В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан

Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях



Київ
2016

УДК 159.98+616-001.36

Рецензенти:

Данилюк І.В., доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка,

Сердюк Л.З., доктор психологічних наук, професор, завідувач лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

ISBN 978 -966- 644 – 426-7

Посібник присвячено аналізу сучасних зарубіжних психологічних досліджень кризових ситуацій та підходів до їх діагностики. Визначено різні напрями до дослідження кризових ситуацій, копінг-стратегій й можливостей постстресового відновлення. Окрему увагу приділено типології стресових розладів, зокрема актуальному для реалій сучасної України посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). У посібнику міститься інформація про класифікації кризових ситуацій, типології копінг-стратегій й чинники постстресового відновлення.

Читачам запропоновано нові зарубіжні психодіагностичні методики вже поширені і ефективні у західній науці, але ще невідомі українським психологам. Представлено нові аспекти вже відомих, проте часто недооцінених методик. Особливу увагу приділено аналізу сучасних програм постстресового відновлення, розглянуто методики психотерапевтичних інтервенцій для осіб, що пережили психотравматичні ситуації.

Посібник адресовано психологам, соціальним працівникам, студентам вищих навчальних закладів, волонтерам, а також всім, хто цікавиться психологічною діагностикою особистості у кризових умовах життя.

УДК 159.98+616-001.36

ISBN 978 -966- 644 – 426-7

© Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В., 2016

ЗМІСТ

Вступ 4
Розділ 1. Теоретичні аспекти дослідження кризових ситуацій 7
1.1 Сучасні класифікації кризових ситуацій та методологічні підходи до їх вивчення 7
1.2 Типологія стресових розладів 32
1.3 Стратегії подолання кризових ситуацій у контексті індивідуальних властивостей особистості 48
1.4 Посткризове відновлення, стрес-менеджмент 69
Розділ 2. Методики емпіричного дослідження особливостей переживання людиною кризових ситуацій 80
2.1 Особливості проведення клінічного інтерв'ю 80
2.2 Діагностика індивідуальних особливостей, як чинників виникнення стресових розладів 86
2.3 Психодіагностика стресових розладів 133
2.4 Методики діагностики копінг-стратегій 170
2.5 Діагностика спрямованості на посттстресове відновлення 180
Розділ 3. Методичні підходи до організації тренінгів постстресового відновлення 188
3.1 Тренінг посттравматичного зростання 188
3.2 Методики діагностики майндулнесс як риси особистості 190
3.3 Психотерапевтичні програми майнфулнесс підходу 192
Висновки 212
Рекомендована література 213
Інформація про авторів 216

Вступ

Вивчення особливостей поведінки людини у кризових ситуаціях завжди були у центрі уваги науковців. Дослідниками проведено численні емпіричні розвідки окремих аспектів стресу, складних життєвих ситуацій, копінг-стратегії. Окремий напрямок: розробка програм стрес-менеджменту та постстресового відновлення. Однак попри поширеність й різномаїття досліджень у даній галузі, багато аспектів лишаються недостатньо висвітленими, зокрема це сучасні зарубіжні дослідження стресу і стресподолання, можливості їх використання для реалій сучасної Україні. Аналогічна ситуація склалася й у царині психодіагностики. Попри чисельність нових опитувальників діагностики поведінки у стресових ситуацій, деякими психологами, зокрема й студентами та аспірантами, використовується стандартний набір тестів, часто застарілих, без окреслення особливостей їх сучасного використання і застосування новіших, доопрацьованих відповідно до нинішніх реалій діагностичних опитувальників. Не в останню чергу це стосується діагностики стресових розладів і популярного нині в Україні дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Основу сучасних підходів до діагностики та корекції психологічних наслідків війни складає концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес, яка динамічно розвивається останнім часом. Згідно із МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад виникає як запізніла і / або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які в принципі можуть викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини (наприклад, природні або штучні катастрофи, бойові дії, нещасні випадки, випадкова присутність на місці насильницької смерті інших, у жертви катувань, тероризму, зґвалтування або іншого злочину). ПТСР розвивається у 20-25% людей, що піддалися стресовій дії, але ще зберегли своє фізичне здоров’я; серед поранених поширеність цих порушень — близько 40%. В цілому, прояви ПТСР спостерігаються у 1-3% всього населення (у жінок приблизно в 1,5 рази частіше), а окремі компоненти цього розладу — у 5-15% населення.

На думку зарубіжних вчених, зокрема D. Simons, W. R. Silveira (1994) діагноз ПТСР з великою натяжкою здатен претендувати на статус окремої нозології та легко гіпердіагностується у тих випадках, коли в анамнезі пацієнта є вказівки на перенесений дистрес. Опис ПТСР в DSM-V залишається як і раніше лінійним та не включає культуральний вимір. Власне, категорію ПТСР цілком можна вважати репрезентацією моделі страждання. Нейрофізіологічна відповідь на інтенсивний стрес, як довів ще Ганс Сельє, універсальний, але поведінковий спектр біологічних реакцій, їх інтерпретація, зв'язок з традиціями і віруваннями, використання копінг-стратегій і нормативних для кожної культури стилів реагування не може бути однаковим для усіх без вийнятку людей.

Тавро ПТСР перетворює людину на потерпілу і автоматично підвищує ймовірність швидкого формування у неї вторинної вигоди від хвороби. Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для

неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній ситуації.

Отже, діагностична, а згодом й психотерапевтична робота у закладах непсихіаричного профілю має бути спрямована на аналіз наявних у особистості ресурсів подолання стресових ситуацій, розвиток навичок стрес-менеджменту, вмінь планувати своє найближче та віддалене майбутнє (у тому числі навчання способам організації власного життєвого часу і простору).

У контексті діагностики спрямованості на постстресове відновлення авторами посібника вперше перекладено такі методики як Шкала задоволеності життям (SWLS), Опитувальник сенсу життя (MLQ), Опитувальник повсякденних неприємностей і підйомів, Опитувальник посттравматичного зростання. Проаналізовано сучасні підходи до діагностики копінг-стратегій, зокрема подано скорочену версію опитувальника CSI-SF (2007), охарактеризовано можливості сучасного використання вже відомих і розповсюджених психодіагностичних методик (тесту Т.Лірі, тесту М. Люшера, СМДО і шкал Уїгінса). Автори не претендують на вичерпність розглянутих опитувальників і методологічних підходів до них, втім читач може ознайомитися із сучасними зарубіжними тенденціями дослідження особистості у кризових ситуаціях, використати у своїй практичній діяльності запропоновані психодіагностичні методики.

Посібник складається із трьох розділів. У першому розділі «Теоретичні аспекти дослідження кризових ситуацій» висвітлено сучасні класифікації кризових ситуацій та методологічні підходи до їх вивчення, зокрема акцентовано увагу на депривaційних кризах і їх зв'язку із ідентичністю особистості, окреслено новітні підходи до переживання втрати, у тому числі й доопрацьовану модель Е.Кюблер-Росс і Д.Кеслера. Біографічні кризи особистості проаналізовано у контексті криз автентичності, а різні теорії фрустрації розкрито з точки зору їх сучасних впроваджень. У контексті стресових ситуацій проаналізовано повсякденні неприємності, їх зв'язок із життєвими подіями та методики дослідження. Другу частину першого розділу присвячено типології стресових розладів. Проаналізовано гострі стресові реакції, ПТСР і розлади адаптації, як у контексті історичного розвитку цих понять, так і з точки зору перспектив їх подальшої діагностики. Особливу увагу в контексті сучасних українських реалій приділено розгляду стресових розладів в учасників бойових дій. Окреслено зв'язок посттравматичних когніцій, симптомів ПТСР і уявлень про власну самоефективність у військових, визначено можливості використання цих знань для повоєнної реабілітації учасників бойових дій. Третя частина першого розділу спрямована на висвітлення сучасних підходів до визначення захисних механізмів і копінг-стратегій. Окрім традиційних захисних механізмів за З.Фройдом подано чотирьохрівневу класифікацію захисних механізмів Дж. Вайланта, окреслено межі розмежування понять захисного механізму та копінгу. У четвертій частині першого розділу розкрито сучасні уявлення про стрес-менеджмент і постстресове відновлення, наведено приклади сучасних програм стрес-подолання зокрема й у контексті профілактики емоційного вигорання.

Другий розділ «Методики емпіричного дослідження особливостей переживання людиною кризових ситуацій» присвячено огляду сучасних зарубіжних опитувальників психодіагностики станів особистості у кризових ситуаціях. Розглянуто особливості проведення клінічного інтерв'ю, його модифікації та види; окреслено засоби діагностики індивідуальних особливостей, як чинників виникнення стресових розладів, особливу увагу приділено сучасним редакціям відомих психодіагностичних інструментів. У пункті «Психодіагностика стресових розладів» переважно представлено авторські переклади методик та бланків реєстрації отриманих даних. Діагностика копінг-стратегій представлена поширеними нині у зарубіжній психології тестовими методиками, а постстресове відновлення пропонується діагностувати як відомими в Україні проективними тестами, так і зарубіжними опитувальниками, авторський переклад яких представлено у даному розділі.

Третій розділ «Методичні підходи до організації тренінгів постстресового відновлення» присвячено аналізу різних аспектів тренінгу посттравматичного зростання, ключовими темами якого є: переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла. Із переосмисленням сенсу життя тісно пов'язане одне із найпопулярніших нині у вітчизняній психотерапії поняття майндфулнесс - поінформованість про теперішній момент із його прийняттям. Окреслено низку психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення даного феномену.

Після кожної частини розділів наведено список використаної літератури, а наприкінці посібника подано рекомендовану літературу, де можна більш детально ознайомитися із використаними у даній книзі матеріалами.

Автори висловлюють вдячність за науково-професійну підтримку та допомогу керівництву Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України – директорові академіку НАПН України, доктору психологічних наук, професору С.Д. Максименку, вченому секретареві, доктору психологічних наук В.В. Турбан, завідувачу лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, член-кореспонденту НАПН України Г.О. Баллу, а також усім, хто виявляв інтерес до нашої роботи.

Окрема подяка всім членам наших родин за підтримку та розуміння.

З повагою, Валерій Зливков, Світлана Лукомська, Олена Федан

Розділ 1. Теоретичні аспекти дослідження кризових ситуацій

1.1 Сучасні класифікації кризових ситуацій та методологічні підходи до їх вивчення

Криза (від грецького kreses - рішення, поворотний пункт, результат) у психології визначається як важкий стан, викликаний будь-якою причиною або як різка зміна статусів персонального життя. Синоніми поняття «криза» в психологічній літературі є «критичний період» (Т. Шибутані), «перелом», «перехід» (Г. Шихі), «поворотний етап життєвого шляху» (С. Рубінштейн), «розрив» (Л. Виготський), «критична ситуація » (Ф. Василюк).



Кризовою називають ситуацію, коли людина стикається із перешкодами у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися з цією ситуацією за допомогою звичних засобів. Виділяють два типи кризових ситуацій: обумовлені змінами в природному життєвому циклі або травмуючими подіями життя.

У ситуації кризи при спробі опанування стресовим станом людина переживає певний вид фізичного та психологічного перевантаження. Емоційне напруження і стреси можуть призвести або до адаптації до нової ситуації, або до зриву і погіршення виконання життєвих функцій. Хоча деякі ситуації можуть бути стресовими для всіх людей, вони виявляються кризами для тих, хто особливо вразливий до них в силу своїх особистісних особливостей.

Проблематика кризи індивідуального життя розвивалася переважно в контексті профілактичної психіатрії.

Базовими були дослідження різних реакцій на життєві кризи в малій психіатрії Е. Ліндеманна (1944), у концепції стресу, стадіях розвитку дистресу Г. Сельє (1956), концепції восьми життєвих циклів і відповідних їм психосоціальних криз Е. Еріксона (1959), концепції трьох видів криз В. В. Козлова (1997) тощо.

Слід підкреслити, що в процесі життя будь-яка людина стикається з переживанням кризи. Мінімум це вікові кризи, кризи міжособистісних відносин або сімейні драми. Серед подій, які можуть зумовити кризи, дослідники виділяють такі, як смерть близької людини, тяжке захворювання, відділення від батьків, родини, друзів, зміна зовнішності, зміна соціальної обстановки, створення сім'ї, різкі зміни соціального статусу тощо.

Отже, криза – це своєрідна реакція особистості на ситуації, що вимагають від неї зміни способу буття – життєвого стилю, способу мислення, ставлення до себе, навколишнього світу і основних екзистенціальних проблем.

Теоретично життєві події кваліфікуються як стресові, якщо вони створюють потенційну або актуальну загрозу задоволенню основних потреб і при цьому

виникає проблема, від якої індивід не може втекти чи вирішити за допомогою наявних в його досвіді способів адаптації.

Отже, можна говорити про неминучість переживання криз будь-якою людиною як необхідний момент життя, процесу індивідуалізації, соціально-психологічного процесу розвитку і становлення особистості і групи. По суті, криза – це критичний момент і поворотний пункт життєвого шляху.

Психологи виділяють такі основні кризи, з яким стикається практично кожна людина протягом життя:

- кризи розвитку (вікові кризи);
- депривaційні кризи (кризи втрати і розлуки);
- травматичні кризи;
- кризи відносин;
- кризи сенсу життя;
- морально-етичні кризи.

Розглянемо їх детальніше.

Кризи розвитку (вікові кризи). Нетривалий проміжок часу в онтогенезі, що характеризується різкими психологічними змінами, пов'язаними із переходом на новий етап розвитку. П'ять вікових криз припадають на дитячий вік. За часом вони чітко локалізовані і чітко визначені: криза новонароджених (до 1 міс.), криза одного року, криза (3 років), криза (6-7 років), підліткова криза (11-12 років) і юнацька криза. На думку Л.С. Виготського, криза, або критичний період – час якісних позитивних змін, результатом яких є перехід особистості на новий, вищій щабель розвитку [8]. Зазвичай положення Л.С. Виготського застосовуються і для розуміння закономірностей розвитку дорослих. Проте наголошується, що кризи дорослих, порівняно із кризами дітей, не мають такої жорсткої прив’язки до віку. Найчастіше вони зріють поступово, але можуть виникати і раптово – у випадку різких змін у соціальній ситуації людини. У зарубіжній психології вікові кризи (maturational, developmental crises) зазвичай асоціюються із теорією психосоціального розвитку Е.Еріксона [17].

Депривaційні кризи (кризи втрати і розлуки). Депривація (від лат. deprivatio - втрата, позбавлення) – психічний стан, який виникає у людей, які тривалий час відчувають недостатнє задоволення своїх потреб. Прикладами



депривaційної кризи є розлучення, нещасний випадок, втрата близької людини. Переживання подібної кризи як гострого горя описується Е. Ліндеманном, згідно з яким нормальна реакція на горе охоплює п’ять складових: 1) поглиненість образом померлого, 2) ідентифікація з померлим, 3) почуття провини та недоброзичливість стосовно оточуючих, 4) порушення повсякденного функціонування, 5) погіршення самопочуття (соматичні скарги) [37]. П’ять стадій переживання горя виділено Е.Кюблер-Росс (1969, 2005) [33]: заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття. У 2004 р. разом із D.Kessler вона опублікувала оновлену версію своєї моделі, де визнала, що горе не

є лінійним процесом, люди не проходять через усі стадії, порядок яких може змінюватися та залежить від індивідуальних особливостей людини, її соціального оточення. Чотири завдання горювання визначені W.Worden (2002): 1) прийняти реальність втрати, 2) працювати із душевним болем (так звана «робота горя»), 3) скоригувати своє середовище без померлого, 4) емоційно віддалитися від померлого та продовжувати жити далі [50]. У моделі горювання C. M. Parkes (1970, 2001) виділив п’ять фаз: 1) шок, заціпеніння (початкова реакція на горе, що полягає у невірі в те, що сталося, емоційній анестезії), 2) туга (реальність приймається, але людина все же думками з померлим: вона може говорити з ним, чекати на телефонний дзвінок від нього, особливо яскраво ця фаза виявляється у подружжя, яке багато років прожили разом), 3) дезорганізація (порушення соціального функціонування, людина запитує себе: «Хто я тепер?» та поступово вчиться жити без померлого), 4) реорганізація (прийняття втрати, стабілізація повсякденного життя) [44]. Згідно зі шляхами переживання горя, S. A. Berger (2009) виділила п’ять типів ідентичностей. 1) Кочівники (не прийняли втрату та не розуміють як втрата вплинула на їхнє життя; у гострій стадії горя, більшість тих, хто вижив, кочівники, однак якщо ця стадія затягується, то і через 30 років після втрати, вони лишаються дезорієнтованими, не можуть організувати своє подальше життя). 2) Меморалісти (спрямовані на збереження пам'яті про померлу людину, вони часто відвідують кладовища, спілкуються із померлими, розповідають їм про свої справи, пишуть вірші та пісні на їх згадку). 3) Нормалізатори (спрямовані на відновлення свого життя після втрати, на пошук нового сенсу свого життя, вони зосереджуються на сім'ї та друзях, часто повторно одружуються, народжують другу дитину). 4) Активісти (спрямовані на допомогу іншим людям, наприклад хворим на ту ж хворобу, від якої померла їх близька людина, такі люди часто стають волонтерами чи громадськими активістами). 5) Шукачі (спрямовані на пошук сенсу життя у релігійних і філософських вченнях) [22].

Травматичні кризи (психотравма). Наслідок непередбаченої, раптової, приголомшливої події, реакція на ситуацію, в якій є загроза життю людини або її здоров'ю. Психологічні травми порушують нормативну організацію психіки і можуть зумовити межові (тимчасове відчуття дискомфорту) або клінічні стани (зниження імунітету, втрата працездатності, порушення когнітивних процесів). Найбільшого поширення поняття «психологічна травма» отримало в рамках теорії посттравматичного розладу і кризової психології, що виникла наприкінці 80-х років XX ст. Найчастіші причини психотравми: фізична травма, що призвела до інвалідизації, хронічна невиліковна хвороба, раптова смерть близької людини, ДПТ, розрив значущих стосунків, приниження або глибоке розчарування в людях (O. Paul, M. Fossey, S.Freeth, H. Hughes) [43]. Психологічні симптоми психотравми: шок, заперечення, невіра, гнів, дратівливість, перепади настрою, почуття провини, сорому, самозвинувачення, сум, відчуття безнадійності, труднощі із концентрацією уваги,



занепокоєння і страх, відокремлення від інших. Фізичні симптоми психотравми: безсоння або нічні жахи, переляк за відсутності причин, сильне серцебиття, біль, втома, знервованість, ажитація, напруження м'язів.

Кризи відносин. Криза, зумовлена проблемами у стосунках, а часто й їх розривом, ініційованим одним із партнерів. Згідно із психологічною моделлю L. Lee (1984) існує п’ять стадій розриву стосунків: 1) Незадоволеність (у одного або двох партнерів посилюється незадоволеність стосунками); 2) Розголос (обидва партнери повідомляють один одному про свої переживання); 3) Переговори (обидва партнери намагаються домовитися про вирішення проблем); 4) Вирішення і трансформація (обидва партнери втілюють результати переговорів); 5) Припинення стосунків (прийняте рішення не покращило стосунки та не вирішило проблем) [36].

Кризи сенсу життя (екзистенційні кризи). Стан тривоги, відчуття глибокого психологічного дискомфорту при питанні про сенс існування. Найбільш поширений у культурах, де основні потреби для виживання вже задоволені. Екзистенційна криза часто зумовлена значущою подією або зміною в житті людини. Зазвичай це змушує її замислитися про власну смертність, знімаючи психологічний бар'єр, який захищав від цих неприємних думок. Типовими прикладами подібних подій є смерть коханої людини, реальна загроза власному життю, використання психоделіків на кшталт LSD, досягнення певного віку або тривале ув'язнення в одиночній камері. Норвезький філософ П.Цапффе[1] у своїй книзі «Останній Меccія» (норв. Den sidste Messias; 1933) окреслив чотири шляхи подолання екзистенційної кризи: фіксація (зосередженість на певних усталених ідеалах, таких як Бог, церква, держава, люди, моральність, доля, закони життя, майбутнє); ізоляція (цілковите звільнення свідомості від тривожних думок і почуттів); відволікання (зосередженість на інших, не пов’язаних із сенсом життя, проблемах); сублімація (переорієнтація із негативних думок на позитивні, аналіз власного життя з естетичних позицій). Сам П. Цапффе зазначав, що усі його праці були продуктом сублімації.



Морально-етичні кризи (кризи духовних цінностей). З духовною кризою тісно пов'язана морально-етична криза, зумовлена руйнуванням системи цінностей особистості, що живе на зламі століть. Відома китайська мудрість говорить: «Не дай тобі Боже жити в епоху змін», що найповніше відображає кризу в свідомості людей. Попередні цінності нівелюються, і на зміну їм або не з'являються інші, або приходять нові, які в більшості своїй запозичуються із інших культур, чужих людині.

[1] Zapffe, Peter Wessel, "The Last Messiah". Philosophy Now. Retrieved April 2, 2008 // https://philosophynow.org/issues/45/The_Last_Messiah

Так, Р.А. Ахмеров [4] ввів в психологію таке поняття, як ***біографічні кризи особистості*** – переживання людиною непродуктивності свого життєвого шляху, що виявляється у таких формах як нереалізованість (непродуктивність минулого), спустошеність (непродуктивність теперішнього), безперспективність (непродуктивність майбутнього), або у їх різних поєднаннях. Діагностичними показниками біографічних криз є низька самооцінка продуктивності життя, низький рівень досягнень, високий або занижений показник реалізованості у картині життя. Все це характеризує як біографічну кризу, так і кризу автентичності. Криза автентичності як психологічний феномен пов'язана із трансформацією всіх сфер життєдіяльності людини і, головним чином, її уявлень про себе та інших людей і ставлення до них.

Ми визначаємо наступні критерії кризи автентичності: самовідчуження (усвідомлення особистістю власної несвободи, залежності від соціальних обмежень, відсутність можливостей для самореалізації), депривованість (переживання фрагментарності власного життя, що характеризується складнощами пошуку об’єктів, з якими особистість може себе ідентифікувати), низький самоконтроль (часта зміна настрою, залежність поведінки від задоволеності чи незадоволеності ситуативних потреб, небажання брати на себе відповідальність за власні вчинки), залежність від соціального оточення (сугестивність, конформізм, відчуття підпорядкованості іншим) та асоціальні копінг-стратегії (агресивність, уникнення ситуацій спілкування, невпевненість у собі, негативізм по відношенню до оточуючих).

Криза нереалізованості пов'язана із суб'єктивною оцінкою результатів власного життєвого шляху або зі страхом низької оцінки досягнень суб'єкта представниками нового соціального середовища, до якого йому слід адаптуватися (наприклад, до нової професійної спільноти). Відчуття гармонійних стосунків із соціумом полягає в тому, щоб виконувані соціальні ролі і обов'язки не тільки збігалися із власними життєвими цілями, а й були підкріплені суспільною потребою у них [20].

Криза спустошеності виникає коли у суб'єктивній картині життєвого шляху практично не пов’язані події минулого і сьогодення, сьогодення та майбутнього. Криза переживається як відсутність конкретних цілей, попри наявність певних трудових досягнень і об'єктивних можливостей у професійній діяльності. Однією з причин такого стану може бути втома після тривалого періоду самовідданої і наполегливої роботи. У цьому випадку людина потребує паузи, відпочинку від надмірної активності та зміни оточуючої обстановки. Інший варіант спостерігається при різкій зміні соціальної або життєвої ситуації, коли у людини виникає відчуття невизначеності, непередбачуваності майбутнього, коли «не знаєш, за що вхопитися і що чекає вже завтра». Поняття «недільний невроз» (В.Франкл) [13] характеризує пригнічений стан і відчуття порожнечі, яке люди часто відчувають після закінчення трудового



тижня. Такий стан відбувається через так званий екзистенційний вакуум, що виявляється у відчутті нудьги, апатії і порожнечі. Подолання кризи спустошеності можливе шляхом розвитку своєї суверенності та спонтанності як механізмів набуття та розгортання людиною свого особистісного потенціалу.

Криза безперспективності пов’язана із неясністю життєвих і професійних планів, шляхів самовизначення, самореалізації у тих чи інших можливих ролях, відсутністю задумів на майбутнє, нерозумінням потенційних зв'язків подій минулого, теперішнього та майбутнього. Причина кризи не у невизначену майбутньому (навпаки у його чіткій зрозумілості, наприклад впевненості у відсутності кар’єрних перспектив), а у переживаннях, які стосуються очікування такого гарантованого майбутнього – «попереду мені нічого не світить». У людини є минулі досягнення, важливі особисті та професійні якості, але вона не бачить для себе шляхів самореалізації у нових можливих професійних та соціальних ролях. Реальним показником наявності такої кризи є наявність психосоматичних проблем.

Окрім окреслених класифікацій кризових ситуацій, існують й інші. Зокрема критичні ситуації (Ф.Василюк); конфлікти, ситуації фізичної небезпеки, ситуації невідомості (К. Левін); аффектогенні життєві ситуації (Ф.Бассін); конфліктні ситуації, що ведуть до психологічної кризи (А.Амбрумова); важкі ситуації (А.Анцупов, А.Шипілов).



Для аналізу психічних феноменів автор теорії поля К.Левін використовує поняття «валентність» - властивість об'єкта притягати і відштовхувати. На підставі конструкту валентності К. Левін інтерпретує феномен конфлікту. За його словами, *конфлікт* психологічно визначається як протидія приблизно рівних сил поля. Для рушійних сил (тобто для сил, пов'язаних із позитивною і негативною валентностями) він виділяє три основні різновиди внутрішнього конфлікту (1980). Поведінка людини в конфлікті пов'язана з валентністю об'єктів, розташованих в її психологічному полі.

1. Людина знаходиться між двома позитивними валентностями. Їй необхідно вибрати між двома привабливими об'єктами. Сумніви зумовлені тим, що після здійснення вибору мета може виглядати менш привабливо, ніж в ситуації конфлікту.

2. Зіткнення з об'єктом, який має одночасно позитивну і негативну валентності ("і хочеться і страшно"). Поведінка людини в даній ситуації полягає у наближенні-віддаленні від об'єкта.

3. Конфлікт між двома негативними валентностями (наприклад, між необхідністю виконання неприємної роботи та загрозою покарання). Енергетичні витрати в такому разі значно підвищуються, навіть якщо робота досить легка [11].

Ситуації невідомості характерні для потрапляння людини в невідому обстановку (заблукала в лісі, в горах тощо) або збігу обставин побутового плану, в яких індивід не знає, як йому бути (наприклад, людині, яка стоїть поруч, стало погано, а сусід не знає що робити).

Ситуації небезпеки супроводжуються виникненням безпосередньої загрози (дійсної або уявної) здоров'ю або життю людини (серйозна хвороба, ситуації хірургічної операції, різні побутові травми, падіння в воду осіб, які не вміють плавати, пожежа, повінь, землетрус, зупинка ліфта між поверхами, рух поодинці через небезпечну місцевість тощо).

Ситуація, на думку А.Анцупова і А. Шипілова може бути розглянута як складна суб'єктивно-об'єктивна реальність, де об'єктивні складові представлені у вигляді суб'єктивного сприйняття і особистісної значущості для її учасників. А. Анцупов і А. Шипілов визначають важку ситуацію життя як таку, що характеризується розбалансованістю системи «завдання - особисті можливості і (або) мотиви-умови середовища», що викликає психічну напруженість у людини. Ступінь неузгодженості визначає рівень складності ситуації [3].

Загальні ознаки важкої ситуації:

- Наявність труднощів, усвідомлення особистістю загрози, перешкоди на шляху реалізації будь-яких цілей, мотивів;
- Стан психічної напруженості як реакція особистості на труднощі, подолання якої значуще для суб'єкта;
- Помітна зміна звичних параметрів діяльності, поведінки, спілкування, вихід за рамки «звичайності».

На їхню думку, основними видами важких ситуацій є утруднені ситуації діяльності, побутові, соціальної взаємодії і внутрішньособистісного плану.

Важка життєва ситуація, незалежно від форми, яку вона набуває для людини, супроводжується емоціями. Ф.Бассін (1972) виділив «*аффектогенні життєві ситуації*», тобто ситуації емоційного напруження, що зумовлюють виникнення психологічних травм, які впливають на найважливіші цінності особистості та порушують заходи психологічного захисту. Це призводить до порушення рівноваги особистості, а також її адаптованості у зовнішньому світі. Критичний компонент ситуації визначається наявністю емоційного напруження, а ступінь його впливу на особистість – силою афекту і реакціями людини [5].

Аффектогенні ситуації характеризуються:

- Звуженням свідомості;
- Автоматизмом дій, які носять стереотипний характер;
- Відсутністю реальної оцінки ситуації;
- Відсутністю вибору, відсутністю альтернатив поведінки;
- Частковим забування виконаної дії;
- Постаффективною млявістю, байдужістю, іноді втратою свідомості.

Однією з форм важких життєвих ситуацій є *емоційно-важка ситуація* (А.Кочарян, 1986), що апелює до емоційно-мотиваційної сфери, викликаючи в ній напруження. А.Кочарян пропонує розглядати поведінку в емоційно важких ситуаціях як вектор у п’ятивимірному просторі ознак, утвореному: 1) механізмами захисту; 2) механізмами подолання; 3) механізмами компенсації; 4) механізмами розрядки; 5) механізмами маніпуляції. Їх загальна неспецифічна функція полягає в редукції емоційної напруги, однак конфліктоутворюючий грунт може залишатися. Внаслідок переживання таких ситуацій відбувається порушення адаптованості особистості в соціумі, а у більш важких випадках

(затяжний міжособистісний або внутрішньоособистісний конфлікт) - до посилення внутрішньої напруги і порушення розвитку особистості []. Б. Алмазов (1986) визначав внутрішнє психічне напруження як фрустраційне, що є результатом середовищної дезадаптації. Причому в міру наростання фрустраційної напруги відбувається поступова переорієнтація особистості на неадекватні стосунки з оточуючими [10].

Кризовий стан (А. Амбрумова, 1986) – це психічний (психологічний) стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньоособистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. Кризовий стан розвивається під впливом внутрішніх процесів, а зовнішні події можуть бути його запускним механізмом. А.Амбрумова пов'язує кризову ситуацію із внутрішньоособистісними переживанням і реакціями. Вона поділяє ситуаційні реакції на шість типів:

1) реакція емоційного дисбалансу (характеризується домінуванням негативних емоцій, загальний фон настрою знижений, відбувається звуження кола спілкування та глибина контактів – вони стають більш поверхневими і частково носять формальний характер);



2) песимістична ситуаційна реакція (виражена передусім негативним світосприйняттям, видозміною і переструктурування системи цінностей, стійким зниженням рівня оптимізму, реальне планування поступається місцем похмурим прогнозам, уявна неконтрольованість мінливих подій або умов викликає вторинне зниження самооцінки, відчуття меншовартості, втім бувають випадки, коли песимістична ситуаційна реакція настає на тлі завищеної оцінки своїх можливостей, тобто непомірних, які не відповідають особистісним можливостям домагань, створюється ситуація штучно перебільшеного стресу);

3) реакція негативного балансу (це ситуаційна реакція, змістом якої є раціональне підведення життєвих підсумків, оцінка пройденого шляху, визначення реальних перспектив існування, порівняння позитивних і негативних моментів продовження життя);

4) ситуаційна реакція демобілізації (відрізняється найбільш різкими змінами в сфері контактів: відмовою від звичних контактів або щонайменше значним їх обмеженням, що викликає стійке, тривале і болісне переживання самотності, безпорадності, безнадійності, спостерігається також часткова відмова від діяльності, окрім найнеобхідніших до яких примушують встановлені і прийняті людиною правила і вимоги суспільства);

5) ситуаційна реакція опозиції (характеризується екстрапунітивною позицією особистості, вираженою агресивністю, різко негативними оцінками оточуючих і їх діяльності, ця реакція зазвичай поступово згасає сама по собі, але в разі глибини і високої інтенсивності вимагає швидкого прийняття адекватних

заходів адаптації – задля уникнення прогресуючого поглиблення опозиційної установки особистості.);

6) ситуаційна реакція дезорганізації (містить в основі своїй тривожний компонент, внаслідок чого спостерігаються соматовегетативні прояви (гіпертонічні та судинно-вегетативні кризи, порушення сну). Дана реакція не має захисної функції, тоді як всі інші типи ситуаційних реакцій (включаючи песимістичну) можуть вважатися реакціями психологічного захисту, оскільки економлять психічну енергію, тим або іншим способом обмежуючи реальну практичну діяльність індивіда без порушення системи адаптації як такої).

Необхідною умовою виникнення кризи є значні емоційні навантаження, блокування найважливіших потреб індивіда і його специфічна особистісна реакція на це [2].

Психолог, відомий своїми працями із психології переживання, Ф. Василюк, визначає кризову ситуацію як ситуація неможливості, в якій суб'єкт стикається із неможливістю реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей та ін.). Описуючи кризову ситуацію, він виділяє чотири ключових поняття, це стрес, фрустрація, конфлікт і криза. Незважаючи на велику кількість літератури з проблем стресу і кризи багато авторів вкладають різний зміст у ці поняття. Тому особливий акцент ми зробимо на аналізі психологічного концепту стрес.

Поняття «стрес» (англ. «destresse» від лат. «stringere» - затягувати) у відомому нині значенні не використовувалося до 1920-х рр., проте тривалий час вживалося у фізиці для позначення внутрішнього розподілу сил, який впливає на матеріальне тіло та призводить до виникнення напруги. У 1920-30-х рр. біологи та психологи іноді використовували це поняття як синонім психічної напруги чи шкідливого чинника середовища, здатного викликати хворобу. У 1926 р. американський психофізіолог В. Кеннон використав поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, які руйнують гомеостаз, втім у науковий обіг дане поняття було введено лише у середині 1940-х рр. Базуючись на ідеях В.Кеннона і К.Бернара (автора поняття «внутрішнє середовище організму»), відомий дослідник стресу канадський фізіолог Г.Сельє у 1936 р. опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром, але тривалий час уникав вживання поняття «стрес» і лише з 1946 р. він почав систематично використовувати його для позначення загальної адаптаційної напруги. Г.Сельє довів, що стрес відрізняється від інших фізичних реакцій в тому, що він є стресом незважаючи на те, що подразники, які його викликають (наприклад, новини), можуть бути як негативними, так і позитивними. Він назвав негативний стрес «дистресом», а позитивний – «евстресом». Якщо евстрес є джерелом підвищення активності, радості від напруження і успішного подолання, характеризується активізацією

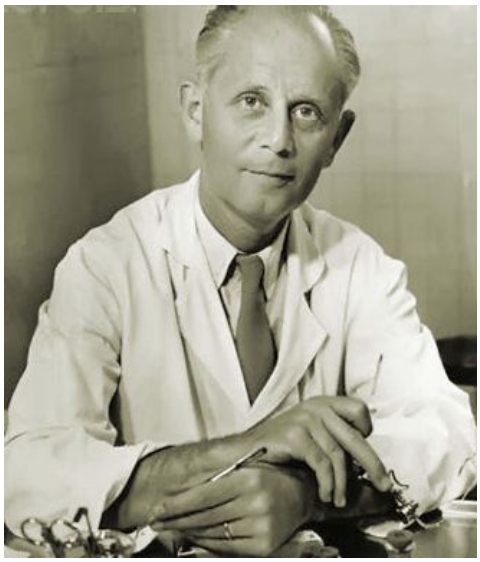


мислення та пам'яті, то дистрес виникає лише при дуже частих і надмірних стресах і супроводжується відчуттям безпорадності і безнадійності.

Крім того, Г.Сельє вперше детально описав гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (вісь HPA) – систему, за допомогою якої організм долає стрес. Нині популярними лишаються його ідеї про стан тривоги, опору та виснаження, які розглядаються як стадії розвитку стресу. Згодом Г.Сельє доопрацював свою теорію, ввівши поняття двох «резервуарів» стресостійкості або альтернативної енергії стресу. Він запропонував розрізняти «поверхневу» і «глибоку» адаптаційну енергію. Перша доступна відразу і може бути заповнена за рахунок другої – «глибокої». Остання мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму, втім її виснаження незворотне. Г. Сельє порівнював запаси адаптаційної із успадкованим багатством: можна брати зі свого рахунку, але не можна робити додаткові внески.

Концепція загального адаптаційного синдрому Г.Сельє.

Виділено три основні положення концепції Г.Сельє. 1) Фізіологічна реакція на стрес не залежить від природи стресору (синдром відповідної реакції – це універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму). 2) У динаміці розвитку загального адаптаційного синдрому наявні три стадії адаптації: стадія тривоги (мобілізації), яка зумовлює тимчасове зниження резистентності організму, стадія резистентності (стійка адаптація до дії стресору) і стадія виснаження як наслідок виснаження адаптаційних можливостей. 3) Якщо захисна реакція тривала та виснажує ресурси фізіологічних механізмів, тоді виникає хвороба і зрештою організм гине.



Г.Сельє образно порівняв три фази загального адаптаційного синдрому зі стадіями людського життя: дитинство (з властивою цьому віку низькою опірністю і надмірними реакціями на подразники), зрілість (коли відбувається адаптація до найбільш частих впливів і збільшується опірність) і старість (з незворотною втратою опірності і поступовим старінням, що закінчується смертю) [47].

Критика концепції Г.Сельє.

У своїй концепції Г. Сельє не розглядав роль центральної нервової системи у механізмах стресу, що на думку сучасних вчених вважається суттєвим недоліком теорії. Втім сам фізіолог визнавав, що роль ЦНС недооцінена, але ключовою в адаптації все ж вважав ендокринну систему людини, зокрема дві групи гормонів кори надниркової залози. Перша – глюкокортикоїди, які трасформують протеїн у глюкозу та є частиною механізму зворотного зв'язку імунної системи, зменшуючи імунну відповідь (запалення). Друга – мінералокортикоїди, гормони, які регулюють водно-сольовий обмін в організмі, найважливішим із них у процесі адаптації є дезоксикортикостерон.

Г. Сельє визначив особливості адаптації лише для грубих подразників, втім на думку критиків його концепції, це є неспецифічною адаптацією, саме неспецифічна адаптація залежить від кори надниркових залоз, втім справжня адаптація до стресорів, на думку Б.Гоулдстона, настає тільки тоді, коли людина навчається вправлятися зі стресорами [29].

Характеризуючи основну особливість концепції стресу, Л. О. Китаєв-Смик зазначає, що «об'єкт досліджень Г. Сельє – неспецифічні симптоми адаптації до стресу – поняття відносне. Їх можна «побачити», лише виокремлюючи подібні симптоми із безлічі симптомів адаптації. Стрес – це поняття, яке «губиться» при надмірно великому або надмірно малому колі досліджуваних симптомів [9].

У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій. Нині доволі часто ці стимули і події називаються «стресорами» або «стрес-факторами» (J.K.Schkade, S.Schultz [48]). По-друге, стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму, коли він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, тобто емоції, захисні реакції і процеси подолання (Ю.Щербатих [16]). По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних реакцій, ймовірно, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану (В.Бодров [6]).

Розглянемо деякі популярні нині концепції стресу та дотичних до нього понять.

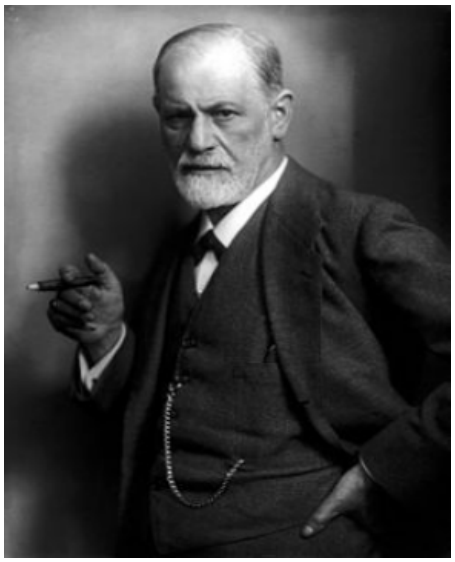
У ***психодинамічній моделі*** базовим є поняття тривоги, яка тісно пов’язана зі стресом, оскільки з одного боку, тривога і тривожність є ознаками стресу, а з іншого – вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресу.

Психодинамічна модель, базується на положеннях теорії З.Фройда, де він описав два типи тривоги: а) сигнальна тривога – є відповіддю Его на внутрішню небезпеку і спонукає до утворення та використання захисних механізмів; б) первинна тривога – емоційний досвід, який супроводжує розпад Его. У своїх пізніх роботах про тривогу З.Фройд розглядав цю форму як базову, фундаментальну (тобто первинну) тривогу і відрізняв її від сигнальної тривоги, яка розумілася ним як така, що має захисні, пристосувальні функції. Отже, тривога є функцією Я, вона дає можливість людині реагувати в загрозливих ситуаціях адаптивним способом (З.Фройд, 1926). Залежно від того, звідки йде загроза для Я (із довкілля, від Воно чи Над-Я), психоаналітична теорія виділяє три типи тривоги: реалістичну, невротичну і моральну [14].

Реалістична тривога. Емоційна реакція на загрозу і/або розуміння реальних небезпек зовнішнього світу (наприклад, небезпечні тварини або випускний іспит) називається реалістичною тривогою. Вона переважно є синонімом страху, може послаблювати здатність людини ефективно справлятися з джерелом небезпеки і забезпечує самозбереження.

Невротична тривога. Емоційна відповідь на небезпеку того, що неприйняті імпульси з боку Воно стануть усвідомленими. Зумовлена страхом, що Я виявиться нездатним контролювати інстинктивні спонукання, особливо статеві

або агресивні. Невротична тривога спочатку переживається як реалістична, оскільки покарання зазвичай виходить із зовнішнього джерела і лише тоді, коли інстинктивні імпульси Воно загрожують прорватися через контроль Я, виникає невротична тривога.



Моральна тривога виникає тоді, коли Воно прагне до активного вираження аморальних думок чи дій, а Я відчуває загрозу покарання з боку Над-Я, водночас Над-Я реагує на це почуттям провини, сорому або самозвинуваченням. Подальший розвиток Над-Я веде до *соціальної тривоги*. Пізніше З. Фройд переконався в тому, що тривога, що «бере» свій початок з Над-Я, і зрештою трансформується у страх смерті і очікування майбутнього відплати за минулі або теперішні гріхи.

З. Фройд був переконаний в тому, що вся поведінка людини регулюється прагненням зменшити збудження, зумовлене неприємними напруженнями на рівні організму. Інстинкти Воно постійно вимагають зовнішнього вираження, і люди організовують свою поведінку так, аби знизити рівень цієї напруги, сформованої енергією інстинктів. З точки зору психодинамічної теорії, людина завжди спрямована на збереження гомеостатичного балансу.

К.Г. Юнг вважав, що афект є центральним організуючим принципом психічного життя, так як він пов'язує воєдино різнорідні компоненти розуму (відчуття, ідеї, спогади, думки), наділяючи кожен з цих елементів загальним для всіх «чуттєвим забарвленням». У тому випадку, якщо життєва подія супроводжується сильним афектом, як, наприклад, при ранній травмі, всі пов’язані з цією подією ментальні елементи і елементи сприйняття переживання будуть акумульовані навколо цього афекту, утворюючи, таким чином, чуттєво забарвлений комплекс. Чуттєво забарвлені комплекси є базовими функціональними елементами психіки, і в силу того, що людські афекти універсальні, ці комплекси схильні, в їх найбільш регресивних проявах, набувати певних «архаїчних», «типових» - звідси «архетипічних» - форм [18].

Ключовим висновком ***теорії комплексів К.Г. Юнга*** є те, що автономні комплекси, навантажені емоційним негативом – це причина всіх психопатологій, що не мають в своїй основі патологій фізіологічних (травми, вроджені дефекти тощо), бо дані автономні психічні утворення не тільки непідконтрольні свідомості, а й самі можуть оволодіти нею.

Один із засновників неофройдизму ***Е.Фромм*** зробив висновку про те, що невід'ємною рисою людського існування нині є самотність, ізоляція і відчуженість. Водночас він був упевнений в тому, що кожен історичний період характеризувався прогресивним розвитком індивідуальності по мірі того, як люди боролися за досягнення більшої особистої свободи у розвитку всіх своїх потенційних можливостей. Е. Фромм, на відміну від З.Фройда і К.Г. Юнга,

вважав, що ця прірва між свободою і безпекою стала причиною безпрецедентної тривоги і труднощів в людському існуванні, що робить особливо затребуваною психологічну допомогу, будь то психологічна консультація, психотерапія або психоаналіз. Люди вступають у боротьбу за свободу і самостійність, але власне ця боротьба викликає відчуття відчуження від природи і суспільства. Люди потребують того, щоб мати владу над своїм життям і мати право вибору, але їм також необхідно відчувати себе пов'язаними з іншими людьми.

Інший представник неофройдизму ***К. Хорні*** свого часу, прийшла до висновку, що домінуючий вплив на розвиток і становлення особистості має саме суспільство. Вона стверджувала, що розвиток індивідуума не обмежується лише впливом вроджених інстинктивних прагнень і людина сама може змінюватися і управляти процесом свого становлення [15]. Відповідно до теорії К.Хорні, домінуючою силою в структурі особистості є почуття несвідомого занепокоєння, яке автор назвала «корінною тривогою». Описуючи це почуття, К. Хорні мала на увазі переживання тривоги і самотності, які відчуває кожна дитина, потрапляючи у величезний ворожий світ. Таким чином, вона поділяла думку З.Фройда про протистояння зовнішнього світу і людини.

Щоб знизити постійне відчуття психологічної тривоги потрібно працювати над становленням адекватного Я-образу, який на думку К.Хорні складається із трьох компонентів: Я-ідеального, Я-реального та Я-в очах оточуючих. У стійкої до неврозів особистості всі три частини збігаються і створюють одне цілісне Я. Але така «єдність» зустрічається далеко не у кожного, і найчастіше у людини існує конфлікт між окремими складовими її образу.



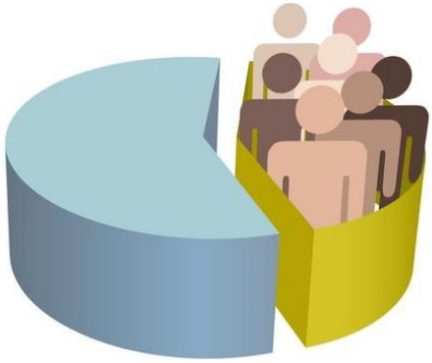
Згідно К.Хорні, щоб уникнути почуття тривоги, людина використовує механізми психологічного захисту. Залежно від обраного механізму, автор виділяла три типи поведінки: поступливий, агресивний, усунутий. Поступливий тип поведінки спрямований на «сліпу» згоду з людьми, і полягає у прагненні отримати суспільне схвалення. Актуальними є потреби у прийнятті, заохоченні і в партнері, на якого можна перекласти відповідальність за своє життя. Всі ці потреби нереалістичні і не можуть бути насичені, тому людина, отримуючи схвалення, вимагає все більшого. При агресивному механізмі, особистість прагне силою нав'язати іншим своє Я-ідеальне уявлення. Це виражається у зневажанні думки оточуючих, домінуванні, експлуатації інших людей. Усунутий тип поведінки полягає в уникненні суспільства і прагненні до самотності. Але і це не допомагає знизити тривогу, адже ізолювавши себе від інших людей, особистість продовжує відчувати постійний стрес від неприйняття суспільством [15].

