

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА
З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ –
УЧАСНИКАМИ АТО НА ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ

Методичний посібник

Київ – 2017

ББК 88.4:88.35
УДК 159.9:159.96

Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.

У методичному посібнику викладено основні етапи організації системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Запропоновано основні принципи та критерії діагностики посттравматичних стресових розладів і розладів адаптації.

Надано методичні вказівки психологам, які залучені до психологічної роботи з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення.

Рецензент:

Клименко В.В. – доктор психологічних наук, професор, головний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

Рекомендовано до друку Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол № 12 від 23 грудня 2016 р.)

ISBN 478-617-7502-03-5

© Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В.

ЗМІСТ

Вступ.	4
РОЗДІЛ 1. Понятійно - термінологічний апарат.	8
РОЗДІЛ 2. Організація системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.	17
2.1. Третій етап системи медико-психологічної реабілітації: мета, завдання, умови проведення.	18
2.2. Психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу групи посиленої психологічної уваги (ГППУ).	22
2.3. Показання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців.	31
2.4. Протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців.	35
2.5. Основні принципи та критерії діагностики посттравматичних стресових розладів і розладів адаптації.	38
РОЗДІЛ 3. Методичні вказівки для роботи психолога.	44
3.1 Професіоналізм практичного психолога.	44
3.2. Медико-психологічне обстеження та напрацювання первинного психологічного висновку	45
3.3. Диференційний діагноз проявів бойової психічної патології.	70
3.4. Психодіагностичне забезпечення діагностики найбільш частих розладів психіки і поведінки у військовослужбовців - учасників АТО.	73
Література.	120
Додатки.	280

ВСТУП

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військових, так і мирних жителів), зростає вдвічі і сягає 15 - 20 %. При цьому, як свідчать дослідження, більшість осіб, які пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям; значна кількість людей із ПТСР одужає спонтанно. Тож важливо не перебільшувати проблему, але водночас і не мінімізувати її. Важливо також усвідомлювати і те, що у значній частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я виникатимуть не одразу, а можуть з'явитися за якийсь час. Варто пам'ятати, що ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожні розлади, порушення контролю, спалахах злості та ін..

У значній частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в збройному конфлікті, спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів.

У міжнародній реабілітології є термін "якість життя", який пов'язаний зі станом здоров'я. Його розглядають як інтегральну оцінку і ефективність реабілітації. ВООЗ пропонує оцінювати "якість життя" за такими параметрами:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значимість, професіоналізм;

- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забруднення, густьозаселеність);
- духовність і особистісні переконання.

Концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, є системою заходів, спрямованих на швидке і максимально повне відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство з досягненням для нього можливої соціальної та економічної незалежності. Одним з першочергових завдань Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я є впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних систем охорони психічного здоров'я, в яких обов'язковими повинні бути такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення здоров'я.

Відомо, що найважливішим здобутком держави, що має стратегічне значення, та відображає тенденції економічного, політичного, соціального, правового розвитку і благополуччя країни, є здоров'я її громадян.

В умовах, постійного зростання числа учасників бойових дій, проведення комплексу заходів з відновлювального лікування і подальшої соціальної інтеграції ветеранів антитерористичної операції (далі АТО) в суспільство є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави.

Учасники збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значимості, оскільки серед ветеранів, які були вперше визнані інвалідами, понад половини - особи працездатного віку.

За даними Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників АТО, станом на 10.01.2017 року реабілітаційні центри надали соціально-психологічну допомогу 10 321 військовослужбовцю, які були демобілізовані після участі в АТО, та 10 426 членам родин військовослужбовців Збройних Сил України. Санаторно-курортне лікування (кількість путівок) отримали 4 429 військовослужбовців. Внаслідок участі в АТО

отримали інвалідність 4 538 осіб, які нині звільнилися з лав Збройних Сил. Пройшли соціально-психологічну адаптацію (перенавчання) 5 564 ветеранів.

При цьому показники реабілітації військовослужбовців, які проходять військову службу за контрактом в Збройних Силах України, залишаються незадовільними.

Участь у військових подіях є потужним стресом, що призводить до функціональних порушень організму, розвитку соматичних захворювань і виникненню патологічних реакцій. З огляду на те, що в організації медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій на сьогодні немає єдиних методологічних підходів, а визначені тільки окремі напрямки теорії і практики з цієї проблеми, існує необхідність розробки оптимального варіанту проведення медико-психологічних реабілітаційних профілактичних заходів.

Медико-психологічна реабілітація спрямовується на особистість військовослужбовця, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в родині, в професійному колективі та в інших соціальних групах. Її завданням є найшвидше усунення хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подолання іпохондричних фіксацій і т. ін.

Психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, корегують систему взаємовідносин особистості, пом'якшують соматичні та вегетативні розлади, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги, підвищують його роль в процесі отримання допомоги.

Медико-психологічна реабілітація учасників повинна спиратися на основні положення інтегративної копінг-концепції, згідно з якою подолання стресу – це процес, в якому індивід здійснює спроби: а) змінити або ліквідувати проблему; б) зменшити її інтенсивність, змінивши свою точку зору на неї; в) полегшити її вплив, відволікаючись на що-небудь або використовуючи інші різноманітні способи подолання. Особливістю системи медико-

психологічної реабілітації учасників бойових дій, поряд із виявленням та лікуванням психічних розладів, є спрямованість на відновлення боєздатності під час ведення бойових дій та працездатності при поверненні до мирного життя.

Реалізація лікувально-діагностичних, психопрофілактичних та реабілітаційних заходів для цього контингенту виходить за межі компетентності самих лише психіатрів і може бути дієвою за умови об'єднання зусиль різних фахівців.

РОЗДІЛ 1

ПОНЯТІЙНО - ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ АПАРАТ

Медична та психологічна реабілітація тісно пов'язані між собою, доповнюють одна другу і не повинні протиставлятися. При цьому слід розуміти, що медико-психологічна реабілітація не є доліковуванням. Її необхідно починати ще за наявності передпатологічних психічних змін, викликаних екстремальним психогенним впливом. Вона має проводитися починаючи з самих ранніх стадій формування психопатології, а особливо активно – на завершальних етапах лікування та після нього. На донозологічному рівні, коли психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовується психокорекція, а за наявності сформованого психічного захворювання – психотерапія.

У посібнику наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

Реабілітація – система державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності постраждалих і на якнайшвидше їх повернення у суспільство й до суспільно корисної праці.

Медико-психологічна реабілітація у Збройних Силах України являє собою комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямованих на збереження та відновлення психофізіологічних та психічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності військовослужбовців, які постраждали внаслідок екстремальних психогенних впливів під час виконання завдань у районі ведення бойових дій.

Вона спрямована на збереження здоров'я, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових синдромів та хронічних

психопатологічних змін особистості військовослужбовця, та має превентивну, клінічну, функціональну та психологічну форми.

Превентивна реабілітація – відновлення резервів здоров'я практично здорового військовослужбовця до “безпечного” рівня з використанням немедикаментозних засобів. Система заходів, яка проводиться медичною та психологічною службою та спрямована на підвищення ефективності діяльності військовослужбовців шляхом підвищення, якнайшвидшого відновлення у них психологічної пружності з урахуванням різноманітних психологічних чинників, що впливають на них в умовах ведення бойових дій, та застосування різних методів профілактики та лікування.

Клінічна (медична, або лікувальна) реабілітація – комплекс лікувально-діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на своєчасну і точну діагностику, госпіталізацію, а також відновлення і розвиток фізіологічних функцій постраждалого військовослужбовця, виявлення його компенсаторних можливостей, усунення патологічного процесу, попередження ускладнень, відновлення або часткову компенсацію втрачених функцій, протидію інвалідності, підготовку тих, хто одужує, й інвалідів до побутових і трудових навантажень, активного самостійного життя.

Функціональна (фізична) реабілітація – застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною і лікувальною метою в комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану і працездатності постраждалих військовослужбовців та інвалідів. Вона є складовою клінічної реабілітації і застосовується в усіх її періодах і етапах.

Психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами.

Соціальна реабілітація (реадаптація), як комплекс заходів, спрямована на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї й дієздатності. Цей процес націлений на відновлення не тільки здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але й самого соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених якимись причинами. Метою соціальної реабілітації є забезпечення соціалізації особистості й відновлення її до колишнього рівня, причому мова йде про відновлення не тільки здоров'я, але й соціального статусу особистості, правового становища, морально-психологічної рівноваги, упевненості в собі.

Професійна реабілітація учасників бойових дій полягає у професійній орієнтації, професійній освіті, професійно-виробничій адаптації й працевлаштуванні.

Бойова психічна травма – патологічний стан центральної нервової системи, що виникає внаслідок впливу чинників бойового стресу та зумовлює регулювання поведінки особи, що постраждала, через патофізіологічні механізми.

Бойовий стрес – багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах екстремальної (бойової) обстановки, який супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес є передпатологічним дестабілізаційним станом, що вичерпує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної дії та стійких сомато-вегетативних дисфункцій.

Екстремальні (бойові) умови – умови службово-бойової діяльності особового складу, що знижують психологічну безпеку та загрожують життю і здоров'ю людей, здійснюють вплив стрес-факторів (безпосередня загроза для життя, поранення, застосування зброї на ураження, присутність при загибелі людей, робота із залишками тіл, перебування в заручниках чи полоні, фізичне, психологічне та сексуальне насильство), унаслідок чого підвищується тривожність, емоційна напруженість, створюється психотравмуючий вплив на психіку людини.

Посилена психологічна увага – система комплексних заходів психологічного характеру, що здійснюються з визначеною групою осіб, які потребують першочергової психологічної допомоги у зв'язку з особливостями впливу на них стресогенних факторів службової і позаслужбової діяльності та навчально-виховного процесу, з метою своєчасної профілактики та попередження надзвичайних подій серед особового складу, підвищення рівня його адаптаційних можливостей до умов службово-бойової діяльності та забезпечення психологічного благополуччя, збереження психологічного і фізичного здоров'я, запобігання службовому та побутовому травматизму.

Посттравматичний стресовий розлад – відповідна реакція на надмірні емоційні подразники, на фактичну стресову ситуацію, що відбулася і виходить за межі звичайного людського досвіду. Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на кризову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру та може спровокувати виникнення дистресу в будь-якої людини.

Психологічна допомога – вид допомоги, що надається людині чи групі людей для відновлення необхідної якості психологічних станів, покращення функціонування психічних процесів, поведінки, спілкування та їх реалізації в груповій діяльності.

Психологічна корекція – цілеспрямований психологічний вплив на військовослужбовця для приведення його психічного стану до норми після виявлення в нього будь-яких психологічних відхилень (неклінічних порушень) та відновлення його здатності до виконання службових обов'язків.

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних засобів, способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, спрямування зусиль особи на реалізацію власної професійної діяльності.

Психологічна просвіта – систематичне та організоване розповсюдження серед особового складу психологічної інформації

з метою формування в нього розуміння закономірностей функціонування людської психіки і поведінки людей в екстремальних умовах, формування знання шляхів і способів управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги і першої психологічної допомоги іншим військовослужбовцям, а також готовності і бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі необхідності.

Психологічне консультування – комплекс заходів, які застосовуються (за необхідності) для надання військовослужбовцям психологічної інформації, емоційної підтримки і уваги до їхніх переживань, що допомагають прийняти усвідомлене рішення та оцінити психологічні ресурси щодо бажаних поведінкових змін; допомоги, спрямованої на усвідомлення впливу стрес-факторів, розширення самосвідомості та підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми, підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності, засвоєння нових моделей поведінки.

Групове консультування – консультування, учасниками якого в якості отримувачів є двоє чи більше осіб з подібними складними життєвими обставинами або однаковим запитом щодо очікуваної допомоги.

Дистанційне консультування – заочне консультування, здійснюване суб'єктом, що надає соціальну послугу за запитами отримувачів за допомогою технічних засобів (телефонне, он-лайн консультування), яке за потреби забезпечує анонімність отримувача соціальної послуги.

Індивідуальне консультування – персональне консультування отримувача соціальної послуги, спрямоване на розвиток його компетентності щодо подолання складних життєвих обставин, мобілізацію ресурсів й потенціалу для подальшого запобігання їх виникненню.

Індивідуальний план надання соціальної послуги консультування (далі – індивідуальний план) – документ, складений на підставі комплексного визначення та оцінки індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги, в якому

зазначено заходи, що здійснюватимуться для надання такої послуги, відомості про необхідні ресурси, періодичність і строки виконання, відповідальних виконавців, дані щодо моніторингу результатів та інформація стосовно перегляду індивідуального плану.

Інформаційно-мотиваційне консультування – консультування з метою надання отримувачу інформації та підтримки, що допомагають йому прийняти усвідомлене рішення й оцінити ресурси щодо бажаних поведінкових змін.

Консультування в стаціонарних умовах – контактне консультування отримувачів соціальної послуги, що здійснюється у спеціально обладнаному приміщенні, яке відповідає умовам, необхідним для забезпечення якісного консультаційного процесу, або за місцем перебування/проживання отримувача соціальної послуги (за потреби).

Консультування за принципом “рівний - рівному” – консультування, яке передбачає залучення до надання послуги у якості консультанта особи, вік, особливості стану здоров'я, сексуальна орієнтація, віросповідання, соціально-економічне становище якої такі самі, як в отримувача соціальної послуги, або із досвідом подолання таких самих складних життєвих обставин.

Консультування, орієнтоване на виконання завдання, – консультування, покликане допомогти отримувачу подолати визначені складні життєві обставини через постановку послідовних завдань, виконання яких забезпечує досягнення бажаної мети.

Консультування – консультування (вид психологічної допомоги), яке здійснюється упродовж кількох зустрічей, кожна з яких триває близько 60 хвилин і передбачає цілеспрямований вплив на особистісний, поведінковий та інтелектуальний рівні функціонування особи, сім'ї.

Кризове консультування – консультування, що застосовується у разі необхідності надання отримувачам соціальної послуги, які перебувають у стані кризи, термінової допомоги, спрямованої на емоційну підтримку й увагу до їхніх переживань, усвідомлення впливу кризової ситуації, розширення свідомості та

підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми (від “глухого кута” до “вибору рішення”), підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності отримувача, засвоєння нових моделей поведінки.

Моніторинг якості надання соціальної послуги консультування – це постійний чи періодичний перегляд діяльності працівників суб’єкта, що надає соціальну послугу, з метою оцінювання поточних результатів, виявлення труднощів, визначення проблем, надання рекомендацій для їх усунення.

Надавач соціальної послуги консультування (далі – надавач соціальної послуги) – фахівець/група фахівців у сфері надання соціальних послуг, психолог, педагогічний(і) працівник(и), який(які) безпосередньо проводить(ять) заходи, що становлять зміст соціальної послуги, використовуючи методики психологічних напрямів, шкіл і концепцій за вибором.

Психологічний супровід виконання службово-бойових завдань – комплекс заходів з підтримання оптимального стану психологічного здоров’я військовослужбовців під час виконання ними службово-бойових завдань шляхом формування їх психологічної стійкості до впливу стресових чинників, психологічної готовності до виконання завдань за призначенням та запобігання виникненню негативних психічних станів.

Психопрофілактика – комплекс організаційних, службових, правових, просвітницьких, соціально-економічних, психологічних та медичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розвитку психічних розладів, негативних психічних станів за допомогою створення сприятливих психологічних умов для навчання, виконання службово-бойових завдань, попередження психологічного виснаження, зниження рівня психологічної безпеки особистості, професійного вигорання та деформації особового складу, надання психологічної підтримки військовослужбовцям, особливо в період їх адаптації до військової служби, та тим, хто віднесений до групи посиленої психологічної уваги, з метою забезпечення їх високої працездатності та ефективності службово-бойової діяльності.

Психотравматична ситуація – екстремальна критична подія, яка має значний негативний вплив (екстремальний психогенний вплив) на особистість та за своїми наслідками вимагає надання психологічної допомоги та здійснення реабілітації.

Психологічне відновлення військовослужбовців – це комплекс заходів, що надається військовослужбовцям в період прибуття до пункту постійної дислокації військової частини після виконання завдань за призначенням із району бойових дій та перед відбуттям їх у відпустку.

Основні принципи реабілітації за видами:

принципи соціальної реабілітації – етапність, диференційованість, комплексність, наступність, послідовність і безперервність у проведенні реабілітаційних заходів;

принципи медичної реабілітації – безперервність, обґрунтованість, комплексність, доступність, гнучкість;

принципи професійної реабілітації – інтегративність, фінальність, індивідуальність, локалізація;

принципи психологічної реабілітації:

- партнерство – передбачає усіяке залучення пацієнта в лікувально-відновлювальний процес;

- різноплановість зусиль – передбачає спрямованість реабілітаційного процесу на різні сфери життєдіяльності;

- єдність психосоціальних і біологічних методів впливу;

- безперервність і оптимальна тривалість реабілітаційних заходів;

- ступінчастість – передбачає створення “переходів” від одного реабілітаційного заходу до іншого;

- професійність – передбачає залучення до проведення заходів психофізіологічної реабілітації фахівців, що мають спеціальну підготовку з оцінки функціонального стану людини, володіють методами соціально-психологічного вивчення й психофізіологічного обстеження;

- обґрунтованість заходів – передбачає добір надійних, доступних і оптимальних методів психологічної реабілітації, перевірених багаторічною практикою, які можливо реалізувати в

умовах знаходження пацієнта в лікувальній установі. Методи психологічної реабілітації слід обирати з урахуванням особливостей функціонального стану соматичної й психічної сфер військовослужбовця після бойової травми й призначеної лікарем терапії;

- індивідуальність – передбачає в процесі її планування й проведення ведення обліку рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості і переносимості клієнтами різних медико-психологічних методів.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Система медико-психологічної реабілітації має бути послідовною і поетапною. Завдання реабілітації, її форми та методи змінюються в залежності від етапу проведення. На кожному етапі реабілітації передбачається проведення превентивних заходів. Основними етапами організації системи реабілітаційних заходів є:

1. Перший етап. Первинна психопрофілактика, що здійснюється на етапі перед убуванням військовослужбовців у район проведення АТО для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація).

2. Другий етап. Заходи медико-психологічної реабілітації здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в районі проведення АТО.

3. Третій етап. Заходи медико-психологічної реабілітації здійснюються після виведення військовослужбовців з району проведення АТО для їх відпочинку, доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боездатності).

4. Четвертий етап. Медико-психологічна реабілітація проводиться в лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

5. П'ятий етап системи медико-психологічної реабілітації - відділення медико-психологічної реабілітації медичних центрів МО України та госпіталю ветеранів війни.

Зупинимося більш детально на третьому етапі медико-психологічної реабілітації.

2.1 Третій етап системи медико-психологічної реабілітації: мета, завдання, умови проведення

На даному етапі заходи медико-психологічної реабілітації, проводяться після повернення військовослужбовців з району виконання завдань за призначенням під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів). Порядок організації заходів медико-психологічної реабілітації регулюється наказом “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)” № 702 від 09.12.2015, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 15 лютого 2016 р. за № 237/28367.

Психологічне відновлення особового складу після прибуття до пунктів постійної дислокації – здійснюється психологами МОУ та інших взаємодіючих структур за планами відновлення бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів).

Заходи медико-психологічної реабілітації проводять офіцери-психологи, психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення, у разі потреби та відповідної можливості можуть залучатися представники громадських та волонтерських психологічних організацій та представники духовенства.

Метою проведення заходів з психологічного відновлення військовослужбовців після виконання завдань за призначенням (бойових дій) є:

1. Комплексне використання ресурсів органів військового управління, командувань військових частин, медичної та психологічної служб Збройних Сил України, державних, релігійних, громадських та волонтерських організацій для

запобігання негативним соціальним, медичним та психологічним наслідкам після перебування військовослужбовців в районі проведення бойових дій.

2. Інформування військовослужбовців та членів їх сімей про особливості адаптації до умов мирного життя та можливостей психологічної, медичної та соціальної підтримки у разі необхідності після виконання завдань за призначенням (бойових дій).

3. Виявлення осіб, що за своїми медичними, психічними та психологічними показниками непридатні (обмежено придатні) продовжити службу в Збройних Силах України.

4. Психологічна допомога та відновлення можливостей військовослужбовців до подальшого виконання завдань за призначенням та мирного життя.

Заходи медико-психологічної реабілітації на етапі відновлення включають:

1. Медичний огляд військовослужбовців та складання списку військовослужбовців, за наявності відповідних показань, для надання поглибленої медичної, наркологічної, психологічної допомоги; сортування військовослужбовців, які постраждали, за регістрами порушення – непсихотичним та психотичним.

2. Психодіагностика поточних психофізіологічних станів військовослужбовців з метою виявлення осіб, які потребують психологічної та/або психіатричної допомоги (виявленням гострих реакцій на стрес, посттравматичних стресових розладів, ознак фізичної і розумової перевтоми, вираженої астенизації, психічної дезадаптації тощо; оцінка наявних адаптаційних резервів для визначення їх подальшої придатності до виконання поставлених завдань).

3. Надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям, які її потребують.

4. Проведення відповідних заходів з виявленими особами:

психокорекційних (за умови, якщо психічний розлад ще не сформувався) – зазначеними штатними силами із залученням позаштатних груп; психотерапевтичних (за наявності сформованого психічного розладу) – силами позаштатних груп.

5. Профілактика психологічної деформації особистості військовослужбовців.

6. Оцінювання рівня боєздатності військових частин (підрозділів).

7. Аналіз результатів впливу бойових стресових чинників на морально-психологічний стан військових колективів, що дозволяє здійснювати прогнозування можливості розвитку віддалених наслідків впливу бойового стресу.

8. Надання керівному складу військових частин (підрозділів) узагальнюючих рекомендацій щодо подальшого раціонального використання особового складу під час виконання службових (бойових) завдань з урахуванням поточних психофізіологічних станів військовослужбовців.

9. Проведення індивідуального консультування військовослужбовців. Кризове короткотермінове консультування (застосовується при таких кризових станах, як суїцидальний намір, тривожність, ворожість, агресія, спрямована на себе, чи на інших, тощо).

10. Психологічна допомога (консультування) при таких кризових станах, як тривожність, сором, провина, ворожість, переживання втрати, страх смерті, депресія, тощо.

11. Сприяння психосоціальній стабілізації, кращому розумінню себе (своєї ситуації та людей зі свого оточення).

12. Сприяння оптимізації психоемоційного стану, забезпеченню психологічного комфорту у ставленні до самого себе, свого оточення та світу в цілому.

13. Кризове консультування по телефону, в окремих випадках – за місцем проживання (щодо кризових станів, які можуть

загрожувати життю, таких як суїцидальний намір, ворожість, переживання, пов'язані з повідомленням про ВІЛ-інфікування, наявність гепатиту, втратою, агресією, спрямованою на себе чи на інших, тощо.

14. Проведення заходів емоційного та психологічного розвантаження. Навчання прийомам емоційного і психологічного розвантаження, саморегуляції й самокорекції (самоконтроль, фізичні вправи, дихальні практики та аутогенне тренування, візуалізація).

15. Бесіди, спілкування, мотивація до активності та позитивного мислення, спрямовані на поліпшення відносин і взаємодії із соціальним середовищем.

16. Формування відповідальності за власну поведінку, навчання продуктивному спілкуванню, яке не принижує інтереси інших – без конфронтації та агресії.

17. Надання допомоги військовослужбовцям в отриманні нових навичок поведінки, нових стилів міжособистісних та внутрішньокolleктивних відносин.

18. Адаптування до нової життєвої ситуації через активізацію сильних сторін особистості, самореалізацію у військовій діяльності чи творчості, розширення кругозору та світогляду, подолання екзистенціальних проблем.

19. Допомога в зміцненні / відновленні родинних і суспільно корисних зв'язків.

20. Відновлення соціальних контактів, особистісного статусу та соціальної ролі в сім'ї, військовому колективі, референтних групах тощо, втрачених в результаті складних життєвих обставин.

21. Допомога в аналізі проблем сімейного спілкування, виявлення конфліктогенних зон, знаходження альтернативних шляхів виходу та прийняття рішень.

22. Корекція сімейної ситуації, розроблення заходів, спрямованих на підтримку сім'ї в різних сферах її життєдіяльності.

23. Оцінка ефективності проведених заходів психологічної реабілітації.

24. Направлення військовослужбовців на реабілітацію до лікувальних закладів за наявності відповідних показань.

До проведення заходів за психологічним напрямком реабілітації залучаються фахівці, які мають диплом про повну вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем не нижче спеціаліста або магістра за спеціальністю: “психологія”, “практична психологія” або “медична психологія”, а також загальний досвід роботи за спеціальністю (фахом) “психологія”, “практична психологія” або “медична психологія” не менше 5 років.

2.2 Психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу групи посиленої психологічної уваги (ГППУ)

З метою диференційованого розподілу заходів психопрофілактики утворюється група посиленої психологічної уваги (ГППУ).

За результатами обстеження, наявності повної інформації про особливості поведінки особового складу в районі виконання завдань за призначенням, пережитих ними екстремальних подій, військовослужбовці розподіляються на три групи.

Перша група - військовослужбовці без істотних відхилень психічного стану, які зберегли здатність повноцінної соціальної адаптації та працездатність, справляються зі своїми службовими обов'язками, мають нормальні взаємини в сім'ї. Такі військовослужбовці не вимагають пильної уваги психолога, вони здатні виконувати професійні завдання, самостійно справляючись з психологічними проблемами, пов'язаними з перебуванням в районі виконання службових завдань.

Друга група - військовослужбовці, які мають функціональні

відхилення, знижений рівень працездатності, відчувають труднощі в повсякденному житті, але зберігають контроль над своєю поведінкою за допомогою значного напруження сил і ресурсів, які потребують проведення реабілітаційних, відновлювальних заходів.

Третя група - військовослужбовці, які мають виражені прояви посттравматичної стресової симптоматики, порушення соціальної та професійної адаптації, проблеми в родині, вимагають постійного спостереження.

На підставі результатів психодіагностичного тестування, аналізу анамнестичних даних і критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження військовослужбовців, повинні бути виділені наступні групи:

1. Психічно здорові особи, які мають стійке психічне здоров'я (СПЗ) і не виявляють в процесі обстеження тих чи інших ознак зниження психічного здоров'я або психоемоційного напруження. В цілому стан їх психічного та фізичного здоров'я характеризується як стан динамічної рівноваги індивіда з навколишнім середовищем, коли всі закладені в його біологічній та соціальній сутності здібності виявляються найбільш повно - і всі життєво важливі підсистеми функціонують з оптимальною інтенсивністю.

2. Особи з ознаками передневротичних розладів за типом психоадаптаційного стану (ПАС). В результаті динамічного спостереження в цю групу потрапляють респонденти, у яких присутні такі фактори ризику, як спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів. Існує 4 варіанти ПАС.

1. Психовегетативний варіант ПАС (він є домінуючим). У респондентів, більшою мірою спостерігаються мінущі короткочасні вегетосудинні порушення: серцебиття, запаморочення, коливання артеріального тиску (частіше

гіпертензія), періодично виникають відчуття жару. Тривалість цих станів обмежувалася кількома хвилинами. Дані прояви зустрічалися від декількох разів на тиждень до 1-2 разів на місяць.

2. Астенічний варіант ПАС. Він характеризується короткочасними астенічними розладами у вигляді минущик станів зниження фізичного тону і відчуття вираженої стомлюваності, які зазвичай з'являються під кінець дня або зміни. Відчуття млявості, слабкості, бажання виспатися, проблеми із засинанням, незважаючи на відчуття явної перевтоми, зниження концентрації уваги, ускладнень при виконанні службових обов'язків.

3. Дистимічний варіант ПАС. Характеризується проявом тимчасових, від декількох хвилин до декількох годин, минущик психоемоційних порушень у вигляді безпричинної тривоги, неспокою, внутрішнього дискомфорту, що з'являлися раптово. У початковій стадії розвитку даного варіанту тривожні прояви навіть можуть трохи стимулювати різні аспекти поведінки, привносячи елементи зовнішньої гіперактивності й метушливості. Надалі, нерідко з'являються короткочасні епізоди нестійкого настрою, з елементами дратівливості або незадоволеності, песимістичною оцінкою майбутнього, апатією. Такі стани купірувалися після повноцінного відпочинку або відпустки.

4. Змішаний варіант ПАС. Виявляється в тих випадках, коли в його структурі було практично неможливо визначити переважаючу психопатологічну симптоматику. В даному випадку часто можна говорити про астено-вегетативний, вегето-дистимічний варіанти розладів або про поєднання психовегетативних порушень з астенічними або дистимічними проявами.

3. Особи, які мають власне донозологічні розлади - ПДАС (психодезадаптаційні стани), респонденти, які виявляють "передхворобливі" психічні та психосоматичні порушення, що відрізняються нестабільністю, короткочасністю і фрагментарністю цих проявів. Також присутні такі фактори ризику, як спадкова

схильність до психічних розладів і алкоголізму, наявність епізодів вживання наркотичних і психоактивних речовин, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів.

Структура ПДАС у військовослужбовців представлена у вигляді наступних варіантів: психовегетативного, астеничного, дистимічного, дисмнестичного і змішаного. Їх прояви негативно впливають на службову діяльність, соціальне і психічне функціонування.

1. Психовегетативний варіант ПДАС. Виявляється на фоні загальної слабкості, розбитості, несистемних запаморочень, тривожних розладів, порушень сну. Вегетативні кризові дисфункції, які найчастіше проявляються в коливанні артеріального тиску, тахікардії, брадикардії, ортостатичних порушеннях, дихальних (відчуття браку повітря), теплорегуляційних (озноб або відчуття жару) порушеннях, нападopodobному головному болі. Частота порушень - від 1 разу на місяць до 2 разів на тиждень; тривалість перебігу - від декількох днів до декількох тижнів, відносна мінливість і фрагментарність.

2. Астеничний варіант ПДАС. За своїми основними проявами має схожість з аналогічним варіантом ПАС, але є його більш ускладненим психопатологічним продовженням, коли описані вище астеничні розлади набувають стійкого і більш вираженого характеру. При цьому розвивається виражене відчуття втоми як до кінця дня і особливо після добового чергування, так і за умови виконання дещо більшого обсягу роботи, головні болі, болі в м'язах, відчуття загальної слабкості, розбитості, млявості. Практично постійно спостерігаються порушення нічного сну: труднощі засипання, "здрігання" під час засипання, минуше безсоння.

3. Дистимічний варіант ПДАС. Проявляється минуцими, але більш вираженими (у порівнянні з ПАС) тривожними, тривожно-

дистимічними, тривожно-депресивними, астено-депресивними, депресивно-дистимічними, істеро-депресивними, дистиміко-експлозивними та тривожно-іпохондричними порушеннями. До їх формування, як правило, призводить вплив психогенних колективно-побутових чинників. Основними, провідними психоемоційними розладами є дистимічні порушення: дратівливість, тривога, занепокоєння, дисфоричні та експлозивні спалахи, переживання внутрішнього психічного дискомфорту. На відміну від ПАС, особи з дистимічним варіантом ПДАС суб'єктивно оцінюють свій стан як нездоров'я. Тому дана група клієнтів нерідко самотійно шукає допомоги у лікаря.

4. Дисмнестичний варіант ПДАС проявляється короткочасними змінами в сфері уваги, орієнтування в знайомій обстановці, помилковій оцінки часових інтервалів, значних труднощів у виконанні рахункових операцій, прийнятті оперативних рішень, що суб'єктивно переживається як поява “проблем з головою”, які можуть стати “помітними для оточуючих”. Описані порушення найчастіше супроводжуються головними болями, почуттям “важкості в голові”. При цьому, страждає виконання службових обов'язків, однак повністю зберігається критика щодо свого стану і відзначається чіткий зв'язок його з перевтомою, після повноцінного або додаткового відпочинку відзначається значне поліпшення стану, яке може знову погіршитися до кінця тижня, або проведення регламенту обслуговування техніки. Необхідні лікувально-профілактичні рекомендації і госпіталізація.

5. Змішаний варіант ПДАС. Як і у випадках аналогічного варіанту ПАС, в його структурі можуть виявлятися у відносно рівних частинах астенічні, дистимічні, дисмнестичні та психовегетативні розлади, але більш виражені.

4. Військовослужбовці з ознаками граничного психічного розладу (ГПР). Це військовослужбовці, які мають явні клінічні

ознаки психічної патології непсихотичного рівня, що складають так звану “нозологічну групу” граничних психічних захворювань (неврози, неврозоподібні й психопатоподібні стани різного генезу, невротичні та приховані “замасковані”, соматизовані депресії, екзогенно-органічні і соматогенно обумовлені нервово-психічні розлади та ін.). Про фактори, що впливають мова піде нижче. Також впливає наявність аномалій і акцентуацій особистості.

Дана група розладів передбачає значне зниження або навіть тимчасову втрату працездатності, а особи з ГПР потребують своєчасної висококваліфікованої медичної (психіатричної та психотерапевтичної) допомоги. Також факторами ризику є спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, наявність епізодів вживання наркотичних і психоактивних речовин, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів і соматичної обтяженості, наявність аномалій і акцентуацій особистості. У таких військовослужбовців відмічається: дратівливість, стомлюваність, емоційна лабільність, головний біль, зниження працездатності, швидка стомлюваність, іпохондричні скарги на болі без чіткої локалізації. Відмічаються тривожно-фобічні прояви, часті скарги на порушення сну і засипання, наявність нічних кошмарів і “здригання” під час засинання, що може провокуватись наявністю професійних негараздів, психогеніями різного характеру, особливо такими, що спричинені людським фактором, а саме грубістю і нетактовною поведінкою командирів-начальників.

Військовослужбовці, які мають донозологічні порушення психічного здоров'я брехливі, мають досить хороше соматичне здоров'я, схильні до симуляції, для них характерна “втеча в хворобу”, можливі вегетативні кризи і соматоформні порушення. У психічному здоров'ї - зрушення в бік невротизації особистості, більш низькі адаптаційні можливості. Інтелект відповідає отриманій освіті. Знижена працездатність із несаможиттєвостю в

прийнятті рішень, більш низька цілеспрямованість. За характером - амбоверти з тенденцією до інтроверсії, емоційно слабкі, слабкий контроль над емоціями, слабовільні, з більш вираженими тривожно-недовірливими рисами, наївні, знижене почуття власної гідності. Невластиве для віку скептичне ставлення до життя, зниження впевненості в собі. У відносинах з людьми відзначається зниження комунікаційних властивостей, більш виражені егоїстичні тенденції, дратівливі, агресивні, більш виражене прагнення до самотності.

Особам з передхворобливими розладами характерні наступні психологічні характеристики: низька здатність до спостереження, зниження концентрації та стійкості уваги, що характерно для невротичних розладів, відносна незрілість психіки та інфантильність, а також порушення соціального функціонування, зниження адаптаційних можливостей, низька емоційна контактність, відсутність здатності до співпереживання і слабкий інтелектуальний контроль над емоціями (умінням володіти собою). У цих осіб відзначається лабільність настрою, лабільна емоційність, високий ступінь навіюваності. Відсутність сексуальних відповідей є проявом невротичних розладів і занепокоєності сексуальними проблемами. У порівнянні з умовно здоровими респондентами, мають виражені іпохондричні установки особистості, агресивні устремління та її тривожності, більш виражений “комплекс інтелекту” та власної неповноцінності.

Екзогенно-органічні чинники (родові травми і травми голови), низька адаптація в попередніх колективах, наявність психічних розладів у родичів, зловживання алкоголю родичами. На виникнення порушень психічного здоров'я впливають такі фактори, як недосипання і перевтома.

Донозологічні психічні розлади - реальність, яка не знайшла відображення в класифікації психічних захворювань, але яку необхідно враховувати при оцінці психічного здоров'я

військовослужбовців, плануванні та проведенні психопрофілактичних і медико-реабілітаційних заходів.

Мова йде про донозологічні нервово-психічні розлади при так званих хворобах адаптації, тобто захворюваннях, в основі яких лежить неузгодженість функціональних систем психофізіологічної організації людини, “психовегетативний синдром” по А.М. Вейну, що утворився в процесі онтогенезу внаслідок різних екзогенно-органічних впливів, в тому числі й екопатогенного характеру, або тривалого перебування в змінених умовах існування, часто за наявності певної конституціональної схильності. У цих випадках адаптаційно-компенсаторні можливості організму визначають міру індивідуального здоров'я.

Для психовегетативного синдрому характерним є надмірне реагування в стресовій ситуації, що приводить до перенапруження регуляторних систем з появою сомато-вегетативних дисфункцій, емоційних розладів у вигляді різних за важкістю проявів і тривалості тривожних, тривожно-депресивних, астено-субдепресивних реакцій, що в умовах хронічного стресу чи такого, що повторюється, переходять в затяжні невротичні стани з високою ймовірністю подальшого формування психосоматичних розладів. Цьому сприяють властиві даному контингенту риси емоційної лабільності, сенситивності, високої реактивної тривожності.

Низький рівень адаптивних можливостей проявляється в чутливості до погодно-метеорологічних і геліофізичних чинників зі зміною психічного тону, психосоматичними дисфункціями. Підвищена чутливість визначається і по відношенню до інших фізіогенних факторів, сенсорних подразників, впливу хімічних речовин. Неадекватність вегетативного забезпечення працюючих органів призводить до більш швидкого настання втоми як під час фізичних, так і під час психічних навантажень (фізична і церебральна астенія), а також до подразливої слабкості, нестійкості настрою з готовністю до ситуаційних тривожних або тривожно-

субдепресивних реакцій.

Таким чином, астеногіперестетичні та психовегетативні симптомокомплекси є донозологічними проявами так званих хвороб адаптації: психосоматичних захворювань, неврозів і невротичних розвитків.

Комплексні дослідження психічного здоров'я військовослужбовців набувають особливої актуальності оскільки зростає значимість раннього виявлення і подальшої швидкої корекції розладів психічного здоров'я у військовослужбовців, викликаних різними психогеніями. Це робить необхідним розробку системи заходів щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в рамках превентивної психологічної реабілітації і формування групи посиленої психологічної уваги.

Для цієї категорії військовослужбовців (з граничними станами) відсутні комплексні програми профілактики, і диференційні превентивно-реабілітаційні програми.

*Критерії ефективності реабілітаційних заходів у
військовослужбовців з розладами донозологічного рівня психічного
здоров'я*

В ході проведення психопрофілактичних заходів у військовослужбовців з розладами донозологічного рівня психічного здоров'я основними критеріями ефективності таких заходів повинні бути:

- зникнення в психічному стані психопатологічних симптомів,
- нормалізація суб'єктивної оцінки свого стану,
- позитивна динаміка соціально-психологічних показників (нормалізація парціально порушеної адаптації в колективі - розв'язання між- і внутрішньоособистісних конфліктів, реалізація особистісних можливостей військовослужбовців).

2.3 Показання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців

1. Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання психологічної ознаки, передбаченої підпунктом 1.1 даного Переліку, і однієї або декількох психологічних ознак, передбачених підпунктами 1.2-1.6 цього Переліку:

1.1. Зниження адаптаційних можливостей, тривожні, песимістичні, депресивні або інші негативні результати, що виявляються під час проведення психологічного обстеження з використанням тестів.

1.2. Збільшення астенічних симптомів – відчуття утомленості, швидка стомлюваність, зниження когнітивних функцій і (або) пам'яті, неуважність, фізична і психічна загальмованість, непродуктивна діяльність.

1.3. Прогресуюча інтравертація (замкнутість, бажання усамітнитись, обмеження кола спілкування з близькими товаришами, родичами), зниження інтересу до раніше значимих прив'язаностей, захоплень.

1.4. Невмотивована і невласлива для військовослужбовця підвищена соціальна або інша активність (екстравертація) в період виконання завдань або після прибуття з району виконання завдань за призначенням у поєднанні з нестійким настроєм.

1.5. Суб'єктивна оцінка самим військовослужбовцем погіршення самопочуття із вказівкою на зміну працездатності, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, які з'явилися в період або безпосередньо після прибуття з району виконання завдань, при цьому зберігається позитивна установка на продовження служби в підрозділі після періоду відпочинку.

1.6. Ознаки підвищення рівня психологічної дезадаптації, які виявляються в зниженні якості і об'єму виконуваних військовослужбовцем завдань, у тому числі повсякденних

обов'язків, при помітному бажанні військовослужбовця виконати доручене.

Тривалість психологічної реабілітації військовослужбовців, які мають показання, передбачені підпунктами 1.1-1.6 даного Переліку, має тривати не менше 14 діб.

2. Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання наступних двох або більше негативних ознак:

2.1. Перенесені безпосередньо у момент загрози короточасні гострі реакції на ситуацію у вигляді загальмованості (“ступору”) або збудження (“паніки”) незалежно від наслідків виходу із вказаних станів.

2.2. Тривалі стани емоційної напруги – тривоги, занепокоєння, повторні переживання психотравмуючих подій і фіксація на них, у тому числі відображена в снах, у розмовах з товаришами по службі і родичами або виявлена в ході медичного обстеження; порушення сну, що позначаються на самопочутті, працездатності і вимагають незначного медикаментозного корегування.

2.3. Підвищення дратівливості, невмотивованої агресивності, конфліктності, помірна зміна характерологічних особливостей і особистісних установок, що призводить до тимчасового порушення соціальної і службової адаптації, при яких зберігаються критичне ставлення і можливість контролювати свою поведінку з боку самого військовослужбовця.

2.4. Вегетативні прояви, що з'являються після незначної психоемоційної напруги у вигляді: порушень серцевого ритму, коливань артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, нападів запаморочення або головних болів, відчуття нудоти, браку повітря, непритомних станів, неприємних відчуттів в різних частинах тіла або в області внутрішніх органів з відчуттям занепокоєння за власне здоров'я (іпохондрична фіксація) без об'єктивних даних за органічну патологію.

2.5. Зниження маси тіла на 15 відсотків і більше від

контрольних показників зважування перед убуванням у відрядження.

2.6. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з режимом і якістю травлення, які зберігаються (більше трьох діб), а також після виключення соматичної та інфекційної патології.

2.7. Болі після фізичних навантажень в кінцівках і хребті, мігруючі болі і (або) м'язові спазми в окремих групах м'язів, що зберігаються протягом довгого часу (більше трьох діб) за відсутності об'єктивних даних за патологію.

2.8. Больові синдроми після перенесених раніше травм, поранень або захворювань, що не викликають стійкого порушення функції і без ознак розвитку органічних змін в місцях пошкоджень або органах.

2.9. Стани після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища в період виконання службово-бойових завдань (теплові удари, переохолодження і озноблення, умови високогір'я, тривале перебування у вимушеному положенні, інші).

Строк санаторно-курортного лікування в центрах (санаторіях) становить 21 календарний день.

Строк медичної та медико-психологічної реабілітації у відповідних відділеннях центрів (санаторіїв) визначається висновком ГВЛК, але не менше 14 календарних днів та не більше 21 календарного дня.

Строк санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації в центрі (санаторії) за наявності медичних показань може бути продовжений начальником центру (санаторію) за рішенням військово-лікарської комісії цього закладу на строк не більше 10 діб.

За письмовою заявою особи, яка прибула на санаторно-курортне лікування, строк путівки може бути скорочений з 21 до 14 діб з відповідною зміною її вартості.

В деяких випадках, у разі направлення осіб на санаторно-курортне лікування, медичну та медико-психологічну реабілітацію до санаторно-курортних закладів та спеціалізованих закладів (для лікування хворих із травмами та ушкодженнями спинного мозку та хребта), інших державних органів строк перебування встановлюється відповідними нормативними документами таких закладів.

Відповідно до результатів обстеження, психолог надає командиру рекомендації щодо кожного військовослужбовця зі складу ГППУ, з організації оптимального режиму праці та відпочинку, носіння та зберігання табельної зброї, форм індивідуально-психологічної роботи.

За умови виявлення у військовослужбовців гострої або хронічної соматичної патології, вони підлягають лікуванню в лікувальних установах МОУ.

Під час планування реабілітаційних заходів для учасників АТО, необхідно використовувати диференційований підхід, з урахуванням потреби в медико-психологічній, психіатричній та соціальній допомозі. Реабілітаційні заходи рекомендується проводити через 7 - 10 днів після повернення з району проведення АТО для короткострокової відпустки для оздоровлення.

Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра на госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/Госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання ПАР)	Консультація

Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з депресивними розладами)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з ПТСР впродовж 4-6 тижнів	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок психотерапії, що проводиться	Консультація
Побажання пацієнта, клієнта	Консультація

Пацієнти з ПТСР та депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

2.4 Протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців

Враховуючи те, що психологічна реабілітація складається з багатьох методів, доцільно говорити про протипоказання, як до звернення до психолога як такого, так і певних методів реабілітації.

Так, психолог не працює у випадках, коли у клієнта (пацієнта) наявні:

1. Розлади психіки і поведінки психотичного рівня.
2. Гострі психічні стани, при яких необхідна допомога психіатра.
3. Важкі психічні захворювання.
4. Гострі соматичні захворювання та їх загострення, які потребують профільного лікування.
5. Післяінфарктні та післяінсультні стани.

Ці протипоказання носять наполегливо-рекомендаційний характер. У разі, якщо клієнту вкрай необхідно звернутися до

психолога, він зобов'язаний попередити його про вищезазначені стани. Це необхідно для того, щоб психолог зміг заздалегідь скорегувати обрані ним методи і техніки терапії для роботи з клієнтом.

6. Алкогольне, наркотичне сп'яніння та інші стани зміненої свідомості, при яких людина несприйнятлива до психотерапії.

7. Відсутність у клієнта бажання працювати над собою, або якщо хтось порекомендував “звернутись заради інтересу”.

Протипоказаннями до всіх методів і технік психотерапії є:

1. Негативне відношення клієнта до виду психотерапії.
2. Відсутність мотивації клієнта.
3. Висока вірогідність розвитку судомного синдрому.
4. Наявність декомпенсованих соматичних захворювань.

Протипоказаннями до групової психотерапії є:

1. Низький інтелектуальний рівень клієнта.
2. Виражені фізичні вади (сліпота, глухота тощо).
3. Суттєва різниця у віці клієнтів.
4. Тенденція до домінування клієнта за умови відсутності його популярності в групі.
5. Садомазохистські схильності.
6. Неефективна попередня індивідуальна психотерапія.

Показання для групової терапії

1. Гнучкість індивідуального розкладу учасників.
2. Здатність встановлювати міжособистісну довіру по відношенню до інших членів групи і до лідерів.
3. Попередній груповий досвід, в тому числі групи “12 ступенів”.
4. Завершення підготовчого курсу індивідуальної терапії.
5. Відсутність суїцидальних намірів або намірів вбивства.
6. Подібний з іншими членами групи травматичний досвід.
7. Подібність з іншими членами групи за статевою та етнічною ознаками, а також за сексуальною орієнтацією.

8. Готовність дотримуватися правил групової конфіденційності.
9. Відсутність паранойяльних і соціопатичних рис.
10. Стабільність життєвих обставин.

Противоказання для групової терапії

1. Гострий психоз.
2. Важкі органічні порушення або обмеження когнітивних здібностей.
3. Очікування судового рішення або компенсації.

Показання для терапії, сфокусованої на травмі, в порівнянні з підтримуючою терапією

1. Толерантність до станів сильної тривоги або до інших сильних афективних станів.
2. Відсутність суїцидальних намірів або намірів вбивства.
3. Вживання хімічних речовин і супутні діагнози знаходяться під контролем.
4. Рішення індивіда брати участь у роботі, що розкриває травму.
5. Намір до саморозкриття індивідуального травматичного досвіду.
6. Відсутність актуальних життєвих криз.
7. Під час порівняння виділених факторів для сфокусованих на травмі груп і для підтримуючих груп стає очевидним, що для “непокриваючих” терапевтичних модальностей існують більш суворі критерії відбору учасників. В цілому можна сказати, що індивіди повинні володіти більшою психологічною стабільністю і бути готові повернутися до переживання травми.
8. Підтримуюча терапія може більшою мірою підходити для менш стабільних індивідів або для тих, хто не вважає прийнятним для себе зануритись у процес переживання травми. Міркування стосовно відбору для двох типів сфокусованих на травмі групових видів терапії, мабуть, дуже подібні. Відмінності у вимогах до відбору учасників психодинамічної терапії або когнітивно-

біхевіоральної терапії чітко не визначені.

