

**Управління охорони здоров'я Черкаської обласної ради
КЗ «Черкаський обласний госпіталь ветеранів війни ЧОР»**

С.В. Задорожний, Е.М. Кульчиковський, С.О. Лукомська, О.В. Мельник

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ УЧАСНИКІВ АТО

*(ІЗ ДОСВІДУ РОБОТИ ЧЕРКАСЬКОГО
ОБЛАСНОГО ГОСПІТАЛЮ
ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ЧОР)*



Черкаси-2017

Розділ 1.

Типологія стресових розладів

Згідно із науковцями Американської психологічної асоціації (АРА) виділяє три основні види стресів: гострий, епізодичний гострий і хронічні стреси¹.

Гострий стрес. Це найпоширеніший вид стресу, зумовлений надмірними вимогами до людини або очікуванням цих вимог у майбутньому. У невеликій кількості гострий стрес збуджує та навіть приносить задоволення, але коли його занадто – настає виснаження. Дію гострого стресу можна порівняти із катанням на лижах: спочатку це захоплює та цікаво, але згодом настає втома, людині бракує сил не лише для катання, але й інших видів діяльностей, а переважно може стати причиною соматичних проблем, зокрема й переломів кісток внаслідок втрати обережності, неуважності тощо. Так само і гострий стрес зумовлює психологічний дистрес, головний біль, втрату апетиту та інші симптоми. Як правило, дія гострого стресу нетривала і не призводить до важких розладів, втім може викликати такі симптоми як: емоційний дистрес (поєднання гніву та роздратування, тривоги та депресії); м'язові проблеми (головний біль напруги, болі в спині, кінцівках, щелепі, розтягненні м'язів і сухожилів); проблеми зі шлунком і кишківником (печія, підвищення кислотності, метеоризм, закрепи, діарея, синдром роздратованого кишківника); гіперактивність ЦНС (підвищення тиску, прискорення серцебиття, мігрені, холодні кінцівки, запаморочення, задишка, біль у грудях).

Гострий стрес трапляється часто в житті людини, він керований, а його наслідки легко піддаються лікуванню.

Епізодичний гострий стрес. Є люди, які часто страждають від гострого стресу, їхнє життя настільки неупорядковане, що їм доводиться жити у постійному хаосі, вони постійно поспішають, але завжди запізнюються, часто беруть на себе надмірні зобов'язання, але не в силах впоратися з ними. Такий стан властивий для осіб у стані перезбудження, вони характеризують себе як «сповненими енергії», але часто виражають її у вигляді роздратування, агресії, руйнуванні міжособистісних стосунків, робота стає для них занадто стресогенною, а вдома вони не можуть відпочити.

Розрізняють два типи реагування в епізодичному гострому стресі. Тип «А» - кардіологічний. Характеризується агресивністю, нетерплячістю, раціоналізованим негативним ставленням до оточуючих. Вони схильні до розвитку ішемічної хвороби серця. На відміну від них, представники типу «В» характеризуються песимістичністю, постійним занепокоєнням, вважають світ ворожим і небезпечним та більше схильні до депресії, а не до проявів агресії.

¹ <http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds.aspx>

Епізодичний гострий стрес по суті є способом життя людей, які не розрізняють стресові події як такі, опираються змінам і не вважають, що відчувають дистрес.

Хронічний стрес. Якщо гострий стрес призводить до збудження, підвищення активності, то хронічний стрес, який триває роками, лише виснажує, негативно позначається як на психічному благополуччі, так і соматичному здоров'ї. Він характерний для людей, які живуть у постійній бідності, дисфункціональних сім'ях, перебувають у нещасливому шлюбі чи довгий час не можуть працевлаштуватися.

Хронічний стрес виникає, коли людина не бачить вихід із критичної ситуації. Це стрес постійного тиску на людину, коли неприємностей настільки багато, що вона відмовляється шукати можливі варіанти рішення проблем. Деякі хронічні стреси зумовлені дитячими психотравмами, які впливають й на теперішнє життя людини. Не менш стресовий вплив чинять й інтерналізовані уявлення про світ (наприклад «світ небезпечний», «всі чоловіки – гвалтівники»). Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що люди звикають до нього, якщо гострий стрес сприймається як наявний, тому що він раптовий і містить певну новизну, то хронічний стрес ігнорується оскільки він звичний, а часто й комфортний. Наслідками хронічного стресу можуть бути суїциди, насильство, інфаркт, інсульт чи онкологія. Хвороби важко піддаються лікуванню через фізичне та психічне виснаження людини.

Повсякденні неприємності

Більшість дослідників стресових станів звертають увагу на роль стресових подій і неприємностей у повсякденному житті. Повсякденні неприємності (daily hassles) визначаються як фруструючі, проблемні вимоги навколишнього середовища, з якими стикається індивід кожного дня. Вони є мікрострессорами, які суттєво впливають на самопочуття та психічне здоров'я людини. Порівняно зі стресовими подіями вони є більшою мірою хронічними, і за сукупним впливом у довгостроковій перспективі шкідливо впливають на здоров'я і благополуччя.

Т.Холмс і Р. Раге вивчали залежність захворювань (в тому числі інфекційних хвороб і травм) від різних стресогенних життєвих подій у понад п'яти тисяч пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що 151 психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стрессогенності. За результатами досліджень було створено Шкалу визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Social Readjustment Rating Scale, SRRS).

У 1980 р. Р. Лазарус з колегами вивчили взаємозв'язок між стресом і хворобою з точки зору не важливих життєвих подій, а так званої «повсякденної суєти». Вони розробили Шкалу із 117 пунктів (Hassles Scale), яка містила питання, що стосуються зайнятості, фінансів, охорони здоров'я та сімейних труднощів. Результати досліджень повсякденних турбот показують, що вони

краще прогнозують психологічні симптоми, ніж життєві події, оскільки людина краще запам'ятовує події, при яких вона у поганому, а не у гарному настрої. Більшість повсякденних неприємностей не залежить від життєвих подій і походять від індивідуального стилю людини, її звичного оточення чи від особливостей міжособистісної взаємодії.

Відмінності між життєвими подіями та повсякденними неприємностями пояснюють:

1) *Ефект накопичення* – кожна проблема сама по собі недостатньо важлива аби вважатися стресовою доти, поки такі події не накопичаться.

2) *Ефект посилення* – наявність серйозних життєвих подій може збільшити чутливість до, на перший погляд, звичних побутових справ.

А.Делонгіс з колегами виділили 10 найбільш значущих повсякденних неприємностей: турбота про вагу, здоров'я члена сім'ї, збільшення витрат на товари загального вжитку, догляд за будинком і поточний ремонт, занадто багато справ, які треба зробити, втрата речей, ремонтні роботи у дворі, нерухомість, інвестиції, або податки, злочин, зовнішність.

Отже, у контексті аналізу кризових ситуацій доцільно досліджувати не лише важливі стресові події життя, які у переважній більшості випадків зумовлюють фрустрацію та дистрес, але й повсякденні неприємності, які, акумулюючись, призводять до погіршення функціонування та благополуччя людини.

Посттравматичний стресовий розлад у МКХ-10

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) – документ, що використовується як головна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я.

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10, 1993 <https://mkh10.com.ua>) розлади, зумовлені стресом виділені у групу F40-F48 – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, виключаючи: пов'язані з розладами поведінки, кваліфікованими у рубриках F91.- (F92.8)².

(F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації

(F43.0) Гострі стресові реакції

Гостра кризова реакція

Гостра реакція на стрес

Нервова демобілізація

Кризовий стан

Психічний шок

(F43.1) Посттравматичний стресовий розлад

Травматичний невроз

(F43.2) Порушення адаптації

Культурний шок

² <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>

Реакція горя

Госпіталізм у дитячому віці

Виключаючи: острах самотності в дитячому віці (F93.0)

(F43.8) Інші реакції на тяжкий стрес

(F43.9) Реакція на тяжкий стрес, неуточнена

Гостра стресова реакція

Транзиторний розлад значної тяжкості, який розвивається в осіб без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес і який зазвичай проходить протягом годин або днів. Стресом може бути сильне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці або фізичній цілісності індивіда чи близької особи (наприклад, природна катастрофа, нещасний випадок, битва, злочинна поведінка, згвалтування) або незвично різка і загрозлива зміна у соціальному положенні і /або оточенні хворого, наприклад, втрата багатьох близьких або пожежа в будинку. У момент стресу виникає фіксація на таких механізмах захисту, як екстремальна ідентифікація, витіснення. В результаті можливі зміни свідомості, порушення сприйняття і поведінки.

Для постановки діагнозу повинна бути обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. До того ж, симптоми є змішаними тобто до ініціального стану додаються депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність, але жоден з симптомів не триває довго; симптоми припиняються швидко (щонайбільше протягом кількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової обстановки. У випадках, де стрес продовжується або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яке може викликати глибокий стрес майже у кожної людини. Неприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження і виражена надмірна настороженість, підвищена реакція на переляк і безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, не поодинокими є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг розладу різний, але в більшості випадків настає одужання. У деяких

випадках стан може набути хронічного перебігу на багато років з можливим переходом в стійку зміну особистості (F62.0).

Порушення адаптації

Стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, що виникає у період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця) чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактору. Прояви дуже варіабельні і охоплюють пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити лишитися в цій ситуації. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо в юнацькому віці. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій і поведінки.

Зазначимо, що ПТСР і розлад адаптації є одними з найбільш широко використовуваних діагнозів в системі надання допомоги при психічних розладах у всьому світі. Однак підходи до діагностики цих станів протягом тривалого часу залишаються предметом серйозних суперечок через відсутність адресності багатьох клінічних проявів, труднощів з розмежуванням хворобливих станів з нормальними реакціями на стресові події, наявністю значних культуральних особливостей у реагуванні на стрес та ін.

Гострий стресовий розлад (ASD) вперше представлено як нозологічну категорію у DSM-IV. Діагностується у період від 2-х днів до 1 місяця після травматизації і підвищує ризик виникнення ПТСР у майбутньому (діагноз ПТСР ставиться не раніше ніж через місяць після травматичної події).

Згідно із МКХ-10 Гострий стресовий розлад (F43.0) – це транзиторний розлад, яке розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес. Цей стан може супроводжуватися подальшим «відходом» із ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надмірною активністю (реакція фуґи). Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння).

У проєкті МКХ-11 Гостра реакція на стрес (F43.0) визначається як транзиторний стан і відноситься до переліку станів, що не є розладами і включені в розділ Z «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення до закладів охорони здоров'я». Відповідно в МКХ-11 немає необхідності у діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM-5. Віднесення гострої реакції на стрес до розділу Z МКХ-11 дозволить

працівникам охорони здоров'я бути готовими розпізнавати гостру реакцію на стрес і надавати допомогу не вважаючи людей хворими на психічні розлади. При таких реакціях кориснішою є практична психосоціальна допомога, а не психіатрична. Такий підхід у МКХ-11 нині позначений як первинна психологічна допомога.

