистості [15; 40], стали предметом кількох метааналізів, що підтвердили їхню ефективність [45; 31; 46]. Крім того, розробка емпіричних методів кількісної оцінки та аналізу складних психічних явищ дозволила глибинній психології виробити чіткі операційні критерії для ширшого кола соціальних та емоційних станів людини. В даний час завдання полягає в тому, щоб привести ці здобутки в систему з клінічним досвідом.

Діагнози PDM-2 є «прототипічними», тобто вони не засновані на ідеї, що діагностичну категорію можна точно описати як компіляцію симптомів («політетичний» діагноз). У деяких розділах PDM-2 використовуються категорії психопатології, прийняті в широко поширених на сьогоднішній день таксономії. Але, на відміну від DSM і МКБ, PDM-2 наголошує на внутрішньому переживанні пацієнтом свого стану. Оскільки фахівці в галузі психічного здоров'я щодня мають справу з суб'єктивністю людей, їм необхідний докладний опис внутрішнього життя своїх пацієнтів, щоб зуміти якнайкраще зрозуміти їх унікальні переживання. Як показує досвід, під

час постановки діагнозу клініцисти схильні думати у термінах прототипів, навіть якщо вони говорять у термінах категорій [16]. У цьому керівництві ми спробували охопити всю складність людської природи, поєднуючи точність кількісних систем із зручністю категоріальних. Ми використовуємо багатовимірний підхід передачі всієї складності загальної функції онування пацієнта та її залучення до терапевтичного процесу.

Особистісні синдроми - Вісь Р. Основними організуючими принципами Осі Р є рівень організації особистості (тобто спектр функціонування особистості від здорового рівня через невротичний і прикордонний до психотичного) і стиль, або патерн, особистості (тобто клінічно розпізнаються типи, які перетинають рівні організації особистості). Людина, яка боїться стосунків і уникає почуттів, відчуватиме депресію зовсім інакше, ніж та, яка повністю залучена до відносин і відкрита емоціям.

Профіль психічного функціонування - Вісь М. Другий вимір є докладним описом загального психічного функціонування (тобто здібностей, які носять свій внесок у загальне психологічне здоров'я або патологію). Вісь М докладно представляє внутрішнє психічне життя, і навіть систематизовані і операціоналізовані такі можливості, як обробка інформації; регуляція імпульсів; розуміння своїх психічних станів та станів інших людей; побудова та збереження відносин; переживання, вираження та розуміння різних емоцій; регуляція самооцінки; використання стратегій справлення та захисту; адаптація та резилентність; створення внутрішніх цінностей, а також зв'язування та осмислення особистого досвіду.

Симптоматичні патерни: суб'єктивне переживання - Вісь S. У третьому вимірі на основі категорій DSM та МКБ даються описи афективних станів, когнітивних процесів, соматичних станів та патернів відносин, характерних для даних категорій. Вісь S розкриває симптоматичні патерни з погляду найбільш поширених суб'єктивних переживань пацієнтами своїх труднощів, і навіть з погляду типових суб'єктивних реакцій клініцистів ними. Крім цього, ця вісь включає описи психологічних переживань (наприклад, станів, пов'язаних з гендерною ідентичністю, сексуальною орієнтацією і статусом меншості), які можуть вимагати клінічної уваги.

Порядок розташування осей залежить від частини керівництва. У дорослих діагностика особистості передуює діагностиці психічного функціонування, а у дітей, підлітків та людей похилого віку — навпаки. Обґрунтовується така розташування тим, що у дорослому віці особистість (Вісь P) набуває стабільності і тому потребує клінічної уваги насамперед. При цьому у дітей і підлітків клінічна оцінка процесу розвитку (Вісь M) зазвичай має пріоритет перед особистісними патернами, що формуються. У літньому віці оцінка адаптації до різних аспектів стреси (Вісь M) знову стає більш важливою, ніж діагностика особистості. Багатомірний підхід до діагностики немовлят та дітей раннього віку має свої особливості через унікальну природу перших трьох років життя.

Основна увага приділяється функціональним емоційним можливостям розвитку, регуляторно-сенсорним здібностям обробки, патернам відносин, їх порушенням та іншим медичним та неврологічним діагнозам.

В основу PDM-2 лягли ретельніші систематичні та емпіричні дослідження в порівнянні з першим виданням, оскільки ці дослідження краще забезпечують операціоналізацію описів різних розладів. Вісь Р була інтегрована та переформульована відповідно до теоретичних, клінічних та дослідницьких даних, включаючи емпірично обґрунтовані діагностичні інструменти, такі як SWAP-200, SWAP-II та SWAP-200 для підлітків. Вісь S стала більше інтегрована із системами DSM-5 та МКБ-10. Крім того, наводяться докладніше обґрунтування для описів «афективних станів», «когнітивних патернів», «соматичних станів» та «патернів відносин». Описи суб'єктивних переживань пацієнта та ймовірних контрпереносних реакцій терапевта також стали більш детальними. Класифікаційна система PDM-2 служить іншим цілям, ніж система DSM (Американської психіатричної асоціації) та система МКБ (Всесвітньої організації охорони здоров'я). Вона покликана забезпечити більш глибоке клінічне розуміння, необхідне для формулювання випадку та планування лікування, особливо коли як лікування показана психотерапія. DSM і МКБ були розроблені для забезпечення єдності категорій, що позначаються, в дослідницьких цілях; для порівняння досліджуваних популяцій у випадках, коли дослідники працюють з різними вибірками, на різних територіях та різних теоретичних підходах; для розрахунку та виплати страхового відшкодування, щоб розрізнити, що підпадає під страхові програми, а щоні; для епідеміологічних цілей; а також для певних терапевтичних цілей (наприклад, для полегшення ухвалення рішення щодо психофармакологічного лікування).

Цей діагностичний підхід орієнтований на формулювання індивідуального випадку та планування терапії, яка намагається охопити типовий спектр та глибину психологічного досвіду людини. Класифікації DSM і МКБ, як і раніше, дотримуються досить категоричного підходу до діагностики (наявність — відсутність). На відміну від них, діагнози PDM-2 призначені для позначення спектру або континууму. Деякі особистісні патерни або синдроми представлені у вигляді спектра, який простягається від норми або здорового рівня функціонування через невротичний та прикордонний рівні до психічних розладів з порушенням мислення та гострих психозів. Інші, наприклад, параноїдна та садистична особистості, виявляються в основному на прикордонному та психотичному рівнях. Клінічне мислення розглядає багатостанів, такі як особистісний патерн (Вісь Р) і загальне психічне функціонування (Вісь М), як континууми, а не як взаємовиключні категорії. Наприклад, істеричний та обсесивний стилі були представлені як протилежні полюси однієї полярності [47]. Або спектр від шизоїдної до параноїдної психіки. Ще один приклад - зв'язок депресивної та мазохістичної орієнтацій. Нарцисичні та психопатичні особи можуть бути описані за допомогою континууму, що показує порушення їх здатності іклуватися про інших [48; 21; 35]. Оскільки існує безліч ракурсів, через які можна розглядати типи та розлади особистості, теоретики та дослідники запропонували кілька різних способів їх концептуалізації. В академічній психології особистості є багата література з «п'ятифакторної моделі», яка фокусується на отриманих шляхом

факторного аналізу особливостей: екстраверсія, невротизм, відкритість досвіду, доброзичливість та сумлінність. "Альтернативна модель DSM-5" особистісних розладів багато в чому спирається на цю модель [49; 50; 41].

Діагноз включає:

- 1) оцінку ступеня порушення функціонування особистості (як функціонування самої особистості, і міжособистісного функціонування);
- 2) оцінку патологічних характеристик особистості (у п'яти великих доменах: негативна ефективність, відстороненість, антагонізм, розгальмованість і психотизм; у межах цих п'яти доменів — 25 «додаткових» характеристик особистості).

В результаті вищеласифікація патології особистості, що включає антисоціальний, унікаючий, прикордонний, нарцисичний, obsесивно-компульсивний та шизотипічний розлад. А для тих випадків, коли особистісний розлад має місце, але критерії не збігаються з якоюсь конкретною психопатологічною картиною, запроваджено категорію «особистісний розлад з уточненими характеристиками» (personality disorder — traits specified (PD-TS)).

Класифікаційна система PDM-2, на яку вплинули як науковці, так і спостерігачі-практики, більшою мірою впливає з клінічних психологічних та психіатричних традицій. Це кількісна система, але на відміну від альтернативної моделі DSM-5, в ній виділені групи, що відображають психологічні теми і тривоги, що лежать в основі, а не обговорювані вище окремі характеристики (центрована на змінних і центрована на особистості). У клінічній літературі ці теми описувалися як

"внутрішніоб'єктнівідносини", "повторюваніструктури",
 "внутрішніробочімоделі", "генералізованірепрезентаціїінтерналізацій»,
 «фундаментальні і емоційніструктури, щоповторюються»,
 «внутрішнімоделівідносин», «ядернісцени», «центральні теми
 конфліктнихвідносин», «імпліцитнезнання про відносини», «особистіснісхеми»
 та «індивідуальнісхеми». Система DSM розроблялася як неінферентна: вона
 побудована таким чином, щоподібнісимптоми і характеристики булипоміщені
 в одну діагностичнукатегорію без урахуванняпсихічнихпроцесів і смислів, що
 лежать в їхоснові. По суті, укладачіостанніхредакцій DSM, починаючи з DSM-
 III, намагалися бути атеоретичними — описуватифеномени без опори на ту
 чиіншутеоріюпсихічногофункціонування[51; 52; 53; 54; 55]. Більше того,
 оскількипередбачалося, що DSM-III буде більшпристосований для
 цілейдосліджень у галузіпсихопатології, ніж його попередники, синдроми в
 ньомубулиописанінеінферентно за допомогоюнаборівкритеріїв за принципом
 «наявністьвідсутність», що дозволяло виявитиїхнавітьнепрофесіоналу. Ця
 «неокріпелінська» модельдозволила професіоналам у галузіпсихічного здоров'я
 знаходитиспільну мову, незважаючи на теоретичнуорієнтацію[56; 57]. Мета
 PDM-2 полягає в тому, щобописати проблеми людини в об'ємномувиді, в
 різнихвимірах, якіскладаютьбезлічнозологій, і максимально
 інтерпретуватизначенняспостережуванихявищ: симптоми, поведінку,
 характеристики, афекти, установки, думки, фантазії і т.д. - повний спектр
 психічногофункціонуваннялюдини. Єдина система класифікації не в
 змозіохопитивсіспособи, за якими люди відрізняються за
 клінічнозначущимипоказниками. PDM-2 зробивосновний акцент на тому,

що Кернберг назвав «вимірюванням тяжкості» в патології особистості, через його важливість у виборі терапевтичного підходу. У нещодавніх виданнях DSM деякі особистісні синдроми та розлади, знайомі терапевтам, були опущені, оскільки вони не поширені в рутинній клінічній практиці (наприклад, особи з садистськими або контрзалежними особистостями, як правило, не звертаються за допомогою до фахівців у галузі психічного здоров'я), та/або тому, що вони недостатньо вивчені емпірично (наприклад, хоча депресивний розлад особистості добре відомий, він був видалений з DSM-III та наступних редакцій на підставі недостатніх знань [62; 58]. У PDM-2 також спробували синтезувати і спростити, не піддаючись спокусі збільшити кількість діагностичних одиниць, як це начебто сталося в DSM-5. PDM-2 були менш точними та категоричними щодо варіантів та підтипів особистості. Категорії особистості в DSM описують окремі кластери симптомів і ознак, але по суті різні розлади часто перетинаються з кластерами симптомів і ознаками інших категорій. PDM-2, з іншого боку, визначає для кожного індивіда одну послідовну і значущу особистісну організацію, яка може представляти унікальний набір повторюваних тривого або певний набір визначальних характеристик двох або більше організацій особистості і симптоматичних патернів.

1.1.2. Ретроспективна пресупозиція рівнів організації особистості (ступінь розладів) за класифікаційною системою PDM-2

З кінця 19-го століття психіатрична класифікація містила два основних типи розладів: 1) «*неврози*» — термін для малої або важкої психопатології, при якій здатність перевіряти реальність зберігалася; 2) «*психоз*» — патологія, при якій здатність перевіряти реальність була значно порушена. У наступні десятиліття, коли практикуючі лікарі почали помічати, що багато пацієнтів страждають не від поодиноких симптомів, а від проблем протягом усього життя, вони почали розрізняти «невротичні симптоми» і «невротичний характер», або «розлад особистості», як його зараз прийнято називати. Протягом XX століття з'являлися описи пацієнтів, які виглядали надто порушеними, щоб вважатися невротиками, але все ж таки достатньо вкоріненими в реальності, щоб вважатися психотиками. Поступово виділилася прикордонна група. Згодом розлад на кордоні між психозами і неврозами було досліджено емпірично та описано теоретично [59; 60; 61]. Пацієнти, чий рівень організації особистості розцінювався як такий, що знаходиться на цьому кордоні, часто погано реагували на її виділення,

які допомагає здоровішим пацієнтам. У них несподівано розвивалася інтенсивна, химерна і часто-густо змінюється реакція на призначену психотерапію. При тому, що у цих пацієнтів не виявлялися психотичні тенденції поза терапією, у них розвивалися нерозв'язні «психотичні переноси», тобто вони починали сприймати своїх терапевтів як абсолютно добрих чи абсолютно поганих, чиставилися до них точно як до людей зі свого минулого, і з цим нічого не можна було вдіяти. Поступово було досягнуто консенсусу щодо того, що особистісні синдроми розташовуються на континуумі за ступенем тяжкості: від відносного здоров'я до сильних порушень. Традиційно цей континуум є умовною шкалою, що включає «здоровий», «невротичний», «прикордонний» та «психотичний» рівні організації особистості. Важливо, що термін «прикордонний», що використовується психодинамічними терапевтами для позначення рівня особистісної організації, відрізняється від терміна «прикордонний» у DSM, де лише один конкретний варіант прикордонної особистісної організації позначений як прикордонний особистісний розлад. Отже, термін «прикордонний» використовується ширше, ніж у DSM, і в більшій відповідності з клінічними спостереженнями, що породили цей термін, а також з його широкою професійною поширеністю можемо, в принципі, виявити кожен із особистісних стилів на будь-якому рівні організації особистості, якісь стилі більш характерні для здорового (невротичного) краю спектру тяжкості розладів, тоді як інші швидше супроводжують хворобу (прикордонний та психотичний рівні) з істеричним чи обсессивним особистісним стилем, швидше за все, належатимуть до невротичного рівня, а параноїдний та

психопатичний стилі – до прикордонного. Різницями між рівнем організації та стилем особистості дозволяє, наприклад, розпізнати тихих прикордонних пацієнтів, таких як шизоїдні особи, які психологічно організовані на прикордонному рівні. У той же час діагноз «прикордонний особистісний розлад» в DSM, по суті, ототожнює прикордонну організацію з гістрійним розладом, щоробить діагностичні категорії прикордонного особистісного розладу і гістрійного розладу емпірично нерозрізняються [36].

1.1.3. Аналітичне конструювання рівнів організації особистості за Віссю Р (особистісні синдроми) класифікаційної системи PDM-2

Дослідження показують, що деякі проблеми пацієнтів у прикордонному діапазоні мають генетичний компонент. Близнюковий метод показав, що як у чоловіків, так і у жінок генетичний вплив на ступінь тяжкості прикордонних ознак становить близько 40% [63]. Дійсно, генетична міжособистісна гіперсенситивність була виділена як ендотипного маркера. Дослідження за допомогою методів візуалізації показали, що функціональна нейроанатомія прикордонних розладів пов'язана з гіперсенситивністю, з непереносимістю самотності та зі страхами прихильності, типовими для пацієнтів цієї великої діагностичної групи [50]. У той час як попередні покоління психоаналітиків пов'язували ступінь тяжкості розладу з фіксацією на або з регресією до певної задачі розвитку чистадії, сучасні теоретики розуміють патологію особистості як відображення злиття факторів, включаючи, крім інших, також генетичну спадковість, темперамент,

раннійжиттєвийдосвід (тобто травма, занедбаність) і ранніуподобання. Обговорення «біопсихосоціальних» моделей особистості. PDM-2 рекомендуєвизначитирозташування особи на континуумітяжкостірозладу шляхом оцінкинаступних сфер:

1. Здатність до регуляції, уваги та навчання;
2. Здатність до переживання, передачі та розумінняафектів;
3. Здатність до менталізації та рефлексивногофункціонування;
4. Здатність до диференціації та інтеграції (ідентичність);
5. Здатність до відносин та близькості;
6. Здатність до регуляціїсамооцінки та якістьвнутрішньогодосвіду;
7. Здатністьконтролювати та регулюватиімпульси;
8. Здатність до захисногофункціонування;
9. Здатність до адаптації, резилентності та стабільності;
10. Здатність до самопостереження (психологічнарозумність);
11. Здатністьстворювати та використовувативнутрішністандарти та ідеали;
12. Здатність до свідомості та цілеспрямованості.

Здоровийрівеньорганізаціїособистості. Психопатологіявиявляється у взаємодіїстресовихфакторів та індивідуальноїпсихології. Деякі люди, у якихвиникаютьсимптомипіддієюстресу, загаломмаютьздоровуособистістьзгідно з оцінкою по Осі М: основніпсихічніфункції (Додаток А1). У них є певніпереваги у виборістратегійподоланнястресу, але при цьому вони доситьгнучкі, щоб адекватно пристосуватися до складноїреальності (але не обов'язково до тяжкоїтравми, яка можезавдатисерйознихзбитківнавітьтим людям,

які виглядають досить стійкими [64]. У нас у всіх є свій особистісний стиль, або особливість, або тип, або стійке поєднання стилів. Наприклад, якщо комує властивий постійний песимістичний погляд на речі, це не є достатнім критерієм для діагностування депресивного розладу особистості.

Невротичний рівень організації особистості. Незважаючи на те, що багатьох людей з невротичним рівнем організації особистості високо оцінюють по Осі М, вони відрізняються відносною ригідністю [47; 65; 66]. Це означає що у стресовій ситуації вони реагують порівняно обмеженим набором захистів і владних стратегій. Найпоширенішими особистісними стилями і розладами в цьому діапазоні континууму є депресивна, істерична (за традицією, що склалася, термін «істеричний» використовується для позначення динамічної констеляції на високому рівні функціонування, в той час як «гістрійний» позначає ту ж динаміку на прикордонному або психотичному рівнях), фобічна і obsесивно-компульсивна особи. Картина страждань людини, що належить до однієї з цих груп, як правило, обмежується конкретною областю: це втрата, відкидання та самопокарання у депресивної особи; питання, пов'язані зі статтю, сексуальністю та владою у істерично-гістрійної особистості; та питання контролю у obsесивно-компульсивної особистості. Особи, що функціонують на невротичному рівні, часто переживають свої проблеми як внутрішні розбіжності чи конфлікти. Наприклад, вони можуть відчувати сексуальну спокусу у вигляді бажання, що вступає в конфлікт із внутрішньою обороною, або вони можуть постійно злитися і засуджувати і при цьому відчувати, що «реагують надто гостро». Деадаптивні захисні патерни людей невротичного

спектра може бути обмеженісфероюїхконкретнихтруднощів. На відмінувідпацієнтів, організованих на прикордонномурівні, яківикористовуютьзахисти, щопотворюютьреальність глобально (тобтозаперечення, розщеплення, проєктивнаідентифікація, всемогутній контроль, примітивнадисоціація), ригіднічипроблематичнізахистипацієнтаневротичногорівня, швидше за все, спотворюватимутьякусь одну область — проблеми з авторитетнимифігураминаприклад, а ні проблеми у відносінахвзагалі. Поза сфероюсвоїхтруднощів люди невротичногорівняможуть мати роботу, щозадовольняєїх, зберігатидобрівідносини з іншими, витримуватидисфоричніафекти, не вживаючиімпульсивнихабонеобдуманихдій, а такожможуть і хочутьспівпрацювати в терапевтичнихвідносінах. Пацієнтиневротичногорівня, як правило, усвідомлюютьсвоїтруднощі, щоповторюються, і можутьуявити, як їмхотілосяб змінитися. Вони зазвичайформуютьгарнийробочий союз зісвоїм терапевтом. На початковихінтерв'ютерапевти, швидше за все, почуватимуться в їхприсутності комфортно і реагуватимуть на них з повагою та симпатією, передбачаючиспільну роботу.

Прикордоннийрівеньорганізаціїособистості. Люди з прикордонноюособистісноюорганізацієюмаютьтруднощі з регуляцієюафекту і тому схильні до крайніхпроявівафекту, включаючиєпізодисильноїдепресії, тривоги та гніву. Вони, як правило, мають проблеми у відносінах, серйознітруднощі з емоційноюблизькістю, проблеми з роботою, проблеми з регуляцієюімпульсів,

також їм властиво зловживання психоактивними речовинами та іншою адиктивною поведінку (азартні ігри, злочинство, переїдання, сексуальні компульсії, залежність від відеоігор та інтернету та ін). У період стресу (наприклад, коли відносини прихильності перебувають під загрозою) збільшується ризик заподіяння ними собі шкоди у вигляді членушкодження, ризикованої сексуальної поведінки, накопичення великих боргів та інших саморуйнівних дій [35; 43]. Така поведінка може відобразити або відчайдушні спроби впоратися з нестерпним афектом, або нездатність регулювати імпульси, або й те й інше разом. За великим рахунком, люди з особистісною патологією, досить важкою, щоб відповідати діагнозу особистісний розлад за DSM, функціонують на прикордонному рівні організації, незалежно від того, як цей конкретний особистісний розлад називається в DSM. Прикордонний рівень особистісної організації поділяється на вищий (ближче до кордону з невротиками), куди входять пацієнти, чий загальний особистісний прояв ближче до невротичної особистісної організації, і нижчий (ближчий до кордону з психозами), де знаходяться пацієнти з більш вираженим дефіцитом [33; 34; 35]. Різні рівні можуть вимагати різних терапевтичних підходів: більш дослідницький (інтерпретативний, орієнтований на інсайт) для вищого рівня та підтримуючий, орієнтований на формування потенціалу – для нижчого. Фахівці, чиї описи пацієнтів було досліджено за допомогою опитувальника Шедлера – Вестена (Shedler – Westen Assessment Procedure (SWAP) особливо виділяли проблеми з регулюванням афектів та імпульсів серед осіб з

прикордонною особистісною організацією. Вони відзначали надмірність та незрілість емоцій таких пацієнтів, а також використання ними захистів, які прийнято називати примітивними, незрілими або витратними [31]. З огляду на те, що невротичні пацієнти також можуть використовувати примітивні захисти під час стресу, бачиться спірним, що для диференціації прикордонної психології та невротичної можна спиратися більшою мірою на присутність незрілих захистів, ніж відсутність зрілих [34]. Найчастіше згадуваними серед витратних чи примітивних захистів є розщеплення та проєктивна ідентифікація. «Розщеплення» - це схильність до поділу перцепцій та почуттів на «хороші» та «погані» і, як наслідок, до сприйняття себе та інших у карикатурних чорно-білих, абсолютно хороших чи абсолютно поганих категоріях (наприклад, як героїв та рятувальників, лиходіїв та кривдників, чи як байдужих свідків жорстокого поводження). Результатом розщеплення може стати сприйняття одних людей як «абсолютно добрих», а інших як «абсолютно поганих» чи чергування суперечливих уявлень про одну й ту саму людину [67]. Розщеплення призводить до неможливості інтегрувати різні аспекти ідентичності у єдине ціле. Отже, пацієнти, чиї особи організовані на прикордонному рівні, демонструють дифузійну ідентичність: їх погляди, цінності, цілі та почуття до себе нестабільні та мінливі, а самооцінка може коливатися між полярно зовнішніми крайнощами. Такі пацієнти можуть виглядати абсолютно по-різному в різних ситуаціях, оскільки на поверхню виходять різні «відщеплені» частини їхньої ідентичності. Наприклад, коли їм добре, вони можуть не виявляти жодного занепокоєння з приводу того, щоб у них настільки пригнічені минулі готичні, що думали про

суїцид. А перебуваючи в депресії, не мають доступу до жодних позитивних почуттів та позитивного самоприйняття.