Ще однією відомою теорією стресу є ***модель Х. Вольф*** (1953), згідно з якою стрес є фізіологічною реакцією на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів

поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї. Х. Вольф визначає стрес як динамічний стан організму, який розвивається у відповідь на вимогу адаптації. Х. Вольф вважав стрес центральним в житті людини, тому що життя полягає у постійній адаптації [49]. Теорія Х.Вольфа, так само як і теорія Г. Сельє відносяться до так званих моделей відповідних реакцій, де стрес розглядається як фізіологічна реакція у відповідь на вимоги оточуючого середовища. Дотичною до окреслених моделей стресу є і ***модель D. Mechanik*** (1962). Центральним елементом в цій моделі, є поняття і механізми адаптації, яка визначається автором як спосіб, яким індивід бореться із ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними нею і яка має два прояви: 1) подолання (coping) - боротьба з ситуацією, 2) захист (defence) - боротьба з почуттями, зумовленими ситуацією. Подолання, «опанування» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою і здібностями у прийнятті індивідами адекватних рішень при зустрічі з життєвими завданнями і вимогами [39].

Згідно із моделлю стресу ***А. Кагана та Л.Леві*** (1971), яка базується переважно на ідеях Г.Сельє, соматичні хвороби виникають переважно під впливом соціальних і психологічних чинників. Важливим у цій моделі є тип взаємозв'язку між рівнем психосоціальної стимуляції і ступенем стресу, який виступає в якості причини виникнення захворювання. Іншою важливою стороною цієї моделі є наявність «психобіологічної програми», яка визначається схильністю до реагування за певним чином, що обумовлено, з одного боку, спадковістю, а з іншого боку – відображає результати минулого досвіду і навчання.

Стимульні моделі стресу. До стимульних відносяться ті моделі, які розглядають стрес як психологічну вимогу, що призводить до особистісної напруги (R.A. Anderson, 1978; D.T.Hall, R.Mansfleld, 1971; T.Holmes, R.Rahe, 1967; M.Shinn, M.Rosario, 1984). Стрес в них розглядається як незалежна змінна, як певна об'єктивна властивість навколишнього середовища. Найповніше стимульні моделі застосовуються при вивченні механізмів виникнення та перебігу професійного стресу. Особливо увагу у даному напрямку слід приділити дослідженням T.Holmes, R.Rahe (1967), які вимірювали стрес за допомогою присвоєння цифрових значень 43-м складним життєвим (стресовим) подіям. Вони припустили, що середнє значення адаптивних зусиль, необхідних для копінгу є важливим показником важкості стресової події [31].



Модель стресу B. Dohrenwend (1973, 1979). Базуючись зокрема на ідеях Holmes, R.Rahe (1967) B. Dohrenwend визначила, що низький соціальний статус суттєво впливає на вираженість стресу індивіда, оскільки зумовлює велику кількість стресових подій у його житті і, відповідно, низьку стресостійкість. Стрес меншості (minority stress) – це хронічно високий рівень стресу у представників стигматизованих груп меншин. Цей стрес зумовлений як браком соціальної підтримки, низьким соціоекономічним статусом та особливо міжособистісними упередженнями і дискримінацією. ***Теорія стресу меншості*** (Dohrenwend B. P., Meyer I. H., Hatzenbuehler M. L., Williams D. R.) створена у

контексті концепції соціальної причинності, припускає, що соціальні ситуації не приводять безпосередньо до погіршення стану здоров'я осіб з числа меншин, але ці ситуації викликають хронічний стрес, який через певний час зумовлює виникнення проблем зі здоров'ям. Згідно з цією теорією розрізняються дистальні та проксимальні стресові процеси. Дистальні стресові процеси є зовнішніми для представників соціальних меншин і полягають в упередженнях, стереотипах і дискримінації. Проксимальні стресові процеси є внутрішніми тобто результатом дії дистальних стресорів – приховування власної ідентичності, негативне ставлення до своєї групи меншості, низька самооцінка [37].

Міждисциплінарна модель стресу базується на дослідженнях, проведених в процесі підготовки повітряно-десантних військ**.** На думку авторів моделі (Basowitz H., Persky H., Korchin. Sh., Grinker R., 1955) [21], стрес виникає під впливом стимулів, які викликають тривогу у більшості індивідів або окремих їх представників і призводить до низки фізіологічних, психологічних і поведінкових реакцій, у деяких випадках патологічних, але можливо й зумовлюють вищі рівні функціонування і нові можливостям регулювання. Дослідниками встановлено, що за особливостями реагування на стресові ситуації можна спрогнозувати орієнтованість індивідів на досягнення успіху або уникнення невдачі.

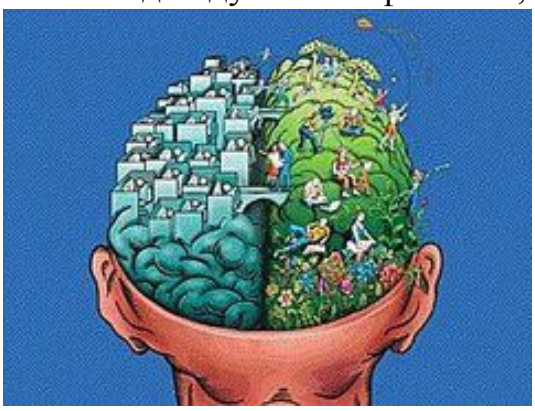
Найповніше процеси виникнення, розвитку і прояву психологічного стресу представлені у ***когнітивній теорії стресу***, основу якої складають положення про роль пізнавальної суб'єктивної оцінки загрози несприятливого впливу і власної можливості подолання стресу (Лазарус Р., 1970). Загроза розглядається як стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. «Шкідливі» властивості стимулу (умов) оцінюються за характеристиками інтенсивності впливу, ступеню невизначеності значення стимулу і часу впливу, а також ресурсів індивіда щодо подолання такого впливу. Система цінностей і поглядів на світ визначає те, що для конкретної людини буде загрозою, а що ні. Віра в себе і свої ресурси дає людині підставу для оцінки того, наскільки вона успішно зможе впоратися з цією проблемою [34]. Ключовими положеннями когнітивної теорії стресу Р. Лазаруса є те, що одна і та сама подія може зумовити високий рівень стресу у одного індивіда і водночас виявитися практично нейтральною для іншого; одна й та сама людина може в одному випадку поставитися до того, що відбувається, як до стресової події, в іншому ж випадку відреагувати на неї нейтрально, що безпосередньо залежить від контексту ситуації, фізичного і психологічного стану людини.

Транзактна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса базується на уявленнях про стрес як транзакційний феномен, залежний від значущості стимулів для реципієнтів (Р. Лазарус, 1966; А. Антоновський, 1979). Стресовий вплив довкілля зумовлений, по-перше, оцінкою людиною стресових чинників, а по-друге – наявними у неї соціальними і культурними ресурсами. В процесі первинного оцінювання людина відповідає на питання «Чи насправді у мене є проблема?». Усвідомлення проблемної ситуації завжди пов’язане із неприємними емоційними переживаннями та загальним дискомфортом. Коли емоції змінюються усвідомленням існування проблеми, настає етап вторинного оцінювання, що полягає у глибшому аналізі ситуації, активації усіх можливих

копінг-стратегій задля відповіді на питання «Що я буду далі робити аби вирішити проблему?» [34].

Зазначимо, що нерідко транзактну модель стресу та копінгу Р.Лазаруса плутають із транзактною моделю стресу Т. Кокса, розглянемо її детальніше.

Транзактна модель стресу Т.Кокса (Т. Кокс і Дж. Макей, 1978, 1981, 2000) описує динамічний процес, що виникає при наявності у людини труднощів, і її спробах відреагувати на них. Стрес розглядається як індивідуальний феномен, який є результатом взаємодії між людиною і ситуацією, в якій вона знаходиться. В основі моделі лежить взаємозв'язок чотирьох основних аспектів діяльної особистості і довкілля: підтримка від зовнішнього середовища, вимоги зовнішнього середовища, а також особистісні ресурси людини та її внутрішні потреби і оцінки. Транзактна модель підкреслює наявність зворотнього зв’язку між усіма компонентами системи, тобто розглядає стрес не як лінійну реакцію, а як цілісну замкнену систему. Т. Кокс і Дж. Макей виділили у цій системі п’ять стадій. Перша – вплив на людину фактичних вимог довкілля, друга – когнітивна оцінка (усвідомлення) людиною поставлених перед нею вимог і власних можливостей впоратися з ними, у випадку порушення рівноваги між усвідомленими вимогами та усвідомленими можливостями – виникає стрес. Чим більше людина невпевнена у своїх силах, чим менше досвіду подолання фактичних вимог вона має, тим швидше руйнується рівновага і виникає стрес. На третій стадії відбувається емоційне переживання стресу тобто зміна фізіологічного стану, когнітивні та поведінкові спроби зменшити стресовий характер поставлених перед людиною вимог. Четверта стадія – реакція протидії стресогенній ситуації усіма доступними індивіду способами. П’ята стадія – це зворотній зв'язок, який впливає на всі інші стадії динамічної системи стресу [24].



Загалом, прихильники транзактних моделей акцентують увагу на особливій ролі суб’єктивного сприймання довкілля, а відмінності у способах подолання стресу вважають зумовленими копінгами, властивостями особистості, локусом контролю тощо. Згодом дана модель удосконалена авторами (Т. Кокс, Дж. Макей, 1985) і ключовим у виникненні стресу визначено усвідомлення неконтрольованості оточення та відсутність соціальної підтримки [25].

Когнітивна теорія психологічного стресу отримала свій подальший розвиток у працях низки зарубіжних дослідників, присвячених психології здоров'я. Передусім це теорія песимістичного пояснювального стилю (К.Петерсон, М. Селігман, 1988) [45] і модель переконань про здоров'я (А. Розенсток, 1974) [46].

Представники ***теорії песимістичного пояснювального стилю*** (К.Петерсон, М. Селігман, Дж. Валліант 1988) стверджують, що песимістичний стиль пояснення неприємних подій (наприклад, «Я відповідальний за це, це буде тривати нескінченно, і зруйнує все») підвищує ймовірність виникнення хвороби.

Навіть у онкохворих ймовірність вижити більше, якщо у них є надія і вони стоїчно, без песимізму, дивляться на майбутнє.

Згідно з ***моделлю переконань про здоров'я*** (А. Розенсток, 1974, 1988) проблеми зі здоров'ям залежать від ставлення до загрози захворювання, сприйняття ризику важкої хвороби і власних сил впоратися з нею. Чим більша мотивація до збереження здоров'я, тим нижчий рівень стресу у людини.

Загальним для всіх моделей психологічного стресу є те, що стрес визначається переважно через реєстровані параметри. З цієї точки зору можна виділити два підходи. Перший підхід – пряме зіставлення психологічних характеристик стану з фізіологічними показниками і результативністю діяльності. В цьому випадку фізіологічні показники і зміни в поведінці використовуються у якості індикаторів психологічного стресу. Характерно що Х.Вольфф (1953) у своїй моделі розглядає стрес через призму фізіологічних реакцій на соціально-психологічні стимули, а у моделі B. Dohrenwend (1979, 2006) стресова реакція на подібні стимули виражається у поведінковій формі. Основний недолік даного підходу полягає у відсутності пояснень відмінностей реакцій на загрозливий стимул.

Другий підхід ґрунтується на прагненні вивчити психологічну природу стресу, розкрити психологічні передумови і закономірності прояву тих чи інших зовнішніх реакцій, які розглядаються лише як індикатори психічних процесів. Прихильники даного підходу в своїх моделях в якості основних ознак стресу визначають різні психологічні змінні: К.Хорні, А.Адлер, H. Basowits, H. Persky, Sh. Korchin, R. Grinker – реакцію тривоги, зумовлену загрозою незадоволення основних потреб, Ф.Александер – емоційні чинники (стрес і хронічні соматичні хвороби як наслідок емоційного конфлікту), Р. Лазарус – оцінку людиною загрози і відповідні копінг-маханізми, D. Mechanic – адаптацію до умов ситуації і до своїх почуттів стосовно неї. Вони, хоча й у дещо різній мірі, вважають, що фізіологічні реакції людини при стресі пов'язані з психологічними змінними і взаємно обумовлені.

Труднощі аналізу розглянутих моделей пов'язані з відмінностями у визначеннях поняття «стрес» авторами моделей, що перешкоджають концептуальній інтеграції знань про стрес. Деякі моделі містять спірні припущення й нині часто критикуються. Сумнівно, що стресова подія для однієї людини обов'язково буде такою ж і для іншої, зокрема H. Basowitz, S. J., Korchin, H. Persky, R. R. Grinker Ф.Александер і Х. Вольфф в своїх моделях допускають, що будь-які стимули, які сприймаються індивідом як стресові, обов'язково будуть викликати фізіологічні та психологічні наслідки шкідливого характеру. Теорія песимістичного пояснювального стилю (К. Петерсон, М. Селігман) відображає стани, пов'язані з деякими нещасними випадками і хворобами, але не дуже підходить для пояснення депресії, що виникає після стресу.

Зіставлення теорій і концепцій психологічного стресу показує, що вони відображають два ракурси змістовної характеристики стресу: з одного боку, процесуальну і регулятивну, з іншого боку – предметну і корелятивну (причинно-наслідкову). Ці два аспекти однієї проблеми тісно пов'язані між собою – будь-

який психологічний стрес внутрішньособистісної і міжособистісної природи знаходить своє відображення у поведінковій активності людини.

Фрустрація. Фрустрація – це негативний психічний стан, що виникає в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб, тобто у ситуації невідповідності бажань наявним можливостям. Вона проявляється у низці емоційних процесів, таких як розчарування, тривога, роздратування і навіть розпач.



Як і розчарування, виникає при відсутності очікуваного і бажаного результату, проте в стані фрустрації люди все ще продовжують боротьбу за отримання бажаного, навіть якщо не знають точно, що потрібно зробити для досягнення успіху.

Нерідко плутають фрустрацію і депривацію, хоча причини і механізми їх докорінно різні. Якщо фрустрація пов'язана з наслідками незадоволених бажань або невдачами в досягненні поставленої мети, то депривація випливає з відсутності самого предмета або можливості, необхідної для задоволення. Проте, як фрустраційна, так і депривaційна теорія неврозу сходяться у визначенні загального механізму, коли депривація веде до фрустрації; фрустрація веде до агресії; агресія зумовлює тривогу; і, нарешті, тривога призводить до виникнення захисних реакцій. Незважаючи на патогенну роль тривожних станів, в психоаналізі прийнято вважати, що розвиток Его починається саме з фрустрації. Фактично, фрустраційні теорії неврозу виходять з передумови, що як депривація, так і фрустрація стають патогенними лише при перевищенні певного порогу інтенсивності, в кожному разі – індивідуального.

В умовах фрустрації поведінка стає більш дедиференційованою, тобто менш різноманітною, менш гнучкою. Відповідно до теорії поля, як внутрішній простір людини, так і її життєвий простір складається з ряду секторів. Певна кількість таких секторів у внутрішній частині деяким чином забезпечує гнучкість поведінки людини, а отже, можливість реагувати на зміни в життєвому просторі. Відповідно до гіпотези К. Левіна, в ситуації фрустрації внутрішній простір обмежується сектором, пов'язаним з більш ранніми (а отже, і менш конструктивними) формами поведінки [11].

С. Розенцвейг (1934) розрізняє два типи фрустрації:

Первинна фрустрація, або позбавлення утворюється якщо суб'єкт позбавлений можливості задовольнити свою потребу. Наприклад: голод, викликаний тривалим голодуванням.

Вторинна фрустрація характеризується наявністю перешкод або протидій на шляху, що веде до задоволення потреби [28].

С. Розенцвейг ввів у свою концепцію поняття *фрустраційної толерантності*, або стійкість до фруструючих ситуацій. Вона визначається здатністю індивіда переносити фрустрацію без втрати своєї психобіологічної адаптації. Існують різні форми толерантності.

1. Найбільш «здоровим» і бажаним слід вважати психічний стан, що характеризується, незважаючи на наявність фрустраторів, спокоєм, розсудливістю, готовністю використовувати те, що трапилося як життєвий урок, але без будь-яких нарікань на себе.

2. Толерантність може бути виражена в напрузі, стримуванні небажаних імпульсивних реакцій.

3. Толерантність з підкресленою байдужістю, якою нерідко маскується ретельно приховане озлоблення або зневіра.

Фрустрація, на думку М.Левітова це своєрідний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості та діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи. М. Левітов (1967) називає такі різновиди фрустрації, як агресивність, діяльність за інерцією, депресивні стани, характерними для яких є сум, невпевненість, безсилля, відчай. Найпомітнішими проявами поведінки людини у стані фрустрації також є такі: апатія, агресія, регресія (поведінка, яка наближена до заохочення мінімальних людських потреб) та стереотипія (порушення власної працездатності і наслідування дій інших осіб) [12].

На думку Ф. Василюк (1984) необхідними ознаками фруструючої ситуації відповідно до більшості визначень є наявність сильної мотивованості досягти мету (задовольнити потребу) та бар'єри на шляху до досягнення мети. Відповідно ці ситуації класифікуються за характером мотивів і «бар'єрів». Зокрема, проведене А. Маслоу розрізнення базових, «вроджених» психологічних потреб (в безпеці, повазі і любові), фрустрація яких носить патогенний характер, і «набутих потреб», фрустрація яких не викликає психічних порушень. Перехід ситуації ускладнення в ситуацію фрустрації здійснюється в двох вимірах – по лінії втрати контролю з боку волі, тобто дезорганізації поведінки, і / або по лінії втрати контролю з боку свідомості, тобто втрати «мотиводоцільності» поведінки, що на рівні внутрішніх станів виражається відповідно у втраті терпіння і надії [7].

У сучасній зарубіжній психології існують різні теорії фрустрації:

• теорія фрустраційної фіксації (Н. К. Майер, 1949);

• теорія фрустраційної регресії (К.Багнер, Т.Дембо, К.Евін, 1943):

• теорія фрустраційної агресії (Дж. Доллард зі співавторами, 1939);

• евристична теорія фрустрації (А. Розенцвейг, 1949).

Теорія фрустраційної фіксації (Н. К. Майер, 1949). Базове твердження теорії полягає не у тому, що фрустрована людина не має мети, а що поведінка фрустрованої людини не має мети, тобто вона втрачає цільову орієнтацію [38].

Теорія фрустраційної регресії (К.Багнер, Т.Дембо, К.Евін, 1943). Фрустраційна регресія, тобто. повернення до попередніх форм розвитку, відносин, структури поведінки, мислення. Для людини, що опинилася в осередку надзвичайної ситуації, типовою є автоматична регресія психіки на вік підліткової кризи (13 -16 років). Зовні регресія виявляється у безпорадності людей, їх підкресленій слухняності, відсутності ініціативи, які несподівано можуть змінитися бурхливими спалахами руйнівного або хаотичного «підліткового» збудження [19]. На тлі регресії можливі: а) персоніфікація джерела загрози з переживанням образу ворога або навпаки – пошук всемогутнього магічного

помічника; б) при внутрішній забороні на прояв агресії і ворожості – аутоагресивні і суїцидальні дії або подальше поглиблення регресивної поведінки (до віку трьох років).

Теорія фрустраційної агресії (Дж. Доллард, Н. Міллер, 1939; Р.Баркер, 1941; Л.Берковіц, 1969) – теорія агресії, згідно з якою агресія є наслідком блокування (або фрустрації) спроб індивіда досягнути поставленої мети. Схема «фрустрація - агресія» базується на чотирьох основних поняттях: агресія, фрустрація, гальмування і заміщення. Згідно із даною теорією, агресія завжди є наслідком фрустрації, а фрустрація завжди призводить до агресії. Пізніше фрустраційна теорія агресії дала основу для створення С. Розенцвейгом відомої психодіагностичної методики, спрямованої на діагностику агресивної поведінки у ситуації фрустрації. Згодом на її основі було створено когнітивно-бігевіоральний підхід до агресії (Л. Берковіц) [23]. А. Бандура і Р. Волтерс використовували положення теорії фрустрації-агресії для пояснення того, чому у підлітковому віці підвищується рівень агресії – підліткова агресія є результатом фрустрації значущих відносин, в яких у дитини і у підлітка створюється відчуття безпеки, чим сильніша фрустрація значущих відносин, тим вище агресивність підлітка. Критика даної теорії з боку зарубіжних авторів передусім стосувалася характеру реакцій на фрустрацію. Було проведено численні емпіричні дослідження, результати яких підтвердили положення про те, що фрустрація не завжди зумовлює агресію. З огляду на ці міркування, Н. Міллер вніс поправки в теорію фрустрації – агресії, тобто фрустрація породжує різні моделі поведінки, і агресія є лише однією з них [41].



Евристична теорія фрустрації (А. Розенцвейг, 1949). Згідно із дано теорією фрустрація це спосіб поведінки, здатність людини пристосовуватися до ситуації стресу. За спрямованістю реакції фрустрації поділяються на екстрапунітивні (звинувачення зовнішньої причини фрустрації, живого чи неживого оточення), інтропунітивні (звинувачення самого себе, прийняття провини і відповідальності за ситуацію, що виникла), імпунітивні (відсутність звинувачення оточуючих або самого себе).

Повсякденні неприємності.

Більшість дослідників стресових станів звертають увагу на роль стресових подій і неприємностей у повсякденному житті (P.Landreville, J. A.Vezina, 1992). 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 [35].

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) [31].

Особливістю шкали є те, що стресогенність події визначається лише інтенсивністю переживання, і не має знака. Тобто хвороба або одруження вважаються практично однаково стресогенним. Відповідно до проведених досліджень було встановлено, що 150 балів означають 50% імовірності виникнення захворювання, а при 300 балах вона збільшується до 90%.



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 турботами пояснюють:

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

2) Ефект посилення – наявність серйозних життєвих подій може збільшити чутливість до, на перший погляд, звичних побутових справ [34].

А.Делонгіс з колегами (1988) виділили 10 найбільш значущих повсякденних неприємностей:

1. Турбота про вагу
2. Здоров'я члена сім'ї
3. Збільшення витрат на товари загального вжитку
4. Догляд за будинком і поточний ремонт
5. Занадто багато справ, які треба зробити
6. Втрата речей
7. Ремонтні роботи у дворі
8. Нерухомість, інвестиції, або податки
9. Злочин

10.Зовнішність [26].

Однією з перших діагностичних методик, спрямованих на визначення впливу повсякденних неприємностей на благополуччя людини була Шкала А. Каннера (Hassles Scale, 1981), яка складалася із 117 питань [32]. Згодом методику удосконалено й розроблено більш короткий опитувальник Шкала неприємностей та підйомів (The hassles and uplifts scale, A. DeLongis et al., 1988) [26]. Дані шкали можна поєднувати задля кращої характеристики інтенсивності дії стресорів. Автори відносять до значущих повсякденних неприємностей турботу про вагу та про зовнішність, стурбованість здоров'ям близьких, виплату податків, підвищення цін і поточний ремонт будинку та прибудинкової території. Підйомами вважаються: гарні стосунки з чоловіком, дружиною, друзями, гарний сон, проведення часу з родиною, харчування в ресторані, успішно завершені справи.

Альтернативним підходом, який вимірює саме щоденні стресори, є оцінка повсякденного досвіду (Assessment of daily experience, ADE, 1984) за такими параметрами, як бажаність, зміна-стабільність і значущість. Ця методика оцінювання також дозволяє людям вписати будь-які інші стресори, з якими вони можуть стикатися; тим самим можуть бути також враховані рідкісні, але важливі події. Подібні вимірювання використовуються при вивченні того, як флуктуації в стресорах можуть передувати, наприклад, застуді. Як правило, виявляють, що показник повсякденних неприємностей більше пов'язаний з підсумковими напруженнями і хворобами, ніж важливі життєві події. Однак показник неприємностей також критикують у зв'язку з можливістю його змішування з параметрами психологічного дистресу, які використовуються у самозвітах [30].

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.

Література до розділу

1. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних / Б.Н. Алмазов. – Свердловск: Изд-во Урал, ун-та, 1986. – 150 с.
2. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика / А.Г. Амбрумова // Психологический журнал. –1985. – №6. – С.107-115.
3. Анцупов А.Я. Конфликтология: учеб. для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – М.: ЮНИТИ, 1999. – 551 с.
4. Ахмеров Р.А. Биографический тренинг при кризисах середины жизни / Р.А. Ахмеров // LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути.- Москва: "Прогресс"-"Культура", 1993.- С. 140-151
5. Бассин Ф. В. «Значащие» переживания и проблема собственно-психологической закономерности / Ф.В. Бассин // Вопросы психологии. – 1972. – № 3. – С. 105–124.

6. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление / В.А.Бодров. – М.. ПЕР СЭ, 2006 – 311 с.
7. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). / Ф.Е. Василюк. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
8. Выготский Л. С. Психология / Л. С. Выготский. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с.
9. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Академический Проект, 2009. – 300 с.
10. Кочарян А.С. Преодоление эмоционально трудных ситуаций общения, в зависимости от сложности социальной перцепции: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / А.С. Кочарян. – Київ, 1986. – 23 с.
11. Левин К. Теория поля в социальных науках / К. Левин; [Пер. Е. Сурпина]. — СПб.: Речь, 2000. – 368 с.
12. Левитов Н.Д. Фрустрации как один из видов психических состояний / Н.Д.Левитов // Вопросы психологии, –1967. – № 6. – С. 38-42.
13. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере / В.Франкл. М.: Альпина Нон-фикшн, 2009. – 239 с.
14. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 400 с.
15. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. – СПб.: Издательство «Питер», 2002. – 224 с.
16. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. — СПб.: Питер, 2007. — 256 с.
17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон – [2-е изд]. – М.: Флинта: МПСИ: Прогресс, 2006. – 352 с.
18. Юнг К. Г. Психология бессознательного / К. Г. Юнг. – М.: Канон, 1994. – 253 с.
19. Anxiety and stress: an interdisciplinary study of a life situation / Basowitz H., Persky H., Korchin Sh., Grinker R. – NewYork: McGrow-Hill, 1955. – 243 p.
20. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping /A. Antonovsky. – San Fransisco: Jossey-Bass, 1979. – 200 p.
21. Basowitz H. The judgment of ambiguous stimuli as an index of cognitive functioning in aging / H.Basowitz // Journal of Personality. – 1956. – Vol. 25. – P. 81-95.
22. Berger S. A. The Five Ways We Grieve: Finding Your Personal Path to Healing After the Loss of a Loved One. Boston : Shambhala Publications, Inc, 2009. – 300 p.
23. Berkowitz L. Frustrations, appraisals, and aversively stimulated aggression / L. Berkowitz // Aggressive Behavior. – 1988. – Vol.14. – P. 3-11.
24. Cox T. Stress, coping and problem solving / T. Cox // Work & Stress. – 1987. – Vol.1. – P. 5-14.
25. Cox T. A Transactional approach to occupational stress / T. Cox, C.J. Mackay. – Corlett and J. Richardson (Eds.), Stress, Work Design and Productivity. Chichester : Wiley & Sons, 1981. – 300 p.

26. DeLongis A. Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status / A.DeLongis, J.C.Coyne, G.Dakof, S.Folkman, R.S. Lazarus // Health Psychology. – 1982. – Vol. 1. – P. 119-136
27. Dohrenwend B.P. The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research / B.P. Dohrenwend // Journal of Health and Social Behavior. – 2000. – Vol. 41. – P. 1-19.
28. Duncan B. The Founder of Common Factors: A conversation with Saul Rosenzweig / B.Duncan // Journal of Psychotherapy Integration. – 2002. – T. 12. – P. 10–31
29. Goldstone B. The general practitioner and the general adaptation syndrome / B. Goldstone // S. Afr. Med. J.- 1952. – Vol. 26. (N.88-92). – P.106–109.
30. Hatzenbuehler M.L. How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework / M.L. Hatzenbuehler // Psychological Bulletin. – 2009. – Vol.135. – P. 707-730
31. Holmes T.H. The social readjustment rating scale / T.H.Holmes, R.H. Rahe, //. Journal of Psychosomatic Research. – 1967. – Vol. 11. – P. 213-218
32. Kanner A.D. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events / A.D.Kanner, J.C.Coyne, C.Schaefer, R. S.Lazarus // Journal of Behavioral Medicine. – 1981. – Vol. 4. – P. 1-39.
33. Kübler-Ross E. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss /E. Kübler-Ross, D.Kessler. – Simon & Schuster Ltd, 2005. – 256 p.
34. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process / R.S. Lazarus. – New York: McGraw-Hill, 1966. – 320 p.
35. Landreville P. A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults / P.Landreville, J.Vezina // Canadian Journal on Aging. – 1992. – Vol. 11, N 2. – P. 137-149
36. Lee L.Sequences in Separation: A Framework for Investigating Endings of the Personal (Romantic) Relationship / L. Lee // Journal of Social and Personal Relationships. – 1984. – Vol. 1. – P. 49-73
37. Lindemann E. Symtomatology and Management of Acute Grief / E.Lindemann // American Journal of Psychiatry. – 1944. – Vol. 101 (2). – P. 141–148
38. Maier N.R.B. Frustration theory: restatement and extension / N. R. B. Maier // Psychological review. – 1956. – Vol. 63 (№ 6). – P. 370–388
39. Mechanic D. Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation / D.Mechanic.– New York: The Free Press, 1962. – 231 p.
40. Meyer I.H. Prejudice and discrimination as social stressors / I.H. Meyer. – In I. H. Meyer and M.E. Northridge (Eds.), The Health of Sexual Minorities. Washington, DC: APA, 2007. - 310 p.
41. Miller N.E. The frustration-aggression hypothesis / N.E. Miller // Psychological Review. – 1941. – Vol.48. – P. 337-342
42. Park C.L. Meaning in the context of stress and coping / C.L. Park, , S. Folkman // Review of General Psychology. – 1997. – Vol.2. – P. 115-144.
43. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia / O. Paul // British Heart Journal. – 1987. – Vol. 58 (4). – P. 306–315

44. Parkes C.M. Psychosocial transition: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse / C.M.Parkes // British Journal of Psychiatry. – 1975. – Vol. 127. – P. 204-210
45. Peterson C. Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification / C.Peterson, M.Seligman. N.Y.: Oxford University Press, 2004. – 480 p.
46. Rosenstock I.M. The health belief model and preventative behavior / I.M. Rosenstock // Health education monographs. – 1974. – Vol. 2. – P. 354 – 386
47. Selye H. Stress and disease / H.Selye // Science. – 1955. –Vol. 122. – P. 625–631
48. Schkade J.K. Perspectives in Human Occupation / J.K.Schkade, S.Schultz. – Ch. Brasic Royeen (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2003. – P. 181-221
49. Wolff H. G. Stress and Desease / H. G. Wolff. – 2nd ed. Springfield, III: Charles C Tomas 1968. – 200 p.
50. Worden W. Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner / J. William Worden. – Springer Publishing Company, 2008. – 328 p.

1.2 Типологія стресових розладів

Згідно із науковцями Американської психологічної асоціації (APA) виділяє три основні види стресів: гострий, епізодичний гострий і хронічні стреси[2].

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 захоплююче та цікаво, але згодом настає втома, людині бракує сил не лише для катання, але й інших видів діяльностей, а перевтома 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 сухожиль); 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 доводить 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.

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,

[2] http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds.aspx

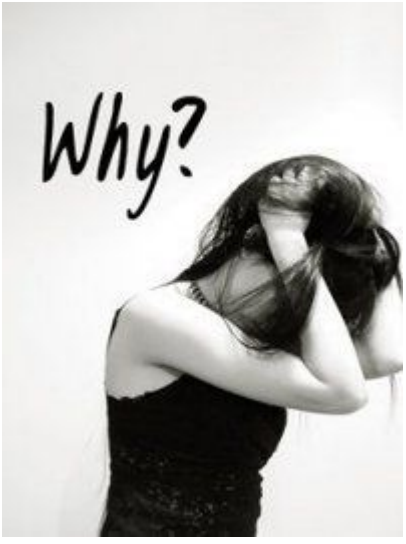
негативно позначається як на психічному благополуччі, так і соматичному здоров'ї. Він характерний для людей, які живуть у постійній бідності, дисфункціональних сім'ях, перебувають у нещасливому шлюбі чи довгий час не можуть працевлаштуватися.

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 – ґвалтівники»). 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.

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)[3].



(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

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

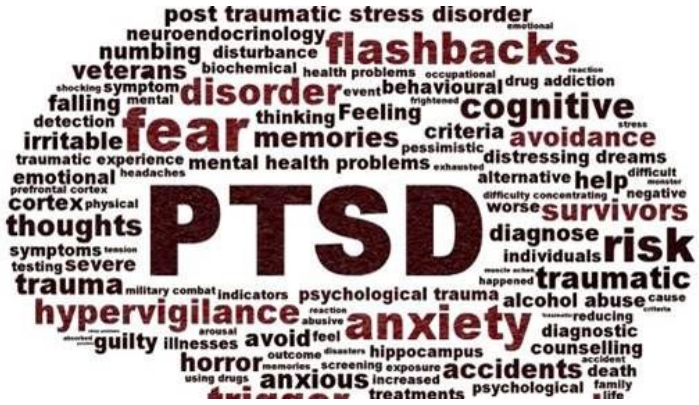
[3] http://mkb-10.com/index.php?pid=4257

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, зґвалтування) 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. Несприятливі фактори, такі як компульсивність, стомлюваність або нервове 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 передує 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.

Посттравматичний стресовий розлад у проекті МКХ-11.

Робоча група з підготовки діагностичних критеріїв МКХ-11 (її видання планується на 2018 р.) для розладів, викликаних стресом, представила свій проект нового розділу міжнародної класифікації[4].

Діагноз ПТСР критикується за широке поєднання різних кластерів симптомів, низький діагностичний поріг, високий рівень коморбідності, а щодо критеріїв DSM-IV за те, що понад 10 тисяч різних комбінацій з 17 симптомів можуть призводити до постановки цього діагнозу.

Все це стало причиною для досить серйозної переробки критеріїв даної групи розладів в проекті МКХ-11 (бета-версія класифікації доступна на сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я[5]).

Перше нововведення стосується назви для групи розладів, зумовлених стресом. У МКХ-10 існує рубрика F43 "Реакція на важкий стрес і порушення адаптації", що відноситься до розділу F40 - F48 "Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади". Робоча група рекомендує уникати широко застосовуваний, досить заплутаний термін «розлади, пов'язані зі стресом», в зв'язку з тим, що численні розлади можуть бути пов'язані зі стресом (наприклад,

---

4 http://wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/World%20Psychiatry_October%202013.pdf

5 http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/

депресія, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин тощо), але більша частина з них можуть також виникати і при відсутності стресових або травматичних життєвих подій. У даному ж випадку, мова йде лише про розлади, стрес для яких є обов'язковою і специфічною причиною їх розвитку. Спробою підкреслити цей момент в проекті МКХ-11 стало введення терміну «disorders specifically associated with stress», який, ймовірно, найбільш точно можна перекласти, як «*розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом*».

Пропозиції робочої групи, що стосуються окремих розладів, включають:

- вужчу концепцію ПТСР, яка не дозволяє ставити діагноз на основі лише неспецифічних симптомів;
- нову категорію «комплексний ПТСР» («complex PTSD»), яка, окрім стрижневих симптомів ПТСР, охоплює три групи симптомів;
- новий діагноз «пролонгована реакція горя», який використовується для характеристики пацієнтів, які відчувають інтенсивну, хворобливу, що приводить до втрати працездатності реакцію на важку втрату;
- суттєвий перегляд діагностики «розладів адаптації», що включає конкретизацію симптомів;
- перегляд концепції «гострої реакції на стрес» у контексті уявлень про цей стан, як про нормальне явище, яке, однак, може потребувати клінічного втручання.

Основні симптоми ПТСР (F43.1) за МКХ-11:

- труднощі у регуляції емоцій,
- відчуття себе приниженою, переможеною, нічого не вартою людиною,
- труднощі у підтримці міжособистісних стосунків.

Комплексний ПТСР – це нова діагностична категорія, яка замінює охоплену нею категорію МКХ-10 F62.0 «Стійка зміна особистості після переживання катастрофи», яка не стала предметом широких наукових досліджень і не включала розлади, що виникають через тривалий стрес у ранньому дитинстві. Дана симптоматика може виникнути після впливу єдиного травматичного стресора, але частіше виникає після важкого пролонгованого стресу або множинних чи повторюваних небажаних подій, уникнути вплив яких було неможливо (наприклад, вплив геноциду, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури або рабство).

Пролонгована реакція горя. Нова категорія в МКХ-11. Існування цієї діагностичної одиниці було підтверджено у різних культурах. Центральний компонент пролонгованої реакції горя (туга за померлим) не залежить від неспецифічних симптомів тривоги і депресії. При цьому дані переживання не чутливі до лікування антидепресантами (тоді як депресивні синдроми, пов'язані з втратою, чутливі), а психотерапія, стратегічно націлена на симптоми пролонгованої реакції горя, демонструє більшу ефективність у полегшенні її проявів, ніж лікування, спрямоване на депресію. Люди з пролонгованою реакцією горя мають серйозні психосоціальні проблеми і проблеми зі здоров'ям, включаючи інші проблеми психічного здоров'я, такі як суїцидальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, саморуйнівну поведінку або соматичні

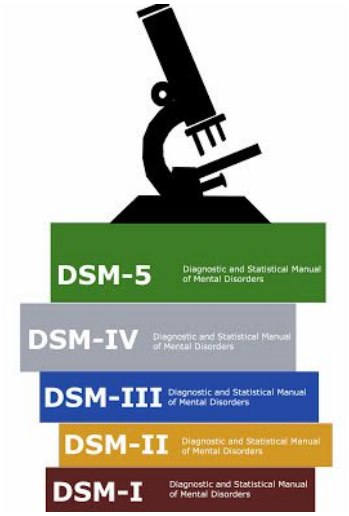
розлади, такі як високий артеріальний тиск і підвищена частота серцево-судинних захворювань.

Розлад адаптації (F43.2). Реакція недостатньої адаптації до стресової події, на тривалі психосоціальні труднощі або на комбінацію стресових життєвих ситуацій, що, як правило, виникає протягом місяця після впливу стресора і має тенденцію до вирішення протягом 6 місяців, якщо стресовий фактор не зберігається на триваліший термін. Реакція на стресор характеризується симптомами стурбованості проблемою: надмірним занепокоєнням, рецидивними і болісними думками про стресор або постійними роздумами про його наслідки. Наявна нездатність адаптуватися, тобто симптоми заважають повсякденному функціонуванню, виникають труднощі з концентрацією уваги або порушення сну, що призводять до порушення працездатності. Симптоми також можуть бути пов'язані з втратою інтересу до роботи, суспільного життя, турботи про інших, дозвілля, що призводить до порушень у соціальному чи професійному функціонуванні (обмеження кола спілкування, конфлікти в родині, прогули на роботі тощо). *Якщо критерії діагностики підходять для іншого розладу, то цей розлад слід діагностувати замість розладу адаптації*.

На думку авторів проекту, відсутні докази валідності підтипів розладів адаптації, описаних в МКХ-10, у зв'язку з цим вони будуть видалені із МКХ-11. Такі підтипи можуть вводити в оману за рахунок приділення особливої уваги домінуючому змісту дистресу, приховуючи тим самим те, що лежить в основі даних розладів. Підтипи не мають відношення до вибору лікування і не пов'язані з конкретним прогнозом[6].

Посттравматичний стресовий розлад у DSM-V.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Керівництво по діагностиці і статистиці психічних розладів) – багатоосьова нозологічна система. Розробляється і публікується Американською психіатричною Асоціацією (American Psychiatric Association, APA)[7]. З 18 травня 2013 року діє система DSM-5 (тобто, п'яте видання DSM), наступне покоління класифікатора.



DSM змінювалися по мірі змін провідних концепцій психічних розладів.

DSM-I (1952) створена в контексті допомоги учасникам бойових дій у Другій світовій війні. Значною мірою відображала вплив А. Майера на американську психіатрію і класифікувала психічні розлади як різноманітні реакції на стресори. Особистісні розлади розглядалися окремо від неврозів, а гомосексуальність вважалася соціопатичним розладом особистості. У DSM-I травматичний стрес визначався як велика стресова реакція – «нормальна реакція особистості у подоланні всеохоплюючого страху» [17].

[6] http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en
[7] http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx

З DSM-II (1962) концепція реакцій була виключена, але вона все ще знаходилася під сильним впливом психодинамічної теорії, зокрема діагноз «невроз» було збережено, але відокремлено його від психозу. Травматичний досвід позначався як «пристосувальні реакції дорослого життя». У 1974 р. видано другу редакцію DSM-II, з якої вилучено діагноз «гомосексуальність», втім на думку професорів психіатрії Колумбійського університету R. Spitzer і M.B. First використовувати дану класифікацію було неможливо, валідними виявилися лише три категорії: розумова відсталість, органічний мозковий синдром (але не його підтипи) та алкоголізм. Стресові розлади лишалися у класифікації нечітко визначеними [23].

У DSM-III (1980) відбулася зміна системи класифікації, було зроблено спробу упорядкувати номенклатуру DSM відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), прийнятої ВООЗ, а також поліпшити однорідність і обґрунтованість психіатричних діагнозів, оскільки як з'ясувалося, психіатричні діагнози помітно відрізнялися у Європі та США. На зміну психодинамічному та фізіологічному підходами прийшли емпіричний і феноменологічний підходи до постановки діагнозу. Було прийнято нову, багатоосьову систему, де кожен психічний розлад розглядався як клінічно значимий поведінковий або психологічний синдром. Саме у DSM-III вперше введено діагноз посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Війна у В'єтнамі стала потужним стимулом для емпіричних досліджень американських психіатрів і психологів. До кінця 70-х років вони накопичили значний матеріал про психопатологічні та особистісні розлади в учасників війни. Схожа симптоматика виявлялася і в осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких за важкістю психогенного впливу. У зв'язку з тим, що цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, у 1980 р М. Горовіц (M. Horowit, 1980) запропонував виділити його в якості самостійного синдрому у контексті тривожних розладів, назвавши «посттравматичним стресовим розладом» (posttraumatic stress disorder, PTSD) [16]. Надалі група авторів на чолі з М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше (практично без змін) – для МКХ-10.

DSM-IV (1994). Основною зміною порівняно із попередніми версіями включення клінічного критерію значущості до більшості категорій, де зазначено, що симптоми зумовлені клінічно значущим дистресом або порушенням у соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування (A.Frances, 2013) [14].

Згідно DSM-IV-TR (2000) при формулюванні повного діагнозу враховують такі чинники («осі»):

- наявність або відсутність психічної хвороби (вісь I),
- фонової психопатії (вісь II),
- соматичної хвороби (вісь III),
- посилюючі психосоціальні фактори (вісь IV),
- загальний рівень адаптації (вісь V).

Діагностичні критерії ПТСР за DSM IV (Інтрузії, уникнення, гіперактивність)

A. Хворий перебував під впливом травмуючої події, де мали місце такі явища:

Хворий пережив, був свідком або учасником події або подій, які представляли реальну або можливу загрозу смерті або серйозної шкоди або небезпеки порушення фізичної цілісності, що загрожувала хворому або іншим людям.

Реакція хворого проявлялася у вигляді страху, безпорадності або жаху.

Вплив екстремального стресора призводить до маніфестації ПТСР у вигляді трьох варіантів: інтрузії, уникнення та гіперактивності.

B. Травмуюча подія повторно сприймалася у вигляді одного або декількох наступних проявів (інтрузія):

Повторні, нав'язливі спогади про події, включаючи образи, думки або відчуття.

Повторювані, такі, що викликають значне занепокоєння, сни про пережиту подію.

Такі дії або відчуття, мов би травмуюча подія трапилася знову (включаючи відчуття відтворення пережитого, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди, в тому числі ті, що виникають при пробудженні або в стані сп'яніння).

Сильний психологічний дистрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують будь-який аспект травмуючої події (статті в газетах, телепередачі, почуті розповіді, іноді просто гул літака у пережили бомбардування).

Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують будь-який аспект травмуючої події (те саме, що і в 5).

C. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, і загальне заціпеніння (відсутні до травми), про які свідчить, щонайменше, 3 симптоми з наступних (уникнення):

Спроби уникнути думок, відчуттів або розмов, пов'язаних з травмою;

Спроби уникнути дій, місць або людей, які викликають спогади про травму;

Часткова або повна амнезія важливих аспектів травми;

Виражене зниження інтересу до раніше значимих видів діяльності або до участі в них;

Відчуття відчуженості від оточуючих;

Звуження діапазону афективних реакцій (наприклад, нездатність відчувати любов);

Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу (наприклад, хворий не планує займатися кар'єрою, одружитися, мати дітей або будувати нормальне життя);

D. Стійкі прояви підвищеного збудження (відсутні до травми), про які свідчить не менше 2 симптоми з наступних (гіперактивність):

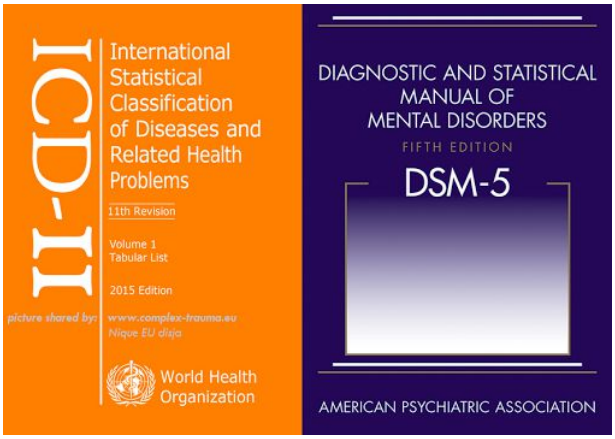
Труднощі при засинанні або порушення тривалості сну;

Дратівливість або спалахи гніву;
Труднощі концентрації уваги;
Наднастороженність;
Посилена реакція на переляк.

E. Тривалість розладу (симптомів, описаних в рамках критеріїв B, C, і D) понад 1 міс.

F. Розлад викликає клінічно значимий дистресс або порушення в соціальній. трудової або інших сферах життєдіяльності.

DSM-5 (2013). Найбільшою зміною у п'ятій редакції класифікатора було видалення підтипів шизофренії (параноїдної, дезорганізованої, кататонічної, невизначеної та резидуальної). Втім змінилися й підходи до діагностики стресових розладів (D.A.Regier, E.A.Kuhl, D.J.Kupfer) [20]. Важливо знати, що DSM-5 ідентифікується арабськими, а не римськими цифрами. Додаткові оновлення будуть визначені з десятковими знаками (DSM-5.1, DSM-5.2). Нове видання буде позначено зміною цілого номера (DSM-5, DSM-6 та ін.).



Посттравматичний стресовий розлад у форматах МКХ-10 і DSM-IV суперечить прийнятому для цих класифікаціях анозогностичному підходу, так як його етіологія визначена і навіть винесена в якості основного критерію (критерію А в форматі DSM); ПТСР з великою натяжкою здатний претендувати на статус окремої нозології, легко гіпердіагностується у тих випадках, коли в анамнезі пацієнта є вказівки на перенесений дистрес. Крім того, активне використання діагнозу патологізує нормальні людські переживання в ситуації втрати. Почали з'являтися нові діагнози, як то посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з відвідуванням стоматолога (post-traumatic dental care anxiety), з медикаментозним перериванням вагітності (post-traumatic abortion syndrome), з реакцією образи (post-traumatic embitterment disorder) і після перегляду телепередач. Тобто, критерій А - перший критерій ПТСР у DSM-IV виявився невалідним, оскільки один і той же симптомокомплекс міг розвинутися в результаті «об'єктивно» не зовсім катастрофічних подій, які, однак, індивідуально переживались як трагедія, що порушували звичне функціонування людини (R.L.Spitzer, M.B.First, J.C.Wakefield, 2007) [23].