Якщо симптоми гострої реакції на стрес не починають зменшуватися протягом приблизно тижня після їх початку, слід розглянути необхідність діагностувати розлад адаптації або ПТСР, в залежності від клінічних проявів. Гостра реакція на стрес може супроводжуватися суттєвим порушенням особистісного функціонування на додаток до суб'єктивного дистресу, порушення функціонування не є обов'язковою ознакою гострої стресової реакції.

У DSM-IV гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад були класифіковані як тривожні розлади. У проекті МКХ-11 і в DSM-5 створена окрема група розладів, пов'язаних зі стресом. Робоча група МКХ рекомендує уникати поширеного, але такого, що вносить плутанину, терміну «розлади, пов'язані зі стресом», враховуючи, що численні розлади можуть бути пов'язані зі стресом (наприклад, депресія, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин), але можуть також виникати при відсутності ідентифікованих стресових або травматичних життєвих подій. Спробою відобразити цю відмінність в проекті МКХ-11 став термін «розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» («disorders specifically associated with stress»), який використовується для таких розладів як ГСР і ПТСР. Гостра реакція на стрес залишається в DSM-5 в групі розладів, пов'язаних зі стресом, але в результаті визнання неоднорідності реакцій на стрес в ній більше немає вимог до наявності спеціальних кластерів симптомів і вона не розглядається в якості попередника ПТСР.

Відмінності гострого стресового розладу (ASD) від гострих стресових реакцій (ASR)

Гострий стресовий розлад не охоплює широкого спектру стресових реакцій таких як зміни настрою, агресія, порушення сну, зловживання алкоголем або наркотиками. Гострі стресові реакції спостерігаються у перші 48 години (2 доби) після травми, далі, якщо симптоми не зменшуються діагностується гострий стресовий розлад.

Відмінності гострого стресового розладу від розладів адаптації

Розлади адаптації (МКХ-10: F43.2), на відміну від ГСР не завжди пов'язані із травматичними подіями. Окрім реакції тривоги та дисоціації (при ГСР) при розладах адаптації спостерігається широкий спектр симптомів: гнів, агресія, провинна, сором, депресія тощо. Якщо ГСР має чіткий часовий проміжок (2 дні – 1 місяць), то розлад адаптації діагностується безпосередньо після події та не має чітко визначеного часового проміжку. ГСР не завжди позначається на соціальному функціонуванні людини, натомість основним симптомом розладів адаптації є порушення повсякденної активності: виникають труднощі з

концентрацією уваги або порушення сну, що призводять до зниження працездатності.

Відмінності ГСР і ПТСР

ГСР діагностується у період від 2-х днів то 1 місяця, а ПТСР щонайменше через 1 місяць після травмуючої події.

Основна відмінність ГСР від ПТСР (крім періоду виникнення симптомів) – акцент на дисоціативних реакціях стосовно травми.

Дисоціативні симптоми при ГСР: суб'єктивне відчуття заціпеніння і відчуженості, де зорієнтованість, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія.

На відміну від ПТСР при ГСР симптоми уникнення не є виражені, тоді як у діагностиці ПТСР вони переважають.

Якщо для діагностики ПТСР достатньо лише критерію А1 (власне факт психотравмуючої події), то при ГСР важливий критерій А2 – суб'єктивний емоційний стрес (сильний страх і безпорадність). Є дані про зв'язок ПТСР із безпорадністю, але без відчуття сильного страху.

Відмінності гострого стресового розладу (ASD) від бойової стресової реакції (CSR)

Бойова стресова реакція (бойова психічна травма) – психічна травма, викликана впливом факторів бойової обстановки. Призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості. Боець, який отримав БПТ, не здатний вести бойові дії. Слід відрізнити від контузії, отруєння та інших бойових ушкоджень, які мають соматичний характер. БПТ можна розділити на дві групи. У першому випадку прояви БПТ виникають у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. Військовослужбовець, який отримав БПТ, може впасти в повну загальмованість (ступор), слабо або зовсім не реагувати на навколишню обстановку або, навпаки, виявляти високу рухову активність (кидатися, кричати тощо). У важких випадках виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів. До другої групи відносяться БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих факторів. У цьому випадку накопичення психічної напруги відбувається постійно та непомітно для військовослужбовця. Він може стати замкнутим, похмурих, грубо реагувати на звернення до себе з боку товаришів. Командири підрозділів повинні вміти своєчасно виявляти військовослужбовців з ознаками розвитку психотравм, при яких вони повинні бути евакуйовані з поля бою. Критеріями при цьому є неможливість виконання бойових обов'язків, деморалізуючий вплив осіб з БПТ на особовий склад підрозділу, загроза з їхнього боку безпеці інших людей.

На відміну від ГСР бойова стресова реакція не обмежена в часі, тобто порушення функціонування військового спостерігаються протягом невизначеного часу після отримання травми (фізичної і / або психічної). Зв'язок бойової стресової реакції і ПТСР не доведений.

Розділ 2.

Механізми психологічного захисту та копінг-стратегії в контексті подолання травматичних ситуацій

Механізми психологічного захисту – поняття у психоаналізі, яке позначає способи захисту свого Я (Его), що дозволяють регулювати імпульси, які йдуть від тваринної складової психіки людини (Ід) і захищають від іншої складової психіки Над-Я, тобто від норм і правил, які формуються суспільством і тиснуть на Его. Захисні механізми захищають людину від травмуючих подій, явищ, переживань, тривоги. Поняття «захисні механізми» ввів З. Фройд, в 1894 р., у своїй статті «Захисні нейропсихози» (The neuro-psychoses of defence, 1894) і було використано в низці його подальших робіт для опису боротьби Я проти хворобливих або нестерпних думок і афектів. Спочатку З. Фройд писав передусім витіснення, але у 1926 р., в додатку до роботи «Гальмування, симптом і тривога» (нім. Hemmung, Symptom und Angst, 1926), він повертається до старого поняття захисту, стверджуючи, що його застосування має свої переваги: «оскільки ми вводимо його для загального позначення всіх технік, які Я використовує у конфлікті і які можуть привести до неврозу, залишаючи слово «витіснення» для особливого способу захисту, найкраще вивченого нами на початковому етапі наших досліджень».

Всі захисні механізми володіють двома загальними характеристиками: 1) вони діють на несвідомому рівні і тому є засобами самообману; 2) вони спотворюють, заперечують чи фальсифікують сприйняття реальності, щоб зробити тривогу менш загрозливою для індивіда. Люди рідко використовують будь-якої єдиний механізм захисту – зазвичай вони застосовують різні захисні механізми для вирішення конфлікту або зменшення тривоги.

Функціональне призначення і мета психологічного захисту полягають в ослабленні внутрішньоособистісних конфліктів (напруги, занепокоєння), зумовлених протиріччями між інстинктивними імпульсами несвідомого і засвоєними (інтеріоризованими) вимогами зовнішнього середовища, що виникають в результаті соціальної взаємодії. Зменшуючи цей конфлікт, захист регулює поведінку людини, підвищуючи її пристосовність і врівноважуючи психіку.

У 1936 р. донька З.Фрейда А.Фрейд узагальнила виділені ним захисні механізми та визначила наступні: 1) витіснення, 2) регресія, 3) реактивне утворення, 4) ізоляція, 5) анулювання, 6) проекція, 7) інтродекція, 8) самоушкодження, 9) альтруїстична капітуляція, 10) сублимація.

У психології копінг (від англ. coping — справлятися) — те, що робить людина, щоб справитися (англ. to cope with) зі стресом. Поняття об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються, щоб впоратися із запитами буденного життя. У психології копінг можна розуміти як розширення (збільшення) свідомого зусилля задля вирішення особистих та

міжособистісних проблем і намагання опанувати, мінімізувати або переносити стрес або конфлікт. Ефективність копінгових зусиль (копінгу) залежить від типу стресу і/або конфлікту, від індивідуальних особливостей кожної окремої людини, а також від обставин.

Дослідники, які вперше використали поняття копінга у психології, запропонували і першу класифікацію копінг-стратегій. Р.Лазарус і С.Фолкман у своїй дихотомічній класифікації виділили наступну спрямованість копінг-стратегій: 1) проблемно-фокусовані стратегії; 2) емоційно-сфокусовані стратегії.

Водночас, деякі дослідники вважають за краще згрупувати копінгові стилі за функціональними аспектами копінга. Функціональні стилі являють собою прямі спроби впоратися з проблемою, за допомогою інших або без їхньої допомоги, водночас дисфункціональні стилі пов'язані з використанням непродуктивних стратегій. У літературі прийнято називати дисфункціональні копінг-стилі «уникаючим копінгом».

Відкритим лишається питання й про співвідношення поняття «психологічний захист» і «копінг». Згідно з Н. Хаан (1977), копінг і психологічний захист ґрунтуються на однакових, тотожних его-процесах, але відрізняються полярністю спрямованості на продуктивну адаптацію і слабку адаптацію. Копінг-процеси беруть початок зі сприйняття виклику. Сприйняття виклику запускає когнітивні, ціннісні і мотиваційні структури, дія яких є основною для адекватної відповіді. Коли відбувається ситуація, в якій особистість стикається з новими вимогами соціального середовища, для яких наявні відповіді не можуть бути застосовані, виникає копінг-процес. Таким чином, з точки зору Н. Хаан, копінг-процес – це пошук і здійснення адаптивної відповіді особистості на стресогенні вимоги соціального середовища з урахуванням існуючого досвіду, але нових обставин. Захисні механізми з точки зору традиційного психоаналізу дозволяють усунути психічну травму або редукувати емоційне напруження за рахунок спотворення дійсності. Однак Н. Хаан прийшла до висновку, що існує група захисних механізмів, що дозволяють подолати проблемну ситуацію без спотворення дійсності і відмови від реальності. Класичні ж захисні механізми вона характеризує як ригідні, емоційно неадекватні і такі, що не відповідають реальності процеси.

Питання про межі понять «копінг» і «психологічний захист» досі залишається відкритим. Т. Краснянська (2009) віділяє такі відмінності копінгу від механізмів психологічного захисту: усвідомленість, довільність, цілісність охоплення ситуації, відновлення зруйнованих соціальних зв'язків суб'єкта і спрямованість на перспективу. За таких умов існує можливість цілеспрямованого оволодіння механізмами копінгу, що сприятиме оптимізації поведінки людини в екстремальних ситуаціях.

Розділ 3.