Протипоказаннями для індивідуальної психотерапії є: такі ж, як і ті, які варто враховувати при зверненні до психолога в принципі.

Протипоказання до сімейної психотерапії

1. Стійкі відхилення характеру в кого-небудь з членів сім'ї у вигляді істероїдної, епілептоїдної і паранойяльної психопатій, а також тимчасові психотичні стани – порушення мислення і свідомості, виражені депресивні і маніакальні фази, маревні переживання.

2. За умови ригідності життєвих установок клієнта (особливо пов'язаних з похилим віком).

2.5 Основні принципи та критерії діагностики посттравматичних стресових розладів і розладів адаптації

Критерії діагностики посттравматичних стресових розладів

Посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини.

Клінічні діагностичні критерії:

➤ Критерій А (відноситься до травматичної події). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.

2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

➤ Критерій В (критерій “вторгнення”). Травматична подія нав’язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Нав’язливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання.

2. Кошмарні сновидіння про пережиту подію, що повторюються.

3. “Флешбек”- ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

➤ Критерій С (“уникання”). Постійне уникання стимулів, пов’язаних із травмою, а також ознаки намбінгу (numbing) – блокування емоційних реакцій, “заціпеніння” (не спостерігалось до травми). Визначається по наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

1. Зусилля по униканню думок, почуттів або розмов, пов’язаних із травмою.

2. Зусилля по униканню дій, місць або людей, що будять спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.

6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові тощо).

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань із приводу кар'єри, одруження, дітей або власного довгого життя).

➤ Критерій D (“гіперактивації”). Постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі з засипанням або поганим сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Складнощі з зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

➤ Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв B, C і D спостерігаються більше одного місяця після травми.

➤ Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Як видно з опису критерію A, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових під час діагностики ПТСР.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, що характеризуються потужним негативним впливом, ситуації загрози, що вимагають від людини екстраординарних зусиль з подолання наслідків їхнього впливу. Виділяють кілька типів травматичних ситуацій:

1. Короткочасна, несподівана травматична подія (наприклад, сексуальне насильство, природні катастрофи, терористичні акти, дорожньо-транспортні пригоди тощо).

2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії тощо).

ПТСР зазвичай виникають слідом за психотравмою після латентного періоду, що може варіювати від 4 тижнів до декількох місяців (але, за винятком особливих випадків, не більше 6 місяців). Формуванню ПТСР може передувати етап гострої стресової реакції.

Першим етапом діагностики ПТСР є встановлення в анамнезі пацієнта самого факту переживання їм екстремальної (травматичної) події. Потім проводяться вищевказані клініко-психопатологічні і психодіагностичні дослідження.

Критерії діагностики розладів адаптації

Розлади адаптації (F 43.2) – стани суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, які, зазвичай, перешкоджають соціальному функціонуванню і продуктивності і виникають в період адаптації до значної зміни в житті або стресової події.

Вони діагностуються при відповідності стану наступним критеріям:

1 критерій – наявність в анамнезі ідентифікованого психосоціального стресу, в тому числі екстремальних подій; симптоми розладу з'являються протягом місяця;

2 критерій – наявність окремих симптомів (за винятком маячних і галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) розладів і порушень соціальної поведінки (F91), але не відповідають цілком жодному з них;

3 критерій – тривалість розладів не перевищує 6 місяців з моменту припинення дії стресу за винятком затяжних депресивних реакцій (F 43.21).

Розлади адаптації в залежності від характеру домінуючої клінічній картині диференціюються у такий спосіб:

а) короткочасна депресивна реакція (F 43.20) – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

б) пролонгована депресивна реакція (F 43.21) – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

в) змішана тривожна і депресивна реакція (F 43.22) – представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F 41.2) або інші змішані тривожні розлади (F 41.3);

г) з перевагою порушення інших емоцій (F 43.23) – є різноманітна структура афекту, представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F 41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F 41.3), але їхня вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів;

д) з перевагою порушення поведінки (F 43.24) – розлад, що торкається переважно соціальної поведінки, наприклад, агресивної або іншої девіантної її форми, в структурі реакції горя в підлітковому віці;

е) змішаний розлад емоцій і поведінки (F 43.25) – визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки;

ж) інші специфічні переважаючі симптоми (F 43.28).

У МКХ–10 існує діагностична рубрика “Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи” (F 62.0), що може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом. У цих випадках зміни особистості мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що призводять до стійких порушень у міжперсональному,

соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності).

Психодіагностичний інструментарій для діагностики проявів бойової психічної патології

З метою діагностики ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик. У ході діагностики рекомендується використовувати такий методичний інструментарій:

1. “Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (Бреслау та ін., 1999 р.) (Додаток 1)

2. Опитувальник респондента про стан здоров'я (RHQ-9) – шкала самооцінки депресії (Додаток 2).

3. Опитувальник Міні-мульти (Додаток 3).

4. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) (Додаток 4).

5. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД) (Додаток 5).

6. Анкета “Стрес-фактори” (Додаток 6).

7. Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS) (Додаток 7).

8. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО).

9. Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова (Додаток 8).

10. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (Додаток 9).

11. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R), в адаптації Н.В. Тарабриної (Додаток 10).

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ РОБОТИ ПСИХОЛОГА

3.1 Професіоналізм практичного психолога

Військовий психолог має гуманітарну освіту в галузі психології, тому він не займається діагностикою психічних захворювань, не має права лікувати і призначати лікарські препарати. Його сфера діяльності не має відношення до хвороб. Разом з тим, психолог повинен вміти розмежовувати психопатологічні симптоми від умовно нормальної своєрідної поведінки і переживань людини, яка переживає психологічні труднощі.

Професійний психолог повинен вміти розпізнавати патологічні прояви в мисленні, емоційній сфері, поведінці, міжособистісних відносинах, щоб не допустити помилки під час інтерпретації індивідуально-психологічних особливостей клієнта і не пропустити психіатричні розлади.

Така позиція, передбачає обізнаність психолога в питаннях феноменології психічних захворювань, а також чітке усвідомлення меж своєї професійної компетенції, а вже їх лікуванням повинен займатися фахівець з медичною освітою.

Необхідність правильного розуміння зони своєї компетенції стає особливо актуально, коли мова йде про психічні розлади, коли клієнт стає об'єктом необґрунтованого і недоцільного втручання з несприятливими наслідками не тільки для стану хворого, але і для професійної самооцінки самого психолога.

Психолог - фахівець в міждисциплінарній галузі. До нього ставляться досить високі вимоги: ерудованість, гнучкість мислення, допитливість, відкритість до нових знань, толерантність до

невідомого. Ситуація невизначеності, в якій доводиться працювати психологу, часто перевантажує його тривогою і перевіряє на міцність його адаптивні можливості. Уміння справлятися з ситуацією невизначеності і виникаючою стосовно неї тривогою належить до числа професійних навичок психолога. Професійна зрілість психолога означає прийняття ним відповідальності за особистісні потреби, визнання їх існування, розуміння їх динаміки і має на увазі вміння тримати їх відносно ненав'язливими.

3.2 Медико-психологічне обстеження та напрацювання первинного психологічного висновку

1. Вивчення клінічних, психологічних та соціальних даних клієнтів.

Під час першої зустрічі з клієнтом, психолог провидить перший етап бесіди, який складається трьох частин, а також заповнює 1, 2 та 3 позиції **структурованого інтерв'ю (протоколу)** (Додаток 11). Це фактичні (формальні) дані про клієнта (наприклад, “освіта”, “військове звання”, “кількість зареєстрованих шлюбів” тощо).

Перший етап бесіди – встановлення контакту і початок бесіди. Успіх бесіди багато в чому залежить від того, наскільки вже з перших хвилин психолог зуміє виявити себе доброзичливим і зацікавленим співрозмовником. Не слід дуже метушитися, “загравати” з клієнтом, з перших хвилин намагатися вступити з ним в активний контакт, пропонувати і обіцяти свою допомогу. Ситуація початку бесіди для людини, що прийшла до психолога вперше, повна дискомфорту, їй необхідно дати час оговтатися. Добре, якщо психолог не дуже багатослівний; безпосередньо перед тим, як почати бесіду, краще зробити паузу (не дуже велику, 45-60 сек.).

Оптимальна позиція психолога по відношенню до клієнта – це позиція рівності, одним з проявів якої є “рівність імен”. Це значить, що краще, якщо психолог представляється так само, як клієнт – по імені - по батькові або просто на ім'я. Бажано, щоб клієнт представлявся першим (“Як мені краще до Вас звертатись”; “Ви можете звертатись до мене по імені-по батькові або просто на ім'я за Вашим бажанням” тощо).

Конфіденційність інформації

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана їм інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, інформує клієнта про те, що в разі виявлення існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або імовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано (начальнику), лікарю тощо.

Приклад 1-3 позицій структурованого інтерв'ю (клієнт Пилипенко О.О.)

Клієнт: Пилипенко О.О.

Вік 39 років.

Військове звання - старший солдат.

Військова спеціальність – водій.

Звернувся до психолога самотійно. Метою звернення стало бажання клієнта краще пізнати себе, розібратися у своїх особливостях.

До цього мав невдалий досвід спілкування з психологом: працюючи в організації, роботодавець примусово зобов'язав всіх співробітників поспілкуватись з психологом. Цією зустріччю клієнт залишився незадоволений, мав великі сумніви щодо професійної компетенції даного фахівця.

В ході психологічного консультування було визначено наступне.

З анамнезу життя: спадковість маніфестними формами психозів не обтяжена. Матері 59 років, жорстка, авторитарна, вихованню дитини приділяла не достатньо часу, проте на першому плані для неї були слухняність сина та його успіхи в навчанні. Вона не стільки допомагала з цим, скільки постійно сварила за будь-які невдачі (неслухняність, незадовільна оцінка, незроблене домашнє завдання, або зроблене невчасно). Застосовувала до дитини фізичну силу. Після смерті чоловіка стала ще більше жорсткою і авторитарною по відношенню до сина.

Батько жив із родиною, періодично вживав алкоголь, був жорсткою і авторитарною людиною по відношенню до всіх членів родини, застосовував фізичну силу, як по відношенню до дитини, так і до дружини. Батьки постійно сварились між собою. Батько мав проблеми із здоров'ям, проте ніколи до лікарів не звертався. Помер у віці 40 років внаслідок серцево-судинного захворювання.

Братів і сестер не має.

Клієнт категорично заперечує можливість звернення до будь-яких медичних фахівців, в тому числі за умови, коли в цьому виникає потреба. До того ж, навіть коли він був поранений внаслідок участі в бойових діях, він умовив фельдшера підрозділу залишити його на місці під власну відповідальність і відмовився від транспортування у госпіталь. Свої дії з цього питання пояснює тим, що він такий самий, яким був його батько, який ніколи не звертався по допомогу до медиків, навіть за умови поганого самопочуття.

Клієнт ріс і розвивався відповідно віку. Був активною, товариською дитиною. В навчанні мав середні успіхи. Дуже страждав від тотального контролю батьків, постійних сварок та покарань. У віці 7 років зрозумів, що нестерпні переживання страху, жаху та тривоги, які пов'язані з матір'ю (коли вона кричала і біла його) можна зменшити шляхом спричинення собі фізичного болю. З того часу використовує цей "прийом" з метою полегшення цих станів. Після смерті батька у віці 17 років, у зв'язку із скрутним

фінансовим станом у родині був змушений заробляти гроші (“таксував” на власному авто). Мати працювала, але мала мінімальну зарплатню. Мав велике бажання отримати вищу освіту. З цією метою заробив грошей і оплатив власне навчання в університеті на факультеті “менеджмент організацій”. Після завершення навчання працював на заводі водієм, враховуючи любов до техніки та стаж водіння. У 30 років одружився, дітей не має. Проживає з дружиною разом із своєю матір’ю в її квартирі (матері). Дружина схвалює вибір чоловіка стосовно військової служби за контрактом. Стосунки з матір’ю оцінює, як “дуже складні”. Вибір військової професії сина вона категорично не підтримує, аж до наполягання на звільненні його з лав Збройних Сил.

До кримінальної відповідальності ні клієнт, ні члени його родини не притягалися.

Серед захоплень виділяє перегляд наукових та фантастичних фільмів, прослуховування музики.

Планів на майбутнє не має. Не бачить сенсу їх мати. Живе одним днем.

Характер відносин з дружиною. Стосунки з дружиною оцінює як “хороші”. Характеризує їх як демократичні (рівноправні відносини; рівність прав і рівність обов’язків); психастеноїдні (невимогливий партнер в інтимному житті, задовольняючись бляклими фізіологічними відчуттями, справжнє задоволення вони отримують від свідомості того, що доставляють насолоду партнеру).

Проте, на протиположних вищезазначеним відносинам, клієнт характеризує відносини з дружиною, як гіпертимні (високо сексуальні партнери, вміють отримувати задоволення і надавати його партнеру, подружжя створює дуже приємний фон для інтимного спілкування, вільні у проявах сексуальності, не обмежують себе ніякими заборонами, такі партнери нескінченно

впевнені в собі) та істероїдні (без любові такі партнери на інтимні стосунки не йдуть. Навіть за наявності багатих сексуальних контактів, в кожен конкретний момент вони щиро люблять предмет привабливості. У сексі винахідливі, здатні влаштувати з інтимного контакту справжнє свято).

Враховуючи, що клієнт постійно знаходиться під впливом деспотичної матері, і в більшій мірі живе за її правилами, обмежуючи себе і дружину у багатьох речах (наприклад: неможливість запросити друзів у гості, неможливість почати жити окремо від матері, бо вона проти цього і т.д.) є підстави зважати, що клієнт характеризує відносини з дружиною як гіпертимні та істероїдні, скоріше має бажання мати такі відносини, ніж має їх насправді.

До того ж, за час психологічного консультування клієнту чотири рази телефонувала дружина. Під час розмови із нею клієнт поведився так, ніби знаходиться у залежній позиції, крім того говорячи дружині про те, що він не може говорити, він так і не наважився їй сказати правду про консультування у психолога, натомість вигадував інші причини зайнятості.

В 2016 році дружина клієнта підписала контракт на військову службу і була направлена в зону проведення АТО.

У 2014 році був мобілізований в зону АТО, під час якої неодноразово переживав сильний стрес. Підрозділ клієнта потрапив під мінний обстріл. Міни влучили в сусідній окоп і всі бійці, які в ньому були, загинули. Після закінчення обстрілу клієнт, разом з побратимами, розгрібав засипаний окоп, збирав частини тіл своїх побратимів і складав їх у пакети.

Під час виходу підрозділів з м. Дебальцево клієнт був одним з перших водіїв, які отримали наказ збирати і вивозити тіла та залишки загиблих військовослужбовців.

Під час перебування в зоні бойових дій, часто знімав напругу, використовуючи техніки релаксації, які бійці самі виградали для

себе: надівали автомат, витягаючи його на ремені перед собою, при цьому, що є сили упирались в автомат руками, аж до болю у м'язах, після чого давали можливість всьому тілу розслабитись. Вправу повторювали декілька разів, якщо в цьому була потреба.

Відомості про стан здоров'я. Свій стан здоров'я клієнт оцінює, як незадовільний. Має поранення внаслідок участі в АТО (чисельні осколкові поранення нижніх кінцівок, переломи ребер), має контузію. Клієнт відчуває погіршення у стані здоров'я. Турбують головні болі, підвищений тиск. Періодично хвилюють болі у місцях поранень і травм, пов'язаних із участю в бойових діях.

Зовнішній вигляд: виглядає відповідно до свого віку, охайний.

***Приклад 1-3 позицій
структурованого інтерв'ю
(клієнт Шевченко П.Ю.)***

Клієнт: Шевченко П.Ю.

Вік 27 років.

Військове звання – старший солдат.

Військова спеціальність – головний сержант, командир гармати.

В ході психологічного консультування було визначено наступне.

З анамнезу життя: Вступив до лав ЗС України добровільно. Загальна тривалість перебування в зоні АТО – 2 роки та 2 місяці, з 2014 по 2016 рр. Приймав безпосередню участь у бойових діях.

Матері 50 років, працює завучем в школі. Батько, 50 років, інвалід II групи, не працює. Є чотири рідних брати віком 30, 22, 18 та 12 років відповідно. Характер відносин між членами родини оцінює як: рівноправні відносини, рівність прав і рівність обов'язків, поважне ставлення до особистого життя партнера, ненав'язування йому своєї думки і смаків, не ображатися на нього, якщо він не прагне постійно робити для іншого партнера щось приємне; вміння ділитися один з одним як позитивними, так і негативними почуттями, без критичних оцінок; недотримання ролей, що традиційно вважаються чоловічими або жіночими,

пробувати змінювати ролі; безумовна довіра один одному (“я вірю їй, навіть якщо б вона була мені невірною”).

Захоплення – гра на музичних інструментах, задоволення у житті приносять подорожі. План на майбутнє – побудувати будинок в горах.

Ріс і розвивався відповідно віку. Був товариською дитиною. Вступив до технікуму, адаптувався в новому колективі швидко. По закінченні отримав спеціальність – маляр-штукатур, стропальник. Після закінчення навчання працював на будівництві. Неодружений, дітей немає. У 2014 році добровільно пішов на військову службу до батальйону територіальної оборони для проходження служби в районі проведення АТО, під час якої пережив сильний стрес.

Найбільш травматичними є спогади про ситуацію, коли в одному з підрозділів батальйону вибухнув боєкомплект в тилу, заживо згоріли військовослужбовці, врятувати їх, на жаль, не встигли. Стверджує, що допомагають не думати про цю ситуацію думки, що значить така їх доля була. Раніше ця ситуація дуже часто снилася, тепер сни про війну та загиблих на війні.

Раніше не звертався до психолога, рішення про звернення цього разу приймалось самотійно.

Своїми думками та переживаннями ділитися з родиною не хоче, аргументуючи це тим, що вони будуть переживати та не зрозуміють його.

Тримається напружено, але спокійно, голос монотонний. Темп мовлення повільний, на запитання відповідає по суті та зрозуміло, відповіді з елементами докладності. Емоційно нестабільний. У скаргах робить акцент на труднощі із засинанням, розлад сну, безсоння, знижений настрій, констатує, що якщо виникає спалах гніву, то не може контролювати себе і в цей період є провали в пам'яті. У мисленні - докладність, ригідність. Свою соціальну захищеність оцінює як вкрай незадовільну.

Клієнт стверджує, що поранень внаслідок участі в АТО не має. Відчував незручність відповідаючи на запитання про стан здоров'я і оцінює його як задовільний. Протягом останнього місяця отримував амбулаторне лікування – “проблеми зі спиною”.

Суїцидальні думки заперечує.

2. Проведення диференційного медико-психологічного обстеження клієнтів за допомогою стандартизованого блоку діагностичних методик.

Предмет психодіагностичного дослідження - внутрішній світ людини. У різних теоретичних підходах він розуміється як особливості характеру, індивідуально-психологічні особливості особистості або особливості функціонування “Его”.

Словник визначає психологічну діагностику як галузь науки, що розробляє принципи, шляхи та прийоми розпізнавання та оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості. Джерелами відомостей про особистість можуть бути соціодемографічні дані, що характеризують стать, вік, освіту, професію, сімейний стан. До них приєднуються такі біографічні відомості як, наприклад, історія переїздів або госпіталізацій та інше. Ці дані, як правило, задокументовані, доступні і легко піддаються перевірці. (1, 2, 3 позиції інтерв'ю).

Дані спостереження (5 позиція інтерв'ю) особливо необхідні, коли мова йде про людей, які не бажають співпрацювати.

Приклад 5 позиції структурованого інтерв'ю (клієнт Пилипенко О.О.)

Обстеження психічного стану. Орієнтування у часі, просторі, ситуації та стосовно інших людей в межах норми. На початку бесіди тримається напружено, схвильований, голос нерівний, темп мовлення швидкий, емоційний, на запитання відповідає по суті, відповіді без елементів докладності.

Настрій: понижений, стурбований, тривожний.

Зміст думок: часто повертається до думок про власну провину.

Процес мислення в межах норми.

Розуміння: в межах норми.

Рівень навичок прийняття рішень: в умовах професійної діяльності – достатній; в умовах дома і родини – низький. Майже всі рішення залежать від матері.

Рівень інтелектуальних здібностей/функціональної здатності: вище середнього.

Пам'ять: в цілому в межах норми. Завжди було важко запам'ятовувати імена та прізвища. На думку клієнта, вона в нього краща, ніж у більшості людей. Добре вистроює події у хронологічній послідовності.

Апетит в межах норми. Констатує набір ваги.

Сон: відчуває проблеми із засинанням на початковому етапі; хвилюють часті ранішні прокидання ближче до 4-ої ранку, хоча й з легкістю засинає знову. Інтервал між ранішніми прокиданнями іноді може складати декілька хвилин.

Клієнт зауважує, що внаслідок участі в АТО став помічати зміни у своїй поведінці (ще більш відповідально став ставитись до поставлених завдань, більш гостро висказує власне незадоволення з приводу будь-чого), в емоціях (став більш запальний, нестриманий, частіше став проявляти гнів, агресію), відчуттях (намагається не звикати до людей, проявляє емоційну холодність, часто охоплює тривога, страх, пов'язаний із незадоволеністю його діями з боку матері, з'явилося більше впевненості в тому, що покладатися можна лише на самого себе), думках (почав жити одним днем, перестав будувати плани, навіть на найближче майбутнє), змінилися життєві цінності (сім'я набула більшої значимості).

Командування задоволене клієнтом, як військовослужбовцем служби за контрактом. Клієнт отримав пропозицію отримати офіцерське звання і пройти офіцерські курси.

В даному випадку командування, на жаль, переслідує власний інтерес, а не військовослужбовця. Логічно було б, якщо командир запропонував клієнту пройти реабілітацію (враховуючи наявний бойовий досвід), а вже після цього - офіцерські курси. Звичайно, “вигідно” мати в підпорядкуванні людину, яка дуже відповідально ставиться до виконання наказів, а у разі необхідності – виконує завдання за інших. Проте ніхто не задумується, що насправді переживає військовослужбовець і наскільки це може вистачити його власного ресурсу та як це в подальшому може відобразитися на його психічному здоров’ї та якості виконання завдань за призначенням.

У скаргах клієнт робить акцент на почуття тривоги, хвилювання, труднощі засинання, ранішні прокидання, дратівливість, імпульсивність, раптово виникаючі спалахи гніву, головний біль давлучого характеру, часто знижений настрій. Легко виходить із себе в складних ситуаціях. Страждає від почуття провини, особливо коли якась справа покладається не тільки на нього. В таких випадках він бере відповідальність на себе, щоб бути впевненим, що все буде, як треба. Дуже болісно переживає, коли отримує незаслужено покарання, або зауваження від командирів, особливо коли це відбувається у присутності інших військовослужбовців. Докладає багато зусиль для подолання власною нерішучості.

Суїцидальні думки заперечує.

Поточні симптоми / проблеми:

№ з\п	Назва	Ознаки	З якого моменту симптом присутній	Як довго триває	Чи заважає клієнту
1	Тривога	Очікування якоїсь небезпеки.	Помітив, що посилювалась після участі в АТО	В залежності від ситуації	Заважає

2	Панічні атаки	<p>Триває 5-10 хвилин. Починається раптово і повністю опановує думками і свідомістю людини. Супроводжується страхом за власне життя і незрозумілою тривогою. Посилюється одночасними вегетативними симптомами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • частий пульс, серцебиття, відчуття перебоїв або завмирання серця; • підвищення артеріального тиску під час нападу, іноді до дуже великих значень; • відчуття задухи, нестачі повітря, утрудненого дихання; • розлиті болі або неприємні відчуття в області серця; • підвищена пітливість і озноб; • тремтіння, поколювання, оніміння в руках і ногах; • запаморочення, нудота, стан близький до непритомності; • сухість у роті, відчуття “комка” в горлі. 	<p>Після участі в АТО. По декілька разів на тиждень</p>	Декілька хвилин	Не дуже заважає, звик до цього, заспокоюється тим, що триває недовго
3	Фобія	<p>Всі проблеми починаються в момент зіткнення з фобічним стимулом (висота, павуки, замкнений простір (ліфт) тощо), причиною фобії. Людина при цьому ментально втрачає над собою контроль, причому страх не піддається ніяким впливам раціонального мислення і логіки. Основні ознаки фобій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Озноб; - Пітливість кінцівок; 	<p>Заперечує (можливо у зв'язку з тим, що вважає, що чоловік має бути сильним і може відчувати страх лише перед загрозою власному життю, або життю товариша чи близької людини).</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> - Тахікардія (прискорене серцебиття); - Задуха; - Потемніння в очах; - Стан жаху. 			
4	Обсесивно-компульсивні дії	Для них характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти лякаючим подіям. При цьому між нав'язливими діями і наслідками, від яких вони нібито повинні захистити, зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку.	Заперечує.		
5	Соматизація	Перехід негативних емоцій на рівень тіла, при їх тривалому впливі, призводить до різних порушень у внутрішніх органах, розвиваються реальні соматичні порушення (підвищений тиск, біль у місцях поранень, хребті, в області нирок).	Після повернення з АТО	Систематично	Не дуже заважає. Змирився з проявами, не звик жалітися
6	Депресія	<ul style="list-style-type: none"> • розлади сну (трудність при засипанні, раннє пробудження, поверхневий сон, не приносить відчуття відпочинку); • пригнічений стан, почуття втоми; • почуття провини; • психосоматичні розлади; • втрата інтересу до улюблених занять; • зниження енергетичного потенціалу; • постійне відчуттям втоми. 	Після повернення з АТО	Більшість симптомів присутні систематично, змінюючи один одного	Заважає

7	Порушення пам'яті	<p>Амнезії - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.</p> <p>Види амнезій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною; - антероградна амнезія - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості; - антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості. <p>2. Часткові порушення пам'яті:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіпомнезія - зниження пам'яті, - гіпермнезія - підвищення пам'яті, <p>виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.</p> <p>3. Парамнезії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій; - псевдоремінісценції - порушення хронології в 	<p>Заперечує наявність у себе перелічених симптомів. Проте зауважує, що завжди погано запам'ятовує імена та прізвища. В цілому вважає, що його пам'ять краща, ніж у більшості його знайомих</p>
---	-------------------	--	---

		пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє; - криптомнезії - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.	
8	Дивні думки		Заперечує
9	Дивна поведінка	Поведінка, яка не властива клієнту	Заперечує
10	Параноїчні думки	Нездорова підозрілість, схильність бачити у випадкових подіях підступні дії ворогів, вибудовувати складні теорії змов проти себе, зі збереженням в іншому логічності мислення.	Заперечує
11	Розлади харчової поведінки	Анорексія - критичне зниження маси тіла, часто небезпечне для життя, втрата апетиту. Булімія - патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі(поліфагія). Спотворення смаку - непереборне бажання вживати в їжу будь-що незвичайне й малоїстівне - крейду, папір, глину, ґрунт, зубний порошок, вугілля, пісок, лід, каміння, скло, метал, а також сире тісто, фарш, крупу. Булімія - порушення	Заперечує

		харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом і ненажерливістю. Людина відчуває постійну потребу в їжі.			
12	Порушення апетиту	Підвищення, зниження, відсутність апетиту.	Набрав вагу		
13	Недостатність навичок прийняття рішень	<p>Відсутня психологічна готовність до прийняття рішення.</p> <p>Відсутність навичок у випадку, коли деякі рішення варто приймати миттєво, керуючись лише своєю інтуїцією, а деякі вимагають глибокого аналізу і збору додаткової інформації.</p> <p>Невміння використовувати методику “за” і “проти”, прислухатися до свого внутрішнього голосу, аналізувати наслідки і процес прийняття рішень. Нездатність повертатися до своїх помилок, побоюючись неприємних емоцій, аналізувати важливі прийняті рішення на предмет, що можна було поліпшити як в самому рішенні, так і в процесі і методиці його прийняття.</p>	Завжди було важко приймати рішення, особливо вдома.	Дуже часто	Так
14	Втрата інтересу	У разі, якщо те що раніше приносило задоволення, тепер його не приносить (наприклад, улюблені види діяльності, спорт, хобі тощо).	Після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає
15	Втрата енергії	Сонливість, запаморочення, втрата працездатності, відчуття, що “все валиться з рук”.	Після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає

16	Сексуальна дисфункція	<p>У чоловіків найчастіше - у вигляді дезактуалізації статевого життя, а сексуальна дисгармонія подружньої пари виникає головним чином унаслідок реакції дружини на захворювання чоловіка.</p> <p>У жінок - переважну роль відіграє витіснений комплекс провини та ідеї самозвинувачування.</p> <p>зниження статевого потягу, аж до алібідемії, послаблення сексуальних відчуттів і гіпооргазмія</p> <p>Спостерігаються аноргазмія болі під час статевого акту, особливо якщо жінка пережила сексуальне насильство.</p> <p>Нечасті статеві акти відбуваються в основному на вимогу чоловіка.</p>	Заперечує		
17	Порушення сну	Труднощі із засипанням ввечері або неможливість заснути, часті ранішні прокидання, після цього переривчастий сон.	Після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає
18	Недостатність навичок міжособистісних взаємин	<p>Виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими.</p> <p>Хвороблива реакція на критику.</p>	Було і раніше (до військової служби)	По теперішній час	Заважає
19	Проблеми поведінки	<p>Відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки.</p> <p>В ситуаціях, коли знаходиться у стані агресії (гніву) не може керувати своєю поведінку, може застосовувати фізичну силу.</p>	Було і раніше (до військової служби)	По теперішній час	Не дуже заважає

20	Сімейні проблеми	Соціально-побутові проблеми (змушений жити з матір'ю, погані відносини між нею і клієнтом, а також між його дружиною і його матір'ю)	Особливо після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає
21	Недостатність системи підтримки	Відсутність підтримки з боку матері, колишніх друзів, держави.	Особливо після повернення з АТО	По теперішній час	Не дуже заважає
22	Зміна ваги	Збільшення ваги	За останні півроку		Не заважає
23	Незвичні рухи тіла	Рухи тіла, які є не звичними, для клієнта і які з'явилися	Заперечує		
24	Інші:		Не має		

**Приклад 5 позиції
структурованого інтерв'ю
(клієнт Шевченко П.Ю.)**

Обстеження психічного стану:

Зовнішній вигляд, орієнтування, в межах норми, мовлення сповільнене, виснажене, настрої в межах норми, але дещо пригнічений, діапазон настрою, зміст думок, процес мислення, перцепція, пам'ять в межах норми, наявна здатність до надання історичної інформації, апетит в межах норми, проблеми з тривалістю сну, розуміння в межах норми, рівень навичок прийняття рішень достатній, рівень інтелектуальних здібностей середній.

Рівень надійності свідчень клієнта – високий (суб'єктивна думка психолога).

Поточні симптоми / проблеми:

№ з\п	Назва	Ознаки	З якого моменту симптом присутній	Як довго триває	Чи заважає клієнту
1	Тривога	Очікування якоїсь небезпеки.	Заперечує		
2	Панічні атаки	Триває 5-10 хвилин. Починається раптово і повністю опановує думками і свідомістю людини.	Заперечує		

		<p>Супроводжується страхом за власне життя і незрозумілою тривогою. Посилюється одночасними вегетативними симптомами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • частий пульс, серцебиття, відчуття перебоїв або завмирання серця; • підвищення артеріального тиску під час нападу, іноді до дуже великих значень; • відчуття задухи, нестачі повітря, утрудненого дихання; • розлиті болі або неприємні відчуття в області серця; • підвищена пітливість і озноб; • тремтіння, поколювання, оніміння в руках і ногах; • запаморочення, нудота, стан близький до непритомності; • сухість у роті, відчуття “комка” в горлі. 	
3	Фобія	<p>Всі проблеми починаються в момент зіткнення з фобічним стимулом (висота, павуки, замкнений простір (ліфт) тощо), причиною фобії. Людина при цьому ментально втрачає над собою контроль, причому страх не піддається ніяким впливам раціонального мислення і логіки. Основні ознаки фобій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Озноб; - Пітливість кінцівок; - Тахікардія (прискорене серцебиття); - Задуха; - Потемніння в очах; - Стан жаху. 	Заперечує

4	Обсесивно-компульсивні дії	Для них характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти лякаючим подіям. При цьому між нав'язливими діями і наслідками, від яких вони нібито повинні захистити, зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку.	Заперечує		
5	Соматизація	Перехід негативних емоцій на рівень тіла, при їх тривалому впливі, призводить до різних порушень у внутрішніх органах, розвиваються реальні соматичні порушення (підвищений тиск, біль у місцях поранень, хребті, в області нирок).	Після повернення з АТО	Систематично	Не дуже заважає. Змирився з проявами, не звик жалітися
6	Депресія	<ul style="list-style-type: none"> • розлади сну (трудність при засипанні, раннє пробудження, поверхневий сон, не приносить відчуття відпочинку); • пригнічений стан, почуття втоми; • почуття провини; • психосоматичні розлади; • втрата інтересу до улюблених занять; • зниження енергетичного потенціалу; • постійне відчуттям втоми. 	Після повернення з АТО	Більшість симптомів присутні систематично, змінюючи один одного	Заважає
7	Порушення пам'яті	Амнезії - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати,			

	<p>зберігати і відтворювати інформацію.</p> <p>Види амнезій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною; - антероградна амнезія - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості; - антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості. <p>2. Часткові порушення пам'яті:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіпомнезія - зниження пам'яті, - гіпермнезія - підвищення пам'яті, виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів. <p>3. Парамнезії:</p> <ul style="list-style-type: none"> - конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій; - псевдоремінісценції - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє; - криптомнезії - розлади 	<p>Заперечує наявність у себе перелічених симптомів. Проте зауважив, що у стані агресії може не контролювати свої дії, а потім не пам'ятає цього.</p>
--	---	---

		пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.	
8	Дивні думки		Заперечує
9	Дивна поведінка	Поведінка, яка не властива клієнту	Заперечує
10	Параноїчні думки	Нездорова підозрілість, схильність бачити у випадкових подіях підступні дії ворогів, вибудовувати складні теорії змов проти себе, зі збереженням в іншому логічності мислення.	Заперечує
11	Розлади харчової поведінки	<p>Анорексія - критичне зниження маси тіла, часто небезпечне для життя, втрата апетиту.</p> <p>Булімія - патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі(поліфагія).</p> <p>Спотворення смаку - непереборне бажання вживати в їжу будь-що незвичайне й малоїстівне - крейду, папір, глину, ґрунт, зубний порошок, вугілля, пісок, лід, каміння, скло, метал, а також сире тісто, фарш, крупу.</p> <p>Булімія - порушення харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом і ненажерливістю. Людина відчуває постійну потребу в їжі.</p>	Заперечує

12	Порушення апетиту	Підвищення, зниження, відсутність апетиту.	Заперечує		
13	Недостатність навичок прийняття рішень	Відсутня психологічна готовність до прийняття рішення. Відсутність навичок у випадку, коли деякі рішення варто приймати миттєво, керуючись лише своєю інтуїцією, а деякі вимагають глибокого аналізу і збору додаткової інформації. Невміння використовувати методичку “за” і “проти”, прислухатися до свого внутрішнього голосу, аналізувати наслідки і процес прийняття рішень. Нездатність повертатися до своїх помилок, побоюючись неприємних емоцій, аналізувати важливі прийняті рішення на предмет, що можна було поліпшити як в самому рішенні, так і в процесі і методиці його прийняття.	Заперечує		
14	Втрата інтересу	У разі, якщо те що раніше приносило задоволення, тепер його не приносить (наприклад, улюблені види діяльності, спорт, хобі тощо).	Після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає
15	Втрата енергії	Сонливість, запаморочення, втрата працездатності, відчуття, що “все валиться з рук”.	Після повернення з АТО	По теперішній час	Не дуже заважає
16	Сексуальна дисфункція	У чоловіків найчастіше - у вигляді дезактуалізації статевого життя, а сексуальна дисгармонія подружньої пари виникає головним чином унаслідок реакції дружини на	Заперечує		

		захворювання чоловіка. У жінок - переважну роль відіграє витіснений комплекс провини та ідеї самозвинувачування. зниження статевого потягу, аж до алібідемії, послаблення сексуальних відчуттів і гіпооргазмія Спостерігаються аноргазмія болі під час статевого акту, особливо якщо жінка пережила сексуальне насильство. Нечасті статеві акти відбуваються в основному на вимогу чоловіка.			
17	Порушення сну	Труднощі із засипанням ввечері або неможливість заснути, часті ранішні прокидання, після цього переривчастий сон.	Після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає
18	Недостатність навичок між особистісних взаємин	Виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Хвороблива реакція на критику.	Заперечує		
19	Проблеми поведінки	Відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. В ситуаціях, коли знаходиться у стані агресії (гніву) не може керувати своєю поведінку, може застосовувати фізичну силу.	Заперечує		
20	Сімейні проблеми	Соціально-побутові проблеми	Особливо після повернення з АТО	По теперішній час	Заважає
21	Недостатність системи підтримки	Відсутність підтримки з боку матері, колишніх друзів, держави.	Особливо після повернення з АТО	По теперішній час	Не дуже заважає

22	Зміна ваги	Збільшення ваги	Заперечує
23	Незвичні рухи тіла	Рухи тіла, які є не звичними, для клієнта і які з'явилися	Заперечує
24	Інші:		Не має

Крім спостереження психолога, джерелами цих даних можуть бути рідні, командири (начальники), друзі, лікарі. Як правило, вони надають усну, досить достовірну інформацію, хоча і суб'єктивну. Дані самозвіту, коли людина відповідає на поставлені їй запитання, можливо, найкоротший шлях отримати бажані відомості, однак достовірність даних в цьому випадку повинна бути поставлена під сумнів їх точність і повнота схильні спотворення через небажання співпрацювати, нереалістичною самооцінки, слабкої пам'яті, психологічних захистів та інших факторів. Клієнти Пилипенко О.О. та Шевченко П.Ю. під час роботи з психологом висловили бажання не відповідати на запитання, які їм було запропоновано в позиції **“Індивідуальні коментарі”**, посилаючись на сильну втому і необхідність якнайшвидше виконати отриманий командиром наказ.

Нарешті, тестування дозволяє отримати відомості про особистість непрямим способом. У порівнянні з іншими способами отримання інформації про особистість тести є найбільш трудомісткими. Особливістю отриманих таким чином відомостей є їх невизначеність і необхідність подальшої обробки даних і інтерпретації. Перевагою тестів є скорочення часу, що витрачається на вивчення особистості, повнота характеристики, а також додаткові можливості, наприклад, оцінка правдивості самозвіту (оціночні шкали СБМДО, показник L (Лямбда) в тесті Роршаха) або виявлення за допомогою проєктивних методів репертуару психологічних захистів і змісту неусвідомлюваних конфліктів.

Добре зарекомендувала себе на практиці проєктивна психодіагностика.

Вона широко використовується в консультативній роботі, і в

більшості випадків тлумачення отриманих даних поєднує опис особистісних рис з психодинамічною інтерпретацією.

Серед робочих концепцій, прийнятих в психодіагностиці, в даний час найбільш популярним є перерахування особистісних рис. Цей підхід дозволяє порівнювати людей між собою за однією ознакою. Він орієнтований на виявлення відносно стабільних характеристик внутрішнього світу людини і домінує в практиці професійного відбору та академічній експериментальній психології.

Проективний підхід орієнтований на цілісне описання і на відповідний метод дослідження. Його важливими відмінностями є заглибленість в особистий досвід психолога та невід'ємність від нього, а також надана психологу свобода в тлумаченні отриманих результатів.

Є деякі нюанси проективного тестування, які ставлять особливі вимоги психодіагносту. Експерименти показують, що під час проектного дослідження респонденти відчують більшу ворожість до персонажів тієї статі, що і психодіагност. Крім проекції, взаємодія в ситуації тестування може відображати дію психологічного захисту за типом проективної ідентифікації. Здатність усвідомлювати і верифікувати ці та інші несвідомі процеси приходить з досвідом роботи психолога.

Проектні тести особливо чутливі для виявлення дисоціативної патології. Психодіагносту необхідно вміти розрізняти психологічні захисти з континууму дисоціації (дисоціативні розлади (*лат. Dissociare* "відділятися від спільності") - група психічних розладів, що характеризуються змінами або порушеннями ряду психічних функцій - свідомості, пам'яті, почуття особистісної ідентичності, усвідомлення безперервності власної ідентичності. Зазвичай ці функції інтегровані в психіці, але коли відбувається дисоціація, деякі з них відокремлюються від потоку свідомості і стають певною мірою незалежними. Так, може втрачатися особистісна ідентичність і виникати нова, як це відбувається в станах фуґи або

множинної особистості, або можуть стати недоступними для свідомості окремі спогади, як у випадках психогенної амнезії.

Недосвідчений інтерпретатор потребує обговорення своїх припущень з колегами і супервізорами щоб заповнити відсутність досвіду інтерпретації.

3.3 Диференційний діагноз проявів бойової психічної патології

Під час діагностики ПТСР слід виявляти обережність - перш за все, необхідно виключити інші синдроми, які можуть з'явитися після травми.

Особливо важливо розпізнавати неврологічні або соматичні захворювання, що піддаються лікуванню, і які можуть вносити свій внесок в розвиток посттравматичних симптомів. Наприклад, черепно-мозкова травма, вживання ПАР або абстинентний синдром можуть бути причиною симптомів, які виявилися зразу після травми або через кілька тижнів. Виявлення неврологічних або соматичних розладів потребує докладного збору анамнезу, ретельного обстеження, а іноді і нейропсихологічного дослідження. При класичному неускладненому ПТСР свідомість і орієнтування хворого не страждають. Якщо під час нейропсихологічного дослідження виявляється когнітивний дефект, що був відсутній до травми, слід виключити органічне ураження головного мозку.

Симптоми ПТСР буває важко відрізнити від проявів панічного розладу або генералізованого тривожного розладу, оскільки при всіх трьох станах спостерігаються виражена тривога і підвищена реактивність вегетативної системи.

Велике значення в діагностиці посттравматичного стресового розладу має встановлення часового зв'язку між розвитком симптомів і психотравмуючою подією. Крім того, при ПТСР спостерігаються постійне переживання травмуючих подій і

прагнення уникнути будь-якого нагадування про них, що нехарактерно для панічного і генералізованого тривожного розладу.

ПТСР часто доводиться диференціювати і з важкою депресією. Хоча два цих стани легко розрізнити за їх феноменологією, важливо не пропустити у хворих з ПТСР коморбідну депресію, яка може важливо вплинути на вибір терапії.

Нарешті, цей розлад необхідно диференціювати з граничним розладом особистості, дисоціативним розладом або навмисною імітацією симптомів, які можуть мати подібні з ПТСР клінічні прояви.

Диференційний діагноз необхідно проводити також з наступними розладами:

Розлади адаптації, при яких стресор, що викликає, клінічну симптоматику, може бути будь-якої тяжкості і не бути екстремальним (не катастрофічного рівня). Розлад діагностується, коли критеріїв для постановки діагнозу ПТСР недостатньо, однак можуть відзначатися симптоми, схожі на ті, які зустрічаються при ПТСР.

1. Гостра реакція на стрес, яка носить короткочасний характер.

2. Обсесивно-компульсивний розлад, при якому також спостерігаються повторювані нав'язливі думки, проте вони переживаються як недоречні і не пов'язуються з конкретною темою.

3. “Флешбеки”, що відзначаються при ПТСР, слід відрізнити від ілюзій і галюцинацій, що мають місце при психотичних розладах (шизофренія, розлад настрою з психотичними симптомами, делірій, розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами, психотичні розлади, як наслідок основного соматичного захворювання).

4. Симуляція у випадках, коли є очевидна вторинна вигода, наприклад, фінансова компенсація.

Перенесений стрес може стати поштовхом для депресії, тривожного розладу, зловживання психоактивними речовинами з подальшою можливістю формування залежності або зривів при вже сформованій залежності, а також погіршити особистісне функціонування при особистісному розладі. Крім того, інша соматоневрологічна патологія, може справляти вплив на перебіг ПТСР. Психолог повинен знати, що описані форми патології можуть суттєво спотворити картину ПТСР, або повністю приховати її внаслідок власних, відмінних від ПТСР механізмів розвитку.

Стійкість, несприйнятливність до медико-психологічного лікування ПТСР можуть визначати як складні форми супутньої патології так і певні характеристики особистості, а також соціальна ситуація (сім'я, друзі, соціальна підтримка, фінансова ситуація, політична ситуація).

*Основні правила для психолога, який працює з постраждалим,
хворим на ПТСР*

1. Якщо клієнт звертається з приводу ПТСР і депресії, то фахівці повинні спершу працювати з ПТСР, а проблема з депресією, ймовірно, відступатиме після успішного подолання ПТСР.

2. Якщо при обстеженні постраждалих із ПТСР виявляється високий ризик суїциду або нанесення шкоди іншим людям, то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні цього ризику.

3. Якщо особи з ПТСР страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію ПТСР (про що, наприклад, свідчить значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності або високий ризик суїциду), то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні депресії.

4. Якщо потерпілі з ПТСР страждають від алкогольної або наркотичної залежності, або якщо вживання алкоголю чи наркотиків значно впливає на ефективне подолання ПТСР, то

фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні проблеми з наркотиками чи з алкоголем.

5. Пропонуючи травмофокусовану психотерапію потерпілим із ПТСР, які страждають від супутнього розладу особистості, фахівці повинні розглянути питання про подовження терміну терапії.

6. Людей, які втратили близького друга або родича через неприродну або раптову смерть, треба обстежити на наявність ПТСР або ускладнену реакцію втрати. Здебільшого, фахівці повинні спершу працювати над подоланням ПТСР, не ухиляючись від обговорення втрати.

7. Під час оцінки стресорів повинна обережно використовуватися термінологія, пов'язана з поведінкою; необхідно уникати таких спеціальних слів, як зловживання, насильство та ін., які за своїм внутрішнім змістом неточні і можуть по-різному сприйматися в різних культурах.

3.4 Психодіагностичне забезпечення діагностики найбільш частих розладів психіки і поведінки у військовослужбовців - учасників АТО

У ході діагностики рекомендується використовувати методичний інструментарій, про який вже згадувалось у розділі з діагностики проявів бойової психічної патології: Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Бреслау та ін., 1999 р.), Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, Опитувальник Міні-мульти, Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП), Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД), Анкета “Стрес-фактори”, Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS), Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО),

Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R), в адаптації Н.В. Тарабриної.

Стандартна батарея проєктивних тестів, враховуючи досвід чотирьох десятиліть роботи ізраїльських психологів, може включати в себе тест Бендера, тест Будинок-Дерево-Людина, тест Векслера, Тематичний апперцептивний тест (ТАТ).

Стимульний матеріал (Bender Visual Motor Gestalt Test) складається з 9 стандартних карток із зображеними на них геометричними фігурами, що пред'являються в певній послідовності для копіювання. Після етапу перемальовування обстежуваному пропонують зобразити фігури, які він пам'ятає. Тест Л. Бендер чутливий до виявлення органічних і психотичних порушень, в ряді методик він пропонується першим і служить засобом експрес-діагностики грубої патології (Додаток 12).

Тест Дж. Бука (House-Tree-Person Test; НТР) пропонує обстежуваному намалювати будинок, потім дерево, потім людську фігуру: чоловіка або хлопчика, жінку чи дівчинку. Після зображення людської фігури клієнта просять зобразити людину іншої статі. Кожен малюнок інтерпретується як репрезентація "Его". (Додаток 13). *Тест Д. Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale; WAIS)* відноситься до числа широко відомих тестів для вимірювання інтелекту.