Відмінності у діагностиці стресових розладів між DSM-IV і DSM-5:

1. Гострий стресовий і посттравматичний стресовий розлад виведені з групи тривожних розладів і включені в новий клас – «Trauma and Stressor-related Disorders» (розлади, пов'язані з травмою і стрессором).

2. Крім дорослого» варіанту ПТСР в DSM-5 виділено варіант ПТСР для дітей 6-ти років і молодше (for children 6 years old and younger), а також підтип із дисоціативними симптомами.

3. Три основні ознаки ПТСР перетворилися на чотири в DSM-5, колишній критерій С – уникнення і емоційне заціпеніння розділений на два – С (уникнення) і D (негативні зміни в настрої і когнітивних процесах). Постановка діагнозу ПТСР повинна включати як мінімум одну із ознак уникнення.

Критерії гострого стресового розладу повторюють симптоми ПТСР в DSM-5. Слід зазначити, що DSM-5 як і раніше не виділяє категорію гострої реакції на стрес (F43.0 в МКХ-10), яка розвивається протягом декількох хвилин після впливу дистресора і триває до 2-3 днів (зазвичай протягом декількох годин).

Опис ПТСР в DSM-5 лишається як і раніше лінійним та не враховує культурних відмінностей переживання стресу (О.Молчанова, 2014) [5].

Одне із суперечливих питань щодо DSM-5 полягає в тому, чи можна психічні розлади розглядати як стани, якісно відмінні від норми або вони являють собою континуум, де відсутні суворі розмежування між нормальним функціонуванням і психічним розладом як таким. Подібні протиріччя призвели до початку створення нової класифікації – Research Domain Criteria (RDoC)[8].

ПТСР у Критеріях дослідницьких доменів (RDoC).

RDoC – це проект за ініціативи Національного інституту психічного здоров'я США (US National Institute of Mental Health). На відміну від DSM RDoc стверджує трансляційний підхід до опису розладів, пояснюючи (для експериментальних цілей) патологію у термінах відхилень від основних функціональних систем (B.N. Cuthbert, 2014) [12]. Стандартний підхід спочатку визначає психічний розлад (на основі ознак і симптомів), а потім займається пошуком патофізіологічних механізмів, пов'язаних з цими симптомами. RDoC ж, навпаки, ставить такі важливі питання: Який розподіл конкретного ознаки або характеристики може вважатися нормальним? Яка система мозку передусім здійснює цю функцію?

В системі RDoc виділено наступні домени:

1. Система негативної валентності (поведінка в аверсивних ситуаціях): страх, тривога, фрустрація, зумовлена неотриманням винагороди, реакція втрати.

2. Система позитивної валентності (поведінка у позитивних мотиваційних ситуаціях): заохочення навчання та оцінювання, оцінка зусиль, вибір способу дій, звички.

3. Когнітивні системи (різноманітні когнітивні процеси): увага, сприймання, експліцитна пам'ять, оперативна пам'ять, когнітивний контроль, мовлення.

4. Системи соціальних процесів (системи, які опосередковують реакції на різні типи міжособистісних стосунків, у тому числі сприймання та інтерпретацію дій інших осіб): соціальна комунікація, сприймання та розуміння себе, сприймання та розуміння інших, афіліація.

5. Системи активації/модуляції (відповідають за активацію нервової системи у відповідь на різні ситуації, підтримку енергетичного балансу та сон): серцевий ритм, сон, бадьорість.

[8] https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml

ПТСР в RDoc визначається у контексті нейробіологічних досліджень (ділянок головного мозку, нейронних мереж, систем, пов'язаних зі стресом (гіпоталамо-гіпофізарно-надниркoвою системою), генетичних і нейрогенетичних засад розвитку стресових розладів). ПТСР відноситься до першого домену (система негативної валентності) у контексті тривожних розладів і розладів настрою (L.M. McTeague, P.J. Lang, M.-C. Laplante, B.N. Cuthbert, J. R. Shumen, M.M. Bradley, 2010) [18].

Особливу увагу в контексті сучасних українських реалій слід приділили аналізу стресових розладів в учасників бойових дій.

Поняття бойової психічної травми має тривалу історію. Дослідники вказують на згадки Геродотом психосоматичних розладів в учасників Марафонської битви (битва 12 вересня 490 до н. е. під час греко-перських воєн). Зокрема відоме ім'я воїна Епіцеліуса, який повністю втратив зір, без будь-яких зовнішніх пошкоджень. Психологічні зміни і психопатологічні розлади у учасників бойових дій, зокрема ремінісценції, як основний елемент травматичного неврозу військових, описував Лукрецій у I ст. до н. е. Поема Гомера «Іліада» стала одним із перших класичних творів, в якому описана як загальна травматологія, так і реакція воїнів на психотравмуючі події, зокрема у пісні XXIV Ахілл згадує свого загиблого друга, ці спогади часто повторюються, призводять до неспокою та безсоння: «Тільки Ахілл свого друга Згадував любого й плакав, і сон, що усіх підкоряє, Не подолав його, все він на ложі своєму метався Й журно спогадував силу могутню і мужність Патрокла, Скільки удвох пережить довелось їм і лиха зазнати В битвах тяжких з ворогами і в хвилях бурхливого моря. Все це спогадував він, рясні проливаючи сльози, Лежачи то на боку, то навзнак, то ницьма раптово Перевертаючись. То він, з постелі своєї схопившись, Берегом моря блукав у нестямі» [1].

Першими описали психологічні проблеми, які виникли у солдат після повернення додому, американські лікарі часів Громадянської війни в Америці (1861 – 1865 рр.), зокрема у 1871 р. Я. М. да Коста описуючи психосоматичні порушення у солдатів, наголошував, що у клінічній картині спостерігається домінування кардіологічних симптомів, що дозволило автору назвати цей стан «солдатське серце» (Da Costa's syndrome), нині – за МКХ-10 – F45.3 соматоформна вегетативна дисфункція, більш відома як вегето-судинна (нейроциркуляторна) дистонія чи психовегетативний синдром. Окрім цього, основним діагнозом для військових на той час була «ностальгія», а для її лікування створювалися центри для надання психотерапевтичної допомоги, один із перших – створений у 1863 р. військовий психіатричний госпіталь [3].

Однією з основних причин виникнення посттравматичних розладів є суттєвий дисонанс між системою моральних цінностей, сформованих у учасників бойових дій безпосередньо під час участі у них, і цінностями, культивованими сьогодні в нашому суспільстві, зокрема надмірна роль фінансового благополуччя і пов'язаних із ним життєвих привілеїв. За таких умов з точки зору демобілізованих, проблемним є саме суспільство, яке слід змінювати і надавати пріоритетів іншим моральним орієнтирам. Ця, актуальна нині для України проблема не є новою, зокрема її відчуло американське суспільство ще за війни у

В’єтнамі, й сьогодні Ізраїль перебуває у пошуку шляхів її вирішення відповідно для власних реалій.

Проблема впливу бойових дій на психіку військових є предметом багатьох досліджень, як у психології, так і й медицині, зокрема вагомий внесок у дану галузь зроблений зарубіжними дослідниками історії медицини (O. Paul, M. Fossey, S.Freeth, H. Hughes) [19], які першими звернули увагу на наявність симптомів психотрамватизації у учасників різних воєн. Дослідник психологічного стресу вперше М. Горовіц розробив спеціальну шкалу для вивчення особливостей реагування на психотравмуючу подію (Impact of Event Scale) [16]. Послідовники М. Горовіца визначили, що подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів як: характер психотравмуючих подій, індивідуальні характеристики ветерана та особливості умов, у які він потрапляє після повернення додому. У 1920-х рр. Е.Хемінгуей ввів у світову літературу поняття «втрачене покоління», - тобто покоління учасників Першої світової війни, які несли в своєму життєвому досвіді тяжкий вантаж фронтових переживань. Письменники «втраченого покоління» (Дж. Пассос, Е. Каммінгс, В.Фолкнер, Р.Олдингтон, Е.М. Ремарк) часто поєднували у своїх творах військову фактуру з післявоєнним досвідом - своїм і, відповідно, своїх героїв. Так війна ставала емблемою часу, всієї цивілізації, символом дійсності в цілому, а єдиною опорою для колишніх військових на тлі втрати колишніх цінностей та авторитетів залишалося фронтова спільнота.

Дослідники Х.-Г. Хофер і В. Еккерт великі масштаби психотравматизації солдатів під час Першої світової війни пов'язують насамперед зі зміненим способом ведення війни, яку також називали «війною в траншеях», тобто військові часто не бачили людей, які їх атакують, оскільки ті знаходилися за кілька кілометрів, втім військові постійно перебували під обстрілами та часто не мали можливості втекти із траншеї [15].

Відстрочені психічні явища у ветеранів першої світової війни З.Фройд назвав «військовим неврозом», який не слід ототожнювати із «неврозом травматичним», отриманим під впливом фізичної травми. Військовий невроз за З. Фрейдом є Его-конфліктом, конфліктом між мирним та войовничим Его солдата, що виявляється у ситуаціях повоєнного існування, коли набуте агресивне Его намагається витіснити мирне Его і скеровує поведінку військового у руйнівне русло [8]. Засновник психологічної антропології, неофройдист А. Кардінер розглядав відстрочені психічні явища з точки зору концепції адаптації, а психологічні проблеми ветеранів першої світової війни як зумовлені зменшенням внутрішніх ресурсів організму і ослабленням сили Его, за таких умов зовнішній світ починає сприйматися ними як ворожий [6].



Під час Першої світової війни 106000 американських військових зверталися за медичною допомогою з причини психічних розладів, з них 69000

були визнані повністю недієздатними та були демобілізовані, 36600 госпіталізованих на строк від кількох тижнів до 5-6 місяців. Під час Другої світової війни понад 1393000 американських солдат на певний час втрачали боєздатність через психічні розлади, а лише в наземних силах сухопутних військ 504000 осіб зазнали сильної психотравматизації (що складає приблизно 50 піхотних дивізій). За час війни у В'єтнамі за психологічною та психіатричною допомогою зверталися 35200 осіб, а війна у Перській затоці призвела до того, що хворих на психічні розлади було понад п'ятсот.

Представники когнітивних теорій (E.B. Foa, A.Ehlers, D.M. Clark, D.F.Tolin, S.M.Orsillo) наголошують на визначальній ролі когнітивних факторів у розвитку та перебігу симптомів ПТСР [13]. При цьому основними вважаються характеристики когнітивного стилю та зміна переконань індивіда під впливом травматичної події, зокрема змінюється ставлення до себе та світу, визначається власна роль у виникненні травми (M.Startup, L.Makgekgenene, R.Webster, 2007) [24].

Згідно із когнітивною моделлю A.Ehlers, D.M. Clark, інформація про травму представлена в структурах пам'яті фрагментарно, без включеності у чіткий просторово-часовий контекст [13]. Це призводить до того, що, з одного боку, довільні спогади про травму, як правило, ускладнені, а з іншого – травматичні образи активуються мимоволі у відповідь на зовнішні сигнали. Виникнення образів із асоціативної пам'яті відбувається в обхід свідомості – людина переживає відтворення травматичної інформації, не усвідомлюючи зв'язку зі стимулом, що запустили спогади.

На думку А. Бандури, самоефективність грає ключову роль у стресових реакціях та особливості захисту від потенційно небезпечних ситуацій. Представники соціально-когнітивної теорії наголошують, що люди, переконані у неконтрольованості потенційних загроз, вважають оточуюче середовище вкрай небезпечним, живуть у стані постійного страху і турбуються про події, які малоймовірно можуть статися з ними (C.C. Benight, A. Bandura, 2004) [10].

Спираюсь на положення моделі схильності (diathesis) до стресу, згідно з якою патологічна поведінка є наслідком поєднання генетичної схильності і впливу середовищного стресу, когнітивні психологи виділяють три види предиспозицій (схильностей) до виникнення стресових розладів: когнітивні, конституційні та змішані.

Роль самоефективності у виникненні ПТСР підтверджено й численними дослідженнями ізраїльських військових психологів (Z.Solomon, R.Benbenishty, M.Mikulincer, 1991) [22]. Чим нижчий рівень самоефективності солдат, тим більше вони страдають від інтрузій і тим складнішою є їх повоєнна адаптація. Втім, слід зазначити, що прогностичні фактори виживання змінюються із плином часом: спочатку важкість емоційного безсилля у травматичній ситуацій визначається рівнем самоефективності особистості у бойових ситуаціях, а згодом – коли травматична ситуація сприймається менш болісно – людина повертається до своїх довоєнних копінг-стратегій. Найбільш впливають на самоефективність солдата різного виду поранення – якщо після отриманої травми і наданої на місці допомоги солдат повертався на фронт – він мав значно вищій рівень

самоефективності і менше ризиків виникнення ПТСР, ніж той, хто на тривалий час лишався у госпіталі. Вчені наголошують на недостатній увазі до проблем самоефективності, психологічної стійкості до сильних стресових військових ситуацій, значно більше уваги приділено визначенню факторів ризику ніж умовам успіху на війні (P.A.Saigh, M.Mroueh, B.J. Zimmerman, J.A. Fairbank, 1995) [21].

Наукові дослідження зв'язку посттравматичних когніцій, симптомів ПТСР і уявлень про власну самоефективність (R.Cieślak, C.C.Benight, V.C. Lehman, 2008) [11] довели важливу роль когнітивних факторів у розвитку стресових розладів, що зумовило їх включення у якості окремого критерію ПТСР (критерій А) до класифікації DSM-5.

Позитивні та негативні когніції лежать в основі EMDR моделі (десенсибілізація за допомогою рухів очей і репроцессінг). EMDR – це метод психотерапії, спочатку розроблений для полегшення дистресу, пов'язаного з травматичними спогадами. Він успішно застосовується для подолання таких наслідків травмуючих подій, як депресія, тривога, фобії, гостре горе, соматичні розлади і залежності. Після успішної EMDR терапії відбувається зниження емоційної напруги і дистресу, переформулюються негативні переконання. У 2013 р. ВОЗ визнала цей метод найбільш ефективним у терапії ПТСР.

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній ситуації. Питання адаптації учасників бойових дій вивчалися на матеріалі Афганської та Чеченської воєн, виявлено, що висока інтенсивність бойового досвіду, наявність поранень різного ступеню важкості пов'язані із соматизацією тривоги та емоційною ригідністю, які суттєво впливають на подальшу адаптацію військових до мирного життя. Тривала учать у бойових діях призводить до дисгармонії, яка виявляється у своєрідному поєднанні тривожності з імпульсивністю. Тому окрім діагностики симптомів ПТСР особливу увагу слід звертати на адаптованість учасника бойових дій, його актуальні копінг-стратегії та наявність соціальної підтримки з боку родини.

Література до розділу

1. Зливков В.Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська // Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. – Луганськ. – №4 (38). – 2015. – С. 177–184.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / [ред. С. Ю. Циркин]. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
3. 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.
4. Магомед-Эминов М.Ш. Психология психической травмы. От «железнодорожного спинного мозга» к «травматическому неврозу» / М.Ш. Магомед-Эминов. – М.: Психоаналитическая ассоциация. 2006. – 200 с.
5. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы [Электронный ресурс] / Е.С. Молчанова // Медицинская психология в России [Ярославль : Ярославский государственный медицинский университет (ЯГМУ)]. – 2014. – № 1 (24). – С. 2. Режим доступу: http://mprj.ru (дата звернення 26.06.2016).
6. Съедин С. И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки / С. И. Съедин, Р. А. Абдурахманов. – М.: МО РФ, 1992. – 69 с.
7. Ситников В.Л. Психодиагностическая беседа в практике клинических психологов. Учебное пособие / В.Л. Ситников. – СПб., 2005. – 98 с.
8. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 400 с.
9. Abdul-Hamid W.K. Nothing new under the sun? Post traumatic stress disorders in the Ancient World / W.K.Abdul-Hamid // Early Science and Medicine. – 2014. –Vol. 19 (N. 6). – P. 54–55.
10. Benight C. C. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy / C.C. Benight, A. Bandura // Behavior Research and Therapy. – 2004. – Vol. 42. – P. 1129–1148.
11. Cieślak R. Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress / R. Cieślak, C.C. Benight, V.C. Lehman // Behaviour Research and Therapy. – 2008. – Vol.46. – P. 788–798.
12. Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology / B.N. Cuthbert // World Psychiatry. – 2014. – Vol.13. – P. 28–35.
13. Foa E.B. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation / E.B. Foa, A. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M Orsillo // Psychological Assessment. – 1999. – Vol. 11 (N. 3). – P. 303–314.
14. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis / A.Frances // World Psychiatry. – 2013. – Vol. 12. – P. 111–112.
15. Hofer H.-G. War, Trauma, and Medicine in Germany and Central Europe (1914-1939). / H.-G. Hofer, C.-R. Prüll, W. U. Eckart. – Freiburg: Centaurus – 2011. – 203 p.
16. Horowitz M. J. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / M. J.Horowitz, G.F. Solomon // Journal of Social Issues. – 1975. – Vol. 31 (N. 4). – P. 67–80.
17. Kawa Sh. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice / Sh. Kawa, J. Giordano // Philos. Ethics Humanit. Med. – 2012. – Vol. 7 – P.2–9.
18. McTeague L. M. Aversive imagery in PTSD: Trauma recurrence, comorbidity, and physiological reactivity / L.M. McTeague, P.J. Lang, M.-C. Laplante,

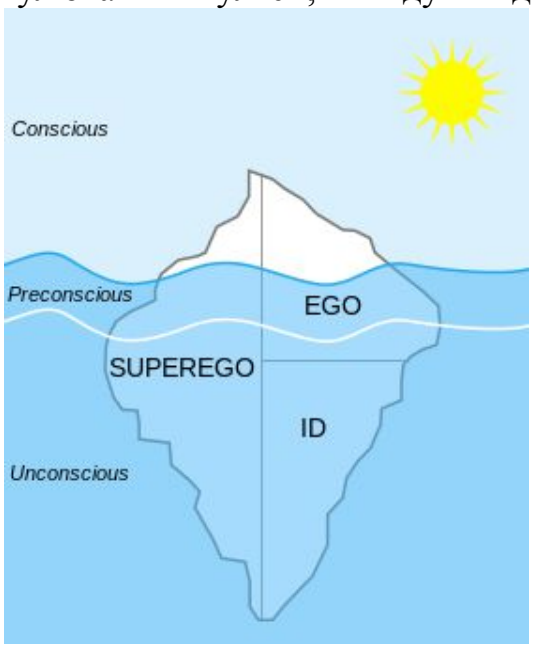
B.N. Cuthbert, J.R. Shumen, M.M. Bradley // Biological Psychiatry. – 2010. – Vol.67. – P. 346–356.
19. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia / O. Paul // British Heart Journal. – 1987. – Vol 58 (4). – P. 306–315.
20. Regier D.A. DSM-5: Классификация и изменения критериев / D.A. Regier, E.A. Kuhl, D.J. Kupfer // Всемирная психиатрия. — Июнь 2013. – Т. 12, № 2. – С. 88–94.
21. Saigh P. A. Self efficacy expectations among traumatized adolescents / P.A.Saigh, M.Mroueh, B.J. Zimmerman, J.A. Fairbank // Behaviour Research and Therapy. – 1995. – Vol. 33. – P. 701–705.
22. Solomon Z. The contribution of wartime, pre-war and post-war factors to self-efficacy: A longitudinal study of combat stress reaction / Z.Solomon, R.Benbenishty, M.Mikulincer // Journal of Traumatic Stress. – 1991. – Vol. 4. – P. 345–361.
23. 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.
24. Startup M. The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition? / M.Startup, L.Makgekgenene, R. Webster // Behaviour Research and Therapy. – 2007. – Vol. 45. – P. 395–403.

1.3 Стратегії подолання кризових ситуацій у контексті індивідуальних властивостей особистості

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що нині найбільш вивчені два види опрацювання особистістю негативних переживань, а саме: психологічний захист і копінг-стратегії (або стрес-долаюча поведінка). У сучасній зарубіжній та вітчизняній психології накопичений багатий теоретичний та емпіричний матеріал, що відображає різноманітні концепції психологічного захисту, ілюструє суперечливість даного феномену (Ф. Бассін, Ф. Василюк, Р. Грановська, Б. Зейгарник, А. Налчаджян, Н.Хаан, Дж.Вайлант, L. Murphy, R. White та ін.).

Витоки сучасних досліджень подолання стресу можна виявити у працях, опублікованих наприкінці XIX століття представниками психоаналітичного напряму, і передусім у працях самого З. Фройда. Велика частина робіт З. Фройда сфокусована на способах, за допомогою яких людина справляється із неприємними відчуттями і емоціями, або пригнічуючи їх (таким чином, що перестає їх усвідомлювати), або використовуючи інші захисні механізми.

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» [15].



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 (С.К.Нартова-Бочавер, 1997) [9].

Перелік захисних механізмів величезний, і дослідники не прийшли до єдиного консенсусу, щодо точного їх числа. Різні теоретики мають різні категоризації і концептуалізації захисних механізмів. Великі огляди теорій механізмів захисту було зроблено D.L. Paulhus, B. Fridhandler і S.Hayes (1997) [36] і P. Cramer (1991) [21].

Журнал *Journal of Personality* опублікував спеціальний випуск присвячений механізмам психологічного захисту (1998)[9]. Зокрема висвітлено огляд сучасних підходів до захисних механізмів особистості (P Cramer), відмінності між копінгами та захисними механізмами (P Cramer), сучасні методики діагностики захисних механізмів (опитувальник-самозвіт «Self-Report Defense Mechanism Measures» K. Davidson, M.W. MacGregor, методики для спостереження «Observer-Rated Measures of Defense Mechanisms», J.C.Perry, F.F.Lanni), зв'язок захисних механізмів із базовими рисами особистості та мотивами (D. L. Paulhus, O. P. John), фройдівські захисні механізми в емпіричних дослідженнях сучасної соціальної психології (R. F. Baumeister, K. Dale, K. L. Sommer), роль захисних механізмів у життєвій історії (D. P. McAdams).

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. Послаблюючи цей конфлікт, захист регулює поведінку людини, підвищуючи її пристосовність і врівноважуючи психіку (E.Frydenberg, 2002) [23].

У 1936 р. донька З.Фройда А.Фрейд узагальнила виділені ним захисні механізми та визначила наступні: 1) витіснення, 2) регресія, 3) реактивне утворення, 4) ізоляція, 5) анулювання, 6) проекція, 7) інтроекція, 8) самоушкодження, 9) альтруїстична капітуляція, 10) сублімація [14].

Класифікація захисних механізмів З.Фройда.

1. **Витіснення** – захисний механізм, полягає в активному, мотивованому усунення чого-небудь зі свідомості. Зазвичай проявляється у вигляді невмотивованого забування або ігнорування. На думку З.Фройда це основний механізм формування несвідомого. Як захисний механізм, витіснення спрямоване на мінімізацію негативних переживань за рахунок видалення зі свідомості того, що ці переживання викликає. Віддалені зі свідомості, ці елементи, однак, не зникають з пам'яті (людина легко згадує їх під гіпнозом) та не перестають впливати на поведінку людини і її сни (S.Boag, 2006) [16]. Наприклад: «я дивлюся телевізор, щоб забутися, щоб не думати про погане», «я пішла на концерт, щоб відволіктися», «для того щоб відволіктися мені потрібно змінити обстановку» тощо.

---

[9] Journal of Personality (1998), 66 (6): 879–1157 (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jopy.1998.66.issue-6/issuetoc)

2. **Регресія** – захисний механізм, який є формою психологічного пристосування до ситуації конфлікту або тривоги, коли людина несвідомо вдається до більш ранніх, менш зрілих і менш адекватних зразків поведінки, які на її думку гарантують захист та безпеку. Поведінка, пов'язана з регресією може сильно варіюватися в залежності від того на якій стадії людина зупинилася. Наприклад, на оральної стадії може почати зловживати їжею, палити чи виражати вербальну агресію. Фіксація на анальній стадії може привести до надмірної охайності або безладності.

3. **Реактивне утворення** – психологічний захист, який полягає у перетворенні негативного почуття на позитивне, або навпаки. Реактивне утворення часто описується як один з найскладніших для розуміння захистів, що свідчить не лише про його ефективність для маскування, а й про гнучкість можливостей його використання. Концепція реактивного утворення була використана для пояснення відповідей на зовнішні загрози, а також внутрішніх тривог (C.S. Hall, 1954) [27]. Даним явищем описується так званий «Стокгольмський синдром», коли жертва закохується у свого агресора. Іншим прикладом є звіти ув'язнених, які створювали собі «фаворитів» серед охоронців і навіть збирати предмети викинуті ними. Механізм реактивного утворення часто характерний для нав'язливих неврозів, у випадку занадто часто його використання він може стати постійною рисою характеру. Це часто спостерігається у хворих з нав'язливими характером і нав'язливими розладами особистості.



4. **Ізоляція** – психологічний процес, що відноситься до механізмів психологічного захисту, полягає у видаленні зі свідомості емоційної складової переживання, але збереженні при цьому його розуміння. Цей процес може запускатися в психіці для захисту від надмірного поглинання свідомості емоціями. У тих випадках, коли емоції поглинають людину, вона може намагатися зберегти холодний розум шляхом ізоляції когнітивної складової від емоційної (Y.Schul, M.Schiff, 1995) [39]. У багатьох випадках це корисний захист, необхідний в роботі лікарів, бойових офіцерів, співробітники МНС тощо. Якби свідомість, наприклад, хірурга була сповнена почуттям від страждання його пацієнтів, він просто не міг би працювати. Часто дію ізоляції захисту можна бачити у людей, які пережили події, що значно травмують психіку (війну, стихійне лихо, насильство), коли вони розповідають про пережиті події беземоційним або навіть веселим тоном.

5. **Анулювання** – психологічний процес, що відноситься до механізмів психологічного захисту, полягає у несвідомій спробі врівноважити певне почуття (зазвичай провину чи сором) за допомогою відносин або поведінки, які «магічним чином» знищують це почуття. Вперше З.Фройд описав цей механізм у 1909 р. («Notes upon a Case of Obsessional Neurosis»), де його пацієнт спочатку прибрав великий камінь з дороги, по якій їхала карета його коханої, а потім знову поставив

його посеред дороги. Пізніше, у 1926 р. він визначив анулювання того, що було зроблено, як своєрідну негативну магію, моторний символізм для перенесення у несвідоме не лише усвідомлення події (чи пов'язаних із нею переживань), а й власне самої події. М. Кляйн у своїх ранніх працях описувала анулювання як вид магічної компенсації. У теорії V.H. Medvec, S.F. Madey і T.Gilouich (1995) анулювання визначається як автоматична реакція на ситуацію, прикладом цього є поведінка медалістів Олімпійських ігор на нагородженні: срібні медалісти виглядають менш щасливими, ніж бронзові, оскільки були ближчими до перемоги та менше пишаються своїми досягненнями, намагаючись забути про так звану поразку золотим медалістам [31].

Типовий приклад прояву цього захисту – подарунок, зроблений після нанесення образи. В даному випадку маються на увазі лише ті випадки, коли зв'язок між бажанням зробити подарунок і нанесена образа не усвідомлюється. У разі, коли мотивація цілком усвідомлена – це вже не анулювання. Якщо почуття провини (і як наслідок бажання його спокутувати) не усвідомлюється, але подарунок робиться – це анулювання. У багатьох випадках релігійні практики містять елемент анулювання. Люди далеко не завжди моляться заради спокутування гріхів усвідомлено – часто це боротьба з якимось прихованим почуттям провини. Той же аспект можна зустріти і в багатьох інших «побутових» ритуалах: прибирання в будинку, переступанні через тріщини і ін. Анулювання може бути одним з компонентів «побутових ритуалів», спрямованих на зниження тривоги. Коли потреба «відшкодовувати збиток» від власних думок і почуттів стає всеосяжною для особистості потребою, таку особистість зазвичай класифікують як компульсивну – її ритуали стають вкрай нав'язливими і значущими.



6. **Проекція** – психологічний процес, який відноситься до захисних механізмів психіки, в результаті якого внутрішнє помилково сприймається як таке, що відбувається ззовні. Людина приписує іншим власні думки, почуття, мотиви, якості характери тощо, вважаючи, що він/вона прийняли дещо, що відбувається ззовні, а не всередині цієї самої людини. Проекція – це один з основних захисних механізмів при параноїдальному та істероїдному розладах особистості. Але водночас цей же механізм лежить в основі емпатії — розуміння відносин, почуттів, психічних станів іншої особи у формі співпереживання.

Типовими формами проекції є: звинувачення жертви (жертва винна у тому, що стала об'єктом домагань злочинця), проекція провини чоловіка/дружини (невірність партнеру несвідомо проектується у вигляді звинувачення його у зраді), залякування (хуліган чинить свої дії аби приховати власну вразливість), проекція загальної провини і проекція надії (P. Casement, 1990) [19].

7. **Інтроекція** – захисний механізм психіки, при якому особа (суб'єкт) переймає судження, властивості, способи поведінки оточуючих (найчастіше –

значимих близьких – батьків). Інтроекція вважається нормою в процесі виховання моральності у дітей, передачі знань. Стає патологічною у разі, коли особа не в змозі критично поставитися до «інтроекту» та/або визначити його джерело. Інтроекція дозволяє маленькій дитині усвідомлювати себе всемогутньою (незважаючи на її фактичну безпорадність) за рахунок «присвоєння» собі можливостей і якостей важливих для дитини дорослих. Коли людина стає дорослою, цей захист може зберігатись, захищаючи її від втрати самоповаги в ситуаціях залежності від інших людей (у мене є захисник/помічник, і тому Я не є беззахисною(ий) і не є безпорадна(ий)), хоча зазвичай у дорослих людей інтроекція починає усвідомлюватись і перетворюватись у ідентифікацію. Як і будь-який психологічний захист, інтроекція спотворює сприйняття реальності людини, а конкретно — змушує її відчувати дещо зовнішнє як дещо внутрішнє. У наслідок, зникнення цього зовнішнього може бути сприйнято як зникнення чогось внутрішнього, що безпосередньо пов'язане з депресією та процесом горювання — намагаючись зберегти цільність людина може впасти у позасвідому фантазію про те, що це вона винна у втраті, і що вона може якось загладити провину, повернути таким образом те, чого їй не вистачає.

8. **Самоушкодження** – навмисне пошкодження свого тіла через внутрішні причини без суїцидальних намірів. Самоушкодження зустрічається як симптом багатьох психологічних і психічних розладів. Найчастіша форма самоушкодження – порізи шкіри, роздряпування шкіри, також зустрічаються удари, опіки, перетискання частин тіла, перешкоджання загоєнню ран, виривання волосся, вживання токсичних речовин. Хворобливе голодування (нервову анорексію) і переїдання (нервову булімію) багато фахівців також відносять до видів самоушкодження.

9. **Альтруїстична капітуляція** – це «гарний програш» в ім'я «загальнолюдських» (альтруїстичних) цінностей. Альтруїстична капітуляція завжди тісно пов'язана з раціоналізацією або інтелектуалізацією.

10. **Сублімація** – психоаналітичний термін, що позначає один із психологічних захисних механізмів дорослої людини. Сублімація у психології у психології – психічний процес трансформації енергії на соціальну роботу і культурну творчість. Поняття було введене З. Фройдом в 1900 р. у розробленій ним концепції психоаналізу розглядається як один з видів трансформації потягу (лібідо), протилежний витісненню. У соціальній психології сублімація пов'язується з процесами соціалізації. Проблемам сублімації приділяється значна увага в психології творчості, дитячій психології, психології спорту та ін. При сублімації соціально неприйнятні імпульси або ідеалізації свідомо перетворюються на соціально прийнятні дії чи поведінку, приводячи до довгострокової конверсії психічної енергії вхідного імпульсу. З. Фройд вважав, що сублімація є ознакою зрілості (та цивілізованості), що дозволяє людям нормально функціонувати в культурно прийнятний спосіб. Він визначав сублімацію як процес перенаправлення сексуальних інстинктів в акти більш високої соціальної цінності, які є «особливою прикметою культурного розвитку; це те, що дає можливість вищим формам психічної діяльності, таким як наукова, художня або ідеологічна, грати таку важливу роль у цивілізованому житті» [15].

Розвиваючи ідеї батька, А. Фрейд зробила наступні висновки. У людей можуть формуватися бажані захисні механізми або бажані стилі захисту (А.Фрейд, 1946) [14], а потім певні типи захисту можуть виражатися в тих чи інших специфічних формах психопатології (J.A. Parker, N.S. Endler, 1996) [34]. Наприклад, А. Фрейд припустила, що механізм заперечення може бути пов'язаний із маячнею. Втім, хоча це останнє припущення не отримало підтвердження, багато захисних механізмів, описаних психоаналітиками, знайшли своє відображення у сучасних уявленнях про подолання стресу.

Загалом, в ортодоксальному психоаналізі та в Его-психології причинами виникнення механізмів психологічного захисту прийнято вважати афекти, пов'язані з незадоволенням базових потреб, а також внутрішні та зовнішні конфлікти (А.Адлер, О.Кьорнберг, Х.Кохут, В.Райх, Г.С.Салліван, А.Фрейд, З.Фрейд, К.Хорні, Е.Еріксон, К.Г.Юнг). У теорії об'єктних відносин – це травма народження, конфлікт між уродженими потягами (любов/агресія), примітивні страхи, значущі первинні відносини (Д.В.Віннікотт, М.Кляйн). Класично орієнтовані психоаналітики однією з рушійних сил особистості визнають страх (тривогу). Розрізняють три види страху: страх реальності (страх Его перед зовнішнім світом), невротичний страх (страх Его перед Воно) і страх морального порядку (страх Его перед Супер-Его), при цьому метою психологічного захисту є зниження емоційної напруги та запобігання дезорганізації поведінки людини. У гуманістичній психології, гештальтпсихології й серед вітчизняних психологів причини конфліктів пов'язуються з різноманітними негативними впливами значущого оточення (О. Арестова, Ф. Василюк, Ф. Перлз, Е. Фромм).

У класифікації американського психіатра Дж.Вайланта (1977) є формою континуума, пов’язаного із їх психоаналітичним рівнем розвитку. Вони поділяються на патологічні, незрілі, невротичні і зрілі захисти [41]. DSM-IV містить гіпотетичну діагностичну вісь для механізмів захисту. Ця класифікація значною мірою базується на ієрархічному аналізі захистів. Типовими прикладами захистів є заперечення, фантазії, раціоналізацію, регресія, ізоляція, проекція і зміщення.

Класифікація захисних механізмів Дж. Вайланта [40].

Чотирьохрівнева класифікація містить наступні рівні:

Рівень 1: Патологічні захисти (психотичне заперечення, маячна протекція тощо);

Рівень 2: Незрілі захисти (фантазія, проекція, пасивна агресія тощо);

Рівень 3: Невротичні захисти (інтелектуалізація, реактивне утворення, дисоціація, витіснення тощо);

Рівень 4: Зрілі захисти (гумор, сублімація, альтруїзм, антиципація тощо).

Рівень 1: Патологічні захисти

Механізми цього рівня завжди виражено патологічні. Ці шість захистів дозволяють особі ефективно реорганізувати зовнішній досвід так, аби не відчувати потребу справлятися із реальністю. Часто домінування таких захистів свідчить про психічну хворобу.

1. Конверсія – вираз інтрапсихічного конфлікт у вигляді фізичних симптомів, наприклад, сліпота, глухота, параліч або оніміння (по суті аналог істерії).

2. Маячна проекція – маячні ідеї переслідування, про небезпеку зовнішнього світу.

3. Заперечення – небажання визнати зовнішньо реальність через її надмірну небезпечність, вирішення емоційних конфліктів і зниження рівня тривоги шляхом невизнання неприємних аспектів зовнішнього світу.

4. Спотворення – суттєва зміна зовнішньої реальності для задоволення внутрішніх потреб.

5. Екстремальна проекція – явне заперечення морального чи психологічного дефіциту, який сприймається як недолік у іншої людини або групи людей.

6. Розщеплення – примітивний захист, уявлення про когось як про найкращу або найгіршу людину, зі сприйняттям властивих їй якостей, що не відповідають цій оцінці, як таких, що її не стосуються.

Рівень 2: Незрілі захисти

Ці захисти часто властиві дорослим людям, вони знижують дистрес і тривогу, захищаючи тим самим від неприємної реальності. Надмірне використання захистів цієї групи є соціально неприйнятним, оскільки людина може втратити зв'язок із реальністю. Часто вони надмірно виражені при великій депресії та розладах особистості.



1. Відреагування назовні, розрядка – механізм захисту, що виражається в несвідомому знятті внутрішньої напруги через поведінку, що реалізує лякаючий сценарій, за рахунок зміни своєї ролі в ньому з пасивно-жертовної на активно-ініціюючу. Іншими словами – це несвідоме провокування розвитку тривожної для людини ситуації. Тісно пов’язане із імпульсивністю.

2. Фантазії – схильність тікати у мрії, замість того аби вирішувати зовнішні чи внутрішні конфлікти.

3. Ідеалізація – схильність вважати іншу людину кращою, ніж вона є насправді.

4. Інтроекція – настільки сильна ідентифікація себе з ідеєю чи об’єктом, що вона стає частиною людини.

5. Пасивна агресія – агресія на інших виражається непрямо, часто через ухилення, відкладання важливих справ на потім.

6. Проективна ідентифікація – відбувається тоді, коли людина нав'язує комусь роль, засновану на своїй проекції.

7. Проекція – примітивна форма параної, помилкове сприйняття своїх внутрішніх процесів як таких, що відбуваються ззовні.

8. Соматизація – трансформація негативних переживань на фізичний біль, хворобу чи тривогу.

9. Прийняття бажаного за дійсне – це формування переконань та прийняття рішень відповідно до того, що є приємним, замість того, щоб звернутись до наявних доказів, раціональності або реальності. Такі дії є результатом вирішення конфліктів між переконаннями та бажаннями.

Рівень 3: Невротичні захисти

Ці механізми вважаються невротичним, але досить часто зустрічаються у дорослих людей. Такі засоби захисту мають короткострокові переваги в спробах впоратися зі складними ситуаціями, але часто може викликати довгострокові проблеми в стосунках, роботі і у контексті задоволеності життя, особливо якщо вони використовуються в якості основного стилю подолання.

1. Заміщення – захисний механізм, що трансформує сексуальні або агресивні імпульси у більш прийнятні, скеровує емоції на більш прийнятний результат, відділяє їх від реального об’єкту. Наприклад, матір ображається на дитину, тому що посварилася з її батьком.

2. Дисоціація – тимчасова різка зміну своєї особистої ідентичності або характеру, щоб уникнути емоційного розладу.

3. Іпохондрія – надмірна стурбованість власним здоров'ям, пошук у себе симптомів хвороб.

4. Інтелелекуалізація – форма ізоляція, акцент на інтелектуальних компонентах ситуації задля дистанціювання від тривожних емоцій, відокремлення емоцій від думок.

5. Ізоляція – відокремлення почуттів від думок та подій, наприклад опис вбивства з графічними деталями проте без жодних емоцій.

6. Раціоналізація – переконання себе у тому, що нічого поганого не сталося, або що всі події нашого життя визначені заздалегідь і нічого зробити не можна.

7. Реактивне утворення – перетворення неусвідомлюваних негативних бажань на їх пряму протилежність, поведінка протилежна тій, яка мала б бути в такій ситуації.

8. Регресія – тимчасовий відхід на попередню стадію розвитку. Типовим прикладом є зведення розмови на крик у дорослої людини.

9. Витіснення – активне, мотивоване усунення чого-небудь зі свідомості.

10. Анулювання (відшкодування) – несвідома спроба врівноважити певне почуття (зазвичай провину або сором) за допомогою поведінки, яка «магічним чином» знищує це почуття.

11. Соціальні порівняння – захисний механізм, що використовується як засіб самооцінки. Люди порівнюють себе з іншими задля того, аби визначити, хто є кращим.

12. Уникнення – найважча форма захисту. Втеча від болісних, травматичних подій, стимулів і стосунків.

Рівень 4: Зрілі захисти

Властиві емоційно здоровим дорослим, які знаходяться на відповідній до їх віку стадії розвитку, успішним у соціальному та сімейному житті.

Використовувані захисні механізми допомагають їм інтегрувати конфліктні емоції та думки задля ефективнішого функціонування.

1. Прийняття - людина приймає реальну ситуацію, розуміє її не комфортність без спроби змінити її чи протестувати проти неї. Релігія та психологічна допомога зазвичай передбачає прийняття ситуації, якщо її реально неможливо змінити.

2. Альтруїзм – конструктивна допомога іншим, яка приносить людині задоволення.

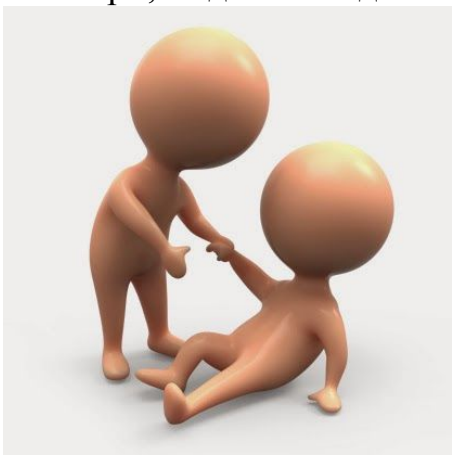
3. Антиципація – реалістичне передбачення майбутнього дискомфорту.

4. Мужність – здатність протистояти конфліктам, страху, болі, небезпеці, невпевненості, відчаю, труднощам і залякуванню. Фізична мужність часто з роками зменшується, тоді як моральна мужність незалежно від віку зберігає ідеали чесності та справедливості.

5. Емоційна самодостатність – незалежність від думок (позитивних та негативних) інших.

6. Прощення – припинення образи, обурення або гніву, не вимагання відплати за проступки.

7. Подяка – відчуття вдячності, що зумовлює вищий рівень щастя, і більш низькі рівні депресії та стресу у людини. Протягом всієї історії, подяка посідала центральне місце в релігійних і філософських теоріях.



8. Смирення – механізм, за допомогою якого людина сприймає власні недоліки як даність, не є занадто гордовитою, втім і не схильна до самоосуду.

9. Гумор – публічний вираз думок і почуттів (особливо неприємних, про які не прийнято говорити відкрито), що приносить задоволення іншим людям.

10. Ідентифікація – несвідоме моделювання себе за характером і поведінкою інших осіб.

11. Милосердя – вираз співпереживання та співчуття людини, яка має певну перевагу.

12. Самоусвідомленість – прийняття себе такою, якою людина є. Характеризується відкритістю, допитливістю та прийняттям себе.

13. Помірність – відсутність крайнощів в емоціях та думках, певне самообмеження у бажаннях і прагненнях.

14. Терплячість – терпляче ставлення до негативних обставин, пауза перед реакцією на критику чи провокацію. Вважається основною чеснотою у багатьох релігіях.

15. Повага – бажання показати свою вдячність чи вираз захоплення людиною із позитивними якостями. Стосунки, які не базуються на повазі, завжди нетривалі. Відсутність поваги – найчастіша причина міжособистісних і міжгрупових конфліктів.

16. Сублімація – трансформація негативних емоцій у позитивні дій або почуття. Наприклад, сильний гнів може виразитися у результативній грі у футбол.

17. Супресія (придушення) – свідоме бажання відволіктися від проблем на більш приємні речі.

18. Толерантність – прийняття думок і почуттів іншого, навіть якщо людина з ним не згодна.

Збереження зв’язків із реальністю як найголовнішу функцію захисних механізмів визначила у своїх працях Н. Хаан (1977). Вона створила ієрархію механізмів адаптації, ґрунтуючись на ступені усвідомленості або неусвідомленості їх стратегій. Н.Хаан виділила три види дій: подолання (свідомі, гнучкі, цілеспрямовані дії, що допускають прояви емоцій), захист (вимушені, ригідні дії, спрямовані на подолання тривоги), уникнення (автоматизовані і ритуалізовані ірраціональні дії). Згідно з Н. Хаан, якщо людина в змозі впоратися з ситуацією, стратегії подолання характеризуються як цілеспрямовані, гнучкі, у стресових обставинах особистість зберігає цілісність за рахунок спотворення реальності, зовні обумовленою ригідними захисними стратегіями, які більше відображають прояв тривоги, ніж сприяють вирішенню проблеми [26].

У пострадянській і вітчизняній психології розроблялися поняття, близькі за значенням до фройдівського поняття психологічного захисту. Наприклад, «психологічний бар'єр» (Б. Ананьєв, 1969 [1], О. Насиновська, М. Якубовська, 1984 [10], Л. Філонов, 1981 [13]), «захисна реакція» (Л. Славіна, 1988) [11], «компенсаторні механізми» (В. Мясищев, 1960) [8], «опосередкована саморегуляція» (Б. Зейгарник, 1981, 1986) [5]. У психотерапевтичній та медико-психологічній літературі психологічний захист нерідко розглядається як поняття, близьке копінг-поведінки. Дослідниками стверджується, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб’єктом у складній ситуації (Д.Грінберг, 2002 [4], Л. Виноградова, 2000 [2], Т. Крюкова, 2004 [7], О. Журавльов, 2008 [12]).

Колективом на чолі із Т. Крюковою було проведено ґрунтовну роботу із адаптації зарубіжних методик діагностики стрес-долаючої поведінки. Таких как: Опитувальник способів подолання (Р.Лазарус), Методика копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Е.Хейм), Індикатор копінг-стратегій (Д.Амірхан). Т.Крюковою було виділено наступні мінуси у використанні даних методик. По-перше, репертуар копінг-стратегій, визначений авторами опитувальника, часто значно вужчий, ніж наявний у людини; по-друге, для діагностики механізмів подолання слід використовувати одночасно декілька методик, по-третє, наявні опитувальники як правило, не враховують послідовності використовуваних стратегій подолання [7].

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.

Поняття «вправляння зі стресом», або «копінг», стало використовувати для опису окремих механізмів психологічного захисту лише з 1960-х років (J.A. Parker, N.S. Endler, 1996). Вперше термін з'явився в психологічній літературі в 1962 р.; Л. Мерфі застосувала його, вивчаючи, яким чином діти долають кризи розвитку. Вона виявила співвідношення копінг-поведінки з індивідуально-типологічними особливостями особистості, попереднім досвідом подолання стресу; а також визначила дві складові частини копінгу – когнітивну та поведінкову [34]. Чотири роки по тому, у 1966 р. Р. Лазарус у своїй книзі «Psychological Stress and Coping Process» звернувся до копінгу для опису усвідомлених стратегій подолання стресу і з іншими, що породжують тривогу подіями.

Фройдівські ідеї вплинули на деякі наступні підходи до вправляння зі стресом, що виразилися зокрема, в роботах, виконаних у 1960-70-х роках і були присвячені ставленню людей до наближення і невідворотної смерті, власної або смерті інших людей (наприклад, Е.Кюблер-Росс, 1970; К.Р. Паркес, 1972, 1986, 1994) [35]. Е. Кюблер-Росс встановила, що люди, які опинилися перед реальною загрозою смерті, проходять ряд стадій, які характеризуються формами копінгу, що нагадують роботу захисних механізмів. Модель К. Паркес містить подібні стадії, хоча й виведені на основі інтерв'ю з пацієнтами. Однак підхід з точки зору стадій неодноразово піддавався критиці. Згодом дослідники стверджували, що і ранні дослідження не підтвердили стадіальну модель, і за наступні 20 років не було отримано свідчень, які доводять валідність і надійність цієї моделі. Тото не існує підстав вважати, ніби є тільки п'ять способів подолання стресу, або що в процесі подолання формуються ці стадії. Всупереч цій критиці подібні моделі часто використовуються в літературі для консультантів і людей, що займаються наданням допомоги іншим людям. Навпаки, в психологічній літературі, присвяченій подоланню стресу, підходу з точки зору стадій приділяється мало уваги. Фактично, багато психологів до психоаналітичних ідей відносяться різко критично і відкидають будь-який зв'язок з цим теоретичним підходом, вважаючи його в принципі недоступним перевірці строго науковими методами. Проте, вплив психоаналітичних ідей був настільки сильним, що відображення таких підходів неминуче відчувається у сучасних психологічних теоріях.