Проективна ідентифікація має на увазі невизнання тривожного аспекту своєї особистості і приписування його іншій людині (наприклад, терапевту), а потім поводження з цією людиною відповідно до тих пір, поки зрештою у неї не з'являться ті почуття, які були спроектовані з такою переконаністю. При роботі з проективною ідентифікацією терапевт може відчувати такий сильний примус з боку пацієнта відповідати проєкції, що у нього виникає відчуття, ніби його психіка була захоплена або колонізована [33]. До інших захистів, характерних для людей з прикордонним рівнем організації, належать *заперечення* (ігнорування чи невизнання тривожних) аспектів реальності, *начебтоїх немає*); *примітивна ізоляція* (догляд у фантазії); *невиборчі форми інтроєкції* (іноді ще інтроєктивна ідентифікація — «приміщення всередину себе» чи їхось характеристик, поглядів і навіть манер цілком); *"всемогутній контроль"* (ставлення до іншого як до свого продовження без урахування того, що він окрема людина); *«відігравання»* (проживання, що повторюється, поза своєю внутрішньою драми, яка не може бути згадана, пережита та концептуалізована); *соматизація* (розвиток фізичних симптомів в умовах стресу); *примітивна дисоціація* (відсутність узгодженості між різними аспектами переживання чи перемикання особистісних станів без збереження відчуття безперервності); *примітивна ідеалізація* (сприйняття іншого як абсолютно хорошого і всемогутнього, подібно до того, як дитина сприймає божнюваного дорослого) і *примітивне знецінення* (сприйняття іншого як абсолютно нікчемного, позбавленого будь-яких хороших

якостей). Вайлант у своїх дослідженнях до списку психологічно-затратних захистів, які можуть супроводжуватися тяжкими особистісними розладами, додає іпохондричну стурбованість та пасивну агресію. Розподіл захистів на примітивні, чи незрілі, і зрілі, чи вищого порядку, незважаючи на брак досліджень у цій галузі, стало загальноприйнятим у літературі, присвяченій важким особистісним розладам, а також в емпіричних дослідженнях психологічних захистів [22; 26]. На відміну від доброзичливого співчуття, яке зазвичай викликають у терапевта пацієнти з невротичним рівнем організації особистості, пацієнти на прикордонному рівні, особливо на нижньому краї, викликають інтенсивні емоції, з якими терапевту не так просто впоратися і які не так просто контейнувати. Зазвичай це негативні емоції, наприклад страх, розгубленість, безпорадність або ворожість. Також можуть виникати потужні фантазії про порятунок, сексуальне бажання або бажання вилікувати пацієнта любов'ю [29; 31]. Люди з тяжкими особистісними розладами нерідко провокують терапевтів на дії, що не узгоджуються з їх професійною роллю. Терапевти можуть відчувати бажання виявити агресію щодо таких пацієнтів або порушити професійні кордони в ім'я «порятунку» пацієнта [58; 26].

Психотичний рівень організації особистості. Зазвичай поняття психозу передбачає втрату контакту з реальністю. Деякі пацієнти, у яких ніколи не було діагностовано психоз або у яких траплялися короткочасні психотичні епізоди, що проходили повністю, можуть, проте, мати психотичні риси, такі як надмірно загальнююче, конкретне чи химерне мислення, неадекватна соціальна поведінка, сильна всепрониклива тривога та анігіляція, а

також не похитна впевненість у тому, що їх не власне уявлення про якусь людину вірно, незважаючи на те, що ця людина говорить чи робить. Люди з найбільш важкими особистісними розладами можуть поміщати свої думки та почуття в інших, бути абсолютно переконаними у правоті своїх найбільш помилкових уявлень та діяти на основі цих уявлень. Щоб захиститися від жахливої тривоги, вони використовують такі примітивні захисні механізми, як психотичний заперечення, аутистичний уход, спотворення реальності, бредова проекція, фрагментація та конкретизація [69].

Психотичний рівень організації особистості має на увазі дифузійну ідентичність, слабку диференціацію репрезентації себе та інших, недостатнє розрізнення фантазії та зовнішньої реальності, залежність від примітивних захистів та серйозний дефіцит тестування реальності. Прикладом людини з психотичною організацією особистості може бути чоловік, який переслідує об'єкт свого кохання в повній впевненості, що ця людина «дійсно» любить її, незважаючи на всі протести. Така поведінка демонструє як дефіцит тестування реальності, і слабку диференціацію репрезентації себе та інших. Досвідчені терапевти вже давно стверджують, що можуть зрозуміти, коли перед ними пацієнт з психотичною організацією особистості, навіть якщо йому ніколи не діагностували психоз. У той же час у рамках медичної моделі дослідники схильні думати про психоз як про окреме захворювання. З моменту публікації першого видання «Посібники з психодинамічної діагностики» (PDM) клінічна користь розуміння психотичного діапазону функціонування особистості от

римала додаткову дослідницьку підтримку [31]. У цьому треба відзначити, що в DSM-5 шизотипічний особистісний розлад включено як до розділу «особистісні розлади», так і до «розладу шизофренічного спектра та інших психотичних розладів», оскільки передбачається, що та сама клінічна картина може відбивати і особистісний синдром, і психотичне захворювання, чиякусь комбінацію обох. Наочним прикладом корисності розуміння того, як функціонують люди на психотичному рівні, можуть бути анорексичні пацієнти, яким загрожує голодна смерть, але які при цьому продовжують стверджувати, що у них надмірна вага, або люди з сильними нав'язливими станами (наприклад, патологічне накопичення), які залежать від своїх ритуалів і відчувають тривогу у нічній темряві, якщо їх просять не дотримуватися своїх нав'язливостей, також соматизуючі пацієнти, які сприймають своє тіло як садистичних переслідувачів, пацієнти з дисоціацією, які не можуть відрізнити минулу травму від справжньої реальності, пацієнти з тяжкими формами і, нарешті, особи, які страждають на рецидивуючі та тяжкі параноїдальні реакції, навіть за відсутності галюцинацій або відкритого марення. У всіх цих випадках ідеї фіксування даних пацієнтів настільки сильні, що наближаються до марення. Спроби поставити під сумнів їх переконання викликають у пацієнтів тривогу та ворожість. Вони можуть сприймати своїх терапевтів як загрозу.

1.1.4. Структурно– динамічні індикатори профілю психічного функціонування за Віссю М класифікаційної системи PDM-2

У той час як Вісь Р дозволяє клініцистам визначити загальне функціонування та конкретні особистісні патерни/розлади, Вісь М дозволяє розглянути та оцінити конкретні галузі психічного функціонування. Вісь Р охоплює рівень функціонування особистості і приналежність пацієнта до певного прототипу, а Вісь М доповнює картину конкретними функціями, які роблять свій внесок в організацію особистості пацієнта. Розглянемо, наприклад, двох пацієнтів із прикордонною організацією. Один має прикордонну організацію внаслідок своєї когнітивних схем та/або частого використання незрілих захистів, тоді як інший — через незадовільне міжособистісне функціонування, погану інтеграцію самості та використання захистів середнього рівня. Незважаючи на те, що обидва мають нібито схожу організацію особистості, Вісь М допоможе спеціалісту визначити конкретні механізми, що формують загальну організацію кожного з них. Домени Віссі М

побудовані виходячи з широкого діапазону психодинамічних, когнітивних та «розвивувальних» моделей (модель розвитку особистості), а також відповідних досліджень у цих галузях. Включення декількох моделей поглиблює підхід до особистості, клінічних симптомів та терапевтичного процесу. Хоча діагнози DSM зручні для дослідницьких цілей і забезпечують загальну термінологію професіоналів у галузі психічного здоров'я, вони не схильні до подальшого осмислення загального функціонування особистості людини, її психологічної динаміки аботерапевтичного процесу та терапевтичних відносин. Порівняно з першим виданням посібника, назви та описи психічних функцій, включені до цього розділу PDM-2, були переглянуті і переформульовані так, щоб вони стали більш зручними клінічно, знову емпірично і оцінювали релевантно. Також була додана процедура оцінки (див. Додаток A1), яка дозволяє терапевту оцінити за 5-бальною шкалою рівень розвитку кожної психічної функції пацієнта (для кожної психічної функції передбачені описи ключових характеристик рівнів функціонування). Крім того, Вісь М концептуалізує особистість та психічне функціонування, враховуючи як природні фактори (темперамент, генетичну схильність, базові особливості) і середовище (навчання, досвід, стиль прихильності, культурний і соціальний контекст).¹² психічних здібностей на Віссі М концептуалізувалися з урахуванням двох фундаментальних питань:

- 1) Як процес мають бути оцінені в середині кожної здібності?
- 2) Як ці процес можуть систематично і практично оцінюватися, щоб сприяти завданням психотерапії?

Крім того, щоб краще розуміти базові конструктивні здібностей, PDM-2 наводить для кожного опису посилання на відповідну клінічну та емпіричну літературу. Хоча Вісь М в PDM-2 представляє психічне функціонування за допомогою 12 різних здібностей, треба відзначити, що, розрізняючись концептуально, вони все ж таки не є повністю окремими. Психічне функціонування слід розуміти як єдину і взаємопов'язану сукупність процесів - цілісність, унікум, - яку при необхідності можна розділити на суміжні категорії в аристотелівському сенсі. Як показують наступні визначення, ці 12 здібностей охоплюють різні області та широкий спектр психологічних процесів. Нам не вдалося уникнути часткового накладання одна на одну окремих здібностей. Але, незважаючи на це, кожна категорія означає важливу, унікальну рису психічного функціонування, яка може бути повністю врахована за іншими здібностями. І хоча жоден профіль чина бірбалів не можуть охопити все багатство психічного життя кожної людини, наступні 12 важливих областей можна схематично згрупувати в чотири домени:

-Когнітивні та афективні процеси:

1. Здатність до регуляції, уваги та навчання; 2. Здатність до переживання, передачі та розуміння афектів; 3. Здатність до менталізації та рефлексивного функціонування;

-Ідентичність та відносини:

4. Здатність до диференціації та інтеграції (ідентичність); 5. Здатність до відносин та близькості; 6. Здатність до регуляції самооцінки та якості внутрішнього досвіду;

-Захисти та способи впорання:

7. Здатність контролювати та регулювати імпульси; 8. Здатність до захисного функціонування; 9. Здатність до адаптації, резилентності та стабільності;

-Самосвідомість та саморегуляція:

10. Здатність до самостереження (психологічна розумність); 11. Здатність створювати та використовувати внутрішні стандарти та ідеали; 12. Здатність до свідомості та цілеспрямованості.

Визначення 12 здібностей Осі М. Здатність до регуляції, уваги та навчання включає в себе фундаментальні процеси, які дозволяють людині відстежувати та обробляти інформацію (як внутрішню, так і зовнішню), налаштувати фокус уваги, розподіляти увагу при необхідності для виконання кількох завдань одночасно, відфільтрувати зайву інформацію зі свідомості, коли це потрібно, і навчатися на досвіді. Здатність до переживання, передачі та розуміння афектів відображає здатність людини переживати, виражати та розуміти весь спектр пререпрезентативних та репрезентативних афективних патернів таким чином, щоб вони відповідали конкретній ситуації та відповідали очікуванням та нормам культурного середовища людини. Ця здатність також відображає можливість індивіда символізувати афективні значущі досвід (тобто репрезентувати його психічними засобами, а не соматичними чи поведінковими) та адекватно вербалізувати афективні стани. Явно виражені порушення цієї сфери можуть відбиватися в алекситимічних тенденціях пацієнта [31; 35].

Здатність к менталізації та рефлексивного функціонування передбачає вміння людини робити висновки та рефлексувати щодо своїх психічних станів та станів інших людей, а також використовувати це вміння в особистій та соціальній взаємодії.

Менталізація - це форма психічної активності, яка вважається щовідноситься до уяви (бо коли ми менталізуємо, ми уявляємо, що інші думають і відчувають). Вона в основному передсвідома (зазвичай відбувається поза фокусом уваги) і спрямована на розуміння та інтерпретацію своєї поведінки чи поведінки інших людей з погляду психічних станів (наприклад, потреб, бажань, почуттів, переконань, цілей, намірів та мотивацій). Ця здатність дозволяє людині використовувати ідеї для сприйняття, опису та вираження внутрішнього життя, для регуляції афектів та розвитку послідовного почуття самості, для точного розуміння психічних станів інших людей.

Менталізація забезпечується кількома відповідними когнітивними навичками, включаючи розуміння емоційних станів та вміння імпліцитно думати про душевний стан інших. Концепція рефлексивного функціонування є здатність до менталізації в дії - іншими словами, спосіб, яким ми вимірюємо менталізацію [31; 35].

Здатність до диференціації та інтеграції передбачає вміння відрізнити себе від інших, фантазію від реальності, внутрішні репрезентації від зовнішніх об'єктів та обставин, сьогодення від минулого та майбутнього, а також встановлювати зв'язок між цими елементами, не змішуючи їх. Особливо вона відображає вміння створювати та підтримувати диференційоване,

реалістичне, послідовне, комплексне уявлення про себе (ідентичність) та про інші та поєднувати ці репрезентації.

Здатність до відносин і близькості відображає глибину, діапазон і постійність (тобто стабільність) взаємовідносин людини та вміння коригувати міжособистісну дистанцію - близькість, необхідну для різних відносин, відповідно до культурних очікувань. Здорова здатність до стосунків має на увазі не тільки ступінь, в якому індивід має стабільні взаємозадовольнюючі відносини, але також і якість інтерналізованих об'єктних відносин: психічні репрезентації себе, інших людей та спільних інтеракцій. Ця здатність включає сексуальність людини, відбиту в усвідомленні бажань і емоцій, можливість залучатися в сексуальне фантазування і сексуальну активність, що приносять задоволення, а також можливість поєднувати сексуальність із емоційною близькістю. Так само, як якість внутрішнього досвіду є показником впевненості в собі та самооцінки, здатність до відносин та близькості є показником контактності [31; 35].

Здатність до регуляції самооцінки та якість внутрішнього досвіду відображають рівень впевненості у собі та самооцінку, які характеризують ставлення людини до себе, інших та світу. Оптимальне функціонування даної здатності передбачає баланс між впевненістю в собі та оцінкою себе, заснованої на реалістичному сприйнятті позитивних сторін та досягнень. Ця здатність також включає в себе ступінь, в якому людина відчуває внутрішній контроль, власну ефективність і силу.

Здатність контролювати і регулювати імпульси відображає вміння людини регулювати імпульси і

виражат її адаптивним, культурно прийнятним способом. Дефіцит даної здатності може призводити до неконтрольованого виразу імпульсів (імпульсивність надконтролю (гальмування) з супутнім стримуванням афекту. Високий рівень функціонування цієї здатності передбачає можливість витримувати фрустрацію, коли це необхідно, а також розпізнавати і називати імпульси як засіб саморегуляції.

Здатність до захисного функціонування виявляється у тих способах, якими особистість поводить з бажаннями, афектами та іншими внутрішніми переживаннями, а також у вмінні регулювати тривогу, щовиникає внаслідок внутрішнього конфлікту, зовнішнього виклику чи загрози, без надмірних спотворень самоприйняття та тестування реальності і без надмірного відривання. Хороше функціонування у цій галузі дозволяє людині використовувати захист ефективно з невеликим спотворенням тестування реальності.

Погане функціонування передбачає менш ефективний захисний стиль і великі спотворення [31; 35].

Здатність до адаптації, резилентності та стабільності відображає вміння людини адаптуватися до несподіваних подій і мінливих обставин, а також уміння ефективно і творчо справлятися з невизначеністю, втратою, стресом і складними завданнями. Така адаптація не еквівастрічна некритичному чи конформістському пристосуванню до очікуваних речей. Вона відбиває усвідомлений вибір, як краще реагувати. Ця здатність може включати сильні сторони людини, такі як емпатія і чутливість до чужих потреб та почуттів, здатність усвідомлювати альтернативні точки зору та

нормальну асертивність. У оптимальному випадку вона дозволяє долати перешкоди та перетворювати невдачі у можливість зростання та на позитивні зміни.

Здатність до самопостереження (психологічна розумність) відноситься до уміння спостерігати своє внутрішнє життя усвідомлено і реалістично і використовувати цю інформацію адаптивно. Ця

здатність також відображає ступінь, в якій людина здатна на інтроспекцію, — ступінь, в якому він чи вона демонструє інтерес до кращого розуміння себе.

Здатність створювати та використовувати внутрішні стандарти та ідеали — це показник особистої моральності. Здатність формулювати внутрішні цінності та ідеали відображає бачення себе в контексті своєї культури та вміння приймати свідомі рішення, засновані на наборі несуперечливих, гнучких і внутрішньо послідовних основоположних моральних принципів.

Високий рівень функціонування в цій галузі вимагає, щоб моральні міркування ґрунтувалися не лише на сукупності не протибrehливих основоположних принципів, а й на усвідомленні впливу своїх етичних рішень на інших [31; 35].

Здатність до свідомості та цілеспрямованості відображає вміння створювати особистий наратив, який забезпечує узгодженість і сенс особистого вибору, почуття спрямованості та мети, турботу про наступні покоління та духовність (не обов'язково виражається як традиційна релігія), що наповнює життя змістом. Високий рівень функціонування даної здатності дозволяє людині мислити незалежн

овід конкретної ситуації, враховуючи наслідки своїх поглядів, переконань та поведінки у ширшому контексті.

1.1.5. Аналіз симптоматичних патернів – суб'єктивних переживань за Вісю С класифікаційної системи PDM-2

Симптоматичні патерни: суб'єктивне переживання — Вісь S. У третьому вимірі на основі категорій DSM і МКЛ даються описи афективних станів, когнітивних процесів, соматичних станів і патернів відносин, характерних для даних категорій. Вісь S розкриває симптоматичні патерни з погляду найпоширеніших суб'єктивних переживань пацієнтами своїх труднощів, а також з точки зору типових суб'єктивних реакцій клініцистів на них. Крім цього дана вісь включає описи психологічних переживань (наприклад, станів, пов'язаних з гендерною ідентичністю, сексуальною орієнтацією та статусом меншості),

які можуть вимагати клінічної уваги. Щоб отримати повну картину стану психічного здоров'я, необхідно не лише перерахувати симптоми, а й розглянути суб'єктивні переживання людей із психіатричними розладами. Суб'єктивними переживаннями особливо нехтують, оскільки звичайні методології описової, або категоріальної, психіатрії не в змозі відобразити різноманітність суб'єктивних переживань людини, патологічного та непатологічного характеру, які можуть вимагати особливої уваги та/або лікування. Люди, що належать до однієї діагностичної категорії, з однаковим набором симптомів можуть по-різному переживати свій стан, і цей факт матиме різні наслідки для лікування.

PDM-2 вважає описи психологічних проблем у МКБ і DSM за корисною відповідною точкою для роз'яснення аспектів психічного та емоційного страждання. Такі симптоми, як тривога, депресія та/або труднощі з контролем імпульсів, можуть бути частиною загальної картини емоційні проблеми. Наприклад, проблеми з контролем імпульсів та регуляцією настрою характерні для пацієнтів із серйозним, обумовленим розвитком, дефіцитом здатності до репрезентації (символізації) широкого спектра афектів та бажань. Іноді, у випадках, де є великі психоаналітичні знання, PDM-2 наводить психодинамічне розуміння симптомів і описує можливий розвиток терапії, перенесення та контрперенесення. Деякі симптоми, такі як *страх, тривога і смуток*, є універсальними і, отже, супроводжують більшість психічних розладів і непатологічних станів. Інші симптоми більш рідкісні та специфічні (наприклад, тактильній галюцинації). Таким чином, конкретний симптом може бути сумісний

з дуже довгим або дуже коротким диференціальним діагнозом. Симптоми можуть бути певним чином взаємопов'язані, як, наприклад, бредові ідеї, які виникають на ґрунті галюцинацій.

Ці аномальні суб'єктивні переживання частіше всього мають психологічну природу («психогенетичні», «функціональні»), але фактично всі вони можуть бути органічними за походженням, а також можуть бути результатом складних взаємодій між психологічними факторами та біологічними передумовами. Так що завжди треба мати на увазі можливість виникнення симптомів у результаті вживання психоактивних речовин та інших медичних станів. Ось деякі приклади.

- *Тривога та депресія.* Вони є найбільш поширеними неприємними суб'єктивними станами і можуть супроводжувати практично будь-який розлад. Коли вони відносно моносимптоматичні, яскраво виражені або специфічні, може бути діагностовано тривожне або депресивний розлад. Якщо спантеличує їх відсутність, тоді необхідно розпочати пошук «первинної вигоди» або специфічного психічного функціонування (наприклад, емоційної сплоченості, ізоляції афекту, *labelle indifference* (чарівної байдужості), диссоціації афекту і т.д.).
- *Безсоння.* Це часте явище. Раннє ранкове пробудження особливо притаманно важких депресій. Труднощі із засипанням часто зустрічаються при тривожних розладах (наприклад, генералізовано тривожний розлад), але також можуть бути викликані страхом заснути через посилення флешбеків під час засинання або через жах при пост-травматичній патології.