Тест тематичної апперцепції Г. Мюррея (Thematic Apperception Test; ТАТ), поряд з Роршахом одна з найавторитетніших і найбільш поширених в світі проєктивних методик (Додаток 14).

Зупинимося більш детально на проєктивних тестах.

Тематичний апперцептивний тест являє собою набір з 31-ї картонної таблиці з чорно-білими зображеннями. На практиці

клієнтам пред'являється послідовність з 10-12 картин з деякими модифікаціями. В роботі з клієнтами, які мають ПТСР, рекомендується застосовувати наступні таблиці:

- 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7BM, 8BM, 11, 12M, 12 BG, 13MF, 16 (чоловічій варіант);
- 1, 2, 3BM, 4, 6 BM, 6GF, 7 BM, 7GF, 8BM, 9GF, 11, 13MF, 16 (жіночій варіант).

Клієнтові пропонують скласти сюжетну розповідь по зображеній на малюнку ситуації, відобразивши минуле, сьогодення і майбутнє, а також думки і почуття героїв. Зміст оповідань клієнта зазвичай відображає сам стимул (картини підібрані таким чином, що зачіпають типові для багатьох людей інтрапсихічні конфлікти), бажання людини, її побоювання, а також характерні для неї способи справлятися з надмірними бажаннями або побоюваннями, тобто патерни її психологічних захистів. Різні персонажі втілюють різні тенденції особистості людини, серія оповідань виявляє характерні для неї об'єктні відносини і описує світ переживань.

Існує теза про те, що травма - це трагедія, про масштаб якої можна судити за величиною умовчання про неї. Ілюстрація серії оповідань за таблицями ТАТ представлена в Додатку 15.

Проективні тести особливо чутливі для виявлення дисоціативної патології. Психодіагносту необхідно вміти розрізняти психологічні захисти з континууму дисоціації і ознаки дисоційованої (такої, що чергується) структури особистості. Одним з важливих ознак останньої є конфігурація перенесення, що спонукає психолога негайно облагодіяти, врятувати, усиновити або пожаліти клієнта. Найкраще, що можна зробити в цій ситуації – усвідомити виниклі бажання і зберегти прийнятну для ситуації доброзичливість і нейтральність.

Розповіді ТАТ дають психодіагносту необмежені можливості для висунення різних гіпотез. Можна припустити, що ситуативний вплив (наприклад, заборона на задоволення потреби або потреба, яка недавно була задоволена), також вплине на результати тесту.

На практиці, клієнти, описуючи взаємини між людьми, приписані героям таблиць, зведені до повсякденних занять, приземлені і обмежені рамками поточного дня. В оповіданнях осіб, які пережили травму немає згадок про майбутнє, про амбіції, очікування, плани. Це не випадково. Хто має травматичний досвід, той постійно боїться, що з ним трапиться щось погане. Людина всіляко ухиляється від спроб психодіагноста детальніше дізнатися про це погане. Історії клієнта лаконічні і конкретні, від психолога потрібне вміння розпитати його.

У розпитуванні оповідань ТАТ виявляється світовідчуття тривожної людини, згідно з яким “Весь світ небезпечний” (1) і “Я ні на що не здатний” (2). Переживання безсилля перед обличчям обставин проходить червоною ниткою через оповідання в оповідання. Герої залучені в невідконтрольні їм, непередбачувані події. Зазвичай раптові дії інших персонажів сильно впливають на героя, він пасивно підкоряється їм. Нерідко звучить тема самотності і депресивного світовідчуття, глибоко пронизане почуттям провини.

Посттравматичний пацієнт зазвичай говорить про скрипку в першій таблиці ТАТ (відоме психоаналітичне трактування вважає скрипку репрезентацією тілесного “Я”) як про пошкоджену якимось чином. Його внутрішній конфлікт - нездатність грати на ній. Нагадаємо, що для більшості здорових людей в цій таблиці характерні сюжети про небажання вчитися, тиск батьків, страх покарання або страх розчарувати батьків. Як варіант цього кліше зустрічається наступне: до музики взагалі немає справи, хлопчик хоче йти на вулицю гуляти або грати в футбол. Як варіант переживань, приписуваних персонажу, зустрічаються

непевненість в собі, неуспіхи в навчанні, бажання прославитися, амбіції свої і батьків.

На противагу уникненню і безсиллю перед обличчям світу, що відрізняють світовідчуття посттравматичних хворих, у відповідях досліджуваних, які симулюють страждання внаслідок травматичної події, виявляються емоційність, охоче, з подробицями описання трагічних подій, пережитих персонажами тестів.

Процедура діагностичного обстеження передбачає три-чотири зустрічі по дві години кожна.

Обробка й аналіз даних медико-психологічного обстеження

Результати стандартної батареї тестів знаходять своє відображення в протоколі стандартизованого інтерв'ю після 6 позиції.

Приклад 6 позиції структурованого інтерв'ю (клієнт Пилипенко О.О.)

№ з/п	Назва методики	Шкала	Показник	Інтерпретація результатів
1	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)	Оцінка інтенсивності бойового досвіду	<p>більше 50 разів</p> <p>більше 6 місяців</p> <p>було вбито до 25% особового складу</p>	<p>Під час участі в бойових діях клієнт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виконував завдання в умовах підвищеної небезпеки, - перебував в оточенні ворога, - брав участь в обстрілі противника, - наражався на небезпеку бути вбитим. <p>Перебував в зоні обстрілу з боку противника.</p> <p style="text-align: center;">+</p>

			до 50 разів	Спостерігав, як товаришів по службі було вбито або поранено.
			Поранення	Під час участі в бойових діях перебував у спостережному пункті на передовій, перебував під прямим вогнем ворога.
			Контузія	Був поранений (багато-чисельні осколкові поранення нижніх кінцівок).
			Інвалідність	Має контузію. Інвалідності не має.
2	Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу	ПТСР	5	Наявність окремих ознак ПТСР
3	Опитувальник Міні-мульти	Шкала брехні	29	Клієнт не приховує своїх труднощів, слабкостей. Усвідомлює свої труднощі, схильний швидше перебільшувати, ніж недооцінювати ступінь міжособистісних конфліктів, тяжкість відмічених симптомів, ступінь особистісної неадекватності. Схильний критично ставитися до себе і оточуючих, скептицизм. Незадоволений і схильний перебільшувати значимість конфліктів, що робить клієнта легко вразливим і

				породжує незручність у міжособистісних стосунках.
		Шкала достовірності	71,3	Неконформність, пов'язана зі своєрідністю сприйняття і логіки; труднощі в міжособистісних контактах; психопатоподібна поведінка, схильність до неупорядкованої поведінки чи виражене відчуття протесту проти конвенціональних норм.
		Шкала корекції	33,4	Відвертість та самокритичність респондента.
		Шкала іпохондрії	59,2	В межах норми
		Шкала депресії	46,2	В межах норми
		Шкала істерії	47,5	В межах норми
		Шкала психопатії	37,8	Конвенціональна особистість, високий рівень ідентифікації зі своїм соціальним статусом, тенденція до збереження постійних інтересів, установок, цілей
		Шкала паранойяльності	61,3	В межах норми
		Шкала психастенії	77,8	Схильність до виникнення тривожних реакцій, а усунення цієї тривоги досягається

			<p>шляхом формування обмеженої поведінки. Сензитивність, страх, тривога, невмотивовані побоювання, невпевненість у собі і у своїй компетентності, знижена самооцінка, нав'язливість. Тривожно-недовірлива особистість, низький поріг фрустрацій, напруженість, самокритичність, емпатійність, труднощі соціального пристосування, сором'язливість, боязкість. Низька здатність до витіснення і підвищена увага до негативних сигналів. Прагнення утримати в центрі уваги навіть несуттєві факти, враховувати і передбачати навіть малоймовірні можливості. В результаті ситуація ніколи не представляється досить визначеною, що ще більше посилює постійну тривожність. Тому нездатність відокремлювати фон від сигналу, збільшення емоційної значущості фону призводить до ослаблення концентрації уваги, до сумнівів і коливань при необхідності прийняти рішення, тривогу і страхи з приводу можливих наслідків своїх дій.</p>
--	--	--	--

			<p>Оскільки кожен новий сигнал сприймається як загроза, то особистість дотримується вже перевічених прийомів діяльності.</p> <p>У своїй діяльності керується, головним чином, не потребою досягти успіху, а прагненням уникнути неспіху. Поведінка визначається страхом перед можливістю накликати на себе небезпеку невірним вчинком. Цей страх лежить в основі обмежень.</p> <p>Емоційна холодність, своєрідність сприйняття і суджень, незвичайність думок і вчинків, вибірковість або поверхневність контактів.</p> <p>Орієнтування на внутрішні критерії, втрата здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих, до програвання їх ролей і в зв'язку з цим порушення адекватного емоційного реагування. Для особистості шизоїдного типу важко, а часом неможливо, поглянути на себе з боку і включити себе в навколишній світ. Поведінка часто ексцентрична, позбавлена емоційного забарвлення або гордовита.</p>
--	--	--	---

		Шкала шизоїдність	72,1	Негативні сигнали не доходять до особистості, але у випадку якщо сигнал отримано, то він несподівано викликає велику вразливість у респондента. Оскільки в силу незадоволеності і вразливості чітко сформоване уявлення про соціальну ситуацію у цих осіб часто виявляється джерелом напруженості, тривалих і інтенсивних негативних емоцій, вони уникають ясних і чітких формулювань і у них відсутнє чітке уявлення про те, як саме вони повинні вести себе в тій чи іншій ситуації або чого саме чекають від них оточуючі.
		Шкала гіпоманії	76,9	Емоційне збудження, дратівливість, образливість і недостатня стриманість.
4	Стрес-фактори	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності. Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше). Побоювання, страх власної загибелі.	30 30 30	Значимі для клієнта фактори

	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки.	30	
	Помилки командування	30	
	Стресори сімейного життя.	30	
	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження).	30	
	Незадоволеність у матеріальних потребах	30	
	Страх полону	30	
	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів.	30	
	Запахи газів, трупів та ін.	30	
	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії.	30	
	Інтенсивні міжособистісні конфлікти.	30	

5	PHQ-9 - анкета (опитувальник) респондента про стан здоров'я	Рівень депресії	7	легка
6	Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)	Вторгнення Уникнення Збудливість	20 7 21	<p>Переважають симптоми збудливості та вторгнення. Проявляється у труднощах засинання, підвищеній дратівливості, спалахах гніву і вибухових реакціях, немотивованій надмірній підозрливості.</p> <p>У звичайному житті клієнт здається цілком благополучною людиною, але будь-який стимул (відповідний звук, запах тощо), який повертає людину в критичну ситуацію, викликає миттєве пожвавлення переживань у нього. На захист від цих переживань потерпілому потрібно все більше і більше зусиль. Вся енергія людини йде на це. Підвищена дратівливість, нетерпимість до звичайних побутових питань, часто виникає шалена ворожість, спрямована проти конкретних людей, яка іноді супроводжується погрозами, присутня мовна агресивність. Виникають спалахи гніву.</p> <p>Поряд з цим, виражене зниження інтересу до того, що раніше цікавило, людина стає байдужою до всього, її ніщо не захоплює. Виявляється</p>

				почуття відстороненості і відчуженості від інших, відчуття самотності. Важко встановлює близькі і дружні стосунки з оточуючими людьми. Припинив планувати своє майбутнє. Травматична подія змінила погляд на важливі моменти в житті.
--	--	--	--	---

Результати проєктивних тестових методик

№ з/п	Назва методики	Інтерпретація
1	Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	Враховуючи психологічний стан клієнта, а також часті приступи панічних атак було прийняте рішення дану методику з клієнтом не використовувати
2	Методика ДІМ-ДЕРЕВО-ЛЮДИНА	<p><i>Невербальна фаза</i> <u>ДІМ.</u> З моменту пояснення завдання клієнту до початку малювання пройшло 2 хвилини.</p> <p>В цей проміжок часу клієнт посміхався, пояснюючи психологу, що він має погані здібності до малювання, декілька разів намагався розпочати малювати, але кожного разу знову посміхався і демонстрував незручність у виконанні завдання. Був дещо напружений на початку роботи. Підводив очі вгору, розглядаючи стелю і, наче роздумуючи, що він збирається малювати.</p> <p>Почав малювати, супроводжуючи діяльність розповіддю про те, як робив домашнє завдання з образотворчого мистецтва своєму племіннику, за що того вчителька трохи посварила і попросила більше так не робити, а малювати самостійно.</p> <p><u>Порядок малювання:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. основа будинку (стіни), 2. дах, 3. вікно, 4. горище,

5. двері.

Після того, як домалював двері зробив 30 с перерву, після чого почав затушовувати дах.

Час малювання: 3 хвилини.

Емоції під час малювання: позитивні, більшу частину часу посміхався.

Примітки: малював швидко, більшу частину часу нічого не говорив, усміхався, бентежився. Малював відкрито, не приховуючи аркуш від психолога.

ДЕРЕВО. Розпочав малювати одразу після отримання завдання, супроводивши початок роботи фразою: “Дерево – це серйозно!”

Порядок малювання:

1. стовбур,
2. трава біля основи,
3. крона.

Час малювання: 1,5 хвилини.

Емоції під час малювання: позитивні. Відчував себе вільно.

Примітки: малював впевнено, швидко, не супроводжуючи свою роботу коментарями. Малював відкрито, не приховуючи аркуш від психолога. Паузи між малюванням деталей не робив.

ЛЮДИНА. Після отримання завдання розгубився. Протягом 5 хвилин совався по стільцю, не міг взятися до роботи.

В цей час усміхався, навіть сміявся, проговорюючи наступне:

“Не знаю, як і малювати”, “Не уявляю, як це зробити”, “А як же малювати? Чи в повний зріст, чи якусь частину людини?”, “Цікаво, цікаво...”, “Не пам’ятаю, коли я таке малював”, “Це вводить в штопор”,. Починає роботу словами: “Добре, спробую”.

Порядок малювання:

1. голова, волосся,
2. тулуб,
3. ноги.

Час малювання: 2 хвилини.

Емоції під час малювання: в цілому позитивні. Посмішку періодично змінював серйозний вираз обличчя. Відчував себе трохи напружено.

Примітки: малював впевнено, відкрито, швидко, не приховуючи аркуш від психолога. Малюючи голову і волосся, бормоче щось нерозбірливо, посміхається. Супроводжує фразою: “Мені самому так смішно”.

Паузи між малюванням деталей не робив.

Вербальна фаза

Бланк пост-рисуночного опитування

Ч1. Це чоловік або жінка (хлопчик або дівчинка)?

- дорослий чоловік.

Ч2. Скільки йому (їй) років?

- 35-40.

Ч3. Хто він?

- знайомий.

Ч4. Це ваш родич, друг чи хто-небудь інший?

- родич.

Ч5. Про кого ви думали, коли малювали?

- про тата.

Ч6. Що він робить? (І де він в цей час знаходиться?)

- він просто поруч.

Ч7. Про що він думає?

- не можу відповісти.

Ч8. Що він відчуває?

- не можу відповісти.

Ч9. Про що вас змушує думати намальований чоловік?

- важко відповісти.

Ч10. Кого вам нагадує ця людина?

- тата.

Ч11. Ця людина здорова?

- так.

Ч12. Що саме на малюнку виробляє на вас таке враження?

- він посміхається, він так виглядає.

Ч13. Ця людина щаслива?

- так.

		<p>Ч14. Що саме на малюнку виробляє на вас таке враження?</p> <p>- Це видно по зовнішньому вигляду.</p> <p>Ч15. Що ви відчуваєте по відношенню до цієї людини?</p> <p>- спокій, прив'язаність, довіру.</p> <p>Ч16. Чи вважаєте ви, що це характерно для більшості людей? Чому?</p> <p>- ні, тому, що це факт.</p> <p>Ч17. Яка на ваш погляд погода на малюнку?</p> <p>- гарна.</p> <p>Ч18. Кого нагадує вам ця людина? Чому?</p> <p>- тата.</p> <p>Ч19. Чого найбільше хоче людина? Чому?</p> <p>- хоче безкорисно допомагати.</p> <p>Ч20. Як одягнений ця людина?</p> <p>- просто.</p> <p>На етапі вербальної фази з'ясувалось, що людина на малюнку – це прообраз батька клієнта. Незважаючи на те, що батько був дуже жорсткий і</p> <p>Др1. Що це за дерево?</p> <p>- береза.</p> <p>Др2. Де насправді знаходиться це дерево?</p> <p>- біля водойми.</p> <p>Др3. Який приблизний вік цього дерева?</p> <p>- років 15-20.</p> <p>Др4. Це дерево живе?</p> <p>- живе.</p> <p>Др5.</p> <p>А. (Якщо випробуваний вважає, що дерево живе)</p> <p>а) Що саме на малюнку підтверджує, що дерево живе?</p> <p>- ознаки є.</p> <p>б) немає у дерева якийсь мертвої частини? Якщо є, то яка саме?</p> <p>- немає таких частин.</p> <p>Др6. Як ви думаєте, на кого це дерево більше схоже на чоловіка або на жінку?</p> <p>- це жінка.</p>
--	--	---

		<p>Др7. Що саме в малюнку підтверджує вашу точку зору? - стовбур, гілки, гнучкість, вишуканість.</p> <p>Др8. Якби тут замість дерева була людина, в яку сторону вона би дивилася? - прямо.</p> <p>Др9. Це дерево стоїть окремо або в групі дерев? - окремо.</p> <p>Др10. Коли ви дивитеся на малюнок дерева, як вам здається, воно розташоване вище вас, нижче вас або знаходиться на одному рівні з вами? - вище.</p> <p>Др11. Як ви думаєте, яка погода на цьому малюнку? - похмура.</p> <p>Др12. Чи є на малюнку вітер? - не має.</p> <p>Др15. Якби на цьому малюнку ви намалювали сонце, де б воно розташовувалося? - посередині зверху.</p> <p>Др16. Як ви вважаєте, сонце знаходиться на півночі, сході, півдні чи заході? - захід.</p> <p>Др17. Про що змушує вас думати це дерево? - про красу і самотність.</p> <p>Др18. Про що воно вам нагадує? - також про це.</p> <p>Др19. Це дерево здорове? - так.</p> <p>Др20. Що саме на малюнку справляє на вас таке враження? - зовнішні ознаки.</p> <p>Др21. Це дерево сильне? - ні.</p> <p>Др22. Що саме на малюнку справляє на вас таке враження? - воно тоненьке.</p> <p>Др23. Кого вам нагадує це дерево? Чому? - ту, яку знав раніше. Рисами.</p> <p>Др24. У чому найбільше потребує це дерево? Чому?</p>
--	--	---

- піклування, тому що воно має в цьому потребу.

Др25. Якби замість птиці (іншого дерева або іншого об'єкта на малюнку, що не має відношення до основного дерева), була людина, то хто б це міг бути?

- давня знайома.

У вербальній фазі клієнт говорив про дерево з ніжністю. На обличчі – посмішка, іноді сум. Можна зробити висновок про те, що на сьогодні для клієнта є актуальними переживання, пов'язані з жінкою, з якою він раніше спілкувався.

Д1. Скільки поверхів у цього будинку?

- один.

Д2. Цей будинок цегляний, дерев'яний або ще який-небудь?

- із цегли.

Д3. Це ваш дім? (Якщо немає, то чия це?)

- він чужий.

Д4. Коли ви малювали цей будинок, кого ви уявляли собі як його господаря?

- далеких родичів.

Д5. Вам би хотілося, щоб цей будинок був вашим? Чому?

- так, бо важливо мати своє "гніздо".

Д6. Якби цей будинок був вашим і ви б могли розпоряджатися ним, так як вам хочеться:

а) Яку кімнату ви б обрали для себе? Чому?

- вітальню, тому що вона пов'язана з відпочинком, друзями, поєднанням.

б) З ким би ви хотіли жити в цьому будинку? Чому?

- з дружиною, тому що вона – моя родина.

Д7. Коли ви дивитеся на малюнок будинку, він вам здається розташованим близько чи далеко?

- далеко.

Д8. Коли ви дивитеся на малюнок будинку, вам здається, що він розташований вище вас, нижче вас або приблизно на одному

		<p>рівні з вами?</p> <p>- важко сказати.</p> <p>Д9. Про що вас змушує думати цей будинок?</p> <p>- про щось бажане, але поки що недосяжне.</p> <p>Д10. Про що він вам нагадує?</p> <p>- про родинний затишок.</p> <p>Д11. Цей будинок привітний, доброзичливий?</p> <p>- так.</p> <p>Д12. Що саме на малюнку справляє на вас таке враження?</p> <p>- це видно по даху.</p> <p>Д13. Чи вважаєте ви, що ці якості властиві більшості будинків? Чому?</p> <p>- так, тому що так і є.</p> <p>Д14. Яка, на вашу думку, погода на цьому малюнку?</p> <p>- сирість.</p> <p>Д15. Про кого вас змушує думати цей будинок? Чому?</p> <p>- про дружину.</p> <p>Д16. У чому найбільше має потребу цей будинок? Чому?</p> <p>- у догляді, комфорті.</p> <p>Д17. Куди веде цей димохід?</p> <p>- вгору.</p> <p>Д19. Якби замість дерева (куща, вітряка або будь-якого іншого об'єкта на малюнку, що не має відношення до самого дому) була людина, то хто б це міг бути?</p> <p>- чоловік, знайомий.</p> <p><i>Під час роботи на етапі вербальної фази клієнт, зображуючи дім, розкрив велике бажання мати власне житло, в якому б він хотів жити лише зі своєю дружиною, окремо від матері. Простежується бажання мати друзів, яких би зустрічав у вітальні власного будинку. Утримувати будинок у порядку.</i></p> <p><i>Аналіз малюнка, на якому зображене дерево свідчить про наступне: клієнт – людина характеризується втечею від неприємностей</i></p>
--	--	---

		<p><i>реальності, спроба втекти від неї у мрії.</i></p> <p><i>Інтерпретація малюнка “людина” говорить про те, що клієнт має сильне значиме стремління уникати неприємних візуальних стимулів; ворожість, тривога, пов’язана з мисленням або уявою.</i></p>
--	--	--

Психологічний висновок:

Дезадаптація, емоційна напруга, хронічні труднощі адаптації. Психологічний дискомфорт, стан тривоги, схвильованості, загального емоційного стресу. Підкреслює наявні проблеми.

Позиція суб’єкт-спостережна, життєлюбні установки сприяють пошуку виходу із складних ситуацій. Низька стресостійкість, нездатність протидіяти дезорганізуючим впливам, слабкість “Его”.

Мотивація. Субіраціональна. Мотиви поведінки незрозумілі оточуючим. У сприятливих умовах - мотивація на реалізацію егоїстичних потреб, уникнення невдач. У сприятливих обставинах – мотивація самоствердження.

Емоційний фон. Надчутливість. Радість і відчай легко змінюють одне одного. Схильність до страху, безпричинна схвильованість маловажними потребами. Дратівливість, понижений настрій, схвильованість поганим самопочуттям. Здоров’я викликає побоювання.

Індивідуальний тип реагування. Ірраціональний індивідуалізм, екзальтованість. Тривожно-недовірливий тип реагування, підвищене почуття власної провини. Прояв імпульсивних реакцій, іноді наполегливо-стенічний тип реагування.

Стиль спілкування. Відособленість, соціальна відчуженість. Суб’єктивізм у виборі контактів. Орієнтується на соціальні вимоги навколишнього середовища. Прагнення до подолання власної нерішучості. Прагне до утвердження свого авторитету, в соціально-значимих ситуаціях проявляє поступливість.

Реакція на стрес. Ірраціональна. Інтрапунітивна (самозвинувачення), орієнтування на сильну особистість або референтну більшість. Іноді імпульсивність.

Захисні механізми. Містична інтоксикація. Самооцінка нестійка. Обмежувальна поведінка, яка звужує діапазон активності.

Тип сприйняття. Незвичність суджень, схильність до широких узагальнень. Іноді поспішність у прийнятті рішень, недостатня критичність до своїх “промахів”. Тенденція до застрягання на дрібницях і повторній перевірці зробленого для того, щоб запобігти помилці. Проблема нереалізованих потреб. Потреба у зміцненні авторитета.

Риси характеру. Своєрідність для оточуючих, дивацтва у поведінки, відрив від реальності. Має схильність до коливання настрою. Нестійка самооцінка, совісний, співчуває тим, хто страждає. Підвищена чутливість до злісних та агресивних реакцій оточуючих. Часом деяка нестійкість у подоланні труднощів. Педантичність, образливість, принциповість, вразливість. Схильність до самоаналізу, незадоволеність, вибіркковість у контактах. Підвищена увага до свого самопочуття.

Умови оптимізації ефективності. Уникнення стресових ситуацій. Уникнення мір, які зачіпають самолюбство. Розрядка конфронтації за рахунок поступливості оточуючих. Підтримка оточуючих. Самопочуття дуже хвилює.

Емоційний стрес. Підвищена тривожність. Під час емоційного напруження виникають реакції, які супроводжуються свавільними поступками. Роздратованість, “застрягання” на образах. У разі, якщо стресові ситуації затягуються – підвищується рівень депресії. Складності адаптації ведуть до погіршення самопочуття. Психосоматика.

Психологічний діагноз: психопатологічний варіант дезадаптації; панічні атаки; посттравматичний стресовий розлад?

**Приклад 6 позиції
структурованого інтерв'ю
(клієнт Шевченко П.Ю.)**

№ з/п	Назва методики	Шкала	Показник	Інтерпретація результатів
1	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)	Оцінка інтенсивності бойового досвіду	<p><u>більше 50 разів</u></p> <p><u>4- 6 місяців</u></p> <p><u>було вбито до 25% особового складу</u></p> <p><u>до 50 разів</u></p>	<p>Під час участі в бойових діях клієнт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виконував завдання в умовах підвищеної небезпеки, -перебував в оточенні ворога, -брав участь в обстрілі противника, -наражався на небезпеку бути вбитим. <p>Перебував в зоні обстрілу з боку противника.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Спостерігав, як товаришів по службі було вбито або поранено.</p> <p>Під час участі в бойових діях перебував у спостережному пункті на передовій, перебував під прямим вогнем ворога, траплялися міни або міни-пастки, підрозділ був обстріляний снайперським вогнем, підрозділ потрапив в</p>

			<u>Поранення</u>	засідку Не має
			<u>Контузія</u>	Не має
			<u>Інвалідність</u>	Не має
2	Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу	ПТСР	6	Наявність окремих ознак ПТСР
3	Опитувальник Міні-мульти			У зв'язку з заповненням клієнтом методики СБМДО, опитувальник Міні-мульти не надавався.
4	Стрес-фактори	Події, у результаті яких постраждали честь і гідність. Помилки командування Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів. Монотонність умов, що оточують. Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників).	20 30 20 20 20	Значимі для клієнта фактори

		Інший фактор (свій варіант): не бажання командування бачити реальні проблеми		
5	PHQ-9 - анкета (опитувальник) респондента про стан здоров'я	Рівень депресії	6	Легка (субклінічна)
6	“Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)”	ПТСР	110	Наявність ПТСР
7	Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)	Вторгнення Уникнення Збудливість	21 15 23	Переважають симптоми збудливості та вторгнення. Проявляється у труднощах засинання, підвищеній дратівливості, спалахах гніву і вибухових реакціях, немотивованій надмірній підозрілості. У звичайному житті клієнт здається цілком благополучною людиною, але будь-який стимул (відповідний звук, запах тощо), який повертає людину в критичну ситуацію, викликає миттєве пожвавлення переживань у нього. На захист від цих переживань потерпілому потрібно все більше і більше зусиль.

			<p>Вся енергія людини йде на це. Підвищена дратівливість, нетерпимість до звичайних побутових питань, часто виникає шалена ворожість, спрямована проти конкретних людей, яка іноді супроводжується погрозами, присутня мовна агресивність. Виникають спалахи гніву.</p> <p>Поряд з цим, виражене зниження інтересу до того, що раніше цікавило, людина стає байдужою до всього, її ніщо не захоплює. Виявляється почуття відстороненості і відчуженості від інших, відчуття самотності. Важко встановлює близькі і дружні стосунки з оточуючими людьми. Припинив планувати своє майбутнє. Травматична подія змінила погляд на важливі моменти в житті.</p>
--	--	--	--

Результати проєктивних тестових методик

№ з/п	Назва методики	Інтерпретація
1	Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	<p>Нижче наведено опис картин клієнтом прямою мовою.</p> <p>Чистий аркуш: клієнт відповів, що бачить чистий білий аркуш формату А4 і більше нічого.</p> <p>Картина 1.</p>

		<p>Загальний час: 2 хв. Латентний час: 15 сек. Настрій: нейтральний Інтонація: спокійна “Хлопчик зі скрипкою. Втомився та засинає вже. До цього грав на ній. Прокинеться сховає скрипку у футляр і побіжить до батьків додому. Він у музичній школі навчається на Півдні Франції”.</p> <p>Картина 2. Загальний час: 3 хв. Латентний час: Настрій: : нейтральний Інтонація: спокійна Селяни орють поле, сіють пшеницю. Вчителька зі школи йде з книжкою в руках. Жінка збоку відпочиває дивлячись на чоловіка, який оре поле. Селяни працюють, щоб було що їсти взимку, щоб зробити теж саме, що і кожного року. В майбутньому, коли достигне зберуть урожай. А у вчительки урожай її праці – це діти-учні, які випускаються у світ. У кожного свій урожай, у селян – пшениця, у вчительки – діти яких навчає.</p> <p>Картина 3 ВМ. Загальний час: 3 хв. Латентний час: 20 сек. Настрій: : нейтральний Інтонація: спокійна</p> <p>Жінка, втомлена прийшла з роботи, присіла біля лавочки і заснула. Працювала на роботі на одній, потім на другій (бо заробітна плата маленька). Їй сниться щасливе майбутнє, де не доведеться працювати на двох роботах, щоб дати дітям гідне майбутнє. В майбутньому – прокинеться, приготує дітям вечерю як завжди. Наступного дня знову теж саме і робота яку ненавидить.</p> <p>Картина 4. Загальний час: 5 хв. Латентний час: 15 сек. Настрій: нейтральний Інтонація: спокійна Знімок зі старого французького кіно, період</p>
--	--	--

Другої світової війни, чоловік йде на війну, захищати Францію від нацистської Германії. Його звали Поль. Вона каже Полю не йти, війська справляться без тебе. А він каже їй, що патріот, що його місце захищати свою державу, а Францію любить більше свого власного життя. Він був барменом, мав харчевню, продавав марочне вино з Провансу та м'ятний ель з Британії.

Вона була консьержкою у будинку лорда, а війна розлучила їх тепер.

Поль повернеться героєм Франції, відкриє лавку або бар недалеко від Ейфелевої вежі. Жінка звільниться з роботи консьержкою, буде працювати офіціанткою в барі. Потім народиться 3 дітей і вони будуть жити довго і щасливо та помруть в один день.

Картина 6 ВМ.

Загальний час: 6 хв. Латентний час: 30 сек.

Настрій: : нейтральний

Інтонація: спокійна

Черга в аптеку, молодий чоловік люб'язно пропустив старшу жінку вперед черги. В аптеку він зайшов після важкого робочого дня. Працює фрезерувальником і від цього почала боліти голова.

Жінка пенсіонерка вирішила купити ліки від тиску.

В минулому чоловік був на роботі, точив деталі для потяга, танка або літака.

Жінка пенсіонерка була дома, в'язала теплі шкарпетки онукам, але через те, що підвищився тиск пішла в аптеку.

В майбутньому вони куплять необхідні ліки. Жінка додому піде, погодує кота, буде дивитися телевизор і в'язати шкарпетки для онуків.

Чоловік прийде додому, повечереє з сім'єю, прочитає газету та ляже спати.

Картина 7 ВМ.

Загальний час: 5 хв. Латентний час: 15 хв.

Настрій: : нейтральний

Інтонація: спокійна

Два чоловіка, вони пліткують, щоб не чули оточуючі, є працівниками банку, пліткують про клієнта свого: "звідки у такого гуляки та марнотрата

гроші?”

Старший думає, що гроші клієнта це спадщина від батьків, молодший чоловік погоджується, що він розтрачує, тобто вони заздять йому, що все життя працюють не покладаючи рук, а не можуть дозволити собі такий шикарний спосіб життя, коли дістається все від батьків.

В майбутньому – кожен прокинеться зранку у своєму ліжку в Вест-Енді, поп’ють англійського чаю.

Старший чоловік схожий на керівника відділення, поїде на роботу на своїй машині, а другий - на таксі.

Після роботи придуть додому, потім зустрінуться в пабі, що недалеко від них знаходиться, вип’ють темного пива, а потім підуть додому спати, щоб на ранок знову поїхати на свою одноманітну роботу, яка їм не подобається.

Картина 8 ВМ.

Загальний час: 3 хв. Латентний час: 10 сек.

Настрій:

Інтонація:

Зображений підвальний шпиталь часів Другої світової війни, в який син допоміг прийти батьку з пораненням після удару нанесеного авіацією. Сину сказали відвернутися, щоб не бачив крові, коли осколки будуть витягати з батька.

Батько зустрів сина зі школи, коли вони потрапили під авіаційний удар, не знайшовши укриття, батько закрив сина собою, так як кожен “вид” захищає своє потомство, навіть ціною власного життя.

Батько у майбутньому поправиться, син закінчить школу, закінчиться війна, всі житимуть щасливо.

Картина 12 М.

Загальний час: 6 хв. Латентний час: 25 сек.

Настрій: : нейтральний

Інтонація: спокійна

Чоловік закриває очі своєму загиблому товаришу, перед тим вони були в бою, захищали “Курську дугу”, натрапили на міну, один закрив іншого собою, потім той якого прикрив товариш прийшов провідати його в госпіталь, а він вже не живий, тепер він закриває йому очі.

В майбутньому – одного поховують як героя, який загинув захищаючи свою Вітчизну, а другий до Берліну дійде, стане командиром, отримає звання двічі героя, а щороку в день загибелі товариша буде приїжджати на могилу товариша, ніколи не забуваючи як він врятував йому життя.

Картина 13 MF.

Загальний час: 3 хв. Латентний час: 30 сек.

Настрій: нейтральний

Інтонація: спокійна

Сімейна пара, чоловік зранку встав та одягнувся, втомлений, бо тримається за голову або в нього поганий зір і він підніс годинник близько, щоб подивитися чи не запізнюється на роботу, а світло не вмикає щоб не розбудити дружину, яка спить.

Піде на роботу, він працює продавцем в магазині, потім повернеться додому до дружини, яка його чекатиме зі смачною вечерею, після вечері підуть спати в обіймах один одного.

В минулому – спали разом.

Картина 14.

Загальний час: 10 хв. Латентний час: 5 сек.

Настрій: нейтральний

Інтонація: спокійна

Дві версії.

1. Людину все дістало – вирішив викинутися у вікно, набридла сімейна рутинна, нудна робота, що дає змогу прогнати свою сім'ю, щоб жили в достатку. Оскільки працює на високому поверсі, щоб не вішатись вирішив стрибнути, бо це вже напевно. Він таки вистрибне з 20-го поверху, не долетівши до землі – сильно злякається (проблеми з серцем) і помре в польоті.

2. Директор великої компанії одного разу запрацював до пізньої години, випадково глянув у вікно, побачив там небо у зірках, вирішив відкрити вікно, щоб краще роздивитися зірки, сів на підвіконня і почав роздумувати над величною красою зоряного неба, думаючи, що робота це ніщо, мине час його не стане, природа буде точити могильну плиту, природа від нього не залишить і сліду. А ця велич на небі як світила так і світити

буде. Він вирішив змінити своє життя – продати фірму, все майно, взяти з собою свою наречену і поїхати подорожувати по світу і вивчати різні традиції, купувати нові для них фрукти, рибу, пірнати, стрибати з парашутом, літати на дельтаплані і жити не прив'язуючись ні до якого місця, ні до яких матеріальних благ.

Буде подорожувати з жінкою до кінця життя, придбають на старість будинок на Мальдівах і будуть навчати маленьких дітей англійській мові.

ЗАГАЛЬНИЙ ДІАГНОСТИЧНИЙ ВИСНОВОК ЗА МЕТОДИКОЮ “ТЕМАТИЧНИЙ АПЕРЦЕПТИВНИЙ ТЕСТ”

Загальна характеристика актуального стану і особливостей роботи Шевченко П.Ю. з тестом.

Наскільки можна судити відповідно тесту, загальний інтелектуальний рівень клієнта близький до середнього. Широкі неструктуровані пізнавальні інтереси, фрагментарні уривки знань. Уява середня, творчі здібності не спостерігаються. В оповіданнях присутні кліше, логічні розриви сюжету, штучні конструкції.

Особливості емоційної сфери та самовідношення.

Емоційні реакції клієнта неінтенсивні та примітивні за своїм змістом. У наявності переважання інтелектуальної сфери над емоційною, клієнт стверджує, що піддаватися емоціям не слід. Демонструє дуже високу самооцінку. Оптимізм, віра в світле майбутнє не тільки притаманні клієнту самі по собі, але і є для нього цінністю, чимось важливим і значущим. Тому він витрачає багато зусиль для збереження цього оптимізму і віри, витісняючи все те, що загрожує їх підірвати, витісняючи сумніви і невпевненість.

Тимчасова транспектива і цілепокладання.

Клієнт схильний до пасивності, вважає за краще жити сьогоднішнім. Плани на майбутнє мають вигляд скоріше мрій, ніж конкретних планів. Майбутнє - це місце, де в один прекрасний день збуваються мрії, тому воно мало пов'язано з сьогоднішнім.

Минуле також дуже слабо інтегроване в загальну картину себе та світу. У минулому знаходиться в основному досвід, що залишився після

безпосередньої участі в бойових діях. В майбутньому - тільки хороше. Сьогодні не позитивне, бо воно заповнене очікуванням майбутнього, незрозумілістю ситуації в якій знаходиться клієнт у зв'язку з проходженням військової служби, минуле ж відсічене та практично не впливає на сьогодні, за виключенням травмуючих факторів бойової діяльності, яких зазнав клієнт під час виконання завдань за призначенням в районі ведення АТО. Позиція пасивного очікування світлого майбутнього проявляється також у неохочності що-небудь робити. Активність зводиться не до повсякденної праці або сімейного життя, а виявляється, як правило, лише в режимі реагування на якісь вторгнення ззовні, пов'язане з військовою службою.

Картина світу клієнта досить інфантильна. Цю картину структурує боротьба добра зі злом, в ідеальному світі, патріотичний військовослужбовець на війні перемагає супротивника і завжди виходить з неї переможцем та героєм. Інфантильна переконаність, що добро повинно запанувати, а зло буде ліквідовано, виражається в очікуванні того, що зло або самоліквідується, або буде знищено могутніми вищими силами, і тоді всі заживуть щасливо і безтурботно. Картина соціально-політичних процесів в нашій країні зводяться до боротьби хороших і поганих людей.

Провідні теми, потреби і міжособистісні відносини.

Проблематика любовних відносин, не є для клієнта центральною. Можна впевнено говорити про ідеалізацію клієнтом кохання і бажання влаштувати своє особисте життя, як в казках.

Сімейні стосунки представлені в основному відносинами з матір'ю, батьком і братами. Відносини до матері носять не дуже емоційно напружений і проблемний характер.

В основному простежується військова професійна тема і вона ж є домінуючою. Значимість цієї тематики пов'язана зі сферою діяльності клієнта.

Критичні зони і гіпотези, що вимагають додаткового підтвердження.

Головною критичної (болючою) зоною клієнта є

		<p>його участь в бойових діях і бажання визнання за це з боку оточуючих, також бажання бути героєм. При загальному досить позитивному і оптимістичному емоційному тлі, теми відносин між статями обходяться, а там, де це не вдається, загальний емоційний фон змінюється на нейтральний. Проте до цієї гіпотези слід ставитися як до такої, що вимагає додаткового підтвердження.</p> <p>Цей висновок добре узгоджується (за винятком окремих другорядних деталей) з результатами інших діагностичних методик.</p> <p>При цьому очевидно, що дані ТАТ дають набагато більш широку та глибоку інформацію, розкриваючи багато особливостей внутрішнього світу і навіть дозволяючи будувати гіпотези про деякі значимі події його життєвого шляху. Варто відзначити, що при всіх подробицях наведеного аналізу він, як і будь-який інший аналіз, аж ніяк не є вичерпним.</p>
2	Методика ДІМ-ДЕРЕВО-ЛЮДИНА	Дана методика клієнту не надавалась.

Психологічний висновок:

Психопатологічний варіант дезадаптації, егоцентризм та незалежність вкрай загострені. Шизоїдний тип реагування, іпохондрична форма. Дезадаптація, виражена емоційна напруга.

Тип реагування: гіперстенічний.

Позиція: активна.

Мотивація: реалізація егоїстичних потреб, мотивація досягнення успіху, мотиви не завжди зрозумілі оточуючим, в складних ситуаціях проявляється прагнення прислуховуватися до вимог оточуючих.

Емоційний фон: емоційна своєрідність, непередбачуваність.

Стиль спілкування: інфантилізм та низький рівень підпорядкованості.

Тип поведінки: гіпертимний, незалежність у відстоюванні своєї думки, своєрідність у висловлюванні думки. Відсутність глибинних прив'язаностей. Суб'єктивізм, низька ступінь сумісності з оточуючими.

Реакція на стрес: ірраціональна, непередбачувана, відсутність серйозної заклопотаності проблемами, імпульсивність.

В особливо складних ситуаціях може проявлятися тривожність та страх.

Захисні механізми: заперечення складностей, завищена самооцінка, витіснення психологічних проблем, неприйняття загальноприйнятих точок зору, соматичні розлади.

Тип сприйняття: поверхові судження, легковажність, відсутність схильності “застрягання” на негативних аспектах.

В складних ситуаціях проявляється інертність та догматичність.

Провідні потреби: егоцентричність та наполегливість в реалізації будь-якої негайної потреби, інфантилізм. Потреба в незалежності.

Корекційний підхід: корекція ускладнена через виражений суб'єктивізм, необхідне лікування.

Риси характеру: підвищений настрій, оптимізм, схильність до ризику, завищена самооцінка, емоційна незрілість, мужність, зневага до загальноприйнятих норм, дивна поведінка, відрив від реальності. В складних ситуаціях може проявлятися відкритість, вразливість.

Стан: низька працездатність, присутність соматичних скарг, знижений настрій.

Психологічний діагноз: психопатологічний варіант дезадаптації; посттравматичний стресовий розлад?

В проєктивних тестах, які проводить досвідчений психолог, травматична якість переживання швидко стає очевидною. Розбите

травмою “Я”, виявляється у відповідях на слабо структурований стимульний матеріал. Сприйняття і мислення посттравматичного клієнта порушені, світовідчуття відрізняється безнадією.

Під час психологічного тестування у пацієнтів з посттравматичним розладом діагностується чудова короткочасна пам'ять, яку прийнято пояснювати здатністю дисоціювати тривогу і концентрувати всі зусилля на інтелектуальній задачі. Так, в тесті Бендера можуть бути фотографічно відтворені всі 9 фігур.

Показники запам'ятовування числових рядів і арифметичного субтеста в тесті Векслера у посттравматичного пацієнта часто набагато вище середнього (зазвичай за точку відліку береться показник із загальної обізнаності).

Інший патерн посттравми в тесті - це розлади уваги, недостатність цієї функції через перевантаженість афектами. У субтесті знаходження відсутніх деталей тесту Векслера може бути показаний як максимальний (доказ надпильності і настороженості), так і мінімальний за тестом результат (зниження здатності адекватно тестувати реальність під впливом афективного перенавантаження).

Оскільки одне стандартне відхилення в тесті Векслера складає 3 стандартні одиниці, будь-який розрив в 4 і більше балів між субтестами повинен бути інтерпретований.

Вплив травми на психіку не обмежуються розладами когнітивної сфери.

Основна патологія посттравматичного пацієнта - сила психологічних захистів з ізоляції свідомості від травматичного переживання. Особливо явно вона проявляється саме в проєктивних тестах.

Наприклад, можна констатувати висловлювання, які свідчать про ізоляцію афекту (“він нічого не відчуває”), про заперечення “тут нічого такого не намальовано”), роботі дисоціації (герої “сплять”, “втомилися”, “занурені в себе”, “знепритомніли”). Однак

найпоширеніша стратегія захисту - це *уникнення*.

В розповідях такої людини по серії таблиць ТАТ *дається звіт про вчинки героїв, а не опис їх почуттів і відносин*. З формальної точки зору це порушення отриманої інструкції. Взаємовідносини між людьми, приписані героям таблиць, зведені до повсякденних занять, приземлені і обмежені рамками поточного дня. В розповідях осіб, які пережили травму, немає згадок про майбутнє, про амбіції, очікування, плани. Це не випадково. Людина, яка має травматичний досвід, постійно боїться, що з нею трапиться щось погане. Вона всіляко ухиляється від спроб психодіагноста детальніше дізнатися про це погане. Її історії лаконічні і конкретні, від психодіагноста потрібне вміння розпитати пацієнта. В якості **прикладу** можна навести наступний: посттравматичний пацієнт на етапі роботи з картиною 3 ВМ (ТАТ) говорить, що на ній зображена жінка загиблого воїна; вона зараз на тому місці де з ним познайомилась і застрелилась. Вона була зґвалтована в Берліні в 1945 році. Думки її були про смерть чоловіка “фріца”. Вона німка. Біля неї лежить пістолет “Вальтер” (1938 р.). Майбутнього немає, рід закінчився і його вже ніколи не буде.

Після проведеного аналізу результатів діагностичного тестування і відображення його результатів, психолог працює з 5, 6, 7 позиціями стандартизованого інтерв'ю, з використанням у разі потреби Шкали для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS), що включає закриті запитання, спрямовані на виявлення симптомів ПТСР (Додаток 11).

На основі всіх отриманих даних на клієнта, після індивідуальних коментарів психолог пише **психологічний висновок**, де визначає за показаннями/протипоказаннями необхідність проведення психологічної реабілітації, психологічного втручання.

Професіоналізм психолога можна оцінити за продуктом його діяльності – психологічним висновком.

Психолог не тільки займається заповненням стандартизованого інтерв'ю, а й веде бесіду на всіх етапах психологічного дослідження, в ході якої висуває або перевіряє гіпотези про особливості і причини поведінки клієнта. Дані, отримані в ході бесіди, фіксує або сам психолог, або асистент. Психолог також може записувати інформацію після бесіди з пам'яті. Однак, і той, й інший способи фіксації інформації мають свої недоліки. Якщо запис ведеться в ході бесіди, може порушитися довірливий контакт зі співбесідником. У цих випадках допомагає прихований аудіо- і відеозапис, але це породжує етичні проблеми. Запис із пам'яті призводить до втрати частини інформації через неповноту і помилки запам'ятовування, які виникають внаслідок коливання уваги, інтерференції та інших причин. Частина інформації втрачається або спотворюється через те, що психолог іноді не може оцінити деякі повідомлення досліджуваного як більш значущі, а іншими знехтувати. Якщо запис бесіди проводиться вручну, то доцільно кодувати мовну інформацію.

Необхідно відзначити, що будь-яка індивідуальна бесіда не повинна зводитися до безпредметної розмови. Вона є цілеспрямованою формою вивчення особистості і вимагає дотримання певних умов проведення.

Однією з перших умов високої ефективності бесіди є ретельна підготовка до її проведення. До початку бесіди потрібно чітко визначити основну мету, продумати послідовність постановки запитань, вивчити всю наявну інформацію, в тому числі результати психодіагностичного обстеження.

Друга вимога бесіди – її невимушеність. Необхідно потурбуватися про те, щоб бесіда проходила в спокійній і довірчій обстановці, за умови відсутності сторонніх осіб і не переривалася. Всі питання повинні бути простими і зрозумілими, задавати їх потрібно так, щоб вони сприяли розгортанню єдиної цілісної розповіді респондента про себе, свою життєдіяльність.

Бесіда не повинна перетворитися в просте опитування. Попередньо намічені запитання не можуть обмежити зміст розмови, вони - лише основні орієнтири її загальної спрямованості. Разом з тим, доцільно дотримуватися певного плану, особливо психологу-початківцю.