У психології домінували переважно диспозиційний, ситуаційний підходи до копінгу. Перший з них, так званий диспозиційний підхід, спрямований на пошуки відповіді на питання про те, чи існують особливі стилі подолання стресу, або диспозиції, що дозволяють людині краще справлятися з будь-якими важкими ситуаціями. Другий, так званий ситуаційний підхід, концентрується на процесах подолання стресу і вивченні специфічних стратегій, які можуть бути корисними в конкретних ситуаціях.

Диспозиційний підхід по подолання стресу.

Диспозиційний підхід спрямований на пошук відповіді на питання, чи існують певні особистісні якості, що сприяють кращому вправлянню із труднощами і стилі подолання стресу. Прихильники даного підходу

зосереджують свою увагу на стійких індивідуальних особливостях і властивостях особистості як предикторах подолання стресу. Ключове для цього підходу питання полягає в тому, щоб виявити ступінь ефективності певних диспозиційних тенденцій, тобто стилів вправляння (coping styles), наскільки успішно вони забезпечують позитивні результати такі як поліпшення здоров'я і психологічне благополуччя.

Домінуючою у психологічній літературі конкретною дихотомією є розрізнення між такими шляхами подолання стресу, як уникнення і наближення до джерел стресу (стрессорам). Існує кілька різних способів концептуалізації даного розрізнення (L.H. Cohen, C.E. Burt, J.P. Bjork, 1987) [20].

Репресивний та сенситизуючий стилі подолання стресу.



Поняття репресивного стилю подолання чітко пов'язано із поняттям витіснення (repression), одним з найбільш впливових аспектів теорії З. Фройда. З.Фройд вважав, що витіснення є захисним механізмом, суть якого – у витісненні індивідом неприємних спогадів в область несвідомого таким чином, що вони стають недоступними усвідомленого спогаду і можуть виражатися лише непрямим способом через певні симптоми чи риси характеру [15]. Даний стиль подолання стресу як індивідуальна розрізнювальна характеристика був виділений Д.Бірном (D.Byrne, 1961, 1964) [17]. Представники репресивного стилю – це люди, для яких характерне уникнення стресу; репресія негативних переживань. Відмінності між представниками даного типу – «репресорами» (repressors) і тими, хто віддає перевагу іншому стилю – «сенситизерами» (sensitisers), також виділені Д. Бірном. Репресори реагують на тривожні стимули і їх наслідки уникаючою поведінкою (включаючи витіснення, заперечення і раціоналізацію). Представники ж сенситизуючого стилю намагаються редукувати тривогу, наближаючись до її джерел або прагнучи контролювати загрозливі події (наприклад, за допомогою інтелектуалізації, обсесивних дій або нав'язливої стурбованості).

Задля діагностики цих двох стилів подолання було створено Шкалу Репрессії-Сенситизації (Repression-Sensitization (R-S) Scale, D. Byrne, 1961). Втім згодом виявилося, що попри свою поширеність опитувальник виражає соціальну бажаність і адаптованість людини, а не її захисні механізми (R. B. Cattell, 1965) [17].

На думку N. H. Weinberger, Шкала соціальної бажаності Марлоу-Крауна (Marlowe—Crowne Scale of Social Desirability, 1960) краще вимірює витіснення [43]. При використанні цього методу підставою для віднесення людини до репресивного стилю є низький показник тривожності, але водночас високий показник захисної поведінки (defensiveness). Як показник захисної поведінки часто використовується міра бажаності, що оцінює тенденцію людей давати по пунктам опитувальника відповіді не так точні, скільки соціально схвалювані. За допомогою цього методу можуть бути ідентифіковані три інші групи осіб: люди з низьким рівнем тривожності (низькі показники тривожності і захисної поведінки),

високо тривожні люди (високий показник тривожності і низький – захисної поведінки) і тривожно-захисні люди (високий показник тривожності і високий – захисної поведінки). Нині за кордоном використовуються обидва методи вимірювання.

Ситуаційний підхід до подолання стресу.

Ситуаційний або динамічний підхід концентрується на процесі подолання стресу і вивченні специфічних стратегій, які змінюються відповідно до зміни конкретних ситуацій. Такий підхід розглядає більш рухливі і мінливі ситуаційно-обумовлені фактори, які визначають вибір копінг-стратегій. Відповідно до цього підходу, індивід в одних випадках, головним чином, використовує одну форму подолання, наприклад, емоційні стратегії, а в інших – вдається до стратегій вирішення проблеми шляхом зміни ставлення «особистість – довкілля».

Одна зі змінних особистості, пов'язана із негативною ефективністю і корисна в прогнозуванні хвороби, - це песимістичний стиль пояснення. Роботу в цій області провели C.Peterson, M.Seligman (1988). На їхню думку, людина з песимістичним стилем схильна пояснювати негативні події, створюючи стійкі, глобальні, внутрішні атрибуції [38]. Наприклад, така людина може трактувати серйозний конфлікт з кимось як щось, «що ніколи не буде залагоджено» (стійка атрибуція), «здатне все зруйнувати» (глобальна атрибуція) і «те, в чому винен я сам» (внутрішня атрибуція). Навпаки, оптиміст може інтерпретувати подію як менш тривале явище, таке, що має обмежені наслідки і зумовлене провиною іншої людини або обставинами.



Транзакційна модель стресу та копінгу Р.Лазаруса

Одним із головних прихильників ситуаційного підходу є Р.Лазарус. Його транзакційна теорія розглядає подолання стресу як процес і при цьому акцентує його специфічність щодо конкретних ситуацій.

Особливу увагу когнітивні психологи (Р. Лазарус, С.Фолкман) звернули на два когнітивні процеси – оцінку і подолання стресу. У даному контексті оцінка означає встановлення цінності стресової ситуації, а «подолання» (coping) - додаткові поведінкові і когнітивні зусилля для задоволення зовнішніх і внутрішніх вимог довкілля [12].

Пізніше С.Фолкман і К. Парк (1997) зазначали, що визначення сенсу подій окремими індивідами залежить переважно від їх загальноприйнятого значення (наприклад, у релігії чи певній соціальній спільноті). Відбувається взаємодія традиційних уявлень на певне явище чи подію із індивідуальними властивостями

людини (її самооцінкою, життєвим досвідом), посередником у якій є саме копінг-процеси [35].

Натепер модель Р.Лазаруса, удосконалена K.Glanz (2002 р.), успішно застосовується у сфері формування здорового способу життя та збереження психологічного здоров'я особистості (табл.) [25].

Удосконалена К. Glanz транзакційна модель стресу та копінгу Р.Лазаруса

Поняття моделі	*Визначення*
Первинна оцінка	Оцінка значущості стресору чи проблемної ситуації
Вторинна оцінка	Оцінка керованості стресору і ресурсів людини, необхідних для подолання труднощів
Копінги	Актуальні стратегії, які використовуються в якості посередника у первинному і вторинному оцінюванні
Управління проблемами (копінги, фокусовані на проблемі)	Стратегії, спрямовані на зміну стресової ситуації
Емоційна регуляція (копінги, фокусовані на емоціях)	Стратегії, спрямовані на зміну думок, емоцій, переживань стосовно стресової ситуації
Копінг, сфокусований на змісті	Стратегії копінгу, що зумовлюють виникнення позитивних емоцій навіть у найскладніших життєвих ситуаціях та полягають у тому, що попри проблеми, людина знаходить сенс свого існування, ставить перед собою нові життєві цілі
Результат копінгу	Емоційне благополуччя, гарний фізичний стан, здоровий спосіб життя
Диспозиційні копінгові стилі	Узагальнені способи поведінки, які можуть вплинути емоційні та функціональні реакції людини на стресор, відносно стабільні у часі і ситуаціях
Оптимізм	Схильність очікувати на позитивний перебіг різних ситуацій
Пошук інформації	Уважність, активне втручання у ситуацію на противагу її уникненню і втечі від проблем

COPE підхід до подолання стресу.

Дослідження C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub (1989) побудовані на основі теорії Р. Лазаруса, але передбачене розмежування між сконцентрованими на проблемі і сфокусованими на емоціях способами подолання стресу є занадто спрощеним Автори вважають, що в рамках цих двох широких категорій вміщуються стратегії, занадто сильно відрізняються один від одного і ведуть до різних наслідків Далі вони відзначають, що поширені раніше опитувальники були створені в основному на базі статистичних даних, а не на базі будь-якої теорії Розроблений ними Опитувальник подолання стресу (*COPE-inventory*) ґрунтується на двох теоретичних роботах: на теорії стресу Р. Лазаруса і на їх власній моделі

саморегуляції поведінки (C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub, 1988) [18]. Спочатку опитувальник складався з 13 окремих шкал, але пізніше було додано ще дві, що вимірюють використання алкоголю / наркотиків і гумору. Необхідно відзначити, що соціальну підтримку можна віднести як до стратегії, сфокусованої на емоціях, так і до стратегії, сфокусованої на проблемі, в залежності від того, яким чином вона використовується.

Як і в разі підходу Р.Лазаруса, деякі з цих стратегій є більш конструктивними порівняно з іншими, але їх не можна розділити на адаптивні і не адаптивні. Кожна з них може бути корисною для деяких людей в деяких обставинах Наприклад, використання заперечення як стратегії подолання з фінансовими проблемами, цілком ймовірно, може тільки погіршити стан справ Однак в ситуації фінансового краху заперечення величезності проблеми на початкових стадіях може бути корисним завдяки мінімізації дистресу і полегшення подолання стресу Одним з факторів, що визначають корисність різних стратегій, мабуть, є те, чи може людина контролювати ситуацію чи ні. C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub з'ясували, що люди частіше використовують більш активні способи подолання стресу, планування і придушення конкуруючих видів активності саме в контрольованих ситуаціях, ніж в ситуаціях, що не піддаються контролю. У неконтрольованих ситуаціях частіше використовуються сфокусовані на емоціях стратегії подолання, наприклад прийняття або заперечення. Опитувальник COPE був призначений для вимірювання як ситуаційних реакцій (стратегій), так і для диспозиційних стилів, в залежності від того, чи пов'язані оцінки респондентів з їх «звичайними» способами реагування або зі специфічними інцидентами [18].

Інтегративний підхід до подолання стресу.

Згідно із даним підходом і особистісні, і більш мінливі ситуаційні фактори впливають на вибір копінг зусиль (R. H. Moos, J. A. Schaefer, 1993). Копінг виступає одним з аспектів здібностей людини, який разом з ресурсами служить перетворенням ситуації, усуненням загрози [33].

С. Нартова-Бочавер [9] виділяє три підходи до тлумачення поняття «копінг». Згідно з першим, представленим у неопсихоаналізі, копінгами є Его-процеси, спрямовані на продуктивну адаптацію особистості у нестандартних ситуаціях, натомість психологічні захисти ж не усвідомлюються та призводять до пасивної адаптації (Н.Хаан) [26]. Другий підхід, відображений у роботах A.G. Billings і R.H. Moos, визначає «копінг» в термінах рис особистості - як відносно постійну схильність відповідати на стресові події певним чином [32]. Однак, оскільки стабільність розглянутих способів дуже рідко підтверджується емпіричними даними, це визначення натепер не є поширеним у науковому обігу. Відповідно до третього підходу, «копінг» трактується як динамічний процес, специфіка якого визначається не тільки ситуацією, але і стадією розвитку конфлікту, зіткнення суб'єкта із зовнішнім світом (С.Фолкман, Р. Лазарус) [12]. Узагальнивши окреслені підходи, С. Нартова-Бочавер визначає копінг як індивідуальний спосіб взаємодії людини із ситуацією відповідно до її значущості та власних психологічних ресурсів [9].

Класифікація копінг-стратегій

Оскільки інтерес до копінг-стратегій виник в психології відносно недавно і через складність самого феномена вправляння з труднощами, дослідники ще не дійшли до однієї єдиної класифікації копінг-поведінки. Роботи по копінг-стратегіями поки ще є досить розрізненими, тому мало не кожен новий дослідник при вивченні проблематики копінгової поведінки пропонує свою власну класифікацію. При цьому, щоб хоч якось систематизувати наявні підходи до копінг-стратегій, вже робляться зусилля по класифікації самих класифікацій.

Проблемно-фокусовані / емоційно-фокусовані копінг-стратегії.

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 (11 копінгових дій)

2) емоційно-сфокусовані стратегії (62 копінгових дії).

Іншими дослідниками пропонувалися схожі класифікації копінг-стратегій. Так, наприклад, R. H. Moos, J. A. Schaefer (1986) виділяють три стратегії: сфокусована на оцінці (встановлення для себе значення ситуації); сфокусована на проблемі (прийняття рішень та здійснення конкретних дій для подолання стресу); сфокусована на емоціях (управління почуттями і підтримку емоційної рівноваги) [33].

L.I.Pearlin, C. Schooler (1976) пропонують аналогічну до запропонованої Р.Моосом і Дж. Шеффер класифікацію, виділяючи в ній три наступні стратегії: стратегія зміни способу бачення проблеми, стратегія зміни проблеми, і стратегія управління емоційним дистресом [37].

Обидві класифікації практично повторюють класифікацію Р. Лазаруса і С. Фолкмана. При цьому R. H. Moos, J. A. Schaefer і, відповідно, L.I.Pearlin, C. Schooler виділяють в стратегії «фокусування на проблемі» дії двох типів: когнітивні («фокусування на оцінці» і «зміна способу бачення проблеми», відповідно) і поведінкові («фокусування на проблемі» і «стратегія зміни проблеми», відповідно).

Багато з класифікацій копінг-стратегій, що виникали вслід за класифікацією Р. Лазаруса і С. Фолкмана, складалися в тій же традиції, пропонуючи дихотичний поділ копінг-стратегій за принципом «робота з проблемою» / «робота зі ставленням до проблеми».

Отже, багато класифікації копінг-стратегій, в основному, зводяться до розрізнення між активними, фокусованими на проблемі зусиллями впоратися із зовнішніми запитами проблеми проти більш інтроспективних зусиль переформулювати або когнітивно переоцінити проблему так, щоб вона краще відповідала зовнішнім вимогам.

Когнітивні / поведінкові / емоційні копінг-стратегії.

Деякі дослідники пропонують класифікації, в яких копінг-стратегії розрізняються залежно від типів процесів (емоційних, поведінкових, когнітивних), що лежать в їх основі. Так, И. М. Нікольська та Р. М. Грановська

(1999) виділяють три великі групи копінг-стратегії, що відбуваються на наступних рівнях: поведінка, емоційне опрацювання пригніченого і пізнання [3].

Існують й класифікації, що оперують лише одним типом процесів. Так, наприклад, E.K. Koplik (1992) [29], розглядаючи виключно когнітивні копінг-стратегії, пропонує дихотичну класифікацію: стратегія пошуку інформації та стратегію закритості для інформації. Навпаки, P.P. Vitaliano (1990) виділяє три способи емоційно-орієнтованого подолання: самозвинувачення, уникнення і переважне тлумачення [42]. Представники іншої теорії (N. Eisenberg, R. A. Fabes, 1991, 1998) також розрізняють три види емоційного подолання, але в основі цієї класифікації лежить не тип демонстрованої реакції, а те, на що спрямовані дії по подоланню: на регуляцію (пережитої внутрішньої) емоції; регуляцію поведінки, пов'язаної з переживанням емоції; регуляцію контексту, що викликає емоцію [22].

Ефективні \ неефективні копінг-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». Так, наприклад, E.Frydenberg, R.Lewis (2000, 2014) [24] пропонують класифікацію, в якій 18 стратегій згруповані в три категорії: звернення до інших (звернення до інших за підтримкою, будь це однолітки, батьки або хтось ще), непродуктивний копінг (стратегії уникнення, які пов'язані з нездатністю впоратися з ситуацією) і продуктивний копінг (працювати над проблемою, зберігаючи оптимізм, соціальний зв'язок з іншими і тонус). У даному випадку, копінг-стратегія в категорії «Звернення до інших» стоїть окремо від категорій «ефективного» і «неефективного» копінга. Отже, незважаючи на те, що дана класифікація базується на вимірюванні «ефективності / неефективності», дослідниками тут все ж зроблена спроба виділити ще один вимір – «соціальна активність», який не може однозначно оцінюватися як продуктивний або непродуктивний.

Копінг-стратегії як ступінь контролю за ситуацією.

У психологічній літературі також представлені інші класифікації, які розглядають копінг-стратегії як специфічні поведінкові конкретизації процесів довільного контролю над дією, а саме, як плановані поведінкові стратегії, які служать для того, щоб підтримувати або відновлювати контроль в ситуаціях, коли він піддається загрозі (D. F. Lopez, T. D. Little, 1996) [30]. Так, наприклад, у запропонованій цими авторами класифікації BISC (Behavioral Inventory on Strategic Control, Керівництво по стратегічному контролю поведінки) передбачається, що копінг-стратегії дітей варіюються за чотирма вимірам стратегічного поведінкового контролю: активна діяльність, непряма діяльність, просоціальна поведінка і антисоціальна поведінка.

Поділна класифікація пропонується S.E. Hobfoll (2001) [28]. У своїй COR-Теорії (Conservation of Resources, теорія збереження ресурсів) він пропонує розглядати в копінг-поведінці шість осей: просоціальна / антисоціальна спрямованість, пряма / непряма поведінку і пасивна / активна поведінка.

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 [26].

Питання про межі понять «копінг» і «психологічний захист» досі залишається відкритим. Т. Краснянська (2009) виділяє такі відмінності копінгу від механізмів психологічного захисту: усвідомленість, довільність, цілісність охоплення ситуації, відновлення зруйнованих соціальних зв'язків суб'єкта і спрямованість на перспективу [6]. За таких умов існує можливість цілеспрямованого оволодіння механізмами копінгу, що сприятиме оптимізації поведінки людини в екстремальних ситуаціях.

Література до розділу

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л.: ЛГУ, 1968. – 339 с.
2. Виноградова Л.В. Интеллектуальный контроль как способ интерпретации эмоционально трудных жизненных ситуаций // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 6. – С. 21–28.
3. Грановская Р. М. Защита личности: Психологические механизмы / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.
4. Гринберг Дж. Управление стрессом / Джеррольд Гринберг; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. – М.: Питер, 2002. – 495 с.
5. Зейгарник Б.В. Опосредование саморегуляции в норме и патологии / Б.В. Зейгарник // Вестник Моск.ун-та. Сер. 14. Психология. – 1981. – №2. – С. 9–15.
6. Краснянская Т. М. Психология самообеспечения безопасности: монография / Т. М. Краснянская. – Пятигорск : ПГЛУ, 2009. – 280 с.
7. Крюкова Т.Л. Основные подходы к изучению совладающего поведения в зарубежной и отечественной психологии / Т.Л.Крюкова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2004. – №4. – С. 58–68.

8. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., Изд. Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.
9. Нартова-Бочавер С.К. "Coping behavior" в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20–30.
10. Насиновская Е.Е. Психологические барьеры как защитные механизмы личности в конфликтной ситуации / Е.Е.Насиновская, М.Я.Якубовская. – М. Изд. Моск. ун-та, 1984 – 33 ВИНИТИ №64. – 84 с.
11. Славина Л.С. Трудные дети / Л.С. Славина, В.Э. Чудновский. – Воронеж: МОДЭК; М. : Институт практической психологии, 1998. – 440 с.
12. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474 с.
13. Филонов Л.Б. Детерминация возникновения и развития отрицательных черт характера у лиц с отклоняющимся поведением / Л.Б. Филонов // Психология формирования и развития личности. – М.: Наука, 1981. – С. 338–363.
14. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / А.Фрейд. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.
15. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 400 с.
16. Boag S. Freudian repression, the common view, and pathological science / S.Boag // Review of General Psychology. – 2006. – Vol. 10 (1). – P. 74–86.
17. Byrne D. Repression–sensitization as a dimension of personality / D. Byrne // Progress in Experimental Personality Research / B. A. Maher. – New York: Academic Press,1964. – № 1. – P. 169–220.
18. Carver C.S. Assessing coping strategies: A theoretically based approach / Ch.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub// Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56. – P. 267–283.
19. Casement P. Learning from our mistakes: beyond dogma in psychoanalysis / P.Casement. – New York: The Guilford Press, 2002. – 150 p.
20. Cohen L. H. Effects of life events experienced by young adolescents and their parents / L.H. Cohen, C.E. Burt, J.P. Bjork //. Developmental Psychology. – 1987. – Vol.23. – P.583–592.
21. Cramer P. The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment / P.Cramer. – New York, Springer-Verlag, 1991. – 300 p.
22. Eisenberg N. Empathy: Conceptualization, assessment, and relation to prosocial behavior / N.Eisenberg, R.A. Fabes // Motivation and Emotion. – 1990. – Vol.14. – P.131–149.
23. Frydenberg E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges / E. Frydenberg. – Oxford University Press, 2002. – 176 p.
24. Frydenberg E. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? / E. Frydenberg, R. Lewis // American Educational Research Journal. – 2000. – № 37(3). – P. 727–745.
25. Glanz K. Health behavior and health education. Theory, research and practice / K.Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. –San Francisco: Wiley, 2002. – 400 p.

26. Haan N. Coping and defending. Processes of self-environment organization / N. Haan. – New York: Academic Press, 1977. – 346 p.
27. Hall C.S. A cognitive theory of dream symbols / C.S. Hall // The Journal of General Psychology. – 1953. – Vol. 48. – P. 169–186.
28. Hobfoll S. E. The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory / S.E. Hobfoll // Applied Psychology: An International Review. – 2001. – № 50(3). – P.337–421.
29. Koplik E.K. The Relationship of Mother-Child Coping Styles and Mother's Presence of Children's Response to Dental Stress / E.K.Koplik // Journal of Psychology. – 1992. – № 126(1). – P. 79–92.
30. Little T. D. Children's action-control behaviors (coping):A longitudinal validation of the behavioral inventory of strategic control / Little T.D., D.F.Lopez, B.Wanner // Anxiety, Stress, and Coping. – 2001. – Vol.14. – P 315–336.
31. Medvec V.H. When less is more: Counterfactual thinking and satisfaction among Olympic Medalists / V.H. Medvec, S.F. Madey, T.Gilouich // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 69. – P. 603–610.
32. 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.
33. Moos R. H. Life transitions and crises: A conceptual overview / R.H. Moos, J.A. Schaefer. – In R. H. Moos (Ed.), Coping with life crises: An integrated approach. – New York: Plenum, 1986. – P.28–33.
34. Parker J.A. Coping and defense: a historical overview / J.A. Parker, N.S. Endler // In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.). Handbook of coping. – New York: Wiley, 1996. – P. 3–23.
35. Parkes K. R. Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics / K. R. Parkes // Journal of Personality and Social Psychology. – 1986. – № 51. – P. 1277–1292.
36. Paulhus D.L. Psychological defense: Contemporary theory and research / D.L. Paulhus, B.Fridhandler, S.Hayes. – In Briggs, Stephen; Hogan, Robert Goode; Johnson, John W. Handbook of personality psychology. Boston: Academic Press, 1997. – P. 543–579.
37. Pearlin L. I. The structure of coping / L.I.Pearlin, C. Schooler // Journal of Health and Social Behavior. – 1978. – Vol. 19. – P. 2–21.
38. Peterson C. Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification / C.Peterson, M.Seligman. N.Y.: Oxford University Press, 2004. – 480 p.
39. Schul Y. On the costs and benefits of ignorance: How performance satisfaction is affected by knowing the standard prior to performance / Y.Schul, M.Schiff // Personality and Social Psychology Bulletin. – 1995. – Vol.21. – P. 491–501.
40. Vaillant G. E. Adaptive Mental Mechanisms: Their Role in a Positive Psychology / G.E. Vaillant // American Psychologist. – 2000. – Vol. 55. – P. 89–98.
41. Vaillant G. E. Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology / G.E. Vaillant // Journal of Abnormal Psychology. – 1994. – Vol. 103. – P. 44–50.

42. Vitaliano P.P. Coping Profiles Associated With Psychiatric, Physical Health, Work and Family Problems / P.P. Vitaliano // Health Psychology. – 1990. – Vol. 9(3). – P. 348–376.
43. Weinberger D. A. Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress / D.A. Weinberger, G.E. Schwartz, R.J. Davidson // Journal of abnormal psychology. – Vol. 88, N. 4. – P. 369.

1.4 Посткризове відновлення, стрес-менеджмент

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною у результаті зіткнення зі складними життєвими кризами (R. Tedeschi, L.Calhoun, 2004) [30]. 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 (L. Calhoun, A.Cann, R.Tedeschi, 2010) [10]. 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 полій мають можливість ретельно подумати про те, як вони хочуть відновити своє життя[10].

Поняття «посттравматичне зростання» введено у науковий обіг у 1995 р. (R.Tedeschi, L. Calhoun, 1996) [31] для визначення позитивних змін, що відбуваються у людини внаслідок важких життєвих криз (R.Tedeschi, L. Calhoun, 2004) [30]. Хоча посттравматичне зростання і споріднені із ним терміни «зростання, зумовлене стресом» (C.L.Park, L.H.Cohen, R.L.Murch, 1996) [26], «змагальне зростання» (P.A.Linley, S. Joseph, 2004) [20] є відносно новими, ідея зростання як потенційного наслідку подолання психотравми є популярною у міфах, релігії, популярній літературі та науковій психології (Дж. Каплан, 1964 [11]; В. Франкл, 1963 [5]; І. Ялом, 1980 [6]). Починаючи з 90-х рр. XX 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) [31], Шкали The perceived benefit scales (J.C. McMillcn, R.H.Fisher, 1998) [22], The core beliefs inventory (A.Cann, L. G. Calhoun, R. G.Tedeschi, R.P.Kilmer, 2007) [10], Шкала базисних переконань (World assumptions scale, P. Янов-Бульман в адаптації М. Падуна, А.Котельникової) [15].



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,

[10] http://www.posttraumaticgrowth.com/what-is-ptg/

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 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, майбутнього тощо (C.Michael, M.Cooper, 2013) [24].

Посттравматичне зростання – це можливий результат після травматичної події, що стоїть на іншому полюсі ПТСР. Після травматичної події, наприклад, зґвалтування, 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 (S. Tan, 2013) [29]. 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 [4]. Слід зазначити, що посттравматичне зростання не виключає появи емоційних стресів, особливо на траматичні події, пов'язані насамперед із втратою. Люди можуть переживати дистрес і постравматичне зростання одночасно.

Для фасилітації постравматичного зростання М. Селігман запропонував наступні кроки [4]:

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 (F.Ozbay, 2007) [25].

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» (Ch.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub, 1989) [12]. *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 (А.Бек, 1997 [8], M.E.Lachman, S.L.Weaver, M.Bandura, 1992 [18]). Замість того, аби зосереджуватись на втратах і жалкувати про не здійснене, слід зосередися 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 якшо це вдається зробити – ситуацію відпустити набагато простіше. Дослідники називають гумор основним чинником задоволеності життям (C.Peterson, N.Park, N.Pole, W.D'Andrea, M.Seligman, 2007) [27]. Він фасилітує копінг-стратегії, сприяє встановленню гармонійних міжособистісних стосунків, допомагає людині дистанціюватися від психотравмуючої події (R.A. Martin, 2007) [21].

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 (A.C. Jackson, 2007) [14].

Останнім часом у зарубіжній психології спостерігається тенденція до мультиисциплінарності, 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 тау соцмережах.

Нижче ми наводимо **поради щодо постресового відновлення 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;
- Брали на себе нові обов’язки, навчилися виконувати невластиву 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 д 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 витрачанню 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 спогинів. 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;
- Навчиться 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.

Вправи на релаксацію:

1. Зручно сядьте, заплющте очі протягом 1-2 хвилини уявляйте легку, чарівну веселку, прекрасну гору барв і себе – у спокійному, приємному, розслабленому стані. Ви відпочиваєте. Вас поступово заповнює почуття спокою, розслаблення… Роздивіться уважно всі кольори веселки. Які кольори ви бачите? Зафіксуйте кожний колір. Відчуйте, як зміна кольорів (червоний, жовтогарячий, жовтий, зелений, голубий синій, фіолетовий) дає можливість радіти вашим душі та тілу. Відчувши повний спокій і задоволення, зафіксуйте цей стан. Рухаючись у

зворотному напрямку, на слові «один» розплющте очі (п’ять – чотири – три – два - один).

2. Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня — це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені, горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло.



У вітчизняній психології поняття посттравматичного зростання ще не набуло достатньої популярності, натомість поширеним є поняття стресостійкості, яка визначається як складна інтегральна властивість особистості, що і забезпечує індивіду можливість переносити значні розумові, фізичні, вольові й емоційні навантаження, зберігаючи за цього ефективність функціонування (М.Білова, 2007 [1], В.Корольчук, 2009 [3]). Дані численних емпіричних досліджень підтверджують припущення про можливість і доцільність розвитку стійкості до стресу як професійно важливої якості на етапі професіоналізації. Основу конструктивних механізмів стійкості до стресу складають високий рівень сформованості професійних навичок і вмінь та його адекватна самооцінка, інтровертованість, мотивація досягнення успіху, високий інтелектуальний розвиток, адекватна моральна нормативність, високий рівень розвитку комунікативних навичок. Саме ці механізми дозволяють продуктивно вирішувати проблемні професійні ситуації і завдання, що у свою чергу сприяє професійному росту та особистісній самореалізації, тоді як їхня відсутність або не достатньо високий рівень розвитку сприяє домінуванню ситуаційних способів подолання стресу (M.Haas, 2015) [13].

Стресостійкість – це сукупність якостей, що дозволяють організму спокійно переносити дію стресорів, без шкідливих сплесків емоцій впливають на діяльність і на оточуючих, а також здатних викликати психічні розлади. Висока стресостікість характеризуется низьким рівнем емоційності [1].

Штучне заниження рівня чутливості до зовнішніх подразників, поєднане з цією якістю, в деяких випадках може привести до черствості, відсутності сильних емоцій і байдужості – тобто до властивостей, які нерідко призводять до негативних результатів в сімейного і суспільному житті людини.

Стресостійкість можна розвивати (підвищувати) тренуванням (психотренінг).

Ключовими аспектами стресостійкості є наступні.

Контроль. Стресостійкі люди характеризуються високим самоконтролем, вони впевнені у тому,що можуть самостійно подолати більшість проблем.

Атитюди. Стресостійкість завжди передбачає атитюд надії та віру у краще майбутнє. Надія тісно пов'язана із оптимізмом і спрямовує зусилля на прояви активності при подоланні проблем.

Зобов'язання – перед родиною, суспільством, роботою, впевненість у тому, що є найбільш значущим у житті.

Перспективи – орієнтація на майбутнє, досягнення успіху і отримання задоволення від життя.

T. Hopson (2015)[11] виділяє 5 стилів стресостійкості: релаксатор, організатор, фокусатор, накопичувач та уникатор.

Релаксатор – у стресових ситуаціях використовує техніки його та медитації, намагається зберігати повільне глибоке дихання, розглядати ситуацію у перспективі, а не з огляду на її теперішній вплив, часто залишає стресову ситуацію замість того, аби вирішувати її.

Організатор – при зустрічі зі стресовою ситуацією покроково планує шляхи її розв'язання, намагається очолити групу однодумців, залучає необхідних людей.

Фокусатор – зосереджується виключно на стресовій ситуації, уникає сторонніх розмов і думок поки проблема не буде вирішена, часто робить багато зайвої та непотрібної роботи, ігноруючи допомогу інших осіб.

Накопичувач – вирішує стресову ситуацію шляхом накопичення усіх необхідних ресурсів, особливу увагу звертає на думку експертів, втім вирішення ситуації нерідко затягується через те, що попри ґрунтовний пошук, з'являються нові ресурси і нові думки експертів.

Уникатор – уникає вирішення стресової ситуації у короткостроковій перспективі, відволікається на інші справи та ззовні справляє враження стресостійкої людини.

О. Кочарян, В. Мозговий (2006) запропонували структурний підхід до аналізу феномену стресостійкості. Вони розглядали стресостійкість як особистісний симптомокомплекс, що має певну структурну організацію, яка розвивається в онтогенезі, та виявляє девіації при різноманітних патологічних станах. Специфічними ознаками відсутності стійкості до стресів є: низька диференційованість, зниження адаптаційного потенціалу, збереження біполярної структури організації факторів тощо [17].

Вченими доведено зв'язок саморегуляції діяльності зі стресостійкістю (В.Бодров, 2000) [2]. Характеристиками, що відповідають високим показникам саморегуляції діяльності і, як результат, високому рівню стресостійкості є такі стійкі особистісні характеристики – товариськість, розвинений інтелект, емоційна стійкість, домінантність, висока нормативність поведінки, сміливість, практичність, дипломатичність, консерватизм, нонконформізм, високий самоконтроль; ситуативні особистісні особливості – низька емоційна нестійкість і оперативна тривожність; добре розвинені компоненти психічної надійності; висока чутливість до зовнішніх стресорів, що дозволяє швидко адаптуватися до постійно мінливих ситуацій; більше усвідомлення різних відтінків своїх

[11] Simple Stress Management: Good Habits and Organizational Techniques to Free Yourself of Stress and Succeed in the Workplace

емоційних переживань і більш різноманітна емоційна «палітра» переживань, при більш низьких показниках параметрів, що характеризують інтенсивність і тривалість печалі та страху; добре розвинені властивості саморегуляції; високий рівень успішності діяльності [2].

Отже, можна зробити висновки, що:

- формування стресостійкості є запорукою психічного здоров'я людей і неодмінною умовою соціальної стабільності, прогнозованості процесів, що відбуваються в суспільстві;
- зростаючі психічні навантаження на нервову систему і психіку сучасної людини призводять до формування емоційної напруги, яка виступає одним з головних чинників розвитку різних психосоматичних захворювань;
- за таких умов актуалізується проблема стрес-менеджементу як засобу подолання негативних наслідків стресу.

Література до розділу

1. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис на здобуття наук. ступеня: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / М.Е. Білова ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д.Ушинського. — О., 2007. — 20 с.
2. Бодров В.А. Система психической регуляции стрессоустойчивости человека-оператора / В.А. Бодров, А.А. Обознов // Психол. журнал. — 2000. – Т. 21, №4. – С. 32.
3. Корольчук В.М. Психологія стресостійкості особистості: автореф. Дисна здобуття наук. ступеня: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / В.М. Корольчук ; Ін-т психології ім. Г.С.Костюка АПН України. — К., 2009. — 40 с.
4. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь = Learned Optimism. How to Change Your Mind and Your Life / М.Селигман. – М.: Альпина Паблишер, 2013. – 338 с.
5. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере / В.Франкл. – М.: Альпина Нон-фикшн, 2009. – 239 с.
6. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом; Перевод Т.С.Драбкиной Irvin D. Yalom. Existential Psychotherapy. N.Y.: "Basic Books", 1980 М.: "Класс", 1999. – 576 с.
7. Aldwin C. M. Vulnerability and resilience tocombat exposure: Can stress have lifelong effects? / C. M.Aldwin, M. R.Levenson, A.Spiro // Psychology and Aging. – 1994. –Vol. 9. –P. 33–44.
8. Beck A. The past and the future of cognitive therapy / A.Beck // Journal of Psychotherapy Practice and Research. – 1997. – Vol. 6. –P. 276–284.
9. Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural considerations / L.G. Calhoun, A.Cann, R.G. Tedeschi. – In T. Weiss & R. Berger (Eds.), Posttraumatic growth and culturally competent practice. Hoboken, NJ: Wiley & Sons, 2010. – P.1–14.

10. Cann A. The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world / A.Cann, L.G.Calhoun, R.G.Tedeschi, R.P.Kilmer, V.Gil-Rivas, T.Vishnevsky, S.C.Danhauer // Anxiety Stress Coping. – 2010. – Vol. Jan;23(1). – P.19–34.
11. Caplan G. Emotional crises / G.Caplan. – The encyclopedia of mental health. N.Y., 1963. – Vol. 2. – P. 521–532.
12. Carver C.S. Assessing coping strategies: A theoretically based approach / Ch.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub// Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56. – P. 267–283.
13. Haas M. Bouncing Forward: Transforming Bad Breaks into Breakthroughs / M.Haas. –Atria/Enliven Books, 2015. – 400 p.
14. Jackson A.C. Posttraumatic Growth: Is there evidence for changing our practice? / A.C. Jackson // The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. – 2007. – Vol.1. – P. 300–308.
15. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct / R.Janoff-Bulman // Social Cognition. – 1989. – Vol.7. – P. 113–136.
16. Jayawickreme E. Post traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions / E.Jayawickreme, L.E.R. Blackie // European Journal of Personality. – 2014. – Vol. 28 (4). – P. 312–331.
17. Kocharyan A. Symptomocomplex “stress sensitivity factor” in norm and pathology / A.Kocharyan, V.Mozgovy // Abstracts of Five European Congress of Psychology. –July, 6– 1. – 1997. – Dublin, Ireland. – P. 417.
18. Lachman M.E. Improving memory and control beliefs through cognitive restructuring and self-generated strategies / M.E.Lachman, S.L.Weaver, M.Bandura, E.Elliott, C.J.Lewkowicz // Journal of Gerontology. – 1992. – Vol. 47. – P. 293–299.
19. Lilly M. Interpersonal Trauma and PTSD: The Roles of Gender and a Lifespan Perspective in Predicting Risk / M.Lilly, C.Valdez // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2012. – Vol. 4. – P. 140–144.
20. Linley P.A. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review / P.A.Linley, S. Joseph // Journal of Traumatic Stress. – 2004. – Vol.17. – P. 11–21.
21. Martin R.A. The psychology of humor: An integrative approach / R.A. Martin. – New York: Burlington, MA : Elsevier Academic Press, 2007. – 476 p.
22. McMillen J. C. The Perceived Benefit Scales: Measuring perceived positive life changes after negative events / J. Curtis McMillen, Rachel H. Fisher // Social Work Research. – 1997. – Vol. 22, Issue 3. – P. 173–187.
23. Meichenbaum D. Handbook of post- traumatic growth: Research and practice / D.Meichenbaum, L.G.Calhoun, R.G. Tedeschi. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2006. – 368 p.
24. Michael C. Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature / C.Michael, M.Cooper // Counseling Psychology Review. – 2013. – Vol. 28 (4). – P. 18–33.

25. Ozbay F. Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice / F.Ozbay, D.Johnson, E.Dimoulas, C.Morgan, D.Charney, S.Southwick // Psychiatry. – 2007. – May. – P. 35–40.
26. Park C.L. Assessment and prediction of stress-related growth / C.L.Park, L.H.Cohen, R.L.Murch // Journal of Personality. – 1996. – Vol. 64 (1). – P. 71–105.
27. Peterson C. Strength of character and post-traumatic growth / C.Peterson, N.Park, N.Pole, W.D'Andrea, M.Seligman // Journal of Traumatic Stress. – 2008. – Vol. 21(2). – P. 214–217.
28. Slavin-Spenny O. The Effects of Different Methods of Emotional Disclosure: Differentiating Post-Traumatic Growth from Stress Symptoms / O.Slavin-Spenny, J.Cohen, L.Oberleitner, M.Lumley // Journal of Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 67. – P. 993–1007.
29. Tan S. Resilience and posttraumatic growth: Empirical evidence and clinical applications from a christian perspective / S. Tan // Journal of Psychology and Christianity. – 2013. – Vol. 32 (4). – P. 358–364.
30. Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence / R.G.Tedeschi, L.G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004. – Vol.15. – P.1–18.
31. Tedeshi R.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma / R.G.Tedeschi, L.G. Calhoun // Journal of Traumatic Stress. – 1996. – Vol. 9. – P. 455–471.

Розділ 2. Методики емпіричного дослідження особливостей переживання людиною кризових ситуацій

2.1 Особливості проведення клінічного інтерв'ю

Інтерв'ю – це спрямований діалог, спосіб отримання соціально-психологічних даних за допомогою усного опитування. Метод інтерв'ювання базується на схемі стимул – реакція, де стимулом є питання інтерв'юера, а реакцією – відповідь респондента [7].

Слід зазначити, що у вітчизняній і зарубіжній психології існують різні види інтерв'ю, одні з яких описані детально, а інші – майже не охарактеризовані. У даному огляді ми спробуємо поєднати підходи до розгляду інтерв'ю в Україні, США і Великобританії. Зокрема, вивченими і популярними у світовій психології є діагностичне, клінічне та глибинне інтерв'ю, натомість у нас практично не використовується фокусоване, дослідницьке, структурне інтерв'ю, а терапевтичне вважається частиною клінічного. Існують й окремі види інтерв'ю, які складно віднести до певного класу, наприклад дискусивне (discussive interview) – декілька інтерв'юерів спілкуються з одним респондентом, жорстке (hard interview), коли інтерв'юер займає авторитарну, директивну позицію стосовно респондента, м'яке (soft interview) – інтерв'юер намагається встановити довірливі стосунки з респондентом, демонструє йому свою симпатію, опосередковане (mediated interview), коли взаємодія здійснюється за допомогою технічних засобів. Розглянемо кожен вид інтерв'ю та особливості його використання в емпіричних дослідженнях. Насамперед слід приділити увагу **діагностичному інтерв'ю** *(diagnostic interview)* тобто низці психологічних методів, спрямованих на вивчення особистісних властивостей, мотивів, інтересів та інших якостей індивіда. Даний метод, будучи діагностичним інструментом, має водночас й значний психотерапевтичний потенціал, внаслідок чого широко застосовується у психотерапії, зокрема на її ранніх етапах [9].

У психіатрії найкраще описав методики інтерв'ювання Г.С.Саллівен, автор інтерперсональної теорії психічних розладів. Він визначив мету інтерв'ю як пошук достовірної інформації про стан людини, якій потрібно допомогти. Однак у вітчизняній психіатрії та психотерапії поняття «інтерв'ю» вживається дуже рідко [10]. Натепер серед українських науковців широкої популярності набула праця С.Квале «Дослідницьке інтерв'ю», де у доступній формі описано ключові аспекти інтерв'ю, яке використовується в емпіричних розвідках, переваги та недоліки порівняно із іншими методами дослідження [13]. Крім того, українські та російські психологи часто користуються посібником із проведення інтерв'ю подружжя Айві, які описали п'ятикрокову модель психологічного інтерв'ю [1].

1. Взаєморозуміння / структурування («Привіт!»)

2. Збір інформації. Визначення проблеми, ідентифікація потенційних можливостей клієнта («У чому полягає Ваша проблема?»)

3. Бажаний результат. Чого хоче досягти клієнт («Що Ви хочете отримати в результаті бесід із психологом?»)

4. Напрацювання альтернативних рішень («Що, окрім бажаного для Вас результату, ми можемо з Вами зробити?»)

5. Узагальнення («Що саме Ви будете робити і яким чином?»).

Детальніше кроки інтерв'ю за Айві описано у таблиці.

У зарубіжному психоаналізі і психіатрії нерідко використовується ***структурно-діагностичне інтерв'ю*** (S.Stone, L.Seltzer, О.Кенберг), яке поєднує психоаналітичне спостереження, спрямоване на оцінку взаємодії клієнта і психоаналітика із психоаналітичною технікою інтерпретації конфліктів і захисних механізмів, які виявляються під час такої взаємодії [6].

Дане інтерв'ю має на меті діагностувати симптоми, де виявляється психопатологія та структуру особистості, на якій вона базується. При цьому вивчаються невротичні симптоми і психопатологічні риси особистості, оцінюються основні захисні механізми, синдром дифузної ідентичності, відбувається тестування реальності і ключових симптомів психозів.

При групових інтерв'ю та анкетуваннях контакт із досліджуваними є відносно незначним, у цьому випадку переважає спрямованість психолога на збір інформації, натомість при проведенні індивідуальних бесід чи опитувань особливого значення набуває не лише збір даних, але й надання допомоги клієнту.

Таким поєднанням можна вважати ***клінічне інтерв'ю*** як метод отримання інформації про психологічні властивості особистості, внутрішню картину хвороби та проблеми клієнта, а також психологічний вплив на людину. На відміну від бесіди, інтерв'ю спрямоване на виявлення не лише суб'єктивних скарг, а й на пошук прихованих мотивів поведінки, надання людині допомоги в їх усвідомленні. Суттєвим для клінічного інтерв'ю є психологічна підтримка досліджуваного [11]. Зокрема у російських і вітчизняних дослідженнях клінічне інтерв'ю вважається методом терапевтичної (вільної, неструктурованої) бесіди. Застосовується як основний метод збору даних, так і для уточнення отриманих за допомогою інших методів. Використовується у практиці клінічної психології, психотерапії, психоаналізу для надання допомоги пацієнту в усвідомленні своїх труднощів, конфліктів, прихованих мотивів поведінки тощо [14].

Завдання клінічного інтерв'ю полягають в оцінці індивідуально-психологічних особливостей клієнта та ранжуванні виявлених особливостей за якістю, силою, складністю, віднесенні їх до психологічних явищ або до психопатологічних симптомів. При проведенні психолог фіксує не лише відповіді на конкретні запитання, але й особливості поведінки клієнта, його жести, емоції.

Клінічне інтерв'ю виконує одночасно діагностичну та терапевтичну функції і здійснюється за наступними принципами: має бути однозначним і точним, послідовним, передбачає адекватність інформації, гнучкість проведення та об'єктивність опитування. Правильно проведене клінічне інтерв'ю має безпосередній психотерапевтичний вплив, коли клієнт не лише усвідомлює причини своїх проблем, але й визначає шляхи їх подолання. Загальна стратегія та хід клінічного інтерв'ю багато в чому визначаються попереднім психологічним діагнозом [5].

Основною вимогою до мовлення клінічного психолога є використання ним нейтральної лексики, без надмірного вживання психіатричних, психологічних і

медичних термінів, зрозумілої для клієнта аби той не драматизував ситуацію, не перебільшував та не применшував значення проблеми.

У процесі клінічного інтерв'ю виділяють низку етапів: активне інтерв'ю, встановлення довірливих стосунків, ситуативна підтримка досліджуваного; пасивне інтерв'ю, протягом якого пацієнт висловлює скарги, а дослідник збирає психологічний анамнез; виявлення уявлень досліджуваного про можливий і бажаний результат інтерв'ю і терапії; антипаційний тренінг, коли пацієнт уявляє найнегативніші наслідки своєї хвороби чи способу життя; протягом різних етапів клінічного інтерв'ю використовуються різні техніки, зокрема, опитування, рефлексія, перефразування, уточнення, конфронтація, саморозкриття (невимушена бесіда), пауза (психотерапевтична тиша), пошук шляхів розв'язання проблеми, комунікативний рефреймінг [15].

У вітчизняній і зарубіжній психології клінічне інтерв'ю використовується для діагностики клієнтів із залежностями від речовин, суїцидальними нахилами, агресивною поведінкою тощо.