Посттравматичне зростання учасників бойових дій

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною у результаті зіткнення зі складними життєвими кризами. У більшості людей є загальний набір уявлень про прогнозованість, керованість і доброзичливість світу, які вони використовують у своїй повсякденній активності. Однак сильні стресові події зумовлюють необхідність перегляду усталених переконань, поглядів на себе та своє місце в світі, що приводить до вираженого психологічного стресу. Дослідники нерідко використовують метафору землетрусу задля образного визначення раптовості та сили, з якими у людини під впливом травматичних подій руйнується роками напрацьований спосіб функціонування. Посттравматичне зростання відбувається тоді, коли людина намагається змиритися з подією, що сталася, відновитися після її руйнівних наслідків. На кшталт відновлення після землетрусу, люди після стресових подій мають можливість ретельно подумати про те, як вони хочуть відновити своє життя³.

Поняття «посттравматичне зростання» введено у науковий обіг у 1995 р. (R.Tedeschi, L. Calhoun, 1996) для визначення позитивних змін, що відбуваються у людини внаслідок важких життєвих криз. Хоча посттравматичне зростання і споріднені із ним терміни «зростання, зумовлене стресом» (C.L.Park, L.H.Cohen, R.L.Murch, 1996), «змагальне зростання» (P.A.Linley, S. Joseph, 2004) є відносно новими, ідея зростання як потенційного наслідку подолання психотравми є популярною у міфах, релігії, популярній літературі та науковій психології. Починаючи з 90-х рр. ХХ ст. з'явилися систематичні дослідження посттравматичного зростання, які базувалися на спеціально розроблених психодіагностичних методиках. Зокрема, Опитувальник посттравматичного зростання (The posttraumatic growth inventory R. G.Tedeschi, L.G.Calhoun, 1996, російськомовна адаптація М.Ш. Магомед-Емінова), Шкали The perceived benefit scales (J.C. McMillen, R.H.Fisher, 1998), The core beliefs inventory (A.Cann, L. G. Calhoun, R. G.Tedeschi, R.P.Kilmer, 2007), Шкала базисних переконань (World assumptions scale, Р. Янов-Бульман в адаптації М. Падуна, А.Котельникової).

Хоча дані дослідження тільки починають з'являтися, в число життєвих криз, що призводять до посттравматичного зростання, вже відносять: онкологію, хвороби серця, ВІЛ, зґвалтування, злочинні напади і військові зіткнення, паралічі, безпліддя, важкі особисті втрати, втрату житла внаслідок пожеж та інших стихійних лих, землетруси, авіакатастрофи. Наукові джерела дозволяють виділити три напрямки позитивних змін, які відбуваються в результаті життєвих криз, і ці напрямки швидше можуть бути описані, як напрямку росту, а не в традиційних для кризової психології термінах самоефективності і внутрішнього

³ <http://www.posttraumaticgrowth.com/what-is-ptg/>

локус-контролю. Перший напрямок описує мобілізацію *прихованих можливостей особистості*, які змінюють самовідчуття і роблять людину більш стійкою перед нинішніми та майбутніми життєвими драмами. Другий напрямок змін вказує на те, що *травма зміцнює значущі взаємини*. Третій напрямок можна назвати екзистенційним, так як він стосується *зміни в життєвій філософії людини*, її пріоритетів щодо сьогодення та майбутнього.

Посттравматичне зростання – це можливий результат після травматичної події, що стоїть на іншому полюсі ПТСР. Після травматичної події, наприклад, згвалтування, інцесту, онкології, нападу, або участі у бойових діях, цілком нормально переживання виснажливих симптомів депресії і тривоги. Однак людина, яка демонструє постстресове зростання переживає ці негативні стани протягом певного незначного стану, а потім у неї спостерігається покращення самопочуття при чому на вищій рівень ніж це було до травми. Фундатор позитивної психології М. Селігман наголошував, що відновлення до вищого порівняно із дотравматичним рівнем психологічного функціонування є основною ознакою посттравматичного зростання. Замість того, щоб зосередитися на травматичних переживаннях, людина повертаючись до нормального життя, демонструє психологічну пружність і стійкість. Відповідно, травма діє як відправна точка для того, аби людина стала почуватися краще. М. Селігман наголошував, що травма часто є джерелом розвитку та визначає правильні засоби задля досягнення психологічного благополуччя. Слід зазначити, що посттравматичне зростання не виключає появи емоційних стресів, особливо на траматичні події, пов'язані насамперед із втратою. Люди можуть переживати дистрес і посттравматичне зростання одночасно.

Для фасилітації посттравматичного зростання М. Селігман запропонував наступні кроки:

- 1) зрозуміти свої реакції на травму
- 2) знизити тривогу
- 3) використовувати конструктивне саморозкриття
- 4) створити травматичний наратив (детально описати свої травматичні переживання)
- 5) стати відкритішим до змін.

У результаті посттравматичного зростання переоцінюється сенс життя, покращуються стосунки з іншими людьми, людина стає більш організованою та оптимістичнішою.

Посттравматичне зростання проявляється різними шляхами: через усвідомлення цінності життя, зміцнення міжособистісних стосунків, підвищення відчуття власної сили, трансформацію життєвих пріоритетів, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Це не просто повернення до попереднього рівня функціонування, для деяких людей цей процес стає досвідом самовдосконалення, оскільки відбуваються якісні зміни і трансформація особистості. У цьому контексті концепція посттравматичного зростання має суттєві відмінності із іншими теорія відновлення після психотравми, які

переважно акцентують на набутті особистісної стійкості, осягненні нових смислів, формування оптимізму і витривалості.

Важливою передумовою посттравматичного зростання є релігійність. Зазначимо, що саме у традиціях Буддизму, Індуїзму, Ісламу рекомендовано спрямувати енергію психотравми на особистісне зростання, при цьому життєві негаразди сприймаються як крок на шляху до кращого функціонування. Не менш важливим чинником, що сприяє посттравматичному зростанню є соціальна підтримка.

На відміну від психологічної пружності, стійкості, оптимізму та відчуття внутрішньої узгодженості, посттравматичне зростання відноситься до тих змін, що виходять за межі власне стійкості та витривалості й виявляться у всіх стресових ситуаціях, незалежно від їх травмуючої сили.

Поширений вислів «прийняти ситуацію, яку неможливо змінити» прихильники концепції посттравматичного зростання назвали «копінгом прийняття» на відміну від «копінгу заперечення». *Прийняття* розглядається як вміння визнати, що отриманий результат не такий, до якого прагнула людина, але він є і його неможливо змінити. Прийняти – значить відпустити ситуацію та рухатися далі за обраним людиною напрямком. Крім прийняття дослідники виділяють такі стратегії посттравматичного зростання як позитивний рефреймінг та гумор. *Позитивний рефреймінг* – це зміна поглядів на пережиту травматичну ситуацію аби побачити її у позитивному контексті. Замість того, аби зосереджуватись на втратах і жалкувати про не здійснене, слід зосередитись на своїх досягненнях, знайти позитивні сторони події чи її наслідків. Фундатор когнітивної терапії А.Бек, працюючи з людьми, хворими на депресію, помітив, що якщо вони усвідомлюють свої негативні думки та можуть трансформувати їх у позитивний контекст – вони одужують. Цей процес отримав назву когнітивного переструктурування. Слід зазначити, що когнітивне переструктурування – це терапевтична техніка зміни негативних когніцій на позитивні, вона не тотожна когнітивному рефреймінгу, який може бути як позитивним, так і негативним, а є його важливою та необхідною складовою. *Гумор* – не завжди легко знайти комічне у травматичній ситуації, але якщо це вдається зробити – ситуацію відпустити набагато простіше. Дослідники називають гумор основним чинником задоволеності життям. Він фасилітує копінг-стратегії, сприяє встановленню гармонійних міжособистісних стосунків, допомагає людині дистанціюватися від психотравмуючої події.

Посттравматичне зростання розглядається у багатьох психологічних дисциплінах. Дане поняття застосовуються не лише для військовослужбовців, фахівців аварійно-рятувальних служб, а також усіх осіб, які пережили травматичні події й у повсякденному житті стикаються із численним негараздами. Крім того, поняття посттравматичного зростання часто застосовується щодо сімей, які успішно подолали кризові етапи функціонування.

Однак було б невірно розглядати зростання як безпосередній результат травми. Посттравматичне зростання відбувається в результаті опанування

людиною з новою посттравматичною реальністю, і багато в чому визначається витраченими на це опанування зусиллями.

Останнім часом у зарубіжній психології спостерігається тенденція до мультидисциплінарності, а у питанні посттравматичного зростання психологи тісно співпрацюють із журналістами, зокрема у контексті нового напрямку – конструктивної журналістики. Основним при цьому є створення репортажів про на тему позитивного відновлення осіб, які пережили сильну стресову подію, наприклад, як військовий після повернення додому став успішним бізнесменом і створив сім'ю, або як жінка після онкології народила здорову дитину. Подібні тенденції спостерігаються й у нашій країні, зокрема це стосується фото та відео репортажів на телебаченні та у соцмережах.

Нижче ми наводимо **поради щодо посттравматичного зростання учасників бойових дій.**

Участь у бойових діях суттєво вплинула не лише на Вас, а й на Вашу родину. Дружина, діти, батьки жили у постійній тривозі і сподівалися на Ваше щасливе повернення додому. Вони планували Ваше повернення відповідно до своїх очікувань, згідно із власними, часто нереальними уявленнями. Часто ці очікування не справджуються, що призводить до недовіри і відчуження один від одного.

Що відчували Ваші рідні, поки Ви були у зоні бойових дій:

- Страх, сильну тривогу;
- Самотність;
- Брала на себе нові обов'язки, навчилися виконувати невласливу їм роботу;
- Вирішували проблеми без Вашої участі;
- Сформували нове коло взаємопідтримки і набули нових друзів.

Вам необхідно зрозуміти:

- Як змінилися Ви? (Яким були до війни і яким стали?)
- Як змінилися члени Вашої родини? (на Ваш особистий погляд)
- Вас люблять, сильно скучили і хочуть допомогти повернутися у мирне життя
- Рідні бояться осуду за рішення, які приймали самостійно за Вашої відсутності (наприклад, купівля нового одягу чи меблів)

Зміна стосунків з родиною та друзями після повернення додому:

- **Недовіра:** Коли Ви перебували у зоні бойових дій, Ви звикли довіряти лише тим, хто поруч з Вами. Тепер Вам знову треба буде встановлювати довірливі стосунки з членами родини та друзями, на це може знадобитися час.

- **Надмірний контроль.** Ви часто будете різкі при спілкуванні з дітьми, надмірно турбуючись про їх безпеку. Фрази на кшталт «Не роби це!», «Обережно!», сувора дисципліна – це досвід виживання у бойових діях,

натомість в сім'ї треба знову обговорити усі правила сімейного життя, спільно (а не одноосібно) приймати рішення.

- **Жорсткий характер.** На війні Ваш характер змінився, Ви стали більш жорсткими, сім'я і друзі звикли бачити Вас іншим, тому намагайтесь більше спілкуватися з рідними, слухати їх, не провокувати конфлікти.