Всю отриману інформацію про особливості особистості обстежуваного, свої висновки слід записувати тільки після проведення бесіди. Необхідно пам'ятати, що в результаті бесіди важливо не тільки узнати потрібну інформацію про клієнта, а й забезпечити позитивний психологічний вплив. На завершення бесіди доцільно висловити побажання, дати корисні поради, рекомендації.

Бесіда, умовно може мати декілька етапів (від 4 до 7). В ході бесіди локус скарги клієнта повинен бути перекладений з інших на себе. Без вирішення цього завдання досягнення яких-небудь реальних результатів неможливе. Тільки в тому випадку, якщо людина відчуває свою відповідальність за те, що відбувається, вона дійсно прагнучиме змінитися і змінить свою ситуацію, у протилежному випадку вона лише чекатиме допомоги і змін з боку оточуючих.

Є ситуації, в яких обговорювати проблеми вини і відповідальності з клієнтом не варто. Такими, зокрема, є випадки, коли клієнт переживає горе або серйозну особисту втрату, наприклад, пов'язану із смертю кого-небудь з близьких, товаришів. В горі люди часто схильні брати на себе невинувато велику відповідальність і вину перед тими, кого з ними немає і ніколи не буде, вважаючи себе причетними до смерті. В такій ситуації робота психолога, навпаки, повинна бути спрямована на те, щоб скоректувати неадекватні уявлення, зняти зайвий вантаж вини і відповідальності з плечей клієнта.

Після першого етапу знайомства з клієнтом, другий етап передбачає – **розпитування клієнта**. Оскільки основна мета

психолога – “розговорити” клієнта, краще всього допомагатимуть її реалізовувати питання і репліки, максимально стимулюючи його на розповідь. Це “відкриті репліки” типу: “Розкажіть мені про Ваші відносини”, “Яка у Вас сім’я”. Умовно можна виділити декілька напрямів роботи на цьому етапі:

- психолог підтримує контакт з клієнтом;
- стимулює його на подальшу розповідь;
- сприяє цілеспрямованому розвитку бесіди;
- осмислює те, що говорить клієнт.

1. Найефективніший спосіб підтримки контакту з клієнтом в той час, як він говорить про себе, – уважне, емпатійне слухання. Для того, щоб клієнт відчував, що його уважно слухають, звичайно достатньо, щоб консультант підбадьорював і схвалював його, киваючи або виражаючи свою згоду.

2. До корисної для психолога інформації слід віднести, перш за все, наступне: історію виникнення проблеми (коли і у зв’язку з чим вона з’явилася), стосунки клієнта зі всіма задіяними в його/її розповіді особами, їх ставлення до проблеми, уявлення про те, чим саме викликана проблема з погляду самої людини і оточуючих її людей, чи траплялися коли-небудь погіршення і поліпшення ситуації і з чим вони можуть бути пов’язані.

3. Структуризація бесіди необхідна як самому психологу, так і клієнту. У клієнта повинне бути логічне уявлення про те, що і навіщо говориться і обговорюється в даний момент.

В чому саме повинна виражатися структуризація? Задаючи яке-небудь питання, змінюючи тему обговорення, психологу слід пояснити, чому він це робить, чим це викликано. Нічого, якщо це пояснення дещо не відповідатиме тому, що насправді думає психолог із цього приводу, достатньо, щоб для клієнта дотримувалася хоча б якась видимість логіки всіх переходів в розмові. Репліки-зв’язки можуть виглядати таким чином: “Ви багато говорите про ... , але оскільки ми маємо справу з сімейною

ситуацією, мені б хотілося, щоб ви декілька слів сказали і про ...” , або “Ви мені розказали про те, які Ваші відносини тепер, але для того, щоб розібратися в конфлікті, мені необхідно знати, якими вони були раніше і як і у зв’язку з чим почали погіршуватися” тощо.

Інший прийом структуризації бесіди – коротке коментування того, що говорить клієнт, підведення підсумків сказаного з того або іншого приводу.

4. Осмислення того, що говорить клієнт – багато в чому внутрішня робота психолога. Це дуже напружений, складний процес.

Процес розпитування займає 25-30 хвилин, але через 15-20 хвилин після початку бесіди психолог повинен вже достатньо добре розбиратися в проблемах і ситуації клієнта, бути готовим до того, щоб перейти до другої фази розпитування – формулюванню і перевірці психологічних гіпотез.

Гіпотези психолога ґрунтуються на тому, що розказує клієнт про себе і свої проблеми. Але це лише база для їх побудови. Недосвідчений або непрофесійний психолог на кожному прийомі будує свої гіпотези заново, не маючи нічого “про запас”. Але для професіонала, добре знайомого з різними теоретичними і практичними розробками в галузі консультування і психотерапії, розповідь клієнта є набором поведінкових паттернів, що інтерпретуються з погляду тієї або іншої розробленої концепції.

Концептуальне бачення того, про що говорить клієнт, значно полегшує роботу, дозволяє краще інтерпретувати матеріал, швидше знаходити те, що може допомогти в ситуації, яка склалася, оперувати великою кількістю ідей в розумінні того, що відбувається. Виражена психологом вербально гіпотеза є **інтерпретацією**. **Інтерпретація** – наріжний камінь психотерапії, поворотна точка процесу консультування.

Широко відомо, що чим більш детально говорить людина про що-небудь, чим більше конкретних деталей у розповіді, тим менший відбиток суб’єктивності і однобічності, більше

можливостей для розуміння психологом тих аспектів реальності, які не сприймаються або не помічаються розповідачем. Дрібні деталі ситуації важче придумати або спотворити, і вони стають своєрідними фільтрами, крізь які проходить неусвідомлювана або недооцінювана клієнтом інформація.

Частіше за все буває так, що після того, як дві-три такі конкретні ситуації обговорено, психолог може з упевненістю сказати, яка з гіпотез виявилася самою відповідною, яка саме поведінка клієнта призводить до того, що в його житті виникають проблеми, як можна йому допомогти відноситися до того, що відбувається по-іншому і відповідно поводитися. Це означає, що можна переходити до наступної фази бесіди: до надання психокорекційної допомоги, до інтерпретації того, що відбувається.

Третій етап бесіди – **корекційна частина**. Багато труднощів початківців психологів пов'язано саме з цим етапом бесіди. Деколи молодий фахівець вже досить добре уявляє собі, що і як робить клієнт, створюючи свої проблеми, але як показати йому це, не знає. Цей етап дійсно можна вважати найважчим, оскільки дія психолога не повинна і не може носити форму просто поради або рекомендації.

Мабуть, найпростіший спосіб корекції, який ефективний тоді, коли бесіда добре організована і логічно побудована психологом і в ній повністю використані можливості аналізу конкретних ситуацій, – це акцентування на суперечностях у розповіді клієнта, переформулювання і переструктурування оточуючої його реальності за допомогою коментарів типу: “На початку нашої бесіди Ви скаржилися на те, що оточуючі часто конфліктують з Вами, але Ви тільки що розказали декілька ситуацій, в яких Ви самі виступали ініціатором конфліктів, а людина не тільки не намагалася звинуватити Вас в чомусь, а, навпаки, шукала шляхів примирення. Що Ви із цього приводу думаєте?”

Завдання психолога на цьому етапі полягає в тому, щоб ще раз уважно проаналізувати особливості поведінки клієнта, що лежать в основі проблем, не загубивши при цьому основоположного питання: чого саме прагне добитися клієнт своєю поведінкою, які його потреби задовольняються конфліктом. Будь-яка неадекватна невротична поведінка завжди на якомусь рівні вигідна клієнту.

Завдання психокоректувальної дії можна вважати реалізованими тільки у тому випадку, коли в свідомості не тільки психолога, але і клієнта побудований своєрідний ланцюжок подій: почуття або переживання клієнта, які постійно існують або періодично виникають у зв'язку з логікою розвитку відносин і підштовхують його на те, щоб добиватися досягнення своєї мети і реалізації потреб (любові, влади, розуміння тощо) неадекватними засобами реалізації цієї мети, що призводить до складнощів у взаємостосунках, – негативної реакції партнера, яка часто поглиблює проблеми клієнта.

Четвертій етап – **завершення бесіди**. В бесіді необхідний ще один етап, в ході якого психолог повинен здійснити цілий ряд заходів, без реалізації яких ефективність навіть найуспішнішої дії може бути значно понижений. До їх числа можна віднести наступні: 1) підведення підсумків бесіди (коротке узагальнення всього, що відбулося за час бесіди); 2) обговорення питань, що стосуються подальших відносин клієнта з психологом або іншими необхідними фахівцями; 3) прощання психолога з клієнтом.

Приблизна схема (план) клінічної бесіди

1-й етап – встановлення контакту.

Привітання, взаємні представлення. Обговорення нейтральних питань: настроїв, актуальний емоційний стан, турботи тощо (увага акцентується на тому, що все це не пов'язано безпосередньо з ситуацією консультування).

Інформування клієнта щодо професійної діяльності психолога, відмінності психологічної допомоги від лікування, лікарського діагнозу.

2-й етап – розпитування клієнта.

- Про що Ви хотіли б поговорити зараз?
- Що Вас турбує у даний час найбільше?
- Який результат Ви хотіли б отримати від нашої зустрічі?

Ідеальний ...? Мінімальний...?

- Чи помічаєте Ви останнім часом якісь зміни у собі, своїх взаєминах з оточуючими (рідними, друзями, колегами, сторонніми людьми тощо)? У чому виявляються ці зміни?

- Як Ви самі пояснюєте причини цих змін?
- Що думають з цього приводу Ваші близькі, друзі?
- Що змінилось у Вашому ставленні до людей останнім часом?
- Як змінилось ставлення до Вас в оточуючих?
- Чи вважаєте Ви, що у житті все відбувається згідно усталеного

порядку? Якщо ні, то поясніть свою думку.

- Чи відчуваєте Ви себе господарем власного життя, чи події Вашого життя зумовлюються незалежними від Вас чинниками?

- Чи згадуєте Ви час своєї служби у Збройних Силах, події які Вам довелося пережити у цей період?

Далі бесіда може розгортатись у різних напрямках, в залежності від змісту відповідей респондента: взаємини у сім'ї, важкі переживання, пов'язані з війною, соматичний і психічний стан клієнта раніше і зараз тощо.

При роботі з конкретними ситуаціями з життя клієнта, варто вимагати, щоб він відтворював ситуацію не описово, а через репліки, діалоги, почуття і дії.

Сигнальна інформація для психолога

1. Психолог працює не з ситуаціями, ні з їх трансформаціями, він працює тільки з переживаннями клієнта.

2. Психолог “йде” за клієнтом, а не попереду нього. Психолог

відповідає тільки за свої компетенції. Якщо клієнт не прислуховується до рекомендацій і нічого не робить, то це проблема тільки клієнта.

3. Консультативна ситуація або терапевтична ситуація - спільне проживання за короткий час, великий відрізок часу життя клієнта. За цей час відбувається інсайт- осяяння клієнта, тобто він виходить за рамки свого бачення цієї ситуації. Клієнт може навіть відмовитися від цієї ситуації в якій він перебував, тобто відбувається внутрішня актуалізація ресурсу, коли він приймає правильне рішення і діє.

4. Під час консультування є дві, самі поширені помилки - дистанціювання від клієнта, певна “зверхність” і зверхідентифікація (злиття з клієнтом), коли психолог сприймає проблеми клієнта, як свої власні, в цьому випадку психологу теж може знадобитися допомога.

5. Значимість міжособистісних відносин з клієнтом, є визначальним, якщо немає довіри, прийняття іншого, то реальної консультативної допомоги клієнт не отримає. Якщо психолог з клієнтом вибудовує міжособистісні відносини, а не працює в професійній позиції, то психологу необхідна супервізія.

6. Існує декілька типажів клієнтів:

- ідеальний клієнт;

- клієнт з ігровою орієнтацією (“спробуй допоможи мені”).

Такий клієнт весь час намагається “обіграти” психолога. Життєвий трикутник, коли клієнт і психолог змінюються місцями в ігровому трикутнику: “агресор”, “рятувальник”, “жертва”. Такому клієнту, який не хоче допомоги, допомогти не можливо;

- рента орієнтація (зробіть за мене). Часто такого клієнта молоді психологи, намагаються “усиновити”.

7. Клієнт сам приймає рішення, психолог тільки допомагає йому утвердитися, що саме це йому потрібно.

8. Люди звертаються до психолога, коли:

- є кілька варіантів вибору, але вони не влаштовують;
- тупикова ситуація;
- безліч варіантів (20), не можуть вибрати.

9. У роботі психолога, допомагає питання, яке він повинен задати клієнту “Що він насправді хоче?”.

10. “Проблема” - це вказівка на те, чого б хотів клієнт, але не може змінити. Це не те, що з ним відбувається, а то як він до цього ставиться. Зовнішні обставини, це наслідок, а не причина поведінки людини. Психологічна проблема полягає не в ситуації, а в її інтерпретації.

11. “На що скаржитесь?” (Уточнюємо від чого йому погано, що не так), потім уточнюємо - чого він (вона) хоче? (Це дозволяє дізнатися його мету); “Чим я можу Вам допомогти?” (Уточнення що хоче отримати клієнт); Що, чого хоче клієнт від психолога - це і є запит. Психолог повинен порівняти очікування клієнта зі своїми можливостями. Допомога це активізація внутрішнього ресурсу людини.

12. Існує два рівня рішення:

- Зняття симптому;
- Допомога у вирішенні проблеми. Це виявити прихований смисл симптому (страх, тривога) і тоді можливо клієнт сам вирішить проблему, це може допомогти людині змінитися. Починати роботу треба зі зняття симптому. Часто клієнти не розуміють самого симптому.

13. Консультативна гіпотеза має дві частини:

- інтерпретація консультантом суті проблеми (важливо, яка теорія лежить в основі);
- припущення про те, як вийти із ситуації, в якій знаходиться клієнт, допомога в рішення. З'ясувати які рішення бачить сам клієнт. "Що дозволить ..?". Узагальнити все те, що говорить клієнт, допомогти йому сформулювати. Пояснити, що завжди є більше, ніж один вихід з проблемної ситуації. Під час пошуку рішення,

необхідно розділити кінцеву мету на більш дрібні складові. Програємо, перебираємо варіанти. Відбувається відчуження від проблеми і рефлексія. Основне завдання психолога “виштовхнути” клієнта за коло, тоді він зможе оцінити своє ставлення до ситуації, що він конкретно робив у цій ситуації. Звернути увагу на клієнтів з “сильним хочу і слабким треба”.

14. Формулювання мети для клієнта повинно бути тільки позитивним. Наприклад: “Я хочу позбутися від конфліктів з близькою людиною” - мета клієнта, треба “Я хочу налагодити позитивні відносини з близькою людиною”. Мета повинна бути не тільки позитивною, але і конкретною. “Хороші взаємини” - це дуже невизначено, потрібно конкретизувати: довірчі, стримані і т.д. Цілі повинні фіксуватися, причому тільки ті, що визначив для себе сам клієнт, **(відомо, що виконуються тільки ті цілі, які клієнт ставить собі сам)**. Психолог повинен задати клієнту питання: “Як ти дізнаєшся, що мета досягнута?”, “Скільки часу тобі знадобиться?”, “Які будуть етапи досягнення мети?”. Це необхідно клієнту для того, щоб він знав і розумів, що досягнення мети можливо.

Важливо усвідомлення серйозності намірів. Клієнт усвідомлює мету, проміжні цілі, тобто рефлексує. Усвідомлення - мета гештальту. “Тим, що я усвідомлюю, я можу управляти”.

Коли формулюється мета для психолога, він повинен задати собі питання: “Що я хочу отримати в результаті?”, “Що має бути результатом роботи?” “Як я буду оцінювати результат?”, “Чи треба призначати повторну зустріч?”, “Чи буде клієнт виконувати домашнє завдання?”. В кінці зустрічі можна попросити клієнта намалювати себе з проблемою.

У процесі роботи з клієнтом, можливі різні ускладнення його стану, пов’язані зі спогадами, напруження, тривоги. Психолог повинен володіти методами екстреної допомоги, щоб своєчасно мати можливість допомогти клієнту, крім того, психолог повинен

навчити клієнта швидким і простим методам самодопомоги таким як:

Метод уповільненого дихання

Ця техніка може бути застосована в будь-який час в будь-якому місці і вимагає всього декількох хвилин. Мета вправи – в момент появи страху або паніки уповільнити дихання до 8-10 вдихів за хвилину. Якщо тренуватися регулярно і навчитися “тримати” нормальне дихання завжди, то можна краще контролювати його, навіть тільки помітивши у себе перші ознаки паніки.

“Дихання 4*4”. Рахуючи в голові від 1 до 4-х повільно робиться вдих, після чого затримується дихання і в цей час знову рахуємо від 1 до 4-х. Потім на рахунок від 1 до 4-х повільно робиться видих і знову робиться пауза на рахунок від 1 до 4-х. Повторюється декілька разів, за необхідністю.

Метод “паперового пакета”

Це метод збільшення вмісту вуглекислого газу в крові, завдяки чому вирівнюється дихання: просто необхідно обмежити обсяг кисню, що надходить в легені, а обсяг вуглекислого газу збільшити, знову вдихаючи той вуглекислий газ, який Ви видихнули. (Не слід турбуватися – кисню у Ваші легені потрапить досить!) Для цього методу не потрібно такого посиленого тренування, як для уповільненого дихання, але його і не зовсім зручно застосовувати у всіх на очах.

Методи відволікання

Клієнту пропонується спробувати усі методи і обрати той метод, що підходить саме йому.

1. Метод гумової стрічки. Можна носити навколо зап'ястя гумову стрічку. Відчувши наближення нападу паніки, відтягніть її, і нехай вона з достатньою силою клацне Вас по руці. Різде хворобливе відчуття відверне увагу від симптомів, які підступають, і дасть час застосувати й іншу техніку для контролю страху,

наприклад, уповільнене дихання. А іноді і самого відчуття буває досить, щоб зупинити напад.

2. Рахунок. Під час відчуття, що насувається напад, починати підраховувати якісь предмети. Наприклад, скільки червоних машин проїхало повз вас, або скільки вікон у будинку навпроти. В крайньому випадку, завжди можна просто множити числа в розумі. Цей метод надає чимало можливостей.

3. Уява. Корисно буває уявити себе де-небудь в спокійному, тихому місці, далеко від повсякденних турбот. При перших же ознаках страху необхідно спробувати пригадати щось приємне з власного життя, з фільму або книги. Наприклад, теплий сонячний день на узбережжі або прогулянку в красивому парку в гарну пору року. Згадуйте або уявляйте щось дуже особисте, цікаве тільки для Вас, і як можна докладніше (зі звуками, запахами, світлом, кольором) і реалістичніше. Чим частіше будуть тренування, тим легше потім, в потрібний момент, можна буде “увійти” в уявну сцену.

4. Роздуми. Ще один спосіб “обдумати” симптоми паніки. Мається на увазі, що Ви визнаєте їх як щось об’єктивне, реальне, існуюче окремо від Вашої свідомості. Наприклад, відчуваючи страх, починаєте педантично фіксувати появу всіх симптомів і, в міру їх появи, сухо, без емоцій оцінювати їх гостроту. Правда, такий метод більше підходить тим, хто здатний подивитися на себе і свої страхи “з боку”, проаналізувати і засвідчити, як би чужими очима. Тоді напад паніки з переживання, що охопило Вас і керує Вашою поведінкою, перетворюється на якусь сторонню подію, яку можна розглядати здалеку.

5. Музика. Декому вдається добре переключитися зі своїх тривожних думок і очікувань на прослуховування музичних творів, які їм подобаються, тому вони беруть з собою будь-яке джерело, яке дає можливість в потрібний момент послухати музику.

6. Вода. Тривогу і страх часто супроводжує відчуття сухості в роті. Необхідно носити з собою пляшку з водою, компенсуючи

дефіцит рідини і перемикаючи свою увагу на свої відчуття, коли робиться ковток.

7. Руки. Порухайтесь, наприклад, потанцюйте або пробіжіться протягом декількох хвилин, як тільки відчуєте наближення тривоги. Можна навіть поприсідати або повіджиматися від полу.

“В першу чергу, необхідно з’ясувати, який з методів найкраще підійде саме Вам, тобто завдяки якому з них Ви, озброївшись умінням справлятися зі страхами і непохитною вірою в це своє вміння, станете найбільш підготовлені віч-на-віч зустрітися з важкою ситуацією.

Складіть перелік вже випробуваних Вами методів відволікання та оцініть ступінь їх ефективності для Вас. Система оцінки - від 0 до 10. Ця проста градація допоможе з більшою точністю визначити “свій” метод і підібрати свій набір “швидкої допомоги”.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Общие принципы терапии психически больных // Руководство по психиатрии / Ю.А. Александровский, Г.Э. Кюне. - М.: Медицина, 1988. - Т. 2. - С. 463-476.

2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие.- М.: Медицина, 2000. – 300 с.

3. Алехин А.Н. Психические расстройства в практике психолога: Учебное пособие. - СПб.: Сенсор, 2009. – 140 с.

4. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. - 248 с.

5. Вейн А.М. Вегетососудистая дистония / А.М. Вейн, А.Д. Соловьева, О.А. Колосова. - М.: Медицина. 1981. - 309 с.

6. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник / Н.А. Агаєв, О.М. Кокур, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, В.В. Ткаченко. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.

7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е изд. – М.: Изд-во МГУ, 1986. – 177 с.

8. Золотарева Т.В. Проблемы социально-психологической помощи жертвам террора: Учебное пособие / Т.В. Золотарева. – М.: МГСУ. – 2002. – 256 с.

9. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Практическое руководство – М.: Изд-во “Медицина”, 1990. – 576 с.

10. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. - 960 с.

11. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное. - М.: Смысл, 2000. - 254 с.

12. Лови О.В. Бендер гештальт-тест. Руководство / О.В. Лови, В.И. Белопольский. – М.: “Когито-Центр”, 2003. - 42 с.

13. Максимов А.Г. Доказательная медицина и здравоохранение / Т.Г. Максимова, Г.К. Максимов. СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001. - 159 с.

14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб.: Оверлайд, 1994. - 300 с.

15. Мясищев В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии // Психология отношений. - Москва – Воронеж, 1995. - С. 48-53.

16. Наказ МО України “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час

відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)” від 09.12.2015 року № 702.

17. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

18. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198-207.

19. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. Дисс. канд. психол. наук, М., 1992. - 214 с.

20. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979-1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. М.: Институт социологии, 1995. - 139 с.

21. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). – [Електронний ресурс]. - [http:// guidance.nice.org.uk/cg26](http://guidance.nice.org.uk/cg26)

22. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб.: Речь, 2004. – 224 с.

23. Соколова Е.Т. Психологическое исследование личности: проективные методики. - М.: ТЕИС, 2002. – 150 с.

24. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія: Навчально-методичний посібник. – Вінниця: ТОВ Віндрук. – 2004. – 102 с.

25. Hutt, M. L. The Hutt Adaptation of the Bender Gestalt Test. New York: Grune and Stratton, 1985.

26. Kaufman, Alan, S., and Elizabeth O. Lichtenberger. *Assessing Adolescent and Adult Intelligence*. Boston: Allyn and Bacon, 2001.

27. Koppitz, E. M. *The Bender Gestalt Test for Young Children*. Vol. 2. New York: Grune and Stratton, 1975. Pascal, G. R., and B. J. Suttell. *The Bender Gestalt Test: Quantification and Validation for Adults*. New York: Grune and Stratton, 1951.

28. Macklin M.L., Metzger L.J., Lasko N.B. et. al. Five-year follow-up of EMDR treatment for combat-related PTSD // XIY Annual Meeting ISSTS. - Washington, 1998.

29. Sattler, Jerome M. "Assessment of visual-motor perception and motor proficiency." In *Assessment of Children: Behavioral and Clinical Applications*. 4th ed. San Diego: Jerome M. Sattler, Publisher, Inc., 2002.

30. Watkins, E. O. *The Watkins Bender Gestalt Scoring System*. Novato, CA: Academic Therapy, 1976.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Дозволяє в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак ПТСР.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

1. Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

- Так

- Ні

2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?

- Так

- Ні

3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

- Так

- Ні

4. Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

- Так

- Ні

5. Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

- Так

- Ні

6. У вас виникли проблеми із засинанням або сном?

- Так

- Ні

7. Ви стаєте більш нервовим або роздратованим через звичайний шум чи рух?

- Так

- Ні

4 і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР. В такому випадку рекомендується провести більш детальну діагностику респондента на наявність ознак ПТСР.

Додаток 2

Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії

Опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів і є ефективна в діагностиці великого депресивного розладу, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Спеціальність _____
 Посада (підрозділ) _____ Військове звання _____

Інструкція: “Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)”

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
Поганий апетит чи навпаки - переїдання	0	1	2	3
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3

Сума			
		Загальний бал = _____	
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?			Зовсім не ускладнили Дещо ускладнили Дуже ускладнили Надзвичайно ускладнили

Інтерпретація результатів

Критерії оцінки результатів PHQ-9*

Загальний бал тяжкості депресії:

0-4 – депресія відсутня;

5-9 – легка (“субклінічна”) депресія;

10-14 – помірної тяжкості депресія;

15-19 – середньої тяжкості депресія;

20-27 – тяжка депресія.

* Бал ≥ 10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%.

Додаток 3

Опитувальник Міні-мульти

Опитувальник Міні-мульти являє собою скорочений варіант теста ММРІ, містить 71 твердження, 11 шкал, з них 3 – оціночні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють відвертість респондента, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Інші 8 шкал є базисними і оцінюють властивості особистості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень, які стосуються стану Вашого здоров’я і Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Якщо Ви згодні з твердженням, то в клітинці з номером питання поставте знак “+” (“так”, “вірно”), якщо не згодні – знак “-” (“ні”, “невірно”). Не витрачайте час на роздумування. Найбільш природнім є те рішення, яке першим приходить в голову. Час на проведення опитування не обмежується”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71									

Текст опитувальника

1. У Вас хороший апетит.
2. Вранці Ви зазвичай відчуваєте, що виспалися і відпочили.
3. У Вашому повсякденному житті багато цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом Вам в голову приходять такі нехороші думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко бувають закрепи.
7. Іноді Вам дуже хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом Вас турбує нудота і позиви на блювоту.
10. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилятися.
12. Кожного тижня Вам сняться кошмари.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З Вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.

15. Ви досягли б у житті набагато більшого, якби люди не були налаштовані проти Вас.

16. У дитинстві був час, коли Ви скоювали крадіжки.

17. Бувало, що по кілька днів, тижнів або цілих місяців Ви нічим не могли зайнятися, тому що важко було змусити себе включитися в роботу.

18. У Вас переривчастий і неспокійний сон.

19. Коли Ви знаходитесь серед людей, Вам чуються дивні речі.

20. Більшість людей, які Вас знають не вважають Вас неприємною людиною.

21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше Вашого.

22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж Ви.

23. Дуже багато людей перебільшують свої нещастя, щоб домогтися співчуття і допомоги.

24. Іноді Ви сердитесь.

25. Вам дійсно не вистачає впевненості в собі.

26. У Вас часто бувають посмикування в м'язах.

27. У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось неправильне або недобре.

28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.

29. Деякі так люблять командувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони праві.

30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.

31. Більшість людей здатні домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.

32. Вас часто турбує шлунок.

33. Часто Ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були в поганому настрої і роздратовані.

34. Часом Ваші думки текли так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.

35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.

36. Часом Ви впевнені у власній непотрібності.

37. В останні роки Ваше самопочуття було в основному гарним.

38. У Вас бували періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.

39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.

40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.

41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.

42. З пам'яттю у Вас все гаразд.

43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви тільки що познайомилися.
44. Більшу частину часу Ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У Вас рідко болить голова.
46. Іноді Вам бувало важко зберегти рівновагу під час ходьби.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрати Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що скоювали вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що Ви занадто сором'язливі.
51. Ви майже завжди про що-небудь турбуєтесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи пліткуєте.
54. Часом Ви відчуваєте, що Вам незвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальні, але швидко відходите.
57. У Вас бувають періоди такого неспокою, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени родини часто прискіпуються до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншого.
61. Іноді Ви сповнені енергії.
62. За останній час у Вас погіршився зір.
63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (може бути, тільки один), коли Ви відчували, що на Вас діє гіпноз.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в компанії, Ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом Ваша голова працює ніби повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтесь в людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

“Ключ”

Шкали	Варіанти відповідей	№ твердження
-------	------------------------	--------------

<i>L</i>	Невірно (H)	5, 11, 24, 47, 53
<i>F</i>	H	22, 24, 61
	Вірно (B)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
<i>K</i>	H	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
<i>1 (Hs)</i>	H	1, 2, 6, 37, 45
	B	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
<i>2 (D)</i>	H	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 61, 65
	B	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44
<i>3 (Hy)</i>	H	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	B	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
<i>4 (Pd)</i>	H	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	B	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
<i>6 (Pa)</i>	H	28, 29, 31, 67
	B	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
<i>7 (Pt)</i>	H	2, 3, 42
	B	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
<i>8 (Se)</i>	H	3, 42
	B	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
<i>9 (Ma)</i>	H	43
	B	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Обробка результатів

Підраховуються “сирі” бали за всіма 11 показниками шкал (оціночними та базовими) у відповідності з “ключем” до опитувальника.

Оціночні шкали:

- Шкала брехні (L).
- Шкала вірогідності (F).
- Шкала корекції (K).

Базисні шкали:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Іпохондрії (Hs). | 6. Паранойяльності (Pa). |
| 2. Депресії (D). | 7. Психастенія (Pt). |
| 3. Істерії (Hy). | 8. Шизоїдний (Se). |
| 4. Психопатії (Pd). | 9. Гіпоманія (Ma). |

Кожне співпадіння з “ключем” оцінюється в 1 бал. Потім робиться висновок про ступінь відвертості респондента та достовірності його результатів. Якщо показники за цими шкалами задовільні - процес обробки даних продовжується.

До методики додається спеціальний бланк (Профільний лист) для побудови профілю особистості респондента з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до вказаних у *Профільному листі* шкал відповідне значення шкали корекції.

Значення шкали (К) додається до значень за базисними шкалами № 1, 4, 7, 8, 9 таким чином:

шкала *Hs* (1) = *Hs* + (0,5 * К);

шкала *Pd* (4) = *Pd* + (0,4 * К);

шкала *Pt* (7) = *Pt* + К;

шкала *Se* (8) = *Se* + К;

шкала *Ma* (9) = *Ma* + (0,2 * К).

Таблиця коефіцієнтів корекції

Значення шкали К	0,5К	0,4К	0,2К
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

Для отримання більш точного профілю з урахуванням статі потрібно використовувати наступну таблицю:

Відмінності статистичних показників двох вибірок для діагностичних шкал

Стать	Чоловіки		Жінки	
	М	δ	М	δ
Вік	40,5	15,85	39,3	14,89
L	1,48	1,23	1,51	1,19
F	3,1	2,3	2,64	1,71
К	7,68	3,42	7,72	2,64
1	7,24	3	8,47	2,92
2	7,02	2,68	7,96	3

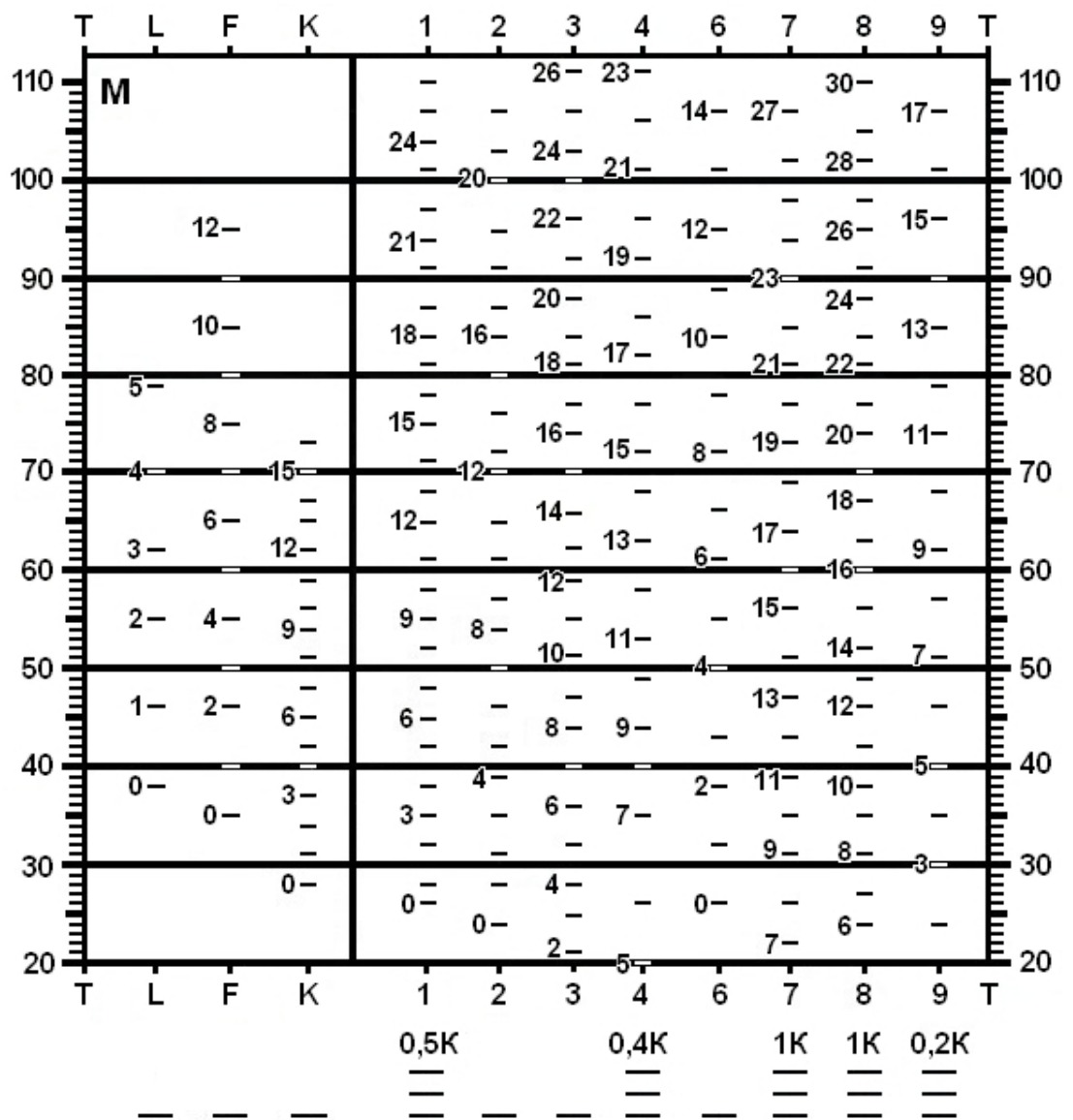
3	9,73	2,91	11,53	3,38
4	10,39	2,13	9,76	1,9
6	4,03	1,74	4,77	2
7	13,57	2,51	14,48	2,27
8	13,68	2,83	13,52	2,8
9	6,23	1,55	6,35	1,91

Переведення “сирих” балів у стандартні значення (після додавання відповідних значень за шкалою (К) здійснюється за такою формулою:

$$T = 50 + \frac{10(X - M)}{\delta}$$

де 50 – це лінія “норми”, від якої ведеться відлік показників як вгору (підвищення), так і вниз (зниження); X – це отриманий кінцевий “сирій” результат за певною шкалою; M – емпірично виявлена медіана, тобто середньонормативний показник за даною шкалою; δ – величина середньоквадратичного відхилення від норми, яка виявлена в процесі стандартизації. Для базисних шкал всі ці дані вже враховані та співвіднесені з Т-балами на Профільному листі.

Профільний лист



Інтерпретація результатів

За даними тестування будується особистісний профіль респондента. Високими оцінками для кожної зі шкал є оцінки в “сирих” балах, які перевищують їх номінальні значення та відповідають показнику 70 стандартних одиниць; низькими оцінками – менше 40 одиниць.

Оціночні шкали:

Шкала брехні (L) – оцінює щирість досліджуваного.

Низькі значення:

Особи надмірно відкриті, які не приховують своїх труднощів, слабкостей і психопатологічних розладів. Добре усвідомлюють свої труднощі, схильні швидше перебільшувати, ніж недооцінювати ступінь міжособистісних конфліктів, тяжкість відмічених симптомів, ступінь особистісної неадекватності. Схильність

критично ставитися до себе і оточуючих, скептицизм. Незадоволеність і схильність перебільшувати значимість конфліктів робить респондента легко вразливим і породжує незручність у міжособистісних стосунках.

Високі значення:

Тенденція респондента представити себе в більш вигідному ракурсі, демонструвати суворе дотримання соціальних норм. Це прагнення обумовлено: обмеженістю кругозору респондента; ситуацією; наявністю патології; у тих випадках, коли індивідуум слідує встановленому стандарту поведінки, дотримуючись часом незначних і немаючих істотних цінностей правил; належність до певної професійної групи, від якої через її специфіку, необхідний надзвичайно високий стандарт поведінки та пунктуальне дотримання конвенціональних норм (юристи, педагоги).

У осіб з високим інтелектом і великим життєвим досвідом цей показник не можна розглядати, як прагнення показати себе в більш сприятливому ракурсі.

У разі, якщо відзначаються також піки на інших шкалах, – профіль особистості можна проаналізувати лише в поєднанні з відомими клінічними даними хворого.

Шкала достовірності (F) – виявляє недостовірні відповіді: чим вище значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.

Низькі значення:

Результати свідчать про достовірність.

Високі значення:

Високі показники за шкалою (F) можливі в наступних випадках: неконформність особистості, пов'язана зі своєрідністю сприйняття і логіки (шизоїдний тип особистості); аутична особистість, яка має труднощі в міжособистісних контактах; психопатоподібна поведінка, схильність до невпорядкованої поведінки чи виражене відчуття протесту проти конвенціональних норм; підлітки в період формування особистості, коли переважає потреба в самовираженні неконформною поведінкою та поглядами; виражена тривожність і потреба в допомозі з боку оточуючих.

У кожному конкретному випадку до оцінки профілю за шкалою (F) треба підходити індивідуально: результати тестування в цілому викликають сумніви через навмисне спотворення

результатів самим респондентом; слід поєднувати показання за шкалою (F) з клінічним станом респондента (можливо неадекватне сприйняття тверджень).

Шкала корекції (K) – згладжує спотворення, що вносяться надмірною обережністю і контролем респондента під час тестування. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

Низькі значення:

Звичайно відображають відвертість та самокритичність респондента. Низькі оцінки можуть свідчити про респондента як про людину благородну, доброзичливу, товариську, що має широке коло інтересів. Досвід міжособистісних контактів і заперечення ускладнень обумовлює у нього високу підприємливість і вміння знаходити правильну лінію поведінки. Оскільки такі якості покращують соціальну адаптацію, помірне підвищення профілю за шкалою (K) може розглядатися як прогностично сприятлива ознака.

Високі значення:

Високий показник за шкалою (K) вказує не те, що респондент визначає свою поведінку залежно від соціального схвалення і стурбований своїм соціальним статусом, прагне скласти приємне враження. Схильність заперечувати будь-які складнощі в міжособистісних відносинах або в контролі власної поведінки, прагнення дотримуватися прийнятих норм поведінки та утримуватися від критики оточуючих в тій мірі, в якій поведінка оточуючих укладається в рамки прийнятої норми. Відзначається негативна реакція на поведінку тих осіб, які поведуться явно відхиляючись від рамок традицій і звичаїв. У разі клініки: виражене занепокоєння, невпевненість у собі в поєднанні з бажанням домогтися доброзичливого до себе ставлення.

Базисні шкали:

1. Інохондрія (Hs) – “близькість” респондента до астено-невротичного типу. Респонденти з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

Низькі значення:

Респондент не стурбований станом свого здоров'я, більш діяльний і енергійний та більш успішно вирішує свої труднощі, використовуючи адаптивні форми поведінки.

Високі значення:

Високий показник за шкалою (Hs) свідчить про наявність сильної стурбованості, пов'язаної з психосоматизацією тривоги: тривогу, яку відчуває респондент, він пов'язує не з зовнішніми соціальними причинами, а зі станом свого фізичного здоров'я. Відзначається емоційна значимість для респондента його соматичних відчуттів: загальне самопочуття, працездатність, порушення соматичних функцій, больових відчуттів.

Стурбованість за станом свого фізичного здоров'я виникає на тлі високого рівня тривоги взагалі. Тривога може проектуватися на серцево-судинну систему, викликаючи порушення, на шлунково-кишковий тракт. Таким чином, тривога соматизується і набуває конкретності, тобто змінюється страхом.

Підвищена увага до себе, перенесення загрози з міжособистісних відносин на процеси, що відбуваються у власному організмі. Недостатня здатність контролювати свої емоції.

Схильність до скарг, стурбованість своїм фізичним станом, песимізм і невіра в успіх, особливо щодо медичної допомоги. Розвиток тривалого та ретельного самостереження за організмом, що зовні проявляється в непоступливості, впертості, скептицизмі.

2. Депресія (D) – високі оцінки мають чутливі, сензитивні особи, схильні до тривог, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні і обов'язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, немає впевненості в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

Низькі значення:

Низький рівень тривоги, активність, товариськість, відчуття своєї значущості, сили, енергії та бадьорості.

Високі значення:

Високий показник за шкалою (D) свідчить про те, що можливо у респондента відзначається у більшій мірі симптоми тривоги, ніж депресії. Відчуття невизначеної погрози, характер і час виникнення якої не можна передбачити, відчуття супроводжуються дифузними побоюваннями і тривожними очікуваннями.

Відчуття внутрішньої напруженості, готовність до виникнення будь-якого несподіваного явища, яке ще не оцінюється як загроза. Наростання почуття внутрішньої напруженості часто призводить до складнощів у виділенні значимих подразників, що проявляється в неприємному емоційному настрої.

Тривога може переростати в страх, який супроводжується вже відчуттям конкретної загрози, невідворотності катастрофи, що насувається.

Оточуючим респондент представляється як песиміст, замкнутий, мовчазний, сором'язливий, надмірно серйозний, який уникає контактів. Однак, насправді, особистість відчуває потребу в глибоких і міцних контактах з оточуючими. Особистість легко ідентифікує себе з окремими людьми, явищами, і якщо це ототожнення порушується, то особистість сприймає це як катастрофу, знижується настрій. Тому їх відгородженість – це прагнення уникнути розчарування. Насправді ж ці особистості прагнуть звернути та утримати увагу оточуючих, дорожать їх оцінкою, прагнуть набути і зберегти їх. У ситуаціях фрустрації для них більш характерні інтрапунітивні реакції – почуття провини, гнів, спрямований на себе, аутоагресія, аж до суїциду. На ситуацію дезадаптації реагує астеною, інертністю, пасивністю, відмовою від реалізації егоцентричних установок у складній конфліктній ситуації.

3. Істерія (Hy) – виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу у будь-який спосіб, жага захоплення. Почуття таких людей поверхневі й інтереси неглибокі.

Низькі значення:

Інтроверсія, скептицизм, недостатня здатність до спонтанності в соціальних контактах.

Високі значення:

Високий показник за шкалою (Hy) свідчить, що у респондента відзначається здатність до витіснення факторів, що викликають тривогу; демонстративне підкреслення соматичного неблагополуччя з тенденцією заперечувати труднощі в соціальній

адаптації. Висока здатність до витіснення, що дозволяє ефективно усувати тривогу, в той же час ускладнює формування досить стійкої поведінки: постійно виникають нові ролі, завдання та оцінки. У людей цього типу недостатньо розвинений внутрішній світ, їх переживання орієнтовані на зовнішнього спостерігача. Ігнорування негативних сигналів ззовні дозволяє зберігати високу самооцінку, що переходить в самолюбівання. Така поведінка може призвести до безцеремонності, некритичності в оцінці ситуації.

Особистість прагне бути в центрі уваги, шукає визнання і підтримки і домагається цього наполегливими діями. Схильність до фантазування, егоцентризму, незрілість і поверхневність у контактах. Зазвичай ускладнює діяльність групи. Проявляє впевненість в ідентичності свого “Я”, декларованих ідеалах, не схильна до тривалої монотонної діяльності. Краще проявляє себе в ситуаціях, де потрібно швидко змінювати свою роль, де присутні короткочасні контакти, уміння пристосовуватися до різних людей. У конфліктах найчастіше використовуються для самозахисту соматичні скарги, які носять поверхневий характер.

У клінічних випадках – може спостерігатися повна втрата здатності до формування стійких установок та побудови поведінки на основі попереднього досвіду, живе за методом “спроб і помилок”, виходячи із задоволення своїх ситуативних бажань, в результаті виникає безплановість та хаотичність поведінки. Декомпенсація особистості виникає в ситуаціях підвищених вимог і навантажень, а також порушення відносин, які за соціальним нормам повинні підтримуватися (наприклад, в сім’ї). Виникає груба конверсійна симптоматика або більш тонка – зміни вегетативної регуляції, яка є “копією” раніше бачених або почутих “страшних” захворювань (наприклад, інфаркту). Основна мета поведінки хворого – потреба в увазі та підтримці, в милуванні своїми стражданнями і своєю волею, стійкістю при цьому.

4. Психопатія (Pd) – високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами і цінностями. Настрій у них нестійкий, вони уразливі, збудливі і чутливі. Можливий тимчасовий підйом за цією шкалою, викликаний якою-небудь причиною.

Низькі значення:

Конвенціональна особистість, високий рівень ідентифікації зі своїм соціальним статусом, тенденція до збереження постійних інтересів, установок, цілей.

Високі значення:

Висока оцінка за шкалою (Pd) свідчить про психопатоподібну поведінку, схильність до асоціальних вчинків. За сприятливих умов в проміжках між декомпенсаціями психопатичні риси можуть не виявлятися. Характеризується зневагою до прийнятих у суспільстві норм, моральних і етичних цінностей, правил поведінки і звичаїв. Залежно від рівня активності ця зневага проявляється в гнівних і агресивних реакціях або виражається більш-менш пасивно. Протест проти прийнятих норм може обмежуватися сім'єю і найближчим оточенням, але може набувати генералізованого характеру. Поведінка погано передбачувана, невміння планувати майбутні вчинки і нехтування наслідками своїх дій. Недостатня здатність отримувати користь з досвіду призводить до повторних конфліктів з оточуючими. Безпосередня реалізація виникаючих спонукань і недостатня здатність прогнозувати призводить до відсутності тривоги і страху перед потенційним покаранням. Ситуації, які не спричинили тяжких наслідків, також не викликають тривоги або депресії.

Тільки реально значуще покарання може провокувати агресію або субдепресію і лише проти самого факту покарання, а не ситуації. У міжособистісних відносинах (навіть в інтимних) особистість відрізняється поверхневим і нестійким ставленням, рідко виникає почуття глибокої прихильності. Особистість ненадійна в тривалому спілкуванні, оскільки схильна до дисфорій. Домінують такі характеристики, як егоцентризм, імпульсивність, емоційна незрілість, конфліктність.

У клінічному випадку – розлад особистісних рис, агресивний тип, пасивно-агресивний тип.

Альтернативний варіант – емоційно нестійка особистість, реакція тривоги, депресивна реакція у особистості з порушенням особистісних рис.

Може скаржитися на свій “вибуховий” характер, емоційну нестійкість, відчуття провини, тяжке пияцтво, депресивні симптоми, втрату працездатності, виражені конфлікти в подружніх відносинах.

Провідні риси: нечуйність, незрілість, вимогливість, егоцентричність, імпульсивність, дитячість, безтурботність, нетерплячість, емоційна нестійкість.

Суїцидальні спроби, спалахи агресії в сім'ї, сексуальні розлади, алкоголізм є найчастішими причинами того, що респондент опиняється в лікарні.

б. Паранойяльність (Pa) – основна риса людей з високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні, агресивні і злопам'ятні. Протилежна точка зору розглядається як ворожа. Свої погляди вони активно нав'язують, тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найнезначніші успіхи вони завжди переоцінюють.