Окремо слід окреслити ***клінічну бесіду***. Встановлючи контакт з клієнтом, патопсихолог не повторює питань, які задавав раніше лікар, а з'ясовує преморбідні особливості людини, тобто ті, що були властиві їй ще до хвороби, виявляє зацікавленість внутрішнім світом і умовами життя клієнта, що сприяє формуванню позитивного ставлення до фахівця. Протягом другої частини бесіди проводиться патопсихологічна експертиза, коли психолог звертає особливу увагу на поведінку клієнта під час виконання завдань, його реакцію на успіх і невдачу. Результати клінічної бесіди разом із даними психодіагностичних методик фіксуються у протоколі і використовуються для вибору оптимальної стратегії лікування і психотерапії. Збір даних за допомогою клінічної бесіди зазвичай застосовується у медичній психології та психіатрії [6].

Натепер популярним серед психологів-практиків є ***сократичний діалог*** або виявлення неусвідомлюваних знань за допомогою вміло поставлених запитань, дана методика використовується й психологами-науковцями для збору емпіричних даних, а останнім часом сократичний діалог активно впроваджується у педагогічній діяльності. Його метою є приведення опонента до протиріч із самим собою та їх подолання у пошуках істини [4].

Методами бесіди у сократичному діалозі є іронія та майєвтика.

Окреслюють сім кроків його проведення: 1) згода опонента з приводу загального визначення; 2) пошук протиріч, сократівська іронія; 3) невпевненість в основному припущенні; 4) безвихідна ситуація; 5) демонстрація невігластва; 6) виявлення упередженості; 7) надання рекомендацій і порад.

Сократичний діалог застосовується як метод психотерапії неврозів у раціональній психотерапії починаючи з 1912 р. Серед засобів емоційно-стресової терапії найбільш ефективним дослідники вважають саме метод Сократа. В процесі емоційно насиченої бесіди психотерапевт вміло сформульованими запитаннями скеровує клієнта до усвідомлення необґрунтованості своїх страхів [8].

П’ятикрокова модель консультативного інтерв’ю

Назва кроку	Ключові слова	Мета	Результат	Зміст
1. Взаєморозуміння / структурування.	Привіт!	Встановлення психологічного контакту з клієнтом, формування психологічно комфортної довірчої атмосфери міжособистісної взаємодії	Формування у клієнта відчуття безпеки	Фахівець пояснює можливості діагностичного та консультаційного процесу у вирішенні психологічних проблем клієнта. Відбувається попереднє роз'яснення цілей консультування, його структури і засобів допомоги. Клієнт отримує інформацію про психолога (психотерапевта), його кваліфікацію та професійний досвід.
2. Окреслення проблеми	«У чому полягає Ваша проблема?»	Окреслення найбільш значущих, ключових психологічних проблем клієнта	Визначається проблема, вирішенню якої будуть присвячені зустрічі клієнта з психологом / психотерапевтом	Фахівець вислуховує виклад проблем клієнтом; допомагає йому чітко сформулювати найбільш актуальну проблему; допомагає визначити конкретну мету своєї взаємодії із психологом. На цьому етапі клієнти говорять в основному про труднощі, тому корисно знати сильні риси характеру клієнта. У клієнта з'являється можливість порівняти свої проблеми з минулими і теперішніми успіхами
3. Бажаний результат	(«Що Ви хочете отримати в результаті бесід із	Виявити мету, або бажаний результат консультування. По суті, необхідно прояснити, що хоче	Визначення того, що станеться, коли проблеми клієнта будуть	Іноді чітке промовляння мети, усвідомлення власної життєвої перспективи може стати першим кроком до змін. У цьому випадку психологічна допомога може обмежитися наданням

	психологом?»	клієнт від консультації.	вирішені. Визначення життєвих перспектив, побудова планів як далеких, так і ближніх цілей життя клієнта	клієнтові емоційної підтримки і стимуляцією його творчих здібностей, адаптивних і компенсаторних можливостей.
4. Напрацювання альтернативних рішень	«Що, окрім бажаного для Вас результату, ми можемо з Вами зробити?»	Допомогти клієнту виробити якомога більше стратегій поведінки. Оцінити реальні умови і можливості досягнення бажаного результату	Формування діапазону можливих рішень актуальної психологічної проблеми	Допомоги клієнту вийти з глухого кута, подолати ригідність сприйняття і мислення, що носить при психологічних утрудненнях характер алгоритму, жорсткої заданої схеми, від якої клієнт не може відступити. Розширити рольовий репертуар, який передбачає засвоєння широкого діапазону соціальних ролей з метою вироблення найбільш адекватної, конструктивної та ефективної у даній ситуації поведінки
5. Узагальнення	«Що саме Ви будете робити і яким чином?»	Визначити шляхи подальшого самостійного вирішення клієнтом своїх життєвих проблем	Оцінка того, наскільки консультування реально змінило поведінку клієнта і його життєву ситуацію	На цій стадії психолог може використовувати будь-які методи і техніки: парадоксальні директиви, домашні завдання, розмови з клієнтом по телефону, складання плану зміни поведінки.

Література до розділу

1. Айви А.Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники / Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк-Даулинг Л. – М.: Психотерапевтический колледж, 1999. – 487 с.
2. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Алешина Ю. – М.: Класс, 2004. – 172 с.
3. Анастази А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. – [7-е изд.]. – СПб.: Питер, 2006. – 688 с. – (Мастера психологии).
4. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Бурлачук Л.Ф. – [3-е изд]. – СПб.: Питер, 2007. – 688 с. – (Серия «Мастера психологии»).
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Зейгарник Б.В. – М.: Издательство Московського университета, 1986. – 130 с.
6. Кенберг О. Структурное интервью // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. - №2 (июнь) // http: psyjournal.ru/j3p/pap.php
7. Клиническая психология / [ред. М. Перре, У. Бауманн]; пер с нем. А. Желнин, И. Стефанович. – [2-е изд.]. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 1312 с. – (Мастера психологии).
8. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич – М.: МЕДпресс информ, 2008. – 432 с.
9. Метод беседы в психологии; Учебное пособие для студентов факультетов психологии высших учебных заведений по специальностям 52100 и 020400 – «Психология» / Редактор-составитель А.М. Айлавамазьян. – М.: Смысл, 1999. – 222 с.
10. Никадров В.В. Вербально-коммуникативные методы в психологии / В.В Никадров. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 72 с.
11. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психотерапия / Ремшмидт Х. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с. (Серия «Мир психологии»).
12. Ситников В.Л. Психодиагностическая беседа в практике клинических психологов. Учебное пособие / Ситников В.Л. – СПб., 2005. – 98 с.
13. Kvale S. Interviews: Learning the Craft of Qualitative Researches Interviewing / Kvale S., Brinkman S. – SAGE publication Inc, 2009. – 376 p.
14. Lindof T.R. Qualitative Communication Research Methods / Lindof T.R., Taylor B.C. – SAGE publication Inc, 2002. – 195 p.
15. Patton M.Q. Qualitative Research and Evaluation Methods / Patton M.Q. – SAGE publication Inc, 2001. – 688 p.

2.2 Діагностика індивідуальних особливостей, як чинників виникнення стресових розладів

ММРІ, СМДО, контентні шкали Уіггінса та додаткові (кластерні) шкали

Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (англ. *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory,* **MMPI**), був розроблений психологом С. Гатавеєм і психіатром Дж. Мак-Кінлі у 1940 році. За оцінкою Л.Ф. Бурлачука, методика займає провідне місце серед інших особистісних опитувальників у психодіагностичних дослідженнях [5].

Як відомо, змістова частина, розробленого авторами Міннесотського багатопрофільного особистісного опитувальника Дж. Мак-Кінлі та С. Гатавея спочатку була розбита на 26 категорій. Найбільш широко було представлено соціальні аспекти поведінки, настрій, проблема авторитарності, схильність до страхів, прояви ворожості, органічні та психотичні порушення, особливості сімейних взаємин, загальний стан здоров'я, жіночність-мужність, потяги. Можна погодитися із думкою фахівців, що більшість тверджень цього тесту має скоріше соціально-психологічний, ніж психіатричний характер. На підставі цього висновку доведено правомірність використання шкал даного тесту для вивчення особистісних рис психічно здорових людей (S.R.Hathaway, J.C.McKinley, 1940).

Опитувальник містить 550 тверджень, що складають 10 базових діагностичних шкал, 13 контентних шкал Уіггінса та 212 додаткових (кластер них) шкал [19].

Основні шкали.

1. Шкала іпохондрії (HS) - визначає наскільки досліджуваний близький до астеноневротичного типу особистості.
2. Шкала депресії (D) – спрямована на виявлення ступеня суб'єктивної депресії та морального дискомфорту.
3. Шкала істерії (Ну) – розроблена для визначення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсіонного типу (розв'язання складних життєвих ситуацій через прояв симптомів фізичної хвороби).
4. Шкала психотії (Pd) – спрямована на діагностику соціопатичного типу особистості.
5. Шкала мужності-жіночності (MF) – призначена для вимірювання ступеню ідентифікації із роллю (жінки чи чоловіка), що вимагає суспільство.
6. Шкала параної (Ра) – дозволяє визначити ступінь наявності підозрілості.
7. Шкала психастенії (Pt) – визначається подібність досліджуваного із хворими, що страждають фобіями, нав'язливими діями та думками.
8. Шкала шизофренії (Sc) – спрямована на діагностику аутичного типу особистості.
9. Шкала гіпоманії (Ма) – визначається ступінь «близькості» досліджуваного гіпертимному типу особистості.
10. Шкала соціальної інтроверсії (Si) – діагностика ступеня відповідності інтровертованому типу особистості.

Методика багатостороннього дослідження особистості

(рос. ММИЛ, Ф. Березин, М. Мірошников, 1967)

Методика багатостороннього дослідження особистості – варіант відомого особистісного тесту ММРІ, адаптований і стандартизований Ф.Б. Березіним і М. Мірошниковим у 1976 р. Автори тесту ставили своїм завданням створити методику, що дозволяє якомога повніше досліджувати різні аспекти особистості та актуальний психічний стан; досить просту і зручну для широкого практичного використання, емпірично стандартизовану тобто таку, що дозволяє статистично контролювати отриманий результат.

Перша редакція тесту надркована у монографії «Методика многостороннего исследования личности ММИЛ» (Березін Ф.Б., Мірошников М.П., Рожанец Р.В., 1976) [2], друга (Березін Ф.Б., Мірошников М.П., Соколова Е.Д., 1994) [3] і третя (Березін Ф.Б., Мірошников М.П., Соколова Е.Д., 2011) [4].

У третій редакції (2011) книга значно змінена. Суттєво перероблені і доповнені попередні глави, слід відзначити появу в монографії нових статей, присвячених актуальним проблемам психологічної оцінки.

Представлені відомості про розробку і стандартизацію методики багатостороннього дослідження особистості. Основи інтерпретації профілю методики дано стосовно оцінки особливостей особистості, актуального психічного стану, варіантів психопатологічних синдромів з урахуванням психологічної динаміки і провідних психологічних захистів. Розглядаються також можливості використання методики у підлітковому і юнацькому віці. Описується її застосування для оцінки психофізіологічних співвідношень, психосоматичних розладів, терапевтичної динаміки. Наводяться дані про адекватність методики для вивчення психічної адаптації, для психіатричного скринінгу і моніторингу психічного стану, дослідження залежності між особливостями особистості та успішності професійної діяльності.

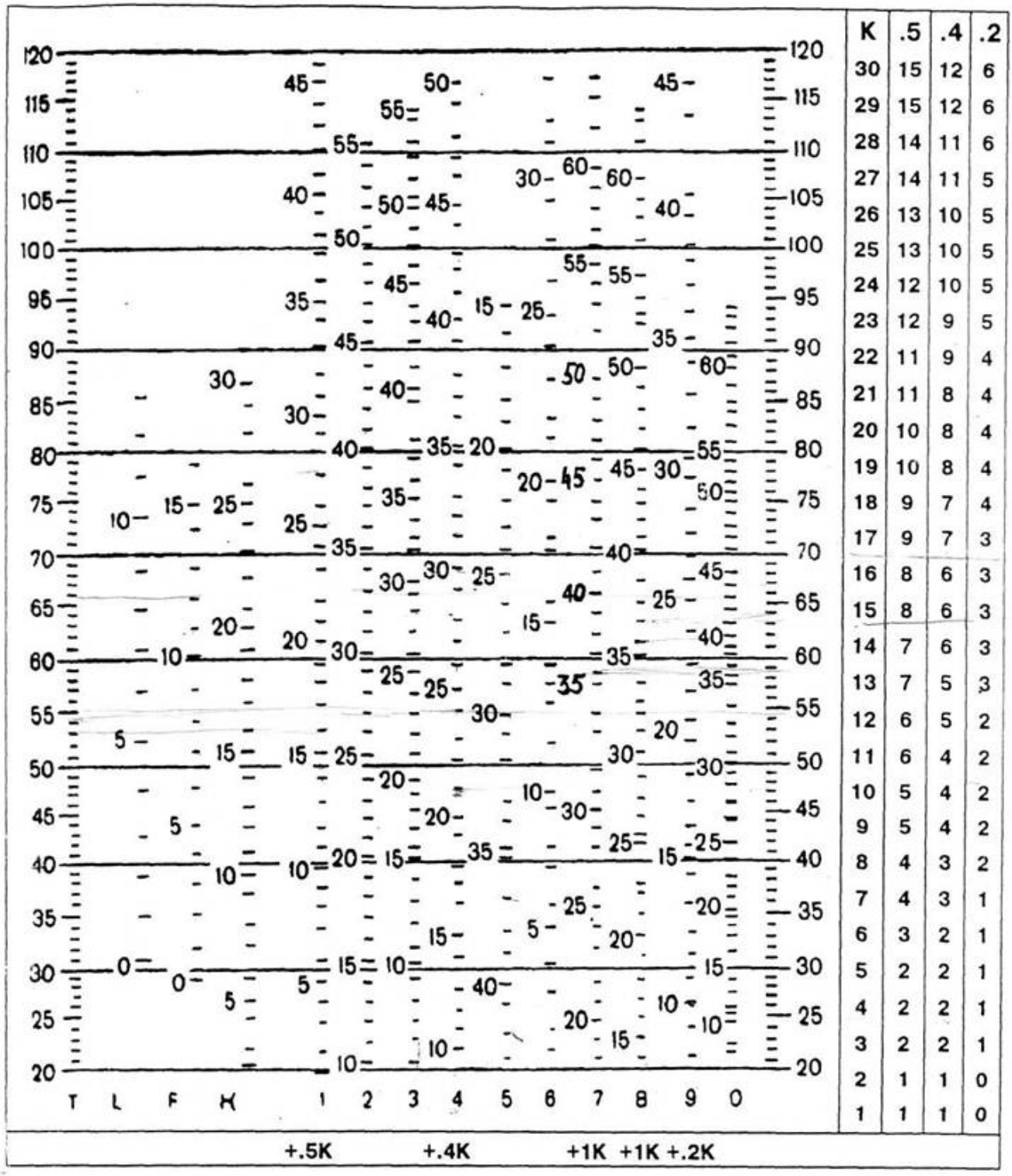
Важливим доповненням книги є поява розділу, присвяченого 16-факторному тесту Кеттелла. Тому третє видання монографії «Методика багатостороннього дослідження особистості» фактично пропонує увазі читачів не один тест, а два. Важливо відзначити, що опис використання тесту Кеттелла якісно відрізняється від усього раніше відомого російськомовному психологу, так як є описом автора свого багаторічного досвіду використання 16-факторного тесту Кеттелла, а не перекладом американських посібників. В інтерпретації Ф.Березина багато факторів тесту Кеттелла набувають зовсім іншого, ніж для американської вибірки, значення.

Ще один розділ, що з'явився у третьому виданні монографії, - приклади інтерпретації. Розділ дозволяє вникнути в процес «перекладу» цифр і показників в характеристики досліджуваної особистості.

Надалі до тестів ММИЛ і 16pfr буде додано ще два тести: тест на інтелект (прогресивні матриці Равена) та тест, який досліджує мотивацію досягнення (варіант тематико-апперцептивного тесту, розроблений Хекхаузеном і адаптований до російськомовної вибірки).

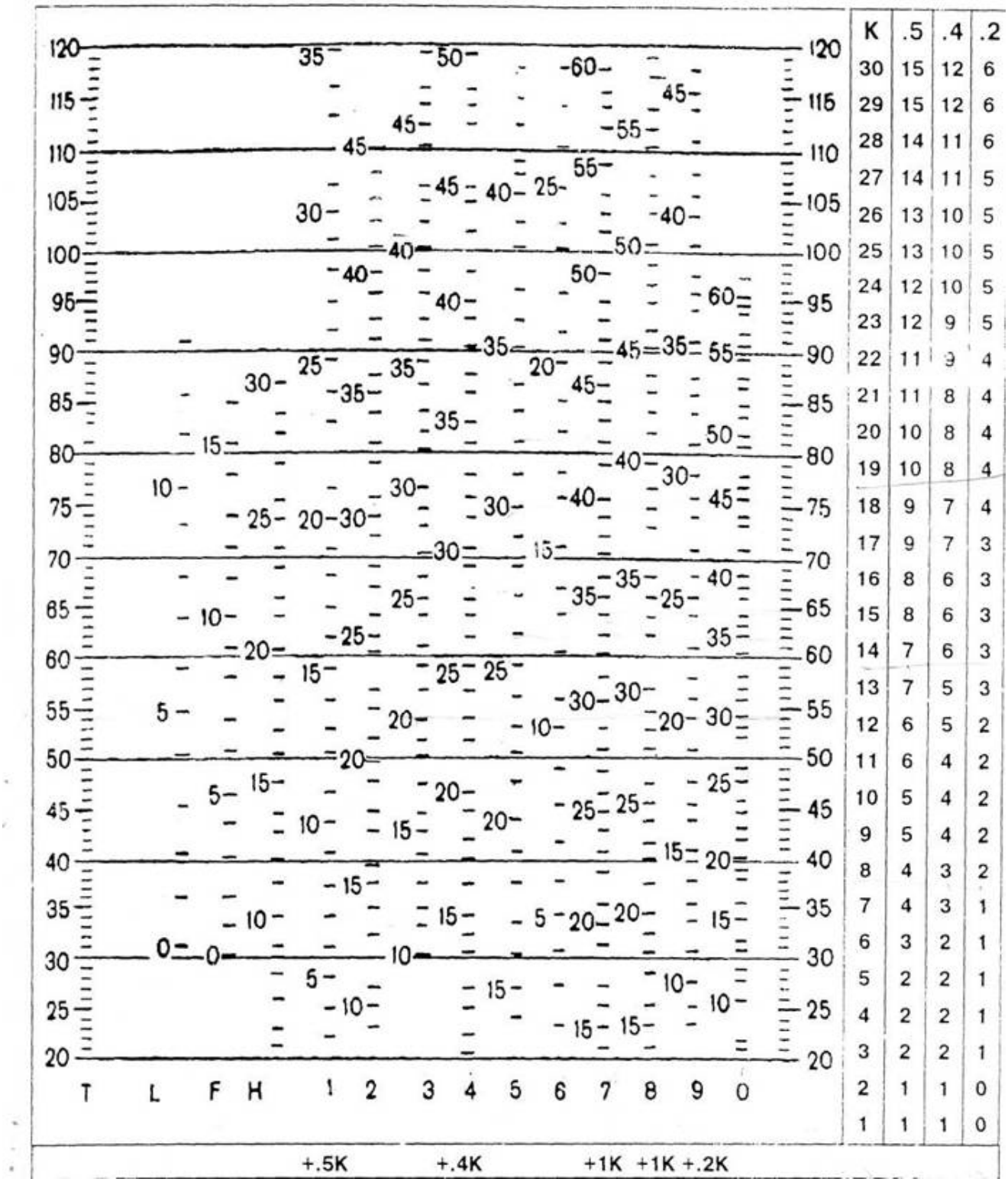
Профиль MMPI - Ж

(вариант на 377 вопросов)



K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	2	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

Профиль MMPI - M
(вариант на 377 вопросов)

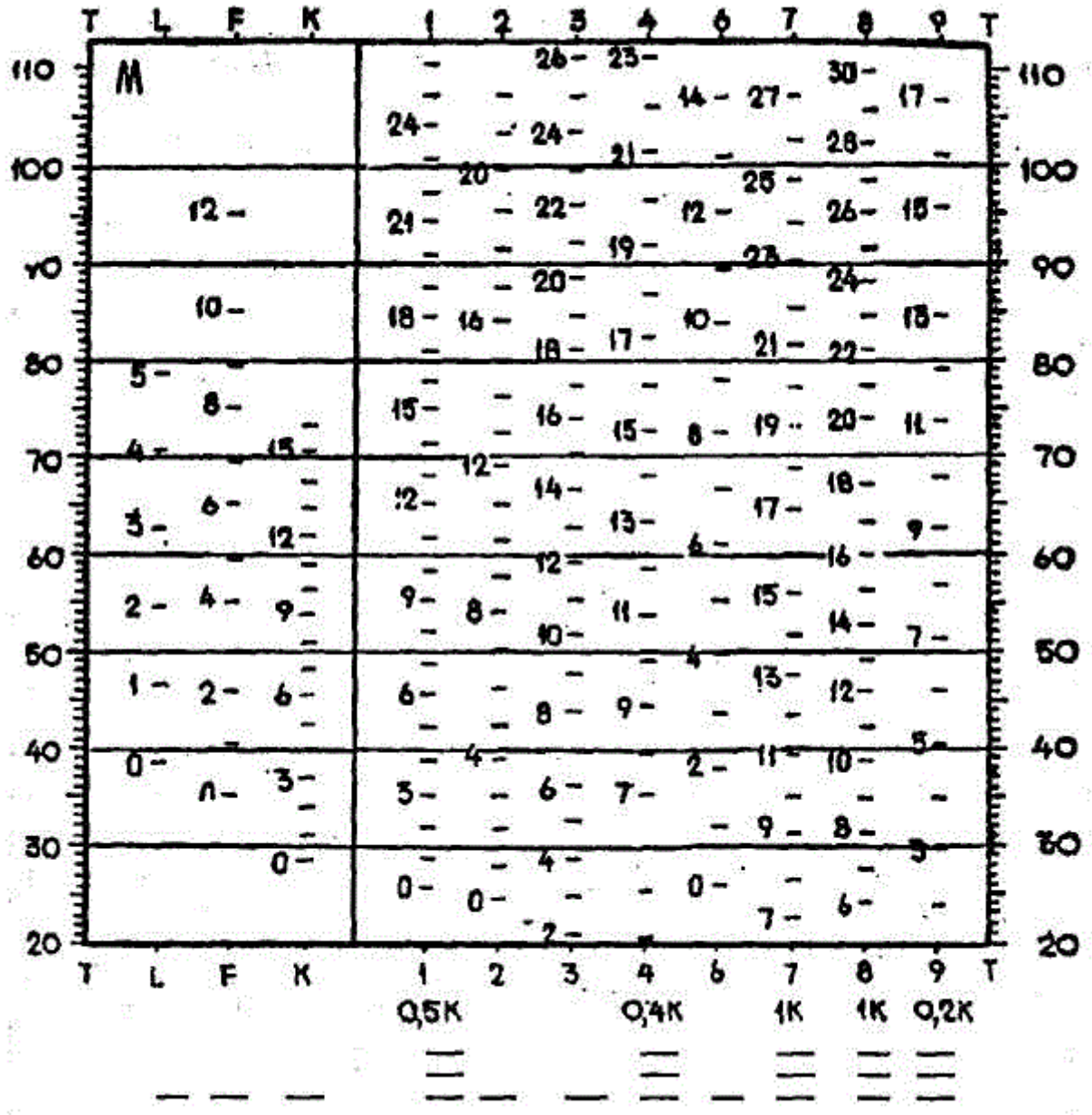


Детальніше з методикою, ключами та інтерпретацією шкал можна ознайомитися за посиланням: http://psylab.info/Методика_многостороннего_исследования_личности

Міні-мульт (В.Зайцев, 1981)

Опитувальник Міні-мульт – це скорочений варіант MMPI, містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 – оцінні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість досліджуваного, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 8 шкал є базисними й оцінюють властивості особистості. Час проведення опитування не обмежується.

Методику розробив Джеймс Кінканнон (James C. Kincannon) у 1968 р., російськомовна адаптація зроблена В. П. Зайцевим і В. Н. Козюлею у 1981 р. (СМОЛ) [6].



MMPI-2

MMPI®-2 (Мінесотський Багатоаспектний Особистісний Опитувальник. Версія 2) – це багатошкальний тест, розроблений для поглибленої діагностики психологічних особливостей особистості дорослих людей. В основі цієї версії тесту лежить опитувальник MMPI (1941), який протягом п'ятдесяти років вважався кращим клінічно орієнтованим тестом. У версії MMPI®-2 внесені істотні зміни, додані нові індикатори і шкали, переглянутий спосіб перетворення сирих оцінок в стандартний показник. MMPI®-2 було суттєво доопрацьовано в сторону усунення неоднозначних діагностичних показників і впливу ґендерних відмінностей.



MMPI-2, який є переглядом першої версії MMPI, був опублікований в Університеті Міннесоти в 1989 році та переглянутий в 2001 році. Останні оновлення були зроблені в 2003 році ([RC] Шкали) та в 2006 році ([FBS] Шкали), про що у 2009 році була видана окрема монографія.

Методика дозволяє з високим ступенем достовірності виявляти риси і типи характеру, визначати стиль поведінки і спілкування, діагностувати здатність до адаптації і приховані психічні відхилення, оцінювати професійну придатність, вивчати емоційний стан і ступінь вираженості стресу, прогнозувати ймовірність і зміст труднощів у різних видах трудової діяльності.

Друга версія MMPI (J. N. Butcher з колегами, 2001) складається з 567 пунктів. У порівнянні з першою версією, за результатами статистичної обробки репрезентативних вибірок в популяції було виключено 13 пунктів, додано 16 пунктів і замінено формулювання 76 пунктів. При цьому автори зберегли порівнянність старої і нової версії – з деякими обмеженнями бали, отримані за допомогою першої версії, можна «перевести» в бали другої версії і навпаки [14].

У структурі методики було зроблено наступні зміни.

1. Доповнено і розширено шкали валідності (шкали брехні). Шкала змінної непослідовності у відповідях VRIN складається з пар однакових або протилежних тверджень – оцінюється схильність респондента відповідати непослідовно на ці пари пунктів. Шкала істинної непослідовності у відповідях TRIN складається з пар тільки протилежних пунктів: високі бали за шкалою означають тенденцію погоджуватися навіть з протилежними пунктами – погоджувальний стиль відповідей. Шкала прикрашаючої самопрезентації S (superlative self-presentation) оцінює вираженість спроб створення кращого враження про себе і створювалася на основі відповідей бажаючих отримати роботу (а також осіб, які дають соціально бажані відповіді). Крім того, в новій версії три шкали аггравації F:

FI – шкала рідкісних відповідей. Бал по ній може бути підвищений, якщо досліджуваний відповідає на питання у випадковому порядку, не розуміє питань або в силу спроби симулювати або при дуже грубій патології (в двох останніх випадках буде підйом ще і за шкалою FP).

BF (back F) – шкала рідкісних відповідей на останню половину методики. Дозволяє оцінити, як змінюється стратегія досліджуваного до кінця тесту. Якщо

при підвищенні балів за шкалою BF не спостерігається підвищення FI і FP, це означає, що стратегія випадкового заповнення, симуляції проявилася в кінці або груба патологія виявляється на тлі виснаження.

FP – більш чутлива, ніж FI, до рідкісних відповідей про психопатології і являє собою «чисту» аггравацію. У керівництві 70-99 балів за шкалою вважається надмірними скаргами, тоді як підйом вище 100 свідчить про невалідність профілю, оскільки досліджуваний симулює.

2. До десяти клінічних шкал було додано субшкали (Harris-Lingoes subscales), що дозволяють виявити причини підвищення бала за шкалою. В структуру шкали D включені:

D1 – суб'єктивна депресія (32 пункти). Відчуття нещастя і депресії, неможливості впоратися, низький інтерес до навколишнього;

D2 – психомоторна загальмованість (14 пунктів). Низька активність, емоційність, бажання уникати інших людей;

D3 – порушення фізичного функціонування (11 пунктів). Акцент на власному фізичному функціонуванні, соматичні симптоми;

D4 – психічне «отупіння» (15 пунктів). Труднощі концентрації уваги, пам'яті і відчуття безглуздості життя;

D5 – задумливість (10 пунктів). Відчуття, що життя безглузде, неможливо впоратися з проблемами. Сльози, румінації, загальмованість, відчуття втрати контролю над розумовим процесом.

3. На основі експертного аналізу пунктів було запропоновано та емпірично верифіковано так звані змістовні (тематичні) шкали – змістовні в тому сенсі, що ввійшли до них пункти, які максимально цілісно характеризують зміст деякого клінічного феномена.

Змістовні шкали та їх опис.

ANX – Тривога. Непевність, можуть бути проблеми з концентрацією, соматичні симптоми, нав'язливості.

FRS – Страхи. Страх, фобії напруга, невпевненість.

OBS – Обсесивність. Ригідність, труднощі прийняття рішень, румінації, обсесивно-компульсивна симптоматика.

DEP – Депресія. Депресія, втома, песимізм, провина, самотність. Можливі – тривога про здоров'я, суїцидальні думки.

HEA – Заклопотаність здоров'ям. Низький рівень фізичного здоров'я, увага до соматичних симптомів, соматичні скарги.

BIZ – вигадливе мислення. Марення, галюцинації, відчуття нереальності. Можливе зловживання психоактивними речовинами.

ANG – Гнів. Злість, ворожість, агресивність. Можливо – труднощі контролю фізичної агресії, імпульсивність. Чутливість до критики.

CYN – Цинізм. Підозрілість, сприйняття інших як егоїстів, нечесних, байдужих. Можуть бути параноїдні ідеації.

ASP – Антисоціальні практики У респондента в анамнезі є порушення закону або антисоціальні практики. Цинічні, звинувачують інших у своїх труднощах, маніпулятивні, агресивні, імпульсивні, не визнають авторитетів.

TPA – Тип А Старанний, орієнтується на роботу, не переносить, коли його переривають, легко дратується. Критичний в стосунках з іншими.

LSE – Низька самооцінка. Швидко кидає розпочате, чутливий до критики, складнощі у прийманні компліментів, пасивний у відносинах, труднощі прийняття рішень.

SOD – Соціальний дискомфорт. Сором'язливість, інтроверсія, бажання усамітнення, має мало інтересів, чутливий у міжособистісних відносинах, має труднощі з початком діалогу.

FAM – Сімейні проблеми. Актуальна або колишня сім'я описується як недостатньо любляча, надмірно вимоглива. Ворожість до інших членів сім'ї, негативні установки до подружніх відносин.

WRK – Порушення працездатності. Уявлення і поведінка, які можуть перешкоджати ефективності на роботі. Не впевнений у виборі кар'єри, нестача енергії, труднощі концентрації, тривожність, небажання досягати чогось.

TRT – Негативні індикатори щодо лікування. Негативне ставлення до лікування та лікарів, відчуття, що його проблеми не розуміють, не вірить, що його проблеми можна розв'язати, і не готовий їх активно вирішувати.

4. В ході емпіричних досліджень на різних клінічних групах запропоновано додаткові шкали для виявлення конкретних клінічних проявів, які не враховано у базовому наборі шкал.

Перелік та короткий опис додаткових шкал MMPI-2:

A – Тривога. Тривога, депресія, соматичні скарги, невпевненість.

R – Подавлення. Інтроверсія, низький особистісний темп, конформність, соматичні скарги.

Es – Сила Его. Високий рівень адаптації, енергії, впевненість.

Do – Домінантність. Домінантність і впевненість в спілкуванні, мотивація досягнення, впевненість поведінки у соціальних ситуаціях.

Re – Соціальна відповідальність. Стурбованість етичними і моральними проблемами, загострене почуття справедливості, впевненість в собі, в т.ч. в соціальних ситуаціях. У клініці – мало скарг і симптомів.

Mt – Порушення адаптації. Низька психологічна адаптація, песимізм, прокрастинація, тривога, соматичні симптоми в періоди стресу.

PK – Пост-травматичний стрес. Емоційний дистрес, тривога, соматичні скарги, небажані румінації, втрата емоційного або когнітивного контролю.

MDS – Дистрес у подружніх відносинах. Незадоволеність подружніми або близькими стосунками.

Ho – Ворожість. Цинізм, підозрілість, низька психологічна адаптація.

O-H – Гіперконтрольована ворожість. Зовні не реагує на провокації, але переживає агресивні імпульси, звинувачує себе.

MAC-R – Алкоголізм. Можливі проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Поведінка, пов'язана із ризиком, екстравертованість, ексгібіціонізм. Впевненість у собі. Можлива антисоціальна поведінка.

AAS – Визнання адикції. Визнання проблем, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, сімейні проблеми, імпульсивність, критичність, агресивність.

APS – Адитивний потенціал. Можливі проблеми, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, антисоціальна поведінка.

GM – Маскулінна роль. Маскулінні інтереси і провідні види діяльності, заперечення страхів, тривоги, відсутність соматичних скарг, впевненість в собі .

GF – Фемінна роль. Фемінні інтереси і провідні види діяльності, заперечення антисоціальної поведінки, підвищена чутливість.

5. Розроблено критичні набори пунктів, що дозволяють виявити найважливіші клінічні феномени (гостра тривога, ідеї переслідування, суїцидальні думки) за допомогою мінімальної кількості питань.

6. Розроблено реструктуровані шкали, орієнтовані на діагностику особливостей, специфічних для даної клінічної групи.

Загалом, слід зазначити кілька переваг офіційної апробації російськомовної версії MMPI-2 порівняно з існуючими модифікаціями [8].

1. Сумісність з оригінальною версією MMPI-2, можливості крос-культурних досліджень та врахування нових даних, які будуть отримані в міжнародних дослідженнях в майбутньому.

2. Додаткове широке коло діагностичних можливостей, які відкривають нові перспективи використання методики як в нормі (зокрема, в організаційній психології, психології розвитку), так і в патології.

3. Особливості перекладу, апробації та стандартизації, що забезпечують, по-перше, порівнянність російськомовної та англомовної версій і, по-друге, доводять надійність, валідність і структуру шкал на великій репрезентативній вибірці.

Виняткові права на розробку і поширення російськомовної версії MMPI-2 були придбані у правовласника – Міннесотського університету – компанією Giunti O.S. Organizzazioni Speciali (Флоренція, Італія), що має дочірні підрозділи і представництва в ряді інших країн Європи, в тому числі в Росії.

В 2014 році було завершено адаптацію другої української версії опитувальника MMPI-2[12]. Опитувальник вперше в історії було адаптовано українською мовою. Українська вибірка склала понад 1250 осіб, включаючи пацієнтів психоневрологічних лікарень. Колектив, який здійснив адаптацію опитувальника на чолі із професором Київського Національного університету імені Тараса Шевченка, Л.Ф. Бурлачуком, отримав схвальні відгуки від правовласника опитувальника The University of Minnesota Press.

MMPI®-2 в Україні застосовується в проекті відбору кадрів в поліцейську патрульну службу, сили спеціального реагування, охоронні структури, а також в індивідуальному та сімейному консультуванні, профорієнтації, кадровому рекрутингу, експертизі психологічного статусу, психологічній оцінці різних видів корекції і лікування, а також у наукових дослідженнях.

[12] http://www.osukraine.com/ru/клинические-тесты/mmpi-2/

СМДО

Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (рос. СМИЛ) являє собою модифікацію тесту ММРІ. СМДО представляє більш новий диференційований підхід, що базується на інших (не психіатричних) концептуальних та методологічних засадах. Головна відмінність на думки Л.М. Собчик полягає в тому, що психологічна інтерпретація надана у практичних рекомендаціях ММРІ лаконічна та примітивна. Вона не дає цілісного особистісного портрету досліджуваного, обмежуючись перерахуванням двох-трьох рис характеру, що найбільше виражені і не враховує значущості низьких показників інших шкал. Можна сказати. Що ММРІ так і залишився у жорстких рамках психіатрії Крепеліна.

На відміну від ММРІ, тест СМДО насамперед спрямований на дослідження особистості. Дана методика розкриває особливості нормальної людини, не перевантаженої патологічно загостреними чи зміненими хворобою індивідуальними особливостями індивіда [10].

Відповідно, інтерпретація результатів має психологічну, а не психіатричну спрямованість. Це видно навіть із назви базових шкал.

Базові шкали СМДО.

1. Шкала «невротичного надконтролю». Основна проблема особистостей даного типу - подавлення спонтанності, орієнтація на правила поведінки та інструкції. При домінуванні у профілі 1-ї шкали досліджуваного характеризують як сенситивно-тривожного, схильного до подавлення життєвих потреб. При підвищенні показників – схильність до «втечі у хворобу».

2. Шкала «песимістичності». Найчастіше її домінування у психологічному профілі особистості свідчить про слабкий тип вищої нервової діяльності. Притаманне домінування пасивної особистісної позиції. Головна мотиваційна спрямованість – уникнення невдачі, відмова від прагнення до самореалізації.

3. Шкала «емоційної лабільності». Підвищення профілю за цією шкалою свідчить про нестійкість емоцій та конфліктне поєднання різноспрямованих тенденцій, а саме: егоїзм – з альтруїстичними деклараціями, агресивність – із прагненням подобатися оточуючим. Схильність до наочно-образного стилю мислення.

4. Шкала «імпульсивності». При домінуванні у психологічному профілі показників за цією шкалою (відповідно, в межах нормативного розташування) людина виявляє активну особистісну позицію, високу пошукову активність та домінування мотивації досягнення, нетерплячість, схильність до ризику.

5. Шкала «мужності-жіночності». Інтерпретується залежно від статі досліджуваного. Підвищені показники за 5-ю шкалою у будь-якому профілі свідчать про відхилення від типової для даної статі поведінки й ускладнення сексуальної міжособистісної адаптації.

6. Шкала «ригідності». Виявляє стійкість інтересів, стенічність установок, неприйняття протилежної точки зору, прагнення спиратися виключно на власний життєвий досвід, орієнтація до конкретних знань. Характерне прагнення змагатися «з усіма і всюди» та витривалість до стресу.

7. Шкала «тривожності». При підвищенні показників за цією шкалою у досліджуваного спостерігається невпевненість у собі й в стабільності ситуації, висока вразливість до впливу оточення. Домінує мотивація «ухилення від неуспіху», сенситивність, скромність, емпатійність, схильність мислення до «застрягання», прагнення постійно перевіряти себе. Можлива «втеча у ритуальні дії» як засіб перестраховки.

8. Шкала «індивідуалістичності». При відповідних показниках: незалежність поглядів, схильність до абстракції в аналітичному стилі мислення, відстороненість, вибірковість в контактах. Такі досліджувані важко адаптуються до повсякденних форм життя і взаємин.

9. Шкала «оптимістичності». Високі показники за цією шкалою свідчать про оптимізм, позитивну самооцінку, високу мотивацію досягнення результатів, але орієнтовану швидше на моторну активність та надмірну контактність, ніж на конкретні цілі.

0-ва шкала «інтроверсії». Поглиблює гіпостенічні прояви й робить менш помітнішими стенічні риси. Притаманна спрямованість інтересів у світ внутрішніх переживань, вибірковість у контактах.

Такою є коротка інтерпретація базисних шкал методики СМДО.

За оцінкою Л.Ф. Бурлачка, коефіцієнт надійності ретестових шкал достатньо високий і в середньому становить 0,50-0,80.

Додаткові шкали (за деякими оцінками до 400) дозволяють конкретизувати та уточнити результати базисних шкал. Наприклад, шкала депресії має наступні кластерні шкали: D1 – суб'єктивна депресія, D3 – фізична слабкість, D4 – психічна скутість тощо.

Ми наведемо перелік тих додаткових шкал, які використовуються у сучасній психодіагностиці найчастіше.

1. «А» - 1-й фактор. Цей фактор має назву деривантний і являє собою поєднання високих показників 7-ї та 8-ї шкал із низкою шкалою К. 1-й фактор виявляє хронічні труднощі адаптації, психологічний дискомфорт, стан тривоги, занепокоєння, загального емоційного стресу. М (середня у нормативній групі) для чоловіків дорівнює 11,0, при стандартному відхиленні 6,52, для жінок – 16,48 при СО = 6,94.

6. Шкала зрілості Ag відображає дорослішання, психічне дозрівання особистості. У чоловіків до 25 років М=68,3, СО=7,3, від 25 до 50 років М=72,8, СО=7,5, для жінок до 25 років М=70,7, СО=7,5, від 25 до 50 років М=73,5, СО=8,3.

9. Шкала алкоголізму (А) виявляє схильність до зловживання алкоголем як патологічний потяг, що погано коригується із зовні. Для чоловіків М=47,0, СО=10,6, для жінок М=58,18, СО=10,15.

11. Ао – шкала ставлення до інших. Для чоловіків М=12,7, СО=3,11, для жінок М=11,29, СО=3,21.

14. As – ставлення до себе, визначає особливості самооцінки і разом із 11-ю шкалою характеризує баланс між здатністю опиратися на власну думку і тенденцією до прийняття точки зору оточуючих. Для чоловіків М=13,88, СО=2,91, для жінок М=10,8, СО=3,44.

16. At – шкала тривоги, виявляє явну тривогу. Для чоловіків М=12,89, СО=6,38, для жінок М=20,81, СО=6,46.

26. Сп – шкала контролю. Високі показники за цією шкалою частіше зустрічаються у невротиків. У нормі ця шкала підвищується у осіб із певними труднощами стримування емоційних проявів, які усвідомлюються особистістю і контролюються ціною значних зусиль і напруженості. Для чоловіків М=24,95, СО=3,89, для жінок М=26,19, СО=3,89.

36. Ср – шкала суперництва, виявляє прагнення до конкуруючих стосунків з оточуючими, прагнення бути першим серед інших. Для чоловіків М=13,52, СО=1,91, для жінок М=12,97, СО=1,91.

38. Cs – адвокатський тип особистості, високі показники спостерігаються у профілі осіб, схильних до високої соціальної гнучкості, здатних пом'якшувати протиріччя в групі, знаходити компромісне рішення між різноспрямованими тенденціями в колективі. Для чоловіків М=30,6, СО=6,27, для жінок М=27,99, СО=5,96.

39. Су – шкала цинізму (назва говорить сама за себе). Для чоловіків М=3,3, СО=2,5, для жінок М=3,6, СО=1,96.

50. До – шкала домінування, високі показники виявляють надмірне прагнення до переваги над іншими, небажання та невміння бути підлеглим. На відміну від лідерства при високій шкалі домінування відсутнє прагнення організовувати та вести за собою оточуючих. Наявна лише виражена тенденція до переваги над іншими. Для чоловіків М=9,62, СО=2,36, для жінок М=8,62, СО=2,34.

57. Ду – шкала залежності, виявляє схильність до підкорення, низьку мотивацію досягнення мети, конформність установок, невміння сформувати власну думку, прагнення йти на поводу точки зору більшості. Для чоловіків М=21,25, СО=7,9, для жінок М=27,1, СО=8,0.

62. Es виявляє здатність «ядра» особистості (що охоплює самооцінку, самосвідомість, контроль над поведінкою) протистояти дезорганізуючим впливам інших структур особистості – імпульсивним діям, інстинктам, потягам з одного боку та ідеальним уявленням про власне «Я» і загальноприйнятим канонам референтної групи – з іншого. Високі показники за цією шкалою відображають здатність до незалежної, впевненої, добре контрольованої поведінки без невротичного блокування (зажатості, скутості) при гарній витривалості до стресу. Для чоловіків М=47,7, СО=5,6, для жінок М=41,8, СО=6,02.

73. Не – контроль над ворожістю. Шкала виявляє здатність контролювати такі почуття стосовно оточуючих як неприязнь, роздратування, гнів, ненависть, злість, ревнощі. Для чоловіків М=7,95, СО=2,86, для жінок М=9,67, СО=2,67.

77. Но – шкала ворожості. Високі показники за цією шкалою зустрічаються у осіб із вираженими агресивними тенденціями, а також при відхиленні від психічної норми. Для чоловіків М=20,53, СО=7,43, для жінок М=21,91, СО=6,08.

95. Iq – інтелектуальний коефіцієнт. Дана шкала являє комплекс особистісних властивостей, найоптимальніших для прояву інтелектуальних можливостей. Високі показники за цією шкалою позитивно корелюють із IQ Векслера. Для чоловіків М=42,25, СО=5,48, для жінок М=39,83, СО=5,8.

106. Lp – шкала лідерства – виявляє прагнення до організаторської діяльності. Високі показники спостерігаються у осіб із високим рівнем мотивації, спрямованої на досягнення цілі, із вираженим прагненням керувати іншими та невмінням підкорюватися. Нерідко ці люди здатні заразити оточуючих певною ідеєю та повести за собою. Для чоловіків M=32,1, CO=6,9, для жінок M=28,1, CO=5,9.

121. Mi3 – шкала альтруїзму – підвищується у профілях осіб м'яких і доброзичливих, здатних жертвувати собою заради інших. Шкала є похідною від 5-ї. Для чоловіків M=4,16, CO=1,88, для жінок M=4,30, CO=1,5.

129. Ne – шкала нейротизму – виявляє хронічне емоційне напруження, дискомфорт, низький поріг витривалості до стресу, перенапруження контролюючих механізмів. Для чоловіків M=4,79, CO=3,14, для жінок M=7,96, CO=3,78.

135. OR – шкала оригінальності – виявляє схильність до оригінального вільного від шаблонів, суб'єктивно забарвленого модусу поведінки, висловлювань і оцінки оточуючих явищ, подій і людей. Для чоловіків M=12, CO=2,67, для жінок M=12,8, CO=2,63.

141. Pa3 – шкала наївності – виявляє довірливе ставлення до людей, недостатнє використання накопиченого життєвого досвіду. Для чоловіків M=5,02, CO=2,33, для жінок M=4,7, CO=2,63.

171. R – другий фактор. Дана шкала виявляє відсутність правильного саморозуміння, виражену залежність від значущих людей, прагнення надавати велике значення соціальному статусу, тенденцію до витіснення психологічних конфліктів, позитивно корелює із 1, 2, 3 базисними шкалами та негативно – з 9 шкалою. Для чоловіків M=16,8, CO=4,04, для жінок M=17,05, CO=3,55.