-*Соматоформні симптоми.* Це можуть бути прями тілесні прояви емоційного болю, особливо в осіб, не здатних мислити психологічно. Дані симптоми також можуть включати тактильні посттравматичні флешбеки реальних подій з неясним походженням через відсутність автобіографічної пам'яті та контексту. Це можуть бути соматичні «вісники» витіснених неприйнятних імпульсів, як при класичному конверсійному розладі. Негативні соматоформні симптоми, такі як конверсійна анестезія при гострих болях, звичайні при самоушкодженнях та погіршують їх прогноз.

- *Галюцинації.* Цей симптом уражає широкого кола розладів. Вони можуть бути (у порядку зменшення частоти їхньої зустрічальності) слуховими, тактильними, зоровими, нюховими або смаковими. Слухові галюцинації зустрічаються при токсичному або епілептичному психозі, шизофренії, короткочасному психотичному розладі, манії, меланхолії, ПТСР, дисоціативному розладі ідентичності чи дуже важких особистісних розладах, крім інших.

Візуальні галюцинації також можуть супроводжувати багато цих розладів плюс деперсоналізаційний розлад (відчуття перебування позатіла). Тактильні галюцинації (негативні та позитивні) особливо часто зустрічаються при посттравматичній та дисоціативній психопатології. Нюхові та смакові галюцинації теж мають посттравматичну та дисоціативну природу, але можуть бути і органічного походження.

- *Бред,* зустрічається при токсичному або епілептичному психозі, шизофренії, короткочасному психотичному розладі, манії, меланхолії,

маячнотурозладіабо дуже тяжких особистіснихрозладах (тимчасово) та багатьохіншихдіагнозах. Деяківидибреду поєднуються з галюцинаціями. Галюцинації з переслідуючими голосами можутьпризводити до маренняпереслідування. Галюцинуванняголосвоїх думок можепризводити до бредупередачі думок на відстані.Негативна галюцинаціяпочуттянереальності та чужорідностіможепризводити до марення про позаземнепоходження. Соматичнігалюцинаціїможутьпризводити до бреду зараження і т.д [26; 35].

-*Амнезія*. Вона типова для органічнихстанів, але також часто зустрічається при ПТСР, дисоціативнихрозладах і при прикордонномуособистіснотурозладі (тимчасово).

- *Деперсоналізація/дереалізація*. Це, звичайно ж, саме по собірозлад, але як симптомиможеускладнюватишизофренію, тяжкудепресію, ПТСР, панічні атаки, дисоціативнийрозладідентичності та тяжкіособистіснірозлади (тимчасово).

- *Суїцидальні думки, поведінка, спроби*. Вони відносяться до типовихнеспецифічнихсимптомів, установок і поведінки, тобтоможутьзустрічатися при різнихрозладах на різнихетапахвідповідно до більшостіпсиходинамічних і біологічнихлітературнихджерел. Суїцидальнийризик повинен бути ретельнооціненийпід час роботи з будь-якимпацієнтом, незалежновід «первинногодіагнозу» абопервинногозапиту на лікування. Крім того, суб'єктивнийдосвідсуїцидальних думок абоповедінкиможе сильно змінюватись в рамках історії одного пацієнта, в ході його життяаболікування, і вінзавжди повинен розглядатися як один ізосновнихфакторівризикусуїцидальнихспроб. Нижче наведено

деякі рекомендації щодо клінічної оцінки суїцидального ризику (у різних клінічних умовах).

- Наявність суїцидальних чи гоміцидальних думок, намірів, планів.
- Наявність доступу до засобів самогубства та здатність цих засобів викликати летальний кінець.
- Наявність психотичних симптомів, особливо імперативних галюцинацій.
- Наявність суїцидальних або гоміцидальних субособистостей при дисоціативному розладі ідентичності.
- Відмінність між суїцидальними спробами та парасуїцидальними за тортурами (особливо щодо самоушкодження).
- Зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами.
- Анамнез та тяжкість попередніх спроб самоушкодження.
- Сімейна історія суїциду чи недавні спробу суїциду.
- Відсутність достатньої підтримки у вигляді відносинабо з боку соціальних служб.

Симптоми можуть вказувати на певний розлад, але психодинамічного терапевта також цікавить, яку роль ці симптоми відіграють для пацієнта у контексті його життєвої історії. Симптоми нагадують діагноз, але вони ще можуть розповісти історію. Вони є виразом того, як людина властиво справляється зі своїми переживаннями. Вони мають тимчасовий аспект: чому саме зараз? І як це пов'язано з минулим та майбутнім пацієнта?

Віковий контекст. Навіть у дорослих віковий аспект симптомів тісно пов'язані з особистісними характеристиками.

Депресія може переживатися літньою жінкою зовсім інакше, ніж жінкою в 30 і,

відповідно, може вимагати іншого терапевтичного підходу. При формулюванні випадку та плануванні лікування необхідно враховувати вікові відмінності порядку історії пацієнта, важливими подіями в його житті та відносинах, а також із соціальним, емоційним та культурним контекстом [26; 35].

Тимчасові аспекти поточного стану. Чому симптоми з'явилися саме зараз і що вони означають? Існує наступний прийом: потрібно поставити питання про найперший і найважчий прояв: якщо людина відчуває депресію, коли вона відчула таку ж депресію вперше? Це найважча депресія за все життя? Цей прийом можна застосовувати також до думок та міжособистісних конфліктів. Чи пам'ятає людина, коли вперше спантеличилася цим питанням? Чи був він колись спантеличений цим більше, ніж зараз? Коли він вперше потрапив у ситуацію міжособистісного подібного конфлікту? Чи був це щесерйозніший конфлікт? *Біמודальні симптоми.* Буває так, що симптоми, які були присутні в певний період часу в минулому, відновлюються в теперішньому. Що їх запускає? Це може бути будь-яка «незавершена тема» (фіксація) у минулому пацієнта, яка була реактивована внаслідок стресу чи якихось особливих подій — регресія до точки фіксації, особливо якщо ці події символічно пов'язані з первісною темою.

Міжособистісне функціонування. Дитяче ім'я пацієнта — це середовище, в якому виплавляються його моделі відносин, чи то «об'єктивний факт», чи особисте сприйняття пацієнта. Простий спосіб з'ясувати, як пацієнт суб'єктивно сприймає свої моделі відносин, — це поцікавитися, у яких відносинах він був/знаходиться з матір'ю та батьком і в чому він схожий на

них. Спочатку у ряді випадків йдеться про «несхожості». У такому разі варто продовжити пошук ідентифікацій,

оскільки клінічно найбільш значущі ідентифікації, як правило, викликають у пацієнта жаль.

Коморбідність — співіснування двох та/або більше синдромів (трансіндромальна) або захворювань (транснозологічна) у одного пацієнта, які патогенетично взаємопов'язані між собою або збігаються за часом. PDM-2 не вважає, що наявність множинних симптомів обов'язково представляє собою коморбідність між декількома психічними розладами. Найчастіше вони є виразами одного основного складного порушення психічного функціонування. Симптоми кожної людини, незважаючи на загальні риси з аналогічними патернами в інших людей, унікальні. Клінічні ілюстрації кожного разу справі цього розділу є прикладом специфічних внутрішніх переживань деяких пацієнтів. Вони не є остаточним і вичерпним списком. У ряді випадків результати досліджень підтверджують спостереження. У інших, внаслідок відсутності емпіричних досліджень на тему, PDM-2 спиралися на клінічний досвід кваліфікованих терапевтів. Наприклад, клінічний досвід переконав прийняти як «діагноз» комплексний ПТСР [31; 35].

Підхід PDM-2 також включає розгляд біологічних факторів, що впливають на деякі стани, і може сприяти глибокому вивченню біологічних кореляцій та складних взаємодій між психологічними та біологічними факторами в ряді різних психічних розладів. На погляд PDM-2, психіка та мозок перебувають у діалогічному зв'язку.

В таблиці 1.1. представлено огляд Осі S, перераховано розділи та підрозділи різних станів.

Таблиця 1.1.

Симптоматичні патерни у дорослих: суб'єктивні переживання - Вісь S

<p>S1 Переважно психотичні розлади <i>S11 Короткочасний психотичний розлад (істеричний психоз, бредовий поліморфний спалах)</i> <i>S12 Бредовий розлад (справжня параноя)</i> <i>S13 Шизотипічний розлад (проста шизофренія, резидуальна шизофренія)</i> <i>S14 Шизофренія та шизоафективний розлад</i></p>
<p>S2 Розлади настрою <i>S21 Хронічний депресивний розлад (дистимія)</i> <i>S22 Великий депресивний розлад</i> <i>S23 Циклотимічний розлад</i> <i>S24 Біполярний розлад</i> <i>S25 Афективні розлади у матерів</i></p>
<p>S3 Розлади, пов'язані насамперед із тривогою <i>S31 Тривожний розлад</i> <i>S31.1 Специфічні фобії</i> <i>S31.2 Соціальна фобія</i> <i>S31.3 Агорафобія та панічний розлад</i> <i>S31.4 Генералізований тривожний розлад</i> <i>S32 Обсесивно-компульсивні та супутні розлади</i> <i>S32.1 Obsесивно-компульсивний розлад</i> <i>S32.2 Тілесний дисморфічний розлад (дисморфофобія)</i> <i>S32.3 Патологічне накопичення</i> <i>S32.4 Трихотілломанія та екскоріації</i></p>
<p>S4 Розлади, пов'язані з певними подіями чи стресом <i>S41 Розлади, пов'язані з травмою або стресом</i> <i>S41.1 Розлади адаптації</i> <i>S41.2 Гострий та посттравматичний стресовий розлад</i> <i>S41.3 Складний посттравматичний стресовий розлад</i> <i>S42 Дисоціативні розлади</i> <i>S42.1 Синдром деперсоналізації/дереалізації</i> <i>S42.2 Дисоціативна амнезія ± фуга</i> <i>S42.3 Дисоціативний розлад ідентичності та інший</i></p>

<p>дисоціативний розлад - I S43 Конверсійний розлад</p>
<p>S5 Соматоформні та супутні розлади S51 Соматоформний розлад S52 Тривожний розлад, пов'язаний із захворюваннями (іпохондрія) S53 Імітований розлад</p>
<p>S6 Розлади зі специфічними симптомами S61 Розлад харчової поведінки S62 Розлади сну S63 Сексуальні дисфункції S64 Розлад сексуальної переваги (парафілії) S65 Дизруптивні розлади, порушення контролю за імпульсами та поведінкою</p>
<p>S7 Розлади, пов'язані з адикцією та іншими патологічними станами S71 Адикції S71.1 Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин S71.2 Поведінкові адикції (схильність до азартних ігор, інтернет-залежність, сексуальна залежність) S72 Психічні розлади, пов'язані з іншими патологічними станами S72.1 ВІЛ-асоційований нейрокогнітивний розлад</p>
<p>Психологічні переживання, за яких може знадобитися терапевтична допомога SApp1 Демографічна меншість SApp1.1 Етнічна та культурна меншість SApp1.2 Мовна меншість SApp1.3 Релігійна меншість SApp1.4 Політична меншість SApp2 Лесбійки, геї та бісексуали SApp3 Гендерна невідповідність</p>

1.2. Диференційно-ретроспективний аналіз стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу

Хоча сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склалися остаточно до 1980 року, проте інформація про вплив травматичних переживань фіксувалася протягом століть. Розлади, що розвиваються внаслідок пережитої катастрофи (на відміну від «звичайних» психогенних станів), описувалися та діагностувалися і раніше. Так, ще в 1867 р. J. E. Etichseno публікував роботу «Залізнична та інші травми нервової системи», в якій описав психічні розлади в осіб, які пережили аварії на залізниці.

У 1888 р. Н. Oppenheim увів у практику широко відомий діагноз "травматичний невроз", в рамках якого описав багатосимптомів сучасного ПТСР. На особливу увагу заслуговують роботи швейцарського дослідника E. Stierlin, які стали основою всієї сучасної психіатрії катастроф. Багато робіт,

присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження з'явилися у зв'язку з Першою світовою війною (1914–1918). Є. Краєрлін, характеризуючи травматичний невроз, вперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні, що посилюються з часом, розлади. Пізніше Майєрс в роботі «Артилерійський шок у Франції 1914–1919» визначив відмінності між неврологічним розладом «контузії від розриву снаряда» та «снарядним шоком». Контузія, викликана розривом снаряда, розглядалася як неврологічний стан, спричинений фізичною травмою, тоді як «снарядний шок» Майєрс розглядав як психічний стан, спричинений сильним стресом. Реакції, обумовлені участю у бойових діях, стали предметом широких досліджень у ході Другої світової війни. Це явище у різних авторів називалося по-різному: "військова автома", "бойове виснаження", "військовий невроз", "посттравматичний невроз". У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардінер назвав це явище "хронічним військовим неврозом" і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій. Відштовхуючись від ідей Фрейда, він запроваджує поняття «центрального фізичного невроза», який, на його думку, спричиняє порушення низки особистісних функцій, що забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. Їм вперше було дано комплексний опис симптоматики: 1) збудливість та дратівливість; 2) нестримний

тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах події, що травмувала; 4) ухилення від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій.

Подібні типи розладів спостерігали у в'язнів концентраційних таборів та в'їськовополонених. У 1980 р. М. Горовиць запропонував виділити цей стан в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше – для МКХ-10, де ПТСР скорочено описано у рубриці F 44.88.

Згідно МКХ-10 слідом за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що призводить до патологічних змін особистості комбатантів, часткової або повної їх дезадаптації в умовах мирного часу [26; 29].

Дослідження ПТСР-синдрому у 1980-х рр. стали ще ширшими. В цілях розвитку та уточнення різних аспектів ПТСР у США були виконані численні дослідження. Серед них виділяються роботи Егендорфа і співавторами та Боуландера і співавторами. Перша з них присвячена порівняльному аналізу особливостей адаптаційного процесу у в'єтнамських ветеранів та їх ровесників, що не воювали, а друга – вивченню особливостей відстроченої реакції на стрес у того самого контингенту. Результати цих досліджень не втратили свою важливість досі. Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в

колективній двотомній монографії «Травма та її слід», де поряд з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться результати вивчення наслідків стресу у жертв геноциду, інших трагічних подій чи насильства над особистістю. У 1988 р. була також опублікована загальнонаціональних ретестових досліджень різних спектрів післявоєнної адаптації ветеранів в'єтнамської війни. Ці роботи дозволили уточнити багато питань, пов'язаних з природою та діагностикою ПТСР [1; 31; 7].

Початок систематичних досліджень постстресових станів, спричинених переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50-60-х років минулого століття. Число робіт з наслідків катастроф, які виявляють наявність ПТСР набагато менше, ніж кількість досліджень, проведених з ветеранами бойової дії. Можна навести дані двох спеціально організованих досліджень, завдання яких було встановлення представленості ПТСР серед жертв урагану та повені [73; 74].

Новий інтерес до цієї проблеми виник у вітчизняній психіатрії у зв'язку з військовими конфліктами, природними та техногенними катастрофами, що спіткали нашу країну останні десятиліття. Особливо тяжкими за наслідками були аварія на Чорнобильській АЕС (1986 р) та початок російської військової агресії (2014 р).

1.2.1.

Експлікація діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу

Як вже згадувалося, після аналізу численних спостережень та досліджень ветеранів війни у В'єтнамі посттравматичний стресовий розлад (post traumatic stress disorder) було включено до DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1994 р. у США введено нову, четверту редакцію - DSM-IV (DSM-IV, 1994). Донедавна діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма групи тривожних розладів існував лише у США. Однак у 1995 р. це розлад та його діагностичні критерії з DSM були введені і до десятої редакції Міжнародного класифікатора хвороб МКХ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах (МКХ-10, 1995).

Згідно з МКБ-10 слідом за травмуючими подіями, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичне стресове

розлад (ПТСР). Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як втрата близької людини, що сталася через природні причини, важка хронічна хвороба, втрата роботи чи сімейний конфлікт. До стресорів, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, відносяться такі події, які здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини: стихійні лиха, техногенні катастрофи, а також події, що є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойовідії, потрапляння в «ситуацію заручника», руйнування власного будинку, тощо) [1; 26].

ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це насамперед ситуації, коли людина сама пережила загрозу власному життю, смерть чи поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування у травматичній ситуації, а можуть виникнути через багатороків – у цьому особлива каверзність посттравматичного стресового розладу. Описано випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР виявилися через сорок років після закінчення військових дій (Ромек та ін., 2004). Відповідно до особливостей прояву та перебігу розрізняють три підвиди посттравматичних стресових розладів: 1. Гострий, що розвивається у строки до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту); 2. Хронічне, що має тривалість понад три місяці; 3. Відстрочене, коли розлад виник через шість і більше місяців після травмування. Нині низка зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постстресових порушень ще од

нією категорією – посттравматичними особистісними розладами (або РТРС – posttraumatic personality disorder), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається протягом усього життя людини, що пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити незабутній відбиток у душі людини та призвести до патологічної трансформації всієї її особистості.

Критерії ПТСР у МКБ-10 визначені таким чином:

А. Хворий повинен бути схильний до впливу стресорної події або ситуації (як короткому, так і тривалому) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивіда.

Б. Стійкі спогади або «оживлення» стресора у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або повторне переживання горя при впливі ситуацій, що нагадують або асоціюються зі стресором.

В. Хворий повинен виявляти фактичне уникнення чи прагнення уникнути причин, що нагадують чи асоціюються зі стресором.

Г. Будь-яке з двох: Психогенна амнезія, або часткова, або повна щодо важливих аспектів періоду дії стресора. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості чи збудливості (не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з наступних:

а) утруднення засинання чи збереження сну;

б) дратівливість чи спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспання;

д) посилений рефлекс чотиригорбки.

За рідкісними винятками, відповідність критеріям б), в) і г) настає в межах шести місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії. У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»), симптом уникнення та симптом фізіологічної гіперактивності.

Критерії посттравматичного стресового розладу по DSM-IV:

A. Індивід знаходився під впливом травмуючої події, причому повинні виконуватися обидва наведені нижче пункти:

1. Індивід був учасником, свідком чи зіткнувся з подією (подіями), якій включають смерть, або загрозу смерті, або загрозу серйозних ушкоджень, або небезпеку фізичної цілісності інших (чисвоєї).
2. Реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

B. Травматична подія наполегливо повторюється у переживанні одним (або більше) з таких способів:

1. Повторюване та нав'язливе відтворення події, що відповідають образів, думок та сприйнятів, що викликає важкі емоційні переживання.
2. Тяжкі сні, що повторюються, про подію.
3. Такі дії чи відчуття, якби травматична подія відбувалася знову (включає відчуття «пожвавлення» досвіду, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди – флешбек-ефекти, у тому числі ті, які з'являються в стані інтоксикації або у просонному стані).

4. Інтенсивнітяжкіпереживання, якібуливикликанізовнішньоюабовнутрішньоюситуацією, щонагадує про травматичніподіїабосимволізуєїх.

5. Фізіологічнареактивність у ситуаціях, якізовнічивнутрішньосимволізуютьаспектитравматичноїподії.

С. Постійнеуникненнястимулів, пов'язаних з травмою, та «заціпиніння» (numbing)– блокуванняемоційнихреакцій (не спостерігалось до травми).

Визначається занаявностітрьох (абобільше) з наведенихнижчеособливостей.

1. Зусиллящодоуникнення думок, почуттівчирозмов, пов'язанихіз травмою.
2. Зусиллящодоуникненнядій, місцьчи людей, якіпробуджуютьспогади про травму.
3. Нездатністьзгадати важливіаспектитравми (психогеннаамнезія).
4. Помітнозниженийінтересчищо у ранішезначимих видах діяльності.
5. Почуттявідстороненостічиотделейности з інших людей.
6. Зниженавираженістьафекту (нездатність, наприклад, до почуттялюбові).
7. Почуттявідсутностіперспективи у майбутньому (наприклад, відсутністьочікуваньщодокар'єри, одруження, народженнядітей, життя на довгі роки).

Д. Постійнісимптомизростаючогозбудження (які не спостерігалися до травми).

Визначаються за наявностіпринаймнідвох з переліченихнижчесимптомів:

1. Проблеми іззасипаннямчипоганий сон (ранніпробудження).
2. Дратівливістьчиспалахигніву.
3. Труднощіізсосередженнямуваги.
4. Підвищенийрівеньнастороженості, надпильність, стан

постійного очікування на загрозу.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

Е. Тривалість перебігу розладу (симптоми в умовах В, С та D) більша ніж 1 місяць.

Ф. Розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

У DSM-IV бойова стресова реакція, що виступає там під назвою гострої реакції на стрес, діагностується на основі набору симптомів, які описані в літературі, присвяченій гострим реакціям на травму. Тому не дивно, що те, що називається гострою реакцією на стрес, може виступати у різних формах, оскільки спирається на досі ще не цілком певні критерії. Зв'язок, який навмисно встановлює DSM-IV між гострою реакцією на стрес і ПТСР, ілюструється, по-перше, загальним для обох розладів визначенням стресора. Крім того, при гострому розладі тривалість від не менше двох днів – але не більше чотирьох тижнів протягом місяця після травми повинні присутні деякі типові для ПТСР симптоми, як то: повторне переживання травматичної події, уникнення стимулів, що маюТЬ якийсь зв'язок із травмою, підвищена психологічна збудливість та порушення звичайного функціонування пацієнта. Коротше кажучи, протягом першого місяця після травми гострий стресовий розлад можна не відрізнитися від ПТСР, який виявлятиметься через місяць після неї. Виняток становить критерій Б, який припускає, що в час травми або одразу після неї у пацієнта спостерігаються якраз дисоціативні симптоми. Очевидно, саме ця реакція деперсоналізації, стан «оглушеності», відчуження від навколишніх

умов або амнезія та відрізняє гостру реакцію на травму від стану, що спостерігається пізніше за ПТСР [26; 31; 1].