Низькі значення:

Підвищене почуття недовіри та настороженості, страх за наслідки своїх дій, гнучке мислення, можуть швидко змінювати свою точку зору в залежності від ситуації.

Високі значення:

Ригідність, схильність до систематизації накопиченого досвіду, підозрілість, образливість, завзятість у досягненні мети, педантизм, схильність звинувачувати інших у недружньому ставленні, ворожість і ригідність афекту.

Риси особистості: поєднання сензитивності й образливості зі скаргами на недоліки оточуючих, їх ворожі дії, тобто тенденція до спотворення фактів шляхом неправильного тлумачення нейтральних або дружніх дій інших людей, войовничо-педантичне ставлення до питань пов'язаних з правами особистості, якими в даному випадку не можна знехтувати.

Діагностується схильність до ідеаторної розробки ситуації. Ригідність афекту зазвичай пов'язана з егоїстичними установками. Супроводжується інтенсивною розробкою концепції, яка повинна пояснити його виникнення і, в той же час, зберегти прийнятне для індивіда уявлення про власну особистість. Ця вторинна ідеаторна розробка створює враження незалежної позиції, вірності своїм критеріям. Проте насправді, вчинки визначаються зовнішнім впливом, так як вони є відповіддю на дії оточуючих, які сприймаються афективно, як такі, що утискають особистість респондента. З ригідністю афекту пов'язано також тривале переживання власних успіхів, причому це переживання включає гордість своєю цінністю, підвищене себелюбство і невдоволення

відсутністю визнання з боку оточуючих. Для особистості властива впертість, раціональна життєва платформа, виражене відчуття суперництва, прямолінійність.

У клінічному випадку можуть мати місце надцінні ідеї або маячні концепції. Навіть за відсутності маячні, поведінку їх все одно важко корегувати; схильні з недовірою ставитися до лікування і прагнуть раціоналістично обґрунтувати свою недовіру до медицини.

7. Психастенія (Pt) – діагностує осіб з тривожно-недовірливим типом характеру, якому властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

Низькі значення:

Рішучість, гнучкість поведінки, низький рівень тривожності, впевненість при прийнятті рішення.

Високі значення:

Високі результати за шкалою (Pt) свідчать про конституціональну схильність до виникнення тривожних реакцій, а усунення цієї тривоги досягається шляхом формування обмеженої поведінки.

Сензитивність, страх, тривога, невмотивовані побоювання, невпевненість у собі і у своїй компетентності, знижена самооцінка, нав'язливість. Тривожно-недовірлива особистість, низький поріг фрустрацій, напруженість, самокритичність, емпатійність, труднощі соціального пристосування, сором'язливість, боязкість. Низька здатність до витіснення і підвищена увага до негативних сигналів. Прагнення утримати в центрі уваги навіть несуттєві факти, враховувати і передбачати навіть малоймовірні можливості. В результаті ситуація ніколи не представляється досить визначеною, що ще більше посилює постійну тривожність. Тому нездатність відокремлювати фон від сигналу, збільшення емоційної значущості фону призводить до ослаблення концентрації уваги, до сумнівів і коливань при необхідності прийняти рішення, тривогу і страхи з приводу можливих наслідків своїх дій. Оскільки кожен новий сигнал сприймається як загроза, то особистість дотримується вже перевірених прийомів діяльності.

У своїй діяльності керується, головним чином, не потребою досягти успіху, а прагненням уникнути неуспіху. Поведінка визначається страхом перед можливістю накликати на себе небезпеку невірним вчинком. Цей страх лежить в основі обмежень

поведінки, особливо там, де успіх не гарантований. Респондент прагне контролювати успішність своєї діяльності за допомогою розробки високого внутрішнього стандарту, з яким зіставляється дія і результат. Такі особи описуються оточуючими як сумлінні, такі, які ретельно виконують свої обов'язки, стримані у зовнішніх проявах і нерішучі.

Клінічна картина проявляється схильністю до нав'язливого неспокою. Напруженість, нерішучість, знижена завадостійкість у відношенні до стресу. Стресорами є ситуації, де відбувається швидка зміна факторів, невідповідні ситуації і ті, які не піддаються плануванню; декомпенсація особистості супроводжується нав'язливими страхами та ритуалами.

8. Шизоїдність (Se) – особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі й прикраси не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках.

Низькі значення:

Відсутність шизоїдних рис характеру (емоційної холодності і відчуженості).

Високі значення:

Високі результати за шкалою (Se) свідчать про те, що шизоїдні риси формуються в тих випадках, коли навіть незначні фрустрації ведуть до виникнення стійких і тривалих негативних емоцій, а компенсація досягається шляхом відходу з навколишнього середовища у внутрішній світ. Емоційна холодність, своєрідність сприйняття і суджень, незвичайність думок і вчинків, вибірковість або поверхневність контактів.

Орієнтування на внутрішні критерії, втрата здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих, до програвання їх ролей і в зв'язку з цим порушення адекватного емоційного реагування. Для особистості шизоїдного типу важко, а часом неможливо, поглянути на себе з боку і включити себе в навколишній світ. Поведінка часто ексцентрична, позбавлена емоційного забарвлення або гордовита.

Негативні сигнали не доходять до особистості, але у випадку якщо сигнал отримано, то він несподівано викликає велику вразливість у респондента. Оскільки в силу незадоволеності і

вразливості чітко сформоване уявлення про соціальну ситуацію у цих осіб часто виявляється джерелом напруженості, тривалих і інтенсивних негативних емоцій, вони уникають ясних і чітких формулювань і у них відсутнє чітке уявлення про те, як саме вони повинні вести себе в тій чи іншій ситуації або чого саме чекають від них оточуючі.

Хоча висловлювання таких особистостей логічні й правильно побудовані граматично, у оточуючих вони можуть створити враження двозначності або недостатньої зрозумілості. Причина в тому, що особистість втрачає контроль над зрозумілістю в результаті порушень соціальної комунікації. Однак особистість посилено проявляє себе в областях знань, де використовується символіка (наприклад, математика). Ускладнення соціалізації все більше може посилити відчуття внутрішньої напруженості, звідси посилюються труднощі в реальній оцінці ситуації і загальної картини світу. Тому їх активна діяльність зазвичай протікає поза ситуацією, оскільки ці особи нерідко відчувають свою відчуженість і незрозумілість, нездатність стати дійсним членом групи, до якої вони належать формально. Як наслідок цього – амбівалентність у відносинах: очікування уваги з боку оточуючих і боязнь холодності з їхнього боку. Вони виявляють то надмірну дружелюбність, то незрозумілу ворожість, причому надмірно інтенсивні контакти можуть змінюватися раптовими розривами. Недостатність контактів призводить також до аутистичного фантазування та формування афективно насичених ідей.

9. Гіпоманія (Ma) – для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі і нестійкі, їм не вистачає витримки і наполегливості.

Низькі значення:

Зниження активності і контактів з людьми.

Високі значення:

Висока оцінка за шкалою (Ma) свідчить про підвищений настрій, надмірну активність, велику кількість і легкість виникнення планів та ідей, які часто не здійснюються в силу підвищеного відволікання і переоцінки своїх можливостей, різноманітності інтересів, широких і поверхневих контактів.

Клінічні прояви: дезадаптація поведінки, надмірно і погано спрямована активність, емоційне збудження, дратівливість, образливість і недостатня стриманість. Діяльність у цих випадках може виявитися неефективною або у зв'язку з тим, що вона не доводиться до кінця, через переключення уваги на інші об'єкти, або у зв'язку з тим, що перебільшення своїх можливостей дозволяє планувати її свідомо на нереальні терміни.

Клінічний діагноз: маніакально-депресивна реакція, манія.

Скарги: незадовільне фінансове становище, домінування матері, зниження працездатності.

Симптоми: докладність, марення величі, ворожість, гіперактивність, релігійність, балакучість, алкоголізм. У фазах ремісії відзначається пристосування до життя.

Провідні риси: гіперактивність, пихатість, балакучість в анамнезі напади депресії і манії. Схильність до ретроспективного аналізу. Надактивний, зі значною кількістю проєктів. Під час психозу мова і мислення стають дивними. Коли сердиться, то може "спалахнути" і нагрубити.

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТІ)

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття *за останній тиждень*”.

Твердження	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				

6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні				

фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				

“Ключ”

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів:

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”.

Кожен пункт оцінюється:

“ніколи” – 0 балів;

“рідко” – 1 бал;

“іноді” – 3 бали;

“часто” – 5 балів.

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)

Шкала розроблена з метою уточнення тривалості і інтенсивності стресової дії бойової обстановки.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Ці питання стосуються характеру і тривалості Вашого перебування в умовах бойових дій (якщо таке з Вами відбувалося). Під кожним запитанням є шкала, прорангована від 0 до 3 (або від 0 до 4). Оберіть на цій шкалі позицію, яка максимально наближена до опису Вашого військового досвіду, і обведіть цифру у відповідності з Вашим вибором”.

1. Чи ходили Ви коли-небудь у військовий дозор або виконували інше завдання в умовах підвищеної небезпеки?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

2. Чи перебували Ви коли-небудь в зоні обстрілу з боку супротивника?

0	1	2	3	4
жодного разу	менше 1 місяця	1-3 місяці	4-6 місяців	більше 6 міс.

3. Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

4. Скільки людей у відсотковому співвідношенні у Вашому підрозділі було вбито, поранено чи пропало без вісти під час бойових дій?

0	1	2	3
жодного	між 1-25 %	між 26-50%	більше ніж 50%

5. Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

6. Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

7. Як часто Ви наражалися на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

8. Що із зазначеного нижче (якщо таке є) описує те, чого Ви зазнали під час бойових дій (потрібне позначити):

- дислокування в спостережному пункті на передовій;
- перебування під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, артилерія, ракети або міномети);
- траплялися міни або міни-пастки під час дозору або в місці несення служби;
- підрозділ був обстріляний снайперським вогнем;
- підрозділ потрапляв в засідку.

9. Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?

- Так
- Ні

Якщо Ваша відповідь “Так”, то опишіть природу свого поранення _____

10. Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?

- Так

- Ні

Якщо Ваша відповідь “Так”, то вкажіть групу інвалідності _____
В результаті чого вона отримана? _____

У зв'язку з відсутністю загальновизнаних нормативів шкали, відносним ступенем небезпеки та патогенності кожної з ознак, що використовуються в шкалі, індивідуальним значенням будь-якої травмуючої події, неможливістю до теперішнього часу провести кількісну оцінку тяжкості кожного із стресорів, що враховуються, ця методика застосовується лише в дослідницьких цілях (в основному в порівняльних дослідженнях), а не при клінічній діагностиці та експертизі.

Анкета “Стрес-фактори”

Анкета виявляє негативний вплив стресогенних чинників на військовослужбовців в районі проведення бойових дій. Розроблена науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд значимих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 30, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значимим, присвоюється ранг 30, фактору найменш значимому – ранг 1”.

№ з/п	Назва фактору	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності.	
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність.	
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше).	
4	Побоювання, страх власної загибелі.	
5	Поранення, контузії, каліцтва.	
6	Погані гігієнічні умови.	
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки.	

8	Помилки командування.	
9	Стресори сімейного життя.	
10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження).	
11	Сексуальна дисгармонія.	
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах.	
13	Незадоволеність у матеріальних потребах.	
14	Страх полону.	
15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів.	
16	Необхідність переробки великого об'єму інформації та необхідність прийняття рішень.	
17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.).	
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому.	
19	Монотонність умов, які оточують.	
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників).	
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів.	
22	Контакт зі значною кількістю поранених.	
23	Вигляд трупів, крові.	
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту.	
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина.	
26	Запахи газів, трупів та ін.	
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії.	
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби.	
29	Неможливість змінити умови свого існування.	
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти.	

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS)

Клієнт _____

Дата _____

А. ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ

В. ПОСТІЙНО ПОВТОРЮВАНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

(1) Повторювані нав'язливі спогади про подію, що викликають дистрес.

Частота

Чи траплялося так, що Ви мимоволі, без жодного приводу, згадували про ці події? Чи було це тільки уві сні? (Виключити, якщо спогади з'являлися тільки уві сні). Як часто це відбувалося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найтяжчий, наскільки сильні були переживання, викликані цими спогадами? Чи були ви змушені переривати справи, якими в цей момент займалися? Чи Ви спроможні, якщо докладете зусиль, подолати ці спогади, позбавитися їх?

- 0 - відсутність дистресу;
- 1 - низька інтенсивність симптому: мінімальний дистрес;
- 2 - помірна інтенсивність: дистрес виразно присутній;

3 - висока інтенсивність: істотний дистрес, явні зриви в діяльності і труднощі в подоланні виникаючих спогадів про події;

4 - дуже висока інтенсивність: тяжкий, нестерпний дистрес, нездатність продовжувати діяльність і неможливість позбутися спогадів про подію.

(2) Інтенсивні, важкі переживання за обставини, що символізують або нагадують різні аспекти травматичної події, включаючи річниці травми.

Частота

Чи були у вас випадки, коли ви бачили щось, що нагадало про ці події, і вам ставало важко і сумно, ви засмучувалися? (Наприклад: ланцюг дерев або лісиста місцевість - для ветеранів війни.) Як часто це з вами траплялося протягом останнього місяця?

0 – ніколи;

1 - один або два рази;

2 - один або два рази на тиждень;

3 - кілька разів на тиждень;

4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найтяжчий, наскільки ви були схвильовані і засмучені, наскільки сильні були переживання?

0 – відсутні;

1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальний дистрес;

2 - помірна інтенсивність: дистрес виразно присутній, але ще контролюється;

3 - висока інтенсивність: значний дистрес;

4 - дуже висока інтенсивність: нестерпний дистрес.

(3) Відчуття, ніби травматична подія відбувалася знову, або відповідні раптові дії, включаючи відчуття ожилих переживань, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди (флешбек-ефекти), навіть ті, що з'являються в просоночному стані.

Частота

Чи доводилося вам коли-небудь раптово здійснювати яку-небудь дію або відчувати себе так, наче б то подія(ї) відбувається знову? Як часто це з вами траплялося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найтяжчий, наскільки реальним було це відчуття? Наскільки сильно Вам здавалося, що та подія(ї) відбувалася знову? Як довго це тривало? Що Ви робили при цьому?

- 0 - ніколи такого не було;
- 1 - слабка інтенсивність симптому: відчуття трохи більшої реалістичності того, що відбувається, ніж при звичайному міркуванні про це;
- 2 - помірна інтенсивність: відчуття певні, але передають дисоціативну якість, однак при цьому зберігається тісний зв'язок з навколишнім, відчуття схожі на мрії на наяву;
- 3 - висока інтенсивність: сильні дисоціативні відчуття - клієнт розповідає про образи, звуки, запахи, але все ще зберігається певний зв'язок з навколишнім світом;
- 4 - дуже висока інтенсивність: відчуття повністю дисоціативні - флешбек-ефект, повна відсутність зв'язку з навколишньою реальністю, можлива амнезія даного епізоду – “затемнення”, провал у пам'яті.

(4) Повторювані сни про подію, що викликають тяжкі переживання (дистрес).

Частота

Чи були у Вас коли-небудь неприємні сни про ту подію? як часто це з Вами траплялося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Якщо з цих випадків взяти найгірший, наскільки сильні були ті неприємні, важкі переживання і почуття дискомфорту, які викликали у Вас ці сні? Ви прокидалися від цих снів? (Якщо так, то запитайте: “Що ви відчували або робили, коли прокидалися? Через скільки часу ви зазвичай засинали”? Вислухайте розповідь і відзначте симптоми паніки, гучні крики, положення тіла).

- 0 - відсутні;
- 1 - слабо виражена інтенсивність симптому: мінімальний дистрес не викликав пробудження;
- 2 - помірна інтенсивність: прокидається, відчуваючи дистрес, але легко засинає знову;
- 3 - висока інтенсивність: дуже тяжкий дистрес, ускладнене повторне засинання;
- 4 - дуже висока інтенсивність: нездоланий дистрес, неможливість заснути знову.

С. СТІЙКЕ УНИКНЕННЯ ПОДРАЗНИКІВ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ТРАВМОЮ, АБО – “БЛОКАДА” ЗАГАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ ДО РЕАГУВАННЯ (numbing – “заціпеніння”).

[Симптоми не спостерігалися до травми]

(5) Зусилля, спрямовані на те, щоб уникнути думок або почуттів, що асоціюються з травмою.

Частота

Чи намагалися Ви відганяти думки про подію(і). Чи докладали Ви зусиль, щоб уникнути відчуттів, пов’язаних з подією(ями)

(наприклад, почуттів гніву, печалі, провини)? Як часто це з Вами траплялося протягом останнього місяця?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Наскільки значні були зусилля, яких Ви докладали, щоб не думати про ту подію(ї), щоб не відчувати почуттів, що мають до нього(них) відношення? (Дайте оцінку всіх спроб свідомого уникнення, включаючи відволікання, придушення і зниження збудженості за допомогою алкоголю або наркотиків).

- 0 - ніякого зусилля;
- 1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальне зусилля;
- 2 - помірна інтенсивність: деяке зусилля, уникнення безперечно є;
- 3 - висока інтенсивність: значне зусилля, уникнення безумовно є;
- 4 - дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення.

(6) Зусилля, спрямовані на те, щоб уникати дій або ситуацій, які викликають спогади про травму.

Частота

Чи намагалися Ви коли-небудь уникати будь-яких дій або ситуацій, що нагадували б Вам про подію(ї)?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Наскільки значними були зусилля, яких Ви докладали для того, щоб уникати певних дій або ситуацій, пов'язаних з подією(ями)? (Дайте оцінку всіх спроб поведінкового уникнення; наприклад, ветерани війни, які уникають участі в ветеранських заходах, переглядів воєнних фільмів та ін.)

0 - ніяких зусиль;

1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальне зусилля;

2 - помірна інтенсивність: деяке зусилля, уникнення безперечно є;

3 - висока інтенсивність: значне зусилля, уникнення безумовно є;

4 - дуже висока інтенсивність: чітко виражені спроби уникнення.

(7) Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

Частота

Чи траплялося так, що Ви не могли пригадати важливі обставини події, що сталося з Вами (наприклад, імена, осіб, послідовність подій)? Чи багато з того, що мало відношення до того, що сталось, Вам було важко згадати в минулому місяці?

0 - нічого, ясна пам'ять про подію в цілому;

1 - деякі обставини події(ю) було неможливо згадати (менше, ніж 10%);

2 - низка обставин подій(і) було неможливо згадати (20-30%);

3 - більшу частину обставин події(й) було неможливо згадати (50-60%);

4 - майже зовсім неможливо було згадати подію(і) (більше, ніж 80%).

Інтенсивність

Наскільки значними були зусилля, які вам довелося докласти, щоб згадати про важливі обставини того, що сталося з вами?

0 - будь-які труднощі при згадці про події були відсутні;

1 - слабка інтенсивність симптому: незначні труднощі при відтворенні обставин події;

2 - помірна інтенсивність: певні труднощі, але при зосередженні зберігається здатність до відтворення події в пам'яті;

3 - висока інтенсивність: безсумнівні труднощі при відтворенні обставин події;

4 - дуже висока інтенсивність: повна нездатність згадати про подію(ї).

(8) Помітна втрата інтересу до улюблених занять

Частота

Чи відчуваєте Ви, що втратили інтерес до занять, які були для Вас важливими або приємними, - наприклад, спорт, захоплення, спілкування?

Якщо порівняти з тим, що було до того, що сталося, скільки видів занять перестали Вас цікавити за минулий місяць?

0 - втрати інтересу взагалі не було;

1 - втрата інтересу до окремих занять (менше, ніж 10%);

2 - втрата інтересу до кількох занять (20-30%);

3 - втрата інтересу до великої кількості занять (50-60%);

4 - втрата інтересу майже до всього (більше, ніж 80%).

Інтенсивність

У найгіршому разі наскільки глибока або сильна була втрата інтересу до цих занять?

0 - взагалі не було втрати інтересу;

1 - слабка інтенсивність симптому: тільки незначна втрата інтересу, яка не виключає отримання задоволення в процесі занять, якщо вони все-таки почалися;

2 - помірна інтенсивність: безумовна втрата інтересу, але все-таки зберігається деяке почуття задоволення від заняття(ть);

3 - висока інтенсивність: дуже значна втрата інтересу до занять;

4 - дуже висока інтенсивність: повна втрата інтересу, не залучається (не приєднується) ні до якої діяльності.

(9) Почуття відстороненості або відчуженості від оточуючих.

Частота

Чи не було у вас відчуття віддаленості або втрати зв'язку з оточуючими? Відрізнявся цей стан від того, що ви відчували перед тим, як сталася ця подія (ї)? Як часто ви почувалися так протягом останнього місяця?

0 - такого взагалі не було;

1 - рідко (менше 10% часу);

2 - іноді (20-30%);

3 - часто (50-60%);

4 - майже завжди або постійно (більше, ніж 80%).

Інтенсивність

У найгіршому разі наскільки сильно було Ваше почуття відсторонення або відсутності зв'язку з оточуючими? Хто все-таки залишався Вам близький?

0 - відсутні подібні почуття;

1 - слабка інтенсивність симптому: епізодично відчуває себе, що "йде не в ногу" з оточуючими;

2 - помірна інтенсивність: певна наявність почуття віддаленості, але зберігаються якісь міжособистісні зв'язки та почуття приналежності до навколишнього світу;

3 - висока інтенсивність: значне почуття відстороненості або відчуженості від більшості людей, зберігається здатність взаємодії тільки з однією людиною;

4 - дуже висока інтенсивність: відчуває себе повністю відірваним від інших людей, близькі стосунки не підтримує ні з ким.

(10) Знижений рівень афекту (наприклад, нездатність відчувати почуття любові).

Частота

Чи були у Вас такі періоди, коли ви були “бездушні” (Вам було важко переживати такі почуття, як любов або щастя)? Чи відрізняється цей стан від того, як ви себе почували перед тим, як відбулася ця подія(ї)? Як часто ви почувалися так протягом останнього місяця?

- 0 - такого взагалі не було;
- 1 - рідко (менше 10% часу);
- 2 - іноді (20-30%);
- 3 - часто (50-60%);
- 4 - майже завжди або постійно (більше ніж 80%).

Інтенсивність

У найгіршому разі наскільки сильним у вас було відчуття “нечутливості”? (В оцінку цього пункту включіть спостереження за рівнем афективності під час інтерв'ю).

- 0 - відчуття бездушності немає;
- 1 - слабка інтенсивність симптому: таке відчуття є, але незначне;
- 2 - помірна інтенсивність: явне нечутливість, але здатність відчувати емоції все-таки збережена;
- 3 - висока інтенсивність: значне відчуття нечутливості по відношенню принаймні до двох основних емоцій - любові і щастя;
- 4 - дуже висока інтенсивність: відчуває повну відсутність емоцій.

(11) Відчуття відсутності перспектив на майбутнє, наприклад, не очікує просування по службі, одруження, народження дітей, довгого життя.

Частота

Чи було коли-небудь, що ви відчували відсутність необхідності будувати плани на майбутнє, що у вас відчуття, що “немає завтрашнього дня”? (якщо так, уточніть наявність реального ризику, наприклад, небезпечних для життя медичних діагнозів). Чи

відрізнявся цей стан від того, як ви себе почували перед тим, як сталася ця подія(ї)? Як часто ви почувалися так протягом останнього місяця?

- 0 - такого взагалі не було;
- 1 - рідко (менше 10% часу);
- 2 - іноді (20-30%);
- 3 - часто (50-60%);
- 4 - майже завжди або постійно (більше ніж 80%)

Інтенсивність

У найгіршому разі наскільки сильним було почуття, що у Вас не буде майбутнього? Як ви думаєте, як довго Ви будете жити? Які підстави у Вас думати, що ви помрете передчасно?

- 0 - відчуття укороченої тривалості життя майбутнього немає;
- 1 - слабка інтенсивність симптому: незначні відчуття з приводу стислості життєвої перспективи;
- 2 - помірна інтенсивність симптому: безумовно присутнє відчуття укороченої життєвої перспективи;
- 3 - висока інтенсивність симптому: значно виражені відчуття укороченої життєвої перспективи, можуть мати місце певні передчуття про тривалість життя;
- 4 - дуже висока інтенсивність симптому: всепоглинаюче почуття скороченою життєвої перспективи, повна впевненість в передчасній смерті.

Д. СТІЙКІ СИМПТОМИ ПІДВИЩЕНОЇ ЗБУДЛИВОСТІ (не спостерігалось до травми)

(12) Труднощі з засинанням або зі збереженням нормального сну

Частота

Чи були у вас якісь проблеми з засинанням або з тим, щоб спати нормально? Чи відрізняється це від того, як ви спали перед подією(ями)? Як часто у вас були труднощі зі сном в минулому місяці?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щоночі (або майже кожно).

Труднощі із засинанням?

Так Ні

Пробудження серед сну?

Так Ні

Дуже ранні пробудження?

Так Ні

Кількість годин сну (без пробуджень) за ніч.

Бажана кількість годин сну для обстежуваного.

Інтенсивність

(Задайте уточнюючі питання і оцініть всі перераховані порушення сну.) Як багато часу потрібно Вам, щоб заснути? Як часто Ви прокидаєтеся серед ночі? Скільки годин поспіль, не прокидаючись, Ви спите щоночі?

0 - немає проблем зі сном;

1 - слабка інтенсивність симптому: дещо утруднено засинання, деякі труднощі зі збереженням сну (втрата сну до 30 хвилин);

2 - помірна інтенсивність: певне порушення сну - явно виражена збільшена тривалість періоду засинання або труднощі зі збереженням сну (втрата сну - 30-90 хвилин);

3 - висока інтенсивність: значне подовження часу засинання або значні труднощі зі збереженням сну (втрата сну - 90 хвилин - 3 години);

4 - дуже висока інтенсивність: дуже тривалий латентний період сну, непереборні труднощі зі збереженням сну (втрата сну > 3 годин).

(13) Дратівливість або напади гніву.

Частота

Чи були такі періоди, коли Ви відчували, що незвично роздратовані або проявляли почуття гніву і вели себе агресивно. Чи відрізнявся цей стан від того, як Ви себе почували або як діяли до подій(ї)? Як часто ви відчували подібні почуття або вели себе подібним чином в минулому місяці?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

Наскільки сильний гнів Ви відчували і яким чином Ви його проявляли?

- 0 - не було ні дратівливості, ні гніву;
- 1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальна дратівливість, в гніві - підвищення голосу;
- 2 - помірна інтенсивність: явна наявність дратівливості, в гніві з легкістю починає сперечатися, але швидко “відходить”;
- 3 - висока інтенсивність: значна дратівливість, в гніві - мовна або поведінкова агресивність;
- 4 - дуже висока інтенсивність: нездоланий гнів, супроводжується епізодами фізичного насильства.

(14) Труднощі з концентрацією уваги.

Частота

Чи не здавалося Вам важким зосередитися на якомусь занятті або на чомусь, що оточувало вас? Чи змінилася ваша здатність до зосередження з тих пір як сталося ця подія (ї)? Як часто у вас спостерігалися труднощі з концентрацією уваги протягом минулого місяці?

- 0 - взагалі не було;
- 1 - дуже рідко (менше 10% часу);
- 2 - іноді (20-30% часу);

3 - більшу частину часу (50-60%);

4 - майже завжди або постійно (більше ніж 80%).

Інтенсивність

Наскільки важко для вас було зосередитися на чому-небудь? (При оцінці цього пункту врахуйте свої спостереження в процесі інтерв'ю).

0 - ніякої проблеми не було;

1 - слабка інтенсивність: для зосередження були потрібні незначні зусилля;

2 - помірна інтенсивність: певна втрата здатності до зосередження, але при зусиллі може зосередитися;

3 - висока інтенсивність: значне погіршення функції, навіть при особливих зусиллях;

4 - дуже висока інтенсивність: повна нездатність до зосередження і концентрації уваги.

(15) Підвищена настороженість (пильність).

Частота

Чи доводилося вам бути якимось особливо настороженим, навіть тоді, коли для цього не було очевидної необхідності? Відрізнялося це від того, як ви себе почували перед подією (ями)? Як часто в минулому місяці ви були насторожені або пильні?

0 - взагалі не було;

1 - дуже рідко (менше 10% часу);

2 - іноді (20-30% часу);

3 - більшу частину часу (50-60%);

4 - майже завжди або постійно (більше ніж 80%).

Інтенсивність

Наскільки значні зусилля, які ви докладаете, щоб знати про все, що відбувається навколо вас? (при оцінці цього пункту використовуйте свої спостереження, отримані в ході інтерв'ю)

0 - симптом відсутній;

1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальні прояви гіперпильності, незначно підвищений цікавість;

2 - помірна інтенсивність: безумовно присутня гіперпильність, настороженість у громадських місцях (наприклад, вибір безпечного місця в ресторані або кінотеатрі);

3 - висока інтенсивність: значні прояви гіперпильності, суб'єкт дуже насторожений, постійне спостереження за оточуючими в пошуках небезпеки, перебільшене занепокоєння про власну безпеку (а також про свою родину і вдома).

(16) Перебільшена реакція переляку (здригання).

Частота

Чи відчували ви сильну реакцію переляку на гучні несподівані звуки (наприклад, на автомобільні вихлопи, піротехнічні ефекти, стукіт дверей, що зачиняються тощо) або на щось, що ви раптом побачили (наприклад, рух, помічений на периферії вашого поля зору)? Чи відрізняється це від того, як ви себе почували до події (й)?

0 - ніколи;

1 - один або два рази;

2 - один або два рази на тиждень;

3 - кілька разів на тиждень;

4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

У найгіршому випадку наскільки сильною була ця реакція переляку?

0 - симптом відсутній: реакції переляку не було;

1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція переляку;

2 - помірна інтенсивність: певна реакція переляку на раптовий подразник, "підстрибування";

3 - висока інтенсивність: значна реакція переляку, збереження збудження після первинної реакції;

4 - дуже висока інтенсивність: вкрай виражена реакція переляку, явна захисна поведінка (наприклад ветеран війни, який падає на землю, як при обстрілі).

(17) Фізіологічна реактивність при впливі обставин, що нагадують або символізують різні аспекти травматичної події.

Частота

Чи доводилося вам відзначати у себе наявність певних фізіологічних реакцій, коли ви зіштовхувалися з ситуаціями, що нагадують вам про подію (ї)? (Вислухайте повідомлення про такі симптоми, як прискорене серцебиття, м'язова напруга, тремтіння в руках, пітливість, але не задавайте випробуваному навідних питань про симптоми.) Як часто вони спостерігалися минулого місяця?

- 0 – ніколи;
- 1 - один або два рази;
- 2 - один або два рази на тиждень;
- 3 - кілька разів на тиждень;
- 4 - щодня або майже щодня.

Інтенсивність

У найгіршому випадку наскільки сильними були ці фізіологічні реакції?

- 0 - симптом відсутній;
- 1 - слабка інтенсивність симптому: мінімальна реакція;
- 2 - помірна інтенсивність: явна наявність фізіологічної реакції, деякий дискомфорт;
- 3 - висока інтенсивність: інтенсивна реакція, сильний дискомфорт;
- 4 - дуже висока інтенсивність: явна соматовегетативна реакція, тривалий стан збудження.

**Оцінка психологом результатів тестування пацієнта
за шкалою CAPS-1**

(18) Вплив на соціальну діяльність

Чи впливали якимось чином симптоми, які Ви підтверджуєте, на Ваше соціальне життя? (Оцініть загальний вплив, який мають симптоми ПТСР на соціальне життя клієнта, враховуючи враження від поведінки клієнта, а також його повідомлення, отримані в інші моменти при проведенні інтерв'ю.)

0 - несприятливого впливу на соціальну діяльність немає;

1 - легкий/слабкий вплив на соціальну діяльність, деяке погіршення;

2 - середній вплив на соціальну діяльність;

3 - серйозний вплив на соціальну діяльність;

4 - екстремальний вплив на соціальну діяльність.

(19) Вплив на професійну діяльність

Чи в змозі Ви в даний час зберегти вигідну роботу? Чи впливають симптоми, про які Ви говорили, будь-яким чином на Вашу роботу або на здатність працювати? (Оцініть загальний вплив, який симптоми ПТСР чинять на професійну діяльність клієнта, беручи до уваги повідомлену клієнтом історію роботи, його повідомлення з інших питань під час інтерв'ю і проблеми з роботою внаслідок інших, не пов'язаних з ПТСР, причин).

0 - несприятливого впливу на професійну діяльність немає;

1 - легкий/слабкий вплив на професійну діяльність, деяке погіршення;

2 - середній вплив на професійну діяльність, значне погіршення;

3 - робота на час перервана;

4 - серйозний вплив на професійну діяльність, постійно не працює;

5 - надзвичайний вплив на професійну діяльність, не працює після події.

(20) Загальна серйозність

Думка психолога про загальну інтенсивності симптомів ПТСР у клієнта. Оцінюється від 0 (безсимптомна) до 4 (надзвичайні

симптоми, глибоке погіршення). Розгляньте ступінь переживання/дискомфорту, повідомлену клієнтом, які спостерігаються симптоми, повідомлення про функціональне погіршення. Ваша думка враховується при розгляді виділення конкретної інформації, так само як і подробиці повідомлення клієнта. Ця думка має ґрунтуватися на інформації, отриманій лише під час цього інтерв'ю.

0 – безсимптомна;

1 - легкі/слабкі симптоми, незначне функціональне порушення;

2 - середні симптоми, з зусиллям виконує функції задовільно;

3 - серйозні симптоми, навіть із зусиллям виконує функції обмежено;

4 - екстремальні симптоми, глибоке погіршення.

(21) Загальне поліпшення (динаміка)

Оцініть тотальне загальне поліпшення, наявне з часу початкової оцінки. Якщо більш ранньої оцінки не було, запитайте, як описані симптоми змінилися за минулі 4-6 міс. Оцініть зміни, незалежно від того, відбулися вони, на вашу думку, внаслідок лікування чи ні.

0 - повне зникнення симптомів;

1 - дуже відчутне покращення;

2 - середнє поліпшення;

3 - легке поліпшення;

4 - немає покращення або немає достатньо інформації.

(22) Оцінка достовірності

Кількість сумнівних оцінок:

Оцініть загальну достовірність отриманих оцінок. Фактори, що можуть впливати на достовірність, включають кооперативність клієнта і його спроби здаватися більш-менш симптоматичним, ніж є насправді. Тип та інтенсивність наявних симптомів ПТСР можуть

перебувати в суперечності з концентрацією клієнта, увагою або здатністю спілкуватися зрозумілим чином.

0 - відмінна, немає причини підозрювати необґрунтовані відповіді;

1 - добра, є факти, що можуть несприятливо впливати на обґрунтованість;

2 - середня, є чинники, що точно знижують обґрунтованість;

3 - погана, дуже низька обґрунтованість;

4 - необґрунтовані відповіді.

Шкала CAPS (таблиця підрахунку балів)

	Частота	Інтенсивність
В. Симптоми повторного переживання події		
1. Нав'язливі спогади		
2. Переживання, що викликані провокуючими факторами		
3. Відчуття наче подія дійсно відбувається знову		
4. Обтяжливі сни		
С. Уникнення пов'язаних з травмою стимулів/притуплення емоцій		
5. Уникнення думок, відчуттів та розмов		
6. Уникнення видів діяльності, людей або місць		
7. Нездатність згадати важливі аспекти травмуючої події		
8. Зниження інтересу чи ступеню участі в різних видах діяльності		
9. Відстороненість від того, що відбувається навколо		
10. Звуження спектру емоцій		
11. Почуття скороченої життєвої перспективи		

D. Симптоми підвищеної збудливості		
12. Складнощі з засипанням та тривожний сон		
13. Дратівливість або спалахи гніву		
14. Складнощі з концентрацією		
15. Надпильність		
16. Надмірна реакція здригання		
17. Соматична симптоматика, що викликана провокуючими факторами		

Оцінка психологом результатів тестування пацієнта за шкалою CAPS

Питання	Бал
18. Вплив на соціальну діяльність	
19. Вплив на професійну діяльність	
20. Загальна серйозність	
21. Загальне покращення (динаміка)	
22. Оцінка достовірності	

Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєнєва

Призначений для оцінки вираженості симптомів
постстресових порушень.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або поглядам у даний час. У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, що означає Вашу відповідь:

5 = “абсолютно вірно”;

4 = “скоріше вірно”;

3 = “частково вірно, частково невірно”;

2 = “скоріше невірно”;

1 = “абсолютно невірно”.

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
1	Вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим.	5	4	3	2	1
2	Я добре координую свої рухи.	5	4	3	2	1
3	Я відчуваю втому.	5	4	3	2	1
4	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.	5	4	3	2	1
5	Раптово у мене буває сильне серцебиття.	5	4	3	2	1
6	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.	5	4	3	2	1
7	Світ, який мене оточує, здається нереальним.	5	4	3	2	1
8	Я здригаюся від раптового шуму.	5	4	3	2	1

9	Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.	5	4	3	2	1
10	Я абсолютно здоровий фізично.	5	4	3	2	1
11	Мені приносить задоволення знаходитися серед людей.	5	4	3	2	1
12	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.	5	4	3	2	1
13	Мене не можна звинуватити в тому, що я розсіяний.	5	4	3	2	1
14	Я часто бачу один і той же страшний сон.	5	4	3	2	1
15	Безумовно, я винуватий перед людьми.	5	4	3	2	1
16	Дурниці дратують мене.	5	4	3	2	1
17	Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.	5	4	3	2	1
18	Мені подобається моя робота.	5	4	3	2	1
19	Я пережив серйозну втрату.	5	4	3	2	1
20	Я добре висипаюся ночами.	5	4	3	2	1
21	Я ніколи не бачу страшних снів.	5	4	3	2	1
22	Іноді мені хочеться напитися.	5	4	3	2	1
23	Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.	5	4	3	2	1
24	У мене буває відчуття, що час тече ніби уповільнено.	5	4	3	2	1
25	Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.	5	4	3	2	1
26	Багато речей втратили для мене інтерес.	5	4	3	2	1
27	Без жодного приводу я можу вийти із себе.	5	4	3	2	1
28	Мені слід було б дотримуватися дієти.	5	4	3	2	1
29	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.	5	4	3	2	1
30	Буває, що я забуваю речі.	5	4	3	2	1
31	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.	5	4	3	2	1
32	Мені необхідно краще контролювати емоції.	5	4	3	2	1
33	Минулі події підчас згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз.	5	4	3	2	1
34	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.	5	4	3	2	1
35	Я прокидаюся від раптового страху.	5	4	3	2	1

36	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати в колишньому ритмі.	5	4	3	2	1
37	Часом я відчувають озноб.	5	4	3	2	1
38	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду.	5	4	3	2	1
39	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.	5	4	3	2	1
40	Я відчуваю себе більш досвідченою людиною, ніж багато хто з моїх однолітків.	5	4	3	2	1
41	Мені важко заснути.	5	4	3	2	1
42	Я відчуваю самотність.	5	4	3	2	1
43	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно.	5	4	3	2	1
44	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.	5	4	3	2	1
45	Часом мене радують найнезначніші речі.	5	4	3	2	1
46	Я відчуваю прилив сил.	5	4	3	2	1
47	Вранці я дуже важко прокидаюся.	5	4	3	2	1
48	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.	5	4	3	2	1
49	Я відчуваю сором.	5	4	3	2	1
50	Зазвичай, я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.	5	4	3	2	1
51	Я настільки міцно сплю, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені перешкодити.	5	4	3	2	1
52	Мені кажуть, що я скрикую уві сні.	5	4	3	2	1
53	Я часто думаю про майбутнє.	5	4	3	2	1
54	Іноді я серджуся.	5	4	3	2	1
55	Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірам.	5	4	3	2	1
56	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.	5	4	3	2	1
57	Останнім часом мій настрій погіршився.	5	4	3	2	1
58	Мені немає на кого покластися.	5	4	3	2	1
59	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.	5	4	3	2	1
60	Безумовно, я люблю ризикувати.	5	4	3	2	1
61	Мені подобається "чорний гумор".	5	4	3	2	1
62	Я в усьому покладаюся на самого себе.	5	4	3	2	1
63	Я постійно відчуваю потребу що-небудь їсти, навіть не відчуваючи голоду.	5	4	3	2	1

64	Іноді мені здається, що я заплутався в житті.	5	4	3	2	1
65	Мені здається, що я не зумів зробити те, що від мене вимагалось.	5	4	3	2	1
66	Я відчуваю інтерес і смак до життя.	5	4	3	2	1
67	Мені весело та легко в компанії друзів.	5	4	3	2	1
68	Я багато і плідно працюю.	5	4	3	2	1
69	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.	5	4	3	2	1
70	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.	5	4	3	2	1
71	Я ніколи не відчував страху.	5	4	3	2	1
72	Мені було б корисно побути на самоті.	5	4	3	2	1
73	Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше.	5	4	3	2	1
74	Моє життя різноманітне і насичене подіями.	5	4	3	2	1
75	Я ніколи не вчиняв так, щоб потім було б соромно.	5	4	3	2	1
76	Чужі труднощі мало кого хвилюють.	5	4	3	2	1
77	Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.	5	4	3	2	1
78	Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.	5	4	3	2	1
79	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати.	5	4	3	2	1
80	Я гостро сприймаю чужу біль.	5	4	3	2	1
81	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю.	5	4	3	2	1
82	Мене турбують головні болі.	5	4	3	2	1
83	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.	5	4	3	2	1
84	Я не проти додаткового заробітку.	5	4	3	2	1
85	Сторонні звуки відволікають мене.	5	4	3	2	1
86	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується.	5	4	3	2	1
87	Я вірю в торжество справедливості.	5	4	3	2	1
88	Моє серце працює як звичайно.	5	4	3	2	1
89	Іноді я приймаю пігулки.	5	4	3	2	1
90	Є речі, які я не можу собі пробачити.	5	4	3	2	1
91	Безумовно, мені потрібен час, щоб опанувати себе.	5	4	3	2	1
92	Алкоголь добре знімає будь-який стрес.	5	4	3	2	1
93	Я не схильний скаржитися на здоров'я.	5	4	3	2	1
94	Мені хочеться все трошити на своєму шляху.	5	4	3	2	1
95	Більшість людей стурбовані лише власним благополуччям.	5	4	3	2	1

96	Мені важко стримувати свій гнів.	5	4	3	2	1
97	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший.	5	4	3	2	1
98	Я ніколи не втрачав свідомість.	5	4	3	2	1
99	Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.	5	4	3	2	1
100	Я придбав у житті хороших друзів.	5	4	3	2	1
101	Мене вважають урівноваженою людиною.	5	4	3	2	1
102	Нервові напруження добре знімає сауна.	5	4	3	2	1
103	Я відчуваю розгубленість.	5	4	3	2	1
104	Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.	5	4	3	2	1
105	Я працюю, не відчуваючи втоми.	5	4	3	2	1
106	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.	5	4	3	2	1
107	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.	5	4	3	2	1
108	Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.	5	4	3	2	1
109	Я почуваю себе цілком впевненим.	5	4	3	2	1
110	Мені є за що дякувати долі.	5	4	3	2	1

“Ключ”

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)	ГСР (гострий стресовий розлад)
А (1): подія травми – 19, 39, 79	А (1): подія травми – 19, 39, 79
В: повторне переживання травми (“вторгнення”) -	б: дисоціативні симптоми -
В (1) – 33, 48	б (1) – 6, (109)
В (2) – 14, 35, 52, (21)	б (2) – 4, 103
В (3) – 9	б (3) – 7, 34
В (4) – 49, 90	б (4) – 44
В (5) – 5	б (5) – 43
С: симптоми “уникнення” -	с: повторне переживання травми (“вторгнення”) -
С (1) – 29, 79	с (1) – 33, 48
С (2) – 17	с (2) – 14, 35, 52, (21)
С (3) – 43	с (3) – 9
С (4) – 26, (66, 74)	с (4) – 49, 90
С (5) – 31, 42	d: симптоми “уникнення” -
С (6) – 81	d (1) – 29, 79

C (7) – (53,78)	d (2) – 17
D: симптоми гіперактивності -	e: симптоми гіперактивності -
D (1) – 41, (20,51)	e (1) – 41, (20,51)
D (2) – 16,27,32,96	e (2) – 16,27,32,96
D (3) – 85,108, (13)	e (3) – 85, 108, (13)
D (4) – 8,104	e (4) – 8, 104
D (5) – 12,107	e (5) – 12, 107
e (6) – 105, (46)	
F: дистрес і дезадаптація -	f: дистрес і дезадаптація -
3, 36, 57,91 (11,68)	3, 36, 57, 70, 91
L (“неправда”) – 71, (30,54,84,89); Ag (“агравация”) – 25,28, (93); Di (“дисимуляція”) – 50,93,(28); Depres (“депресія”) – (1), 6, 15, 24, 26, 36, 42, (46), 57, (66), (67), (78), 81, 90, (109).	

Примітка: “прямі” твердження позначені номерами без дужок, номери “зворотних” тверджень подані в дужках.

Обробка результатів

Простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГСР: L (неправда), Ag (агравация), Di (дисимуляція), depres (депресія); ПТСР: A (1) (подія травми), B (повторне переживання травми – “вторгнення”), C (симптоми “уникнення”), D (симптоми гіперактивності), F (дистрес і дезадаптація); ГСР: A (1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – “вторгнення”), d (симптоми “уникнення”), e (симптоми гіперактивності), f (дистрес і дезадаптація). Підраховується сума відповідей на твердження за кожною із шкал (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті підсумовування значень основних субшкал:

$$\text{ПТСР} = A (1) + B + C + D + F;$$

$$\text{ГСР} = A (1) + b + c + d + e + f.$$

Отримані “сирі” значення переводяться в Т-бали за запропонованими нижче таблицями окремо для чоловіків і жінок.