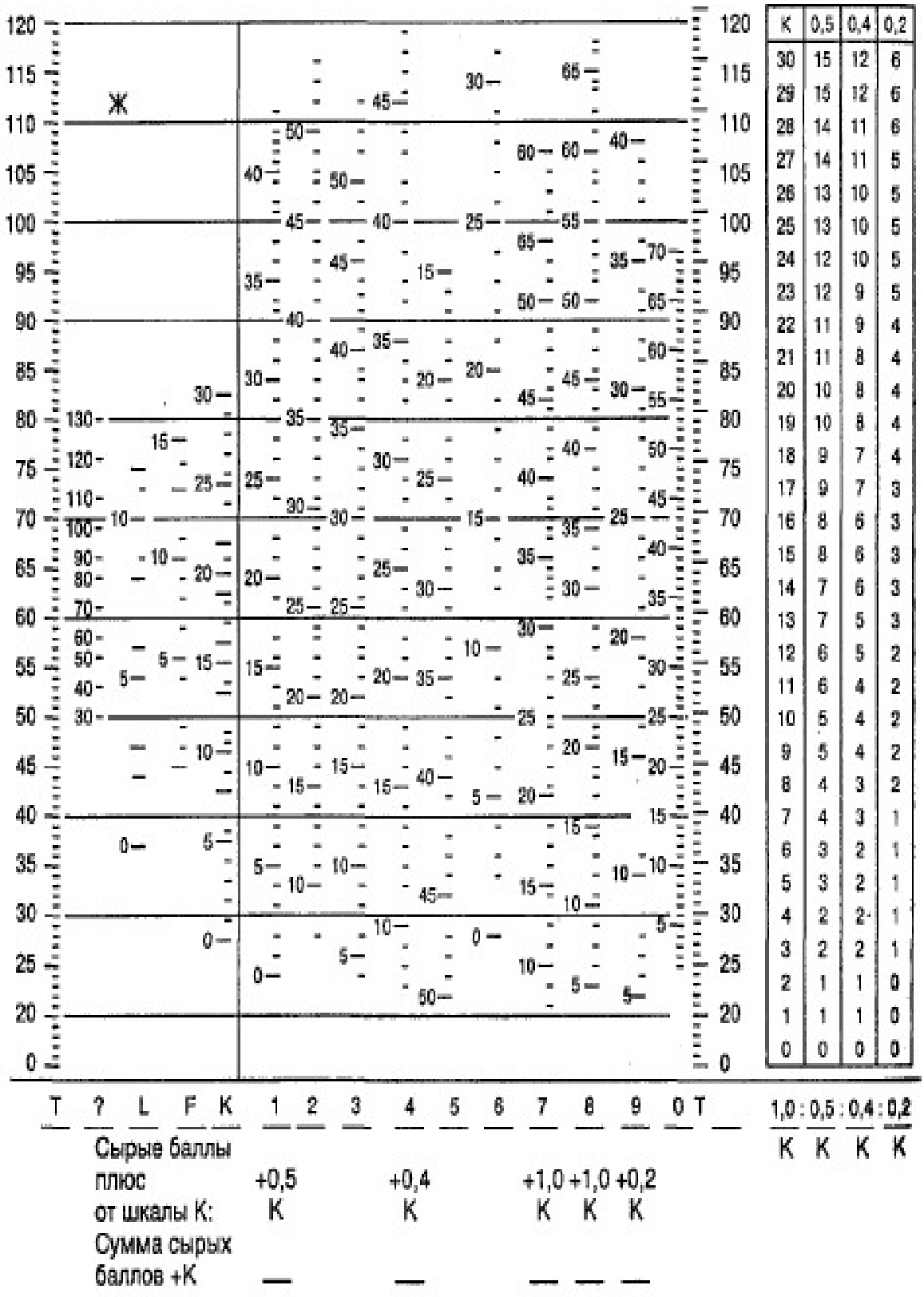
174. Re – шкала соціальної відповідальності – виявляє підвищену відповідальність особистості стосовно своїх громадських обов'язків. Для чоловіків M=13,92, CO=2,76, для жінок M=13,68, CO=2,49.

177. Rp – шкала програвання ролі. Високі показники відображують виражену установку на виживання і різні соціальні ролі. Для чоловіків M=18,97, CO=3,20, для жінок M=17,78, CO=3,48.

196. Sp – шкала соціальної участі – виявляє прагнення брати участь у спільних для референтної групи справах тобто соціальну активність. Високі показники властиві активним, життєрадісним, комунікабельним особам, які прагнуть до підвищення свого соціального статусу. Для чоловіків M=16,6, CO=3,3, для жінок M=15,0, CO=3,4.

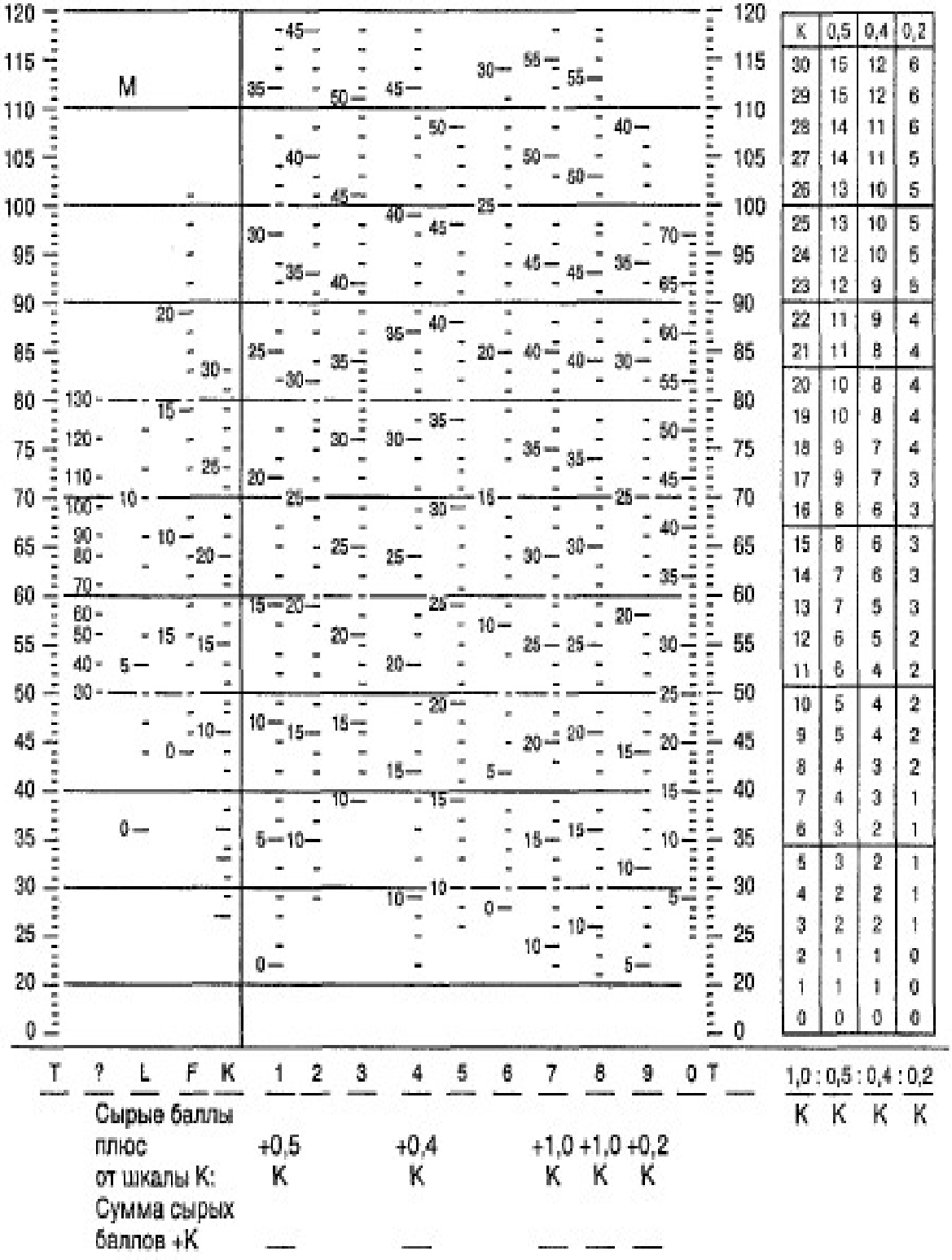
209. To – шкала толерантності – виявляє поріг витривалості до стресу. Чим вищі показники цієї шкали, тим більша здатність контролювати свою діяльність в екстремальних умовах. Для чоловіків M=19,92, CO=4,48, для жінок M=18,77, CO=4,33.

СМДО профільний лист жіночий варіант



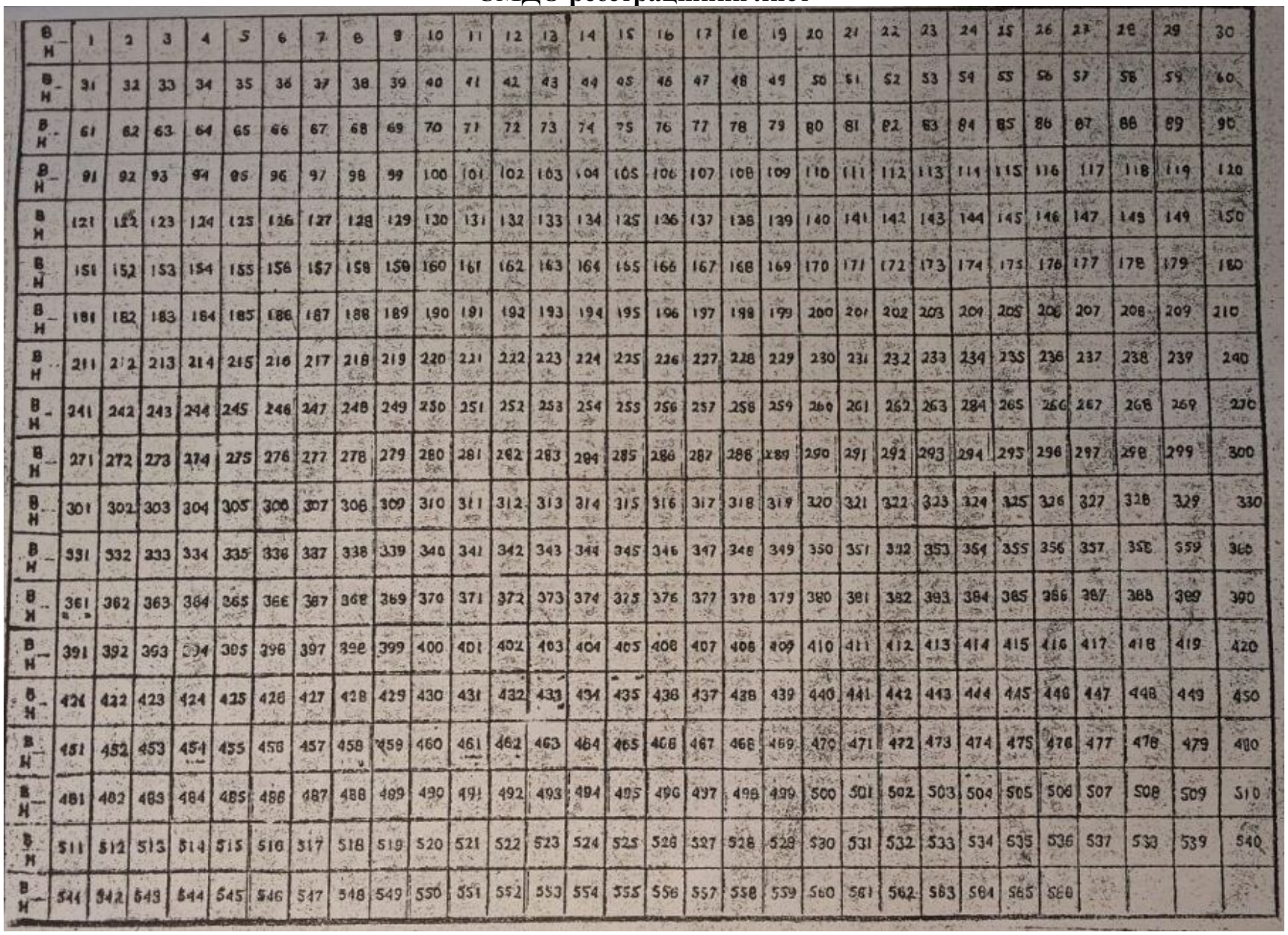
K	0,5	0,4	0,2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

СМДО профільний лист чоловічий варіант



K	0,5	0,4	0,2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

СМДО реєстраційний лист



В Н	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
В Н	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
В Н	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
В Н	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
В Н	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
В Н	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
В Н	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
В Н	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
В Н	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
В Н	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
В Н	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
В Н	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
В Н	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
В Н	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
В Н	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
В Н	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
В Н	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
В Н	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
В Н	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566				

Контентні шкали Уїггінса

Змістовні шкали, створені Уїггінсом, базуються на 13 найбільш важливих категоріях, що стали основною для створення тринадцятишкального особистісного профілю, котрий має спільні риси з базисним профілем ММРІ (СБМДО), побудованим за допомогою широко відомих десяти базисних шкал та шкал достовірності, але з точки зору відомого фахівця методики СДМО Л.М. Собчик, шкали Уіггінса мають свої особливості. Зокрема, а) методика містить оригінальні шкали, які дозволяють отримати принципово нову інформацію, б) інтерпретація шкал є більш простою, оскільки між шкалами не має такої складної взаємозалежності, як у класичному варіанті ММРІ [27].

Дуже стисло охарактеризуємо ці шкали.

Шкала слабкого соціального пристосування (SOC) виявляє підвищену сором'язливість, замкнутість – при наявності високих показників, а при низьких – впевненість у собі, жвавість, підвищену контактність.

Шкала депресії (DEP) визначає виражене почуття провини, схильність до хвилювання, низьку мотивацію до досягнення мети, впевненість у майбутньому, гостру реакцію на непорозуміння з боку оточуючих, низький рівень самооцінки.

Жіночність інтересів (FEM). При підвищенні профілю за цією шкалою у чоловіків яскраво виявляється схильність до занять, більше притаманних жінкам, тенденція до захоплення поезією, театром, живописом, музикою.

Шкала малодушності (MOR). Підвищення профілю за цією шкалою свідчить про втрату впевненості у собі, песимісти оцінку власного майбутнього, надмірну реакцію на висловлювання оточуючих на свою адресу, високу навіюваність, відсутність мужності в екстремальних ситуаціях.

Шкала фундаменталізму (REL) виявляє схильність до певних догм та зведення всіх життєвих проблем до кількох принципів і правил, що забезпечують відповідь на всі можливі випадки, а також наївну впевненість у тому, що власне «Я» цілком відповідає соціально-рольовій установці особистості.

Шкала авторитарного конфлікту (AUT). Високі показники у профілі характерні для тих осіб, для яких проблема власного престижу залишається недосяжною. Як правило, вони бачать в оточуючих лише лицемірство та прагнення до власної вигоди, що виправдовує будь-які шляхи досягнення мети.

Шкала психотизму (PSY) при високих показниках відображає психічні відхилення, переважно параноїдального типу, з галюцинаторними переживанням, зниженням контролю над поведінкою, маренням переслідування.

Шкала органічних симптомів (ORG) визначає ступінь визначеності органічних розладів, що виявляються через головний біль, порушення координації рухів, стан порушеної свідомості, розлад уваги, пам'яті (слуху, нюху).

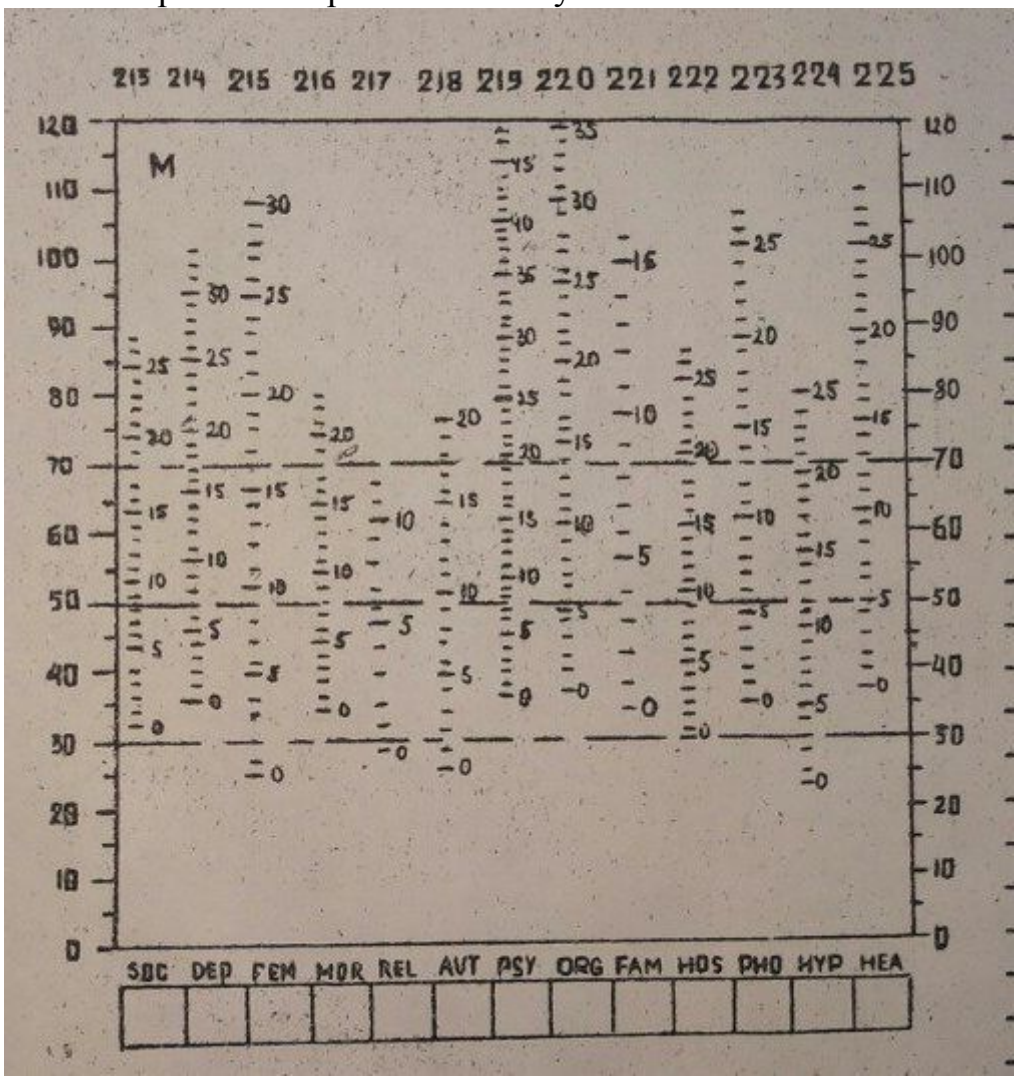
Шкала сімейних проблем (FAM) досліджує складнощі сімейних стосунків, наявність або відсутність почуття кохання та теплоти, занадто критичну, конфліктну атмосферу в родині. Частіше дана шкала характеризує стосунки з батьками, а не з чоловіком (дружиною, дітьми, онуками, братами та сестрами).

Шкала ворожості (HOS) визначає схильність до конкуренції, що переростає у суперництво, тенденцію до грубості у контактах, «зацикленість» на суперечках заради власне суперечок, неконструктивність у взаємодії з оточуючими.

Шкала страхів (PHO) підвищена у профілі осіб, які відчувають найбільш поширені фобії, зокрема страх темряви, висоти, закритого простору тощо.

Шкала гіпоманії (HYP). Високі показники за цією шкалою свідчать про гарний настрій (безтурботність) та готовність досліджуваного до діяльності, а також ентузіазм і легкість прийняття рішень, бажання «брати на себе більше», ніж дозволяють власні можливості.

Шкала поганого здоров'я (HEA). Високі показники за цією шкалою відображають зосередженість індивіда на власному самопочутті, що найбільше пов’язане зі скаргами на проблеми зі шлунком.



Тест Т.Лірі (The Interpersonal Diagnosis of Personality, 1954, Діагностика міжособистісних стосунків Л.Собчик**)**

Психодіагностична методика, створена Т. Лірі, Г. Леформжем і Р. Сазек в 1954 р., і в 1957 р. опублікована у монографії Т. Лірі під назвою «The Interpersonal Diagnosis of Personality» [22]. На пострадянських теренах відома психодиагностична методика під назвою «Діагностика міжособистісних стосунків», яка є адаптованим і модифікованим варіантом оригінальної методики. Автор модифікації – Л.М. Собчик [10].

Методика призначена для діагностики уявлення особистості про своє сьогодення та ідеальне «Я». Також тест активно використовується для діагностики взаємин в малих групах, наприклад, в сімейному консультуванні.

При дослідженні міжособистісних відносин найчастіше виділяються два чинники: домінування-підпорядкування і дружелюбність-агресивність. Саме вони визначають загальне враження про людину в процесах міжособистісного сприйняття. На думку М. Аргайла, це одні з головних компонентів при аналізі стилю міжособистісної поведінки і за змістом можуть бути співвіднесені з двома з трьох головних осей семантичного диференціала Ч. Осгуда: оцінка і сила. У багаторічному дослідженні, проведеному американськими психологами під керівництвом Б. Бейлза, поведінка члена групи оцінюється за двома змінним, аналіз яких здійснюється в тривимірному просторі, утвореному трьома осями: домінування-підпорядкування, дружелюбність-агресивність, емоційність-аналітичність.

Для представлення основних соціальних орієнтацій Т. Лірі розробив умовну схему у вигляді кола, розділеного на сектори. У цьому колі по горизонтальній і вертикальній осях позначені чотири орієнтації: домінування-підпорядкування, дружелюбність-ворожість. У свою чергу, ці сектори розділені на вісім – конкретних видів міжособистісних стосунків. Для ще більш детального опису коло ділять на 16 секторів, але частіше використовуються октанти, певним чином орієнтовані щодо двох головних осей.

Схема Т. Лірі базується на припущенні, що чим ближчі результати досліджуваного до центру кола, тим сильніше взаємозв'язок цих двох змінних. Сума балів кожної орієнтації переводиться в індекс, де домінують вертикальна (домінування-підпорядкування) і горизонтальна (дружелюбність-ворожість) осі. Відстань отриманих показників від центру кола вказує на адаптивність або екстремальність інтерперсональної (міжособистісної) поведінки.

Інтерперсональна поведінка виражається у *міжособистісних рефлексах* – поняття введене Т.Лірі у його праці Interpersonal Diagnosis of Personality: A functional theory and methodology for personality evaluation (1957). Вивчаючи результати діагностики особливостей комунікації дорослих, Т.Лірі зясував, що існують типові патерни міжособистісної взаємодії. Окремі одиниці такої поведінки він назвав міжособистісними механізмами або міжособистісними рефлексами. Такі рефлекси є автоматичними та мимовільними реакціями на міжособистісні ситуації, вони не залежать від контексту спілкування і по суті є спонтанними засобами реагування індивіда на інших людей. Саме міжособистісні

рефлекси на думку Т. Лірі є ключовим фактором у постановці функціонального діагнозу. Визначення міжособистісних рефлексів сприяє поясненню комунікації та поведінкових патернів у функціональних і дисфункціональних стосунках. По суті, кожне твердження із запропонованої Т.Лірі методики є одним із міжособистісних рефлексів (Т.Лірі, 2001) [22].

Опитувальник містить 128 оціночних суджень, в кожному з яких є 8 типів відносн утворюються 16 пунктів, упорядкованих за висхідною інтенсивністю. Методика побудована так, що судження, спрямовані на з'ясування певного типу відносин, розташовані не підряд, а особливим чином: вони групуються по 4 і повторюються через рівну кількість визначень. При обробці підраховується кількість відносин кожного типу.

Т. Лірі пропонував використовувати методику для оцінки досліджуваної поведінки людей, тобто поведінки в оцінці оточуючих («зі сторони»), для самооцінки, оцінки близьких людей, для опису ідеального "Я". Відповідно до цих рівнів діагностики змінюється інструкція для відповіді. Різні напрямки діагностики дозволяють визначити тип особистості, а також зіставляти дані за окремими аспектами. Наприклад, «соціальне Я», «реальне Я», «мої партнери» тощо.

Він виділяв наступні типи ставлення до оточуючих – типи міжособистісної поведінки (в дужках вказано назви в модифікації Л. Собчик):

1. Авторитарний (владний-лідируючий)
2. Егоїстичний (незалежний-домінуючий)
3. Агресивний (прямолінійний-агресивний)
4. Підозрілий (недовірливий-скептичний)
5. Підкорюваний (покірно-сором'язливий)
6. Залежний (залежний-слухняний)
7. Доброзичливий (співробітницький-конвенціальний)
8. Альтруїстичний (відповідально-великодушний)

Метод діагностики міжособистісних стосунків відрізняється від оригінальної методики Т. Лірі переважно інтерпретаційним підходом Було також проведено роботу із адаптації вербального стимульного матеріалу методики. Розроблено більш зручний і швидкий спосіб реєстрації та обрахунку даних, а також значно розширено сферу застосування тесту в контексті соціометричного дослідження.

Перші публікації щодо застосування методу інтерперсональної діагностики та його адаптованого варіанту датуються 1972 роком. Було проведено роботу по вивченню стилю міжособистісної взаємодії в спортивних командах (1972, 1974 Л. Собчик); проведено дослідження психотерапевтичних груп в процесі вивчення динаміки стану у хворих з межовими нервово-психічними розладами (1974, 1982, 2000, Л. Собчик зі співавторами); Г. Васильченко і Ю. Решетняк досліджували особливості взаємних оцінок подружніх пар в контексті проблем, пов'язаних із сексуальними розладами (1972, 1979). Методика набула широкого застосування в сфері вивчення стосунків між хворою людиною і різними по стилю психотерапевтичного впливу лікарями (Л. Собчик, 1982, Л. Вассерман, В. Бочаров, В. Ташликов, 1985). Робота, присвячена вивченню проблеми

міжособистісної взаємодії в виробничих і інших малих групах, проводилася на промислових підприємствах, в студентських колективах, в групах з вивчення іноземних мов, на контингенті військовослужбовців строкового призову (В. Куликов, 1993).

Отже, згідно із Л. Собчик, дана методика спрямована на аналіз самооцінки досліджуваних за вісьмома варіантами міжособистісних стосунків: владний-лідируючий, незалежний-домінуючий, прямолінійний-агресивний, недовірливий-скептичний, покірний-сором'язливий, залежний-слухняний, співробітницький-конвенціальний, відповідальний-великодушний. Перші чотири типи міжособистісних стосунків характеризуються переважанням домінантних тенденцій, тоді як останні чотири варіанти демонструють конформність у взаємодії з оточуючими [10].

Варіанти міжособистісних стосунків.

1. ***Владний-лідируючий***. Помірні показники (до 8 балів включно) характеризують впевненість в собі, вміння бути хорошим наставником і організатором, властивості керівника. При більш високих балах (до 12 балів) - нетерпимість до критики, переоцінка власних можливостей, при балах вище 12 - дидактичний стиль висловлювань, імперативна потреба керувати іншими, риси деспотизму.

Цей тип міжособистісних стосунків (I октант), характеризуються оптимістичністю, швидкістю реакцій, високою активністю, вираженою мотивацією досягнення, тенденцією до домінування, підвищеним рівнем домагань, легкістю і швидкістю у прийнятті рішень, орієнтацією переважно на власну думку і мінімальною залежністю від зовнішніх факторів середовища, екстравертованістю. Вчинки і висловлювання можуть випереджати їх продуманість. Це – реагування, обумовлене нагальними потребами, виражена тенденція до спонтанної самореалізації, активний вплив на оточення, завойовницька позиція, прагнення вести за собою і підкоряти своїй волі інших.



Переважання I октанта в особистісному патерні позитивно корелює з характеристиками стенічного типу реагування за даними СМДО (профілі типу 469 '- / 0, 946' - / 0, 96'4- /, '96 - /, '46 - /) і методу колірних виборів (перевага яскравих колірних еталонів на перших позиціях або значимість позиції 4-го і 3-го кольорів у зв'язку з їх переміщенням на останні позиції з компенсацією за допомогою вторинних потреб, що відображаються 0-м, 6-м або 7-м колірними еталонами).

Отже, I октант виявляє характерний для стенічної, домінантної особистості тип міжособистісних стосунків, що виявляється на рівні соціальної активності у вигляді лідерських тенденцій, а за індивідуально-типологічними особливостями відповідає гіпертимному варіанту особистості.

2. ***Незалежний-домінуючий***. Виявляє стиль міжособистісних стосунків від впевненого, незалежного, конкурентного (при помірних показниках в межах 8-ми балів) до самовдоволеного, нарцисичного, з вираженим почуттям власної переваги над оточуючими (9 - 12 балів), з тенденцією мати особливу думку, відмінну від думки більшості, і займати відокремлену позицію у групі – при балах вище 12.



II октант, відповідає «незалежному-домінуючому» типу міжособистісних стосунків, що при домінуванні у профілі особистості над іншими типами міжособистісних стосунків характеризується рисами самовдоволення (або самозакоханості), дистантністю, егоцентричністю, завищеним рівнем домагань, вираженим почуття суперництва. Домінантність тут в меншій мірі звернена на спільні з групою інтереси і не проявляється прагненням вести людей за собою, заражаючи їх своїми ідеями. Стиль мислення нешаблонний, творчий. Екстравертованість дещо менше виражена, ніж в I октанті. Думка оточуючих сприймається критично, власна думка зводиться в ранг догми або досить категорично відстоюється. Емоціям бракує тепла, вчинкам – конформності. Висока пошукова активність поєднується з розсудливістю.

Високі бали даного октанта позитивно корелюють (також, як при домінуючому I октанті) з характеристиками стенічного типу реагування, однак, тут більше виражені ознаки індивідуалістичності, імпульсивності, відособленості, неконформності (профілі СМДО типу 48'9- / 0, 4'8- / 0, 248'0- /, '840- /). За даними методу колірних виборів виявляється поєднання на перших позиціях 3-го кольору з 5-м, 0-м або 7-м кольором в парі. Високі бали за II октантом (14 - 16) позитивно корелюють з 0-м або 7-м кольорами на перших позиціях, коли компенсація відбувається за рахунок вторинних потреб. Крім рис спонтанності і неконформності такі досліджувані мають властивості, характерні для експансивних індивідуалістів (або – за класифікацією К. Леонгарда - експансивних шизоїдів). Однак умовно вони найближче до спонтанних, експансивних і неконформних особистостей, у яких сценічність і динамічність поєднанні з нестійкістю та вразливістю.



3. ***Прямолінійний-агресивний***. Залежно від ступеня вираженості показників цей октант виявляє щирість, безпосередність, прямолінійність, наполегливість в досягненні мети (помірні бали) або надмірну завзятість, недружелюбність, нестриманість і запальність (високі бали).

Прямолінійно-агресивний тип міжособистісних стосунків (переважання показників III октанта) характеризується ригідністю установок, що поєднується з високою спонтанністю, завзятістю в досягненні мети, практицизмом при недостатній опорі на накопичений досвід в стані емоційної захопленості, підвищеним почуттям справедливості, разом із з переконаністю у власній правоті. Така людина легко реагує почуттям ворожості при протидії та критиці на свою адресу, їй властива безпосередність і прямолінійність у висловлюваннях і вчинках, підвищена вразливість, яка мінімізується у комфортній ситуації, що не применшує престижу досліджуваного.

Наявні позитивні кореляційні зв'язки показників III октанта з 6-ою і 4-ою шкалами СМДО, з наданням переваги яскравим колірним еталонам (2-й і 4-й, рідше 2-й і 1-й); при помірних балах тривожності - 2-й в поєднанні з 7-м поруч або на полярних позиціях (2-й на останній, а 7-й на першій позиції). Тип особистості з прямолінійно-агресивним стилем міжособистісної поведінки характерологічно співвідноситься з агресивно-експлозивним емоційно-динамічним патерном, при нестійкості нервових процесів (від динамічності до інертності), Високі бали III октанта (12 - 16) виявлені у осіб, акцентуйованих за експлозивним (вибуховим) типом.

4. ***Недовірливий-скептичний***. Для нього характерна реалістичність суджень і вчинків, скептицизм і неконформність (до 8 балів), які переростають у вкрай образливий і недовірливий модус ставлення до оточуючих з вираженою схильністю до критицизму, невдоволенням іншими і підозрілістю (при показниках 12-16 балів).



Недовірливий-скептичний тип міжособистісних стосунків (IV октант) проявляється такими особистісними характеристиками, як відособленість, замкнутість, ригідність установок, критична налаштованість до будь-яких думок крім власної, незадоволеність своєю позицією у мікрогрупі, підозрілість, надчутливість до критичних зауважень на свою адресу, схильність до побудови ригідних і надцінних умовиводів, пов'язаних з переконаністю в недоброзичливості оточуючих осіб; випереджальна ворожість у висловлюваннях і поведінці, яка виправдовується апріорною упевненістю в людській недоброті; системне мислення, що спирається на конкретний досвід, практичність, реалістичність, схильність до іронії; висока конфліктність, яка може бути не настільки явною (якщо порівнювати з типом III) і накопичуватись, створюючи тим самим підвищену напруженість і сприяючи ще більшій відгородженості. Існують позитивні кореляції показників IV октанта з профілем СМДО типу 6'80- / і його варіантами (0'86- /, 8'46- / і ін.) З перевагою 02, 25, 021, 27, 521 , 207, а при високих балах - з переходом 2-го кольору на останню позицію в колірному ряді тесту Люшера. Суб'єктивізм і надмірна підозрілість – основні характеристики даного типу міжособистісних стосунків.

5. ***Покірний-сором'язливий***. Відображає такі особливості міжособистісних відносин як скромність, сором'язливість, схильність брати на себе чужі обов'язки. При високих балах – цілковита покірність, підвищене почуття провини, самоприниження.



V октант - «покірно-сором'язливий» тип міжособистісних стосунків є домінантним у людей занадто сором'язливих, інтровертованих, пасивних, дуже педантичних у питаннях моралі і совісті, навіюваних, невпевнених у собі, з підвищеною схильністю до рефлексії, з помітним переважанням мотивації уникнення неуспіху і низькою мотивацією досягнення, заниженою самооцінкою. Він характерний для тривожних, особистостей, з підвищеним почуттям відповідальності, незадоволених собою, схильних до самозвинувачення при невдачах. Такі люди легко впадають у стан смутку, песимістично оцінюють свої перспективи, акуратні і дисципліновані в роботі, уникають широких контактів і соціальних ролей, в яких вони могли б привернути до себе увагу оточуючих.

. Це підтверджується наявністю достовірних зв'язків показників V октанта з профілем СМДО типу '20 - / 94, 28'70- / 9, 80'267- / 9, 02'867- /, з наданням переваги 0, 6, 5 кольорам на перших трьох позиціях колірного ряду. Отже, даний тип міжособистісних відносин відповідає пасивно-споглядального типу особистості, а при високих балах – інтровертованій особистості гіпотимного кола з ананкастними рисами або акцентуацією по пасивно-шизоїдному типу. Психофізіологічної базою даного типу реагування є слабкий тип ВНД, а властивості нервової системи характеризуються поєднанням інертності з динамічністю процесів гальмування.



6. ***Залежний-слухняний***. При помірних балах – потреба в допомозі й довірі з боку оточуючих, в їх визнання. При високих показниках – надмірна комфортність, цілковита залежність від думки оточуючих.

VI октант - «залежний - слухняний» тип міжособистісних стосунків – люди, у яких це домінантний стиль поведінки при обстеженні іншими психодіагностичні методиками виявляють високу тривожність, підвищену чутливість до середовищних впливів, тенденцію до вираженої залежності мотиваційної спрямованості від сформованих зі значущими іншими відносин, власної думки – від думки оточуючих. Потреба в прихильності і теплих відносинах є провідною. Невпевненість в собі тісно пов'язана з нестійкою самооцінкою. Старанність та відповідальність у роботі створює їм хорошу

репутацію в колективі, проте інертність у прийнятті рішень, конформність установок і невпевненість в собі не сприяють їх просуванню на роль лідера. Підвищена недовірливість, чутливість до неуважності і грубості оточуючих, надмірна самокритичність, страх неуспіху як основа мотиваційної спрямованості формують основу конформної поведінки. VI октант позитивно корелює з профілем СМДО типу 7'28- / 9, 2'70- / 9, '27 -1, '7- /; в колірному ряді – значуща позиція пари 51 або 15, перевага 6-го і 0-го колірних еталонів при нехтуванні 4-м, нестійкість вибору і виражена залежність від ситуації обстеження. Тобто, крім поведінкового патерну по типу «залежно-слухняного» стилю міжособистісних відносин, VI Октант відповідає емоційно-динамічному патерну тривожно-недовірливої особистості, при високих балах наближається до вираженої акцентуації за психастенічним типом, зі слабким типом ВНД і характеризується переважанням динамічності нервових процесів щодо гальмування.

7. ***Співробітницький-конвенціальний***. Стиль міжособистісних стосунків, властивий особам, які прагнуть до тісної співпраці з референтною групою, до доброзичливих відносин з оточуючими. Надмірна вираженість даного стилю проявляється компромісною поведінкою, нестриманістю у товариськості, прагненні підкреслити свою причетність до інтересів більшості.



VII октант - «співробітницький-конвенціальний» тип міжособистісних стосунків має такі індивідуально-особистісні характеристики як емоційна нестійкість, високий рівень тривожності і низький – агресивності, підвищена чутливість до середовищних впливів, залежність самооцінки від думки значущих інших, прагнення відповідати очікуванням групи, схильність до співпраці, пошуки визнання в очах найбільш авторитетних особистостей групи, прагнення знайти спільність з іншими, ентузіазм, сприйнятливість до емоційного настрою групи; широке коло інтересів при деякій поверховості захоплень.

Переважання VII октанта у психограмі поєднується з профілями СМДО типу '137- /, 21'37- /, 3'742- /, що виявляють витіснення егоцентричності і агресивності у осіб, які вирішують свої проблеми шляхом перекладання труднощів і відповідальності на плечі інших, маскуючи справжні наміри підвищеною товариськістю, конвенціональністю (прагненням до спільної діяльності). Колірний вибір відрізняється поєднанням 1-го або 5-го кольорів з 4-м або пар 15, 13, 41 зі значною позицією поєднання 17 (психосоматика), а також ознаками підвищеної емоційної напруженості, що виявляється переміщенням 6-го або 0-го кольору вліво

В цілому «співробітницький-конвенціальний» тип міжособистісних стосунків накладається на тривожний, емоційно лабільний тип особистості з елементами демонстративності, схильний до психосоматичних розладів. Відповідний тип ВНД – змішаний з переважанням слабких характеристик,

властивості нервової системи відрізняються поєднанням рис гальмування з лабільністю.

8. ***Відповідальний-великодушний***. Проявляється вираженою готовністю допомагати оточуючим, розвиненим почуттям відповідальності (до 8 балів). Високі бали виявляють гіперсоціальність установок, підкреслений альтруїзм.



VIII октант, переважання якого дозволяє віднести тип міжособистісної взаємодії до «відповідально-великодушного», поєднується з такими особистісними особливостями, як виражена потреба відповідати соціальним нормам поведінки, схильність до ідеалізації гармонії міжособистісних стосунків, екзальтація в прояві своїх переконань, виражена емоційна залученість, яка може носити більш поверхневий характер, ніж це декларується; художній тип сприйняття і переробки інформації, стиль мислення – цілісний, образний. Легке вживання в різні соціальні ролі, гнучкість у контактах, комунікабельність, доброзичливість, жертовність; прагнення до діяльності, корисної для всіх людей; прояв милосердя, благодійності, місіонерський склад особистості. Артистичність, потреба справляти приємне враження, подобатися оточуючим. Проблема витісненої ворожості, що викликає підвищену напруженість і соматизацію тривоги, схильність до психосоматичних захворювань; вегетативний дисбаланс як результат блокування поведінкових реакцій. Корелює з профілем СМДО типу '3149- / 0,' 439- / 2, 37'49- /, 35'89- / або '4368- /, 13'687- /, з вибором 5421, 456, 43, 41, 451 на значущих позиціях колірного ряду.

Отже, соціально-поведінковому паттерну «відповідально-великодушного» стилю міжособистісних відносин відповідають характеристики емоційно-лабільної особистості з рисами демонстративності, зі змішаним типом реагування, в якому переважають характеристики більшої порівняно з VII октантом стенічності. Високі бали відповідають істероїдній акцентуації і психосоматичному варіанту дезадаптації. Тип вищої нервової діяльності, що лежить в основі темпераменту, - змішаний з переважанням властивостей сильного типу ВНД. Організація нервових процесів характеризується лабільністю.

Ідеї Т.Лірі знайшли своє сучасне відображення не лише в психодіагностичній методиці адаптованої Л.Собчик, але й у концептуальній моделі міжособистісної поведінки, рис і мотивів – ***інтерперсональному колі*** або інтерперсональній циклічній структурі.

Дана модель визначається двома ортогональними осями: вертикальною віссю (статус, панування, влада або управління) і горизонтальною віссю (солідарність, доброзичливість, теплота, або любов). Останніми роками стало вже звично у вертикальних та горизонтальних осях численних моделей міжособистісної взаємодії відображати різноманітні поняття так, що кожна точка зокрема й інтерперсонального кола визначається певною комбінацією рис і властивостей особистості.



На базі інтерперсонального кола побудовано числені новітні психодіагностичні методики. Шкала міжособистісної залежності (Interpersonal Adjective Scales, AS; J.S.Wiggins, 1995) [27] визначає найважливіші виміри міжособистісної поведінки – домінування і піклування; Опитувальник міжособистісних проблем (The Inventory of Interpersonal Problems; L.M.Horowitz, L.E.Alden, J.S.Wiggins, A.L. Pincus, 2000) [20] повна (127 пунктів) і скорочена (64 пункти) версія – окреслює найважливіші аспекти соціального функціонування, Опитувальник інтерперсональних сил (Inventory of Interpersonal Strengths, IIS; R.L.Hatcher, D.T. Rogers, 2009) складається із 8-ми октантів, до яких входять 64 пункти і діагностує усі сфери міжособистісної взаємодії [18].

Отже, діагностичний підхід, створений Т.Лірі й на сьогодні лишається актуальним та затребуваним у світовій психодіагностиці.

Тест Люшера

Опис методики та особливості застосування у діагностиці стресових розладів. Методика колірних виборів Люшера – проективний психологічний тест, сворений 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 [23].

Тест М. Люшера є одним із проективних тестів. Як стверджує В. Джос його можна вважати тестом нового покоління. Різниця його стосовно попередніх проективних тестів в специфіці інтерпретації отриманих результатів. Оскільки старі проективні тести мали найголовнішу мету – викликати проекцію у

піддослідного, а її інтерпретація певною мірою залежала, як від рівня кваліфікації психолога, його професійного досвіду, але й від настанов наукової школи до якої він належав. Тому інтерпретація результатів, що отримані це, певною мірою мистецтво експериментатора, а не система стандартизованих правил та прийомів. На відміну від попередників, тест М. Люшера проектує приховану систему диспозицій людини на систему шкал. Таким чином, значно полегшується досягнення декількома фахівцями певної ідентичності характеристик одного й того ж піддослідного. Не випадково велика прихильниця стандартизованих методик дослідження особистості Л.М. Собчик окрім модифікованого та русифікованого варіанту ММРІ включила в обов'язкову тестову батарею й кольоровий тест М.Люшера та його варіації [10].

Скорочений варіант тесту Люшера складається з однієї шкали та декількох додаткових. Повний варіант – із семи первісних шкал (одна – восьмиелементна, одна – п'ятиелементна та п'ять – чотирьохелементних) та однієї вторинної – так званий «куб». Всі ці шкали пов'язані між собою, тому фахівці (В. Джос, А. Клар) вважають їх елементами більш загальної цілісної шкали, яка інтегрує їх оцінки в цілісну діалектично пов'язану структуру. Мета тестування полягає в тому, що піддослідний, обираючи одні кольори та відторгаючи – інші, конструює сім кольорових рядів). Цим він проектує структуру своїх внутрішніх диспозицій на дев'ять основних шкал та декількох – додаткових. Експериментатор, має зробити зворотню операцію – з отриманих семи рядів реконструює структуру внутрішніх диспозицій піддослідного й робить обґрунтований прогноз про його ймовірні стратегії поведінки в певних ситуаціях майбутнього. Це дозволить визначити можливі проблеми в міжособистісних чи внутрішньоособистісних стосунках [7].

Головна ідея тесту М. Люшера в тому, щоб зробити максимально зручні умови для роботи практичного психолога який працює як із скороченим та із повним варіантом тесту. Дуже важливим є використання не тільки скороченого його варіанту але й повного. Оскільки скорочений варіант тесту М. Люшера (так званий восьмикольоровий) створює ілюзію простоти та доступності для використання представниками будь-якої спеціальності та рівня кваліфікації, хоча й не дає всієї можливої інформації. Відповідно, виникає враження своєрідного «гороскопа» чи «нумерології». Саме тому, можна лише підтримати позицію В. Джоса, що психолог не повинен «обмежитись в своїй роботі використанням лише основних таблиць, а й ґрунтовно вивчити додаткові таблиці». Саме про це й йде мова в даному параграфі.

Наукові розробки проблеми сприйняття кольору своїм корінням сягають до початку XX століття і відображені в теорії трьох основних кольорів Юнга-Гельмгольца, в роботах Хартрідж, що стосуються багатоколірного сприйняття. Важлива роль вивчення колірної перцепції як психологічного і фізіологічного процесу підкреслювалася багатьма дослідниками (Ю.Поляков, А.Іваницький та ін.). Дослідження М.Люшера, які виявили діагностичне значення колірних виборів, привернули увагу багатьох психологів і лікарів (Г.Клар, 1976; Л. Буш, 1965; О.Еткінд, О.Сермягіна, 1987, 1991; Е.Бажин, Н. Агазаде, А. Юрьев і багато інших).

Розробка тесту Люшера базується на виключно емпіричному підході і спочатку пов'язана з установкою на вивчення емоційного і фізіологічного стану людини з метою диференційованого психотерапевтичного підходу і для оцінки ефективності корекційного впливу. В основі інтерпретаційного підходу методики, досить еклектичного, лежить соціально-історична символіка кольорів, елементи психоаналізу і психосоматики. Досвід застосування восьмиколірного тесту Люшера у вітчизняних умовах не лише підтвердив його ефективність, але і дозволив осмислити його феноменологію в контексті сучасного наукового світогляду. Його перевага перед багатьма іншими особистісними тестами в тому, що він позбавлений культурно-етнічних основ і не провокує (на відміну від більшості інших, особливо вербальних тестів) реакцій захисного характеру. Методика виявляє не тільки усвідомлене, суб'єктивне ставлення досліджуваного до колірних еталонів, але в основному його неусвідомлені реакції, що дозволяє вважати метод глибинним, проективним.

Базуючись на системі знань про значення кольороперевагиМ.Люшера Г.Клара, виділено 10 постулатів колірної психології [7]:

1 Колір – «це візуалізована мова почуттів» (цит. по М.Люшеру). Наш психологічний стан впливає на сприйняття основних кольорів. Інтуїтивний вибір кольору відображає психологічний стан, особливості самосприйняття світу, характер емоцій і установок, стиль існування, перевагу образів, ментальних програм, музики.

2 Головний закон колірної психології – «Якщо людина віддає перевагу кольору, то вона приймає психологічну програму кольору; заперечує колір заперечує програму кольору. Якщо приймає поєднання кольорів – приймає психологічну програму цього поєднання; заперечує це поєднання – заперечує його психологічну програму».

3 Постулат про чотири рівні емоційного життя людини. Процедура проведення класичного тесту Люшера: з 8 кольорів (червоний, жовтий, синій, зелений, сірий, коричневий, фіолетовий, чорний) досліджуваний обирає один - найбільш бажаний, потім - кращий з решти, і так до останнього вибору.

4 Характеристика колірних програм. Вісім колірних програм розділені на основні і додаткові кольори. Перевага або заперечення кожного кольору пов'язані із певними психологічними особливостями людини.

Процедура тестування полягає в упорядкуванні кольорів людиною за ступенем їх суб'єктивної приємності. Тестування проводиться при природному освітленні, проте неприпустимий вплив на таблицю кольорів прямого сонячного світла. Інструкція містить прохання відволіктися від асоціацій, пов'язаних із модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і спробувати вибирати кольори лише виходячи зі свого стану на даний момент.