Діагностика хронічної зміни особистості після екстремальної переживання ситуації у МКБ-10 передбачає відповідність стану наступним критеріям:

1) анамнестичні відомості про появу виражених та стійких змін у сприйнятті, мисленні та відношенні індивіда до себе та оточуючих після перенесеної ним екстремальної ситуації;

2) зміни особистості носять виражений характер, супроводжуючись ригідним і неадекватною поведінкою, що виявляється щонайменше у двох із наступних симптомів: а) стійке вороже або недовірливе ставлення до навколишнього при відсутності такої установки до потрапляння в екстремальну ситуацію; б) соціальна ізоляція (уникнення контакту з людьми, крім небагатьох рідних, що живуть разом), необумовлена якимось психічним, у т. ч. афективним розладом; в) стійке почуття внутрішньої порожнечі та/або безнадійності (не обмежується окресленим епізодом афективного розладу і відсутнє до екстремальної ситуації), яке може бути викликано підвищеною залежністю від інших, нездатністю висловити негативні або агресивні емоції та стійким депресивним афектом без вказівки на наявність депресивного розладу перед екстремальною ситуацією; г) стійке відчуття нервозності або безпричинної загрози, що виявляється у підвищеній пильності та дратівливості за відсутності раніше таких рис; стан хронічної внутрішньої напруги та

почуття загрози може поєднуватися зі схильністю до

зловживання психоактивними речовинами;

д) стійке почуття власної ізмінності чи іншості в порівнянні з іншими людьми (відчуження), це почуття може поєднуватися з відчуттям емоційної оглушеності;

3)

зміни особистості мають наслідком чітке зниження соціального функціонування або суб'єктивне страждання та негативний вплив на близьких;

4) зміни особистості виступають після екстремальної ситуації, в анамнезі відсутні дані про порушення розвитку, психопатичні риси або акцентуації в дитячому, підлітковому та дорослому періоді, які могли б пояснити актуальний стан;

5) зміни особистості існують протягом не менше двох років, вони не пов'язані з епізодами інших психічних захворювань (за винятком посттравматичного стресового розладу) і не можуть бути пояснені органічним ураженням мозку.

Цьому хронічному стану може передувати посттравматичний стресовий розлад, їх симптоми можуть перекривати один одного, являючи собою перехід посттравматичного стресового розладу у хронічну форму. В цьому разі діагноз хронічної зміни особистості може бути виставлений лише за відповідно до стану наведених вище критеріям протягом не менше двох років після існування посттравматичного стресового розладу не меншою тривалістю [1; 31]. Більш інтенсивною та тривалістю виявляється реакція на людський стресор (наприклад, зґвалтування), ніж на природну катастрофу (наприклад, повінь).

1.2.2. Концептуальні моделі посттравматичного стресового розладу

В результаті багаторічних досліджень розроблено кілька теоретичних моделей, серед яких можна виділити: психодинамічний, когнітивний, психосоціальний та психобіологічний підходи та розроблену в останні роки мультифакторну теорію ПТСР. До психологічних моделей можна віднести психодинамічні, когнітивні та психосоціальні моделі. Вони були розроблені в ході аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормальної життя. Дослідження показали, що існує тісний зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, способами подолання стану посттравматичного стресу (усунення та усіяке уникнення будь-яких нагадувань про травму, зануреність у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти до групи взаємодопомоги і т. д.) та успішністю наступної адаптації. Було встановлено, що, можливо, найефективнішими є дві стратегії:

- 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію в цілях його аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми;

2) усвідомлення носієм травматичного досвіду значення травматичної події.

Перша з цих стратегій була використана при розробці психодинамічних моделей, що описують процес розвитку ПТСР-синдрому та виходу з нього як пошуку оптимального співвідношення між патологічною фіксацією на ситуації, що травмує та її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадок про травму, її витіснення зі свідомості («інкапсуляція травми»), безумовно, є найбільш адекватною в гострому періоду, допомагаючи подолати наслідки раптової травми. При розвитку посттравматичних станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною мовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмуючої ситуації на значущу частину буття суб'єкта. Відповідно до психодинамічного підходу травма призводить до порушення процесу символізації. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцисичний конфлікт. Він запроваджує поняття стимульного бар'єру. Внаслідок інтенсивного аботривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на самого суб'єкта. Фіксація на травмі – це спроба контролю. У сучасній класичній психодинамічній моделі як наслідки травми розглядаються: регрес до оральної стадії розвитку, усунення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизація Я-ідентифікація з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Над-Я», деструктивні зміни Я-ідеалу. Вважається, що травма – це тригерний механізм, який актуалізує дитячі конфлікти [26; 29; 31].

У рамках когнітивної моделі травматичної події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і себе. Патологічна реакція на стрес - неадаптивна відповідь на знецінення цих базових уявлень. Ці уявлення формуються під час онтогенезу, пов'язані з задоволенням потреби у безпеці та становлять Я-теорію. У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії. Хоча колапс Я-теорії – це неадаптивне слідство стресової дії, він сам по собі може бути адаптивним, тому що надає можливість більш ефективної реорганізації Я-системи. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, догляд, дисоціацію, постійне відігравання травми. Причина неадаптивного подолання травми лежить у негнучкості, некоригованості когнітивних схем. Дана модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез та симптоматику розладу, оскільки враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і фактори поведінки [1; 31]. У рамках психофізіологічної моделі відповідь на травму – результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена температурою. Згідно з сучасними даними при стресовому впливі зростає оборот норадреналіну, що призводить до зростання рівня плазмічного катехоламіну, до зниження в головному мозку рівня норадреналіну, дофаміну, серотоніну, до зростання рівня ацетилхоліну, виникнення болю за спокійного ефекту, опосередкованого ендогенними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіну та падіння рівня дофаміну в мозку корелюють зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів, є центральним у синдромі відповіді на стрес.

Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендогенними опіоїдами, може призводити до виникнення опіоїдної залежності та пошуків ситуацій, схожих на травмуючу. Зниження серотоніну пригнічує роботу системи, що пригнічує продовження поведінки, що призводить до генералізації умовної реакції на пов'язані з початковим стрессором стимули. Пригнічення функціонування гіпокампу може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід. Недолік цих моделей у тому, що більшість досліджень було проведено на тваринах чи в лабораторних умовах. Вони також не враховують залежності психофізіологічної відповіді від когнітивного опосередкування, яке було показано ще в досліджах Лазаруса [1; 75; 31].

Інформаційна модель, розроблена Горовицем (Horowitz, 1998), є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної та психофізіологічної моделей. Стрес - це маса внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами. Відбувається інформаційне навантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості в несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі, але, відповідно до тенденції до завершення, часом травматична інформація стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід інтегровано, травма більше не зберігається в активному стані. Біологічний фактор як і психологічний, включений у цю динаміку. Феномен такого роду реагування - це нормальна реакція на шокуючу інформацію. Ненормальні дуже інтенсивні реакції, що не є

адаптивними, блокують опрацювання інформації та вбудовування її в когнітивні схеми індивіда. Ця модель недостатньо диференційована, внаслідок чого не дозволяє враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах. Зрештою, значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих для успішного подолання ПТСР, відображено у моделях, що отримали назву психосоціальних. Згідно з психосоціальним підходом, модель реагування на травму є багатофакторною, і необхідно врахувати вагу кожного фактора у розвитку реакції на стрес. В основі її лежить модель Горовиця, але автори та прихильники моделі наголошують також на необхідності враховувати фактори навколишнього середовища:

фактор соціальної підтримки, стигматизації, демографічний фактор, культурні особливості, додаткові стреси. Ця модель має недоліки інформаційної моделі, але введення факторів довіклля дозволяє виявити індивідуальні відмінності. Було виділено основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, наявність соціальної підтримки з боку суспільства та особливо групи близьких людей. При цьому останній чинник є значимим [74; 73].

1.2.3. Екзистенційно-онтологічні типи посттравматичногостресового розладу

Вирізняють кілька типів ПТСР (Волошин, 2002).

Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно забарвленому афективному тлі переживанням, не рідше за кілька разів на добу, мимовільних, з відтінком нав'язливості, уявлень, що відбивають психотравматичну ситуацію. Характерна дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засипанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість та тривалість сну, страхом перед болісними сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, найчастіше розправив із самими пацієнтами). Хворі часто навмисно відсують настання сну і засинають лише під ранок. Характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з почуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або припливами жару.

Хворі самотійно звертаються за допомогою, і хоча домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, прагнуть спілкування, будь-якої цілеспрямованої діяльності, одержуючи полегшення від активності [1; 73].

Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою знижений, з'являється байдужість до тих, хто раніше цікавив подій у житті, байдужість до проблем сім'ї та робочих питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерно переживання втрат і відчуття самотності. У свідомості домінують думки про свою неспроможність. Протягом тижня кілька разів мимоволі видаються епізоди психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, у цих випадках подання позбавлені скравості, детальності, емоційного забарвлення і визначаються хворими як «виникають у свідомості картини з відтінком нав'язливості». Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісною дрійомою, часом протягом усього дня. Унікаюча поведінка не характерна, хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самотійно звертаються за допомогою.

Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості та люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначають високий рівень агресивності, прагнення зганяти на оточуючих дратівливість і запальність. У свідомості домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин

покарання уявних кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, щодля хворих і змушує зводити свої контакти з оточуючими до мінімуму. Найчастіше вони не здатні контролювати себе і на зауваження оточуючих дають бурхливі реакції, про які згодом шкодують. Поруч із мимоволі видаються сценічного подібного характеру епізоди психотравмуючих ситуацій. Непоодинокі сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення та дратівливості, поведінка відрізняється відгородженістю. Типові у них неповідінка, замкнутість, малослівність. Активні скарги не пред'являють і потрапляють у поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, щорештуються близькими або колегами по службі.

Соматоформний тип

ПТСР характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів у області серця (54%), шлунково-кишкового тракту (36%) та голови (20%), ці розлади поєднуються із психовегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у даних хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє їм випадки позначити, як відставлений варіант ПТСР. Типово формування унікальної поведінки на тлі панічних атак, а симптоми емоційного заціпеніння та феномен флешбек зустрічаються досить рідко і не носять настільки важкого емоційного характеру. Депресивний афект представлений недиференційованою гіпотимією з виразним тривожно-

фобічними вклученнями [73; 74]. При діагностиці ПТСР першорядну роль грає виявлення травматичної події. Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив, ситуації загрози, що вимагають від індивіда екстраординарних зусиль з управління з наслідками впливу.

Висновки до першого розділу

1. У першому розділі ми розкрили актуальність проблеми дослідження, ознайомились з теоретичними, емпірично обґрунтованими та клінічно підтвердженими альтернативами профілей особистісного функціонування, як DSM та МКБ напрацьованими в галузі PDM-2, що дає системний багатомірний підхід для передачі всієї складності загального функціонування особистості від здорового до суттєвих розладів.

2. З'ясовано, що поняття здоров'я є основоположним для ідентифікації розладу, оскільки, як психічне здоров'я, так і психопатологія включають в себе безліч тонких особливостей людського функціонування (здатність до толерантності, регуляції

та вираження афекту; стратегії подолання та захисту; здатність розуміти себе та інших; якість стосунків тощо).

3. Виявлено, що у DSM та МКБ акцент робиться не стільки на функціонуванні особистості загалом, скільки на конструкторі самого розладу, а в описових психіатричних систематиках симптоми, які можуть бути етіологічно або контекстуально пов'язані, описуються як «коморбідні», а припущення про дискретні, не пов'язані між собою коморбідні стани рідко обґрунтовуються чіткими генетичними, біохімічними або нейрофізіологічними відмінностями між синдромами.

4. Визначено та диференційовано, що діагнози PDM-2 є «прототипічними», вони не засновані на ідеї, що діагностичну категорію можна точно описати як компіляцію симптомів («політетичний» діагноз), окрім цього у PDM-2 також використовуються категорії психопатології, прийняті в поширених на сьогоднішній день таксономіях, але, на відміну від DSM і МКБ, PDM-2 артикулює на суб'єктивності особистості, на внутрішньому переживанні пацієнтом свого стану, що б краще розуміти їх унікальні переживання.

5. Виявлено, що в ідентифікації діагнозів за PDM-2 використовується багатовимірний підхід передачі всієї складності загального функціонування пацієнта який конвергується в трьох Віссями (Вісся Р – особистісні синдроми; Вісся М – профіль психічного функціонування; Вісся S – симптоматичні патерни: суб'єктивне переживання) в біфуркаційну точку психічного функціонування.

6. Визначено, що основними організуючими принципами Віссі Р (особистісні синдроми) є рівень організації особистості (спектр функціонування від здорового рівня через невротичний і пограничний до психотичного) і стиль, або патерн, особистості (тобто клінічно розпізнаються типи, які перетинають рівні організації особистості).

7. Другий вимір визначається Віссю М (профілем загального психічного функціонування) тобто здібностей, які характеризують загальне психологічне здоров'я або патологію: ідентифікується внутрішнє психічне життя, а також систематизовані і операціоналізовані такі здатності, як обробка інформації; регуляція імпульсів; розуміння власних психічних станів та станів інших людей; побудова та збереження стосунків; переживання, вираження та розуміння різних емоцій; регуляція самооцінки; використання стратегій подолання та захисту; адаптація та резильєнтність; створення внутрішніх цінностей та осмислення особистого досвіду.

8. Третій вимір визначається Віссю S (симптоматичні патерни: суб'єктивні переживання), що діагностуються на основі категорій DSM та МКБ – афективні стани, когнітивні процеси, соматичні стани та патерни відносин, характерних для даних категорій. Вісь S розкриває симптоматичні патерни з погляду найбільш поширених суб'єктивних переживань пацієнтами своїх труднощів.

9. Визначено психологічні моделі ПТСР – психодинамічні, когнітивні та психосоціальні моделі, в основі розробки яких лежать основні закономірності процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя, що відображає зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, способами подолання посттравматичного стресу (уникнення будь-яких нагадувань про травму, зануреність у роботу, алкоголь, наркотики, тощо) та успішністю реадaptaції. Було встановлено, що, можливо, найефективнішими є дві стратегії: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми; 2) усвідомлення носієм травматичного досвіду значення травматичної події.

10. В рамках психодинамічної моделі, що описує розвиток ПТСР-синдрому акцент робиться на виході з ПТСР-синдрому, як пошук оптимального

співвідношення між патологічною фіксацією на травмуючу ситуацію, та її повним витісненням зі свідомості. Окрім цього вважається, що стратегія уникнення згадок про травму, її витіснення зі свідомості (інкапсуляція травми) є найбільш адекватною гострому періоду. При розвитку пост стресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції в внутрішнього світу людини, перетворення травмуючої ситуації на значну частину буття суб'єкта, лібідозна енергія зміщується на самого суб'єкта, а фіксація на травмі – це спроба контролю. У сучасній класичній психодинамічній моделі як наслідки травми розглядаються: регрес до оральної стадії розвитку, усунення лібідо з об'єкта на Я, ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизація Я, ідентифікація з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Над-Я», деструктивні зміни Я-ідеалу. Вважається, що травма – це тригерний механізм, який актуалізує дитячі конфлікти.

11. У рамках когнітивної моделі травматичні події кваліфікуються як потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Патологічна реакція на стрес – неадаптивна відповідь на знецінення цих базових уявлень. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, дисоціацію, постійне відігравання травми. Причина неадаптивного подолання травми полягає у негнучкості, некоригованості когнітивних схем. У рамках психофізіологічної моделі відповідь на травму – результат тривалих фізіологічних змін, а варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментальними особливостями.

12. Визначено кілька типів ПТСР, а саме тривожний тип, що характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно забарвлених афективних переживаннях, не рідше за кілька разів на добу,

мимовільних, з відтінком нав'язливості, щовідбивають психотравматичну ситуацію. Характерно дисфоричне забарвлення настрою з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засипанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан.

13. Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою знижений, з'являється байдужість до тих, хто раніше цікавив подій у житті, байдужість до проблем сім'ї та робочих питань. Поведінка відрізняється пасивністю, характерно переживання втрат і відчуття самотності. У свідомості домінують думки про свою неспроможність. Протягом тижня кілька разів мимоволі видаються епізоди психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, у цих випадках подання позбавлені скравості, детальності, емоційного забарвлення і визначаються хворими як «виникають у свідомості картини з відтінком нав'язливості». Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісною дрімою, часом протягом усього дня. Унікальна поведінка нехарактерна, хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самотійно звертаються за допомогою.

14. Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості та люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначають високий рівень агресивності, прагнення зганяти на оточуючих дратівливість і запальність. У свідомості домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання у вигляді кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, щопри чому хворі і змушені зводити свої контакти з оточуючими до мінімуму. Найчастіше вони не здатні контролювати себе і на зауваження оточуючих дають бурхливі реакції, про які згодом шкодують.

Поруч із мимоволі видаються сцені подібного характеру епізоди психотравмуючих ситуацій. Непоодинокі сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення та дратівливості, поведінка відрізняється відгородженим. Типові уникнення поведінки, замкнутість, малослівність. Активно скарги не пред'являють і потрапляють у поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, щораз зустрічаються близькими або колегами по службі.

15. Соматоформний тип ПТСР характеризується масивними соматоформними розладами з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів у області серця (54%), шлунково-кишкового тракту (36%) та голови (20%), ці розлади поєднуються із психовегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у даних хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, що дозволяє їм визначити, як відставлений варіант ПТСР. Типово формування унікальної поведінки на тлі панічних атак, а симптоми емоційного заціпеніння та феномену флешбек зустрічаються досить рідко і неносять настільки важкого емоційного характеру. Депресивний афект представлений недиференційованою гіпотимією з виразними тривожно-фобічними вклученнями.

РОЗДІЛ II. КОНСТАТУВАЛЬНО-ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРФЕРЕНЦІЙНОЇ КАРТИНИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження

Метою емпіричної частини нашого дослідження було обґрунтування емпірично-діагностичного моніторингу загальногорівня організації особистості в внутрішньопереміщених осіб в континуумі від здорового рівня організації – до пограничного артикулювання індивідуального (психопатологічного) профілю психічного функціонування особистості, тригерованих симптоматичними патернами суб'єктивних переживань досліджуваних респондентів.

Досягнення мети дослідження стало можливим шляхом перевірки провідної гіпотези про те, що у внутрішньопереміщених осіб тригеруються (конвергенцією стресових факторів та індивідуальної психології) специфічні способи організації психологічних симптомів (симптоматичні патерни суб'єктивних переживань – вимірювання за Віссю S), індукуючи траєкторію розвитку (на етапі постеріорного зрізу фіксуються прояви психічного функціонування (здатності – вимірювання за Віссю M)) спорадичного особистісного розладу, як реакції на поточний стресовий стан, екстраполюючись у релевантному ступені дисфункції – здорового/невротичного/пограничного рівня організації особистості (вимірювання за Віссю P).

Загалом, наукове дослідження здійснювалося протягом року і складалося з декількох етапів.

На першому етапі дипломного дослідження відбулося виокремлення проблеми, вивчення теоретичних напрацювань з окремих аспектів теми дослідження, ознайомлення з сучасним станом загальногорівня організації особистості ВПО. Також, акцент робився на емпіричному обґрунтуванні та клінічно підтверджених альтернативних профілей особистісного функціонування, як DSM та МКБ напрацьованими в

галузі PDM-2, що дає системний багатомірний підхід для передачі всієї складності загального функціонування особистості від здорового до суттєвих розладів, а саме континуум від здорового рівня організації - до пограничного профілю психічного функціонування особистості, результатом чого стала постановка мети, визначення завдань та формулювання провідної робочої гіпотези.

Другим етапом дипломного дослідження було проведення емпіричного дослідження, експериментальна база якого складала 40 респондентів, ранньої та середньої дорослості, віком від 32 до 48 років (9 чоловіків та 31 жінка). З метою емпіричного дослідження особливостей загального рівня організації особистості вnutрішньо переміщених осіб в континуумі від здорового рівня організації – до пограничного конститування індивідуального (психопатологічного) профілю психічного функціонування особистості тригерованих симптоматичними патернами суб'єктивних переживань досліджуваних респондентів застосовувалися наступні методики:

1. Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних);
2. Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу;
3. Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R);
4. Шкала оцінки основних психічних функцій (Вісь М) та рівнів психічного функціонування (Вісь Р): психодинамічної діагностичної моделі PDM-2"

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу ми використали для оцінки ймовірності ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це не психотична відстрочена реакція на травматичний стрес (такий як природні та техногенні катастрофи, бойовідії, тортури, зґвалтування та ін.), здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

Цей опитувальник входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Дві позитивні відповіді респондента свідчать про наявність підпорогових ознак ПТСР (розладу адаптації); три позитивні відповіді потребують поглибленого обстеження респондента на предмет ПТСР; чотири і більше позитивні відповіді вказують на ймовірність ПТСР.

Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних) спрямована на дослідження оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій. В даний час вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Як показали дослідження, Місісіпська шкала (МШ) володіє необхідними психометричними властивостями, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», що спонукало дослідників до розробки варіанту Місісіпської шкали для цивільних, який складався з 39 питань. Психометричні дані, отримані на 668 цивільних особах, де було показано, що розроблена цивільна форма МШ володіє високою внутрішньою узгодженістю (0,86), хоча і дещо нижчою, ніж військовий варіант (0,94). Цивільний варіант МШ використовували в дослідженні психіатричних пацієнтів, в якому були показані сензитивність 87% і специфічність 63% при діагностуванні траватизованих суб'єктів [Hovens J., van der Ploeg M., 1993].

Шкала складається з 39 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Вміщені в опитувальнику пункти входять в 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів втрати, 11 - уникнення і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності.

Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідуального травматичного досвіду. Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони правильні для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал). Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травматичного досвіду на людину.

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

Шкала SCL-90-R містить 90 пунктів, і її призначення полягає в тому, щоб оцінювати патерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів та здорових осіб. Методика, призначена для визначення поточного статусу та передбачає вивчення ступеня дискомфорту, завданого тим чи іншими симптомами, незалежно від цього, наскільки вони у реальності. Кожне з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім ні», а 4 — «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються та інтерпретуються за 9 основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації (Somatization SOM), obsесивності - компульсивності (Obsessive-Compulsive O-C), депресії (Depression – DEP), тривожності (Anxiety ANX), ворожості (Hostility HOS), фобічної тривожності (Phobic Anxiety – PHOB),

міжособистісної чутливості (Interpersonal Sensitivity - INT), параноїдальних тенденцій Paranoid Ideation (PAR), психотизму Psychoticism (PSY) і за 3 узагальненими шкалами другого порядку: загальний індекс сважкості (GST), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальна кількість твердих відповідей (PST). Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість гнучкіше оцінювати психопатологічний статус респондента.