Після повернення додому будьте готові до того що:

- Відчуватимете дискомфорт від надмірної уваги родичів і друзів (від їх бажання прийти в гості, спілкуватися, розпитувати про бойові дії і життя на фронті)

- Будете надмірно завантажені роботою по господарству, піклуванням про батьків та дітей

- Ваші батьки знову ставитимуться до Вас як до дитини

- Зміняться Ваші стосунки з дітьми. Спокійно реагуйте на пустощі дітей (змінилися не вони, а Ви), намагайтесь більше обіймати дітей, бавитися з ними, пам'ятайте, що дитина може відчувати справедливий гнів і образу, поговоріть з нею, дайте можливість бути почутою

- У вирішенні фінансових питань будете надмірно імпульсивні, тому намагайтесь перший час розділити обов'язки до витрачання грошей з іншими членами сім'ї

- Відчуватимете потребу у зміні роботи (або ж матимете труднощі при працевлаштуванні)

- Плануйте свої поточні справи

Головне при поверненні додому – спілкування із рідними та друзями. Будьте готові до того, що доведеться наново формувати стосунки з родиною, вчитися довіряти один одному. Дайте собі та їм шанс бути почутим та зрозумілим.

Відразу після вашого повернення, відкрито обговоріть із членами Вашої сім'ї обов'язки кожного. За час Вашої відсутності рідні перерозподілили сформовані раніше обов'язки між собою і тепер наново їх треба окреслити. Перший час не беріть на себе багато зобов'язань, передусім Вам необхідно звикнути до мирного життя, а це – лягати спати і прокидатися в однаковий час кожного дня, уникати алкогольних напоїв для кращого сну (замітити їх медитацією та дихальними вправами), уникати «енергетиків», надмірної кількості кави для покидання, натомість робити ранкову зарядку, бігати, приймати контрастний душ.

Адаптація до мирного життя вимагає часу і терпіння. Війна змінила не лише Вас, а й ваших рідних. Не обмежуйте коло свого спілкування, якщо Ви лишилися на самоті, це не означає ви – самотні, багато людей поруч з Вами і щиро прагнуть допомоги.

Корисні поради:

- Намагайтесь повернутися до свого звичного режиму сну, регулярно робіть ранкову зарядку;

- Знайдіть улюблену справу (або поверніться до своїх довоєнних захоплень), займайтесь творчою діяльністю;
- Плануйте свій відпочинок і особисте життя;
- Намагайтесь поєднувати спілкування зі своїми бойовими товаришами і своєю родиною, знайомте їх, товаришуйте сім'ями;
- Використовуйте методи релаксації для зняття стресу (медитацію, аутогенне тренування, дихальну гімнастику);
- Говоріть зі своїми рідними не лише «по справах», але й обговорюйте фільми, книжки, суспільно-політичне життя, плануйте спільний відпочинок;
- Розповідайте рідним і друзям про свій бойовий досвід, не лише сумні, а й веселі історії зі свого воєнного побуту, говоріть про своїх побратимів;
- Уникайте вживання алкогольних напоїв для зняття стресу чи зниження гостроти важких споминів. Алкоголь не вирішує проблем, а лише шкодить Вашому здоров'ю, посилюючи проблеми вже наявні;
- Будуйте реалістичні плани на виконання домашньої роботи, професійної діяльності і навчання.

Як контролювати гнів:

- Перед тим як відреагувати (словом або ділом) – порахуйте до 20;
- Опишіть ситуації, які Вас дратують – так Ви зможете краще підготуватися щоб не відповісти на них спалахом гніву;
- Навчіться використовувати методи релаксації (дихальні вправи, медитацію);
- Багато ходіть пішки по свіжому повітрю. Приймайте контрастний душ;
- У ситуації, що викликала гнів – вмийтесь холодною водою;
- Змініть обстановку - фізично вийміть себе з обстановки, в якій виник гнів;
- Сходіть смачно поїсти або пройдіться по магазинах;
- Використовуйте техніку візуалізації безпечного місця: згадайте місце, де Вам було спокійно і затишно, де ви були щасливі. Уявіть собі, що Ви там і знаходитесь.

Розділ 4.

Психодіагностика учасників бойових дій у лікувальних закладах непсихіатричного профілю

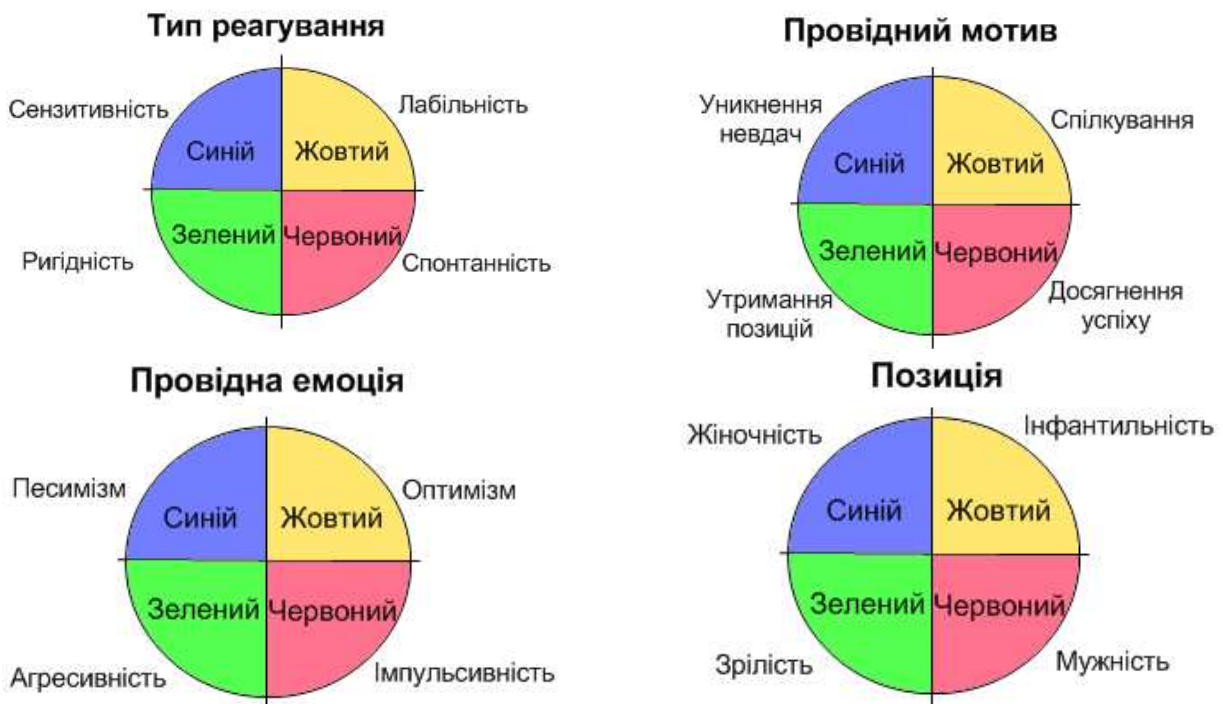
Тест Люшера

Методика колірних виборів Люшера – проєктивний психологічний тест, створений швейцарським психологом Максом Люшером у 1948 р.

Перша редакція тесту, яка принесла автору світову популярність, опублікована в 1948 році. У 1970 році М. Люшер випустив об'ємне керівництво до свого тесту. Теорія і практика методу викладаються також в таких книгах М.Люшера, як «Сигнали особистості» («Personality Sign», 1981), «Чотириколірна людина» («The 4-Color Person», 1979) та ін. Тестові кольори були підібрані М. Люшером експериментальним шляхом з 4500 колірних тонів. Автор, спеціально підкреслював, що адекватна діагностика з позицій його методу, можлива лише при використанні стандартного, захищеного авторським патентом, набору колірних стимулів.

Метод колірних виборів запропонований Л. Собчик є адаптованим варіантом колірного тесту Люшера. Метод призначений для вивчення неусвідомлюваних, глибинних проблем особистості, актуального стану, базисних потреб, індивідуального стилю переживання, типу реагування і ступеня адаптованості обстежуваного. Крім того, він дозволяє виявити компенсаторні можливості людини, оцінити ступінь вираженості болісно загострених рис характеру і клінічних проявів.

Згідно з Л.Собчик за допомогою даної методики можна діагностувати провідні потреби та особливості реагування у повсякденних ситуаціях.



Перший вибір у тесті Люшера характеризує бажаний стан, другий – стан теперішній. У результаті тестування отримано вісім позицій; перша і друга – явна перевага (позначаються ++); третя і четверта – перевага (позначаються х х); п'ята і шоста – байдужість до кольору (позначаються ==); сьома і восьма – антипатія до кольору (позначаються --).

На підставі аналізу більше 36 000 результатів досліджень М. Люшер дав приблизну характеристику обраних позицій:

1-а позиція відображає засоби досягнення мети (наприклад, вибір синього кольору говорить про намір діяти спокійно, без зайвої напруги);

2-а позиція показує мету, до якої прагне людина;

3-тя і 4-а позиції характеризують перевагу кольору і відображають відчуття людиною тієї ситуації, у якій вона знаходиться;

5-а і 6-а позиції характеризують байдужість до кольору, нейтральне ставлення до нього. Людина не пов'язує свій стан, настрій, мотиви з даними кольорами. Однак у певній ситуації ця позиція може містити резервне трактування кольору, наприклад, синій колір (колір спокою) відкладається тимчасово як невідповідний до даної ситуації;

7-а і 8-а позиції характеризують негативне ставлення до кольору, прагнення придушити будь-яку потребу, мотив, настрій, що відображаються даним кольором.

При стресових розладах на перших позиціях (++) є такі кольори як: синій (№1 потреба у відпочинку та гармонії з оточуючими), жовтий (№4 очікування змін) та коричневий (№6 фізична та психологічна виснаженість).

[+4 +6] [+6 +4] – негативний настрій, потреба в емоційній розрядці і відпочинку.

[+0 +1] [+1 +0] – характеризують суб'єктивну нестачу сил.

[+1+6] [+6+1] – почуття занепокоєння, страх самотності, прагнення уникнути конфліктів та стресу.

[+6+4] – стан емоційної напруженості, підвищена тривожність, прагнення уникнути складнощів, позбутися гнітючого відчуття відповідальності.

На останніх позиціях (--) розташовані такі кольори як чорний (№7), фіолетовий (№5) та червоний (№3).

[-7 -5] [-5 -7] – стрес, зумовлений обмеженням власної незалежності зовнішніми перешкодами.

[-5 -3] – немає можливості реалізувати потребу у збереженні власної індивідуальності і тієї «соціальної ніші», яка б створювала відчуття розуміння і безпеки. Можливі явища нервової перевтоми, кардіологічних функціональних порушень.

[-3 -5] – потреба у співчутті, відчуття власного безсилля.