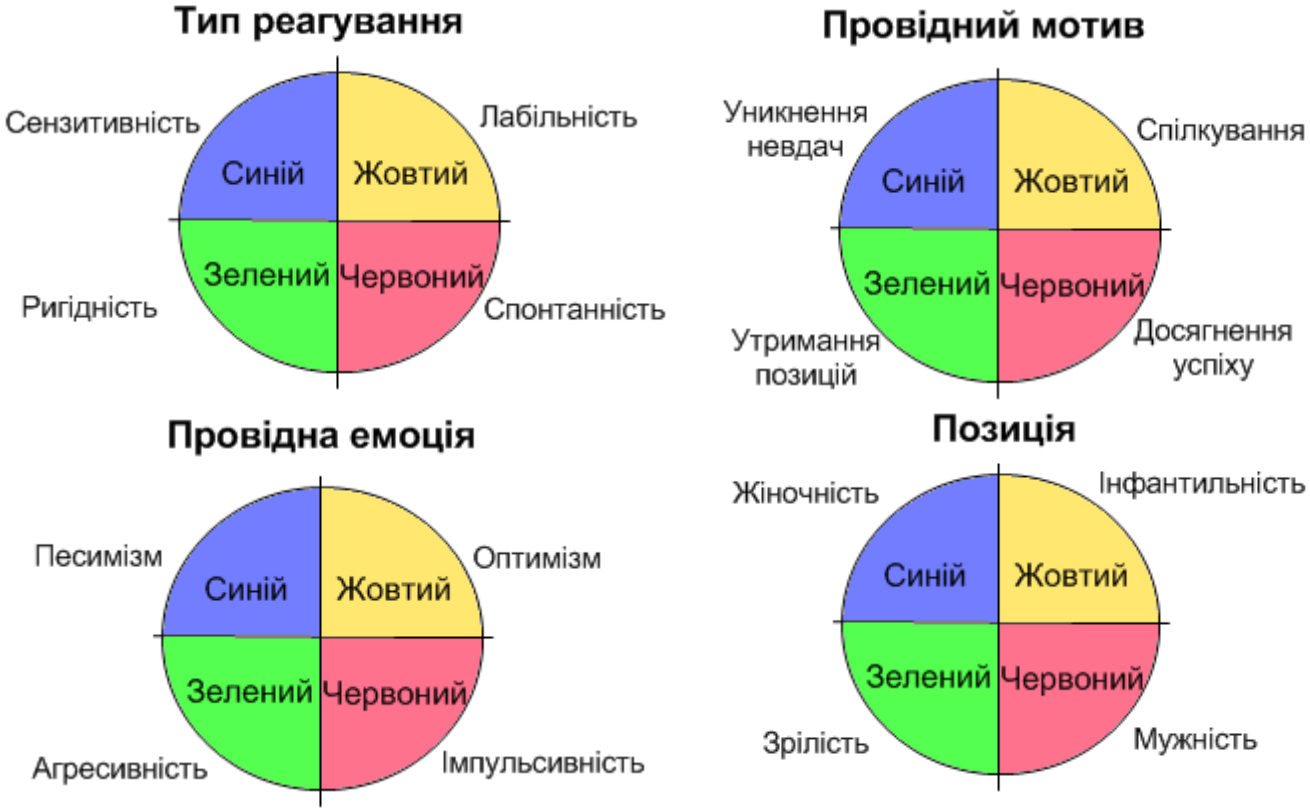
8 колірний (скорочений) варіант тесту Люшера.

Натепер розповсюдженим є скорочений варіант тесту Люшера. Комплект стимулів складається з восьми кольорових карток, це основні «люшерівські» кольори: червоний, синій, жовтий, зелений, ахроматичні: сірий, чорний, і змішані: фіолетовий, коричневий. Скорочений варіант тесту Люшера включає одну основну шкалу, що складається з восьми елементів і декількох додаткових шкал.

Всі шкали пов'язані між собою і вважаються частиною однієї інтегрованої структурної шкали.

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 [10].



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 колірного 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.

Бланк реєстрації результатів колірного тесту Люшера

ПІБ _____ Вік _____

Дата тестування _____

Перший вибір

Другий вибір

Профіль із врахуванням функціональних груп (++ ХХ == – –) і знаків (!!! !! !):

Актуальна потреба _____

Актуальна незадоволена потреба_____

_____

Основний тип реагування у повсякденних ситуаціях_____

_____

Основна життєва позиція _____

Висновок (інтерпретація функціональних пар)

Багатоколірний тест Люшера

У повному тесті Люшера використовуються 73 кольорові картки, що створюють 23 відтінки. Картки квадратної форми зі стороною 28 мм.

На пострадянському просторі відомий переклад оригінального тесту М. Люшера, В. Джоса. Комплект складається з кубиків з нанесеними стимульними кольорами [7].

В основі оригінального стимульного матеріалу лежить матриця з 23 кольорів, що проектуються на систему шкал. Діагностична модель включає в себе сім первинних шкал: одну восьмиелементну, одну п’ятиелементну і п'ять чотириелементних.

Повний варіант ЦТЛ - «Клінічний колірний тест» складається з 7-ми кольорових таблиць:

- «сірого кольору»
- «8-ми кольорів»
- «4-х основних кольорів»
- «синього кольору»
- «зеленого кольору»
- «червоного кольору»
- «жовтого кольору»

У **таблицю 1** «сірого кольору» входять - середньо сірий (0; він аналогічний сірому з 8-ми колірної таблиці), темно-сірий (1), чорний (2; аналогічний 7 з таблиці 8-ми кольорів), світло-сірий (3) і білий (4).

Таблиця 2 повного варіанту аналогічна 8-ми колірній таблиці короткого варіанту тесту Люшера.

Таблиця 3: темно-синій (I1), синьо-зелений (D2), червоно-жовтий (O3) та жовто-червоний (P4). Кожен колір представлений в таблиці тричі (як і кольори наступних таблиць) з метою по парного порівняння кольорів досліджуваним. Кольори аналогічні 4-м «основним» тонам таблиці 2.

Таблиця 4: темно-синій (I1), зелено-синій (D2), синьо-червоний (O3), блакитний (P4). У цій таблиці темно-синій колір (I1), аналогічний темно-синьому в таблицях 2 і 3. Використання одного і того ж кольору («основного») в декількох таблицях ЦТЛ дозволяє, з точки зору М. Люшера, глибше вивчити ставлення до нього досліджуваного.

Таблиця 5: коричнево-зелений (I1), синьо-зелений (D2), зелений (O3) та жовто-зелений (P4). Тут, в третій раз присутній синьо-зелений (D2). Таблиця 6: коричневий (I1), червоно-коричневий (D2), червоно-жовтий (O3), помаранчевий (P4). Перший з цих кольорів аналогічний 6 з таблиці 2, а червоно-жовтий (O3) з'являється в 3-й раз.

Таблиця 7: світло-коричневий (I1), зелено-жовтий (D2), помаранчевий з більшою часткою червоного (O3) та жовто-червоний (P4). В останній таблиці ЦТЛ втретє повторюється жовто-червоний колір (P4).

Кольори ЦТЛ, починаючи з таблиці 4, відносяться до певних «колірних колонок». Їх чотири - по числу «основних» кольорів. У «синю» колонку (I1) входять кольору, позначені I1, в «зелену» (D2) - D2; «Червону» (O3) - O3; «Жовту» (P4) - P4.

1. Пред’явлення досліджуваному стимулів набору сірого кольору в такому порядку:

1 4

0

3 2

а) інструкції піддослідному: «Який із цих п’яти кольорів для Вас є найсимпатичнішими?». Номер кольору заноситься в першу клітинку відповідного місця зі знаком «+».

б) «Найбільш симпатичний із тих, що залишилися». Знову прибирає й цей колір й заносимо його номер зі знаком «+» у другу клітинку.

в) повторюється запитання й фіксується номер третього вибору «+» у третю клітинку.

г)запитується «Який із 2-х кольорів, що залишились, є найбільш неприємним?» Номер обраного кольору зі знаком «-» ставиться у п’яту клітинку.

д) номер останнього кольору заноситься у четверту клітинку.

2. Пред’явлення стимульного матеріалу.

8-ми кольорового (скороченого) варіанту тесту добре описане, тому ми не вважаємо за потрібне повторювати інформацію яку достатньо просто дослідники можуть знайти.

3. Прибравши додаткові кольори, піддослідному демонструють основні кольори в такому порядку:

1І 4Р

2Д 3О

Потім залишають для оцінки лише «верхній рядок».

Піддослідному демонструють пари кольорів в такому порядку:

1. 1І 4Р
2. 2Д 3О
3. 1І 2Д
4. 4Р 3О
5. 1І 3О
6. 2Д 4Р

У протоколі під написом «Вибір кольорів за допомогою віконця від знака «4G» розташовані два спільні чотирьохклітинні рядочки.

Після кожного вибору ставиться вертикальна риска в тій клітинці верхнього рядка, який перебуває під літерою обраного кольору.

Таким чином, після шести виборів в протоколі має бути шість рисок: в одній клітинці – 3, в другій – 2, в третій – 1, і в четвертій – 0. Якщо не виходить так звана «ступінчаста» послідовність, вибір повторюється відтінками синього кольору. Риски при цьому чертять у нижньому рядочку ряда.

4. Прибравши основні кольори експериментатор демонструє піддослідному відтінки синього кольору в такій послідовності:

1І 1Р
1Д 1О

Алгоритм обробки – аналогічний попередньому.

5. Прибравши відтінки синього кольору, експериментатор демонструє піддослідному відтінки зеленого кольору в такій послідовності.

2І 2Р
2Д 2О

Алгоритм обробки – аналогічний попередньому.

6. Прибравши відтінки зеленого кольору, експериментатор демонструє піддослідному відтінки червоного кольору в такій послідовності.

3І 3Р
3Д 3О

Алгоритм обробки – аналогічний попередньому.

7. Прибравши відтінки червоного кольору, експериментатор демонструє піддослідному відтінки жовтого кольору в такій послідовності:

4І 4Р
4Д 4О

Алгоритм обробки – аналогічний попередньому.

8. Експериментатор повторно демонструє піддослідному восьмикольоровий набір [див: п.2.].

Попередня обробка результатів.

1. Перша, друга й остання цифри зі своїми знаками переносяться в прямокутну рамку ліворуч від напису «Настрій» на звороті протоколу з «Таблиці сірого кольору».

2. У восьмикольоровому наборі – другий його вибір оцінюється як більш спонтанний, то можна перенести його на розворот протоколу:

а) перша пара із знаком «+» ліворуч від напису «По спрямованості»;

б) друга пара із знаком «х» ліворуч від напису «За станом»;

в) третю пару зі знаком «=» ліворуч від напису «За ідентичністю»;

г) четверту пару зі знаком «-» ліворуч від напису «За свідомо загальмованою потребою».

Але більш адекватна інтерпретація виходить в разі послідовної обробки результатів першої та другої спроби. При пред'явленні обох рядків інколи виявляється, що певні цифри залишаються одна біля одної, навіть якщо їх місця помінялись. Ці пари об'єднуються кружком як група.

Інтерпретується завжди 2-га спроба як більшою мірою довільна та невимушена.

Праворуч від таблиці восьмикольорового вибору проти відповідних рядочків ставиться сума хрестиків отриманих парами рядочка.

Ще праворуч ставиться сума «І» у кожному рядочку відповідно.

3. Оціночні числа парних виборів основаних кольорів (4С) й відтінків синього, зеленого, червоного та жовтого кольорів переносяться на відповідні місця розвороту протоколу.

Підраховується сума балів набраних кожним відтінком окремо в оціночних числах відтінків синього, зеленого, червоного та жовтого кольорів.

Правила фіксації результатів.

3.1. Якщо в одній колонці три «О», то й в квадратику «підсумок» заносять «О», навіть якщо четверта цифра не «О»;

3.2. Якщо в одній колонці тричі зустрічається «З», то навіть якщо четверта цифра не «З» в квадратику підсумок ставиться «І2»;

3.3. Якщо в одній колонці два значення, то підсумок більше підсумка двох других значень на «4», то колонка не підсумовується, а в квадраті «підсумок» ставиться знак «±». Цей же знак ставлять в квадратику, що розташований під квадратиком рядочка «норма». Це ж правило виконується в разі, якщо різниця 5 чи 6. Це є показником амбівалентності в поведінці піддослідного;

3.4. Отримані результати порівнюють із значенням норми для відповідних відтінків; якщо підсумок більший за норму, то в квадратику під рядком «норма» вписують знак «+», якщо менший за норму «-». Якщо результат в межах норми – квадрат залишають порожнім;

3.5. Якщо в колонці тричі зустрічається «З», а четверта оцінка «О», то показник «О» обводять кружечком, для того, щоб підкреслити протилежний вибір. Аналогічним чином вчиняють, якщо три оцінки «О», а четверта «З»;

3.6. Якщо різниця між оціночним числом основного кольору в рядочку 4С та його ж оціночним числом в рядочку відтінків дорівнює «2» чи «3» то обидва показники обводяться кружечком. Оціночне число «3» в рядочку «відтінків» показує «спонтанне прагнення», а в рядочку 4С «прагнення, обумовлене ситуацією».

Функціонально-психологічна оцінка куба.

Функціональне значення колонок:

Синя «І» – зв'язок;

Зелена «Д» – захист;

Червона «О» – прагнення;

Жовта «Р» - очікування.

Умовні цифри обведені прямокутником говорять про причини конфлікту. Обведені кружечком – вказують на характер компенсаторної поведінки.

З врахуванням знаку обведені числа мають значення:

 - етап страху;

 - компенсація страху;

 - незадоволені домагання.

Значення сторін куба.

Верхній край – функція + (прагнення);
Нижній край – функція – (відхилення);
Лівий край – концентричність (перебування всередині);
Лівий край – ексцентричність (перебування ззовні);
Передня сторона – автономність;
Задня сторона – гетерономність (визначеність іншими).

Значення вершин куба.

Незадоволені домагання:

- - очікування позитивного ставлення з боку конкретної особи;
- - на власну твердість характеру;



- очікування спрямованої на себе активності;



- нереалістичне очікування щастя.

Компенсація незадоволених домагань.



- контроль, депресивна оборона;



- ухилення від перенавантаження;



- захист від функціонального перевантаження;



- страх перед розчаруванням.

Стан страху.

- - страх перед внутрішньою самотністю;
- - почуття невпевненості, слабкості;
- - страх щось втратити;

- - страх перед необхідністю підкорити свою поведінку зовнішнім правилам.

Компенсації страху.

- - прагнення до безпеки (депресивний стан);
- - прагнення до самоствердження (стан стагнації);
- - прагнення до переживань (афективне прагнення до діяльності);
- - втеча в надію.

Процедура ранжування колірних карток (від найбільш приємного кольору до найільш неприємного) дозволяє розрахувати показники сумарного відхилення від аутогенної норми (СВ) і вегетативний коефіцієнт (ВК). Розрахунок значень СВ і ВК проводиться за формулами А. Юр'єва і К. Шипоша, наведеними в «Короткому керівництві по використанню тесту М. Люшера» В. Тимофєєва і Ю. Філімоненко (СПб, ИМАТОН, 1995).

Аутогенна норма	34251607
Венатитивний коефіцієнт (формула)	ВК = (18–Ч–Ж) / (18–С–З)

У керівництві Г. Клара (1976) містяться вказівки, що при експериментуванні з досліджуваними, які пройшли повний курс аутогенного тренування, виявилася статистично достовірна послідовність вибору кольорів, що стала нині визнаним стандартом так званої «***аутогенної норми***» (АТ-норма) (Х.Вальнеффер). Сумарне відхилення від АТ-норми на 1% -му рівні значущості корелює з оцінкою особистісної тривожності за Спілбергом-Ханіним; на 5% -му рівні - з факторами «Нерішучість-сміливість» і «Заклопотаність-безтурботність» за опитувальником Кеттела, з коефіцієнтом ригідності уваги за таблицями Шульте. Сказане означає, що відхилення від аутогенної норми має збігатися з підвищенням внутрішнього напруження і тривоги, зокрема, пов'язаної з незадоволеністю базових потреб, зі схильністю до сумнівів, невпевненості, страхів, з падінням динамічної енергії дії, зі складнощами перемикання уваги.

Процедура кількісної оцінки ступеня віддаленості колірних переваг досліджуваного від аутогенної норми була запропонована на початку 80-х рр. доцентом факультету психології Ленінградського державного університету А. Юр'євим. Міра віддаленості колірних переваг досліджуваного від аутогенної норми обчислюється як сума відхилень (без урахування знака) по всіх восьми кольорах.

Розрахунок коефіцієнта сумарного відхилення від аутогенної норми.

Показник сумарного відхилення від аутогенної норми (СВ) спирається на поняття аутогенної норми колірних переваг. Вона отримана Вальнеффером на групі пацієнтів психіатричної клініки при проведенні психотерапевтичних сесій, де основним корекційним методом було аутогенне тренування Й.Г. Шультца.

Х.Валнеффер виявив, що при одужанні (при виписці) більшість пацієнтів показували вибір **3 4 2 5 1 6 0 7.** Цей вибір був прийнятий в якості норми колірних переваг і інтерпретується як еталон - індикатор нервово психічного благополуччя.

Вибір досліджуваним кольорів в порядку аутогенної норми ймовірно виявляє енергійного, діяльного суб'єкта, не обтяженого особливими проблемами, який впевнено дивиться у майбутнє. Отже, чим ближче оцінка досліджуваного до нуля, тобто вибору аутогенної норми, тим ближчий він до ідеалу нервово-психічної стійкості. Чим більше значення СВ, тим вираженіша непродуктивна напруженість, скутість, нестабільність, стомлюваність, переважання негативних і астенічних переживань.

Бланк розрахунку аутогенної норми

	3	4	2	5	1	6	0	7
Місце в аутогенній нормі (АН)								
Місце у виборі								
Відхилення від АН								

Для розрахунку СВ використовується наступний ключ:

Місце кольору	Номер колірної картки									
			3	4	2	5	1	6	0	7
	8		7	6	5	4	3	2	1	-
	7		6	5	5	2	2	1	-	1
	6		5	4	3	2	1	-	1	2
	5		4	3	2	1	-	1	2	3
	4		3	2	1	-	1	2	3	4
	3		2	1	-	1	2	3	4	5
	2		1	-	1	2	3	4	5	6
	1		-	1	2	3	4	5	6	7

При розподілі рівня СВ за стандартною 7-ми бальною шкалою виходять такі значення: 4 - статистична средньовибіркова норма, 3 і 5 - незначне відхилення від норми, 2 і 6-значне відхилення від норми, 1 і 7 виключно велике відхилення від норми. Інтерпретується значення СВ якісно: чим вище значення, тим більш виражені конфліктність, песимістичність, нестабільність тощо.

Таблиця перекодування значень коефіцієнту відхилення від аутогенної норми у стандартні бали.

Вік менше13 років							
Стандартні бали	1	2	3	4	5	6	7
Значення СВ	0	2-6	10	12-16	-	24-28	-

Вік більше років							
Стандартні бали	1	2	3	4	5	6	7
Значення СВ	0-1	-	8-12	14	22-26	-	32

Базуючись на концепції М. Люшера про значення основних чотирьох кольорів, Н. Амінов пропонує діагностувати структуру поточних домінуючих мотивацій у психічних станах: перевага синього кольору означає мотив афіліації (доброзичливість-ворожість), перевага зеленого - мотив самоствердження (домінування-підпорядкування), перевага червоного - пошук відчуттів (порушення-нудьга), жовтого - мотив конструктивного самовираження (реактивність-загальмованість).

Розрахунок «вегетативного коефіцієнта» (ВК). Вегетативний коефіцієнт запропонований угорським психологом К. Шипошем [12]. Автор виходив з твердження, що в тесті М. Люшера є кольори, які мобілізують, асоціюються з активністю – червоний і жовтий і кольори пасивні, асоційовані з бездіяльністю – синій і зелений. Ставлення досліджуваного до цих двох пар кольорів відображає його енергетичну установку (числовим виразом якої є вегетативний коефіцієнт).

ВК = (18–Ч–Ж) / (18–С–З)

де буквами позначені місця кольорів при виборі досліджуваного (Ч – червоного, Ж – жовтого, С – синього і З – зеленого, 18 – коефіцієнт).

Оцінки Вк змінюються в діапазоні від 0,2 до 5 балів. Значення Вк > 1 трактуються як ерготропне домінування (переважання збудження симпатичної нервової системи), Вк <1 - як трофотропне домінування (переважання збудження парасимпатичної нервової системи).

Оптимальне значення ВК = 1,2. Значення від 1,8 і вище свідчить про труднощі у сприйманні навантаження, про необхідність значних вольових зусиль. Значення в діапазоні менше 0,6 свідчать про парасимпатикотонію, недостатнє відновлення або хворобливий стан.

Значення ВК більше 1 характеризує внутрішню готовність до реалізації сил в діяльності, менше 1, особливо менше 0,75 – втома, схильність до збереження, накопичення сил.

Вегетативний коефіцієнт базується на твердженні про тісний зв'язок між роботою кольорового аналізатора і активацією вегетативної нервової системи, а також врахування балансу кольорів теплої і холодної частин спектра в ряду вибору і зв'язку переваги названих кольорів з балансом активності симпатичної і парасимпатичної гілок нервової системи. Відповідно до цієї гіпотези, перевага холодним кольорам пов'язана з «трофотропною» тенденцією, потребою у відпочинку і накопиченні енергії, що, в свою чергу, є наслідком активації парасимпатичної системи.

А. Юр'євим запропоновано метод діагностики праксичних станів, заснований на взаємному розташуванні пар кольорів: стан зеленого перед червоним - означає психічне стомлення, синього перед жовтим - тривожність, коричневого перед фіолетовим - психічна напруга, чорного перед сірим - емоційний стрес.

Колірний тест відносин (Е.Бажин, О. Еткінд, 1985)

Колірний тест відносин (рос. Цветовой тест отношений, ЦТО) є клініко-психодіагностичним методом, призначеним для вивчення емоційних компонентів відношення людини до значимих їй людей і відображає як свідомий, так і частково неусвідомлювані рівні цих відносин. Теоретичною основою тесту є концепція відносин В. Мясищева, ідеї Б. Ананьєва про образну природу психічних структур будь-якого рівня і складності, а також уявлення О. Леонтьєва про чуттєву тканину смислових утворень особистості. Відповідно до цих теоретичних положень відносини особистості, що регулюють складні процеси її спілкування і діяльності, мають чуттєву, наочно-образну психічну природу. Зв'язок чуттєвої тканини відносин з їх вербальними компонентами визначають ступінь і якість їх усвідомлення. Зокрема, розбіжність між чуттєвими і вербальними компонентами відносин визначає неадекватне їх усвідомлення характерне для невротичних конфліктів і порушень емоційно-афективної сфери [1].



Методичною основою тесту є кольороасоціативний експеримент. Він базується на тому, що суттєві характеристики невербальних компонентів відносин до значимих інших і до самого себе відображаються в колірних асоціаціях. Даний експеримент, згідно з цим припущенням, дозволяє виявити достатньо глибокі, частково неусвідомлювані компоненти відносин, минаючи при цьому захисні механізми вербальної системи свідомості.

В колірному тесті відносин використовується набір колірних стимулів М. Люшера (8-колірний тест Люшера). Цей набір відрізняється компактністю і зручний у застосуванні в дитячій практиці. При відносно невеликій кількості стимулів в ньому представлені основні кольори спектру (синій, зелений, червоний, жовтий), два змішаних тони (фіолетовий, коричневий) і два ахроматичні кольори (чорний, сірий).

Проведення тесту включає наступні процедури:

1. Психолог разом із досліджуваним складає список осіб, що утворюють його безпосереднє оточення, а також понять, що мають для нього істотне значення. Конкретна форма списку залежить від особливостей особистості і життєвого шляху досліджуваного. Наприклад, для хворого на хронічний алкоголізм зразок форми списку є наступним: мої дружина, мати, батько, діти, моя робота, я сам, компанія, з якою я пив, тверезе життя, мій стан до лікування, мій стан зараз, мій лікар тощо. Для дітей, хворих на неврози, список понять такий: мої мати, батько, брат (сестра), дідусь, бабуся або інші особи, з якими живе або спілкується дитина: моя вчителька, моя вихователька, мій друг, я сам, мій настрій будинку, мій настрій в школі, мій лікар тощо.

Нерідко має сенс отримати додаткові відомості від самої дитини. Дуже вдалим при цьому є проведення методики СОМОР (Н.Семаго, 1998) перед проведенням дослідження із застосуванням колірного тесту відносин.

2. Перед досліджуваним розкладаються на білому тлі у випадковому порядку кольори. Потім експериментатор задає інструкцію підібрати до кожної людини і понять, які послідовно їм зачитуються, відповідні кольори. Вибрані кольори можуть повторюватися. У разі виникнення питань експериментатор роз'яснює, що кольори повинні підбиратися відповідно до характеру людей, а не за їх зовнішнім виглядом.

Тест має два варіанти проведення, що відрізняються за способом отримання колірних асоціацій. У короткому варіанті досліджуваному потрібно підібрати до кожного поняття якийсь один підходящий колір. У повному варіанті він ранжує всі 8 кольорів в порядку відповідності поняттю від «самого підходящого, схожого» до «самого невідповідного, несхожого». Короткий варіант призначений для завдань експрес-діагностики, повний варіант – для глибшого обстеження і для дослідницьких цілей. Для ряду контингентів (астенічні, астеноневротичні особи, діти тощо) проводити повний варіант тесту достатньо складно, втім досить докладні і надійні результати може дати і короткий варіант даної методики.

Для завдань експрес-діагностики тестова ситуація полягає в наступному: досліджуваному пропонується назвати (для дитини – записати на аркуші паперу) 8 значущих в його житті ситуації, людей, явищ. Наприклад, мама, сім'я, оцінка, догана тощо. Експериментатор пропонує розповісти про них, про свої стосунки з ними, про почуття. Далі йому пропонується вибрати до кожної вищезгаданої ситуації найбільш відповідний колір з 8 стандартних кольорів Люшера. Використання тесту з дітьми передбачає можливим процедуру розкладання, приклеювання колірних карток до відповідної ситуації.

3. Після завершення асоціативної процедури кольори ранжуються досліджуваним в порядку переваги, починаючи з найбільш «гарного, приємного для ока» і закінчуючи «найбільш негарним, неприємним».

Інтерпретація:

А. Зіставлення кольорів, що асоціюються з певними поняттями, з їх місцем (рангом) в розкладці кольорів за бажанням. Якщо з деякою особою або поняттям асоціюються кольори, що займають перші місця в розкладці, значить, до даної особи або поняття досліджуваний ставиться позитивно, емоційно приймає її, задоволений відповідним ставленням.

Навпаки, якщо з ним асоціюються кольори, що займають останні місця в розкладці – досліджуваний відноситься негативно, емоційно його відкидає. Формальним показником цього в короткому варіанті тесту є ранг кольору, дана цифра може змінюватися від 1 до 8.

Б. Інтерпретація емоційно-особистісного значення кожної колірної асоціації, на основі чого може бути створено уявлення про змістовні особливості ставлення.

Зазначимо, що натепер колірний тест відносин поширений не лише у дитячій психології, а й у соціології.

Найбільш функціональним способом застосування колірного тесту відносин в соціологічних дослідженнях є його використання в ранговій шкалі, а також з

метою виявлення типологічних груп в сукупності досліджуваних об'єктів. У зв'язку з цим використання даної методики особливо виправдано при вивченні соціальних установок дітей, які не в змозі приписати той або інший бал досліджуваним явищам або об'єктам (В.Ткач, 2012) [11]. Колірний тест надає інформацію про емоційний компонент соціальної установки, який містить в собі почуття і емоції щодо досліджуваного об'єкта і вважається серцевиною атитюду, так як з емоційним компонентом пов'язують мотивуючу функцію соціальної установки.

Непараметрична соціометрія методом колірних виборів

(Колірна соціометрія, Н.Семаго, 1985, 2012)

Колірна соціометрія побудована на основі асоціативно-емоційного сприйняття кольору. Її застосування виправдане в якості додаткової в тих ситуаціях, коли потрібно підтвердити дані, отримані в ході використання інших методів [9].

Процедура дослідження включає в себе вибір дитиною (кольороасоціативна частина дослідження) колірних карток аналогічних кольорам М. Люшера для кожного з дітей класу або групи, для самого себе, педагога класу, а при необхідності і для інших значущих дорослих.

Процедура проведення може бути як строго індивідуальна так і групова (за наявності спеціальних бланків). Очевидно, що для дітей молодшого шкільного віку більш адекватною є індивідуальна технологія проведення дослідження. Важливо, щоб до моменту проведення дослідження все знали один одного по прізвищах. В іншому випадку необхідно в якості допомоги мати чорно-білі фотографічні зображення всіх дітей групи. Важливо, щоб ці фотографії були досить однотипними. В цьому випадку процедура проведення дослідження дещо змінюється в порівнянні з «класичним» варіантом проведення кольороасоціативного експерименту.

Таким чином, перед дитиною у випадковому порядку розкладаються колірні картки (8 штук) і, відповідно до списку класу / групи, на заздалегідь підготовленому бланку психолог зазначає який колір (номер картки відповідно до маркування М. Люшера) виявляється «найкращим» до тієї чи іншої дитини або дорослого. У ситуації, коли дитина не запам'ятала прізвища та імена всіх дітей, їй паралельно показуються відповідні фотографії. Крім цього в обов'язковому порядку кожна дитина підбирає кольорову картку «найбільш підходящу до самої себе». Важливо, щоб цей вибір не був першим або останнім в загальній послідовності виборів. Психолог повинен відзначити для себе само оціночний вибір дитини.

Після короткої (1-2 хвилини) бесіди на абстрактні теми з дитиною проводиться одноразова вибірка колірних переваг відповідно до класичного варіанту використання 8-ми колірного тесту М. Люшера.

Відповідно до вибору переваги для кожної дитини колірні вибори переводяться у відповідні ранги.

Аналіз результатів проводиться після обчислення рангів кожного вибору (від 1 до 8-ми), в тому числі і для самої себе, після чого складаються соціометричні

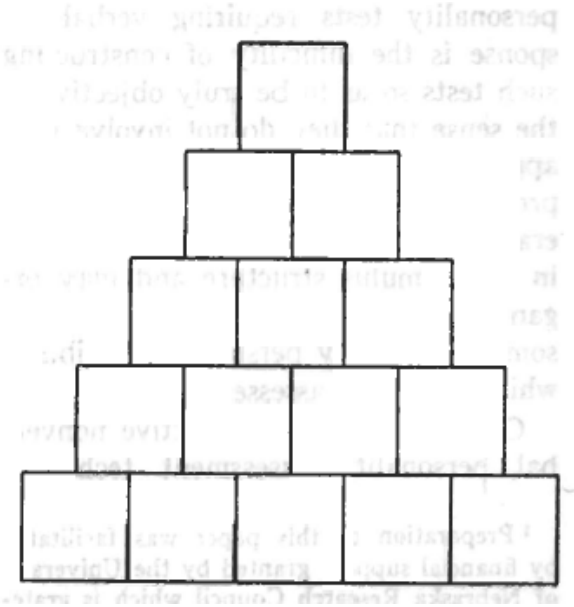
матриці рангів. На цій основі було можливе виділення наступних аналізованих параметрів оцінки взаємин всередині колективу:

1. соціометричні статуси кожного члена групи;
2. кількість позитивних і негативних виборів (в даному випадку позитивним вибором вважався вибір, який знаходився в діапазоні від 1 до 3-го рангу; негативним вважається, відповідно, вибір, відповідний 6-8 рангам);
3. взаємність позитивних або негативних соціометричних виборів;
4. самооцінка кожного дитини (у вигляді відповідного рангу);
5. емоційне ставлення до педагога (ранг педагога);
6. соціометрична матриця «проблемних» членів колективу;
7. група «підтримки» «проблемних» членів колективу (особи, які дають їм позитивні рангові вибори), в тому числі, враховуються гендерні показники цієї группи.

Тест колірних пірамід (Color Pyramid Test (Farbpyramidentest), Pfister M., 1950, R.Heiss, P.Halder, 1975)[13]

Тест, створений у 1952 році Р. Хейс і Г. Хілтманом на основі робіт М. Пфістера (тому він ще може називатися тестом Пфістера) не набув такого широкого розповюдження і популярності, як Тест Люшера. У колишньому СРСР, як відзначають Л.Бурлачук і С. Морозов (1989) не проводилося досліджень із застосовування цієї методики [].

Основним принципом тесту, як і у тесті Люшера, є констатування зв'язку між суб'єктивною перевагою кольору і особистісними особливостями людини, в тому числі і інтелекту.



Тест складається з кольорових квадратиків 1,5 см х 1,5 см чотирнадцяти тонів (відтінків). Основними кольорами є червоний, жовтий, помаранчевий, зелений, синій, пурпуровий, коричневий, сірий, білий і чорний.

Кольори: червоний, зелений, синій і фіолетовий – виступають в двох тонах, світліше і темніше.

Головна відмінність від тесту Люшера полягає в тому, що у випадку з кольоровою пірамідою досліджуваний насправді використовує кольори, а не просто виражає перевагу.

Досліджуваному необхідно побудувати три «гарні» і три «негарні» піраміди, заповнивши 15 порожніх місць 1-дюймовими (= 25 см) квадратиками, що обираються з двадцяти чотирьох кольорів («відтінків»). Всі відтінки чітко визначені за оцінками Мюнселля. Є 15 квадратиків кожного відтінку, так що вся піраміда може бути складена з одного

[13] http://vestnik.yspu.org/releases/psihologiya/37_2/

кольору, якщо тільки досліджуваний захоче цього. Розподіл відтінків на десять основних «кольорів» або «колірних груп» показано в дужках в наступному списку:

1. Червоний (4);
2. Помаранчевий (2);
3. Жовтий (2);
4. Зелений (4);
5. Синій (4);
6. Пурпуровий (3);
7. Коричневий (2);
8. Білий (1);
9. Сірий (1);
0. Черний (1).

У версії, що складається з чотирнадцяти відтінків, - два червоних, зелених, синіх і коричневих і по одному всіх інших кольорів. Також використовувалися інші скорочені варіанти, включаючи десятиколірний набір, що містить по одному кожного з десяти основних кольорів.

Кольорові квадратики пред'являються в будь-якому порядку таким чином, щоб було видно кожен відтінок. Дається інструкція працювати стільки, скільки буде потрібно доти поки не буде впевненості в тому, що піраміда виходить «настільки гарна, наскільки це можливо». Використані квадратики прибираються, як тільки піраміда закінчена. Після побудови трьох «гарних» пірамід інструкція змінюється, тепер досліджуваного просять зробити піраміду якомога більш негарну. Так будуються ще три піраміди.

Умови проведення досліджень за допомогою тесту кольорових пірамід точно визначені. Його можна застосовувати для дітей, молоді та дорослих. У Польщі встановлено станів норми тільки для дітей і дорослих чоловіків (Г. Квятковка, 1994, С. Сляскі, 1997, М.Боровскі, 2007). Для дослідження треба використовувати однаковий набір кольорових квадратів, мінімум по 15 штук кожного кольору. Дослідження необхідно проводити при денному світлі, який повинен падати під кутом 45 градусів. Кольорові квадрати слід розкидати так, щоб тони кольорів знаходилися на відстані один від одного [3, 7, 8, 9].

Важливо, щоб піраміди як гарні так і негарні оцінив сам досліджуваний. На дослідження однієї людини відводиться близько 20 хвилин. Тривалий час дослідження (близько 45 хвилин) можна інтерпретувати як вираження емоційної загальмованості, яку, найчастіше, викликає якийсь певний колір. Дослідження проводиться суворо індивідуально.

Інтерпретація кольорів піраміди:

Червоний – характеризує імпульсивний характер;

Помаранчевий – здатність формувати гарні міжособистісні стосунки;

Жовтий – характеризує більше раціональність, а не емоційність;

Зелений – характеризує людину як із розвиненою уявою, вираженим самоконтролем, так симптомами психологічних негараздів;

Синій – домінуючий;

Пурпурний – означає тривожність;

Білий може бути основним при шизофренії.

Як і М.Люшер, М. Пфістер вважав, що в нормі люди віддають перевагу червоному, жовтому та синьому кольору, тоді як при психологічних проблемам – зеленому, фіолетовому, сірому та коричневому.

При інтерпретації результатів тесту кольорових пірамід необхідно враховувати наступні елементи:

- Кількісний вибір кольорів і їх тонів;
- Синдроми цієї групи кольорів;
- Секвенції, тобто тенденції віддавати перевагу або відкидати деякі кольори і тони;
- Розташування кольорів в піраміді;
- Різницю між вибором кольорів в гарній і негарній піраміді.

За формою піраміди (характеру обклеювання її кольорами) робиться висновок про інтелектуальні особливості особистості. Однак, як вказують Л. Бурлачук і С.Морозов, питання про валідність і надійність тесту кольорових пірамід залишається відкритим [].

Натепер тест колірних пірамід поширений у Польщі, Німеччині, Португалії та США. Зокрема, у патопсихологічних дослідженнях індикаторів алкоголізму доведено високу валідність із критеріями структурованого клінічного інтерв'ю (SCID-I) за DSM-IV (A. Maral, T. Silva, R. Primi, 2003), [24] у контексті психодіагностики дітей, коли діагностичне призначення тесту поєднується із психотерапевтичним (A.M.Rutchick, M.L.Slepian, B.D. Ferris, 2010) [25], є дані про успішне використання даної методики у психології бізнесу та спорту.

Наприкінці огляду методик психодіагностики, що базуються на тесті Люшера, слід окреслити сучасні тенденції розвитку психології сприймання кольору (color psychology).

По-перше, акцентується увага на культурно специфічних відмінностях та загальних тенденціях у сприйнятті кольору (A.J. Elliot, M.A.Maier, A.C.Moller, R.Friedman, J.Meinhardt, 2007, 2013 [15], P.Sorokowski, A.Sorokowska, C.Witzel, 2014 [26]), зокрема досліджуються психологічні механізми надання переваги тому чи іншому кольору.

По-друге, вивчається зв'язок кольору одягу із привабливістю людини, наприклад, чи насправді червоний колір є виразом сексуальності, а блакитний – навпаки. Ці питання постають у працях A.J.Elliot, A.D.Pazda, 2012 [16], A.T.Beall, J.L.Tracy, 2013 [13].

По-третє, актуальними лишаються проблеми використання кольору при маркуванні різних товарів, а особливо при розфасовці їжі, наприклад, кава здається міцнішою, якщо налита в чашку червоного кольору, а червоне вино смачніше якщо розлити його у блакитні склянки (A.Geier, B.Wansink, P.Rozin, 2012) [17].

Література до розділу

1. Бажин Е. Ф.Цветовой тест отношений: методические рекомендации / Е. Ф.Бажин, А. М. Эткинд – Л.: ЛГУ, 1985. – 18 с.
2. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Ф.Б.Березин, М.П.Мирошников, Р.В.Рожанец; 1-е издание. – М.: Издательство «Медицина», 1976 – 186 с.

3. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Ф.Б.Березин, М.П.Мирошников, Е.Д.Соколова; 2-е издание. – М.: Издательство «Фолиум», 1994 – 175 с.
4. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) / Ф.Б.Березин, М.П.Мирошников, Е.Д.Соколова; 3-е издание (исправленное и дополненное) – М.: «Консультант плюс – новые технологии», 2011. – 320 с.
5. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Бурлачук Л.Ф. – [3-е изд]. – СПб.: Питер, 2007. – 688 с. – (Серия «Мастера психологии»).
6. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118–123.
7. Клар Г. Тест Люшера. Психология цвета / Г. Клар. – М. : Питер, 1998. – 94 с.
8. Рассказова Е.И. Психометрические характеристики русскоязычной версии MMPI-2 / Е.И.Рассказова, С.А.Богомаз, Л.Я.Дорфман, Д.А.Леонтьев, Ю.Ю.Неяскина, О.В.Сулимина, Е.В.Четошникова // Психологические исследования. – 2013. –Т. 6, № 29. – С. 2.
9. Семаго Н. Я. Тест со всех сторон / Н. Я. Семаго // Школьный психолог. – 1998. –№ 15-16. – С. 23–26.
10. Собчик Л. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Собчик. – СПб.: Речь, 2005. – 624 с.
11. Ткач В.П. Цветовой тест отношений в эмпирических социологических исследованиях детской возрастной группы: методологическое обоснование и особенности применения : диссертация ... кандидата социологических наук : 22.00.01 / Ткач Валерия Петровна; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. – Москва, 2012. – 156 с.
12. Шипош К. Значение аутогенной тренировки и биоуправления с обратной связью электрической активностью мозга в терапии неврозов / К. Шипош . Автореф. дисс канд. мед. наук, Л., 1980. – 26 с.
13. Beall A.T. Women more likely to wear red or pink at peak fertility / A.T.Beall, J.L.Tracy // Psychological Science. – 2013. – Vol. 24. – P. 1837–1841.
14. Butcher J. N. Personality assessment with the mmpi-2: historical roots, international adaptations, and current challenges / J. N.Butcher, C.L.Williams // Applied Psychology: Health and Well-Being. – 2009. – Vol. 1 (1). – P. 105–135.
15. Elliot A.J. Color and psychological functioning: The effect of red on performance attainment / A.J. Elliot, M.A.Maier, A.C.Moller, R.Friedman, J.Meinhardt // Journal of Experimental Psychology: General. – 2007. – Vol. 136. – P. 154–168.
16. Elliot A.J. Dressed for sex: Red as a female sexual signal in humans / A.J.Elliot, A.D.Pazda // PLoS One. – 2012. – Vol. 7. – P. 4.
17. Geier A. Red potato chips: segmentation cues can substantially decrease food intake / A.Geier, B.Wansink, P.Rozin // Health Psychology. – 2012. – Vol. 31. – P. 398–401.

18. Hatcher R.L. The IIS-32: A brief inventory of interpersonal strengths / R.L.Hatcher, D.T. Rogers // Journal of Personality assessment. – 2012. – Vol. 94. – P. 683–646.
19. Hathaway S. R.. A multiphasic personality schedule(Minnesota): Construction of the schedule / S.R.Hathaway, J.C.McKinley // Journal of Psychology. – 1940. – Vol. 10. – P. 249–254.
20. Horowitz L.M. IIP: Inventory of Interpersonal Problems – Manual / L.M.Horowitz, L.E.Alden, J.S.Wiggins, A.L. Pincus. – San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2000. – 210 p.
21. Leary T. Politics of Self-Determination (Self-Mastery Series) / T.Leary, B.Potter. –2001: Ronin Publishing. – 200 p.
22. Leary T. Interpersonal Diagnosis of Personality: A functional theory and methodology for personality evaluation / T.Leary. – Ronald Press Company: New York, 1957. – 358 p.
23. Lüscher M. The Lüscher Color Test / M. Lüscher; transl. and ed. by Ian A. Scott. – N. Y. : Pocket Books, 1971. – 187 p.
24. Maral A. Indicators of alcoholism in the Color Pyramid Test of Max Pfister. Psico-USF (Impr.) / A. Maral, T. Silva, R. Primi / A.Maral // Psico-USF – 2003. – Vol.8, n.1. – P. 33–38.
25. Rutchick A.M. The pen is mightier than the word: Object priming of evaluative standards / A.M.Rutchick, M.L.Slepian, B.D.Ferris // European Journal of Social Psychology. – 2010. – Vol. 40. – P. 704–708.
26. Sorokowski P. Sex differences in color preferences transcend extreme differences in culture and ecology / P.Sorokowski, A.Sorokowska, C.Witzel // Psychonomic Bulletin and Review. – 2014. – Vol. 21. – P. 1195–1201.
27. Wiggins J.S. Circular reasoning about interpersonal behavior: Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification / J.S.Wiggins, N.Phillips, P.Trapnell // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 56. – P. 296–305.

2.3 Психодіагностика стресових розладів

Шкала диференціальних емоцій

(Differential Emotions Scale –DES, К.Ізард, 1972)

Опис методики. Диференціальна шкала емоцій – методика самозвіту, створена для оцінки виразу індивідом фундаментальних емоцій або їхніх комплексів. Це набір емоційних термінів, згрупованих на основі факторного аналізу у дев'ять факторів, які К. Ізард інтерпретував як основні емоції: інтерес, радість, подив, сум, гнів, відраза, сором, страх і подив [2].

Методика базується на теорії диференціальних емоцій К. Ізарда, згідно з якою окремі емоції є мотиваційними процесами, які по-різному переживаються особистістю.

Автор окреслює п'ять основних припущень, зокрема: мотиваційна система людини складається із дев'яти фундаментальних емоцій, кожна з яких має унікальні мотиваційні та феноменологічні властивості; фундаментальні емоції (радість, сум, гнів, сором) призводять до різних внутрішніх переживань, які по-різному виражаються у різних людей; усі емоції взаємодіють між собою, активуючи, посилюючи або послаблюючи одна одну; емоційні процеси взаємодіють із спонуками та гомеостатичними, перцептивними, когнітивними і моторними процесами, так чи інакше впливаючи на них.

На думку К.Ізарда тривожність – це завжди складна емоція, яка складається із декількох базових емоцій, при цьому страх зазвичай є провідною і необхідною складовою тривожності, інші ж базові емоції визначають різні види тривожності, зокрема тривожність соціальну тощо (C. Izard, S. Fine, D. Schultz, A. Mostow, B. Ackerman, E. Youngstrom, 2001) [15].

Навіюваність та здібності до емпатії пов'язані не лише з характером активності людини, але із її самопочуттям, яке бажано виразити саме в поняттях почуттів і емоцій. Методика К. Ізарда передбачає активність досліджуваних, їхню відвертість задля того, аби результати обстеження були достовірними.

В Україні переважно використовується перша редакція Шкали, тоді як у західних країнах – четверта (DES-IV, 1993) [16], суттєвою відмінністю якої є діагностика 12 базових емоцій: інтерес, радість, здивування, сум, гнів, відраза, презирство, вороже ставлення до себе, страх, сором, сором'язливість і почуття провини. Методика складається із 49 пунктів (попередні редакції Шкали містили 30 пунктів).

Інструкція: «Оцініть, будь ласка, за 4-бальною шкалою, якою мірою кожне поняття описує ваше самопочуття на даних момент, поставивши відповідну цифру у правому стовпчику. 1- зовсім мені не підходить, 2- мабуть що так, 3 – так, 4 – абсолютно підходить мені».

Бланк відповідей

Шкали емоцій			Сума	Емоція
Уважний	Концентрований	Зібраний		1. Інтерес
Отримує задоволення	Щасливий	Радісний		2. Радість

Здивований	Приголомшений	Вражений		3. Подив
Сумний	Печальний	Зломлений		4. Горе
Роздратований	Гнівний	Безумний		5. Гнів
Відчуває неприязнь	Відчуває гидливість	Відчуває відразу		6. Відраза
Презирливий	Зневажливий	Гордовитий		7. Презирство
Лякаючий	Страшний	Викликає паніку		8.Страх
Сором'язливий	Боязкий	Соромливий		9. Сором
Відчуває жаль	Винуватий	Жалкує за скоєним		10. Провина

Обробка результатів. Підраховуються суми балів за кожним рядком і ці значення вводяться у колонку «сума». Таким чином можна виявити домінуючі емоції, які дозволяють якісно описати самопочуття досліджуваного.

Слід додатково порівняти результати складання сум окремих емоцій, а саме:

K = (C1 + C2 + C3 + C9 + C10) / (C4 + C5 + C6 + C7 + C8)

де K - самопочуття,

C1, C2, C3 ... - емоція під №1, №2, №3, № ... відповідно.

Якщо показник К більше 1, то самопочуття в цілому позитивне, нерідко відповідає гіпертимному типу акцентуації,

Якщо К менше 1 – самопочуття можна охарактеризувати як негативне або таке, що відповіднає дистимному (зі зниженим настроєм) типу акцентуації.