Соматизація (Somatization - SOM) - порушення, які відображають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладу є також головні болі, інші болі та дискомфорт загальної мускулатури та на додаток – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми та ознаки можуть вказувати на наявність розладу, хоча вони можуть бути проявом реальних соматичних захворювань.

Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive - O-C) відображає симптоми, які сильно тождні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок, імпульсів та дії, які переживаються індивідом як безперервні, непереборні та чужі «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Міжособистісна чутливість (Interpersonal Sensitivity - INT) даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Самозасудження, почуття занепокоєння та помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками по INT повідомляють про загострені почуття свідомлення власного Я і

негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії та будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Депресія (Depression – DEP) симптоми цього розладу відбивають широку сферу проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та афекту, такі як ознаки відсутності інтересу до життя, нестача мотивації та втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії.

Тривожність (Anxiety - ANX) складається з низки симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруження та тремтіння, а також напади паніки та відчуття насильства. Як ознаки тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху і деякі соматичні кореляти тривожності.

Ворожість (Hostility - HOS) включає думки, почуття чидії, що є проявами негативного афективного стану агресії. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів та обурення.

Фобічна тривожність (Phobic Anxiety – PHOB) визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти чи ситуації, що характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникнення поведінки. Пункти, що стосуються представлено розладу, спрямовані на найбільш патогномічні та руйнівні прояви фобічної поведінки. Дійсна структура розладу знаходиться в близькій відповідності з дефініцією, яка називається агора-фобія (Marks, 1969), названою також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації (Roth, 1959).

Параноїальні симптоми (Paranoid Ideation - PAR) представляє параноїальну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрливості, пихатості, страху

втратинезалежності, ілюзіїрозглядаються як основніознакицьогорозладу, і вибірпитаньорієнтований на представленістьцихознак.

Психотизм (Psychoticism - PSY) у шкалу психотизмувключеніпитання, щовказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптомишизофренії, такі як галюцинаціїабослуханняголосів. Шкала психотизму є градуїованим континуумом відм'якоїміжособистісноїізоляції до очевиднихдоказівпсихотизму.

Додатковіпитання. Сімпитань, щовходять до SCL, не підпадаютьпіджодневизначеннясимптоматичнихрозладів; цісимптоמידійсно є показчикамидеякихрозладів, але не належать до жодного з них. Хоча в цьомусенсіприсутністьдодатковихпитаньпорушуєоднезістатистичнихкритеріїв для включення в тест, але все ж таки вони увійшли до нього, оскільки є клінічноважливими. Додатковіпитанняберуть участь у спільнійобробці SCL і використовуються «конфігурально». Так, наприклад, високізначення DEP у поєднанні з раннімранковимпробудженням і поганим апетитомозначаютьінший стан, відміннийвід тих же значень DEP без цихсимптомів. У тому сенсінаявність «почуттяпровини» є важливимклінічниміндикатором, якийнадаєнеобхіднуінформаціюклініцистам. Додатковіпитання не поєднаніміж собою як окремийрозлад, а беруть участь у загальнійобробці тесту.

Загальнийіндекстяжкостісимптомів (GST) є найкращиміндикатором поточного стану та глибинирозладу, і його слідвикористовувати в більшостівипадків, де потрібенузагальненийодиничнийпоказник. GSI є комбінацієюінформації про кількістьсимптомів і інтенсивністьдистресу, щопереживається.

Індексготівкового симптоматичного дистресу (PTSD) є виключноміроюінтенсивності стану, щовідповідаєкількостісимптомів. Цейпоказникпрацює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чипосилюєчиприменшуєвипробуванийсимптоматичнийдистрес у відповідях

Загальна кількість твердих відповідей (PST) - просто підрахунок числа симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, - тобто кількість тверджень, для яких випробуваний відзначає хоча якийсь рівень вищезнульового.

Для отримання результату за базовими шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять до цієї шкали, тобто. скласти бали з питань, що входять до шкали, і розділити суму на їх кількість. Якщо з якихось питань було отримано відповідей, їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань якоїсь шкали, результати не можуть вважатися достовірними. Результат за шкалою GSI вважається середнє арифметичне значення всього тесту, тобто. сума балів усіх питань, поділена на 90. PST дорівнює просто кількості питань, куди дано неоприцательні відповіді. PSDI - середня тяжкість симптомів, що пред'являються, вчислюється як розподіл загального бала всього тесту на значення PST. Таким чином, при PST=90, GSI і PSDI дорівнюють один одному, чим менше значення PST, тим більше буде різниця між ними.

Шкала оцінки основних психічних функцій (Вісь М) та рівнів психічного функціонування (Вісь Р): психодинамічної діагностичної моделі PDM-2"

За класифікаційною психодинамічною парадигмою діагностичної моделі PDM-2 ідентифікація тяжкості розладу, особистісні синдроми (ступінь дисфункції особистості – від здорового / невротичного/пограничного/ психотичного рівнів організації особистості) - (Вісь Р) здійснюється шляхом оцінки базових психічних функцій – (здатностей) – (за Віссю М) операціоналізаційно апроксимуючись у біфуркаційну точку епістемологічно автентифікуючи ступінь дисфункції особистості в інтерференційній картині індивідуального профілю психічного функціонування особистості шляхом екстраполяції релевантних базових психічних здатностей, індикацією профілів психічного функціонування, у досліджуваних ВПО-

респондентів чоловіків та жінок. Автентифікація особистісних синдромів та профілів психічного функціонування здійснювалась в описово-апроксимуючому підході класифікаційної психодинамічної парадигми діагностичної моделі PDM-2.

Отже, профілі психічного функціонування операціоналізаційно апроксимуються наступними базовими психічними здатностями:

1. Здатність до регуляції, уваги та навчання; 2. Здатність до переживання, передачі та розуміння афектів; 3. Здатність до менталізації та рефлексивного функціонування; 4. Здатність до диференціації та інтеграції (ідентичність); 5. Здатність до відносин та близькості; 6. Здатність до регуляції самооцінки та якостей внутрішнього досвіду; 7. Здатність контролювати та регулювати імпульси; 8. Здатність до захисного функціонування; 9. Здатність до адаптації, резилентності та стабільності; 10. Здатність до самостереження (психологічна розумність); 11. Здатність створювати та використовувати внутрішні стандарти та ідеали; 12. Здатність до свідомості та цілеспрямованості.

Щоб отримати загальну оцінку психічного функціонування пацієнта, фахівцю треба сумувати оцінки (від 5 до 1), отримані за кожною здатністю (Див. Додаток А1), отримавши єдиний чисельний індекс загального функціонування від 12 до 60. Це дозволить умовно помістити пацієнта в одну з категорій, описаних у таблиці, що містить короткий якісний опис семи рівнів психічного функціонування (Див. Додаток А1). Схематично рівень психічного здоров'я відповідає М01, невротичний рівень – М02 та М03, прикордонний – М04, М05 та М06 (від високого до низького, від помірних порушень до значних дефектів) та психотичний - М07.

Вимірювання Вісі S (симптоматичних патернів: суб'єктивних переживань) інтегровані з системами DSM-5 та МКБ-10), забезпечувалась «Опитувальником виразності психопатологічної симптоматики

(SCL-90-R)», «Місісіпською шкалою оцінювання посттравматичного стресового розладу», «Опитувальником для скринінгу посттравматичного стресового розладу.

2.2. Результати

**діагностичного дослідження загального рівня організації особистості внутрь
ьопереміщених осіб**

2.2.1. Ідентифікація посттравматичного стресового розладу серед досліджуваних ВПО-респондентів

Для ідентифікації посттравматичного стресового розладу ми використовували «Шкалу скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)», серед досліджуваних респондентів, які були диференційовані за критерієм статі (9 досліджуваних респондентів – чоловічої та 31 респондентка – жіночої статі). Дана шкала розроблена на основі сучасної нормативної бази і дозволяє оперативновстановлювати ознаки посттравматичних стресових розладів у респондентів.

Перевагами цієї методики є: 1. Зміст питань відповідає критеріям DSM-V. 2. Адаптованість до вітчизняного мовного соціокультурного середовища. 3. Здійснена процедура верифікації. 4. Задовольняє існуючу потребу в психологічному експрес-інструментарії для роботи зі значною кількістю осіб. 5. Є простим, зручним для використання психологічним інструментарієм в умовах, обмежених часом, в польових умовах та ін. 6. Дозволяє проводити психодіагностику як з цивільними особами, так і з військовослужбовцями.

Сумарна ідентифікація показників наявності розладу адаптації продемонстрована на рис. 2.1.

РІВНІ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ	Суми балів
Низький (норма)	< 40
Знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів)	41–78
Середній (невротичні розлади)	79–117
Підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження)	> 118

Рис. 2.1. Сумарна ідентифікація показників наявності розладу адаптації

Результати

Ідентифікація показників наявності посттравматичного стресового розладу серед досліджуваних респондентів за критерієм статі представлено на рис. 2.2.

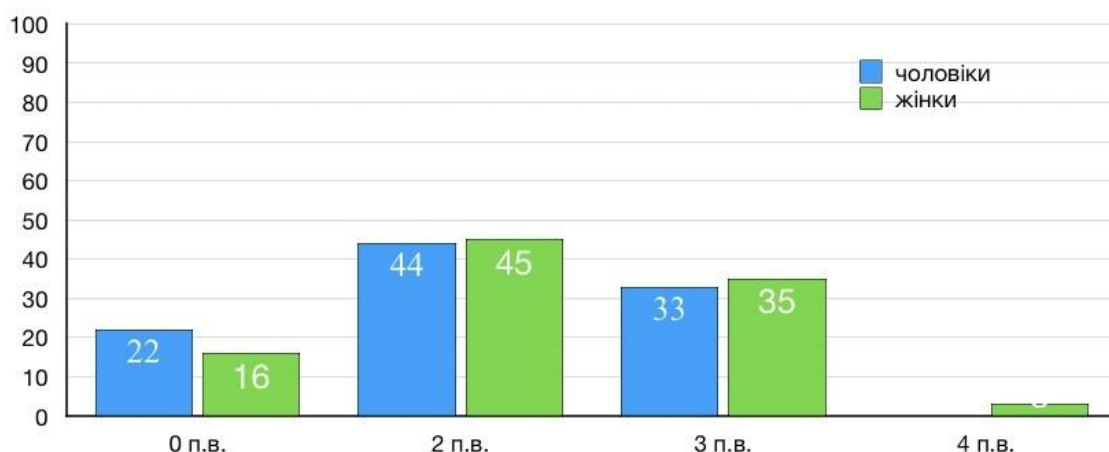


Рис. 2.2.

Ідентифікація показників наявності посттравматичного стресового розладу серед досліджуваних респондентів за критерієм статі

(у %)

Як видно, з аналізу відсоткового співвідношення інформативних параметрів ідентифікації показників наявності посттравматичного стресового розладу, серед сукупної вибірки респондентів за критерієм статі виявлено, що у

найбільшої кількості респондентів наявні розлади адаптації з проявами підпорогових ознак ПТСР майже з однаковим рівнем розподілу відсоткових даних серед двох субвбірок - у 45% досліджуваних жіночої статі та у 44% досліджуваних чоловічої статі.

Також, майже з однаковим розподілом відсоткових даних, у досить великій кількості респондентів, а саме у 35% досліджуваних респонденток жіночої статі та 33% респондентів чоловічої - діагностовано суттєві розлади адаптації, які, також, кваліфікуються як підпорогові ознаки ПТСР, але потребують більш поглибленого обстеження на предмет ПТСР, а саме диференціювати діагноз та встановити вид ПТСР (гострий - (з'являється в перші дні після стресової ситуації з яскраво вираженою симптоматикою протягом 2-3 місяців); хронічний - (характеризується поступовим наростанням ознак патології, астенизацією нервової системи, зміною характеру та інтересів тощо); деформативний - (діагностується у пацієнтів з довгостроковим перебігом хронічного розладу психіки, перманентний прогрес якого призводить до стійкого формування невротів, тривожності); відстрочений - (характеризується тим, що клінічна картина стає явною через 3-6 місяців після травматичної події)) і тип ПТСР (тривожний - (часті напади, які проявляються на тлі перманентного перенапруження); астеничний - (нервова система виснажена, втрачається інтерес до життя); дистрофічний - (замкнутість, ізольованість, людина уникає соціуму, часто з'являється невмотивована агресія); соматоформний - (проявляється на тлі відстроченого ПТСР, супроводжується соматичними розладами в роботі серцево-судинної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту)).

Проте, у 22% респондентів чоловічої статі та 16% жіночої відсутні наявні ознаки ПТСР.

І тільки, у 3% респонденток жіночої статі наявні виражені ознаки ПТСР, що потребує детального диференційованого обстеження ПТСР, проте у субвибірці чоловічої статі даний показник не ідентифікований взагалі.

Таким чином, з відсоткового розподілу апостеріорних даних можна зазначити, що наявність посттравматичного стресового розладу, серед досліджуваних респондентів жіночої та чоловічої статей, незначно, але превалює у субвибірці жінок.

2.2.2. Ідентифікація

ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів

Наступним кроком нашого дослідження було визначення ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій (ПТСР) у досліджуваних респондентів за допомогою Місісіпської шкали (МШ) оцінювання ПТСР (для цивільних). МШ в даний час є одним з широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Як показали дослідження, МШ має необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», що спонукало дослідників до розробки варіанта МШ для цивільних і який широко використовується у дослідженні психіатричних пацієнтів [68].

Інформативні показники даної шкали дозволяють відстежити кількісну характеристику ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних респондентів чоловічої та жіночої статей. Апостеріорні результати ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації з диференцією субвбірок за критерієм статі представлені на рис. 2.3. та рис. 2.4.



Рис. 2.3. Ідентифікація ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів жінок (у %)

Як бачимо з результатів відсоткового розподілу даних, серед субвибірки респонденток жіночої статі (див. рис.2.3.), у найбільшій кількості - 55% досліджувані діагностовано середній рівень розладу адаптації, що проявляється середнім ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого для якого характерна наявність невротичних розладів - депресивних, істеричних, фобічних та obsесивно-компульсивних.

Також, досить високий відсотковий розподіл діагностовано у жінок по зниженому рівню розладу адаптації (у 35% респонденток), що проявляється у низькому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до середнього для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів .

Серед незначної кількості респонденток жінок – 7%, виявлено низький рівень розладу адаптації з дуже низьким ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій, які зрідка можуть проявлятися в латентній формі і кваліфікуються категорією «норми». І тільки у 3% досліджуваних респонденток жінок діагностований підвищений рівень розладу адаптації, що проявляється у високому ступені вираженості

посттравматичних стресових реакцій, для якого характерна трансіндромальна коморбідність (співіснування двох та/або більше синдромів) або прояви транснозологічної коморбідності (у поєднанні з захворюваннями) і потребує необхідного кваліфікованого лікарського обстеження.

Апостеріорні результати ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації серед досліджуваних респондентів чоловічої статі представлено на рис. 2.4.

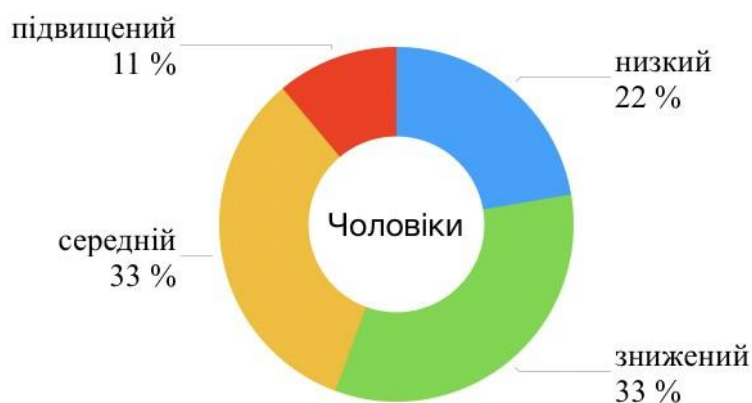


Рис. 2.4. Ідентифікація ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів чоловіків (у %)

Як бачимо з інформативних параметрів діагностовано однаковий розподілу відсоткових даних серед чоловіків за двома рівнями розладу адаптації – за *середнім рівнем* (у 33% респондентів), який характеризується *середнім ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого* з наявними невротичними розладами - депресивними, істеричними, фобічними та obsесивно-компульсивними; та за *зниженим рівнем розладу адаптації*, також діагностовано у 33% досліджуваних чоловіків, що проявляється у *низькому ступені вираженості посттравматичних стресових*

реакцій з тенденцією до середнього для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів.

Низький рівень розладу адаптації з дуже низьким ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій, які зрідка можуть проявлятися в латентній формі і кваліфікуються категорією «норми» виявлено у 22% респондентів-чоловіків. І ще нижчий відсотковий показник, тільки у 11% респондентів діагностований підвищений рівень розладу адаптації, що проявляється у високому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій, для якого характерна трансіндромальна коморбідність (співіснування двох та/або більше синдромів) або прояви трансонологічної коморбідності (у поєднанні з захворюваннями) і потребує необхідного кваліфікованого лікарського обстеження.

Порівняльна індикація ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів чоловічої та жіночої статі, з врахування нерівномірного розподілу субвибірок за чисельною кількістю (у %), представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Порівняльна індикація ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів чоловіків та жінок (у %)

№	Рівні розладу адаптації	Чоловіки (n =9)	Жінки (n =31)
1.	Низький («норма») – (ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій дуже низький, зрідка можуть проявлятися в латентній формі).	22 (n=2)	7 (n=2)
2.	Знижений – (низький ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до середнього для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів).	33 (n=3)	35% (n=11)
3.	Середній – (середній ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого з наявними невротичними розладами - депресивними, істеричними, фобічними та obsесивно-компульсивними).	33 (n=3)	55 (n=17)
4.	Підвищений – (високий ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій, для якого характерна трансіндромальна коморбідність (співіснування двох та/або більше синдромів) або прояви трансонологічної коморбідності (у поєднанні з захворюваннями)).	11 (n=1)	3 (n=1)

Як бачимо з розподілу інформативних даних, переважна більшість респонденток жіночої статі в більшості своїй, страждають на розлади адаптації і в більшому ступені – це середній рівень розладу адаптації з проявами середнього ступіню вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого з наявними невротичними розладами - депресивними, істеричними, фобічними та obsесивно-компульсивними, чоловіків з цим рівнем адаптації суттєво менше – (у 55%, n=17), на відміну від чоловіків, яких значно менше діагностовано по середньому рівню розладу адаптації – (33%, n=3).

Також, відмінності у розподілі відсоткових даних діагностованих рівнів розладу адаптації серед субвбірок чоловічої і жіночої статі, спостерігаються і за зниженим рівнем розладу адаптації серед яких переважають жінки – (у 35% респонденток), ніж чоловіки у яких був виявлений цей рівень розладу адаптації – (33 % (n=3)) респондентів.

Проте, еквівалентний розподіл даних серед двох субвбірок респондентів виявлений за двома полярними рівнями розладу адаптації, а саме: низький рівень розладу адаптації з дуже низьким ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій, які зрідка можуть проявлятися в латентній формі і кваліфікуються категорією «норми» зустрічається серед респонденток жінок – у 7% з n=2, та у 22% респондентів-чоловіків, також з (n=2). І, також, рівнозначний розподіл даних діагностовано за підвищеним рівнем розладу адаптації, який зустрічається тільки у 3% досліджуваних респонденток жінок з (n=1) та в 11% респондентів чоловіків, також (з n=1).

Таким чином, апостеріорні результати емпіричного дослідження демонструють чітке переважання двох рівнів розладу адаптації в обох субвбірках респондентів – і у чоловіків, і у жінок, а саме: знижений рівень розладу адаптації (що проявляється у низькому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до середнього для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів) та середній

рівень розладу адаптації (що проявляється середнім ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого для якого характерна наявність невротичних розладів - депресивних, істеричних, фобічних та obsесивно-компульсивних).

2.2.3. Індикація рівнів вираженості психопатологічного статусу та симптоматичних розладів за SCL-90-R, як операціоналізованих патернів за Віссю S класифікаційної системи PDM-2 у досліджуваних ВПО-респондентів

Наступним кроком нашого дослідження було виявлення показників рівнів вираженості психопатологічного статусу та симптоматичних розладів досліджуваних респондентів-ВПО за допомогою опитувальника SCL-90-R, як операціоналізованих патернів за Віссю S класифікаційної системи PDM-2.

Результати індикації рівнів вираженості симптоматичних розладів серед досліджуваних респондентів з диференціацією сукупної вибірки на субвибірки за віковим критерієм, представлено на рис. 2.5.

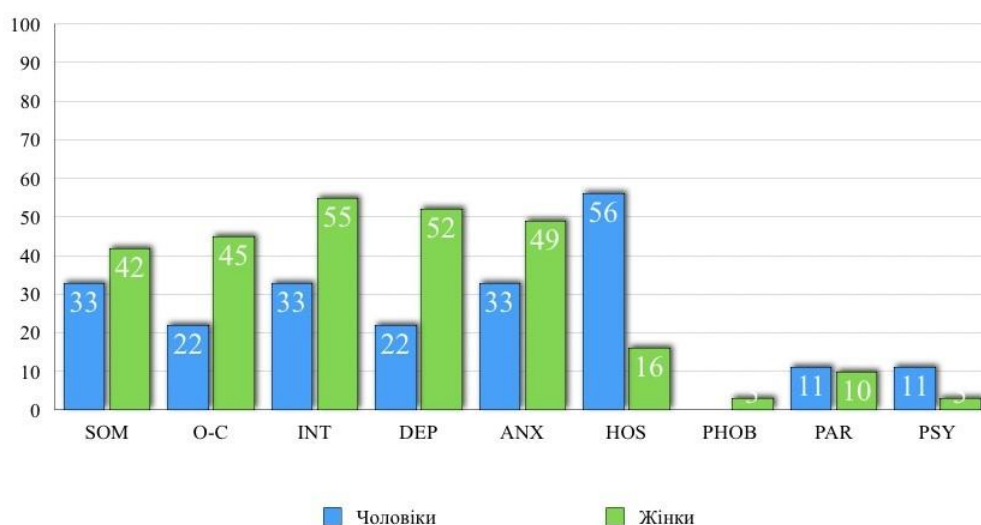


Рис. 2.5. Індикація рівнів вираженості симптоматичних розладів за SCL-90-R серед досліджуваних респондентів-ВПО за критерієм статі

(y %)

Як бачимо з інформативних параметрів відсоткового співвідношення даних було встановлено, що серед сукупної вибірки досліджуваних ВПО-респондентів найбільшу виразність мають наступні шкали. Серед найбільшої кількості жінок - у 55% (n=14) респонденток, діагностується симптоматичний розлад за шкалою (InterpersonalSensitivity - INT) – *міжособистісної сензитивності*, таким досліджуваним характерно почуття особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими; самозасудження, почуття занепокоєння та помітний дискомфорт у процесі міжособистісної інтеракції. Окрім цього, такі респонденти мають загострене почуття усвідомлення власного Я та експектації негативних очікувань щодо міжособистісних інтеракцій та комунікацій з іншими людьми.