[-7 -3] [-3 -7] – фрустрована потреба у незалежності.

Існують ознаки колірної вибору, за якими можна визначити *тривожність*.

Перша ознака тривожності – заперечення основних кольорів.

Друга – перевага темних кольорів.

Третя ознака – поєднання темних і дуже яскравих основних кольорів.

«Тривожними» називаються такі поєднання:

Чорний і червоний – гнів;

Чорний і жовтий – схильність до суїциду;

Жовтий і коричневий – відчай;

Червоний і коричневий – крах, відмова від досягнень і регресія.

Існують «ознаки нездужання», до яких відносяться:

Червоний колір на сьомому чи восьмому місцях;

Сірий колір на першому місці і коричневий на четвертому або коричневий на третьому місці і чорний на четвертому місці.

Шкала диференціальних емоцій

(адаптація О.Леонової, М.Капіци, 2003)

Інструкція. Перед Вами список прикметників, які характеризують прояви різних почуттів та емоційних переживань. Справа від кожного прикметника розташовано ряд цифр від 1 до 5, що відповідає по зростанню ступеню вираженості даного переживання. Ми просимо Вас оцінити, наскільки кожне із запропонованих переживань властиве Вам у нинішній момент, для цього підкресліть відповідну цифру. Не задумуйтесь, найточнішою буде Ваша перша відповідь. Ваші можливі оцінки:

1 – переживання повністю відсутнє

2 – переживання виражено незначно

3 – переживання виражено помірно

4 – переживання виражено сильно

5 – переживання виражено максимально сильно.

Текст методики

Базові емоції	Твердження	Оцінки				
I. Інтерес	1. Уважний	1	2	3	4	5
	2. Сконцентрований	1	2	3	4	5
	3. Зібраний	1	2	3	4	5
II. Радість	4. Той, що насолоджується	1	2	3	4	5
	5. Щасливий	1	2	3	4	5
	6. Радісний	1	2	3	4	5
III. Здивування	7. Здивований	1	2	3	4	5
	8. Зачудований	1	2	3	4	5
	9. Вражений	1	2	3	4	5
IV. Горе	10. Похмурий	1	2	3	4	5
	11. Сумний	1	2	3	4	5
	12. Зломлений	1	2	3	4	5
V. Гнів	13. Оскаженілий	1	2	3	4	5
	14. Гнівний	1	2	3	4	5
	15. Лютий	1	2	3	4	5

VI. Відраза	16. Відчуває неприязнь	1	2	3	4	5
	17. Відчуває відразу	1	2	3	4	5
	18. Відчуває огиду	1	2	3	4	5
VII. Презирство	19. Зневажливий	1	2	3	4	5
	20. Той, хто нехтує	1	2	3	4	5
	21. Гордовитий	1	2	3	4	5
VII. Страх	22. Наляканий	1	2	3	4	5
	23. Боязливий	1	2	3	4	5
	24. Той, хто панікує	1	2	3	4	5
IX. Сором	25. Скромний	1	2	3	4	5
	26. Боязкий	1	2	3	4	5
	27. Сором'язливий	1	2	3	4	5
X. Провина	28. Той, хто жалкує	1	2	3	4	5
	29. Винуватий	1	2	3	4	5
	30. Той, хто розкаюється	1	2	3	4	5

Обробка результатів.

1. Підсумовується сума за кожною із 10-ти базових емоцій, значення кожної з яких може варіюватися від 3 до 15 балів. Використовуючи отримані показники будується «профіль емоцій» (див. рис.).

2. Підраховуються узагальнені показники за групами емоцій:

Індекс позитивних емоцій (ПЕМ): характеризується ступенем позитивного емоційного ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{ПЕМ} = \sum (\text{Інтерес} + \text{Радість} + \text{Здивування})$$

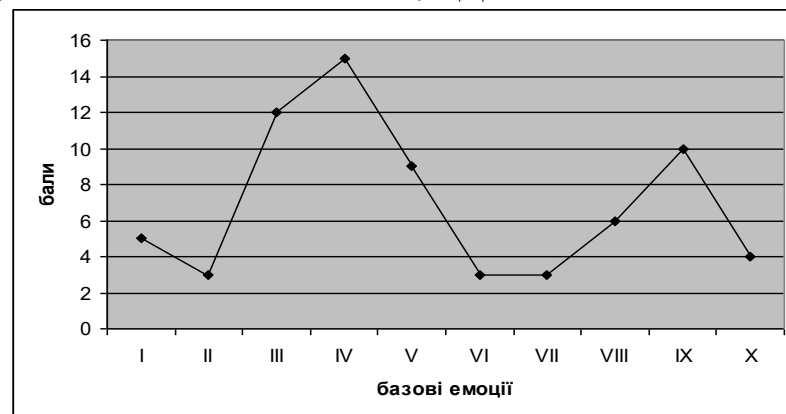
Індекс гострих негативних емоцій (НЕМ): відображає загальний рівень негативного емоційного ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{НЕМ} = \sum (\text{Горе} + \text{Гнів} + \text{Відраза} + \text{Презирство})$$

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ): визначає рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу, що опосередковують об'єктивне ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{ТДЕМ} = \sum (\text{Страх} + \text{Сором} + \text{Провина})$$

Значення показників за методикою можуть варіюватися в діапазонах: ПЕМ – від 9 до 45 балів; НЕМ – від 12 до 60 балів; ТДЕМ – від 9 до 45 балів.



Інтерпретація результатів

Ступінь емоційних переживань	ПЕМ	НЕМ	ТДЕМ
Слабкий	<=19 балів	<=14 балів	<=11 балів
Помірний	Від 20 до 28 балів	Від 15 до 24 балів	Від 12 до 20 балів
Виражений	Від 29 до 36 балів	Від 25 до 32 балів	Від 21 до 30 балів
Сильний	>= 37 балів	>= 33 балів	>= 31 бала

Самопочуття. Активність. Настрій

Опис методики. Однією з найпоширеніших методик діагностики психічних станів у вітчизняній психології є САН, спрямований на діагностику самопочуття, активності і настрою. Розроблена у 1973 р. співробітниками Першого МГМУ ім. Сеченова (В. Доскін, Н. Лаврентьєва, В. Шарай, М. Мірошников) САН застосовується при оцінці психічного стану хворих і здорових осіб, психоемоційної реакції на навантаження, для виявлення індивідуальних особливостей і біологічних ритмів психофізіологічних функцій. Методика розроблена за принципом шкали Лайкерта.

Самопочуття – це відчуття фізіологічної та психологічної комфортності внутрішнього стану. Самопочуття тісно пов'язано з самозбереженням індивіда: воно нагадує організму про його потреби і вказує на загрозові небезпеки.

Активність – енергійна діяльність, діяльна участь у чому-небудь здатність змінювати оточуючу діяльність у відповідності з власними потребами, поглядами, цілями. Як особливість особистості людини активність знаходить вияв у енергійній, ініціативній діяльності в праці, навчанні, громадському житті, в різних видах творчості.

Настрій – загальний емоційний стан, який своєрідно забарвлює на певний час діяльність людини, характеризує її життєвий тонус. Розрізняють позитивні настрої, які виявляються у бадьорості, та негативні, які пригнічують, викликають пасивність.

Інструкція: виразить кількістю балів від 1 до 4 свій стан.

Текст методики

№, п/п	Оцінки	Бали	Оцінки	
1.	Самопочуття гарне	1 2 3 4	Самопочуття погане	X
2.	Відчуваю себе сильним	1 2 3 4	Відчуваю себе слабким	X
3.	Пасивний	1 2 3 4	Активний	
4.	Малорухливий	1 2 3 4	Рухливий	
5.	Веселий	1 2 3 4	Сумний	X
6.	Гарний настрій	1 2 3 4	Поганий настрій	X
7.	Працездатний	1 2 3 4	Бездіяльний	X
8.	Сповнений сил	1 2 3 4	Знесилений	X
9.	Повільний	1 2 3 4	Швидкий	

10.	Лінивий	1 2 3 4	Працьовитий	
11.	Щасливий	1 2 3 4	Нещасний	X
12.	Життєрадісний	1 2 3 4	Похмурий	X
13.	Напружений	1 2 3 4	Розслаблений	X
14.	Здоровий	1 2 3 4	Хворий	X
15.	Відчужений	1 2 3 4	Захоплений	
16.	Байдужий	1 2 3 4	Зацікавлений	
17.	Захоплений	1 2 3 4	Похмурий	X
18.	Радісний	1 2 3 4	Печальний	X
19.	Відпочивший	1 2 3 4	Сумний	X
20.	Свіжий	1 2 3 4	Виснажений	X
21.	Сонний	1 2 3 4	Збуджений	
22.	Бажання відпочити	1 2 3 4	Бажання працювати	
23.	Спокійний	1 2 3 4	Схвильований	X
24.	Оптимістичний	1 2 3 4	Песимістичний	X
25.	Витривалий	1 2 3 4	Втомлений	X
26.	Бадьорий	1 2 3 4	Млявий	X
27.	Складно думати	1 2 3 4	Легко думати	
28.	Розсіяний	1 2 3 4	Уважний	
29.	Сповнений сподівань	1 2 3 4	Розчарований	X
30.	Задоволений	1 2 3 4	Незадоволений	X

Обробка й інтерпретація результатів:

Підсумуйте бали і ознайомтеся з результатами.

Там, де стоїть знак (X), здійснюється зворотний підрахунок балів: замість 1, 2, 3, 4 вважається відповідно: 4, 3, 2, 1 балів.

Мінімальна кількість балів по кожному із трьох параметрів стану - 10, максимальна – 40, так як на кожен параметр (самопочуття, активність і настрої) є по 10 оцінок.

Отримані результати по кожній категорії діляться на 10. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінка, що перевищує 4 бали, вказує на сприятливий стан досліджуваного, оцінки нижче 4 свідчать про зворотне. Нормальні оцінки стану лежать в діапазоні 5,0 - 5,5 балів. Слід врахувати, що при аналізі функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення.

Для порівнянності результатів самооцінки вводиться коефіцієнт К X «2».

Параметри	№ оцінок
Самопочуття	1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26
Загальна активність	3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28
Настрої	5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30

Отримуємо 4 градації станів по інтервалах: 20 - 34, 35 - 49, 50 - 64, 65 - 80. Умовно вони можуть бути віднесені до ситуативних проявів темпераментів: меланхоліки, флегматики, сангвініки і холерики.

20 – 34 балів – меланхолік;

35 – 49 балів – флегматик;

50 – 64 бали – сангвінік;

65 – 80 балів – холерик.

Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Опис методики. Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) – спрямований на моніторинг симптомів протягом та після лікування, виявлення осіб із ПТСР, попередню постановку діагнозу «ПТСР» (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, V.P.Marx, P.P. Schnurr, 2013) [22]. Опитувальник складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто. Для заповнення опитувальника пацієнтом потрібно 5-10 хвилин. Після того, як пацієнт відповів на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів. Визначається як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5). Опитувальник не перекладено на російську та українську мову, існує лише англomовний оригінал. PCL для DSM-IV має три версії PCL-M (військовий), PCL-C (цивільний), PCL-S (специфічний), які дещо відрізняються в інструкціях та формулюваннях окремих тверджень. PCL-5 найбільш схожий на PCL-S (специфічний), натомість військової та цивільної версії PCL-5 немає. Нами було перекладено методики PCL-M і PCL-5, суттєвих змістовних відмінностей між ними виявлено не було, а тому вважаємо PCL-5 достатньо зручним інструментом, придатним для застосування у діагностичній роботі з учасниками бойових дій.

Для заповнення опитувальника потрібно 5-10 хвилин. Після того, як пацієнт відповів на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів.

Інтерпретація результатів методики відбувається наступним чином:

- Визначається вираженість усіх симптомів (від 0 до 80) шляхом підсумування відповідей на усі запитання опитувальника.

- Визначається вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5): Кластер В – пункти 1-5; кластер С – пункти 6-7; кластер D – пункти 8-14; кластер Е – пункти 15-20. Тобто підсумовується кількість балів окремо за кожним із кластерів.

- Попередній діагноз ПТСР може бути поставлено, якщо досліджуваний на кожен пункт опитувальника ставить оцінку від 2 до 4. За DSM-V діагноз ПТСР ставиться у випадку, коли досліджуваний ставить оцінку 2 або вище по одному пункту кластерів В і С та по двом пунктам кластерів D і Е.

Текст опитувальника:

Частина 1. Дайте відповіді про найгіршу подію у Вашому житті.

Стисло опишіть найгіршу подію свого життя (якщо Вам комфортно це зробити, якщо ні – розкажіть про неї психологу чи психотерапевту)

Як давно вона трапилась? _____

Чи насправді у Вас була реальна загроза життю, отримання важких фізичних травм чи сексуальне насильство?

Та	Ні
к	

Як Ви пережили цю подію?

	Вона трапилась зі мною раптово
	Я був свідком жахливої події
	Я дізнався, що подія сталася з моїм родичем чи близьким другом
	Такі події є частиною моєї роботи та відбуваються зі мною достатньо часто
	Інше (опишіть)

Подія, яка турбує Вас, пов'язана зі смертю родича чи близького друга?

	Так, це був нещасний випадок / насильство
	Так, смерть сталась через природні причини (онкологія, інфаркт, інсульт тощо)
	Ні, ця подія не пов'язана із моїми родичами

Стисло опишіть найгіршу подію свого життя (якщо Вам комфортно це зробити, якщо ні – розкажіть про неї психологу чи психотерапевту)

Частина 2.

Інструкція: Вам подано список проблем і скарг, які часто мають люди, що пережили складні життєві ситуації. Будь ласка, уважно прочитайте кожен з них, оцініть їх вираженість у Вас протягом останнього місяця і обведіть відповідну цифру у таблиці.

№	За минулий місяць, як часто Вас турбувало:	Ніколи	Рідко	Помірно	Часто	Дуже часто
1	Повторювані, тривожні, небажані думки про стресову подію	0	1	2	3	4
2	Повторювані, тривожні сни про стресову подію	0	1	2	3	4
3	Раптове відчуття, що стресова подія сталася з Вами знову (наче Ви заново її переживаєте)	0	1	2	3	4
4	Відчуття сильного занепокоєння, коли щось	0	1	2	3	4

	нагадує Вам про стресову подію					
5	Виражені соматичні реакції, коли щось нагадує Вам про стресову подію (підвищене серцебиття, підвищення артеріального тиску, почервоніння обличчя тощо)	0	1	2	3	4
6	Уникання споминів, думок і почуттів, пов'язаних зі стресовою подією	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх нагадувань про стресову подію (людей, обстановки, певних ситуацій)	0	1	2	3	4
8	Виражена тривога при згадуванні важливих частин стресової події	0	1	2	3	4
9	Виражене негативне ставлення до себе, інших людей та світу в цілому (наприклад, такі думки як «я поганий», «зі мною сталося щось серйозне», «нікому не можна довіряти», «світ дуже небезпечний»)	0	1	2	3	4
10	Звинувачення себе чи когось іншого у тому, що сталася стресова подія, чи події після неї	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні почуття: страх, жах, гнів, почуття провини або сорому	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до діяльності, яка раніше подобалася	0	1	2	3	4
13	Переживання дистанції, «відірваності» від інших людей	0	1	2	3	4
14	Неможливість переживати позитивні емоції (наприклад, постійне відчуття себе нещасним, неможливість відчувати любов до близьких людей)	0	1	2	3	4
15	Роздратованість, спалахи гніву, агресивність	0	1	2	3	4
16	Ризикована поведінка або діяльність, яка може заподіяти Вам шкоду	0	1	2	3	4
17	Постійна настороженість, очікування небезпеки	0	1	2	3	4
18	Знервованість, часті здригання	0	1	2	3	4
19	Труднощі у концентрації уваги	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням, безсоння	0	1	2	3	4

Міссісіпська шкала для бойового ПТСР (за DSM-III)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. Т. М. Keane, зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні

бойових дій. У 1995 р. розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР.

Міссісіпська шкала була створена на основі ММПІ для діагностики ПТСР. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали – симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали – симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів.

Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт, вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити встановлену випробуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Натепер методика використовується у діяльності психологів спецслужб, силових відомств, в роботі з особами, схильними до екстремальних психологічних навантажень (наприклад, рятувальникам). Слід диференціювати ПТСР від патологічних особистісних реакцій, декомпенсації неврозів, дебюту афективних і ендогенних процесів.

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 цією шкалою, вкажіть, в якій мірі ви згодні або не згодні з цим твердженням. Дайте лише одну відповідь на кожне твердження: Абсолютно невірно, Іноді вірно, До деякої міри вірно, Вірно, Абсолютно вірно.

Текст методики

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді вірно	До деякої міри вірно	Вірно	Абсолютно вірно
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз	1	2	3	4	5
2. Я відчуваю провину за те, що я робив під час служби в армії	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось мене «виведе із себе», 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. Мені складно відчувати емоційну близькість з іншими людьми	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами жахи про пережиті події на	1	2	3	4	5

війні					
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 (жорстоким)	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу померти	1	2	3	4	5
11. Я погано сплю (складно засинати, часто прокидаюся серед ночі)	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, як 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. У мене таке відчуття, ніби я не можу рухатися	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17. Я став байдужий до того, що цікавило мене раніше	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19. Після демобілізації мені складно буде знайти хорошу роботу	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21. Я безпричинно плачу	1	2	3	4	5
22. Мені не подобається бути у 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 сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я роздратований і неврівноважений	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 відчуваю дискомфорт, коли знаходжусь у 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 трапалося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять стала гіршою, ніж до війни	1	2	3	4	5
35. Мені складно проявляти свої почуття, навіть по відношенню до близьких людей	1	2	3	4	5

Обробка та інтерпретація результатів:

Підсумовуються результати за усіма пунктами.

Сумарний показник:

35-96 балів – хороший рівень адаптації;

97-111 балів – порушення адаптації;

112 балів і більше – посттравматичний стресовий розлад. Рекомендовано звернутися у медичний центр або в центр психологічної реабілітації військовослужбовців.

Опитувальник первинної оцінки симптомів ПТСР (PC-PTSD-5)

Іноді з людьми стаються дуже страшні, жахливі, травматичні події. Наприклад:

- серйозна аварія або пожежа
- фізичне або сексуальне насильство
- землетрус або повінь
- війна
- людина стає свідком вбивства або поранення іншої людини
- кохана людина стає жертвою вбивства або вмирає шляхом самогубства

Чи маєте Ви досвід переживання таких подій?

ТАК

НІ

Якщо НІ, опитування завершено.

Якщо ТАК, дайте відповідь на наступні питання:

Протягом минулого місяця

1. Вам снилися неприємні сні про цю подію або були неприємні думки, від яких Ви не могли позбутися?	ТАК	НІ
2. Вам було складно не думати про цю подію (події) або Ви намагалися уникати ситуацій, що про них нагадували?	ТАК	НІ
3. Ви постійно були насторожі чи проявляли підвищену пильність?	ТАК	НІ
4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від оточуючих людей і подій?	ТАК	НІ
5. Відчували свою провину, постійно звинувачували себе або інших людей у тому, що сталося?	ТАК	НІ

Результат _____

Існує потреба поглибленої діагностики ПТСР, якщо пацієнт дав три або чотири позитивні відповіді.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Шкала розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaithe у 1983 р. (російськомовна адаптація А.В. Андрущенко, 2003) для виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги даної методики полягають у простоті застосування і обробки (заповнення Шкали зазвичай триває 2-5 хвилин), що дозволяє рекомендувати її до використання у загальносоматичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів. Опитувальник застосовується для осіб віком від 17 років.

Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики.

При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг, які найчастіше зустрічаються у пацієнтів і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги сформовані на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination, PSE (Шкала оцінки психічного статусу) і особистого клінічного досвіду авторів та відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Доведено, що наявність в анамнезі загрози життю пацієнта позитивно корелює із симптомами тривоги, натомість симптоми депресії більше пов'язані із психологічними особливостями пацієнтів (наприклад, такими рисами як інтровертованість, песимізм тощо). При ПТСР спостерігається виражена тривога (>11 балів) і межовий стан чи клінічно виражена депресія (>8 балів).

Обробка результатів:

- 0-7 балів - Норма (відсутність достовірно виражених симптомів)
- 8-10 балів - Субклінічно виражена тривога/депресія (межовий стан)
- 11-15 балів - Помірно виражена тривога/депресія
- 16 балів і вище - Важка форма тривоги/депресії

Наприклад:

1) за шкалою тривоги 11 балів, за шкалою депресії – 3 бали. Можна зробити висновок, що має місце помірно виражена тривога, а рівень депресії знаходиться в межах норми;

2) за шкалою тривоги 15 балів, за шкалою депресії – 9 балів. Можна зробити висновок про те, що має важка форма тривоги і субклінічно виражена депресія;

3) за шкалою тривоги 6 балів, за шкалою депресії – 1 бал. Можна зробити висновок про те, що рівні і тривоги, і депресії знаходяться в межах норми.

Інструкція: Прочитайте уважно кожне твердження, і відзначте відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували *протягом останніх 7 днів*.