Таблиця переведу сирих балів в стени (для чоловіків)

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	B	C	d	e	f	Т-бал
98	30														98
96	29														96
94	28	15													94
92	28				44	48									92
90	27	14			43	47		26			40			23	90
88	26				42	46	58	26		28	39		64	23	88
86	25	13			41	45	57	25		28	38	15	62	22	86
84	25	13			39	44	55	24		27	36		61	21	84
82	24				38	43	54	24		26	35	14	59	21	82
80	23	12			37	42	52	23		25	34	14	58	20	80
78	23				36	41	51	22		25	33		56	20	78
76	22	11			35	39	49	22		24	32	13	55	19	76
74	21	11			34	38	48	21	15	23	31		53	18	74
72	21	10		15	33	37	46	20	15	22	30	12	52	18	72
70	20	10	16	14	32	36	45	20	14	21	29	12	50	17	70
68	19		15	13	31	35	43	19	13	21	28	11	49	17	68
66	19	9	15	13	30	34	42	18	13	20	27	11	48	16	66
64	18		14	12	28	33	40	17	12	19	26		46	15	64
62	17	8	14	11	27	32	39	17	11	18	25	10	45	15	62
60	17	8	13	11	26	30	38	16	11	18	24		43	14	60
58	16		13	10	25	29	36	15	10	17	23	9	42	14	58
56	15	7	13	10	24	28	35	15	10	16	22	9	40	13	56
54	14		12	9	23	27	33	14	9	15	21	8	39	12	54
52	14	6	12	8	22	26	32	13	8	15	20	8	37	12	52
50	13	6	11	8	21	25	30	13	8	14	19	7	36	11	50
48	12	5	11	7	20	24	29	12	7	13	18	7	34	11	48
46	12	5		7	19	23	27	11	7	12	17		33	10	46
44	11		10	6	17	22	26	10	6	12	16	6	31	9	44
42	10	4		5	16	20	24	10	5	11	15	6	30	9	42
40	10		9	5	15	19	23	9	5	10	14	5	28	8	40
38	9	3	9	4	14	18	22	8	4	9	13	5	27	7	38
36	8	3	8	3	13	17	20	8	3	8	12		25	7	36
34	8		8	3	12	16	19	7	3	8	11	4	24	6	34
32	7		7		11	15	17	6			10		23	6	32
30	6		7		10	14	16				9	3	21	5	30
28	6					13	14						20		28
26	5		6			11							18		26
24													17		24
22			5										15		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	C	d	e	f	Т-бал

T-баJI	ПТCР	ГCР	depres
98			
96			
94		178	
92	181	175	
90	177	171	
88	173	167	60
86	169	163	59
84	165	159	57
82	161	156	55
80	157	152	54
78	152	148	52
76	148	144	51
74	144	140	49
72	140	137	48
70	136	133	46
68	132	129	45
66	128	125	43
64	124	121	42
62	120	118	40
60	116	114	38
58	112	110	37
56	108	106	35
54	104	103	34
52	100	99	32
50	96	95	31
48	92	91	29
46	88	87	28
44	84	84	26
42	80	80	25
40	76	76	23
38	72	72	21
36	68	68	20
34	64	65	18
32	60	61	17
30	56	57	15
28	52	53	
26		49	
24			
22			
T-баJI	ПТCР	ГCР	depres

Таблиця перекладу “сирих” балів за шкалами в Т-бали
(для жінок)

Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	C	d	e	f	Т-бал
98															98
96	28														96
94	27														94
92	26														92
90	26														90
88	25				44						40				88
86	24	15			43					30	39			24	86
84	24				42	48		26		29	38			23	84
82	23	14			41	47	58	25		29	37			23	82
80	22				39	46	56	24		28	36	15	63	22	80
78	22	13			38	44	55	24		27	35		61	21	78
76	21	13			37	43	53	23		26	34	14	59	21	76
74	20	12		15	36	42	52	22	15	25	33	14	58	20	74
72	19	12		14	35	41	50	22	14	24	32	13	56	19	72
70	19	11	15	14	34	40	49	21	14	24	31	13	55	19	70
68	18	11		13	32	38	47	20	13	23	30	12	53	18	68
66	17		14	12	31	37	45	19	12	22	29	12	51	17	66
64	17	10	14	12	30	36	44	19	12	21	28	11	50	17	64
62	16		13	11	29	35	42	18	11	20	27	11	48	16	62
60	15	9	13	11	28	34	41	17	11	20	26	10	47	15	60
58	15	9	12	10	27	32	39	17	10	19	24	10	45	15	58
56	14	8	12	9	26	31	38	16	9	18	23		43	14	56
54	13	8	11	9	24	30	36	15	9	17	22	9	42	13	54
52	13	7	11	8	23	29	35	14	8	16	21		40	13	52
50	12	7	10	7	22	27	33	14	7	15	20	8	39	12	50
48	11		10	7	21	26	32	13	7	15	19	8	37	11	48
46	11	6		6	20	25	30	12	6	14	18	7	35	11	46
44	10		9	6	19	24	29	12	6	13	17	7	34	10	44
42	9	5		5	17	23	27	11	5	12	16	6	32	9	42
40	9	5	8	4	16	21	25	10	4	11	15	6	31	9	40
38	8	4	8	4	15	20	24	9	4	10	14	5	29	8	38
36	7	4	7	3	14	19	22	9	3	10	13	5	28	7	36
34	7	3	7		13	18	21	8		9	12	4	26	7	34
32	6		6		12	17	19	7		8	11	4	24	6	32
30	5		6		10	15	18	7			9		23		30
28			5			14	16	6				3	21	5	28
26			5			13	15						20		26
24						12							18		24
22			4										16		22
Т-бал	L	Ag	Di	A(1)	B	C	D	F	A(1)	b	c	d	e	f	Т-бал

Т-бал	ПТСР	ГСР	depres
98			
96			
94			
92			
90			
88		180	
86	180	176	
84	176	172	60
82	172	168	59
80	168	164	57
78	163	160	56
76	159	156	54
74	155	151	53
72	151	147	51
70	146	143	49
68	142	139	48
66	138	135	46
64	134	131	45
62	129	127	43
60	125	122	42
58	121	118	40
56	117	114	38
54	112	110	37
52	108	106	35
50	104	102	34
48	100	98	32
46	95	93	31
44	91	89	29
42	87	85	27
40	83	81	26
38	78	77	24
36	74	73	23
34	70	69	21
32	66	64	20
30	61	60	18
28	57	56	16
26	53	52	15
24	49	48	
22			
Т-бал	ПТСР	ГСР	depres

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів. При значеннях шкал *нижче 50 Т-балів* симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні *від 50 до 65 Т-балів* можуть проявлятися окремі симптоми постстресових станів, причому незначно виражені. *65-70 Т-балів* ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу “часткового” ПТСР або ГСР. При значеннях *вище 70 Т-балів* імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня *80 Т-балів* необхідне уточнення клінічного діагнозу “повного” ПТСР або ГСР. Наведені “критичні” значення в Т-балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів досить добре “працюють” в якості операціональних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Твердження	Абсолютно невірною	Іноді невірною	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5

10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5

21. Я без причини плачу.	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. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, 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 якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю 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 трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

“Ключ”

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

За даними В.Ю. Шаніна:

- добре адаптовані – 76 ± 18 ;
- психічні розлади – 86 ± 26 ;
- ПТСР – 130 ± 18 .

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант)
за даними Н.В. Тарабріної

Співробітники МВС	$64,65 \pm 16,13$
Військовослужбовці	$73,76 \pm 19,64$
Ветерани Афганістану, “норма”	$70,18 \pm 11,76$
Ветерани Афганістану, ПТСР	$92,00 \pm 15,55$

**Опитувальник вираженості психопатологічної
симптоматики (Simptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R)
(в адаптації Н.В. Тарабріної)**

Опитувальник складається з 90 пунктів, які дозволяють оцінити симптоматику психіатричних пацієнтів та здорових людей, а також визначити психологічні “мішені” для медико-психологічної реабілітації.

Результати за Опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R), в адаптації Н.В. Тарабріної, можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наведено перелік проблем і скарг, що іноді виникають у людей. Будь ласка, читайте кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер тієї відповіді, яка найточніше описує ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості, в зв’язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні.

Обведіть тільки один з номерів у кожному пункті (так, щоб цифра всередині кожного кружка була видна), не пропускаючи жодного пункту:

0 = “зовсім ні”;

1 = “трохи”;

2 = “помірно”;

3 = “сильно”;

4 = “дуже сильно”.

№ з/п	НАСКІЛЬКИ СИЛЬНО ВАС ТУРБУВАЛИ:	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно
1	Головні болі.	0	1	2	3	4
2	Нервозність або внутрішнє тремтіння.	0	1	2	3	4
3	Неприємні нав'язливі думки, що повторюються.	0	1	2	3	4
4	Слабкість або запаморочення.	0	1	2	3	4
5	Втрата сексуального потягу або 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 винними є інші.	0	1	2	3	4
9	Проблеми з пам'яттю.	0	1	2	3	4
10	Ваша недбалість або неохайність.	0	1	2	3	4
11	Легко виникаючі прикрість чи роздратування.	0	1	2	3	4
12	Болі в серці або в грудній клітині.	0	1	2	3	4
13	Почуття страху в відкритих місцях або на вулиці.	0	1	2	3	4
14	Занепад сил або загальмованість.	0	1	2	3	4
15	Думки про те, щоб покінчити життя самогубством.	0	1	2	3	4
16	Те, що Ви чуєте голоси, яких не чують інші.	0	1	2	3	4

17	Тремтіння.	0	1	2	3	4
18	Почуття, що більшості 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 або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі.	0	1	2	3	4
22	Відчуття, що Ви в пастці або спіймані.	0	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх.	0	1	2	3	4
24	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати.	0	1	2	3	4
25	Страх вийти з дому одному.	0	1	2	3	4
26	Почуття, що Ви самі багато в чому винні.	0	1	2	3	4
27	Болі в попереку.	0	1	2	3	4
28	Відчуття, що Вам щось заважає зробити що-небудь.	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 чого б то не було.	0	1	2	3	4
33	Почуття страху.	0	1	2	3	4
34	Те, що Ваші почуття легко зачепити.	0	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають в Ваші думки.	0	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють Вас або не співчують Вам.	0	1	2	3	4
37	Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаетесь.	0	1	2	3	4
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилок.	0	1	2	3	4
39	Сильне або прискорене серцебиття.	0	1	2	3	4

40	Нудота або розлад шлунку.	0	1	2	3	4
41	Відчуття, що Ви гірше за інших.	0	1	2	3	4
42	Болі в 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 важко заснути.	0	1	2	3	4
45	Потреба перевіряти і багаторазово перевіряти те, що Ви робите.	0	1	2	3	4
46	Складнощі в прийнятті рішення.	0	1	2	3	4
47	Страх їздити в автобусах, метро або потягах.	0	1	2	3	4
48	Ускладнене дихання.	0	1	2	3	4
49	Напади жару або ознобу.	0	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають.	0	1	2	3	4
51	Те, що Ви легко "втрачаєте" думку.	0	1	2	3	4
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла.	0	1	2	3	4
53	Ком в горлі.	0	1	2	3	4
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне.	0	1	2	3	4
55	Те, що Вам важко зосередиться.	0	1	2	3	4
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла.	0	1	2	3	4
57	Відчуття напруженості або збудженості.	0	1	2	3	4
58	Важкість у кінцівках.	0	1	2	3	4
59	Думки про смерть.	0	1	2	3	4
60	Переїдання.	0	1	2	3	4
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас.	0	1	2	3	4
62	Те, що у Вас в голові чужі думки.	0	1	2	3	4

63	Імпульси нанести тілесні ушкодження або заподіяти шкоду кому-небудь.	0	1	2	3	4
64	Ранкове безсоння.	0	1	2	3	4
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати і т.п.	0	1	2	3	4
66	Неспокійний та тривожний сон.	0	1	2	3	4
67	Імпульси ламати або трощити що-небудь.	0	1	2	3	4
68	Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші.	0	1	2	3	4
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими.	0	1	2	3	4
70	Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах, кінотеатрах).	0	1	2	3	4
71	Почуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль.	0	1	2	3	4
72	Напади жаху або паніки.	0	1	2	3	4
73	Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях.	0	1	2	3	4
74	Те, що Ви часто вступаєте в суперечку.	0	1	2	3	4
75	Нервозність, коли Ви залишилися одні.	0	1	2	3	4
76	Те, що інші недооцінюють Ваші досягнення.	0	1	2	3	4
77	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми.	0	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не можете всидіти на місці.	0	1	2	3	4
79	Відчуття власної нікчемності.	0	1	2	3	4
80	Відчуття, що з Вами станеться щось погане.	0	1	2	3	4
81	Те, що Ви кричите та кидаєтесь речами.	0	1	2	3	4
82	Боязнь, що Ви зомлієте на людях.	0	1	2	3	4

83	Відчуття, що люди будуть зловживати Вашою довірою, якщо Ви їм дозволите.	0	1	2	3	4
84	Нервуючі Вас сексуальні думки.	0	1	2	3	4
85	Думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи.	0	1	2	3	4
86	Кошмарні думки або видіння.	0	1	2	3	4
87	Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку.	0	1	2	3	4
88	Те, що Ви не відчуваєте близькості ні до кого.	0	1	2	3	4
89	Почуття провини.	0	1	2	3	4
90	Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре.	0	1	2	3	4

Обробка результатів:

Кожне з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Відповіді на 90 пунктів підраховуються та інтерпретуються за 9 основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації - Somatization (SOM), obsесивно - компульсивності - Obsessive - Compulsive (O - C), міжособистісної сензитивності - Interpersonal Sensitivity (INT), депресії - Depression (DEP), тривожності - Anxiety (ANX), ворожості - Hostility (HOS), фобічної тривожності - Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльних тенденцій - Paranoid Ideation (PAR), психотизму - Psychoticism (PSY) і за 3 узагальненими шкалами другого порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальне число позитивних відповідей (PST).

Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус респондента.

Шкали SCL-R з пунктами, що до них входять

Соматизація - Somatization (SOM)

Всього: 12 пунктів

1. Головні болі.
4. Слабкість або запаморочення.
12. Болі в серці або грудній клітині.
27. Болі в попереку.
40. Нудота або розлад шлунку.
42. Болі в м'язах.
48. Ускладнене дихання.
49. Напади жару чи ознобу.
52. Оніміння або поколювання в різних частинах тіла.
53. Ком в горлі.
56. Відчуття слабкості в різних частинах тіла.
58. Важкість у кінцівках.

Обсесивно-компульсивні розлади - Obsessive-Compulsive (O-C)

Всього: 10 пунктів

3. Неприємні нав'язливі думки, що повторюються.
9. Проблеми з пам'яттю.
10. Ваша недбалість або неохайність.
28. Відчуття, що Вам щось заважає зробити що-небудь.
38. Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилок.
45. Потреба перевіряти та багаторазово перевіряти те, що Ви робите.
46. Труднощі в ухваленні рішення.
51. Те, що Ви легко втрачаєте думку.
55. Те, що Вам важко зосередитися.
65. Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перераховувати тощо.

Міжособистісна сензитивність - Interpersonal Sensitivity (INT)

Всього: 9 пунктів

6. Почуття невдоволення іншими.
21. Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі

- 34. Те, що Ваші почуття легко зачепити.
- 36. Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують вам.
- 37. Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаетесь.
- 41. Відчуття, що Ви гірше інших.
- 61. Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас.
- 69. Надмірна сором'язливість у спілкуванні з іншими.
- 73. Почуття ніяковості, коли Ви їсте та п'єте на людях.

Депресія - Depression (DEP)

Всього: 13 пунктів

- 5. Втрата сексуального потягу або задоволення.
- 14. Занепад сил або загальмованість.
- 15. Думки про те, щоб накласти на себе руки.
- 20. Сльозливість.
- 22. Відчуття, що Ви в пастці або спіймані.
- 26. Почуття, що Ви самі багато в чому винні.
- 29. Відчуття самотності.
- 30. Пригнічений настрій, "хандра".
- 31. Надмірне занепокоєння з різних приводів.
- 32. Відсутність інтересу до чого б то не було.
- 54. Відчуття, що майбутнє безнадійно.
- 71. Почуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль.
- 79. Відчуття власної нікчемності.

Тривожність - Anxiety (ANX)

Всього: 10 пунктів

- 2. Нервозність або внутрішнє тремтіння.
- 17. Тремтіння.
- 23. Несподіваний і безпричинний страх.
- 33. Почуття страху.
- 39. Сильне або прискорене серцебиття.
- 57. Відчуття напруженості або збудженості.

- 72. Напади жаху або паніки.
- 78. Таке сильне занепокоєння, що Ви не можете всидіти на місці.
- 80. Відчуття, що з Вами станеться щось погане.
- 86. Кошмарні думки або видіння.

Ворожість - Hostility (HOS)

Всього: 6 пунктів

- 11. Легко виникаючі прикрість чи роздратування.
- 24. Спалахи гніву, які Ви не могли стримати.
- 63. Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь.
- 67. Імпульси ламати або трощити що-небудь.
- 74. Те, що Ви часто вступаєте в суперечку.
- 81. Те, що Ви кричите або кидаєтесь речами.

Фобічна тривожність - Phobic Anxiety (PHOB)

Всього: 7 пунктів

- 13. Почуття страху в відкритих місцях або на вулиці.
- 25. Страх вийти з дому одному.
- 47. Страх їздити в автобусах, метро або поїздах.
- 50. Необхідність уникати деяких місць або дій, так як вони Вас лякають.
- 70. Почуття ніяковості в людних місцях (магазинах, кінотеатрах).
- 75. Нервозність, коли Ви залишалися одні.
- 82. Страх, що Ви втратите свідомість на людях.

Паранойяльні симптоми - Paranoid Ideation (PAR)

Всього: 6 пунктів

- 8. Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші.
- 18. Почуття, що більшості людей не можна довіряти.
- 43. Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас.

- 68. Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші.
- 76. Те, що інші недооцінюють Ваші досягнення.
- 83. Відчуття, що люди зловжити Вашою довірою, якщо ви їм дозволите.

Психотизм - Psychoticism (PSY)

Всього: 10 пунктів

- 7. Відчуття, що хтось інший може керувати Вашими думками.
- 16. Те, що Ви чуєте голоси, які не чують інші.
- 35. Відчуття, що інші проникають в Ваші думки.
- 62. Те, що у Вас в голові чужі думки.
- 77. Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми.
- 84. Нервуючі Вас сексуальні думки.
- 85. Думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи.
- 87. Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку.
- 88. Те, що Ви не відчуваєте близькості ні до кого.
- 90. Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре.

Додаткові питання - Additional Items (ADD)

Всього: 7 пунктів

- 19. Поганий апетит.
- 44. Те, що Вам важко заснути.
- 59. Думки про смерть.
- 60. Переїдання.
- 64. Безсоння вранці.
- 66. Неспокійний і тривожний сон.
- 89. Почуття провини.

Підрахунок балів за шкалами

Підрахунок показників зводиться до простих операцій додавання та ділення. Спочатку підсумовуються бали для кожної з 9 симптоматичних шкал і для додаткових питань. Це робиться шляхом додавання всіх значень за кожним пунктом, що належить до цієї групи розладів. Далі ця сума ділиться (за винятком значень за додатковими пунктами) на відповідне число питань. Наприклад,

бал за шкалою соматизації отримується шляхом ділення на 12, за шкалою тривожності - на 10 тощо. Розподіл слід виконувати до другого знаку після коми. Таким чином, отримують сирі значення за кожною із шкал.

Для того щоб обчислити три узагальнених індикатора (шкали другого порядку), необхідно кілька додаткових кроків. Спочатку отримують загальну суму балів за увесь тест, включаючи додаткові питання. Розподіл цього числа на 90 дозволяє отримати загальний індекс тяжкості (GSI). Наступний етап - підрахунок числа ствердних відповідей (відмінних від нуля) для того, щоб отримати загальну кількість симптомів, на які надана ствердна відповідь, тобто отримання значення індексу PST. І останній етап обробки - це обчислення значення індексу наявного симптоматичного дистресу PSDI, який отримують діленням загальної суми на бал PST.

Після того, як підраховані сирі значення для кожної шкали та значення загальних індексів, вони співвідносяться з нормативними даними (психіатричні пацієнти, група норми). Були розроблені окремі нормативні дані для групи пацієнтів і для групи здорових, для чоловіків і жінок.

Підрахунок в ситуації нестачі даних

У цій ситуації головна корекція полягає в зменшенні знаменника при кожному діленні підсумовуваних значень за шкалою на число пунктів, загублених в цій категорії. Таким чином, якщо два питання із шкали тривожності пропущено, то бал вираховується із 8, що залишилися і сума балів за цією шкалою ділиться на 8 замість 10. Очевидно, що для GSI буде також відбуватися зменшення знаменника, яке в наведеному прикладі буде означати зменшення з 90 до 88. На значеннях PST і PSDI пропущені питання не будуть відображатися прямо. Однак неможливо знати, чи мали пропущені питання насправді ствердні відповіді, так що інтерпретація цих індексів буде в чомусь умовною. У разі, коли пропущено 20% питань для тесту в цілому

або більш ніж 40% для будь-якої шкали, дані тесту в цілому і за окремими шкалами вважаються недостовірними.

Інтерпретація результатів:

Соматизація - Somatization (SOM)

Порушення, які називаються соматизація, 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 і загальний м'язовий дискомфорт і на додаток - соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність розладу, хоча вони можуть бути і проявом реальних соматичних захворювань.

Обсесивно-компульсивні розлади - Obsessive-Compulsive (O-C)

Обсесивно-компульсивний розлад має симптоми, які в значній мірі тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. При цьому характерні думки, імпульси та дії, які сприймаються як постійні та з непереборною силою, але чужі для Его або небажані.

Міжособистісна сензитивність - Interpersonal Sensitivity (INT)

Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Самоосудження, почуття неспокою і помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії, характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за INT повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативні очікування щодо міжособистісного взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Депресія - Depression (DEP)

Симптоми цього розладу відображають широку сферу проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і такі афективні симптоми, як ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди

відносяться почуття безнадії, думки про суїцид та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

Тривожність - Anxiety (ANX)

Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. Головна ознака тут “вільно плаваюча” тривога. Їй відповідає відчуття, що загроза або предмет страху пронизує все, хоча тривога не прив'язана до чогось конкретного. У число ознак входить нервозність, напруга, тремор, а також напади паніки і відчуття страху.

Ворожість - Hostility (HOS)

Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Фобічна тривожність - Phobic Anxiety (PHOB)

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна у відношенні до стимулу та тягне за собою уникаючу поведінку. Пункти, що відносяться до вказаного розладу, спрямовані на найбільш патогномічні та руйнівні прояви фобічної поведінки. Структура даного розладу близька до визначення агорафобії (Marks, 1969), яку називають також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації (Roth, 1959).

Паранойяльні симптоми - Paranoid Ideation (PAR)

Паранойяльну поведінку тут представлено як вид порушень мислення. Його кардинальні характеристики: проекції думок, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і питання орієнтовані на дані ознаки.

Психотизм - Psychoticism (PSY)

У шкалу психотизму включені питання, що вказують на уникаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі, як зорові або звукові галюцинації. Шкала

психотизму є континуум від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних ознак психозу.

Додаткові питання - Additional Items (ADD)

Сім питань, які входять в SCL, не потрапляють ні під одне визначення симптоматичних розладів; ці ознаки вказують на деякі розлади, але не належать до жодного з них. Додаткові питання не поєднуються між собою у вигляді шкали певного розладу, а враховуються при загальній обробці тесту.

СТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ'Ю

КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана їм інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, інформує клієнта про те, що в разі виявлення існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або імовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано психологу підрозділу або безпосередньому командирі (начальнику).

ДАТА _____ ЧАС (з _____ до _____ години)

ФОРМА ОБСТЕЖЕННЯ: Віч-на-віч За допомогою двостороннього електронного відео- та аудіо-запису (у випадках попереднього погодження на госпіталізацію)

1. ОСОБИСТІ ДАНІ

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Вік: _____

Дата народження: _____
день/місяць/рік

Фізична особа: _____
стать громадянство зріст вага

Військове звання _____

Військова спеціальність _____

Освіта: незакінчена середня - ; повна загальна середня - ;
 середня спеціальна - ; незакінчена вища - ;
 повна вища - .

Адреса: _____
(Назва вулиці, міста чи смт, поштовий індекс)

Телефон: (____) _____

Вступив до лав ЗС України: добровільно - ; за призовом - .

Якщо клієнт служить за контрактом, вказати дату заключення контракту _____

Загальна тривалість перебування в зоні АТО _____

В який період знаходився в зоні АТО _____

Безпосередня участь у бойових діях: так ; ні .

Номер підрозділу (бригада, батальйон, рота, взвод, відділення, посада)

Професія до мобілізації (основний рід занять): _____
Сімейний стан: неодружений - ; офіційно одружений /заміжня - ;
незареєстрований шлюб - ; розлучений - ;
вдівець/вдова .
Кількість зареєстрованих шлюбів _____.
Середній щомісячний дохід з усіх джерел? _____

Оцінка власної соціальної захищеності*:

задовільна - ; незадовільна - ; вкрай незадовільна - .

Наявність дітей: немає - ; одна - ; двоє - ; троє і більше - .

Чи притягалися Ви або члени Вашої родини до кримінальної відповідальності (якщо так, то хто, коли та за що): _____

Захоплення: (гра на музикальних інструментах, різьба по дереву, спорт, тощо): _____

Що приносить задоволення у житті: _____

Чи є плани на майбутнє, які: _____

* Соціальна захищеність - це рівень та стан реалізації соціальних прав особистості правовими засобами, виражені в стійкому благополуччі людини, у високому рівні його добробуту. Іншими словами, соціальна захищеність — це ті правові умови, які на базі соціально-економічних і культурних реальностей дають можливість для сприятливого індивідуального розвитку особистості, реалізації її творчих і виробничих можливостей і здібностей.

Соціальна захищеність — це результат дії механізмів соціального захисту, коли особа, яка опинилася в силу причин об'єктивного чи суб'єктивного характеру в несприятливому становищі, має, на його власну думку, можливість скористатися певним мінімумом гарантованих державою благ. Соціальна захищеність може бути реальною або удаваною. При реальній соціальній захищеності суб'єкт переконаний у достатності наданих йому благ, так само як і можливості їх отримання, і до того ж існують ефективно діючі механізми соціального захисту, якими вона може скористатися. При удаваній соціальній захищеності у суб'єкта є уявлення про достатність наданих йому благ і можливостей їх реального отримання, але існуючі механізми соціального захисту не дозволяють реально скористатися ними.

Чи звертався до психолога раніше: так; ні.
Чи була допомога психолога ефективною: так; ні.
Що сподобалось в роботі психолога: _____
Що не сподобалось в роботі психолога: _____
Які причини змусили звернутися до психолога в цей раз: _____
Що очікуєте від цієї зустрічі з психологом: _____
Звідки дізнались, хто рекомендував (якщо не в умовах стаціонара): _____

Рішення про звернення до психолога приймалось: самостійно ;
на прохання рідних, друзів ;
інше _____.

2. ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ

Дружина (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Мати (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Батько (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Брати, сестри (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації) _____

Діти (П.І.Б., дата народження) _____

Характер відносин між членами родини:

Демократичні : рівноправні відносини; рівність прав і рівність обов'язків.

Романтичні : подружжя чекає духовної згоди один від одного, важливе значення приділяється сентиментальним символам.

Батьківський партнер : у подружніх відносинах повторює модель родини своїх батьків.

Дитячий партнер : у відносинах присутні деяка спонтанність, безпосередність і радість, однак одночасно набувається влада над дружиною/чоловіком своїм "дитячим" способом, тобто проявом слабкості і безпорадності.

Раціоналістичні : раціоналістичний партнер стежить за проявом емоцій, точно дотримується прав і обов'язків. Він відповідальний і тверезий в оцінках, добре пристосовується до життя, незважаючи на те, що його партнерка не поводить таким же чином.

Товариські : розділяють між собою повсякденні турботи, не претендують на романтичне кохання, приймають як неминуче звичайні тяготи сімейного життя.

Незалежні : в шлюбі зберігається певна дистанція по відношенню до свого партнера. Присутнє прагнення уникнути зайвої інтимності у відносинах і бажання, щоб партнер ставився з повагою до цих вимог.

Епілептоїдні : сексуальне бажання високе, але любов до порядку і

повага до заборон блокують будь-які “недозволені” різноманітності в сексі. Партнер весь час обмежує свої бажання рамками консервативних форм, для нього характерні механічно здійснювані дії, що приносять сексуальне задоволення тільки йому самому. Його партнер при цьому - за межами сфери уваги. Глибокий особистісний контакт у подружжя відсутній.

Паранойяльні □: секс - виключно засіб задоволення. До фізичного і духовного злиття партнер не прагне. Проте, щоб принести задоволення іншому, паранойяльний партнер навіть не замислюється.

Психастеноїдні □: невимогливий партнер в інтимному житті. Задовольняючись бляклими фізіологічними відчуттями, справжнє задоволення вони отримують від свідомості того, що доставляють насолоду партнеру.

Гіпертимні □: високо сексуальні партнери, вміють отримувати задоволення і надавати його партнеру. Подружжя створює дуже приємний фон для інтимного спілкування. Вільні у проявах сексуальності, не обмежують себе ніякими заборонами. “Все, що приємно, - корисно” або “красиво і етично все, що стосується взаємного задоволення і згоди”. Такі партнери нескінченно впевнені в собі.

Істероїдні □: без любові такі партнери на інтимні стосунки не йдуть. Навіть за наявності багатих сексуальних контактів, в кожен конкретний момент вони щиро люблять предмет привабливості. У сексі винахідливі, здатні влаштувати з інтимного контакту справжнє свято.

Шизоїдні □: сексуальність низька, дещо холодна, механістична, позбавлена емоційного компонента.

Гіпотимні □: низька сексуальність, як правило, партнер не задоволений подружніми стосунками.

Сенситивні □: в подружніх відносинах цінується, перш за все, еротичний компонент - тиха ласка, ніжність, можливість відчути захищеність і емоційну близькість. Налаштовані на те, щоб давати радість партнеру, а не вимагати її для себе.

Відкрите партнерство □: поважне ставлення до особистого життя партнера, ненав'язування йому своєї думки і смаків, не ображатися на нього, якщо він не прагне постійно робити для іншого партнера щось приємне; вміння ділитися один з одним як позитивними, так і негативними почуттями, без критичних оцінок; недотримання ролей, що традиційно вважаються чоловічими або жіночими, пробувати змінювати ролі; безумовна довіра один одному (“я вірю їй, навіть якщо б вона була мені невірною”).

З двосторонньою залежністю □: відносини пасивно-залежного чоловіка з пасивно-залежною дружиною. Подружжя, в якому “обидва не вміють плавати і топлять один одного, штовхаючи під воду”. Обидва мріють про кохання, і кожен думає, що в шлюбі він дає більше, ніж отримує. Обидва поведуться як діти. Ніхто з них не здогадується проявити достатній інтерес до проблем іншого.

Чи є в родині особи, які мають інвалідність, потребують постійного медичного догляду (хто, з якої причини): _____

Оцінка соціальної захищеності родини:

задовільна - ; незадовільна - ; вкрай незадовільна - .

Відношення членів родини до вибору професії (військової):
схвалюють ; проявляють байдужість ; не схвалюють ;
наполягають на звільненні .

Рекомендована консультація сімейного психотерапевта: ні - ; так - .

3. ВІДОМОСТІ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Чи хворий клієнт зараз? ні - ; так - .

Якщо так, то чим саме:

Чи має клієнт поранення внаслідок участі в АТО: ні - ; так - .

Характер поранення: _____

Наявність інвалідності: ні - ; так - .

Якщо так, то якої групи: _____.

Вкажіть, яке лікування Ви отримували протягом останнього місяця:

стаціонарне - ; денний стаціонар - ;

стаціонарне менше 3-х днів - ;

стаціонарне вечорами - ; амбулаторне - ;

був здоровий, але не отримував ніякого лікування - ;

відчував себе хворим, але не отримував ніякого лікування - ;

отримував лікування у осіб без медичної освіти - .

Якщо клієнт проходив стаціонарну госпіталізацію:

1) а. Приблизна загальна кількість госпіталізацій _____

1) б. У державному закладі Так Ні

2) а. Дата виписки з останньої госпіталізації _____

2) б. Місце виписки _____

Причина госпіталізації: _____

Відділення, в якому проходив лікування: _____

Коментарі (необов'язково): _____

Як оцінює свій стан здоров'я: добрий ; задовільний ;
незадовільний ; вкрай незадовільний .

Чи є серед перенесених Вами захворювань:

туберкульоз,

гепатит,

венеричні захворювання,

гострі кишкові захворювання,

черепно-мозкові травми (з яких причин),

інші перенесені захворювання (які, з яких причин) _____

Що з'явилося у клієнта нового, чого не було до мобілізації:
у поведінці ; в емоціях ; у відчуттях ; у думках ;
зміна життєвих цінностей ; інше _____

Психологічне заключення:

4. ОПИС ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ ТА ПОТОЧНИХ ОБСТАВИН

(вказати інформацію про те, що допомогло клієнту у попередні рази переживання травматичної події, раптових подій, що призвели до проблем; про стресові фактори, сильні якості, чинники прийняття рішень, доступність мережі підтримки, недавня поведінка):

5. ОБСТЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ *(перевірити всі можливі ознаки та вказати специфічні особливості поведінки у висновках)*

Зовнішній вигляд: в межах норми недостатня гігієна
 збуджений загальмований
 неохайний дивний
 напружений

Порушення поведінки / рухових навичок:

в межах норми обачність контроль імпульсів
 схвильованість тремтіння маніакальність
 сповільнення психомоторних навичок

Орієнтування: в межах норми

дезорієнтований: у часі у просторі

стосовно іншої людини стосовно ситуації

Мовлення: в межах норми сповільнене

виснажене інше

напружене тихе / гучне

нерозбірливе

Настрій: в межах норми сердитий / ворожий
 стурбований відсторонений
 пригнічений у стані ейфорії
 у стані ангедонії

Діапазон настрою: в межах норми стиснутий рівний
 нестійкий недоречний

Зміст думок: в межах норми марення ідеї посилянь
 нав'язливі ідеї ідеї звеличення
 параноїчні ідеї фобії

Процес мислення: в межах норми втрата асоціацій
 випадкові ідеї відхилення думок
 політ ідей замикання
 непохитність думок

Перцепція/ Сенсорне сприйняття: в межах норми
галюцинації: слухові візуальні
 нюхові тактильні
 ілюзії

Пам'ять: в межах норми
порушена: короткострокова довгострокова безпосередня

Здатність до надання історичної інформації: Так Ні

Якщо ні, поясніть нижче у висновках

Апетит: в межах норми поганий

Вага: втрата набирання
 підвищений знижений

Сон: в межах норми надмірна сонливість
 початковий етап проблеми проблема тривалості сну

Розуміння: в межах норми у вигляді обвинувачень
 незначне відсутне

Рівень навичок прийняття рішень: достатній порушені
 низький

Оцінка рівня інтелектуальних здібностей/ функціональної здатності: вище середнього середній нижче середнього
 діагноз розумової нерозвиненості

Рівень надійності свідчень клієнта (пояснити нижче)

високий достатній низький

Поясніть клінічно важливі ознаки, враховуючи особливості, які не вдалося оцінити вище:

Поточні симптоми / проблеми:

№ з\п	Назва	Ознаки	З якого моменту симптом присутній	Як довго триває	Чи заважає клієнту
1	Тривога	Очікування якоїсь небезпеки.			
2	Панічні атаки	<p>Триває 5-10 хвилин. Починається раптово і повністю опановує думками і свідомістю людини. Супроводжується страхом за власне життя і незрозумілою тривогою. Посилюється одночасними вегетативними симптомами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • частий пульс, серцебиття, відчуття перебоїв або завмирання серця; • підвищення артеріального тиску під час нападу, іноді до дуже великих значень; • відчуття задухи, нестачі повітря, утрудненого дихання; • розлиті болі або неприємні відчуття в області серця; • підвищена пітливість і озноб; • тремтіння, поколювання, оніміння в руках і ногах; • запаморочення, нудота, стан близький до непритомності; • сухість у роті, відчуття “комка” в горлі. 			
3	Фобія	Всі проблеми починаються в момент зіткнення з фобічним			

		<p>стимулом (висота, павуки, замкнений простір (ліфт) тощо), причиною фобії. Людина при цьому ментально втрачає над собою контроль, причому страх не піддається ніяким впливам раціонального мислення і логіки. Основні ознаки фобій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Озноб; - Пітливість кінцівок; - Тахікардія (прискорене серцебиття); - Задуха; - Потемніння в очах; - Стан жаху. 			
4	Обсесивно-компульсивні дії	<p>Для них характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти лякаючим подіям. При цьому між нав'язливими діями і наслідками, від яких вони нібито повинні захистити, зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку.</p>			
5	Соматизація	<p>Перехід негативних емоцій на рівень тіла, при їх тривалому впливі, призводить до різних порушень у внутрішніх органах, розвиваються реальні соматичні порушення (підвищений тиск, хвороби серця, біль у м'язах, суглобах, шлунково-кишкові розлади).</p>			

6	Депресія	<ul style="list-style-type: none"> • розлади сну (трудність при засипанні, раннє пробудження, поверхневий сон, не приносить відчуття відпочинку, або кошмарні сновидіння); • пригнічений стан, почуття втоми; • почуття провини, відчуття власної безпорадності і непотрібності; • відсутність або зниження апетиту; • психосоматичні розлади; • втрата інтересу до улюблених занять, до навколишнього світу; • зниження енергетичного потенціалу, статевого потягу, нездатність радіти; • постійне відчуттям втоми. 			
7	Порушення пам'яті	<p>Амнезії - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.</p> <p>Види амнезій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною; - антероградна амнезія - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду 			

		<p>порушеної свідомості; - антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.</p> <p>2. Часткові порушення пам'яті: - гіпомнезія - зниження пам'яті, - гіпермнезія - підвищення пам'яті, виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.</p> <p>3. Парамнезії: - конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій; - псевдоремінісценції - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє; - криптомнезії - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.</p>			
8	Дивні думки				
9	Дивна поведінка	Поведінка, яка не властива клієнту			
10	Параноїчні думки	Нездорова підозрілість, схильність бачити у випадкових подіях підступні дії ворогів,			

		вибудовувати складні теорії змов проти себе, зі збереженням в іншому логічності мислення.			
11	Розлади харчової поведінки	<p>Анорексія - критичне зниження маси тіла, часто небезпечно для життя, втрата апетиту.</p> <p>Булімія - патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі(поліфагія).</p> <p>Спотворення смаку - непереборне бажання вживати в їжу будь-що незвичайне й малоїстівне - крейду, папір, глину, ґрунт, зубний порошок, вугілля, пісок, лід, каміння, скло, метал, а також сире тісто, фарш, крупу.</p> <p>Булімія - порушення харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом і ненажерливістю. Людина відчуває постійну потребу в їжі.</p>			
12	Порушення апетиту	Підвищення, зниження, відсутність апетиту.			
13	Недостатність навичок прийняття рішень	<p>Відсутня психологічна готовність до прийняття рішення.</p> <p>Відсутність навичок у</p>			

		<p>випадку, коли деякі рішення варто приймати миттєво, керуючись лише своєю інтуїцією, а деякі вимагають глибокого аналізу і збору додаткової інформації.</p> <p>Невміння використовувати методику “за” і “проти”, прислухатися до свого внутрішнього голосу, аналізувати наслідки і процес прийняття рішень. Нездатність повертатися до своїх помилок, побоюючись неприємних емоцій, аналізувати важливі прийняті рішення на предмет, що можна було поліпшити як в самому рішенні, так і в процесі і методиці його прийняття.</p>			
14	Втрата інтересу	<p>У разі, якщо те що раніше приносило задоволення, тепер його не приносить (наприклад, улюблені види діяльності, спорт, хобі тощо).</p>			
15	Втрата енергії	<p>Сонливість, запаморочення, втрата працездатності, відчуття, що “все валиться з рук”.</p>			
16	Сексуальна дисфункція	<p>У чоловіків найчастіше - у вигляді дезактуалізації статевого життя, а сексуальна дисгармонія подружньої пари виникає головним чином унаслідок реакції дружини на захворювання чоловіка. У жінок - переважну роль відіграє витіснений</p>			

		<p>комплекс провини та ідеї самозвинувачування.</p> <p>зниження статевого потягу, аж до алібідемії, послаблення сексуальних відчуттів і гіпооргазмія</p> <p>Спостерігаються аноргазмія болі під час статевого акту, особливо якщо жінка пережила сексуальне насильство.</p> <p>Нечасті статеві акти відбуваються в основному на вимогу чоловіка.</p>			
17	Порушення сну	<p>Труднощі із засипанням ввечері або неможливість заснути, прокинувшись вночі;</p> <p>часте пробудження протягом ночі, переривчастий сон;</p> <p>щоб змусити себе заснути, клієнт приймає якісь заходи (випиває снодійне, вимикає світло, створює ідеальну тишу тощо);</p> <p>сонливість і низька працездатність протягом дня;</p> <p>клієнту сняться кошмари.</p>			
18	Недостатність навичок міжособистісних взаємин	<p>Виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими.</p> <p>Схильність до підвищеної конфліктності.</p> <p>Хвороблива реакція на критику.</p>			
19	Проблеми поведінки	<p>Відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм</p>			

		<p>поведінки. Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки: дрібні порушення морально-етичних норм; злочинні дії, аутоагресивна поведінка; прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин чи постійна фіксація уваги на визначених видах діяльності, що спрямована на розвиток і підтримку інтенсивних емоцій;</p> <p>агресивна поведінка; конфліктна поведінка; акцентуйована поведінка; віктимна поведінка - активність особистості, за якої вона певним чином сприяє скоєнню злочину проти неї, свідомо чи підсвідомо нехтуючи запобіжними заходами, обираючи спосіб життя, який повертає до неї увагу агресивних осіб, злочинців тощо.</p>			
20	Сімейні проблеми	Соціально-побутові проблеми, проблеми в інтимному житті; проблеми, пов'язані з вихованням дітей тощо.			
21	Недостатність системи підтримки	Відсутність підтримки з боку родини; друзів; колег; керівництва; держави.			

22	Зміна ваги	Збільшення ваги, схуднення.			
23	Незвичні рухи тіла	Рухи тіла, які є не звичними, для клієнта і які з'явилися			
24	Інші:				

Опишіть симптоми / проблеми подані вище більш детально:

6. РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ (приклад)

№ з/п	Назва методики	Шкала	Показник	Інтерпретація результатів
1	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)			
2	Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу	ПТСР		
3	Опитувальник Міні-мульти	Шкала брехні Шкала вірогідності Шкала корекції		

		<p>Шкала іпохондрії</p> <p>Шкала депресії</p> <p>Шкала істерії</p> <p>Шкала психопатії</p> <p>Шкала паранойяльності</p> <p>Шкала психастенії</p> <p>Шкала шизоїдний</p> <p>Шкала гіпоманії</p>		
4	Стрес-фактори			

5	PHQ-9 - анкета (опитувальник) респондента про стан здоров'я	Рівень депресії		
6	Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)	Вторгнення Уникнення Збудливість		

Результати проєктивних тестових методик

№ з/п	Назва методики	Інтерпретація
1	Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	
2	Методика ДОМ-ДЕРЕВО-ЛЮДИНА	

Психологічне заключення:

7. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПРОБЛЕМИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА (перевірити):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Група підтримки | <input type="checkbox"/> Соціальне середовище |
| <input type="checkbox"/> Освітня сфера | <input type="checkbox"/> Професійна сфера |
| <input type="checkbox"/> Сфера житлових умов | <input type="checkbox"/> Економічна сфера |
| <input type="checkbox"/> Сфера охорони здоров'я | <input type="checkbox"/> Сфера правової системи |
| <input type="checkbox"/> Інші | |

8. ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ / КЛІНІЧНА ДУМКА:

Психічні захворювання: Наявні Відсутні

Зловживання речовинами: Відсутнє Наявне Має залежність
 Нестійка ремісія

Поточні фактори ризику: *(перевірити всі можливі)*

Схильність до суїциду: Не має Наявність думок Наявність плану
 Наявність намірів без засобів
 Присутні наміри з наявністю засобів

Схильність до вбивства Не має Наявність думок Наявність плану
 Наявність намірів без засобів
 Присутні наміри з наявністю засобів

Якщо фактори присутні, клієнт може дати зобов'язання не нашкодити:

Самому собі Іншим
Контроль імпульсів: Достатній Середній Мінімальний
 Перемінний Критичний

Визначення ризику:

Інша інформація, що має відношення до цього, якщо наявна:
 Спостерігається істотна вірогідність того, що в результаті психічних розладів найближчим часом він / вона постраждає через недостатність змоги:

- захистити себе від заподіяння шкоди або
- задовольнити свої основні людські потреби
- Залучення до поведінки, яка може призвести до заподіяння шкоди
- Інтервенції, спрямовані на запобігання небезпечної поведінки
- зі здійсненою спробою заподіяння шкоди
- яка була невдалою

Опишіть особливості нещодавньої поведінки, перевірені вище: _____

Здатність та готовність приймати добровільне лікування / Госпіталізацію / Найменш обмежувальні альтернативи

- Спроможний Не спроможний виконувати дії стосовно лікування
 Спроможний Не спроможний розуміти відповідну інформацію

Спроможний Не спроможний розуміти наслідки
 Готовий Не готовий прийняти лікування на добровільній основі
 Існує Не існує менш обмежувальних соціальних
альтернатив для надання допомоги цьому клієнтові

Лікування та варіанти підтримки:

Розглянуто або Здійснено

9. ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ ТА ІСТОРІЯ ЛІКУВАННЯ:

Перевірити чи вживає клієнт на даний час або задайте клієнту наступні питання:

Чи вживали Ви алкоголь чи наркотичні речовини за останні 30 днів?

Так Ні

Дата останнього разу вживання:

Алкоголь _____ Наркотичні речовини _____

Які наркотичні речовини Ви вживали у минулому?

Чи вважали коли-небудь Ви чи інша людина, що у Вас є проблема, пов'язана із вживанням алкоголю чи наркотичних речовин? Так Ні

Чи переживали Ви коли-небудь досвід синдрому відміни від алкоголю чи наркотичних речовин? Так Ні

Якщо так, перевірити все можливе: Тремор Блювота
 Діарея Параноя
 Головний біль Нудота
 Потовиділення

Особа відмовилась давати відповіді на запитання стосовно вживання алкоголю чи наркотичних речовин

Перевірити, якщо ці ознаки спостерігалися за ОСТАННІ 24 ГОДИНИ:

Тремор Судоми Біла гарячка
 Блювота з наявністю крові? Так Ні
 Діарея з наявністю крові? Так Ні

Якщо особа проходила стаціонарний детокс:

А) Вказати кількість разів проведення детоксу _____

Б) Дата виписки з останнього разу детоксу: _____

В) Місце виписки: _____

Підпис особи, яка проводила попереднє обстеження клієнта: _____

Ім'я та прізвище особи: _____

Дата: _____

ПРИМІТКИ:

ПЕРСОНАЛЬНИЙ ДОДАТОК

Клієнту надається можливість коментувати:

- Так (див. коментарі нижче)
- Так, але клієнт відмовляється коментувати
- Ні, пояснити:

ІНДИВІДУАЛЬНІ КОМЕНТАРІ

Ворожість є наслідком невдоволення клієнта: навколишнім рівнем свого життя, іншими людьми, самим собою чимось іншим

1. Як би Ви описали поточну ситуацію?
2. Що, на Вашу думку, було б найбільш корисним для Вас зараз?
3. Чи є якісь окремі особи, які могли би бути залученими до участі у наданні Вам підтримки та лікування (члени родини, друзі, побратими)?
4. Чи є щось таке, що Ви вже використали в якості спроби владнати поточну ситуацію?
5. Які Ваші три найсильніші якості?
6. Чи хотіли б Ви прокоментувати що-небудь ще?

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИСНОВОК:

Підпис особи _____

Дата: _____

ДОГОВІР

Я,

(П.І.Б.)

зобов'язуюсь протягом наступних 30 діб, в будь-якому випадку і за будь-яких умов не заподіяти шкоди собі та оточуючим.

Дата _____

Підпис _____

Зорово-моторний гештальт-тест Л. Бендер

Робота Л. Бендер “Зорово-моторний гештальт-тест і його клінічне застосування” була опублікована в 1938 році в серії монографій Американської Ортопсихіатричної Асоціації. З того часу і по сьогоднішній день Зорово-моторний гештальт-тест Л. Бендер (або скорочено Бендер гештальт-тест) широко використовується на практиці завдяки своїй простоті, легкості в застосуванні, високій валідності й надійності. Бендер гештальт-тест входить в основну батарею психодіагностичних тестів, що характеризують невербальний інтелект і перцептивно-моторну координацію.

Бендер гештальт-тест застосовується для вивчення розумової відсталості, феноменів регресії, вираженості порушень окремих функцій і органічних мозкових дефектів як у дорослих, так і у дітей, а також для дослідження особистісних відхилень, особливо тих, які пов'язані з регресивними проявами. В останньому випадку він виступає в ролі соціально нейтрального тесту в батареї особистісних тестів. Зокрема, він є ефективним у разі необхідності діагностики військових неврозів і контролю за динамікою їх терапії (використовувався американськими клінічними психологами в армійських медичних службах під час Другої світової війни).

Стимульний набір Бендер гештальт-тесту включає 9 оригінальних фігур Вертхеймера (Рис.1), відібраних серед тих, які він використовував для психологічного дослідження сприйняття візуальних гештальтів.

Респонденту пропонують скопіювати ці фігури. Фігура А, яка легко сприймається як замкнута фігура на однорідному фоні, складається з таких, що торкаються один одного кола і поставленого на вершину квадрата, розташованих уздовж горизонтальної осі. Ця фігура використовується для ознайомлення з завданням. Фігури з 1 по 8 застосовуються для діагностичного

тестування і пред'являються респонденту послідовно. Для копіювання використовуються аркуші білого нелінованого паперу розміром 210 на 297 мм (стандартний формат А4).