Також, у досить великої кількості респонденток, більше ніж у половини досліджуваних, діагностуються симптоми депресії, що індуковані за шкалою (Depression – DEP) – *депресії* – у 52% (n=16). Для таких респонденток характерні симптоми широкої сфери проявів клінічної депресії – від симптомів дисфорії та афекту до ознак відсутності цікавості до життя, дефіциту мотивації та втрати життєвої енергії з проявами почуття безнадійності, думок про суїцид та інших когнітивних та соматичних корелятів депресії.

У дещо меншій кількості досліджуваних жінок, але ж, все одно, цей рівень сягає майже половини – 49% (n=15) респонденток індукований *тривожний розлад* (Anxiety ANX), який конвергується з низки симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності – лабільна безпредметна тривога з відчуттям перманентної загрози, з характерними ознаками посиленої нервозності, напруженості та тремтіння, та з нападами панічних атак. Окрім цього, наявний тривожний розлад втягає когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху і деякі соматичні кореляти тривожності.

Незначно, у дещо меншій кількості досліджуваних респонденток діагностовано *обсесивно-компульсивний розлад* (Obsessive-Compulsive O-C) – (45%, (n=14)), який проявляється у надмірній стурбованості порядком, увагою до деталей, перфекціонізмом, особистісним контролем та потребою контролювати власне середовище. Також, у досліджуваних респондентів проявляється, ритуалістична (компульсивна) поведінка, що характеризується потребою в організації, накопиченні непотрібних речей тощо. Але відмінністю є власне ставлення людини до подібної поведінки — людина з *обсесивно-компульсивним неврозом* виконує компульсивні дії не за власним бажанням, а для нівелювання тривоги, тоді як людина з розладом особистості вважає їх раціональними та правильними.

Порушення, які відображають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції та індукується симптомами *соматизації* - (Somatization SOM) діагностовано у 42% досліджуваних респонденток (n=18). Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладу є також головні болі та інші болі і загальний м'язевий дискомфорт загальної мускулатури – соматичні еквіваленти тривожності.

Найменшу виразність прояву, серед досліджуваних респонденток жінок, мають низька діагностованих шкал. Шкала *ворожості* (Hostility HOS) діагностовано у 16% (n=5) респонденток, що характеризується думками, почуттям чи дією, що є проявами негативного афективного стану агресії.

Окрім цього, у надзвичайно малої кількості респонденток діагностовано наявність параноїдальних тенденцій *ParanoidIdeation* (PAR) – у 10% (n=3) досліджуваних; що характеризується проявами параноїдальної поведінки як виду порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрливості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як базові ознаки цього розладу.

І, у найменшій кількості респонденток, з еквівалентним розподілом, діагностовано *фобічні тривожні розлади* (Phobic Anxiety – PNOB) – всього у 3% жінок, (n=1). Слід зауважити, що фобічний розлад визначається стійкою реакцією страху на певних людей, або місця, об'єкти, чи ситуації, що характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що призводить до унікаючої поведінки.

І, виражені ознаки психотизму, діагностовано, також, у 3% (n=1) досліджуваних респонденток – Psychoticism (PSY), які вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як орові та слухові галюцинації. Ця шкала, психотизму є ранжованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних ознак психотизму.

Інформативні параметри відсоткового співвідношення даних серед сукупної вибірки досліджуваних ВПО-респондентів чоловічої статі демонструє найбільшу виразність наступних шкал: *шкала ворожості* (Hostility HOS) діагностована у більше половини досліджуваних респондентів-чоловіків – (56%) досліджуваних (з n=5); за шкалою *соматизації* (Somatization SOM) діагностується 33% (з n=3) досліджуваних респондентів-чоловіків. За шкалою міжособистісна сенситивність (Interpersonal Sensitivity - INT), зустрічається, також, у 33% (з n=3) досліджуваних респондентів чоловіків; і розлади тривожності (Anxiety ANX) виявлені у 33% досліджуваних респондентів (з n=3). Меншу виразність, серед досліджуваних чоловіків, діагностовано за шкалами : *обсесивно-компульсивного розладу* (Obsessive-Compulsive O-C) - 22% (n=2).

Окрім цього, за шкалою депресії (Depression – DEP), також діагностуються 22% (з n=2) досліджуваних респондентів.

Еквівалентний розподіл виявлений серед досліджуваних респондентів-чоловіків з параноїдальними тенденціями - Paranoid Ideation (PAR) – у 11% (з n=1) та з наявними ознаками психотизму Psychoticism (PSY) – у 11% (n=1).

Таблиця 2.2.

**Індикація рівнів вираженості симптоматичних розладів за SCL-90-R
серед досліджуваних респондентів-ВПО**

Шкала	COM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOP	PAR	PSY
Стать									
Чоловіки	33% (n=3)	22% (n=2)	33% (n=3)	22% (n=2)	33% (n=3)	56% (n=5)	0	11% (n=1)	11% (n=1)
Жінки	42% (n=13)	45% (n=14)	55% (n=14)	52% (n=16)	49% (n=15)	16% (n=5)	3% (n=1)	10% (n=3)	3% (n=1)

Аналіз індикації поточного стану та глибини розладу є загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), який є комбінацією інформації про кількість симптомів та інтенсивність дистресу, що переживається суб'єктом (див. рис. 2.6.).

Як бачимо, індекс GSI має збільшену виразність у 49% (з n=15) жінок та у 33% (з n=3) чоловіків.

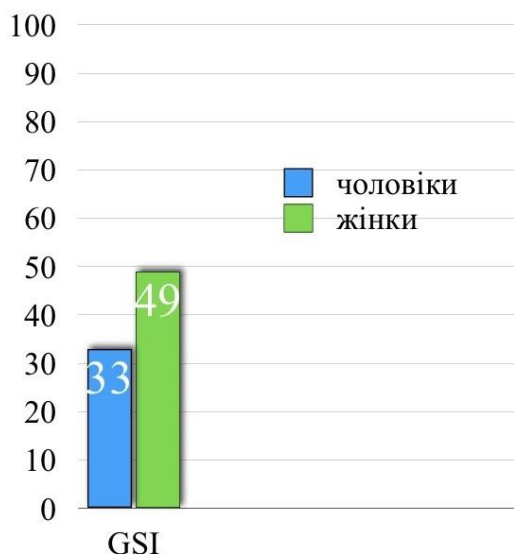


Рис.2.6. Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI) серед досліджуваних респондентів-ВПО (жінок та чоловіків) (у %)

Усі діагностовані за допомогою опитувальника SCL-90-R психологічні симптоми у досліджуваних респондентів-ВПО абсолютно корелюють з класифікаційною системою PDM-2 Вісь S (див. Таблицю 1.2.) S41 Розлади, пов'язані з травмою та стресом:

S41.1 Розлади адаптації. Розлади адаптації називалися тимчасовими ситуаційними порушеннями в МКХ-7, -8 та -9, а також у DSM-2. Діагноз «розлади адаптації» охоплює широкий спектр дезадаптивних реакцій на психологічний стрес, гострий, хронічний або повторюваний. Такі реакції вважаються розладами адаптації, якщо вони виникають протягом трьох місяців після стресу та тривають не більше шести місяців. Вони можуть бути відповіддю на такі проблеми, як хвороба або зміни в сім'ї, або на такі віхи розвитку, як статева дозрівання, вступ до коледжу чи на військову службу, шлюб, зміна роботи, вихід на пенсію або розвиток нових інтересів. Розлади адаптації описуються у зв'язку з афектом тривоги, депресією, порушенням поведінки, фізичними скаргами,

усуненням,

порушеннями навчальної чи професійної діяльності чи поєднанням кількох факторів.

S41.2 Гострий та посттравматичний стресовий розлад. Термін ПТСР сьогодні настільки широко застосовується до наслідків різних психічних та фізичних травм, що деякі критики вважають, що він втратив свою однозначність. Інші твердять, що в міру того, як він став ширше визначатись і розумітись, його справжнє значення і у вищій ступеня суб'єктивної природи було втрачено. Іншими словами, сучасне суспільство тепер приймає таке явище і навіть очікує виникнення ПТСР у відповідь на широкий спектр травматичних переживань, але не розуміє, наскільки травмовані люди покалічені і змінені і наскільки важко оволодіти відповідною психічною травмою такого типу. Втрати чутливості та повторне переживання (критерії ПТСР D та B в DSM-5) вважаються дисоціативними симптомами, але є в якомусь сенсі протилежностями і чергуються. Дисоціативна амнезія і емоційне сплюснення найкраще розглядати як результат потужних дисоціативних захистів. Травму чаподія успішно видаляється з пам'яті, і супутній афект стирається. Амнезія та емоційне сплюснення, як правило, сильніше, ніж необхідно: багато приємних спогадів і почуттів дисоціюються разом з травматичними, роблячи людину беземоційною і позбавляючи її власної історії. Дисоціативні флешбеки та інші переживання, що повторюються, найкраще інтерпретувати як результат періодичного ослаблення дисоціативних захистів. Травма раптово виривається з дисоціативного контейнера та затоплює прийняття та емоції людини. Під час цих флешбеків можуть також вивільнитися приємні спогади та емоції, але вони, як правило, затьмарюються травмою.

У PDM-2 поряд з розладами адаптації та гострим стресовим розладом / ПТСР наводиться комплексне ПТСР, оскільки критерії для ПТСР є занадто вузькими, щоб вмістити широкий спектр посттравматичних станів — особливо станів, пов'язаних з повторюваними травмами.

S41.3 *Складний посттравматичний стресовий розлад (СПТСР)*. СПТСР було запропоновано понад два десятиліття тому, але не було включено ні в МКБ, ні в DSM. Критерії DSM-5 для ПТСР були розширені, щоб не в якій мірі врахувати цей розлад, але їх кількість залишилася незмінною. При складному посттравматичному стресовому розладі несприятливі події, що порушують оптимальний розвиток індивіда в період між народженням та дорослістю, призводять до того, що людина не може стати повноцінним дорослим, він у певному сенсі поранений і вразливий для подальшого стресу. Внаслідок цього інша назва, яка була запропонована для цього розладу, - "травма розвитку" (developmental trauma disorder). Травма розвитку порушує ідентичність людини, її самооцінку та особистість, емоційну регуляцію та саморегуляцію, здатність вступати у відносини та формувати близькість. У багатьох випадках це призводить до постійного розпаду, відсутності сенсу та кризи духовності.

СПТСР зазвичай асоціюється з історією хронічної депривації, травми та жорстокого поводження протягом дитинства. Депривація у ранньому віці порушує безпечну прихильність і призводить, як правило, до унікаючої або амбівалентної прихильності — або, у більш важких випадках, дезорганізованому/дезорієнтованому стилі прихильності, що викликає серйозну дисоціативну патологію.

2.2.4. Автентифікація особистісних синдромів та профілів психічного функціонування в дескриптивно-апроксимуючому підході за Віссю М та Віссю Р класифікаційної системи системи PDM-2 у досліджуваних ВПО-респондентів

Наступним кроком нашого дослідження було визначення індивідуального профілю психічного функціонування особистості, ідентифікація тяжкості розладу, особистісні синдроми (ступінь дисфункції особистості – від здорового

/ невротичного/пограничного/ психотичного рівнів організації особистості) - (за Віссю Р), що здійснювалося шляхом оцінки базових психічних функцій– (здатностей) – (за Віссю М) операціоналізаційно апроксимуючись у біфуркаційну точку епістемологічно автентифікуючи ступінь дисфункції особистості в інтерференційній картині індивідуального профілю психічного функціонування особистості шляхом екстраполяції релевантних базових психічних здатностей, тобто індикацією профілів психічного функціонування, у досліджуваних ВПО-респондентів чоловіків та жінок.

Автентифікація особистісних синдромів та профілів психічного функціонування здійснювалась в дескриптивно-апроксимуючому підході, за допомогою опитувальника для діагностики рівнів психічного функціонування за Віссю М та Віссю Р класифікаційної психодинамічної парадигмі діагностичної моделі PDM-2.

Апостеріорні результати діагностованих інформативних параметрів автентифікованих особистісних синдромів (за Віссю Р) та рівнів психічного функціонування (за Віссю М) операціоналізаційним апроксимуванням релевантних психічних здатностей серед досліджуваних респонденток-жінок ВПО відображені на рис. 2.7., які дозволили автентифікувати ступінь дисфункції особистості в інтерференційній картині індивідуального профілю психічного функціонування особистості.

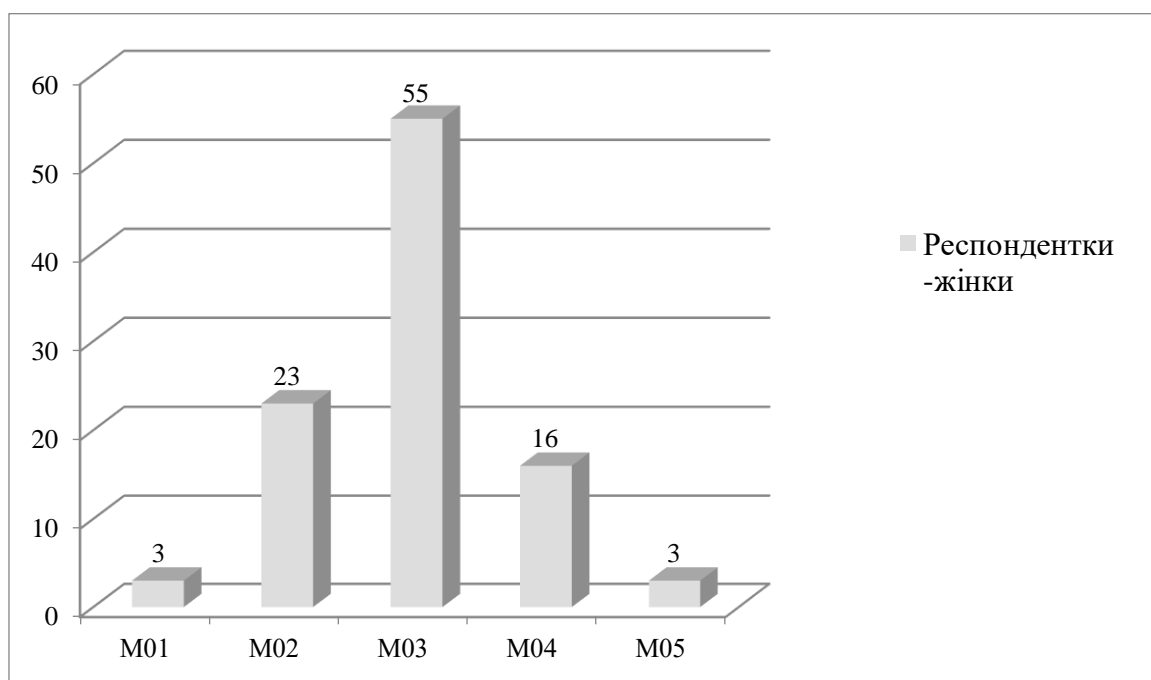


Рис. 2.7. Автентифікація особистісних синдромів (за Віссю Р) та рівнів психічного функціонування (за Віссю М) операціоналізаційним апроксимуванням релевантних психічних здатностей серед досліджуваних респонденток- жінок (у %)

Отже, як бачимо з результатів дослідження (виявлення тяжкості розладів, особистісних синдромів (спектри функціонування особистості) - (Вісь Р) здійснювалась шляхом оцінки профілів психічного функціонування – базових психічних здатностей (Вісь М) операціоналізаційно апроксимуючись у біфуркаційну точку епістемологічно автентифікуючи ступінь дисфункції особистості екстрапольованими релевантними базовими психічними здатностям, ідентифікованими профілями психічного функціонування), найвищий відсотковий розподіл психічного функціонування, у більше ніж половини досліджуваних респонденток-жінок, виявлений за рівнем M03 – (55%). Даний рівень психічного функціонування, в рамках класифікаційної психодинамічної парадигми діагностичної моделі психічних рзладів PDM-2, конгруентний *невротичному особистісному синдрому*, який характеризується проявами помірних функціональних порушень психіки, що проявляється в обмеженнях та відсутності гнучкості в певних сферах психічного функціонування з характерною ригідністю та порушеннях в таких сферах як

регуляція самооцінки, регуляція імпульсів та афектів, захисне функціонування та здатність до рефлексії та інтроспекції.

Вполовину менша кількість досліджуваних респонденток-жінок – 23% , діагностовано за рівнем *M02*, цей рівень конгруентний *невротичному особистісному синдрому*, який характеризується більш менш прийнятним рівнем психічного функціонування, з функціональними утрудненнями в декількох певних сферах, трьох або чотирьох психічних здатностях (за Віссю S) які є сенситивно-тригеруючими для конкретної особистості, також, ці труднощі можуть відображати конфлікти або проблеми, що пов'язані з конкретними життєвими ситуаціями чи подіями. Це можуть бути розлади настрою (за S2), або тривожні розлади (за S31), або obsесивно-компульсивні (за S32), чи розлади, які пов'язані з певними подіями, травмою або стресом (за S41), або соматоформні та супутні розлади (за S5) або розлади, які кваліфікуються специфічними симптомами (за S6): розлади харчової поведінки (за S61), розлади сну (за S62).

Також, виявлено, що 16% респонденток-жінок діагностовано за рівнем *M04*, цей рівень конгруентний *пограничному особистісному синдрому*, який характеризується порушеннями психічного функціонування середньої тяжкості з характерними обмеженнями психічного функціонування та відсутності гнучкості в більшості або майже в усіх сферах психічного функціонування (за Віссю S), окрім цього проявляється стійка афективна якість та стабільність відносин, почуття ідентичності з одночасно широким діапазон актуалізованих афектів. Психічне функціонування відображає значні порушення адаптації, які у психодинамічних працях кваліфікуються як «пограничний рівень функціонування», що має тенденцію до інтенсифікації з флуктуаційним переходом на два рівні функціонування психіки: *рівень M05* (даний рівень характеризується значними порушеннями та змінами в усіх сферах психічного функціонування, напр., може бути наявна тенденція до фрагментації та труднощі з диференціацією «Я» та об'єкта з симультанним обмеженням

почуттів та когніцій в основних сферах життя – любов, робота тощо); та *рівень M06* (даний рівень характеризується суттєвими дефектами в переважній більшості основних сфер психічного функціонування, а також проблемами з організацією та/або інтеграцією – диференціацією «Я» та об'єкта).

Еквівалентний розподіл відсоткового співвідношення параметричних даних серед досліджуваної вибірки респондентів-жінок ВПО діагностовано за двома *рівнями* – *M01* – виявлено тільки у 3% респондентів та *рівнем M05* – також, у 3% респонденток жінок. *Рівень M01* кваліфікується як здорове/оптимальне психічне функціонування всіх або більшості психічних здатностей (за *Віссями M* та *S*) з помірними коливаннями гнучкості та адаптації в різних контекстах (життєвих сферах, когніціях, емоційних та поведінкових патернах). *Рівень M05* кваліфікується значними порушеннями та змінами в усіх сферах психічного функціонування, з наявними тенденціями до фрагментації та труднощі з диференціацією «Я» та об'єкта з симультанним обмеженням почуттів та когніцій в основних сферах життя – любов, робота тощо.

Апостеріорні результати діагностованих інформативних параметрів автентифікованих особистісних синдромів (за *Віссю P*) та рівнів психічного функціонування (за *Віссю M*) операціоналізаційним апроксимуванням релевантних психічних здатностей серед досліджуваних респондентів-чоловіків ВПО відображені на рис. 2.8., які дозволили автентифікувати ступінь дисфункції особистості в інтерференційній картині індивідуального профілю психічного функціонування особистості.

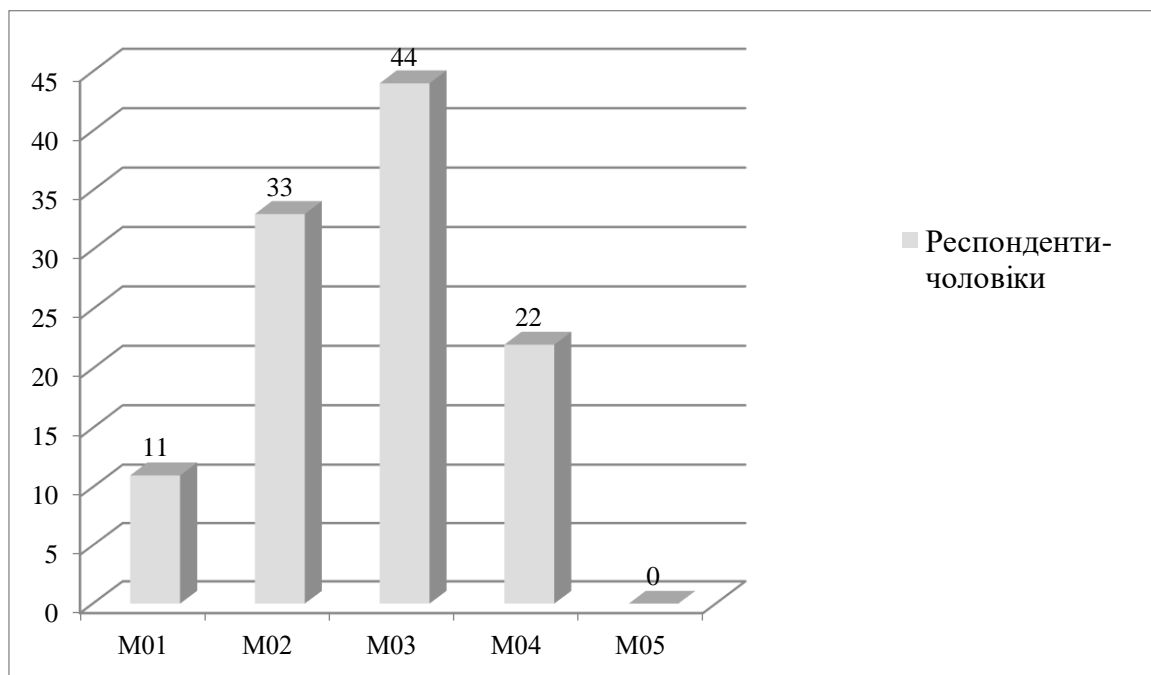


Рис. 2.8. Автентифікація особистісних синдромів (за Віссю Р) та рівнів психічного функціонування (за Віссю М) операціоналізаційним апроксимуванням релевантних психічних здатностей серед досліджуваних респондентів-чоловіків (у %)

Отже, як бачимо з результатів дослідження, виявлення тяжкості розладів (за Вісс Р), що здійснювалась шляхом оцінки профілів психічного функціонування – базових психічних здатностей (Вісь М) серед досліджуваних респондентів-чоловіків, найвищій відсотковий розподіл психічного функціонування, діагностовано за рівнем M03 – (44%), конгруентно невротичному особистісному синдрому, з характерними проявами помірних функціональних порушень психіки, серед яких наявні обмеження та відсутність гнучкості в певних сферах психічного функціонування з характерними проявами ригідності та порушеннями у сферах регуляції самооцінки, імпульсів та афектів, захисного функціонування та здатності до рефлексії та інтроспекції.