Результат: ТРИВОГА (Ч1) _____ ДЕПРЕСІЯ (Ч2) _____

Частина 1 (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина 2 (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
<p>1. Я відчуваю напруження, мені ніяково: 3 – весь час 2 – часто 1 – час від часу, іноді 0 – ніколи</p> <p>2. Я відчуваю страх, здається найстрашніше от-от станеться: 3 – так, мені дуже страшно 2 – так, але страх незначний 1 – іноді, але це мене не турбує 0 – зовсім не відчуваю</p> <p>3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові: 3 – постійно 2 – більшу частину часу 1 – часто від часу і нечасто 0 – лише іноді</p> <p>4. Я легко можу присісти та розслабитися: 0 – абсолютно так 1 – мабуть це так 2 – дуже рідко 3 – зовсім не можу</p> <p>5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння: 0 – зовсім не відчуваю 1 – іноді 2 – часто 3 – дуже часто</p> <p>6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатися: 3 – абсолютно так 2 – мабуть це так 1 – лише певною мірою це так 0 – зовсім не можу</p> <p>7. У мене буває раптове відчуття паніки: 3 – дуже часто 2 – часто 1 – не часто 0 – зовсім не буває</p>	<p>1. Те, що приносило мені раніше задоволення, приносить його і тепер: 0 – абсолютно так 1 – мабуть це так 2 – лише певною мірою це так 3 – це зовсім не так</p> <p>2. Я можу розсміятися або побачити у тій чи іншій події щось смішне: 0 – абсолютно так 1 – мабуть це так 2 – лише певною мірою це так 3 – зовсім не можу</p> <p>3. Я відчуваю бадьорість: 3 – зовсім не відчуваю 2 – дуже рідко 1 – іноді 0 – практично завжди</p> <p>4. Мені здається, що я все роблю повільно: 3 – практично завжди 2 – часто 1 – іноді 0 – зовсім ні</p> <p>5. Я не стежу за своєю зовнішністю: 3 – так 2 – я не приділяю їй стільки уваги, скільки потрібно 1 – можливо, я менше часу приділяю зовнішності 0 – я стежу за собою як і раніше</p> <p>6. Я вважаю, що всі мої справи можуть принести мені задоволення: 0 – які раніше 1 – так, але менше ніж раніше 2 – значно менше ніж раніше 3 – зовсім так не вважаю</p> <p>7. Я можу отримати задоволення від гарної книги чи телепрограми: 0 – часто 1 – іноді 2 – рідко 3 – дуже рідко</p>

Шкала астеничного стану (ШАС)

Шкала астеничного стану розроблена Л.Д. Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою на базі даних клініко-психологічних спостережень та опитувальника ММРІ. Астенія (астеничний стан, астеничний синдром) – патологічний стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням з вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження, несприйманням гучних звуків, яскравого світла, різких запахів.

№	Питання	Невірно	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
1	Я працюю з великим напруженням	1	2	3	4
2	Мені важко зосередитися на чому-небудь	1	2	3	4
3	Моє статеве життя не задовольняє мене	1	2	3	4
4	Очікування нервує мене	1	2	3	4
5	Я відчуваю слабкість в м'язах	1	2	3	4
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи в театр	1	2	3	4
7	Я забудькуватий	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе втомленим	1	2	3	4
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні	1	2	3	4
10	Мої руки тремтять	1	2	3	4
11	У мене поганий апетит	1	2	3	4
12	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	1	2	3	4
13	Я вже не так добре розумію прочитане	1	2	3	4
14	Мої руки і ноги холодні	1	2	3	4
15	Мене легко зачепити	1	2	3	4
16	У мене болить голова	1	2	3	4
17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочившим	1	2	3	4
18	У мене бувають запаморочення	1	2	3	4
19	У мене бувають посмикування м'язів	1	2	3	4
20	У мене шумить у вухах	1	2	3	4
21	Мене турбують питання статевого життя	1	2	3	4
22	Я відчуваю тяжкість в голові	1	2	3	4
23	Я відчуваю загальну слабкість	1	2	3	4
24	Я відчуваю біль у тім'яній частині голови	1	2	3	4
25	Життя для мене пов'язане з напруженням	1	2	3	4
26	Моя голова ніби стягнута обручем	1	2	3	4
27	Я легко прокидаюся від шуму	1	2	3	4
28	Мене втомлюють люди	1	2	3	4
29	Коли я хвилююся, то покриваюся потом	1	2	3	4
30	Мені не дають заснути неспокійні думки	1	2	3	4

Обробка результатів:

Після заповнення тестового бланку проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних балів. Діапазон варіює від 30 до 120 балів.

30 – 50 балів	астенія відсутня
51 – 75 балів	слабка астенія
76 – 100 балів	помірна астенія
101 – 120 балів	виражена астенія

Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ)

Методика скринінгової діагностики депресії, генералізованого тривожного розладу, алкогольної залежності, розладів харчової поведінки, панічних та соматоформних розладів. Використовується як самозвіт, при очному чи телефонному опитуванні пацієнтів.

Протягом останніх 2 тижнів наскільки часто Вас турбували наступні проблеми? <i>(обведіть кружечком)</i>	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже кожного дня
1. Відсутність інтересу до життя, незадоволеність своїм повсякденним життям	0	1	2	3
2. Відчуття беззмістовності життя, депресія та безнадія	0	1	2	3
3. Порушення сну: неможливість заснути або виражена сонливість	0	1	2	3
4. Відчуття втоми та спустошеності	0	1	2	3
5. Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
6. Зниження самооцінки, звинувачення себе у власних проблемах і проблемах сім'ї	0	1	2	3
7. Труднощі концентрації уваги навіть при перегляді телепередач чи читанні новин	0	1	2	3
8. Оповіденість мовлення або навпаки надмірна метушливість, які помітні оточуючим	0	1	2	3
9. Думки про смерть або заподіяння собі шкоди	0	1	2	3

Наскільки сильно Ваш стан впливає на працездатність, спілкування з різними та друзями (поставте +):

Не впливає ____ Є певні труднощі ____ Впливає сильно, труднощі виражені ____

Впливає дуже сильно, труднощі сильно виражені _____

Загальний бал _____ Вираженість депресії _____

Результати діагностики за методикою PHQ-9

Бали за PHQ-9	Діагноз	Рекомендації
0-4	Депресія відсутня або мінімально виражена	Психоедукація
5-9	«Легка» (субклінічна) або хронічна депресія (*)	Психоедукація, спостереження за динамікою, повторна діагностика
10-14	Дистимія (**) Клінічна депресія помірна	Психоедукація Антидепресанти і / або психотерапія
15-19	Клінічна депресія, середньої важкості	Антидепресанти і / або психотерапія
>20	Клінічна депресія, сильно виражена так звана «значна» депресія	Антидепресанти і / або психотерапія

(*) якщо симптоми спостерігаються два роки та більше; якщо в анамнезі є прийом антидепресантів

(**) якщо симптоми спостерігаються щонайменше два роки та незначно порушують загальне функціонування

Опитувальник AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Тест AUDIT розроблений ВООЗ (J.V. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor, 1993) задля виявлення порушень, пов'язаних зі вживанням алкоголю. Складається із 10 питань, з яких 3 стосуються частоти і кількості вживання алкоголю, 3 – алкогольної залежності та 4 – проблем, зумовлених вживанням алкоголю. Скорочена форма AUDIT-C містить три перші питання та використовується як скринінг-тест на алкоголізм.

Інструкція: Оберіть в таблиці один з варіантів відповіді на кожне питання і випишіть відповідний цій відповіді бал. Підсумуйте всі отримані бали.

Питання		Варіанти відповідей та відповідні бали				
		0	1	2	3	4
1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?		Ніколи	1 раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
2. Яка Ваша звична доза алкоголю у день випивки?	горілка	40-75 мг	75-150 мг	150-200 мг	200-300 мг	300 мг та більше
	кріплене вино	75-200 мг	200-300 мг	300-500 мг	500-750 мг	750 мг та більше
	сухе вино	75-300 мг	300-500 мг	500-700 мг	700-1000 мг	1 л і більше
	пиво	250-700 мг	1,5-2 пляшки	2-3 пляшки	3-5 пляшок	5 пляшок та більше
3. Як часто Ви		Ніколи	Менше 1	1 раз на	1 раз на	Майже

випиваєте понад 180 мг горілки, 750 мг вина або 1 л пива?		разу на місяць	місяць	тиждень	щодня
4. Як часто за останній рік Ви відчували, що не можете зупинитися, коли починаєте пити?	Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
5. Як часто за останній рік Ви не змогли зробити те, що пообіцяли?	Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
6. Як часто за останній рік Вам потрібно було опохмелитися зранку?	Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
7. Як часто за останній рік у Вас було відчуття провини після випивки?	Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
8. Як часто за останній рік Ви не могли згадати події дня, коли Ви вживали алкоголь?	Ніколи	Менше 1 разу на місяць	1 раз на місяць	1 раз на тиждень	Майже щодня
9. Чи було таке, що після вживання алкоголю Ви наносили собі або іншим тілесні ушкодження?	Ніколи		Так, але це було давно (понад рік тому)		Так, протягом цього року
10. Чи було таке, що хтось зі знайомих (родич, друг, лікар) радили Вам кидати вживати алкоголь?	Ніколи		Так, але це було давно (понад рік тому)		Так, протягом цього року

Обробка результатів:

Помірне вживання алкоголю: Людина випиває не більше 25 мл спирту в день (60 мг горілки, 150 мг кріпленого вина, 150 г сухого вина, 0,5 л. пива) на день. Випиває не частіше 5 разів на тиждень. Ніколи не п'є в наступних випадках: за кермом або при поведженні з технікою; під час вагітності та годування груддю; під час прийому ліків, що не поєднуються з алкоголем; якщо це протипоказано за станом здоров'я; якщо не може контролювати споживання алкоголю.

1-7 балів – Безпечне вживання алкоголю (ризик алкоголізму мінімальний)

8-15 балів – Небезпечне вживання алкоголю (сталий тип вживання), що зумовлює виникнення проблем зі здоров'ям у недалекому майбутньому

16-19 балів – Шкідливе вживання алкоголю, який завдає шкоди фізичному і психічному здоров'ю. Стадія остаточного формування синдрому абстиненції (похмілля)

20 балів і вище – Синдром алкогольної залежності.

Опитувальник AUDIT-C (скорочена форма AUDIT)

Питання	Варіанти відповідей та відповідні бали					
	0		1	2	3	4
1. Протягом останнього року як часто Ви вживали алкогольні напої?	Ніколи		1 раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
2. Протягом останнього року скільки доз алкоголю Ви вживаєте на день? **	Не п'ю	1-2	3-4	5-6	7-9	Понад 10
3. Протягом останнього року чи вживали Ви за один раз 6 або більше доз алкоголю?	Ніколи		Менше ніж 1 раз на місяць	1 раз на місяць	Щотижня	Майже щодня

** Одна доза алкоголю – це 60 мг горілки, 150 мг кріпленого вина, 150 г сухого вина, 0,5 л. пива.

Обробка результатів: для чоловіків 4 бали і вище, для жінок 3 бали та вище свідчать про ризик алкоголізму.