Часто для відповідей респонденту достатньо одного аркуша, але іноді потрібно і більше, особливо для осіб з низьким інтелектуальним рівнем або високотривожних. Респондента потрібно забезпечити олівцем і ластиком. Забороняється користуватися будь-якими допоміжними засобами і т.п.

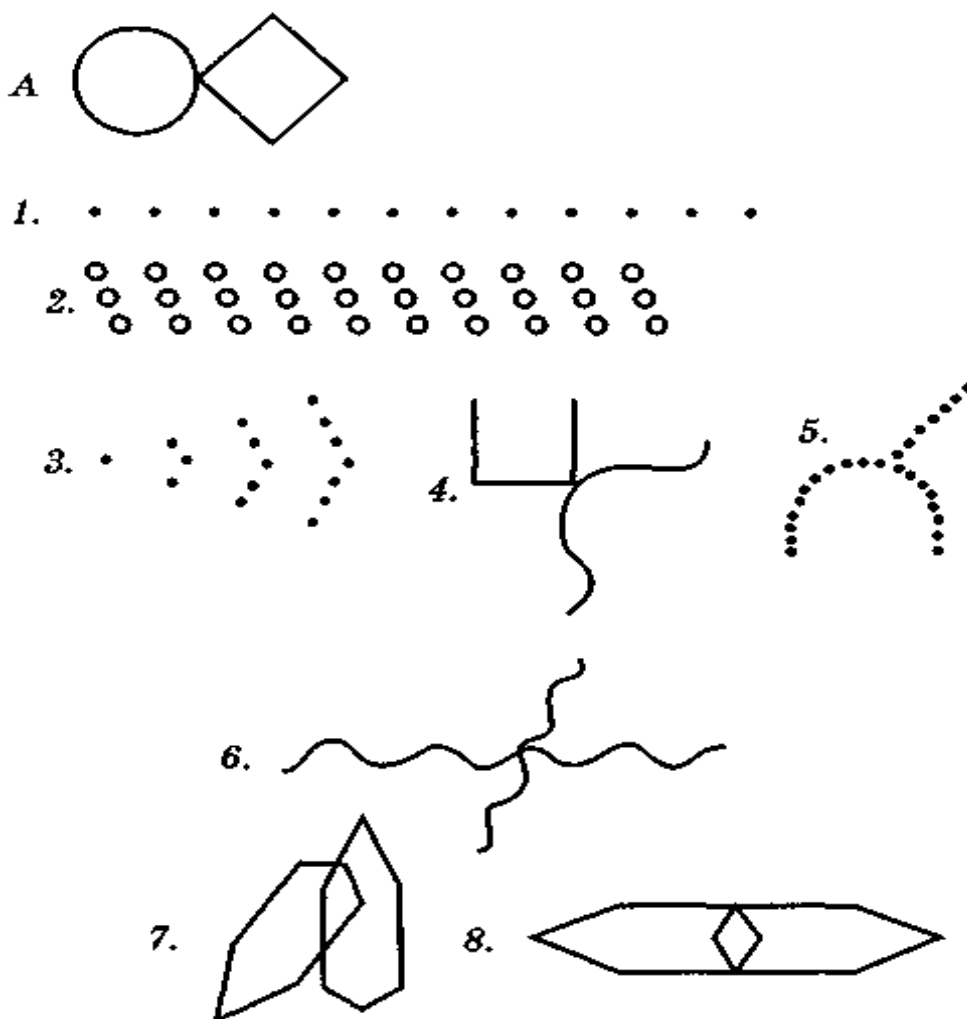


Рис. 1

Картки потрібно пред'являти одну за одною, кладучи кожен на стіл близько до верхнього краю аркуша паперу в правильній орієнтації, а респонденту потрібно сказати: "Тут знаходиться ряд картинок, які вам необхідно скопіювати. Просто перемалюйте їх так, як ви їх бачите". Необхідно попередити респондента про те, що

картки неможна переміщати в якусь нову позицію. Якщо за якихось причин це важко зробити або попередження не діє, то потрібно дозволити переміщення, роблячи при цьому відповідні позначки в протоколі. Буде правильним порекомендувати респонденту розмістити копію першої з фігур у верхньому лівому кутку аркуша, але на цьому не потрібно наполягати, якщо респондент починає малювати по-своєму. Орієнтація фігури на фоні і по відношенню до інших фігур також є частиною гештальт-функції. Всі інші інструкції повинні бути не дуже категоричними. Наприклад, якщо респондент ставить запитання, чи потрібно рахувати точки, відповідь має бути наступною: “Це не обов’язково, але ви можете робити, як вам хочеться”. Можна дозволити кілька спроб копіювання однієї фігури, що також має бути відображено в протоколі. Можна дозволити користуватися ластиком з метою покращання якості окремих ліній, але ні в якому разі не слід заохочувати це.

Тимчасові обмеження на виконання тесту відсутні, і фігури не потрібно прибирати до тих пір, поки респондент не закінчить копіювання. Тест не передбачає перевірку пам’яті. Деякі респонденти вважають за краще мати перед собою всі картки, які є, спочатку переглянути їх усі, а потім розкласти весь набір в певній орієнтації до аркуша паперу. Це можна дозволити, але тим не менше копіювати респондент повинен спочатку фігуру А, а потім фігури 1-8 у визначеній автором тесту послідовності. Більшість успішно орієнтують весь набір фігур по відношенню до їх фону на аркуші паперу і без цього початкового перегляду.

Система бальної оцінки гештальт-тесту Бендер

Кожен малюнок оцінюється за трьома параметрами:

- 1) виконання кутів (виняток є Фігура 2);
- 2) орієнтація елементів;
- 3) взаємне розташування елементів.

Фігура А

Виконання кутів:

0 балів - чотири кути прямі;

- 2 бали - кути непрямі;
- 3 бали - фігура значно деформована;
- 4 бали - форма фігури не визначена.

Орієнтація:

- 0 балів - фігури розташовані горизонтально;
- 2 бали - вісь, уздовж якої розташовані фігури, нахилена, але не більше ніж на 45 градусів, або не проходить через центр ромба;
- 5 балів – “ротація” - композиція фігур розгорнута на 45 градусів або більше.

Взаємне розташування елементів:

- 0 балів - фігури торкаються одна одної точно відповідно до зразка;
- 2 бали - фігури майже торкаються одна одної (зазор не більше міліметра);
- 4 бали - фігури перетинаються;
- 5 балів - фігури значно розходяться.

Фігура 1

Орієнтація:

- 0 балів - точки розташовані уздовж горизонтальної прямої;
- 2 бали - патерн дещо відхиляється від горизонталі або прямої лінії;
- 3 бали - безліч точок представляє собою “хмару”;
- 3 бали – “ротація” - точки розташовані уздовж прямої, яка, однак, відхиляється від горизонталі більше ніж на 30 градусів.

Взаємне розташування елементів:

- 0 балів - точки знаходяться на однаковій відстані одна від одної або організовані в пари;
- 2 бали - точок істотно більше або менше, ніж на зразку;
- 2 бали - точки відтворені як маленькі кружечки або рисочки;
- 4 бали - точки відтворені як великі кружки або пунктирна лінія.

Фігура 2

Орієнтація:

0 балів - всі колонки зберігають правильний нахил;

2 бали - від однієї до трьох колонок не зберігають правильної орієнтації;

3 бали - більше трьох колонок мають неправильну орієнтацію;

4 бали - малюнок неповний, тобто відтворено шість або менше колонок або вони складаються з двох елементів замість трьох;

4 бали – не збережені рівні, одна або кілька колонок сильно виступають вгору або “провалені вниз (так, що середній кружечок однієї колонки знаходиться на рівні верхнього або нижнього іншої);

5 балів – “ротація” - вся композиція розгорнута на 45 градусів або більше;

5 балів – “персеверація” - загальне число колонок більше тринадцяти.

Взаємне розташування елементів:

Умови:

а) горизонтальне розташування рядів кружечків;

б) рівна відстань між елементами;

в) три кружечка в кожній колонці лежать на одній прямій.

0 балів - всі умови виконані;

1 бал - дві умови виконані;

2 бали - кружечки торкаються один одного або перетинаються більше ніж в одній колонці;

3 бали - виконано одну з умов;

5 балів - дві умови виконані;

додається 2 бали, якщо замість кружечків намальовані точки або риски;

Фігура 3

Виконання кутів:

0 балів - відтворені три кути;

2 бали - відтворені два кути;

4 бали - відтворено один кут;

5 балів - відсутність кутів.

Орієнтація:

0 балів - вісь, яка з'єднує вершини трьох кутів, горизонтальна;

2 бали - вісь має нахил, але менше ніж на 45 градусів;

2 бали - вершини кутів з'єднуються ламаною лінією з двох відрізків;

4 бали - вершини кутів з'єднуються ламаною з трьох відрізків;

4 бали - вершини кутів з'єднуються ламаною лінією, що має нахил і що складається з двох відрізків;

5 балів – “ротація” - поворот всієї композиції не менше ніж на 45 градусів.

Взаємне розташування елементів:

0 балів - дотримується збільшення числа точок від кута до кута;

2 бали - замість точок відтворені кружечки або рисочки;

3 бали – “випрямлення”, тобто один або два ряди утворюють вертикальну лінію замість кута;

4 бали - намальований додатковий ряд;

4 бали - намальована лінія замість ряду точок;

4 бали - малюнок неповний, тобто відсутній ряд точок;

5 балів - “інверсія” - зміна напрямку кутів

Фігура 4

Виконання кутів:

0 балів - кути правильні і дві дуги однакові;

2 бали - один кут або одна дуга не вийшли;

3 бали - два кути або дві дуги, або один кут і одна дуга не вийшли;

4 бали - тільки один кут і одна дуга вдалися.

Орієнтація:

0 балів - вісь, яка перетинає дугу, утворює кут 135 градусів з прилеглої стороною квадрата;

2 бали - попередня умова не виконана, але це ще не ротація;

2 бали - асиметрія дуги;

5 балів - ротація дуги, якщо вісь утворює кут 90 градусів або менше;

5 балів - ротація, якщо основа квадрата відхиляється на 45 градусів або більше від горизонталі або дуга з'єднується з квадратом на відстані близько $1/3$ від потрібного місця;

10 балів - основа квадрата відхиляється на 45 градусів або більше від горизонталі, і дуга з'єднується з квадратом на відстані близько $1/3$ від потрібного місця.

Взаємне розташування елементів:

0 балів - фігури правильно стикаються;

2 бали - фігури злегка розходяться;

4 бали - погана інтеграція, якщо фігури перетинаються або віддалені одна від одної.

Фігура 5

Виконання кутів:

0 балів - кут правильний, дуга симетрична;

3 бали - кут значимо відрізняється від зразка.

Орієнтація:

0 балів - лінія торкається дуги під правильним кутом в місці, що відповідає зразку;

2 бали - попередня умова не виконана, але це ще не ротація;

2 бали - порушена симетрія дуги;

5 балів – “ротація” - композиція повернута на 45 градусів або більше.

Взаємне розташування елементів:

0 балів - лінія торкається дуги, число точок відповідає зразку;

2 бали - лінія не пряма;

2 бали - відтворені кружечки або рисочки замість точок;

4 бали - відтворена лінія замість ряду точок;

4 бали - лінія перетинає дугу.

Фігура 6

Виконання кутів:

0 балів - синусоїди виконані правильно, відсутні гострі кути;

2 бали - синусоїди відтворені у вигляді гірлянди або послідовність напівдуг;

4 бали - синусоїди відтворені як прямі або ламані.

Орієнтація:

0 балів - синусоїди перетинаються в правильному місці під кутом, відповідно до зразку;

2 бали - синусоїди перетинаються під прямим кутом;

4 бали - лінії не перетинаються зовсім.

Взаємне розташування елементів:

0 балів - кількість хвиль обох синусоїд відповідає зразку;

2 бали - кількість хвиль синусоїди, що має нахил, істотно більше або менше, ніж на зразку;

2 бали - кількість хвиль горизонтальної синусоїди істотно більше або менше, ніж на зразку;

4 бали - на малюнку відтворено більше двох окремих ліній.

Фігура 7

Виконання кутів:

0 балів - всі кути (по 6 у кожній фігурі) виконані правильно;

2 бали - відсутній один кут;

3 бали - відсутні більше одного кута;

4 бали - зайві кути, тобто більше 6 в фігурі;

5 балів – “деформація” - фігури невизначеної форми.

Орієнтація:

0 балів - орієнтація обох фігур правильна;

2 бали - орієнтація однієї з фігур неправильна, але це ще не ротація;

5 балів – “ротація” - кут нахилу становить 90 і 0 градусів по відношенню до іншої фігури (правильно 30 градусів).

Взаємне розташування елементів:

0 балів - перетин фігур правильний, тобто два кута фігури, що має нахил, знаходяться всередині вертикальної, а один кут вертикальної фігури знаходиться всередині похилої;

2 бали - перетин не зовсім правильний;

3 бали - одна фігура лише торкається іншої;

4 бали - перетин неправильний;

5 балів - фігури віддалені одна від одної.

Фігура 8

Виконання кутів:

0 балів - всі кути виконані правильно;

2 бали - відсутній один кут;

3 бали - відсутні більше одного кута;

4 бали - зайві кути;

5 балів – “деформація” - фігури невизначеної форми.

Орієнтація:

0 балів - орієнтація обох фігур правильна;

2 бали - орієнтація однієї з фігур неправильна, але це ще не ротація;

5 балів – “ротація” - кут нахилу становить 90 і 0 градусів по відношенню до іншої фігури (правильно 30 градусів).

Взаємне розташування елементів:

0 балів - перетин фігур правильний, тобто внутрішня фігура торкається зовнішньої зверху і знизу; правильно відтворені відносні пропорції фігур;

2 бали - перетин не зовсім правильний (внутрішня фігура має один зазор із зовнішньою);

3 бали - порушені відносні пропорції фігур;

5 балів - внутрішня фігура перетинає зовнішню в двох місцях або не стикається з нею.

Загальні тенденції:

2 бали - малюнки не вміщаються на аркуші або займають менше однієї третини аркуша;

2 бали - малюнки розташовуються не в правильній послідовності, а випадковим чином;

3 бали - на малюнку присутні більше двох виправлень або стирань;

3 бали - чітко проявляється тенденція до збільшення або зменшення картинок або відзначається велика відмінність в розмірах картинок;

4 бали - кожна наступна картинка виконана менш ретельно, ніж попередня;

4 бали - картинки перекривають одна одну;

6 балів – під час виконання тесту зафіксовано хоча б одну відмову, мотивовану труднощами завдання, втомою або нудьгою.

Результати представляються у вигляді суми балів за кожною з фігур, згідно загальних тенденцій, а також обчислюється повна сума балів.

Інтерпретація результатів

При інтерпретації результатів виконання гештальт-тесту Бендер слід враховувати час, витрачений на виконання завдання в цілому, особливості поведінки респондента і ряд формальних характеристик малюнка, як-то: силу натиску олівцем, плавність ліній, кількість стирань або виправлень, тенденцію до погіршення або покращання результатів в ході тестування та ін. Інтерпретація останніх відповідає правилам, загальним для всіх проєктивних методик, і неодноразово описана в керівництві до таких популярних тестів, як “Дім-Дерево-Людина”, “Неіснуюча тварина” та ін. Так, слабка, переривчаста, ледь помітна лінія свідчить, зазвичай, про низьку ергічність або асенізацію респондента, тоді як жирна, з рівним, сильним натиском - про високу ергічність і активність; істотне перебільшення розмірів відтворюваних фігур з високою ймовірністю свідчить про завищену самооцінку, а значиме применшення - про занижену; накладення малюнків один на один, випадкове їх розташування на аркуші, виходи за межі аркуша, зниження якості виконання в ході тестування - про невміння довго концентрувати увагу, недостатність навичок планування та контролю своєї діяльності. Однак слід з обережністю ставитися до винесення суджень подібного роду, якщо вони не підтверджуються результатами інших методик.

Що стосується часу, що витрачається на виконання гештальт-тесту в цілому, то в нормі він становить 5-10 хвилин. Перевищення цього часу більш ніж в два рази є несприятливою ознакою і вимагає окремої інтерпретації.

Проективна методика “Дім-Дерево-Людина”

Проективна методика дослідження особистості “Дім-Дерево-Людина” (House-Tree-Person Test, Н-Т-Р) - запропонована Дж. Буком в 1948 р. Респонденту пропонують намалювати дім, дерево і людину. Потім проводять детально розроблене опитування. Вибір предметів для малювання автор обґрунтовує тим, що вони знайомі кожному респонденту, найбільш зручні як об’єкти для малювання і, нарешті, стимулюють більш вільні словесні висловлювання, ніж інші об’єкти.

На думку Дж. Бука, кожен малюнок - це своєрідний автопортрет, деталі якого мають особистісне значення.

За малюнком можна судити про афективну сферу особистості, її потреби, рівні психосексуального розвитку і т.д. Крім використання тесту в якості проективної методики автор демонструє можливість визначати рівень інтелектуального розвитку (коефіцієнт кореляції рангової з тестами інтелекту складає 0,41-0,75).

Під час індивідуального тестування психолог розміщає перед респондентом малюнкову форму, так, щоб він бачив тільки другу сторінку з написом “Дім”, розташованим зверху з точки зору респондента, після чого озвучує інструкцію.

Інструкція: “Візьміть один з цих олівців. Я хочу, щоб ви якнайкраще намалювали дім. Ви можете малювати дім будь-якого типу, який Вам захочеться. Це необхідно вирішити тільки вам. Ви можете стирати намальоване скільки завгодно - це не позначиться на Вашій оцінці. Ви можете обдумувати малюнок стільки часу, скільки Вам знадобиться, тільки постарайтеся намалювати дім якнайкраще”.

Якщо респондент відмовляється малювати (люди середнього та похилого віку роблять це часто), заявляючи що він не художник, що коли він ходив до школи, його не вчили малювати так, як це

роблять тепер і т.д., психолог повинен переконати респондента, що ДДЛ - НЕ тест на художні здібності, що його не цікавлять здібності респондента до малювання як такі. Якщо респондент просить лінійку або намагається використовувати в якості лінійки який-небудь предмет, психолог повинен сказати йому, що малюнок повинен бути виконаний від руки. Потім даються аналогічні інструкції, що стосуються завдань, пов'язаних з малюнками дерева і людської фігури.

Запис

Поки респондент малює дім, дерево і людину, психолог повинен кожен раз записувати:

1. наступні аспекти, що стосуються часу:

(а) кількість часу, що минув з моменту надання психологом інструкції до того моменту, коли респондент приступив до малювання;

(б) тривалість будь-якої паузи, яка виникає в процесі малювання (співвідносячи її з виконанням тієї чи іншої деталі);

(в) загальний час, витрачений респондентом з того моменту, коли йому була дана інструкція і до того, коли він повідомив що повністю закінчив малюнок (наприклад, дім);

2. назви деталей малюнків дому, дерева і людини, в тому порядку, в якому вони були намальовані респондентом, послідовно нумеруючи їх. Відхилення від послідовності зображення деталей, що виникають під час роботи у добре пристосованих респондентів, зазвичай виявляються значущими; точний запис такого випадку необхідний, оскільки упуцнення з уваги психолога відхилення респондента може завадити досить якісно оцінити завершений малюнок в цілому;

3. всі спонтанні коментарі (за можливістю дослівно), зроблені респондентом в процесі малювання дому, дерева і людини і співвіднести кожен такий коментар з послідовністю деталей. Процес малювання цих об'єктів може викликати коментарі, які, на перший погляд, абсолютно не відповідають зображуваним об'єктам які, тим не менш, можуть дати багато цікавої інформації про респондента;

4. будь-яку емоцію (саму незначну), проявлену респондентом в процесі виконання тесту і зв'язати цей емоційний прояв із зображуваною в цей момент деталлю. Процес малювання часто викликає у респондента сильні емоційні прояви і вони повинні бути записані.

Щоб вести записи більш успішно, психолог повинен зробити так, щоб у нього була можливість безперешкодно спостерігати за процесом малювання. Найбільш зручне для психолога положення - зліва від респондента-правші і справа від респондента, якщо він лівша. Однак, в деяких випадках респонденти можуть бути дуже тривожними або дуже підозрілими і будуть ховати свої малюнки, в таких випадках краще за все не наполягати на тому, щоб вони дозволили психологу спостерігати за процесом малювання.

Якщо виконанню завдання передувала пауза - це повинно бути записано під пунктом 1, а перша намальована деталь, в такому випадку, записується під номером 2 і т.д.

Зв'язок спонтанних висловлювань та/або прояв емоцій з деталями малюнка визначається положенням спонтанного висловлювання і/або емоційного прояву в записаному матеріалі. Наприклад, якщо спонтанне висловлювання або емоція були записані перед деталлю, але під одним пунктом, значить вони мали місце в той час, коли респондент починав малювати цю деталь. Якщо коментар чи емоція були записані під одним пунктом з деталлю, але після неї, значить це сталося пізніше. Якщо ж крім спонтанного висловлювання або емоції в пункт нічого не записано, значить це сталося після того як попередня деталь була закінчена, і перш, ніж наступна була розпочата.

Післямалюнкове опитування

Після того, як невербальна фаза методики завершується, психолог повинен запропонувати респонденту можливість охарактеризувати, описати та інтерпретувати намальовані об'єкти і те, що їх оточує, а також висловити пов'язані з ними асоціації. Він також повинен враховувати той факт, що процес малювання дому, дерева і людини часто пробуджує сильні емоційні реакції, тому після завершення малюнків респондент цілком ймовірно вербалізує

те, що до теперішнього часу він не міг висловити. Відомо, що якщо респондент менш замкнутий, вороже налаштований і більш розумний, друга фаза ДДЛ може бути більш продуктивною.

Опитувальник, що складається з 64 питань, має “спіралеподібну” структуру, мета якої - уникнути формалізованих відповідей з боку респондента і перешкодити запам’ятовуванню раніше сказаного ним стосовно конкретного малюнка. Прямі та конкретні питання змінюються більш непрямими і абстрактними.

Післямалюнкове опитування не є жорстко обмеженою процедурою, психолог завжди може продовжити опитування в продуктивному, на його погляд, руслі. У всіх випадках він повинен визначити, яке саме значення мають для респондента стимульні слова “Дім”, “Дерево” і “Людина”.

Бланк післямалюнкового опитування

Ч1. Це чоловік чи жінка (хлопчик чи дівчинка)?

Ч2. Скільки йому (їй) років?

Ч3. Хто він (вона)?

Ч4. Це Ваш родич, друг чи хто-небудь інший?

Ч5. Про кого Ви думали, коли малювали цю людину?

Ч6. Що вона робить? (І де вона в цей час знаходиться?)

Ч7. Про що вона думає?

Ч8. Що вона відчуває?

Ч9. Про що Вас змушує думати намальована людина?

Ч10. Кого Вам нагадує ця людина?

Ч11. Ця людина здорова?

Ч12. Що саме на малюнку створює таке враження?

Ч13. Ця людина щаслива?

Ч14. Що саме на малюнку створює таке враження?

Ч15. Що Ви відчуваєте по відношенню до цієї людини?

Ч16. Чи вважаєте Ви, що це характерно для більшості людей?

Чому?

Ч17. Яка на Ваш погляд погода на малюнку?

Ч18. Кого нагадує Вам ця людина? Чому?

Ч19. Чого найбільше хоче людина? Чому?

Ч20. Як одягнена ця людина?

Др1. Що це за дерево?

Др2. Де в реальності знаходиться це дерево?

Др3. Який приблизний вік цього дерева?

Др4. Це дерево живе?

Др5.

А. (Якщо респондент вважає, що дерево живе)

а) Що саме на малюнку підтверджує, що дерево живе?

б) Чи немає у дерева якоїсь мертвої частини? Якщо є, то яка саме?

в) Що, на Вашу думку, призвело до загибелі дерева?

г) Як Ви думаєте, коли це сталося?

Б. (Якщо респондент вважає, що дерево мертво)

а) Що, на Вашу думку, призвело до загибелі дерева?

б) Як Ви думаєте, коли це сталося?

Др6. Як Ви думаєте, на кого це дерево більше схоже на чоловіка чи на жінку?

Др7. Що саме на малюнку підтверджує Вашу точку зору?

Др8. Якби тут замість дерева була людина, в яку сторону вона б дивилася?

Др9. Це дерево стоїть окремо або в групі дерев?

Др10. Коли Ви дивитесь на малюнок дерева, як Вам здається, воно розташоване вище Вас, нижче Вас або знаходиться на одному рівні з Вами?

Др11. Як Ви думаєте, яка погода на цьому малюнку?

Др12. Чи є на малюнку вітер?

Др13. Покажіть мені, в якому напрямку віє вітер?

Др14. Розкажіть докладніше, що це за вітер?

Др15. Якби на цьому малюнку Ви намалювали сонце, де б воно розташовувалося?

Др16. Як Ви вважаєте, сонце знаходиться на півночі, сході, півдні чи заході?

Др17. Про що змушує Вас думати це дерево?

Др18. Про що воно Вам нагадує?

Др19. Це дерево здорове?

Др20. Що саме на малюнку створює таке враження?

- Др21. Це дерево сильне?
- Др22. Що саме на малюнку створює таке враження?
- Др23. Кого Вам нагадує це дерево? Чому?
- Др24. Чого найбільше потребує це дерево? Чому?
- Др25. Якби замість птиці (іншого дерева або іншого об'єкта на малюнку, що не має відношення до основного дерева), була людина, то хто б це міг бути?
- Д1. Скільки поверхів у цього дома?
- Д2. Цей дім цегляний, дерев'яний або ще який-небудь?
- Д3. Це Ваш дім? (Якщо ні, то чий він?)
- Д4. Коли Ви малювали цей дім, кого Ви уявляли собі в якості його господаря?
- Д5. Вам би хотілося, щоб цей дім був Вашим? Чому?
- Д6. Якби цей дім був Вашим і Ви б могли розпоряджатися ним, так як Вам хочеться:
- а) Яку кімнату Ви б обрали для себе? Чому?
- б) З ким би Ви хотіли жити в цьому домі? Чому?
- Д7. Коли Ви дивитесь на малюнок дома, він Вам здається розташованим близько чи далеко?
- Д8. Коли Ви дивитесь на малюнок дома, Вам здається, що він розташований вище Вас, нижче Вас або приблизно на одному рівні з Вами?
- Д9. Про що Вас змушує думати цей дім?
- Д10. Про що він Вам нагадує?
- Д11. Цей дім привітний, доброзичливий?
- Д12. Що саме на малюнку створює таке враження?
- Д13. Чи вважаєте Ви, що ці якості властиві більшості домів? Чому?
- Д14. Яка, на Вашу думку, погода на цьому малюнку?
- Д15. Про кого Вас змушує думати цей дім? Чому?
- Д16. Чого найбільше потребує цей дім? Чому?
- Д17. Куди веде цей димохід?
- Д18. Куди веде ця доріжка?

Д19. Якби замість дерева (куща, вітряка або будь-якого іншого об'єкта на малюнку, що не має відношення до самого дому) була людина, то хто б це міг бути?

Після завершення етапу післямалюнкового опитування, психологу необхідно з'ясувати те можливе значення, яке може мати для респондента наявність незвичних, відсутність “обов'язкових” деталей в малюнках, будь-яких незвичних пропорційних, просторових або позиційних відносин між намальованими об'єктами або їх фрагментами.

Наприклад, психолог повинен запитати у респондента про значення таких незвичайних деталей в малюнку дому, як розбите скло, дірявий дах, димохід, що обвалився і т.д., рубці, зламані або мертві гілки, тіні і т.д. - в малюнку дерева. Прийнято вважати, наприклад, що рубці на стовбурі дерева зламані або пошкоджені гілки майже незмінно символізують “душевні рани” - наслідок психологічних травм, перенесених респондентом в минулому; час, коли стався травмуючий епізод (епізоди) можна визначити за розташуванням рубця на стовбурі, уявляючи основу стовбура (його найближчу до землі частину) за період раннього дитинства, верхівку дерева - за справжній вік респондента, а відстань між ними - за проміжні роки. Наприклад, якщо 30-річний респондент намалював рубець приблизно на висоті однієї третини стовбура від його заснування, то травмуючий епізод міг, імовірно, статися в 9-11-річному віці. Психолог може запитати: “Що незвичайного сталося з вами, коли вам було близько 10 років?”. Передбачається, що респондент може відобразити на малюнку тільки ті події, які він сам розцінює, як травмуючі, хоча з об'єктивної точки зору травмуючими можуть виявитися зовсім інші ситуації. Вважається, що зображення тіні на малюнку має велике значення і може являти собою: 1) символізацію почуття тривоги, що переживається респондентом на свідомому рівні; 2) наявність фактора, який своєю постійною присутністю в психологічному сьогодні або в недалекому минулому, ймовірно, перешкоджає нормальній інтелектуальній працездатності. Йдеться про свідомий рівень, тому що зазвичай тіні зображуються на землі, яка символізує реальність.

Погіршення інтелектуальної працездатності підтверджується неухабністю; тінь передбачає обізнаність респондента про існування іншого елемента - сонця, яке зазвичай забувають намалювати, це, в свою чергу, і має певне якісне значення.

Психологу необхідно звернути увагу, на яку поверхню падає тінь: на воду, землю, сніг або лід.

Крім цього, він повинен з'ясувати можливе значення шрамів або каліцтв у малюнку людини. Психолог повинен постаратися отримати від респондента пояснення відсутності звичайних деталей - вікон, дверей або димоходу в малюнку дому; гілок в малюнку дерева; очей, вух, рота, ступень і т.д. в малюнку людини - в тому випадку, якщо припущення про розумову відсталість респондента не має підстави.

Якщо в малюнку відзначені якісь незвичайні позиційні відносини об'єктів, то необхідно визначити, чим це викликано. Наприклад, якщо намальовані похилений дім, нахилене в одну сторону дерево або дерево зі скрученим стволом, або як нібито падає людина, психолог повинен попросити респондента пояснити в чому причина такого розташування. В малюнку дерева кожна сторона має своє тимчасове значення (права - це майбутнє, ліва - минуле), те ж саме, хоча й не настільки виразно, можна сказати і про малюнок дома. Проте, на малюнок людини це правило не поширюється, тому що, якщо говорити про малюнок людини в профіль - правша зазвичай малює фігуру, повернену обличчям вліво, а лівша - повернену вправо.

Психолог повинен спробувати встановити причини будь-якого незвичайного положення рук або ніг намальованої людини. Якщо людина намальована в абсолютний профіль (так, що видно тільки одну його сторону, і немає ніяких ознак існування іншої), психолог повинен попросити респондента описати: 1) положення невидимої руки, 2) якщо що-небудь є в цій руці, то що саме, 3) що намальована людина цією рукою робить.

Час проведення постмалюнкового опитування не обмежений. Однак, якщо обстеження затягується, і його обсяг перевищує обсяг формальної частини (64 питання і додаткове опитування, наведене

вище), то його завершення, можливо, краще перенести на наступний сеанс.

Можна порекомендувати психологу відзначати кружечками номер будь-якого питання, відповідь на яке, як йому здається, вимагає додаткового пояснення в подальшій бесіді. Іноді дуже корисно дати респонденту висловити свої асоціації, що стосуються змісту малюнків і післямалюнкowego опитування.

Післямалюнкowego опитування переслідує 2 мети: 1) створити сприятливі умови для того, щоб респондент, описуючи і коментуючи малюнки, які уособлюють оселю, існуючий або той, що існував раніше, предмет і людину, яка живе нині, або жила колись, міг відобразити свої почуття, відносини, потреби т.д.; 2) надати психологу можливість прояснити будь-які незрозумілі аспекти малюнків.

Групове тестування

За інших рівних умов, методика ДДЛ більш продуктивна при індивідуальному тестуванні, ніж при груповому. Однак очевидно, що за цією методикою закріпилося певне місце серед групових тестів. У такій якості найкраще її використовувати як відбірковий тест для виявлення всередині групи респондентів, які відхиляються від середнього рівня особистісного розвитку та пристосовуваності. Крім цього, методику можна застосовувати для визначення ступеня оздоровлення в процесі групової терапії, але з цього боку вона ще не достатньо вивчена.

Інструкції

Перед початком виконання завдання психолог повинен звернутися до респондентів з проханням намалювати якомога краще дім, дерево і людину в запропонованому порядку і сказати їм, що вони можуть стирати ластиком намальоване скільки захочуть, не боячись зауважень і наслідків, що вони можуть витратити стільки часу, скільки їм знадобиться, і що кожен, як тільки закінчить той чи інший малюнок, повинен повідомити про це психолога, щоб він міг записати кількість витраченого часу.

У деяких випадках може знадобитися введення певного тимчасового обмеження (бажано не менше 30 хвилин), в такому

випадку респонденти повинні бути повністю проінформовані про це до того, як вони почнуть малювати.

Психолог повинен показати респондентам малюнкову форму і продемонструвати їм кожну сторінку для виконання відповідного малюнка. Після цього вони можуть приступати до виконання завдання.

Запис

Психолог повинен записувати час, використаний кожним респондентом на виконання того чи іншого малюнка. Поки респонденти зайняті малюванням, психолог повинен, не привертаючи уваги ходити, спостерігаючи за ними, і записувати випадки емоційних проявів, незвичайної послідовності деталей і т.д. щоразу, коли помітить що-небудь подібне. Очевидно, що спостереження не буде таким повним, як під час індивідуального обстеження.

Післямалюнкове опитування

Психолог повинен видати кожному респонденту бланк з післямалюнковим опитуванням і попросити письмово відповісти на питання, надруковані на цьому бланку.

Інтерпретація результатів

ДІМ

Дім старий, розвалений - іноді суб'єкт таким чином може виражати ставлення до самого себе.

Дім вдалині – почуття відстороненості, (нещасної людини).

Дім поблизу - відкритість, доступність та (або) відчуття теплоти і гостинності.

План дому (проекція зверху) замість самого дому - серйозний конфлікт.

Різні споруди – агресія спрямована проти фактичного господаря дому або бунт проти того, що суб'єкт вважає штучними і культурними стандартами.

Віконниці зачинені - суб'єкт в змозі пристосуватися в інтерперсональних відносинах.

Сходи, що ведуть у глуху стіну (без дверей) - відображення конфліктної ситуації, яка перешкоджає правильній оцінці

реальності. Неприступність суб'єкта (хоча він сам може бажати "теплого" доброзичливого спілкування).

Стіни

Задня стіна, розташована незвично - свідомі спроби самоконтролю, пристосування до конвенцій, але, разом з тим, є сильні ворожі тенденції.

Контур задньої стіни значно яскравіший (товщий) у порівнянні з іншими деталями - суб'єкт прагне зберегти (не втратити) контакту з реальністю.

Стіна, відсутність її основи - слабкий контакт з реальністю (якщо малюнок розташований внизу).

Стіна з акцентованим контуром основи - суб'єкт намагається витіснити конфліктні тенденції, відчуває труднощі, тривогу.

Стіна з акцентованим горизонтальним виміром - погане орієнтування в часі (домінування минулого або майбутнього). Можливо, суб'єкт чутливий до впливу (тиску) оточуючих.

Стіна; бічний контур дуже тонкий і неадекватний - передчуття (загроза) катастрофи.

Стіна: контури лінії дуже акцентовані - свідоме прагнення зберегти контроль.

Стіна: одновимірна перспектива - зображена всього одна сторона. Якщо це бокова стіна - є серйозні тенденції до відчуження і опозиції.

Прозорі стіни - неусвідомлюваний потяг, потреба впливати (володіти, організовувати) на ситуацію, наскільки це можливо.

Стіна з акцентованим вертикальним виміром - суб'єкт шукає задоволення, насамперед, у фантазіях і має меншу кількість контактів з реальністю, ніж бажано.

Двері

Їх відсутність - суб'єкт відчуває труднощі при прагненні розкритися перед іншими (особливо у домашньому колі).

Двері (одна або декілька), задні або бічні - відступ, відчуженість, уникнення.

Двері відкриті - перша ознака відвертості, досяжності.

Двері відкриті. Якщо в домі живуть - це сильна потреба до тепла ззовні або прагнення демонструвати доступність (відвертість).

Двері бокові (одна або декілька) - відчуження, самота, неприйняття реальності. Значна неприступність.

Двері дуже великі - надмірна залежність від інших або прагнення здивувати своєю соціальною комунікабельністю.

Двері дуже маленькі - небажання впускати в своє "Я". Відчуття невідповідності, неадекватності і нерішучості в соціальних ситуаціях.

Двері з величезним замком - ворожість, недовірливість, скритність, захисні тенденції.

Дим

Дим дуже густий - значне внутрішнє напруження (інтенсивність по густоті диму).

Дим тоненьким струмком - почуття нестачі емоційної теплоти дому.

Вікна

Перший поверх намальований в кінці - відраза до межперсональних відносин. Тенденція до ізоляції від реальності.

Вікна сильно відкриті - суб'єкт поводить трохи розв'язно і прямолінійно. Безліч вікон показує готовність до контактів, а відсутність занавісок - відсутність прагнення приховувати свої почуття.

Вікна закриті (завішені). Заклопотаність взаємодією з середовищем (якщо це значимо для суб'єкта).

Вікна без стекол - ворожість, відчуженість. Відсутність вікон на першому поверсі - ворожість, відчуженість.

Вікна відсутні на нижньому, але є на верхньому поверсі - прірва між реальним життям і життям у фантазіях.

Дах

Дах - сфера фантазії. Дах і труба, зірвані вітром, символічно виражають почуття суб'єкта, що їм керують, незалежно від власної сили волі.

Дах, жирний контур, невластивий малюнок, - фіксація на фантазіях як джерелі задоволень, зазвичай супроводжується тривогою.

Дах, тонкий контур краю - переживання ослаблення контролю фантазії.

Дах, товстий контур краю - надмірна заклопотаність контролем над фантазією (її приборканням).

Дах, погано поєднується з нижнім поверхом - погана особистісна організація.

Карниз даху, його акцентування яскравим контуром або продовженням за стіни - посилено захисна (зазвичай з підозрілістю) установка.

Кімната

Асоціації можуть виникнути в зв'язку з:

1. людиною, яка проживає в кімнаті,
2. інтерперсональними відносинами в кімнаті,
3. призначенням цієї кімнати (реальним або приписуваним їй).

Асоціації можуть мати позитивне або негативне емоційне забарвлення.

Кімната, що не помістилася на аркуші - небажання суб'єкта зображати певні кімнати через неприємні асоціації з ними або з їх мешканцем.

Суб'єкт обирає найближчу кімнату - недовірливість.

Ванна - виконує санітарну функцію. Якщо манера зображення ванни значуща, можливо порушення цих функцій.

Труба

Відсутність труби - суб'єкт відчуває нестачу психологічної теплоти дому.

Труба майже невидима (захована) - небажання мати справу з емоційними впливами.

Труба намальована косо по відношенню до даху - норма для дитини; значна регресія, якщо виявляється у дорослих.

Водостічні труби - посилений захист і зазвичай недовірливість.

Водопровідні труби (або водостічні з даху) - посилені захисні установки (і зазвичай підвищена недовірливість).

Доповнення

Прозорий, “скляний” ящик символізує переживання представлення себе перед всіма на показ. Його супроводжує бажання демонструвати себе, але обмежуючись лише візуальним контактом.

Дерева часто символізують різних осіб. Якщо вони начебто “прячуть” дім, може мати місце сильна потреба залежності при домінуванні батьків.

Кущі іноді символізують людей. Якщо вони тісно оточують дім, може мати місце сильне бажання захистити себе захисними бар’єрами.

Кущі хаотично розкидані по простору або по обидві сторони доріжки - незначна тривога в рамках реальності та свідоме прагнення контролювати її.

Доріжка, гарні пропорції, легко намальована - показує, що індивід в контактах з іншими виявляє такт і самоконтроль.

Доріжка дуже довга - зменшена доступність, яка часто супроводжується потребою у більш адекватній соціалізації.

Доріжка дуже широка на початку і сильно звужується у дома - спроба замаскувати бажання бути самотнім, що поєднується з поверхневою дружелюбністю.

Сонце - символ авторитетної фігури. Часто сприймається як джерело тепла і сили.

Погода (яка погода зображена) - відображає пов’язані з середовищем переживання суб’єкта в цілому. Швидше за все, чим гірша, неприємніша погода зображена, тим імовірніше, що суб’єкт сприймає середовище як вороже, таке, що сковує.

Колір

Колір, звичайне його використання:

- зелений - для даху;

- коричневий - для стін;

- жовтий, якщо використовується тільки для зображення світла всередині дому, тим самим відображаючи ніч або її наближення, виражає почуття суб’єкта, а саме:

1. середовище по відношенню до нього вороже,

2. його дії повинні бути приховані від сторонніх очей.

Кількість використовуваних кольорів: добре адаптований, сором'язливий та емоційно необділений суб'єкт зазвичай використовує не менше двох і не більше п'яти кольорів. Суб'єкт, який розфарбовує дім сімома-вісьмома кольорами, в кращому випадку є дуже лабільним. Якщо використовує всього один колір - боїться емоційного збудження.

Вибір кольору

Чим довше, не впевненіше і важче суб'єкт підбирає кольорову гаму, тим більша ймовірність наявності особистісних порушень.

Колір чорний - сором'язливість, лякливність.

Колір зелений - потреба мати відчуття безпеки, захистити себе від небезпеки. Цей принцип є не настільки важливим при використанні зеленого кольору для гілок дерева або даху дому.

Колір помаранчевий - комбінація чутливості і ворожості.

Колір пурпурний - сильна потреба у владі.

Колір червоний - найбільша чутливість. Потреба теплоти з оточення.

Колір, штрихування 3/4 листа - нестача контролю над проявом емоцій.

Штрихування, що виходить за межі малюнка, - тенденція до імпульсної відповіді на додаткову стимуляцію.

Колір жовтий - сильні ознаки ворожості.

Загальний вигляд

Розташування малюнка на краю аркуша - генералізоване відчуття невпевненості, небезпеки. Часто пов'язане з певним часовим значенням:

а) права сторона - майбутнє, ліва - минуле,

б) пов'язане з призначенням кімнати або з постійним її мешканцем,

в) вказує на специфіку переживань: ліва сторона - емоційні, права - інтелектуальні.

Перспектива

Перспектива "над суб'єктом" (погляд знизу вгору) - почуття, що суб'єктом нехтують, він нього відвертаються, він не признаний

вдома. Або суб'єкт відчуває потребу в домашньому теплі, який вважає недоступним, недосяжним.

Перспектива, малюнок зображений вдалині - бажання відійти від конвенційного суспільства.

Відчуття ізоляції, знедаланої людини. Явна тенденція відмежуватися від оточення. Бажання відкинути, не визнати цей малюнок або те, що він символізує. Перспектива, ознаки "втрати перспективи" (індивід правильно малює один кінець дому, але в іншому малює вертикальну лінію даху і стіни - не вміє зображати глибину) - сигналізує про складнощі інтегрування, що починаються, страх перед майбутнім (якщо вертикальна бічна лінія знаходиться справа) або бажання забути минуле (лінія зліва).

Перспектива потрійна (тривимірна, суб'єкт малює щонайменше чотири окремі стіни, на яких навіть двох немає в тому ж плані) - надмірна заклопотаність думкою оточуючих про себе. Прагнення мати на увазі (дізнатися) всі зв'язки, навіть незначні, всі риси.

Розміщення малюнка

Розміщення малюнка над центром аркуша - чим більше малюнок над центром, тим більша ймовірність, що:

1. суб'єкт відчуває тягар боротьби і відносно недосяжність цілі;
2. суб'єкт вважає за краще шукати задоволення у фантазіях (внутрішня напруженість);
3. суб'єкт схильний триматися осторонь.

Розміщення малюнка точно в центрі аркуша - незахищеність і ригідність (прямолінійність).

Потреба дбайливого контролю заради збереження психічної рівноваги.

Розміщення малюнка нижче центру аркуша - чим нижче малюнок по відношенню до центру аркуша, тим більше схоже на те, що:

1. суб'єкт відчуває себе небезпечно і незручно, і це створює у нього депресивний настрій;
2. суб'єкт відчуває себе обмеженим, скутим реальністю.

Розміщення малюнка в лівій стороні аркуша - акцентування минулого. Імпульсивність.

Розміщення малюнка в лівому верхньому куті аркуша - схильність уникати нових переживань.

Бажання поринути в минуле або заглибитися в фантазії.

Розміщення малюнка на правій половині аркуша - суб'єкт схильний шукати задоволення в інтелектуальних сферах. Контрольована поведінка. Акцентування майбутнього.

Малюнок виходить за лівий край аркуша - фіксація на минулому і страх перед майбутнім.

Надмірна заклопотаність вільними відвертими емоційними переживаннями.

Вихід за правий край аркуша - бажання "втекти" в майбутнє, щоб позбутися минулого.

Страх перед відкритими вільними переживаннями. Прагнення зберегти жорсткий контроль над ситуацією.

Вихід за верхній край аркуша - фіксування на мисленні і фантазії як джерелах задоволень, яких суб'єкт не відчуває в реальному житті.

Контури дуже прямі - ригідність.

Контур ескізний, застосований постійно - в кращому випадку дріб'язковість, прагнення до точності, в гіршому - вказівка на нездатність до чіткої позиції.

ДЕРЕВО

Інтерпретація по К. Коху виходить з положень К. Юнга (дерево - символ людини, яка стоїть).

Коріння - колектив, несвідоме.

Ствол - імпульси, інстинкти, примітивні стадії.

Гілки - пасивність або протистояння життя.

Інтерпретація малюнка дерева завжди має постійне ядро (коріння, стовбур, гілки) і елементи прикрас (листя, плоди, пейзаж). Як уже зазначалося, інтерпретація К. Коха була направлена в основному на виявлення патологічних ознак і особливостей психічного розвитку. Проте, необхідно пам'ятати про те, що в

інтерпретації є ряд суперечностей, а також спостерігається використання понять, які важко конкретизувати.

Земля піднімається до правого краю малюнка - запал, ентузіазм.

Земля опускається до правого краю аркуша - занепад сил, недостатність прагнень.

Коріння

Коріння менше стовбура - тяга до прихованого, закритого. Коріння дорівнює стовбуру - патологічна цікавість, що вже представляє проблему.

Коріння більше стовбура - інтенсивна цікавість, може викликати тривогу.

Коріння позначені рисою - дитяча поведінка відносно того, що тримається в секреті.

Коріння у вигляді двох ліній - здатність до розрізнення і розсудливість в оцінці реального; різна форма цих коренів може бути пов'язана з бажанням жити, пригнічувати або висловлювати деякі тенденції в незнайомому колу або близькому оточенні.

Симетрія - прагнення здаватися в злагоді із зовнішнім світом. Виражена тенденція стримати агресивність. Коливання у виборі позиції по відношенню до почуттів, амбівалентність, моральні проблеми.

Розташування на аркуші подвійне - ставлення до минулого, до того, що зображує малюнок, тобто до свого вчинку. Подвійне бажання: незалежності і захисту в рамках оточення. Центральна позиція - бажання знайти порозуміння, рівновагу з оточуючими. Свідчить про потребу в жорсткій і неухильної систематизації з опорою на звички.

Розташування зліва направо - збільшується спрямованість на зовнішній світ, на майбутнє. Потреба в опорі на авторитет; пошуки згоди із зовнішнім світом; честолюбство, прагнення нав'язувати себе іншим, відчуття покинутості; можливі коливання в поведінці.

Форма листа

Кругла крона - екзальтованість, емоційність. Кола в листі - пошук заспокійливих і винагороджуючих відчуттів, почуття покинутості і розчарування.

Гілки опущені - втрата мужності, відмова від зусиль. Гілки вгору - ентузіазм, порив, прагнення до влади. Гілки в різні боки - пошук самоствердження, контактів, “саморозпорошення”. Метушливість, чутливість до навколишнього, відсутність протистояння йому.

Листя-сітка, більш-менш густа - більша або менша спритність в уникненні проблемних ситуацій.

Листя з кривих ліній - сприйнятливість, відкрите прийняття навколишнього.