Дещо менший розподіл серед респондентів-чоловіків – (33%), діагностовано за рівнем M02, який, також, конгруентний невротичному особистісному синдрому з більш менш прийнятним рівнем психічного функціонування та функціональними утрудненнями тільки в декількох певних сферах, трьох або чотирьох психічних здатностях (за Віссю S) які є сенситивно-

тригеруючими саме для конкретної особистості, можуть відображати конфлікти або проблеми, що пов'язані з конкретними життєвими ситуаціями чи подіями. Окрім цього, в невротичний синдром за цим рівнем функціонування можуть входити будь-які розлади з спектру Віссі S, а саме: розлади настрою (за S2); тривожні розлади (за S31); obsесивно-компульсивні (за S32); розлади, які пов'язані з певними подіями, травмою або стресом (за S41); соматоформні та супутні розлади (за S5); розлади, які кваліфікуються специфічними симптомами (за S6) - розлади харчової поведінки (за S61), розлади сну (за S62).

Також, майже чверть досліджуваних респондентів, а це 22% досліджуваних чоловіків функціонують на *рівні M04*, який конгруентний *пограничному особистісному синдрому*, і характеризується порушеннями психічного функціонування середньої тяжкості з характерними обмеженнями психічного функціонування та відсутності гнучкості в більшості або майже в усіх сферах психічного функціонування (за Віссю S), і відображає значні порушення адаптації, які у психодинамічних працях кваліфікуються як «пограничний рівень функціонування», що має тенденцію до інтенсифікації з флюктуаційним переходом на два рівні функціонування психіки: *рівень M05* (даний рівень характеризується значними порушеннями та змінами в усіх сферах психічного функціонування, напр., може бути наявна тенденція до фрагментації та труднощі з диференціацією «Я» та об'єкта з симультанним обмеженням почуттів та когніцій в основних сферах життя – любов, робота тощо); та *рівень M06* (даний рівень характеризується суттєвими дефектами в переважній більшості основних сфер психічного функціонування, а також проблемами з організацією та/або інтеграцією – диференціацією «Я» та об'єкта).

І найменша кількість респондентів-чоловіків діагностовано за *рівнем функціонування – M01*, який виявлено тільки у 11% респондентів. Цей рівень кваліфікується як здорове/оптимальне психічне функціонування всіх або більшості психічних здатностей (за Віссями M та S) з помірними коливаннями

гнучкості та адаптації в різних контекстах (життєвих сферах, когніціях, емоційних та поведінкових патернах).

Проте, функціональний рівень *M05* взагалі не ідентифікований серед досліджуваних респондентів-чоловіків.

Порівняльний аналіз апостеріорних даних діагностованих інформативних параметрів автентифікованих особистісних синдромів (за Віссю Р) та рівнів психічного функціонування (за Віссю М) операціоналізаційним апроксимуванням релевантних психічних здатностей серед досліджуваних сукупної вибірки ВПО-респондентів з диференціацією за критерієм статі відображені на рис. 2.9.

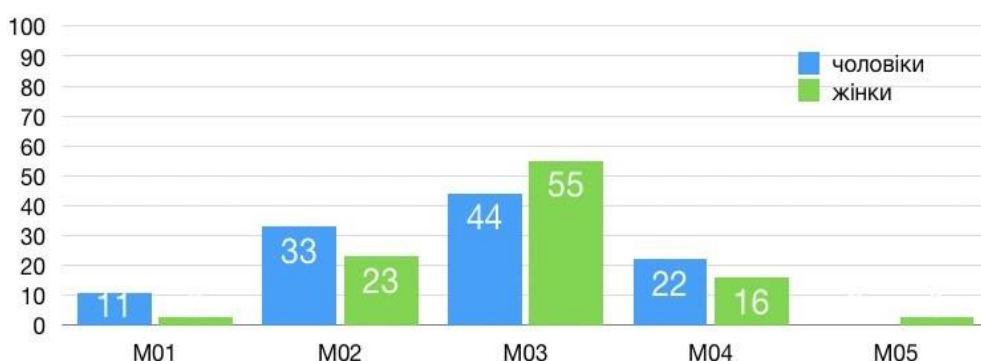


Рис. 2.9. Автентифікація особистісних синдромів (за Віссю Р) та рівнів психічного функціонування (за Віссю М) операціоналізаційним апроксимуванням релевантних психічних здатностей серед досліджуваних респонденток-ВПО- за критерієм статі (у %)

Отже, як видно з рис. 2.9. переважна більшість досліджуваних респондентів-ВПО функціонує на рівні *M03* з помірними функціональними порушеннями психіки, з обмеженнями, відсутністю гнучкості та ригідністю в певних сферах психічного функціонування – емоційній, захисній, когнітивній. Цей рівень діагностовано із значним відривом, в кількісних показниках, саме у респонденток-жінок і, зустрічається у 55% (при $n=17$), на відміну від досліджуваних респондентів-чоловіків, серед яких фігурує показник у 44% (при $n=4$). Такі респонденти, відрізняються відносною ригідністю, у стресовій

ситуації вони реагують обмеженим набором захисних механізмів та непродуктивних або відносно продуктивних копінг-стратегій. Дезадаптивні захисні патерни респондентів невротичного спектру можуть бути обмежені сферою їх конкретних труднощів. Тобто, на відміну від пацієнтів, що функціонують на пограничному рівні, які використовують захисні механізми, що суттєво спотворюють реальність (розщеплення, заперечення, проєктивна ідентифікація, всемогутній контроль, примітивна дисоціація тощо), генералізуючі на всі сфери психічного життя, то ригідні захисні механізми досліджуваних невротичного рівня психічного функціонування викривляє лише якусь одну область психічної реальності (напр., проблеми з авторитетними фігурами, а не проблеми у відносинах загалом), тобто генералізації на всі сфери психічних сфер, актуальні захисти не розповсюджуються. Окрім цього, такі респонденти здатні до рефлексії і, як правило, усвідомлюють свої перманентні труднощі. Слід зауважити, що поза сферою певних індивідуальних труднощів досліджувані невротичного рівня функціонування можуть мати задовольняючу їх роботу, зберігати добрі відносини з іншими, витримувати дисфоричні афекти, не експлоруючи імпульсивних та експансивних емоцій та дій, а також, є вмотивованими до співпраці з терапевтом та здатні формувати терапевтичний альянс.

Другий рівень психічного функціонування, у кількісному розподілі відсоткових даних, серед обох субвбірок респондентів, діагностовано за рівнем *M02*, з переважною більшістю діагностованих жінок - 23% (при $n=7$), ніж чоловіків - 33% (при $n=3$). Цей рівень, характеризується більш менш прийнятним рівнем психічного функціонування, з функціональними утрудненнями в декількох певних сферах (за Віссю S) широкого спектру функціонального прояву – розладів настрою (за S2), тривожних розладів (за S31), obsesивно-компульсивних (за S32), розладів пов'язаних з травмою або стресом (за S41), соматоформних та супутних розладів (за S5) та розладів

кваліфікованих специфічними симптомами (за S6): розлади харчової поведінки (за S61), розлади сну (за S62).

Також, відмінності між обома субвибірками досліджуваних ВПО-респондентів, спостерігаються і за діагностованим *рівнем M04* з переважною більшістю функціонуючих досліджуваних на цьому рівні – жінок – 16% (при $n=5$), на відміну від чоловіків, серед яких, хоч і фігурує показник у 22%, але з врахуванням нерівномірного розподілу кількості досліджуваних респондентів за критерієм статі у субвибірках, чоловіків функціонуючих на цьому рівні, вдвічі менше ($n=2$). Цей рівень конгруентний *пограничному особистісному синдрому*, що характеризується порушеннями психічного функціонування середньої тяжкості з характерними обмеженнями психічного функціонування та відсутності гнучкості в більшості або майже в усіх сферах психічного функціонування (за Віссю S) та має тенденцію до інтенсифікації з флукуаційним переходом на два рівні функціонування психіки: *рівень M05* (характеризується значними порушеннями та змінами в усіх сферах психічного функціонування, напр., може бути наявна тенденція до фрагментації та труднощі з диференціацією «Я» та об'єкта з симультанним обмеженням почуттів та когніцій в основних сферах життя – любов, робота тощо); та *рівень M06* (характеризується суттєвими дефектами в переважній більшості основних сфер психічного функціонування, а також проблемами з організацією та/або інтеграцією – диференціацією «Я» та об'єкта). Отже, пацієнти, що функціонують на пограничному рівні психічної організації, мають суттєві труднощі з регулюванням афекту і тому схильні до крайніх афективних спалахів, включаючи епізоди сильної тривоги, гніву та затяжної депресії. Вони, як правило, відчувають проблеми у відносинах, серйозні труднощі проявляються в сфері емоційної близькості, спостерігаються суттєві проблеми в роботі та проблеми з регуляцією імпульсів. Також, їм властива залежна форма поведінки, зловживання психоактивними речовинами та прояви різних видів адиктивної поведінки індивідуально корельованої із здатністю, саме у цього

пацієнта, нівелювати потужне напруження (азартні ігри, злочинство, переїдання, сексуальні компульсії, залежність від відео ігор та інтернету тощо). У періодистресу збільшується ризик заподіяння ними собі шкоди у вигляді членушкодження, ризикованої сексуальної поведінки, накопичення великих боргів та інших аутоагресивних дій. Подібна поведінка може відображати або відчайдушні спроби впоратися з нестерпним афектом, або нездатність регулювати імпульси, або те й інше разом. Пограничний рівень особистісної організації поділяється на вищий (ближче до межі з невротиками), куди входять пацієнти, чий загальний особистісний прояв ближче до невротичної особистісної організації, і нижчий (ближче до межі з психозами), де знаходяться пацієнти з більш вираженим дефіцитом.

I, найменша кількість респондентів обох субвибірок з еквівалентним розподілом за кількісною чисельністю діагностована за *рівнем* – *M01*, який кваліфікується здоровим/оптимальним психічним функціонуванням всіх або більшості психічних здатностей (за *Віссями M* та *S*) з помірними коливаннями гнучкості та адаптації в різних психічних контекстах (життєвих сферах, когніціях, емоційних та поведінкових патернах), і зустрічається тільки у 11% респондентів-чоловіків (при $n=1$), та 3% досліджуваних-респонденток-жінок, також, (при $n=1$). Але не дивлячись на коливаннями гнучкості та адаптації в різних психічних контекстах, таким респондентам характерна здатність бачити різні способи подолання складних життєвих ситуацій та стресу, також, здатність до гнучкості, хоч і лабільної, дає можливість адекватно пристосуватися до складної реальності, але не до тяжкої травми, яка може завдати серйозної шкоди навіть психологічно стійким індивідуумам.

Також, діагностований *рівень M05* виявлений в дуже низькій кількості і те, тільки у досліджуваних респонденток-жінок – у 3% і не ідентифікований серед досліджуваних респондентів-чоловіків. Цей рівень кваліфікується значними порушеннями та змінами в усіх сферах психічного функціонування, з наявними

тенденціями до фрагментації та труднощі з диференціацією «Я» та об'єкта з симультанним обмеженням почуттів та когніцій в основних сферах життя – любов, робота тощо.

Отже, як бачимо з результатів апостеріорних даних особистісних синдромів та профілів психічного функціонування в описивно-апроксимуючому підході класифікаційної психодинамічної парадигми діагностичної моделі PDM-2 – визначення індивідуального профілю психічного функціонування особистості, ідентифікація тяжкості розладу, особистісні синдроми (ступінь дисфункції особистості – від здорового / невротичного/пограничного/ психотичного рівнів організації особистості) - (за Віссю Р), що здійснювалося шляхом оцінки базових психічних функцій– (здатностей) – (за Віссю М) операціоналізаційно апроксимуючись у біфуркаційну точку епістемологічно автентифікуючи ступінь дисфункції особистості в інтерференційній картині індивідуального профілю психічного функціонування особистості шляхом екстраполяції релевантних базових психічних здатностей, тобто індикацією профілів психічного функціонування, у досліджуваних ВПО-респондентів чоловіків та жінок – демонструє, що найбільша кількість респондентів-ВПО, як чоловіків та жінок, функціонує *на рівні M03* з помірними функціональними порушеннями психіки, з значною перевагою, в кількісних показниках, саме респонденток-жінок на відміну від досліджуваних респондентів-чоловіків. Менший розподіл, в кількісному співвідношенні, виявлено *за рівнем M02*, в обох субвибірках, але з переважною більшістю діагностованих жінок, вдвічі.

Окрім цього, респонденти-жінки, також, вдвічі, переважають і у функціонуванні *за рівнем M04* респондентів чоловіків, які теж, діагностуються за цим рівнем. І найнижчий, в кількісній індикації, показник, серед обох субвбірок діагностовані *за рівнем – M01* та *рівнем M05*, що виявлений тільки у респонденток-жінок.

Такі кількісні показники та розбіжності в автентифікації особистісних синдромів та профілів психічного функціонування між субвибірками чоловічої та жіночої статей, обумовлені функціонуванням лімбічної системи, що на нейробіологічному рівні більш здатна до ірадіації саме у респонденток жіночої статі.

Висновки до другого розділу

1. У другому розділі обґрунтовано організаційно-емпіричні засади дослідження, апостеріорно встановлено загальний рівень організації особистості у внутрішньопереміщених осіб в континуумі від здорового рівня організації – до пограничного артикулювання індивідуального (психопатологічного) профілю психічного функціонування особистості тригерованих симптоматичними паттернами суб'єктивних переживань досліджуваних респондентів.

2. З метою епістемологічного обґрунтування й емпірично-діагностичної експлікації загального рівня організації особистості внутрішньопереміщених осіб в континуумі від здорового рівня організації – до пограничного артикулювання індивідуального (психопатологічного) профілю психічного функціонування особистості тригерованих симптоматичними паттернами суб'єктивних переживань досліджуваних респондентів використовувався наступний психодіагностичний пакет: «Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних)»; «Опитувальник _____ для скринінгу посттравматичного стресового розладу»; «Опитувальник виразності псих

опатологічної симптоматики (SCL-90-R)»; Шкала оцінки основних психічних функцій (Вісь М) та рівнів психічного функціонування (Вісь Р): психодинамічної діагностичної моделі PDM-2".

3. Виявлено, що за результатами ідентифікації показників наявності посттравматичного стресового розладу серед досліджуваних респондентів за критерієм статі діагностовано, що у найбільшій кількості респондентів наявні розлади адаптації з проявами підпорогових ознак ПТСР майже з однаковим рівнем розподілу відсоткових даних серед двох субвбірок - у 45% досліджуваних жіночої статі та у 44% досліджуваних чоловічої статі. Також, майже з однаковим розподілом відсоткових даних, у досить великій кількості респондентів, а саме у 35% досліджуваних респонденток жіночої статі та 33% респондентів чоловічої - діагностовано суттєві розлади адаптації, які, також, кваліфікуються як підпорогові ознаки ПТСР, але потребують більш поглибленого обстеження на предмет ПТСР, а саме диференціювати діагноз та встановити вид ПТСР (гострий - (з'являється в перші дні після стресової ситуації з яскраво вираженою симптоматикою протягом 2-3 місяців); хронічний - (характеризується поступовим наростанням ознак патології, астенізацією нервової системи, зміною характеру та інтересів тощо); деформційний - (діагностується у пацієнтів з довгостроковим перебігом хронічного розладу психіки, перманентний прогрес якого призводить до стійкого формування невротичної тривожності); відстрочений - (характеризується тим, що клінічна картина стає явною через 3-6 місяців після травматичної події)) і тип ПТСР (тривожний - (часті напади, які проявляються на тлі перманентного перенапруження); астенічний - (нервова система виснажена, втрачається інтерес до життя); дистрофічний - (замкнутість, ізольованість, людина уникає соціуму, часто з'являється невмотивована агресія); соматоформний - (проявляється на

тлівідстроченого ПТСР, супроводжуєтьсясоматичнимирозладами в роботісерцево-судинної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту)).

4. Проте, у 22% респондентівчоловічоїстаті та 16% - жіночоївідсутніаявніознаки ПТСР. І тільки, у 3% респонденток жіночоїстатінаявнівираженіознакиПТСР, щопотребує детального диференційованогообстеженняПТСР, проте у субвибіркичоловічоїстатіданийпоказник не ідентифікованийвзагалі. Відсотковий розподіл апостеріорних даних зазначає, що наявність посттравматичного стресового розладу, серед досліджуваних респондентів жіночої та чоловічої статей, незначно, але превалює у субвибірки жінок.

5. Ідентифіковано ступенінь вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів серед субвибірки респонденток жіночої статі, а саме у найбільшій кількості - 55% досліджуваних діагностовано *середнійрівеньрозладуадаптації*, що проявляється *середнім ступенем вираженості посттравматичнихстресовихреакцій з тенденцією до високого* для якого характерна наявність невротичнихрозладів - депресивних, істеричних, фобічних та обсесивно-компульсивних. Також, досить високий відсотковий розподіл діагностовано у жінок по *зниженому рівню розладу адаптації* (у 35% респонденток), що проявляється у *низькому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до середнього* для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів .

6. Проте, серед незначної кількості респонденток жінок – 7%, виявлено *низький рівень розладу адаптації з дуже низьким ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій*, які зрідка можуть проявлятися в латентній формі і кваліфікуються категорією «норми». І тільки у 3% досліджуваних респонденток жінок діагностований *підвищений рівень розладу адаптації, що проявляється у високому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій*, для якого характерна

трансіндромальна коморбідність (співіснування двох та/або більше синдромів) або прояви транснозологічної коморбідності (у поєднанні з захворюваннями) і потребує необхідного кваліфікованого лікарського обстеження.

7. Апостеріорні результати ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації серед досліджуваних респондентів чоловічої статі діагностується за двома рівнями розладу адаптації – за *середнім рівнем* (у 33% респондентів), який характеризується *середнім ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого* з наявними невротичними розладами - депресивними, істеричними, фобічними та obsесивно-компульсивними; та за *зниженим рівнем розладу адаптації*, також діагностовано у 33% досліджуваних чоловіків, що проявляється у *низькому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до середнього* для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів.

8. *Низький рівень розладу адаптації з дуже низьким ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій*, які зрідка можуть проявлятися в латентній формі і кваліфікуються категорією «норми» виявлено у 22% респондентів-чоловіків. І ще нижчий відсотковий показник, тільки у 11% респондентів діагностований *підвищений рівень розладу адаптації*, що проявляється у *високому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій*, для якого характерна трансіндромальна коморбідність (співіснування двох та/або більше синдромів) або прояви транснозологічної коморбідності (у поєднанні з захворюваннями) і потребує необхідного кваліфікованого лікарського обстеження.

9. З'ясовано, що переважна більшість респонденток жіночої статі в більшості своїй, страждають на розлади адаптації і в більшому ступені – це середній рівень розладу адаптації з проявами середнього ступіню вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого з наявними невротичними розладами - депресивними, істеричними, фобічними та

обсесивно-компульсивними, чоловіків з цим рівнем адаптації суттєво менше – (у 55%, $n=17$), на відміну від чоловіків, яких значно менше діагностовано по середньому рівню розладу адаптації – (33%, $n=3$). Також, відмінності у розподілі відсоткових даних діагностованих рівнів розладу адаптації серед субвбірок чоловічої і жіночої статі, спостерігаються і за зниженим рівнем розладу адаптації серед яких переважають жінки – (у 35% респонденток), ніж чоловіки у яких був виявлений цей рівень розладу адаптації – (33 % ($n=3$)) респондентів.

10. Виявлено, що еквівалентний розподіл даних серед двох субвбірок респондентів діагностується за двома полярними рівнями розладу адаптації, а саме: низький рівень розладу адаптації з дуже низьким ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій, які зрідка можуть проявлятися в латентній формі і кваліфікуються категорією «норми» зустрічається серед респонденток жінок – у 7% з $n=2$, та у 22% респондентів-чоловіків, також з ($n=2$). І, також, рівнозначний розподіл даних діагностовано за підвищеним рівнем розладу адаптації, який зустрічається тільки у 3% досліджуваних респонденток жінок з ($n=1$) та в 11% респондентів чоловіків, також (з $n=1$).

11. Визначено, що апостеріорні результати порівняльної індикації ступеню вираженості посттравматичних стресових реакцій та рівнів розладу адаптації у досліджуваних ВПО-респондентів чоловічої та жіночої статі, з врахування нерівномірного розподілу субвбірок за чисельною кількістю демонструють знижений рівень розладу адаптації (що проявляється у низькому ступені вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до середнього для якого характерні окремі, симптоматичні прояви невротичних розладів) та середній рівень розладу адаптації (що проявляється середнім ступенем вираженості посттравматичних стресових реакцій з тенденцією до високого для якого характерна наявність невротичних розладів - депресивних, істеричних, фобічних та обсесивно-компульсивних).