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Неім)

Методика психологічної діагностики копінг-стратегії (Е. Неім) дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу (інакше типів поведінки, реагування на складну ситуацію, боротьби зі стресом), розподілених на три основні сфери психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-механізми. Методика адаптована у лабораторії клінічної психології психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, під керівництвом д.м.н. професора Л. І. Вассермана.

Інструкція: Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Обведіть кружечком, будь ласка, той номер, який Вам підходить.

У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої проблеми. Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями протягом останнього часу. Довго не роздумуйте – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

Тест методики

А

1. «Кажу собі: нині є щось важливіше, ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилось»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилось, на все воля Божа»
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконалююся»
10. «Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»
2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»
3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»
4. «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»
5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»
6. «Я впадаю у стан безнадійності»
7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугам»
8. «Я впадаю у лютість, стаю агресивним»

В

1. «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»
2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»
3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»
4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (з допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»
5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»
6. «Я намагаюся залишитися наодинці з собою»
7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»
8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

Обробка результатів:

Когнітивні копінг-стратегії	Емоційні копінг-стратегії	Поведінкові копінг-стратегії
А	Б	В
1. Ігнорування 2. Покора 3. Дисимуляція 4. Збереження самовладання 5. Проблемний аналіз 6. Відносність 7. Релігійність 8. Розгубленість 9. Надання сенсу 10. Встановлення власної цінності	1. Протест 2. Емоційна розрядка 3. Придушення емоцій 4. Оптимізм 5. Пасивна кооперація 6. Покірність 7. Самозвинувачення 8. Агресивність	1. Відволікання 2. Альтруїзм 3. Активне уникнення 4. Компенсація 5. Конструктивна активність 6. Відступ 7. Співпраця 8. Звернення

Інтерпретація результатів:

Адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

Адаптивні емоційні копінг-стратегії – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

Адаптивні поведінкові копінг-стратегії – така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.

Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

Неадаптивні емоційні копінг-стратегії – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинувачуваннями себе та інших.

Неадаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивні копінг-стратегії – тобто такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів в порівнянні з іншими, надання особливого

сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії – поведінка, спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за вирішення труднощів іншим особам.

Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань.

Копінг-стратегії	Адаптивні	Неадаптивні	Відносно адаптивні
Когнітивні	(А5) Проблемний аналіз (А10)Встановлення власної цінності, (А4) Збереження самовладання	(А2) Покора (А3) Дисимуляція (А1) Ігнорування (А8) Розгубленість	(А6) Відносність (А7) Релігійність (А9) Надання сенсу
Емоційні	(Б1) Протест (Б4) Оптимізм	(Б3) Придушення емоцій (Б6) Покірність (Б7) Самозвинувачення (Б8) Агресивність	(Б2) Емоційна розрядка (Б5) Пасивна кооперація
Поведінкові	(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення	(В3) Активне уникнення (В6) Відступ	(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)

Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим. Складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей. Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя.

Інструкція. Вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу:

0	1	2	3	4	5
Жодних змін	Дуже незначні зміни	Невеликі зміни	Помірні зміни	Великі зміни	Дуже суттєві зміни

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим
16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

Обробка результатів. Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Шкала	Кількість тверджень	Номер тверджень
Ставлення до інших (СІ)	7	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Нові можливості (НМ)	5	3, 7, 11, 14, 17
Сила особистості (СО)	4	4, 10, 12, 19
Духовні зміни (ДЗ)	2	5, 18
Підвищення цінності життя (ПЦ)	3	1, 2, 13

Нормативні показники:

Шкала	Низькі значення	Середні значення	Високі значення
Ставлення до інших (СІ)	0-14	15-24	25-35

Нові можливості (НМ)	0-9	10-15	16-25
Сила особистості (СО)	0-7	8-15	16-20
Духовні зміни (ДЗ)	0-3	4-6	7-10
Підвищення цінності життя (ПЦ)	0-6	7-11	12-15
Індекс посттравматичного зростання	0-32	33-63	64-105

Інтерпретація результатів.

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу.

Шкала «Ставлення до інших». Людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

Шкала «Нові можливості». Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

Шкала «Сила особистості». Людина стала краще розуміти, що може додати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

Шкала «Духовні зміни». Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

Шкала «Підвищення цінності життя». У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його більш змістовним.

Отже, досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (С. Норман, Д.Ендлер, Д.Джеймс, М.Паркер в адаптації Т. Крюкової)

Опитувальник Копінг-поведінка у стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), розроблений канадськими вченими С.Норманом, Д.Ендлер, Д.Джеймсом, М.Паркером у 1990 р. та адаптований Т. Крюковою у 2001 р. Методика дозволяє визначити такі копінг-стратегії особистості: проблемно-орієнтована стратегія; емоційно-орієнтована стратегія; стратегії уникнення; відволікання; соціальне відволікання (пошук соціальної підтримки) [2]. У 2014 р. вченими Оксфордського університету доведено можливість використання даної методики у контексті визначення напрямків психокорекції пацієнтів із черепно-мозковими травмами (I.M.H.Brands, S.Köhler, S.Z.Stapert, D.T.Wade, C.M. Van Heugten).

Інструкція. Нижче наведено можливі реакції людини на різні важкі стресові ситуації. Вкажіть, як часто Ви поведетесь подібним чином у важкій стресовій ситуації і поставте відповідну цифру у бланку відповідей.

Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
1	2	3	4	5

Текст методики.

1. Намагаюся ретельно розподілити свій час.
2. Зосереджуюсь на проблемі і думаю, як її можна вирішити.
3. Думаю про щось хороше, що було у моєму житті.
4. Намагаюся бути серед людей.
5. Звинувачую себе за нерішучість.
6. Роблю те, що вважаю найкращим у даній ситуації.
7. Занурююся у свій біль і страждання.
8. Звинувачую себе за те, що опинився у даній ситуації.
9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.
10. Думаю про те, що для мене найголовніше.
11. Намагаюся більше спати.
12. Балую себе улюбленою їжею.
13. Переживаю, що не можу впоратися з ситуацією.
14. Відчуваю нервову напругу.
15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.
16. Кажу собі, що це відбувається не зі мною.
17. Звинувачую себе за надто емоційне ставлення до ситуації.
18. Іду кудись перекусити або пообідати.
19. Відчуваю емоційний шок.
20. Купую собі якусь річ.
21. Визначаю напрямок дій і дотримуюся його.
22. Звинувачую себе за те, що не знаю, як вчинити.
23. Іду на вечірку.
24. Намагаюся вникнути в ситуацію.
25. Застигаю (як заморожений) і не знаю, що робити.
26. негайно вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.
27. Обмірковую подію, яка сталася або своє ставлення до неї.
28. Шкодную, що не можу змінити того, що сталося або своє ставлення до того, що трапилось.
29. Іду в гості до друга.
30. Турбуюся про те, що я буду робити
31. Проводжу час з близькою людиною.
32. Іду на прогулянку.
33. Кажу собі, що це ніколи не трапиться знову.
34. Зосереджується на своїх загальних недоліках.
35. Розмовляю з тим, кого я особливо ціную.
36. Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї.

37. Телефоную другу.
38. Відчуваю роздратування.
39. Вирішую, що тепер найважливіше робити.
40. Дивлюся фільм.
41. Контролюю ситуацію.
42. Докладаю додаткових зусиль, щоб все зробити.
43. Розробляю декілька різних рішень проблеми.
44. Беру відпустку або відгул, віддаляюся від ситуації.
45. Відриваюся на інших.
46. Використовую ситуацію, щоб довести, що я можу зробити це.
47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем з ситуації.
48. Дивлюся телевізор.

Обробка результатів.

При обробці результатів підсумовуються бали з урахуванням наведеного нижче ключа.

Копінг	Номери тверджень
Орієнтований на вирішення завдань (проблемно-орієнтована стратегія)	1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47
Орієнтований на емоції (емоційно-орієнтована стратегія)	5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45
Стратегія уникнення	3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48
Субшкала відволікання	9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48
Субшкала соціального відволікання	4, 29, 31, 35, 37

Інтерпретація результатів.

Копінг, орієнтований на вирішення завдань – описує цілеспрямовані зусилля для вирішення проблеми, когнітивну реструктуризацію проблеми, спроби змінити ситуацію. Акцентується на поставленому завданні, плануванні та зусиллях, спрямованих на вирішення проблеми.

Копінг, орієнтований на емоції – описує емоційні реакції людини, спрямовані на зниження сили стресу (проте далеко не завжди вдалі). До таких реакцій відносяться: самозвинувачення, надмірна емоційність, агресивність, роздратованість, зацикленість на собі і заглиблення у світ фантазій. Нерідко ця копінг стратегія призводить до ще більшого зростання рівня стресу.

Стратегія уникнення – описує поведінку або когнітивні зміни, спрямовані на уникнення стресової ситуації. Це відбувається шляхом відволікання на інші ситуації (найчастіше орієнтовані на вирішення конкретних завдань) або шляхом уникнення соціальних контактів, що призводить до тимчасового зменшення сили стресу.

Література

1. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф.Бурлачук, С.М. Морозов.— СПб.: Питер Ком» 1999. — 528 с.
2. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика /Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010 – 192 с.
3. Євдокимова Н.О. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик / Н.О.Євдокимова, В.Л.Злишков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.
4. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения / Т.Л. Крюкова. – Кострома КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.
5. Лукомська С.О. Світові тенденції розвитку медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій / С.О. Лукомська // Медична психологія: здобутки, розвиток і перспективи. Матеріали Четвертої міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.) / За наук. ред. С.Д. Максименка, Б.С.Божука, К.С. Максименко, Т.А. Тамакової. – К., 2015. – С. 45–46.
6. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация / М.Ш. Магомед-Эминов // Вестник Московского Университета. 1996. -№4. - С. 26 - 34.
7. Собчик Л.Н. Метод цветowych выборов – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2007. – 128 с.
8. Собчик Л. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Собчик. – СПб.: Речь, 2005. – 624 с.
9. Съедин С. И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки / С. И. Съедин, Р. А. Абдурахманов. – М.: МО РФ, 1992. – 69 с.
- 10.Тарабрина Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т.13, № 2. – С. 14–29.
11. McTeague L. M. Aversive imagery in PTSD: Trauma recurrence, comorbidity, and physiological reactivity / L.M. McTeague, P.J. Lang, M.-C. Laplante, B.N. Cuthbert, J.R. Shumen, M.M. Bradley // Biological Psychiatry. – 2010. – Vol.67. – P. 346–356.
12. Moos R.H. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes / R.H. Moos, A.G. Billings. – In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, New York: Free Press, 1982. – P. 212–230.
13. Spitzer R.L. Saving PTSD from itself in DSM-V. / R.L. Spitzer, M.B. First, J.C. Wakefield // Journal of Anxiety Disorders. – 2007. – N. 21. – P. 233–241.

Для нотаток