Відкрите і закрите листя на одному малюнку - пошуки об'єктивності.

Закрите листя - охорона свого внутрішнього світу дитячим способом.

Закрите густе листя - прихована агресивність. Деталі листя, що не пов'язані з цілим - малозначні деталі приймаються за характеристику явища в цілому. Гілки виходять з однієї ділянки на стовбурі - дитячі пошуки захисту, норма для дитини семи років.

Гілки намальовані однією лінією - втеча від неприємностей реальності, її трансформація і прикрашання.

Товсті гілки - гарне розрізнення дійсності. Листя-петельки – віддає перевагу використанню чарівності. Пальма - прагнення до зміни місць. Листя-сітка - втеча від неприємних відчуттів. Листя як візерунок - жіночність, привітність, чарівність. Плакуча верба - недолік енергії, прагнення до твердої опори і пошук позитивних контактів; повернення до минулого і досвіду дитинства; труднощі в прийнятті рішень. Затемнення, штрихування - напруга, тривожність.

Стовбур

Заштрихований стовбур - внутрішня тривога, підозрілість, страх бути покинутим; прихована агресивність.

Стовбур у формі розламаного куполу - бажання бути схожим на матір, робити все, як вона, або бажання бути схожим на батька, помірятися з ним силою, рефлексія невдач.

Стовбур з однієї лінії - відмова реально дивитися на речі.

Стовбур намальований тонкими лініями, крона товстими - може самостверджуватися і діяти вільно.

Листя тонкими лініями - тонка чутливість, сугестивність.

Стовбур лініями з натиском - рішучість, активність, продуктивність.

Лінії стовбура прямі - спритність, винахідливість, не задержується на фактах, що тривожать.

Лінії стовбура криві - активність загальмована тривогою і думками про нездоланність перешкод.

“Вермішель” - тенденція до скритності заради зловживань, непередбачені атаки, прихована лють.

Гілки не пов'язані зі стовбуром - відхід від реальності, що не відповідає бажанням, спроба “втекти” в мрії та ігри.

Стовбур відкритий і пов'язаний з листям - високий інтелект, нормальний розвиток, прагнення зберегти внутрішній світ.

Стовбур відірваний від землі - дефіцит контакту з зовнішнім світом; життя повсякденне і духовне мало пов'язані.

Стовбур обмежений знизу - відчуття нещастя, пошук підтримки.

Стовбур розширюється донизу - пошук надійного положення у своєму оточенні.

Стовбур звужується донизу - відчуття безпеки в оточенні, яке не дає бажаної опори; ізоляція і прагнення зміцнити своє “Я” проти неспокійного світу.

Загальна висота - нижня чверть аркуша - залежність, дефіцит віри в себе, компенсаторні мрії про владу.

Нижня половина листа - менш виражена залежність і боязкість.

Три чверті аркуша - гарне пристосування до середовища. Аркуш використаний повністю - хоче бути поміченим, розраховувати на інших, самостверджуватися.

Висота аркуша (сторінка ділиться на вісім частин):

- 1/8 - нестача рефлексії і контролю. Норма для дитини чотирьох років,

- 1/4 - здатність осмислювати свій досвід і гальмувати свої дії,
- 3/8 - хороші контроль і рефлексія,
- 1/2 - інтеріоризація, надії, компенсаторні мрії,
- 5/8 - інтенсивне духовне життя,
- 6/8 - висота листя знаходиться в прямій залежності від інтелектуального розвитку і духовних інтересів,
- 7/8 - листя майже на всю сторінку - втеча в мрії.

Манера зображення

Гостра вершина - захищається від небезпеки, справжньої чи уявної, що сприймається як особистий випад; бажання діяти на інших, атакує або захищається, труднощі в контактах; хоче компенсувати почуття неповноцінності, прагнення до влади; пошук безпечного сховища через почуття покинутості для міцного положення, потреба в ніжності.

Множинність дерев (кілька дерев на одному аркуші) - дитяча поведінка, респондент не дотримується даної інструкції.

Два дерева - можуть символізувати себе та іншу близьку людину. Додавання до дерева різних об'єктів - трактується в залежності від конкретних об'єктів.

Пейзаж - означає сентиментальність. Перевертання аркуша - незалежність, ознака інтелекту, розсудливість.

Земля

Земля зображена однією рисою - зосередженість на меті, прийняття деякого порядку.

Земля зображена кількома різними рисами - дії відповідно до своїх власних правил, потреба в ідеалі. Кілька спільних ліній, що зображують землю і торкаються краю аркуша - спонтанний контакт, раптове зникнення, імпульсивність, примхливість.

ЛЮДИНА

Голова

Сфера інтелекту (контролю). Сфера уяви. Голова велика - неусвідомлене підкреслення переконання про значення мислення в діяльності людини.

Голова маленька - переживання інтелектуальної неадекватності.

Нечітка голова - сором'язливість, боязкість. Голова зображується в самому кінці – міжперсональний конфлікт.

Велика голова у фігури протилежної статі - уявна перевага протилежної статі і більш високий його соціальний авторитет.

Шия

Орган, що символізує зв'язок між сферою контролю (головою) і сферою потягів (тілом).

Таким чином, це їх координаційна ознака.

Добре виражена шия - потреба в захисному інтелектуальному контролі.

Надмірно велика шия - усвідомлення тілесних імпульсів, старання їх контролювати.

Довга тонка шия - гальмування, регресія.

Товста коротка шия - поступки своїм слабкостям і бажанням, прояв непридушеного імпульсу.

Плечі, їх розміри

Ознака фізичної сили або потреби у владі. Плечі надмірно великі - відчуття великої сили або надмірної стурбованості силою і владою.

Плечі дрібні - відчуття малоцінності, нікчемності. Плечі занадто незграбні - ознака надмірної обережності, захисту.

Плечі похилі - смуток, відчай, відчуття провини неадекватності життєвості.

Плечі широкі - сильні тілесні імпульси.

Тулуб

Символізує мужність.

Тулуб вугловатий або квадратний - мужність.

Тулуб занадто великий - наявність незадоволених, гостро усвідомлюваних суб'єктом потреб.

Тулуб ненормально маленький - почуття приниження, малоцінності.

Обличчя

Риси обличчя включають очі, вуха, рот, ніс. Це сенсорний контакт з дійсністю.

Обличчя підкреслено - сильна заклопотаність відносинами з іншими, своїм зовнішнім виглядом.

Підборіддя занадто виражене - потреба домінувати.

Підборіддя занадто велике - компенсація слабкості і нерішучості, що відчуються.

Вуха дуже підкреслені - можливі слухові галюцинації. Зустрічаються у особливо чутливих до критики.

Вуха маленькі - прагнення не приймати ніякої критики, заглушити її.

Очі закриті або захищені під полями капелюха - сильне прагнення уникати неприємних візуальних впливів.

Очі зображені як чорні діри - значуще прагнення уникати візуальних стимулів. Ворожість.

Очі виражені - грубість, черствість.

Очі маленькі - заглибленість у себе.

Підведені очі - грубість, черствість.

Довгі вії - кокетливість, схильність зваблювати, спокушати, демонструвати себе.

Повні губи на обличчі чоловіка - жіночність.

Рот клоуна - вимушена привітність, неадекватні почуття.

Рот запалий - пасивна значимість.

Ніс широкий, великий, з горбинкою - зневажливі установки, тенденція мислити іронічними соціальними стереотипами.

Ніздрі - примітивна агресія.

Зуби чітко намальовані - агресивність.

Обличчя неясне, тьмяне - боязкість, сором'язливість. Вираз обличчя підлесливий - незахищеність.

Обличчя, схоже на маску - обережність, скритність, можливі почуття деперсоналізації і відчуженості.

Брови рідкісні, короткі - презирство, витонченість.

Волосся

Ознака мужності (хоробрості, сили, зрілості і прагнення до неї).

Волосся сильно заштриховане - тривога, пов'язана з мисленням або уявою.

Волосся не заштриховане, не зафарбоване, обрамляє голову - суб'єктом керують ворожі почуття.

Кінцівки

Руки - знаряддя більш досконалого і чуйного пристосування до оточення, головним чином у міжперсональних відносинах.

Широкі руки (розмах рук) - інтенсивне прагнення до дії.

Руки ширше біля долонь або біля плеча - недостатній контроль дій та імпульсивність.

Руки, зображені не разом з тулубом, а окремо, витягнуті в сторони - суб'єкт іноді ловить себе на діях або вчинках, які вийшли у нього з-під контролю.

Руки схрещені на грудях - вороже-недовірлива установка.

Руки за спиною - небажання поступатися, йти на компроміси (навіть з друзями). Схильність контролювати прояв агресивних, ворожих потягів.

Руки довгі і м'язисті - суб'єкт потребує фізичної сили, спритності, хоробрості як компенсації.

Руки занадто довгі - надмірно амбітні прагнення.

Руки розслаблені і гнучкі - добра пристосованість у міжперсональних відносинах.

Руки напружені і притиснуті до тіла - неповороткість, ригідність.

Руки дуже короткі - відсутність прагнень разом з почуттям неадекватності.

Руки занадто великі - сильна потреба в кращій пристосованості в соціальних відносинах з почуттям неадекватності і схильністю до імпульсивної поведінки.

Відсутність рук - відчуття неадекватності при високому інтелекті.

Деформація або акцентування руки або ноги на лівій стороні - соціально-рольовий конфлікт.

Руки зображені близько до тіла - напруга. Великі руки і ноги в чоловіка - грубість, черствість. Руки і ноги, що звужуються - жіночність. Руки довгі - бажання чогось досягти, заволодіти чим-небудь.

Руки довгі і слабкі - залежність, нерішучість, потреба в опіці.

Руки, повернені в сторони, дістають щось - залежність, бажання любові, прихильності.

Руки витягнуті з боків - труднощі в соціальних контактах, страх перед агресивними імпульсами.

Руки сильні - агресивність, енергійність. Руки тонкі, слабкі - відчуття недостатності досягнутого.

Рука як боксерська рукавичка - витіснена агресія. Руки за спиною або в кишенях - почуття провини, невпевненість в собі.

Руки неявно обкреслені - брак самовпевненості в діяльності і соціальних відносинах.

Руки великі - компенсація слабкості і провини, відчуваються. Руки відсутні в жіночій фігурі - материнська фігура сприймається як нелюбляча, така що відштовхує, не підтримує.

Пальці відокремлені (обрубані) - витіснена агресія, замкнутість.

Великі пальці - грубість, черствість, агресія. Пальців більше п'яти - агресивність, амбіції.

Пальці без долонь - грубість, черствість, агресія. Пальців менше п'яти - залежність, безсилля. Пальці довгі - прихована агресія. Пальці стиснуті в кулаки - бунтарство, протест. Кулаки притиснуті до тіла - витіснений протест. Кулаки далеко від тіла - відкритий протест. Пальці великі, як цвяхи (шипи) - ворожість. Пальці одномірні, обведені петлею - свідомі зусилля проти агресивного почуття.

Ноги непропорційно довгі - сильна потреба незалежності і прагнення до неї.

Ноги дуже короткі - почуття фізичної або психологічної незручності.

Малюнок розпочато зі ступень і ніг - боязливість. Ступні не зображені - замкнутість, боязкість. Ноги широко розставлені - відверта зневага (непокора, ігнорування або незахищеність).

Ноги неоднакових розмірів - амбівалентність у прагненні до незалежності. Ноги відсутні - боязкість, замкнутість. Ноги акцентовані - грубість, черствість.

Ступні - ознака рухливості (фізіологічної або психологічної) в міжперсональних відносинах.

Ступні непропорційно довгі - потреба у безпеці. Потреба демонструвати мужність.

Ступні непропорційно дрібні - скутість, залежність.

Поза

Обличчя зображено так, що видно потилицю - тенденція до замкнутості.

Голова в профіль, тіло анфас - тривога, викликана соціальним оточенням і потребою в спілкуванні.

Людина, яка сидить на краєчку стільця - сильне бажання знайти вихід із ситуації, страх, самотність, підозра.

Людина, яка біжить - бажання втекти, сховатися від когонебудь.

Людина з видимими порушеннями пропорцій по відношенню до правої і лівої сторони - відсутність особистісної рівноваги.

Людина без певних частин тіла вказує на несприйняття, невизнання людини в цілому або її відсутніх частин (актуально чи символічно зображених).

Людина в сліпій втечі - можливі панічні страхи.

Людина плавно, легко крокує - хороша пристосовність.

Людина - абсолютний профіль - серйозна відчуженість, замкнутість і опозиційні тенденції.

Профіль амбівалентний - певні частини тіла зображені з іншого боку по відношенню до решти, дивляться в різні боки - особливо сильна фрустрація з прагненням позбутися неприємної ситуації.

Неврівноважена стояча фігура - напруга.

Ляльки - поступливість, переживання домінування оточення.

Робот замість чоловічої фігури - деперсоналізація, відчуття зовнішніх контролюючих сил.

Фігура з паличок - може означати ухилення і негативізм.

Фігура Баби-Яги - відкрита ворожість до жінок. Клоун, карикатура - властиве підліткам відчуття неповноцінності. Ворожість, самопрезирство.

Фон. Оточення

Хмари - боязлива тривога, побоювання, депресія. Паркан для опори, контур землі - незахищеність. Фігура людини на вітрі - потреба в любові, прихильності, турботі, теплоті.

Лінія основи (землі) - незахищеність. Являє собою необхідну точку відліку (опори) для конструювання цілісності малюнка, надає стабільність. Значення цієї лінії іноді залежить від якості, якою її наділяє суб'єкт, наприклад, "хлопчик катається по тонкому льоду". Основу частіше малюють під домом або деревом, рідше - під людиною.

Зброя - агресивність.

Багатопланові критерії

Розриви ліній, стерті деталі, пропуски, акцентування, штрихування - сфера конфлікту.

Гудзики, бляшка ременя, підкреслена вертикальна вісь фігури, кишені - залежність.

Контур. Натиск. Штрихування. Розташування Мало гнутих ліній, багато гострих кутів - агресивність, погана адаптація.

Закруглені (округлені) лінії - жіночність. Комбінація впевнених, яскравих і легких контурів - грубість, черствість.

Контур неяскравий, неясний - боязкість. Енергійні, впевнені штрихи - наполегливість, безпека.

Лінії неоднакової яскравості - напруга. Тонкі подовжені лінії - напруга. Підкреслений контур, що не переривається і обрамляє фігуру, - ізоляція.

Ескізний контур - тривога, боязкість. Розрив контура - сфера конфліктів. Підкреслена лінія - тривога, незахищеність. Сфера конфліктів. Регресія (особливо по відношенню до підкресленої деталі).

Зубчасті, нерівні лінії - зухвалість, ворожість. Упевнені тверді лінії - амбіції, прагнення.

Яскрава лінія - грубість.

Сильний натиск - енергійність, наполегливість. Велика напруженість.

Легкі лінії - нестача енергії. Легкий натиск - низькі енергетичні ресурси, скутість.

Лінії з натиском - агресивність, наполегливість. Нерівний, неоднаковий натиск - імпульсивність, нестабільність, тривога, незахищеність.

Мінливий натиск - емоційна нестабільність, лабільні настрої.

Довжина штрихів

Якщо респондент збудливий, штрихи коротшають, якщо ні - подовжуються.

Прямі штрихи - впертість, наполегливість, завзятість. Короткі штрихи - імпульсивна поведінка. Ритмічне штрихування - чутливість, співчуття, розкутість.

Короткі, ескізні штрихи - тривога, невпевненість. Штрихи незграбні, скуті - напруженість, замкнутість.

Горизонтальні штрихи - підкреслення уяви, жіночність, слабкість. Неясні, різноманітні, мінливі штрихи - незахищеність, брак завзятості, наполегливості.

Вертикальні штрихи - впертість, наполегливість, рішучість, гіперактивність.

Штрихування справа наліво - інтраверсія, ізоляція. Штрихування зліва направо - наявність мотивації. Штрихування від себе - агресія, екстраверсія. Стирання - тривожність, боязкість. Часті стирання - нерішучість, невдоволення собою. Стирання при перемальовуванні (якщо перемальовування стало більш досконалим) - це хороший знак.

Стирання з подальшим псуванням (погіршенням) малюнка - наявність сильної емоційної реакції на намальований об'єкт або на те, що він символізує для суб'єкта.

Стирання без спроби перемалювати (тобто поправити) - внутрішній конфлікт або конфлікт власне з цією деталлю (або з тим, що вона символізує).

Великий малюнок - експансивність, схильність до марнославства, зарозумілості.

Маленькі фігури-тривога, емоційна залежність, почуття дискомфорту і скутості. Дуже маленька фігура з тонким контуром - скутість, відчуття власної малоцінності і незначності.

Недолік симетрії - незахищеність.

Малюнок у самого краю аркуша - залежність, невпевненість в собі.

Малюнок на весь аркуш - компенсаторне звеличення себе в уяві.

Деталі

Тут важливо їх знання, здатність оперувати ними і пристосуватися до конкретних практичних умов життя. Психолог повинен помітити ступінь зацікавленості суб'єкта такими речами, ступінь реалізму, з яким він їх сприймає; відносну значимість, яку він їм надає; спосіб поєднання цих деталей в сукупність.

Деталі суттєві - відсутність суттєвих деталей в малюнку суб'єкта, який, як відомо, зараз або в недалекому минулому, характеризувався середнім або вищим інтелектом, частіше показує інтелектуальну деградацію або серйозне емоційне порушення.

Надлишок деталей – “неминучість тілесності” (невміння обмежити себе) вказує на вимушену потребу налагодити всю ситуацію, на надмірну турботу про оточення.

Характер деталей (істотні, неістотні або дивні) може послужити для більш точного визначення специфічності чутливості.

Зайве дублювання деталей - суб'єкт, швидше за все, не вміє входити в тактовні і пластичні контакти з людьми.

Недостатня деталізація - тенденції до замкнутості.

Особливо делікатна деталізація - скутість, педантичність.

Орієнтація в завданні

Здатність до критичної оцінки малюнка при проханні розкритикувати його - критерії невтраченого контакту з реальністю.

Прийняття завдання з мінімальним протестом - хороший початок, за яким з'являється втома і переривання малювання.

Вибачення через малюнок - недостатня впевненість.

По ходу малювання зменшуються темп і продуктивність - швидке виснаження.

Назва малюнка - екстраверсія, потреба і підтримка.
Дріб'язковість.

Підкреслена ліва половина малюнка - ідентифікація з жіночою статтю.

Завзято малює, незважаючи на труднощі - хороший прогноз, енергійність. Опір, відмова від малювання - переховування проблем, небажання розкрити себе.

Особливим способом інтерпретації може бути порядок, в якому виконується малюнок дому, дерева і людини. Якщо першим намальовано дерево, значить, основне для людини - життєва енергія. Якщо першим малюється дім, то на першому місці - безпека, успіх або, навпаки, нехтування цими поняттями.

Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)

Тематичний апперцептивний тест (ТАТ) являє собою набір з 31 таблиці з чорно-білими фотографічними зображеннями на тонкому білому матовому картоні. Одна з таблиць - чистий білий аркуш. Респонденту, який має ознаки посттравматичного стресового розладу рекомендується пред'являти в певному порядку 12 таблиць для чоловіків (1; 2; 3BM; 4; 6BM; 7BM; 8BM; 11; 12BG; 12M; 13MF; 16) та 13 таблиць для жінок (1; 2; 3BM; 4; 6BM; 6GF; 7BM; 7GF; 8BM; 9GF; 11; 13MF; 16) з цього набору. Його завдання полягає в складанні сюжетних розповідей на основі зображеної на кожній таблиці ситуації.

Номер картини фіксує її порядкове місце в наборі.

Робота з ТАТ починається з пред'явлення інструкції. Респондент зручно сидить, налаштувавшись працювати щонайменше годину-півтори, кілька таблиць (не більше 3-4) лежать наготові зображенням вниз. Інструкція складається з двох частин. Перша частина інструкції повинна зачитуватись дослівно напам'ять, причому два рази поспіль, незважаючи на можливі протести респондента.

Текст першої частини інструкції: “Я буду показувати Вам картини, Ви подивитесь на картину і, **відштовхуючись від неї**, складете оповіданнячко, сюжет, історію. Постарайтеся запам'ятати, що потрібно в цьому оповіданнячку згадати. Ви скажете, що, на Вашу думку, це за ситуація, що за момент зображений на картині, що відбувається з людьми. Крім того, скажете, що було до цього моменту, в минулому по відношенню до нього, що було раніше. Потім скажете, що буде після цієї ситуації, в майбутньому по відношенню до неї, що буде потім . Крім того, треба сказати, що відчувають люди, зображені на картині або хто-небудь з них, їх переживання, емоції, почуття. І ще скажете, що думають люди, зображені на картині, їх міркування, спогади, думки, рішення”.

Цю частину інструкції не можна змінювати (за винятком форми звернення до обстежуваного - на “Ви” чи на “ти”, - яка залежить від конкретних відносин між ним і психологом).

Формула **“відштовхуючись від неї”** важлива в зв’язку з тим, що наша система шкільної освіти привчає нас складати розповіді по картинках, тут же завдання принципово інше - НЕ розшифровувати те, що закладено в зображенні, а, відштовхуючись від нього, уявити щось. Слово **“оповіданнячко”** навмисно вживається зі зменшувальним суфіксом, щоб зняти асоціації з розповіддю як літературною формою і, тим самим, зменшити значущість завдання, послабити внутрішню напруженість, яка може виникати у респондента. З цією ж метою дається синонімічний ряд **“оповіданнячко, сюжет, історія”**. Залежно від своїх індивідуальних особливостей респондент може зв’язати зміст завдання з будь-яким з цих трьох слів, що запобігає ризику неправильного розуміння змісту завдання, можливого в тому випадку, якщо обмежитися будь-яким одним позначенням.

Інструкція містить виділення п’яти моментів, які повинні бути висвітлені в оповіданнях:

- 1) момент (справжнє),
- 2) минуле,
- 3) майбутнє,
- 4) почуття,
- 5) думки.

Багатослівність інструкції і велике число сполучних і розділових оборотів мають на меті чітко розмежувати ці 5 моментів, уникнувши при цьому нумерації: **“по-перше, по-друге і т.п.”** Інструкція передбачає можливість вільно варіювати порядок викладу. Кожен з цих п’яти моментів також заданий у вигляді синонімічного ряду, що допускає широкий спектр індивідуальних інтерпретацій і, тим самим, сприяє проєкції на зміст оповідань індивідуального образу світу та індивідуальних способів переробки інформації. Так, наприклад, ряд **“до цього моменту, в минулому по відношенню до нього, раніше”** відкриває можливість говорити як про безпосереднє минуле, що вимірюється годинами або

хвилинами, так і про віддалене, навіть історичне минуле. Те ж відноситься до майбутнього й інших пунктів інструкції. Наприклад, одному нічого не говорить слово “емоції”, зате зрозуміло слово “почуття”, для іншого слово “почуття” відноситься до чогось піднесеного, зате слово “переживання” цілком уживане, для третього ж слово “переживання” обов’язково означає щось конфліктне, болісне, а ось слово “емоції” більш нейтральне. Різні слова мають для різних людей різний особистісний зміст. Вживання синонімічних рядів дозволяє уникнути зайвої смислової однозначності ситуації для респондента і сприяє тим самим проєкції його власних смислів.

Після повторення двічі першої частини інструкції слід своїми словами і в будь-якому порядку повідомити наступне (друга частина інструкції):

- “Правильних” або “неправильних” варіантів не буває, будь-яка розповідь, що відповідає інструкції, буде хорошою.

- Розповідати можна в будь-якому порядку. Краще не продумувати заздалегідь всю розповідь, а починати зразу говорити перше, що прийде в голову, а зміни або поправки можна зробити потім, якщо буде в цьому потреба.

- Літературна обробка не потрібна, літературні якості оповідань оцінюватися не будуть. Головне, щоб було зрозуміло, про що йде мова. Будь-які особисті питання можна буде задати по ходу. Останній пункт не повною мірою відповідає істині, оскільки в дійсності логіка оповідань, лексика і т.п. входять в число значущих діагностичних показників.

Після того, як респондент підтвердить, що він зрозумів інструкцію, йому дається таблиця. У тому випадку, якщо якісь з п’яти основних пунктів (наприклад, майбутнє або думки героїв) будуть відсутні в оповіданні респондента, то основну частину інструкції слід повторити ще раз. Те ж саме можна зробити ще раз після другої розповіді, якщо і в ній буде згадано не все. Починаючи з третьої розповіді інструкція більше не нагадується, а відсутність в розповіді тих чи інших моментів розглядається як діагностичний показник. Якщо респондент буде задавати питання типу “Чи все я

сказав?”), то на них слід відповідати: “Якщо Ви вважаєте, що все, то розповідь закінчено, переходьте до наступної картинки, якщо вважаєте, що ні, і щось потрібно додати, то додайте”. Така конструкція має бути присутня у всіх відповідях психолога на питання респондента: проговорюються всі альтернативи. Інша форма відповіді буде підштовхувати обстежуваного до певного рішення, що є небажаним.

Після закінчення першого і другого оповідань слід запитати у респондента, чи не було інших варіантів. Питання задається обов’язково в минулому часі, щоб обстежуваний не сприйняв його як завдання. Якщо варіанти були, їх слід записати. Після цього варто перепитати про це ще раз через деякий час, пропустивши кілька оповідань, і вже більше до цього не повертатися.

При поновленні роботи на початку другого сеансу необхідно запитати у респондента, чи пам’ятає він, що потрібно робити, і попросити його повторити інструкцію. Якщо він правильно повторює основні 5 пунктів, то можна починати працювати. Якщо якісь моменти все ж таки пропускаються, необхідно нагадати “Ви забули ще ...”, і після цього приступити до роботи, більше не повертаючись до інструкції.

Спеціальні інструкції потрібні при роботі з таблицею 16 (чисте біле поле). Нерідко вона не хвилює респондента, і він без додаткових інструкцій складає повноцінну розповідь. У цьому випадку єдине, що слід зробити - це по закінченню розповіді попросити уявити іншу ситуацію і скласти ще одне оповідання. Коли і воно буде завершено, слід попросити зробити те ж саме в третій раз. Справа в тому, що таблиця 16 виявляє актуально значущі проблеми респондента. Однак в тому випадку, якщо працюють механізми психологічного захисту, що перешкоджають вільному вираженню в цьому оповіданні особистісних проблем, то ця актуальна проблематика в першому сюжеті витісняється, а в другому і особливо в третьому проявляється найбільш яскраво. Якщо захист не настільки сильний, то найбільш інформативним буде перший варіант.

Респондент може після деякої паузи почати абстрактно-філософські роздуми про світло, чистоту і т.п. У цьому випадку, коли він закінчить ці міркування, йому слід сказати: “Справа не в тому, що це біле, чисте і т.д., а в тому, що Ви можете уявити собі на цьому місці будь-яку картину, і далі працювати з ній як з іншими. Що Ви тут уявляєте собі?” Коли респондент дасть опис ситуації, його слід попросити скласти розповідь. Якщо він почне зразу з розповіді, після його закінчення слід попросити респондента описати уявну картину, яка послужила основою для розповіді.

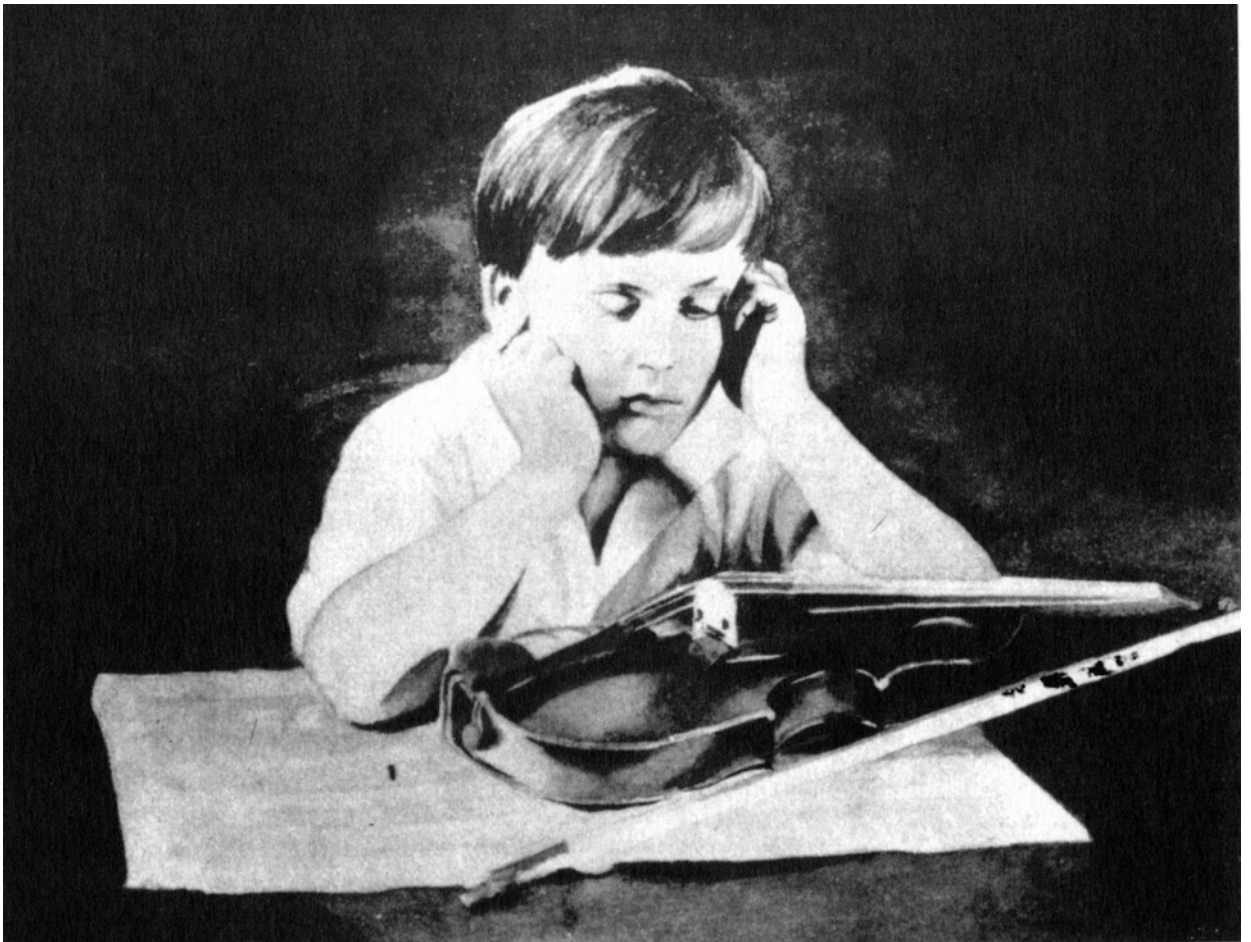
Можлива і реакція подиву або навіть обурення: “Тут же нічого не зображено!”, “Що ж мені розповідати!”. В цьому випадку слід почекати деякий час, і якщо респондент не почне складати розповідь за придуманою картиною самостійно, йому слід дати інструкцію уявити собі на цьому аркуші будь-яку картину і описати її, а потім скласти по ній розповідь. Потім запитуйте другий і третій варіант.

Нарешті, після завершення розповіді за останньою таблицею, рекомендується пройтися по всіх складених розповідях і запитати респондента, які були джерела кожного з них – чи спиралася розповідь на особистий досвід, на матеріал прочитаних книг або кінофільмів, на розповіді знайомих або ж є чистою вигадкою. Ця інформація не завжди буває корисною, але в ряді випадків допомагає відокремити запозичені сюжети від продуктів власної фантазії респондента і, тим самим, приблизно оцінити ступінь проективності кожного з оповідань.

Детальний опис по роботі з ТАТ представлено в повному керівництві по роботі з ТАТ Д.А. Леонтьєва.

Таблиці ТАТ, які рекомендуються до застосування у жінок з ознаками ПТСР:

1; 2; 3BM; 4; 6BM; 6GF; 7BM; 7GF; 8BM; 9GF; 11; 13MF; 16



Таблиця ТАТ 1



Таблиця ТАТ 2



Таблиця ТАГ ЗВМ



Таблиця ТАГ 4
273



Таблица ТАТ 6ВМ



Таблица ТАТ 6GF

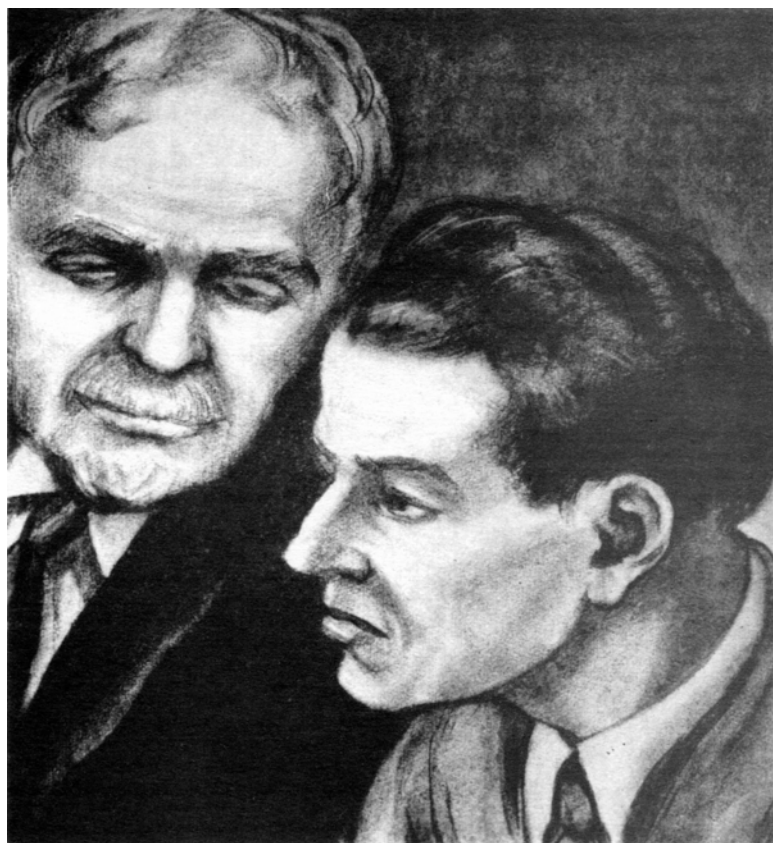


Таблица ТАТ 7ВМ



Таблица ТАТ 7GF



Таблиця ТАТ 8ВМ



Таблиця ТАТ 9GF



Таблица ТАТ 11

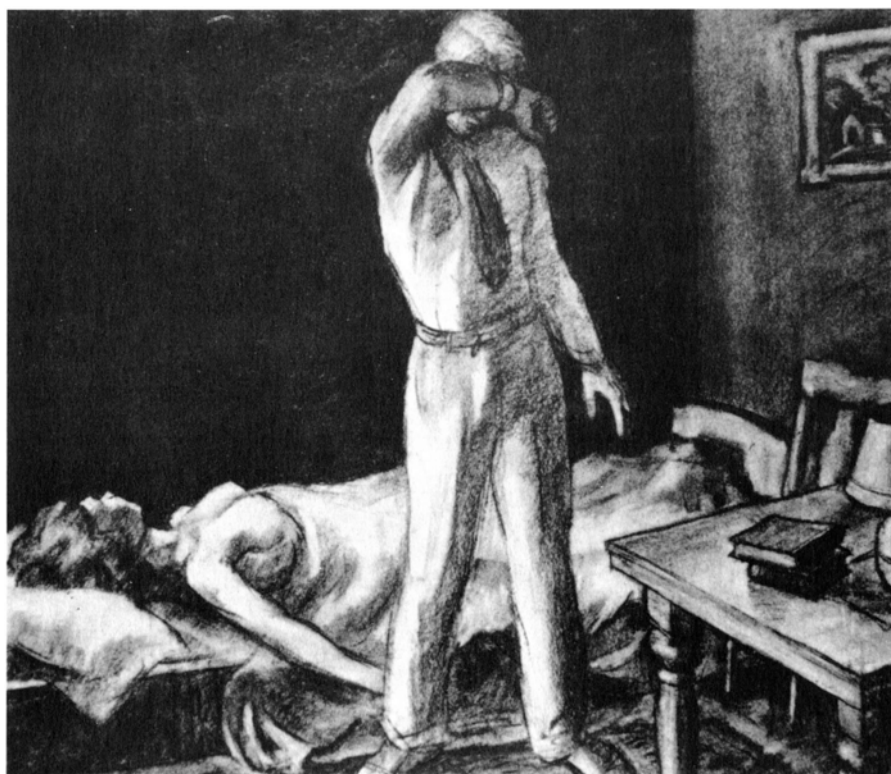
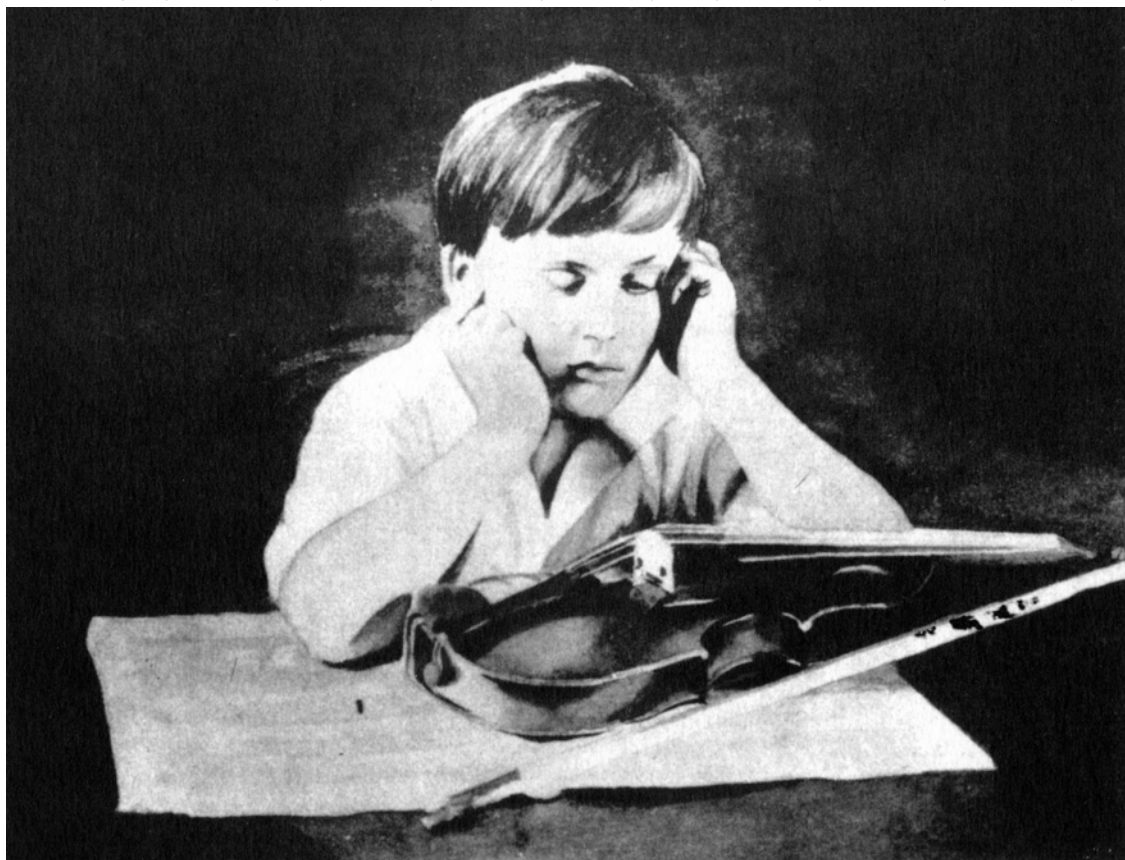


Таблица ТАТ 13MF

Таблиці ТАТ, які рекомендуються до застосування у чоловіків з ознаками ПТСР:

1; 2; 3BM; 4; 6BM; 7BM; 8BM; 11; 12M; 12BG; 13MF; 16



Таблиця ТАТ 1



Таблиця ТАТ 2



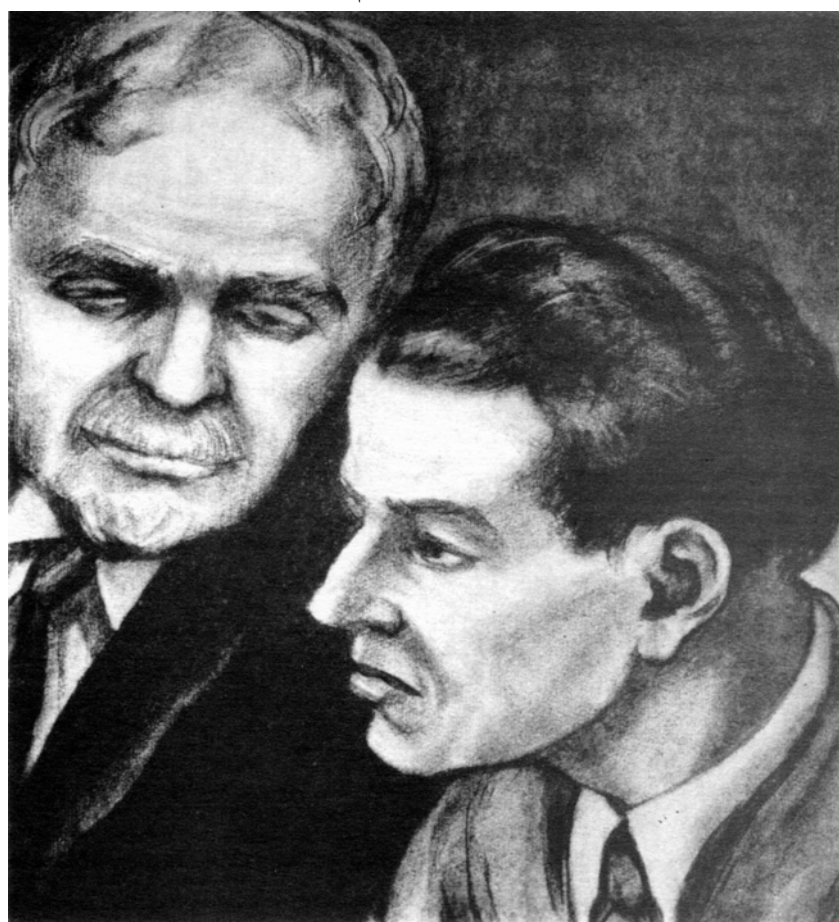
Таблиця ТАГ ЗВМ



Таблиця ТАГ 4
279



Таблиця ТАТ 6ВМ



Таблиця ТАТ 7ВМ



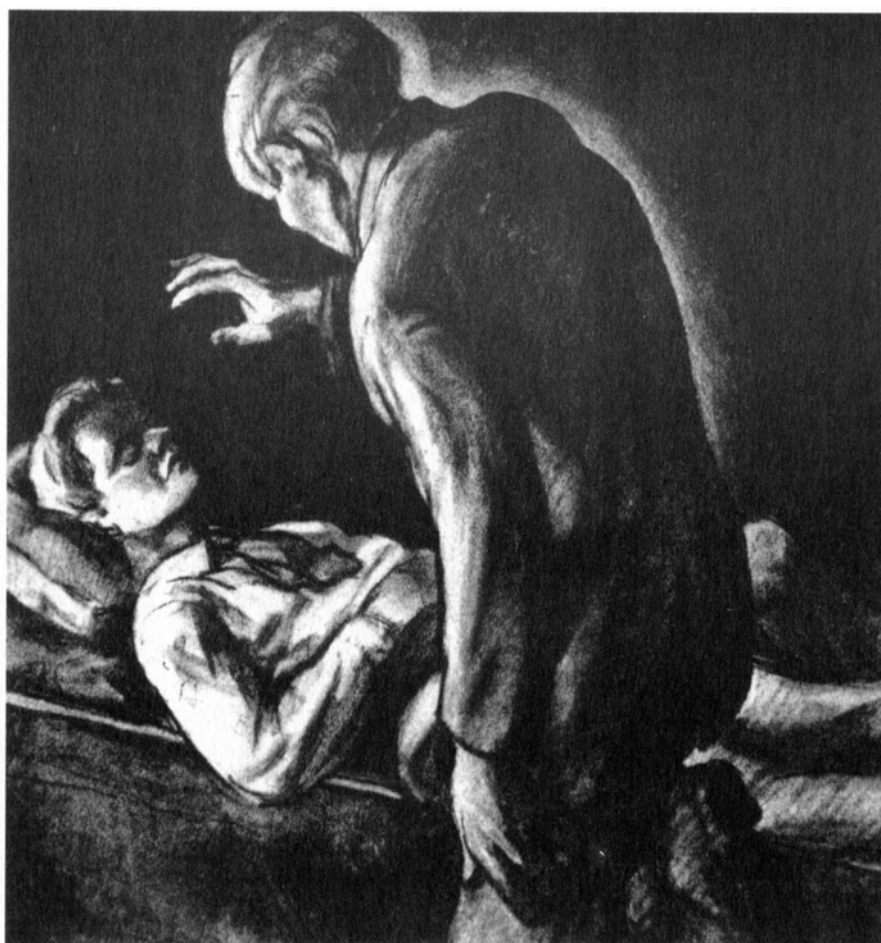
Таблиця ТАТ 8ВМ



Таблиця ТАТ 11



Таблиця ТАТ 12ВГ



Таблиця ТАТ 12М

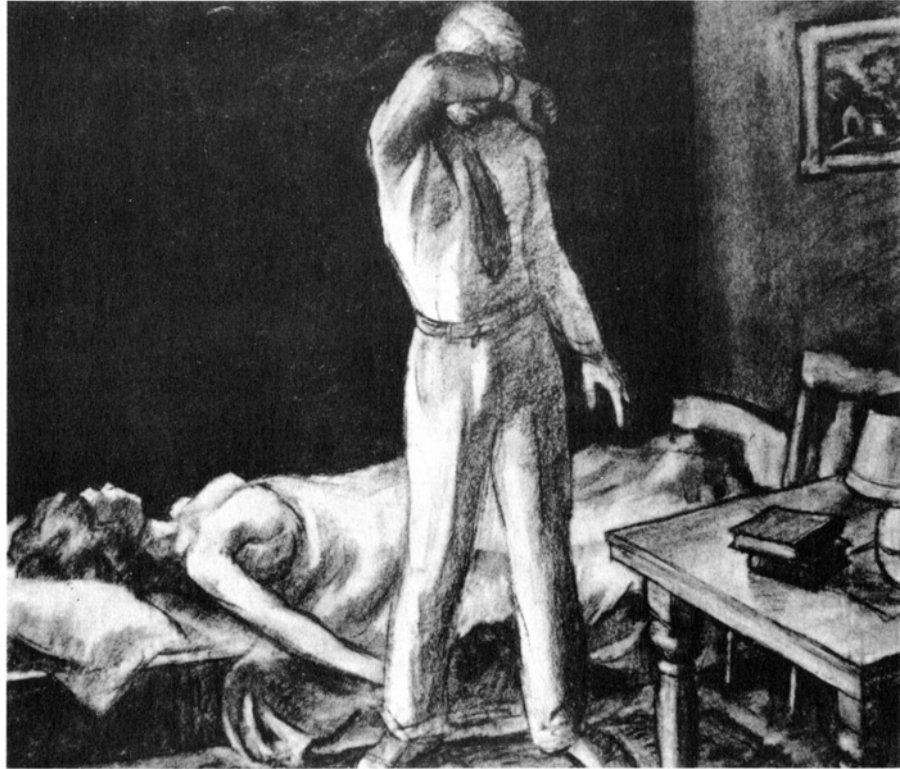


Таблица ТАТ 13MF

Методичне видання

**ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА
З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ –
УЧАСНИКАМИ АТО НА ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ**

Методичний посібник

*Коkun O.M., Агаєв Н.А., Пішко І.О.,
Лозінська Н.С., Остапчук В.В.*

Підписано до друку 12.01.2017

Формат 60x84/16

Папір офс. Шрифт Times New Roman. Друк. офс.

Ум. друк. арк. – 8,8 Обл.вд.арк.- 9,6

Наклад 300 прим.