12. ДАЛІ ПРОДОВЖУЄШЬ за аналогією з параграфу 2.2.3 (**Індикація рівнів вираженості психопатологічного статусу та симптоматичних розладів за SCL-90-R, як операціоналізованих патернів за Віссю S класифікаційної системи PDM-2 у досліджуваних ВПО-респондентів)**

Та з параграфу 2.2.4.

.....

ВИСНОВКИ

В загальні висновкі, продублюй з висновків до першого розділу, базові аспекти і з емпіричної частинини тільки заключні резюмуючи висновки після коожно параграфу, саме порівняльні.

Ясно?

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Посттравматичністресовірозлади: діагностика, лікування, реабілітація / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкоритов у співавт., 2002
2. Соціальнесамопочуттявнутрішньопереміщенихосіб в Україні: соціологічний дискурс : монографія / Н. В. Коваліско, С. М. Бубняк. – Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2022. – 294 с.
3. Проблеми прав біженців та викликисучасності : навч. посіб. / А. Л. Свящук. – Харків : Вид-во, 2018. – 324 с
4. Коцан І.Я. Психологія здоров'я людини / І.Я.Коцан, Г.В.Ложкін, М, І. Мушкевич – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. ЛесіУкраїнки, 2009. – 316 с.
5. Westen, Gabbard, &Blagov, 2006 a context for psychopathology. In R. F. Krueger &J. L. Tackett (Eds.), Personalityandpsychopathology: Buildingbridges (pp. 335-384). New York: Guilford Press.
6. Borsboom, D. (2008). Psychometricperspectives on diagnosticsystems. Journal ofClinicalPsychology, 64, 1089-1108.
7. Tyrer, P, Reed, G. M. & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personalitydisorder. Lancet, 385, 717-726.

8. Ackerley G.D. et. al. Burnoutamonglicensedpsychologists // ProfessionalPsychology: Research and Practice, 1988, vol. 19.
9. Adler A.. Whatlifeshouldmean to you / Ed. by A. Porter. London: George Allen &Unwin Ltd., 1932.
10. Adshead G. Treatment of victims of trauma // Advances in PsychiatricTreatment, 1995, vol. 1, 161–169.
11. Westen, D. fitWeinberger, J. (2004). Whenclinicaldescriptionbecomesstatisticalprediction. American Psychologist, 59, 595-613.
12. Alexander P. The differentialeffects of abusecharacteristics and attachment in the prediction of long-termeffects of sexualabuse //Journal of InterpersonalViolence. 1993, vol. 8, 346–362.
13. Abbass, A., Town, J. &Driessen, E. (2012). Intensiveshort-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. Harvard Review ofPsychiatry, 20(2), 97-108.
14. Aron, L. (2012). Rethinking "doublethinking": Psychoanalysis and scientific research—An introduction to a series. PsychoanalyticDialogues, 22(6), 704-709.
15. Bateman, A. W. &Fonagy, P. (2009). Randomizedcontrolledtrial of outpatientmentalization-basedtreatment versus structuredclinicalmanagement for borderlinepersonalitydisorder. American Journal of Psychiatry, 166(12), 1355-1364.
16. Bornstein, R. F. (2015). Personalityassessment in the diagnosticmanuals: On mindfulness, multiplemethods, and test scorediscontinuities. Journal of PersonalityAssessment, 97, 446-455.
17. Bornstein, R. F. &Becker-Materra, N. (2011). Reconnectingpsychoanalysis to mainstream psychology: Metaphorasglue. PsychoanalyticInquiry, 31, 172-184.

18. Bradley, R., Heim, A. K. & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.

19. Clarkin, J. F. (2015). A commentary on "The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research." *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 116-120.

20. Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.

21. Eagle, M. N. & Wolitzky, D. L. (2011). Systematic empirical research versus clinical case studies: A valid antagonism? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(4), 791-817.

22. Gordon, R. M. (2009), Reactions to the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) by psychodynamic, CBT and other non-psychodynamic psychologists. *Issues in Psychoanalytic Psychiatry*, 31, 55-62.

23. Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to "scientific" legitimacy: The dessiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1043-1069.

24. Hoffman, I. Z. (2012a). Response to Eagle and Wolitzky. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 60, 105-120.

25. Hummelen, B., Pedersen, G., Wilberg, T. & Karterud, S. (2015). Poor validity of the DSM-IV schizoid personality disorder construct as a diagnostic category. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 334-346.

26. Huprich, S. K., McWilliams, N., Lingardi, V., Bornstein, R. E, Gazzillo, F. & Gordon, R. M. (2015) . The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and the PDM-2: Opportunities to significantly affect the profession. *Psychoanalytic Inquiry*, 35, 60-73.

27. Huprich, S. K. & Meyer, G.J. (2011). Introduction to the JPA special issue: Can the Psychodynamic Diagnostic Manual put the complex person back at the center stage of personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93, 109-111.
28. Kachele, H., Albani, C., Buchheim, A., Holzer, M., Hohage, R., Mergenthaler, E., Thoma, H. (2006). The German specimen case, Amalia X: Empirical studies. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 809-826.
29. Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Morrow.
30. Lingiardi, V., Gazzillo, E & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis: The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 190-218.
31. Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein R. E, Gazzillo, E & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94-115.
32. Agger I., Jensen, S.B. Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees // *Journal of Traumatic Stress*, 1990, vol. 3.
33. McWilliams, N. (2011a). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
34. McWilliams, N. (2011b). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93, 112-122.
35. McWilliams, N. (2013). Psychoanalysis and research: Some reflections and opinions. *Psychoanalytic Review*, 100(6), 919-945.
36. Westen, D., Waller, N. G., Shedler, J. & Blagov, P. S. (2014). Dimensions of personality and personality pathology: Factor structure of the Shedler-Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II). *Journal of Personality Disorders*, 28, 281-318.

37. Westen, D. & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595-613
38. Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C. & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
39. Clarkin, J. E., Caligor, E., Stern, B. L. & Kernberg, O. F. (2004). Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Cornell Medical College, New York.
40. Clarkin, J. E., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
41. Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102-108.
42. Eagle, M. N. & Wolitzky, D. L. (2011). Systematic empirical research versus clinical case studies: A valid antagonism? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(4), 791-817.
43. Fluckinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is alliance in psychotherapy?: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 59(1), 10-17.
44. Fonagy, P. (2013). There is room for even more doublethink: The perilous status of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 116-122.
45. Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150.
46. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
47. Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
48. Gacono, C. & Meloy, J. R. (1988). The relationship between cognitive style and defensive process in the psychopath. *Criminal Justice and Behavior*, 15, 472-483.
49. Samuel, D. B. & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326-1342

50. Saulsman, L. M. & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
51. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
52. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
53. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
54. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
55. American Psychological Association. (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. Retrieved from www.apa.org/about/policy/resolution-psy
56. Compton, W. M. & Guze, S. B. (1995). The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 196-201.
57. Sanders, J. L. (2011). A distinct language and an historic pendulum: The evolution of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 394-403.
58. Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
59. Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
60. Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
61. Kernberg, O. F. (1983). Object relation theory and character analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 247-271.
62. Hirschfeld, R. M. A. (1991). Depressive illness: Diagnostic issues. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 144-155.
63. Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Boomsma, D. I. (2008). Heritability of

borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38, 1219-1229.

64. Boulanger, G. (2007). *Wounded by reality: Understanding and treating adult onset trauma*. Mahwah, NJ: Analytic Press.

65. Shapiro, D. (1981). *Autonomy and rigid character*. New York: Basic Books.

66. Shapiro, D. (2002). *Dynamics of character: Self-regulation in psychopathology*. New York: Basic Books.

67. Gairdner, W. (2002). The ailment: 45 years later. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 288-294.

68. Hovens J., & van der Ploeg M. Posttraumatic stress disorder in Dutch psychiatric in-patients // *Journal of Traumatic Stress*. — 1993. — π 6. — P. 91-102.

69. McWilliams, N. (2012). Beyond traits: Personality as intersubjective themes, *Journal of Personality Assessment*, 94, 563-570.

70. Основиреабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна редакція: Н. Пророк. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

71. Основиреабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна редакція: Л. Царенко. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.

72. Основиреабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна редакція: Л. Гридковець. Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.

73. Green A. Child maltreatment and its victims: A comparison of physical and sexual abuse // *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, vol. 2, 591-610.

74. Green B.L., Grace M. C, Lindy J.D. et al. Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club Fire // *J. Consult, and Clin. Psychol.* 1983, vol. 51, 573-580.

75. Levinson D. Family violence in cross-cultural perspective // *Frontiers of Anthropology*, 1989, Vol.1. 932

ДОДАТКИ

Додаток А1

Опитувальник функціонування по Віссі М: загальна оцінка

<i>Здібності на Віссі М Шкала оцінки</i>					
1. Здатність до регуляції, уваги та навчання	5	4	3	2	1
2. Здатність до переживання, передачі та розуміння афектів	5	4	3	2	1
3. Здатність до менталізації та рефлексивного функціонування	5	4	3	2	1
4. Здатність до диференціації та інтеграції (ідентичність)	5	4	3	2	1
5. Здатність до відносин та близькості	5	4	3	2	1
6. Здатність до регулювання самооцінки та якостей внутрішнього досвіду	5	4	3	2	1
7. Здатність контролювати та регулювати імпульс	5	4	3	2	1
8. Здатність до захисного функціонування	5	4	3	2	1
9. Здатність до адаптації, резилентності та стабільності	5	4	3	2	1
10. Здатність до самоспостереження (психологічна розумність)	5	4	3	2	1
11. Здатність створювати та використовувати внутрішні стандарти та ідеали	5	4	3	2	1

12. Здатність до свідомості та цілеспрямованості		5	4	3	2	1
Всього: _____						
Рівень	Бали	Назва	Опис			
M01	54-60	Здорове/оптимальне психічне функціонування	<p><i>Здорове функціонування</i> Оптимальне чи дуже гарне психічне функціонування всієї більшості психічних здібностей з утінковими очікуваними коливаннями гнучкості та адаптації в різних контекстах</p>			
M02	47-53	Гарне/прийнятне психічне функціонування з труднощами у кількох сферах	<p><i>Невротичне функціонування</i> Прийнятне психічне функціонування з труднощами у кількох сферах (наприклад, у трьох-чотирьох психічних здібностях). Ці труднощі можуть відображатися у конфліктах або проблемах, пов'язаних з конкретними життєвими ситуаціями чи подіями</p>			
M03	40-46	Помірне порушення психічного функціонування	<p>Помірні обмеження та відсутність гнучкості в деяких сферах психічного функціонування мають на увазі ригідність та порушення в таких сферах як регуляція самооцінки,</p>			

			регуляція імпульсів та афектів, захисне функціонування та здатність до самостереження.
M04	33-39	порушення психічного функціонування середньої тяжкості	<i>Прикордонне функціонування</i> обмеження та відсутність гнучкості в більшості або майже у всіх сферах психічного функціонування: афективна якість та стабільність відносин, почуття ідентичності і діапазона афектів, щовиносяться. Функціонування починає відображати значні порушення адаптації, які описуються як «пограничний рівень» у багатьох психодинамічних роботах і які виявляють ізростаючим ступенем прояви на наступних двох рівнях.
M05	25-32	Значні порушення психічного функціонування	Значні обмеження та зміни практично у всіх сферах психічного функціонування, (наприклад, тенденція до фрагментації та труднощі з диференціацією "я" та об'єкта) поряд з обмеженням почуттів та думок в основних сферах життя.
M06	19-25	Суттєві дефекти основних психічних функцій	Суттєві дефекти у більшості

			сфер психічного функціонування, а також проблеми з організацією та/або інтеграцією - диференціацією "я" та об'єкта
M06	12-18	Значні/тяжкі дефекти основних психічних	<i>Психотичне функціонування</i> Значні та тяжкі дефекти практично у всіх сферах психічного функціонування з порушенням тестування дійсності; з фрагментацією та/або складнощами з диференціацією «я» та об'єкта; з порушенням сприйняття, інтеграції та регулювання афектів та думок; з порушенням однієї чи більше основних психічних функцій (наприклад, сприйняття, інтеграція, моторика, пам'ять, регуляція, судження).

Додаток А2

**Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу
(ОС ПТСР)**

Дата _____ П.І.П. _____

№	Запитання	Варіанти відповіді
1	Ваша діяльність проходила в умовах загрози для життя?	Так Ні
2	Ви швидко реагуєте на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого?	Так Ні
3	Ви відчуваєте відчуженість до інших людей?	Так Ні
4	Вам достатньо невеликої дрібниці, щоб почати гніватися?	Так Ні
5	Ви намагаєтесь уникати спогадів про травматичні події?	Так Ні
6	Ви відчуваєте провину за деякі вчинки, щоробили раніше?	Так

		Ні
7	Ви маєте проблеми зі сном?	Так Ні

Додаток АЗ

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА
ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ДЛЯ
ЦИВІЛЬНИХ)
(THE MISSISSIPPI SCALE FOR CIVILIAN PTSD)

Дата _____ П.І.П. _____

№	ПИТАННЯ	Абсолютно неправиль- но	Іноді прав иль-но	Правильно частково	Правильно	Абсолют- но правильно
1	В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2	У мене немає почуття вини за все те, що я робив(ла) в минулому	1	2	3	4	5
3	Якщо хтось живе де мене з терпіння, то ймовірно, що я не стримаюсь і відповім агресивно,	1	2	3	4	5

	навітьможузастанути фізичну силу					
4	Якщо відбувається щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги	1	2	3	4	5
5	Люди, які дуже добре мене знають, побоюються мене	1	2	3	4	5
6	Я здатний (на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7	Ночами мені сняться кошмари про те, що відбувалося зі мною в реальності	1	2	3	4	5
8	Коли я думаю про певні речі, які я робив(ла) в минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9	Ззовні може здаватися, що в мене немає почуттів	1	2	3	4	5
10	Останнім часом мені нічого не цікавить і я починаю жити самогубством	1	2	3	4	5
11	Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюся	1	2	3	4	5

	шетоді, коли мені потрібновс тавати					
12	Я запитую себе, чому я живу, коли інші померли	1	2	3	4	5
13	В деяких ситуаціях я відчуваю себе так, ніби повернувся(лась) у минуле	1	2	3	4	5
14	Мої сніги настільки реальні, що я прокидаюсь у холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15	Я відчуваю себе дуже втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16	Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5
17	Я отримую задоволення від тих самих речей та дій, що й раніше	1	2	3	4	5
18	Мої фантазії реалістичні й лякають мене	1	2	3	4	5
19	Робота не обтяжує мене	1	2	3	4	5
20	Мені важко зосередитися	1		3	4	5

			2			
21	Я плачу без причини	1	2	3	4	5
22	Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25	Віднесподівано го шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
26	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28	Я відчуваю, що про певні речі, які я робив(ла) в минулому, я ніколи не зможу розповісти, бо мене ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5
29	Час до часу я вживаю алкоголь (заспокійливі таблетки, снодійне або наркотики), щоб заснути або забути про те, що трапилось зі	1	2	3	4	5

	мною у минулому					
30	Я відчуваю комфортно в натовпі	1	2	3	4	5
31	Я втрачаю самовладання і «вибухаю» через дрібниці	1	2	3	4	5
32	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
34	Моя пам'ять не гірша, ніж раніше	1	2	3	4	5
35	У мене є труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно рідних	1	2	3	4	5
36	Час до часу я відчуваю, що поводжуся так, ніби те, що трапилося зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37	Я не можу пригадати деяких важливих речей, які відбулися зі мною в минулому	1	2	3	4	5

38	Більшість часу я буваюпильним (ою) і настороженим (ою)	1	2	3	4	5
39	Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, то мене охоплює тривог аабо паніка: починається сильне серцебиття, перехоплює дих ання, може посилити ся потовиділенн я, з'являється тремт іння, запаморочення в голові	1	2	3	4	5

Додаток А4

ОПИТУВАЧ ВИРАЖЕНОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ
(SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)

Дата _____ П.І.П. _____

№	Наскільки сильно вас турбували:	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно
1	Головні болі	0	1	2	3	4
2	Нервовість або внутрішнє стремління	0	1	2	3	4
3	Неприємні емоції, думки, що повторюються	0	1	2	3	4
4	Слабкість чи запаморочення	0	1	2	3	4
5	Втрата сексуального потягу чи задоволення	0	1	2	3	4
6	Почуття невдоволення іншими	0	1	2	3	4
7	Відчуття, що хтось інший може керувати вашими думками	0	1	2	3	4
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші	0	1	2	3	4
9	Проблеми з пам'яттю	0	1	2	3	4
10	Ваша	0	1	2	3	4

	недбалість чиненох айність					
11	Досада, що легко виникає, абороздратування	0	1	2	3	4
12	Почуття страху у відкритих місцях а о на вулиці	0	1	2	3	4
13	Болі в серці аборудній клі тці	0	1	2	3	4
14	Занепад сил чизагальмованість	0	1	2	3	4
15	Думки про те, щобнакласти на себе руки	0	1	2	3	4
16	Те, щовичуєте голоси, яких не чують інші	0	1	2	3	4
17	Тремтіння	0	1	2	3	4
18	Почуття, щобільшості людей не можна довіряти	0	1	2	3	4
19	Поганий апетит	0	1	2	3	4
20	Сльозливість	0	1	2	3	4
21	Сором'язливість чи скутість у спілкуванні з особами іншої статі	0	1	2	3	4
22	Відчуття, щови в пастці чиспіймані	0	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх	0	1	2	3	4
24	Спалах гніву, якові не змогли стримати	0	1	2	3	4
25	Боязнь вийти з дому одному	0	1	2	3	4
26	Почуття, щовисамі багато в чому винні	0	1	2	3	4
27	Болі в попереку	0	1	2	3	4

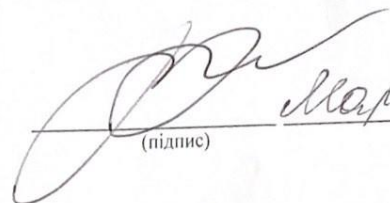
28	Відчуття, що щось вам заважає зробити щось	0	1	2	3	4
29	Почуття самотності	0	1	2	3	4
30	Пригнічений настрій, "хандра"	0	1	2	3	4
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	0	1	2	3	4
32	Відсутність інтересу до будь-чого	0	1	2	3	4
33	Відчуття страху	0	1	2	3	4
34	Те, що ваші почуття легко зачепити	0	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	0	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють вас чи не співчують вам	0	1	2	3	4
37	Відчуття, що люди недружні чи ви їм не подобаєтеся	0	1	2	3	4
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не припуститися помилок	0	1	2	3	4
39	Сильне чи прискорене серцебиття	0	1	2	3	4
40	Нудота та розлад шлунка	0	1	2	3	4
41	Відчуття, що ви гірші за інших	0	1	2	3	4
42	Болі у м'язах	0	1	2	3	4
43	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
44	Те, що вам	0	1	2	3	4

	важкозаснути					
45	Потреба перевіряти та перевірятище раз те, щовиробите	0	1	2	3	4
46	Труднощі у прийнятті рішення	0	1	2	3	4
47	Боязнь їзди в автобусах, метро чи поїздах	0	1	2	3	4
48	Утруднене дихання	0	1	2	3	4
49	Пристипи жару чи ознобу	0	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деяких місць чи дій, оскільки вони вас лякають	0	1	2	3	4
51	Те, що ви легко втрачаєте думку	0	1	2	3	4
52	Онiмiннiя або покол ювання в рiзних частинах тiла	0	1	2	3	4
53	Комок в горлі	0	1	2	3	4
54	Вiдчуття, що майбутнє безнадiйне	0	1	2	3	4
55	Те, що вам важко зосередитися	0	1	2	3	4
56	Вiдчуття слабкостi у рiзних частинах тiла	0	1	2	3	4
57	Вiдчуття напруженостi чи збудженостi	0	1	2	3	4
58	Тяжкiсть у кiнцiвках	0	1	2	3	4
59	Думки про смерть	0	1	2	3	4
60	Переїдання	0	1	2	3	4
61	Вiдчуття незручностi, коли люди спостерiгають за вами або говорять про вас	0	1	2	3	4
62	Те, що у вас у голові чужі думки	0	1	2	3	4
63	iмпульс завдати	0	1	2	3	4

	тілеснихушкоджен ьябошкоди будь- кому					
64	Безсоннявранці	0	1	2	3	4
65	Потреба повторюватидіїтор катися, митися, перераховуватито що	0	1	2	3	4
66	Стурбований та тривожний сон	0	1	2	3	4
67	Імпульсиламатиаб отроцитищось	0	1	2	3	4
68	Наявність у вас ідейчивірувань, яких неподіляютьінші	0	1	2	3	4
69	Надмірнасором'язл ивість при спілкуванні з іншими	0	1	2	3	4
70	Почуттянезручнос ті у люднихмісцях (магазинах, кінотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Почуття, що все, що б ви не робили, потребує великих зусиль	0	1	2	3	4
72	Пристипи жахучипаніки	0	1	2	3	4
73	Почуттянезручнос ті, коли виїстечи п'є на людях	0	1	2	3	4
74	Те, щови часто вступаєте у суперечк	0	1	2	3	4
75	Нервовість, коли визалишалисьодні	0	1	2	3	4
76	Те, щоіншінедооціню ютьвашіздобутки	0	1	2	3	4
77	Почуттясамотності , навіть коли з іншими людьми	0	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння,	0	1	2	3	4

	щови не могли всидіти на місці					
79	Відчуття власної іскренности	0	1	2	3	4
80	Відчуття, що з вами станеться щось погоне	0	1	2	3	4
81	Те, щови кричите і жбурляєтеся речами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, щови втратите свідомість на людях	0	1	2	3	4
83	Відчуття, що люди зловживають вашою довірою, якщо ви їм дозволите	0	1	2	3	4
83	Нервовані сексуальні думки	0	1	2	3	4
85	Думка, щови повинні бути покарані за ваші гріхи	0	1	2	3	4
86	Кошмарні думки чи бачення	0	1	2	3	4
87	Думки про те, що з вашим тілом щось гаразд	0	1	2	3	4
88	Те, щови не відчуваєте близькості до когось	0	1	2	3	4
89	Почуття провини	0	1	2	2	4
90	Думки про те, що з вашим розумом твориться щось недобре	0	1	2	3	4

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів
мають посилання на відповідне джерело.


Марченко В.
(підпис)