У 2003 р. проведено російськомовну адаптацію Шкали (О.Леонова, М.Капіца), де визначалися 10 базових емоцій й до класичної обробки отриманих даних було додано: побудову профілю емоцій (на основі підрахунку суми балів за кожною емоцією (див. приклад); індекс позитивних, індекс гостро негативних та індекс тривожно-депресивних емоцій.

Шкала диференціальних емоцій

(адаптація О.Леонової, М.Капіци, 2003) [3]

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.

ПЕМ = ∑ (Інтерес+Радість+Здивування)

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

НЕМ = ∑ (Горе+Гнів+Відраза+Презирство)

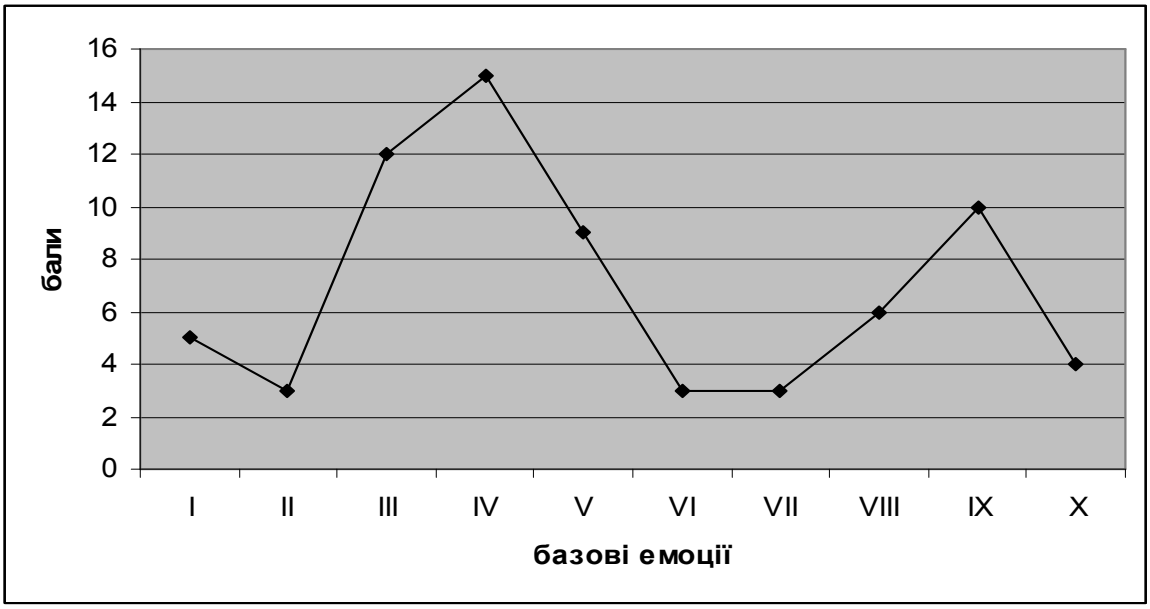
Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ): визначає рівень відносно

стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу, що опосередковують об'єктивне ставлення людини до наявної ситуації.

ТДЕМ = ∑ (Страх+Сором+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.

Профіль емоцій:



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 [1].

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 загрозливі 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: *виразіть 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	Печальный	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 (Х), 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 настрій) 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 Х «2».

	Параметри	**№ оцінок**
1.	Самопочуття	1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26
2.	Загальна активність	3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28
3.	Настрій	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, B.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 англомовний 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 B – пункти 1-5; кластер C – пункти 6-7; кластер D – пункти 8-14; кластер E – 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 B і C та по двом пунктам кластерів D і E.

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?

Так	Ні

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 кожну 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 нагадує Вам про стресову подію	0	1	2	3	4
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	0	1	2	3	4

	небезпеки					
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

Перелік життєвих подій

Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)

Опис методики. Самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента (F.W.Weathers, D.D.Blake, P.P.Schnurr, D.G.Kaloupek, B.P.Marx, T.M.Keane, 2013) [21].

Існують три форми анкети: стандартний самозвіт, для визначення подій, що відбулися; розширений самозвіт – для визначення найгіршої травматичної події, якщо їх у респондента було декілька; інтерв'ю – для оцінки Критерію А DSM-V.

Використовується як для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті людини, так і для кращого визначення проблем респондента, окреслених у методиці CAPS.

Анкета містить 16 категорій потенційно психотравматичних подій і пунктів, де респондент може самостійно описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті.

Потенційно психотравматичними подіями вважаються: природне лихо, пожежа/вибух, нещасний випадок на роботі чи вдома, отруєння токсичними речовинами, збройний напад, зґвалтування/примус до сексу, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороба, травма, сильний біль, раптова насильницька чи випадкова смерть близької людини, матеріальна та фізична шкода, заподіяна іншими людьми.

На кожен пункт анкети респондент обирає один із варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується.

Окремо підсумовуються події, які сталися з респондентом, події, свідком яких він був і події, які сталися з його близькими та друзями.

Перелік життєвих подій (стандартна форма)

Інструкція: Вам пропонується перелік подій, які можуть статися у житті кожної людини. Згадайте усе своє життя та для кожної події оберіть один або декілька варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується.Подія	подія трапилась зі мною	я був свідком події	це сталося з моїм родичем або другом	це частина моєї роботи	складно відповісти	мене це не стосується
1. Природне лихо (повінь, ураган, землетрус)						
2. Пожежа або вибух						

3. Транспортна аварія (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу)						
4. Нещасний випадок на роботі чи вдома						
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)						
6. Фізичний напад (побиття, вбивство)						
7. Напад зі зброєю (погрози ножем, пістолетом, вибухівкою)						
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування)						
9. Інший неприємний сексуальний досвід						
10. Участь у бойових діях						
11. Позбавлення волі						
12. Життєво небезпечна хвороба або травма						
13. Важкі людські страждання						
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)						
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку						
16. Травми чи вбивство Вами іншої людини						
17. Інша стресова подія						

Перелік життєвих подій (LEC-5 інтерв'ю)

Інструкція. Зараз я задам Вам декілька питань стосовно заповненої Вами анкети про стресові події Вашого життя. Але перед цим хочу уточнити деякі аспекти Вашого виховання у батьківській родині.

Хто виховував Вас? _____

Що особливо запам'яталося з дитинства? _____

_____

Опишіть найкращу подію свого дитинства _____

_____

Опишіть найгіршу подію свого дитинства _____

_____

Якими були Ваші стосунки:

З матір'ю_____

З батьком _____

З братами/сестрами _____

Іншими членами сім'ї (з ким саме) _____

Як жили Ваші батьки?
(Кричали один на одного / Були бійки між ними / Були випадки насильства)
Як підтримувалася дисципліна в сім'ї? (Хто був головним у сім'ї? У чому полягала дисципліна сім'ї?) _____
_____
_____

Чи відчували Ви колись холодне, байдуже, неемоційне ставлення до себе з боку батьків?
Ні / Так (Від кого саме? Як це проявлялося? Скільки років Вам було?)

_____

Чи відчували Ви себе покинутим, знехтуваним батьками? Ні / Так
(Ким саме? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

_____

Вас колись несправедливо критикували, казали, що Ви ні на що не здатний?
Ні / Так
(Хто саме? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

_____

Чи доводилося Вам переживати сильний сором або приниження? Ні / Так
(Хто змушував це переживати? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

_____

Чи були Ви у дитинстві безпритульним або залишеним напризволяще (на самоті тривалий час, без їжі або без житла?) Ні / Так
(Хто став причиною цього? Як це проявлялося? Скільки років Вам було? Як часто це траплялось?)

_____

Оцініть важкість емоційного насильства:
(1 – не було; 2 – мінімальне; 3 – значне; 4 – сильно виражене)

Опитувальник посттравматичних когніцій
(Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI)

Опис методики. Опитувальник, створений E.B. Foa, A.Ehlers, D.M. Clark, D.F.Tolin, S.M.Orsillo у 1999 р. для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій: 1) негативних думок про себе; 2) негативних думок про оточуючий світ, 3) самоїдства (самозвинувачення). Теоретичним підґрунтям опитувальника є визначальна роль негативних і дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зокрема, E.B. Foa з колегами (1998 р.) визначили, що думки про небезпечність світу та власну некомпетентність призводять до розвитку ПТСР у жінок, які стали жертвами сексуального насильства. A.Ehlers, D.M. Clark (2000 р.) довели, що негативне ставлення людини до травматичної події зумовлює виникнення у неї симптомів ПТСР. На думку авторів, такі негативні оцінки (насамперед про власну особистість і небезпечний світ) призводять до постійного відчуття загрози, яке формує ПТСР симптоматику і посилює тривогу [10].

Стан безпорадності у момент травми може призводити до так званої «психічної поразки» (mental defeat), тобто стану, в якому людина втрачає здатність підтримувати уявлення про себе як про людську істоту, яка наділена вольовими якостями. Зазначимо, що почуття безпорадності лежить в основі критерію А ПТСР (DSM-5) і асоціюється із сильним страхом, нездатністю впливати на оточення, управляти ситуацією, контролювати те, що відбувається під час травмуючої події.

Натепер методика успішно застосовується у діагностиці жертв насильства, у комплексному вивченні симптомів емоційного вигорання (зокрема у лікарів швидкої допомоги, реаніматологів, пожежних тощо). Окрім дорослого варіанту опитувальника, існує й його дитяча версія.

Інструкція: Нижче наведено низку тверджень, які можуть відображати або не відображати Ваші думки. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Пам'ятайте, що люди оцінюють травматичні події по-різному, тут немає правильних або неправильних відповідей.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно не згодний	переважно не згодний	частково не згодний	ставлюсь нейтрально	більше згодний	переважно згодний	абсолютно згодний

Текст методики.

1	Подія сталася внаслідок моїх дій	
2	Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки	
3	Я «слабак»	
4	Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жахливі вчинки	
5	Я не можу впоратися із найменшими труднощами	
6	Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний	
7	Людям не можна довіряти	
8	Я постійно насторожений	
9	Я відчуваю себе «мертвим» всередині	
10	Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди	
11	Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі	
12	Я неадекватний	
13	Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею	
14	Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я	
15	Після події мої реакції свідчать про те, що я божеволію	
16	Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції	
17	Світ небезпечний	
18	Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася	
19	Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше	
20	Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною	
21	Хтось інший не потрабив би у таку ситуацію	

22	Я не можу покластися на інших людей	
23	Я відчуваю себе ізолюваним від інших людей	
24	У мене немає майбутнього	
25	Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною	
26	Люди не такі, якими здаються	
27	Моє життя зруйноване травмою	
28	Щось зі мною не так	
29	Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер	
30	Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію	
31	Я відчуваю, що я більше не знаю себе	
32	Я не можу покластися на себе	
33	Зі міною нічого хорошого не станеться	

Обробка результатів:

Загальний бал _____

Шкала 1: Негативні думки стосовно себе (твердження: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 і 36)

Шкала 2: Негативні думки стосовно світу (твердження 7, 8, 10, 11, 18, 23 і 27)

Шкала 3: Самоїдство (твердження: 1, 15, 19, 22 і 31)

Загальний бал є сумою усіх балів за кожним із 33 тверджень.

Негативні думки стосовно себе (загальний бал / 21)	=	
Негативні думки стосовно світу (загальний бал / 7)	=	
Самоїдство (загальний бал / 5)	=	

Нормативні дані:

	Травма відсутня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР
Шкала 1	1,08	1,05	3,60
Шкала 2	2,07	2,43	5,00
Шкала 3	1,00	1,00	3,20
Загальний бал	45,50	49,00	133,00

Міссісіпська шкала для бойового ПТСР (за DSM-III)

Опис методики. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. Keane, T. M. зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій [18]. У 1995 р. розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР.

Міссісіпська шкала була створена на основі MMPI 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 Лайккерта (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.

Шкала стала поширеною на пострадянських теренах на початку 1990-х рр. у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених на контингенті ветеранів війни в Афганістані (Н. В. Тарабрина з співавт., 1992,1994,1996, 1997) [6].

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. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	5	4	3	2	1
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. Я здатний формувати емоційно близькі стосунки з іншими людьми	5	4	3	2	1
7. Мені сняться ночами жахи про пережиті події на війні	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити	1	2	3	4	5

з собою					
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	5	4	3	2	1
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. Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше.	5	4	3	2	1
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19. Я розумію, що після демобілізації можу продовжувати успішно працювати	5	4	3	2	1
20. Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21. Я безпричинно плачу	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути у товаристві інших людей.	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я спокійна і врівноважена людина.	5	4	3	2	1
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжусь у натовпі.	5	4	3	2	1
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж гарна, як і раніше.	5	4	3	2	1
35. Мені складно проявляти свої почуття, навіть по відношенню до близьких людей	1	2	3	4	5

Обробка та інтерпретація результатів:

Кожен збіг з ключем оцінюється в один бал [5]:

Відповідь	Номера тверджень
Пункти, які рахуються у прямих значеннях	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Пункти, які рахуються у зворотніх значеннях	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

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.

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)

Опис методики. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) – клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Методика була опублікована в 1979 році М. Горовицем зі співавторами (M.Horowitz, N.Wilner, W.Alvarez, 1979) [14]. По суті, це була перша тестова методика присвячена ПТСР, що базувалася одночасно на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації, причому це було зроблено ще до прийняття ПТСР в якості окремої діагностичної одиниці в DSM-III.

Незважаючи на популярність шкали і численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, Д. Вейс з колегами (D.S.Weiss, C. R.Marmar, T.Metzler) у 1995 році прийшли до висновку, що IES може бути більш корисною, якщо вона діагностуватиме не лише такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які увійшли у діагностичний критерій DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події [2]. Таким чином, була зроблена спроба перегляду оригінальної IES.

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) або «часто» (5 балів).

Текст методики.

_____	_____
Дата події	Подія, яку Ви пережили

Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових	Наскільки Вас це виснажувало?

життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність *протягом останніх 7 днів або протягом іншого узгодженого проміжку часу:*		Анітрохи	Трохи	Помірно	Досить сильно	Дуже сильно
1	Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею	0	1	2	3	4
2	Мені було важко спати, я часто прокидався уночі	0	1	2	3	4
3	З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію	0	1	2	3	4
4	Я відчував роздратування і злість	0	1	2	3	4
5	Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав про цю подію, чи вона нагадувалася мені	0	1	2	3	4
6	Я думав про цю подію, хоч і не хотів цього робити	0	1	2	3	4
7	Я почувався так, наче це не відбулося або наче це не було насправді	0	1	2	3	4
8	Я намагався уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію	0	1	2	3	4
9	Образи про це неочікувано з’являлись у мене в голові	0	1	2	3	4
10	Я був нервовий, я «заводився» з нічого	0	1	2	3	4
11	Я намагався про це не думати	0	1	2	3	4
12	Я знав, що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив	0	1	2	3	4
13	Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися	0	1	2	3	4
14	Я помітив, що я поводжуся	0	1	2	3	4

	або почуваюся так, ніби я знову повернувся у той час					
15	Мені було важко засинати	0	1	2	3	4
16	На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим	0	1	2	3	4
17	Я намагався викинути це зі своєї пам'яті	0	1	2	3	4
18	Мені було важко зосереджуватися	0	1	2	3	4
19	Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.)	0	1	2	3	4
20	Це мені снилося	0	1	2	3	4
21	Я почуваюся весь час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову	0	1	2	3	4
22	Я намагався про це не говорити ні з ким	0	1	2	3	4

Обробка результатів.

Всі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів.

Шкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20 поділена на 8.

Шкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22 поділена на 8.

Шкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21 поділена на 8.

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R)

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Simptom Check List-90-Revised) - клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб [9]. Методика створена у 1994 р. L.R. Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методика, що веде свою історію від Cornell Medical Index (A. Wider, 1948), яка, в свою чергу, базувалася на «Шкалі дискомфорту» розробленої M.Parloff з співавторами (1953).

У 1980 р. М. Горовіц і його колеги розглянули SCL у зв'язку із дослідженнями ПТСР, а у 1981 р. було виявлено, що при тестуванні SCL вдалося отримати відмінності у результатах тесту між пацієнтами з ПТСР, які отримували терапевтичну допомогу, і пацієнтами, які не отримували такої допомоги. Російський варіант SCL застосовувався у комплексному дослідженні, яке

проводилося лабораторією психології посттравматичного стресу та психотерапії ІП РАН.

SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих у шкали. Кожне із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». SCL-90 (відповідно, і SCL-90-R) містить наступні шкали:

1. Соматизація
2. Обсесивно-компульсивні розлади (нав'язливості)
3. Інтерперсональна чутливість
4. Депресія
5. Тривожність
6. Ворожість
7. Нав'язливі страхи (фобії)
8. Параноїдність
9. Психотизм
10. Загальний індекс важкості
11. Індекс важкості наявного дистресу
12. Кількість позитивних відповідей (Кількість тривожних симптомів)

SCL-90-R – методика, призначена для визначення поточного статусу, вона не підходить для діагностики особистості. Інструкція до методики і її внутрішня суть передбачає вивчення саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності. Крім того, методика не включає шкали брехні, а її структура не спрямована на корекцію настановних відповідей випробуваного, що також має враховуватися при інструктажі та тестуванні (хоча шкала психотизма за рахунок незвичайних симптомів, в неї входить, може використовуватися для оцінки ступеня щирості випробуваного і його схильності до аггравації, якщо наперед відомо про відсутність психотичних розладів).

Основне призначення шкали – виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, тому результати опитування мають досить приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може застосовуватися досить широко. Винятком є люди, які не здатні сприйняти зміст інструкцій, пацієнти з деменцією і явно психотичними станами.

Інструкція.

Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

0	1	2	3	4
Зовсім ні	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно

Текст методики.

1	Головні болі	
2	Нервозність або тремтіння всередині	
3	Повторювані неприємні думки	

4	Слабкість або запаморочення	
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	
6	Почуття невдоволення іншими	
7	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками	
8	Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші	
9	Проблеми з пам'яттю	
10	Ваша неакуратність або неохайність	
11	Роздратування, що легко виникає	
12	Болі в серці або в грудній клітці	
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	
14	Нестача сил або загальмованість	
15	Думки про те, щоб накласти на себе руки	
16	Ви чуєте голоси, яких не чують інші	
17	Тремтіння	
18	Відчуття, що більшості людям не можна довіряти	
19	Поганий апетит	
20	Сльозливість	
21	Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі	
22	Відчуття, що Ви потрапили у пастку	
23	Несподіваний і безпричинний страх	
24	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	
25	Боязнь вийти одному з дому	
26	Відчуття провини	
27	Болі у попереку	
28	Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь	
29	Відчуття самотності	
30	Пригнічений настрій, "хандра"	
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	
32	Відсутність інтересу до усього	
33	Почуття страху	
34	Ваші почуття легко зачепити	
35	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки	
36	Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчувають Вам	
37	Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся	
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	
39	Сильне або прискорене серцебиття	
40	Нудота або розлад шлунку	
41	Відчуття, що Ви гірші за інших	
42	Болі в м'язах	
43	Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас	
44	Вам важко заснути	

45	Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите	
46	Труднощі в прийнятті рішень	
47	Страх їздити в автобусах, метро або поїздах	
48	Утруднене дихання	
49	Напади жару або ознобу	
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають	
51	Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали	
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	
53	Комок в горлі	
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне	
55	Вам важко зосередиться	
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	
57	Відчуття тиску або напруженості	
58	Важкість в кінцівках	
59	Думки про смерть	
60	Переїдання	
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас	
62	Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки	
63	Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	
64	Ранкове безсоння	
65	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо	
66	Неспокійний і тривожний сон	
67	Бажання ламати або трощити що-небудь	
68	Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші	
69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	
70	Почуття зніяковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)	
71	Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль	
72	Напади жаху або паніки	
73	Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях	
74	Ви часто вступаєте в суперечку	
75	Нервозність, коли Ви залишилися насамоті	
76	Інші недооцінюють Ваші досягнення	
77	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	
79	Відчуття власної нікчемності	
80	Відчуття, що з Вами станеться щось погане	
81	Ви кричите або жбурляєте речами	
82	Страх, що Ви втратите свідомість на людях	
83	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою	
84	Вас турбують сексуальні думки	

85	Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи	
86	Кошмарні думки або бачення	
87	Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку	
88	Ви не відчуваєте близькості ні до кого	
89	Почуття провини	
90	Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре	

Обробка результатів:

Для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто додати бали по питанням, які входять у шкалу і розділити суму на їх кількість.

Якщо з якихось з питань не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть вважатися достовірними.

Результат за шкалою GSI – це середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів всіх питань, поділена на 90. PST дорівнює кількості питань, на які дані невід'ємні відповіді. PSDI - середня важкість симптомів, обраховується як поділ загального балу за увесь тест на значення PST. Отже, при PST = 90, GSI і PSDI дорівнюватимуть один одному, чим менше значення PST, тим більше буде відмінність між ними.

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Інтерпретація.

Шкала 1. Соматизація

Порушення, що називаються соматизацією, відображають дистрес, що виникає із відчуття соматичної дисфункції. Сюди відносяться скарги щодо функціонування кардіоваскулярної, гастрінтестинальної, респіраторної та інших систем організму, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла у тому числі й м’язові, а також – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність психічних розладів, хоча й можуть свідчить про реальні соматичні захворювання.

Шкала 2. Нав'язливості

Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, переважно тотожні стандартному клінічного синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі для «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Шкала 3. Інтерперсональна чутливість

Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Осуд себе, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за даною шкалою повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Шкала 4. Депресія

Симптоми цього розладу відображають широку галузь проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

Шкала 5. Тривожність

Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страхи та деякі соматичні кореляти тривожності.

Шкала 6. Ворожість

Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Шкала 7. Нав'язливі страхи (фобії)

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникаючої поведінки.

Шкала 8. Параноїдність

Дане визначення представляє параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проективних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований саме на представленість цих ознак.

Шкала 9. Психотизм

У шкалу психотизма включені питання, що вказують на уникаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизма є градуйованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів

психотизма. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої аггравації, симуляції і недбалого заповнення бланка - при високих значення по ній при відсутності явної симптоматики.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GST)

GSI є найкращим індикатором поточного стану і глибини розладу, його слід використовувати в більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивність пережитого дистресу.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI)

PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилює або применшує симптоматичний дистрес при відповідях.

Загальна кількість ствердних відповідей (PST)

PST – виключно підрахунок кількості симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, - тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає хоч якийсь рівень вище нульового.

Нормативні дані [4]**:**

Шкала	**Середнє значення**
Соматизація	0,69
Нав'язливості	0,76
Інтерперсональна чутливість	0,83
Депресія	0,68
Тривожність	0,62
Ворожість	0,71
Нав'язливі страхи (фобії)	0,35
Параноїдність	0,67
Психотизм	0,42
Індекс GSI	0,64

Середні значення (за Н.Тарабріною, 2001) [5]**:**

Шкала	Ветерани Афганістану, норма	Ветерани Афганістану, ПТСР	Військові	Соматоформні хворі
Соматизація	0,41	1,08	0,68	1,60
Нав'язливості	0,52	1,15	0,67	1,04
Інтерперсональна чутливість	0,59	1,25	0,77	1,13
Депресія	0,41	1,15	0,59	1,29
Тривожність	0,40	1,16	0,59	1,50
Ворожість	0,51	1,22	0,74	1,10
Нав'язливі страхи (фобії)	0,19	0,76	0,40	0,99
Параноїдність	0,49	1,00	0,67	0,76
Психотизм	0,19	0,72	0,40	0,80
Індекс GSI	1,07	0,64	0,93	1,17

Інтерпретація опитувальника в цілому.

Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів. Інтерпретація основних шкал проводиться відповідно до їх опису, призначення і теоретико-методологічних засад експериментатора.

Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Індекс PSDI є виміром інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки «стилю» вираження дистресу випробуваного: чи виявляє випробуваний тенденцію до перебільшення або до приховання своїх симптомів.

Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда. Інформація, отримана з цих трьох джерел, повинна бути ретельно інтегрована для того, щоб отримати найбільш значущу і валідну картину дистресу.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Шкала розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith 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 [25].

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 [7].

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 (>11балів) і межовий стан чи клінічно виражена депресія (>8 балів) [17].

Обробка результатів: [19]

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.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

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

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
1. Я відчуваю напруження, мені ніяково: 3 – весь час 2 – часто 1 – час від часу, іноді 0 – ніколи	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
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	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
3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові: 3 – постійно 2 – більшу частину часу 1 –часто від часу і нечасто 0 – лише іноді	3. Я відчуваю бадьорість: 3 – зовсім не відчуваю 2 – дуже рідко 1 – іноді 0 – практично завжди
4. Я легко можу присісти та розслабитися: 0 – абсолютно так 1 – мабуть це так 2 –дуже рідко 3 – зовсім не можу	4. Мені здається, що я все роблю повільно: 3 – практично завжди 2 – часто 1 – іноді 0 – зовсім ні
5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння: 0 – зовсім не відчуваю 1 – іноді 2 –часто 3 – дуже часто	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

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 7. У мене буває раптове відчуття паніки: 3 – дуже часто 2 – часто 1 –не часто 0 – зовсім не буває **Сума балів у Частині I** **_____**	0 – я стежу за собою як і раніше 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 7. Я можу отримати задоволення від гарної книги чи телепрограми: 0 –часто 1 – іноді 2 –рідко 3 – дуже рідко **Сума балів у Частині II_____**

Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)

Опис методики. Шкала депресії Гамільтона (англ. Hamilton Rating Scale for Depression) – клінічна методика, розроблена у 1960 р. М. Гамільтоном (університет Лідса, Великобританія), для кількісної оцінки стану пацієнтів з депресивними розладами до, під час і після лікування (спостереження клінічної динаміки) [11]. Натепер дана шкала застосовується для об'єктивації і зіставлення показників досліджень по клініко-біологічних і психофармакологічних програмах, де є стандартом для визначення ефективності медикаментозних засобів у лікуванні депресивних розладів.

Депресивний симтомокомплекс становлять такі показники як: настрій, провина, суїцидальні наміри, раннє, середнє і пізнє безсоння, працездатність, загальмованість, ажитація, психічна тривога, соматична тривога, шлунково-кишкові симптоми, загальносоматичні симптоми, генітальні симптоми, іпохондрія, втрата ваги, критичне ставлення до хвороби.

Шкала призначена для заповнення фахівцем в галузі психічного здоров'я. Зазвичай заповнюється при проведенні клінічного інтерв'ю (що займає близько 20-25 хвилин). Пункти шкали повинні відображати стан пацієнта протягом останніх декількох днів або попереднього тижня. За допомогою повторного і послідовного використання шкали клініцист може документувати результати проведеного лікування (медикаментозного або психотерапевтичного). Повторні вимірювання слід проводити незалежно один від одного. Під час проведення повторного вимірювання дослідник не повинен бачити результати попередніх вимірювань і заповнює лише чистий бланк шкали. Дослідник повинен уникати питань, пов'язаних зі зміною стану пацієнта з часу останнього тестування. Для пункту 7 (робота і інша активність) дослідник може отримати інформацію від родичів або медичного персоналу. Пункт 16 (втрата ваги) вимагає відповіді на кшталт «так чи ні», тобто або за пунктом 16А, або за пунктом 16Б. Кращою під час терапії є об'єктивна оцінка змін ваги (16Б), оцінка зміни ваги за анамнестичними відомостями (16А) використовується тільки як початкова, перед проведенням

терапії. Пункт 18 (добові коливання) оцінюється у такий спосіб: при відсутності добових коливань ставиться оцінка «0» за пунктом 18А, а пункт 18Б залишається порожнім; при наявності добових коливань за пунктом 18А відзначається час доби, коли симптоми виражені найважче, а ступінь або вираженість коливань відзначається в пункті 18Б.

Інтерпретація. Незалежно від обсягу шкали, для оцінки ступеня тяжкості депресії враховуються дані лише перших 17 питань. Оцінки інших питань використовуються для оцінки інших розладів, безпосередньо не пов'язаних з депресією.

Сумарний бал перших 17-ти пунктів:
0-7 балів – норма;
8-13 балів – легкий депресивний розлад;
14-18 балів – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості;
19-22 балів – депресивний розлад важкого ступеня;
більше 23 балів – депресивний розлад дуже важкого ступеня.

Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)

1. Депресивний настрій (пригніченість, безнадійність, безпорадність, почуття власної меншовартісності)
 0 відсутність
 1 вираз зазначеного почуття лише при прямому питанні
 2 скарга висловлюється спонтанно
 3 визначається невербально (поза, міміка, голос, плаксивість)
 4 пацієнт висловлює тільки ці почуття, як у висловлюваннях, так і невербально
2. Почуття провини
 0 відсутність
 1 самоприниження, пацієнт вважає, що підвів інших
 2 почуття власної провини, болісні роздуми про власні помилки і гріхи
 3 хвороба розцінюється як покарання, маячні ідеї провини
 4 вербальні галюцинації звинувачувального і / або засуджувального змісту, і / або зорові галюцинації загрозливого змісту
3. Суїцидальні наміри
 0 відсутність
 1 відчуття, що жити не варто
 2 бажання собі смерті або думки про можливість власної смерті
 3 суїцидальні висловлювання або жести
 4 суїцидальні спроби
4. Раннє безсоння
 0 відсутність труднощів при засинанні
 1 скарги на епізодичні труднощі при засинанні (понад 30 хвилин)
 2 скарги на неможливість заснути щоночі
5. Середнє безсоння
 0 відсутність
 1 скарги на неспокійний сон протягом всієї ночі
 2 багаторазові пробудження протягом всієї ночі, підйом з ліжка

6. Пізнє безсоння
0 відсутність
1 раннє пробудження з наступним засинанням
2 остаточне раннє ранкове пробудження
7. Працездатність і активність
0 відсутність труднощів
1 думки про власну неспроможність, відчуття втоми і слабкості пов'язане з роботою або хобі
2 втрата інтересу до роботи або хобі, виражена безпосередньо у скаргах або опосередковано, через апатичність і нерішучість (відчуття потреби у додаткових зусиллях, необхідних для початку роботи або для проявів активності)
3 зменшення реального часу на прояви активності або зниження продуктивності
4 відмова від роботи внаслідок справжнього захворювання

8. Загальмованість (сповільненість мислення й мовлення, порушення здатності концентрувати увагу, зниження моторної активності)
0 нормальне мовлення та мислення
1 легка загальмованість у бесіді
2 помітна загальмованість у бесіді
3 виражені труднощі при проведенні опитування
4 ступор
9. Ажитація
0 відсутність
1 занепокоєння
2 неспокійні рухи руками, теребіння волосся
3 рухливість, непосидючість
4 постійне перебирання руками, кусання нігтів, губ, висмикування волосся
10. Психічна тривога
0 відсутність
1 суб'єктивна напруга і дратівливість
2 занепокоєння з незначних приводів
3 тривога, що виражається у виразі обличчя і мовленні
4 страх, який помітно і без розпитування
11. Соматична тривога (фізіологічні прояви тривоги – гастроінтестинальні – сухість у роті, метеоризм, диспепсія, діарея, спазми, відрижка; серцево-судинні – серцебиття, головний біль; дихальні – гіпервентиляція, задишка, + прискорене сечовипускання, підвищене потовиділення)
0 відсутність
1 слабка
2 середня
3 сильна
4 дуже сильна
12. Шлунково-кишкові соматичні симптоми
0 відсутність

1 втрата апетиту, але з прийомом їжі без сильного примусу, відчуття важкості у животі
2 прийом їжі тільки з наполегливим примусом, потреба в проносних засобах або препаратах для купірування гастроінтестинальних симптомів

13. Загальні соматичні симптоми
0 відсутність
1 важкість в кінцівках, спині, голові, м'язові болі, відчуття занепаду сил
2 будь-які різко виражені симптоми

14. Генітальні симптоми (втрата лібідо, менструальні порушення)
0 відсутність
1 слабо виражені
2 сильно виражені

15. Іпохондрія
0 відсутність
1 захоплений собою (тілесно)
2 надмірна стурбованість власним здоров'ям
3 часті скарги, прохання про допомогу
4 іпохондрична маячня

16. Втрата ваги (оцінюється або А, або Б)
А. За даними анамнезу
0 відсутність
1 ймовірна втрата ваги у зв'язку із даною хворобою
2 явна (зі слів) втрата ваги
3 не піддається оцінці

Б. Якщо зміни у вазі мають місце щотижня
0 менше 0,5 кг. в тиждень
1 більше 0,5 кг. в тиждень
2 більше 1 кг. в тиждень
3 не піддається оцінці

17. Критичність ставлення до хвороби
0 усвідомлення хвороби
1 усвідомлення хворобливості стану, але віднесення його на рахунок поганої їжі, клімату, перевтоми
2 цілковите неусвідомлення хвороби

18. Добові коливання (пункт Б оцінюється за наявності розладів у пункті А)
А. Коли симптоми більш виражені
0 відсутність коливань
1 вранці
2 ввечері

Б. Ступінь вираженості
0 відсутність
1 слабкі
сильні

19. Деперсоналізація і дереалізація
0 відсутність

1 слабка
2 помірна
3 сильна
4 нестерпна

20. Параноїдальні симптоми
0 відсутність
1 підозрілість
2 надцінні ідеї відносин
3 маячні ідеї переслідування

21. Обсесивно-компульсивні симптоми
0 відсутність
1 легкі
2 важкі

РЕЄСТРАЦІЙНИЙ БЛАНК ДО ШКАЛИ ГАМІЛЬТОНА (депресія)

Пункт шкали	ПОКАЗНИКИ (обвести відповідно до стану)				
1. Депресивний настрій	0	1	2	3	4
2. Почуття провини	0	1	2	3	4
3. Суїцидальні наміри	0	1	2	3	4
4. Раннє безсоння	0	1	2		
5. Середнє безсоння	0	1	2		
6. Пізнє безсоння	0	1	2		
7. Працездатність та активність	0	1	2	3	4
8. Загальмованість	0	1	2	3	4
9. Ажитація	0	1	2	3	4
10. Психічна тривога	0	1	2	3	4
11. Соматична тривога	0	1	2	3	4
12. Шлунково-кишкові соматичні симптоми	0	1	2		
13. Загальні соматичні симптоми	0	1	2		
14. Генітальні симптоми	0	1	2		
15. Іпохондрія	0	1	2	3	4
16. Втрата ваги А	0	1	2	3	
16. Втрата ваги Б	0	1	2	3	
17. Критичність	0	1	2		
18. Добові коливання А	0	1	2		
18. Добові коливання Б	0	1	2		
19. Деперсоналізація та дереалізація	0	1	2	3	4
20. Параноїдальні симптоми	0	1	2	3	
21. Обсесивно-компульсивні симптоми	0	1	2		

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т.Холмса і Р.Раге (Social Readjustment Rating Scale, SRRS)

Опис методики. Психометрична шкала самооцінки актуального рівня стресу протягом останнього року, розроблена у 1967 р. психіатрами Т.Холмсом і Р. Раге. Призначена для простого, скринінгового визначення рівня актуального стресу і ймовірності розвитку межових нервово-психічних розладів. Шкала складається з переліку травмуючих подій, ранжованих за балами, що визначають ступінь їх стрессогенності [13].

Досліджуваному пропонується прочитати список ситуацій, зазначивши ті, які мали місце у нього протягом останнього року, і підсумовувати бали, що відповідають цим пунктам.

Інструкція.

Уважно прочитайте весь перелік, щоб мати загальне уявлення про те, які ситуації, події та життєві обставини, що викликають стрес, у ньому представлені. Потім повторно прочитайте кожен пункт, звертаючи увагу на кількість балів, якою оцінюється кожна ситуація. Спробуйте згадати всі події, що трапилися з вами за останній рік. Якщо якась ситуація виникала у вас частіше ніж один раз, то відповідну кількість балів помножте на дану кількість раз.

Текст методики.

№ п/п	*Життєві події*	*Бали*
1.	Смерть чоловіка (дружини)	100
2.	Розлучення	73
3.	Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення)	65
4.	Тюремне ув'язнення	63
5.	Смерть близького члена родини	63
6.	Травма чи хвороба	53
7.	Одруження, весілля	50
8.	Звільнення з роботи	47
9.	Примирення подружжя	45
10.	Вихід на пенсію	45
11.	Зміна в стані здоров'я членів родини	44
12.	Вагітність	40
13.	Сексуальні проблеми	39
14.	Поява нового члена родини, народження дитини	39
15.	Реорганізація на роботі	39
16.	Зміна фінансового стану	**38**
17.	Смерть близького друга	37
18.	Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи	36
19.	Посилення конфліктності стосунків з чоловіком (дружиною)	35
20.	Позичка чи позика на велику покупку (наприклад, будинку)	31
21.	Закінчення терміну виплати позички чи позики,	30

	збільшення боргів	
22.	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23.	Син чи дочка залишають родину	29
24.	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
25.	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26.	Чоловік (дружина) кидає роботу (чи стає до роботи)	26
27.	Початок або закінчення навчання	26
28.	Зміна умов життя	25
29.	Відмова від певних звичок	24
30.	Проблеми з керівництвом, конфлікти	23
31.	Зміна умов чи годин роботи	20
32.	Зміна місця проживання	20
33.	Зміна місця навчання	20
34.	Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля чи відпустки	19
35.	Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням	19
36.	Зміна соціальної активності	18
37.	Позичка чи позика для покупки не дуже великих речей (машини, телевізора)	17
38.	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну	16
39.	Зміна членів родини, зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами родини	15
40.	Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту тощо)	15
41.	Відпустка	13
42.	Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43.	Незначне порушення правопорядку (наприклад, штраф за порушення правил дорожнього руху)	11

Обробка результатів. Підсумковий бал за шкалою визначає актуальний рівень стресу індивіда. Даний бал порівнюється з відомими рівнями переживання стресу:

Менше 150 - Достатньо велика опірність стресу

150-199 - Висока опірність

200-299 - Порогова опірність

300 і більше - Низька (вразливість) опірність стресу

Інтерпретація результатів.

Достатньо велика опірність стресу. Висока стресостійкість, мінімальний рівень стресового навантаження.

Високий рівень опірності стресу. Низький рівень стресового навантаження, діяльність достатньо ефективна, стресостійкість.

Пороговий (середній) рівень опірності стресу. Середній рівень стресового навантаження, Стресостійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій у житті. Людина змушена велику частину енергії і ресурсів витрачати на боротьбу з

негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу. *Низький рівень опірності стресу*. Високий рівень стресового навантаження, низький рівень стресостійкості, не рекомендовано діяльність, пов'язану зі стресами.

Велика кількість балів (понад 300) – сигнал тривоги, існує велика ймовірність розвитку психосоматичних хвороб, стан близький до нервового виснаження.

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

Опис методики. Шкала тривоги Гамільтона (англ. Hamilton Anxiety Rating Scale) – клінічна рейтингова шкала, призначена для вимірювання вираженості тривожних розладів у дітей, підлітків і дорослих. Орієнтовний час виконання – 10-20 хвилин [12].

У 1959 році Макс Гамільтон розробив першу версію рейтингової шкали тривоги. Він розрізняв тривогу як нормальну реакцію на небезпеку, тривогу як патологічний стан, не пов'язаний зі стресом і тривогу як «тривожний невроз» (невроз страху)[14]. Розроблена у 1959 р., як один із перших інструментів вимірювання рівня тривоги, вона й досі успішно застосовується у клінічній практиці. Незважаючи на поширеність використання методики, головним її недоліком є неможливість розрізняти впливи заспокійливих та антидепресантів на стан пацієнта, а також соматичну тривогу від соматичної побічної дії ліків. Неможливо використовувати для визначення стану тривоги у пацієнтів із вираженою депресією. Оскільки ПТСР є однім із різновидів тривожних розладів у пацієнтів спостерігаються високі показники за Шкалою тривоги Гамільтона (вище 25).

Шкала складається з 14 пунктів. 13 пунктів відносяться до проявів тривоги у повсякденному житті, а 14-ий – до прояву тривоги при огляді. Оцінюється як психічна тривога (психічна ажитація та психологічний дистрес), так і тривога соматична (фізичні складові, пов'язані із тривогою). Варіанти відповідей стандартизовані, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку.

Як і будь-яка подібна клінічна шкала, HAM-A призначена для фахівців сфери охорони здоров'я – лікарів загальної практики, сімейний лікарів, психіатрів і психотерапевтів. Її заповнення відбувається у процесі напівструктурованого інтерв'ю, під час якого фахівець у тому числі збирає анамнестичні дані та спостерігає за поведінкою чи іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Не слід пред'являти шкалу пацієнтові і ставити йому прямі запитання.

Інтерпретація. Для отримання загального бала, що відображає рівень вираженості тривожного розладу, необхідно підсумувати бали за усіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а решта вісім – як прояви тривоги у соматичній сфері.

Кожен пункт опитувальника оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – симптом відсутній, 4 – симптом сильно виражений.

Сумарний усіх пунктів:

[14] Психічний розлад, обумовлений тривалим психічним перенапруженням або коротким за частотою, але сильним за інтенсивністю стресом. В МКХ-10 – генералізований тривожний розлад (F41.1) + агорафобія (F40.0) і змішана тривожна і депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (F43.22)

17 балів і менше – відсутність тривоги;
18-24 бали – середня вираженість тривожного розладу;
25 балів і більше – виражений тривожний розлад.

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

Симптоми	Відсутні	Слабо виражені	Помірно виражені	Сильно виражені	Дуже сильно виражені
1. **Тривожний настрій** (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. **Напруга** (відчуття напруги, здригання, легко виникає плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. **Страхи** (темряви, незнайомців, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4
4. **Інсомнія** (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни)	0	1	2	3	4
5. **Інтелектуальні порушення** (складнощі концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. **Депресивний настрій** (втрата звичних інтересів, почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	0	1	2	3	4
7. **Соматичні м'язові симптоми** (біль, напруга, клонічні судоми, скрипіння зубами, зривається голос, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. **Соматичні сенсорні симптоми** (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. **Серцево-судинні симптоми** (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. **Респіраторні симптоми** (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. **Гастроінтестинальні симптоми** (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла)	0	1	2	3	4
12. **Сечостатеві симптоми** (часте сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4
13. **Вегетативні симптоми** (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі із відчуттям напруги)	0	1	2	3	4
14. **Поведінка при огляді** (непосидючість, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)	0	1	2	3	4

Висновок_____

Література до розділу

1. Доскин В.А. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В.А.Доскин, Н.А.Лаврентьева, М.П.Мирошников, В.Б.Шарай // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.
2. Изард К. Психология эмоций / К.Изард; Пер. с англ. А. Татлыбаева. – СПб.: Питер, 1999. – 464 с.
3. Леонова А.Б. Методы субъективной оценки функционального состояния человека / А.Б.Леонова, М.С. Капица // Практикум по инженерной психологии и эргономике / Под ред. Ю.К. Стрелкова. М., 2004. – С. 136–166.
4. Малыгин В.Л. Социальные и профессиональные факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов / В.Л.Малыгин, А.Б.Искандирова, Е.ЕПахтусова., Д.В.Шевченко, Ю.А. Шуляк // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – № 11. – С. 71–75.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
6. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматичких стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т.13, № 2. – С. 14–29.
7. Bjelland I. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I.Bjelland // Journal of Psychosomatic Research. – 2002. – Vol. 52 (2). – P. 69–77.
8. Buysse D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research / D. J. Buysse, Ch. F. Reynolds, T. H. Monk, S.R.Barman, D.J. Kupfer // Psychiatry Research. – 1989. – Vol. May;28(2). – P. 193–213.
9. Derogatis L.R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report / L.R. Derogatis, R.S.Lipman, L. Covi // Psychopharmacol Bull. – 1973. – Vol. 9. – P.13–28.
10. Foa E.B. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation / E.B.Foa, A.Ehlers, D.M.Clark, D.F.Tolin, S.M.Orsillo // Psychological Assessment. – 1999. – Vol.11. – P. 303–314.
11. Hamilton M. A rating scale for depression / M.Hamilton // Journal of Neurology. Neurosurgery and Psychiatry. – 1960. – Vol.23. – P. 56–62.
12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M.Hamilton // British Journal of Medical Psychology. – 1959. – Vol. 32. – P.50–55.
13. Holmes T. The social readjustment rating scale / T. Holmes, R.Rahe // Journal of psychosomatic research. – 1967. – Vol.11. – P. 213.
14. Horowitz M. Impact of events scale: A measure of subjective stress / M.Horowitz, N.Wilner, W.Alvarez // Psychosomatic Medicine. – 1979. – Vol.41. – P. 208–218.
15. Izard C. Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk / C. Izard, S. Fine, D. Schultz, A. Mostow, B. Ackerman, E. Youngstrom // Psychological science. – Vol. 12 (1). – P. 18–23.

16. Izard C. E. Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality / C. E.. Izard, D. Z.Libero, P.Putnam, O. M.Haynes // Journal of Personality and Social Psychology. – 1993. – Vol. 64. – P. 847–860.
17. Joy D. Post-traumatic stress reactions after injury/ D.Joy, R.Probert, J. I.Bisson, J. P. Shepherd // Journal of Trauma. 2000. – Vol. 48 (3). – P. 490–494.
18. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity / T. M.Keane, J. M.Caddell, K. L.Taylor // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1988. – Vol. 56. – P. 85–90.
19. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual / R.P.Snaith, A.S.Zigmond. – Windsor, England, Nfer-Nelson, 1994. – 300 p.
20. Tomfohr L. M. Psychometric characteristics of the Pittsburgh Sleep Quality Index in English speaking non-Hispanic whites and English and Spanish speaking Hispanics of Mexican descent / L.M.Tomfohr, C.A.Schweizer, J. E.Dimsdale, J. S.Loredo // Journal of Clinical Sleep Medicine. – 2013. – Vol. 9 (1). – P. 61–66.
21. Weathers F.W. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) [Електронний ресурс] / F.W.Weathers, D.D.Blake, P.P.Schnurr, D.G.Kaloupek, B.P.Marx, T.M.Keane // Режим доступу: http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
22. Weathers F.W. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Електронний ресурс] / F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr // Режим доступу: http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp
23. Weathers F.W. (2013) The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) [Електронний ресурс] / F.W.Weathers, D.D.Blake, P.P.Schnurr, D.G.Kaloupek, B.P.Marx, T.M.Keane // Режим доступу: http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp
24. Weiss D. S. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel / D. S. Weiss, C. R. Marmar, T. Metzler, H. Ronfeldt // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1995. – V. 63. – P. 361 – 368.
25. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S.Zigmond, R.P.Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67 (6). – P. 361–370.

2.4 Методики діагностики копінг-стратегій

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim)

Опис методики. Методика психологічної діагностики копінг-стратегії (Е. Heim) 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 [8]. Методика адаптована у лабораторії клінічної психології психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, під керівництвом д. м.н. професора Л. І. Вассермана [1].

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: ниші 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 трапилося»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилося, 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 лють, 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, наявність 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.

Недаптивні 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	(В2) Емоційна розрядка (В5) Пасивна кооперація
Поведінкові	(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення	(Б3) Активне уникнення (Б6) Відступ	(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

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

Опис методики. 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) [5].

Інструкція. Нижче наведено можливі реакції людини на різні важкі стресові ситуації. Вкажіть, як часто Ви поводитесь 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. Шкодую, що не можу змінити того, що сталося або своє ставлення до того, що трапилося.

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. Відриваюсь 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.

Методика «Індикатор копінг-стратегій»

(Coping Strategy Indicator, CSI, Д. Амирхан, 1990, в адаптації Н.Сироти, 1994, В. Ялтонського, 1995)

Опис методики. Це єдина копінгова методика, створена виключно емпіричним шляхом. Перелік тверджень методики сформовано з використанням анкети, де досліджувані зазначали, які засоби вони використовують задля вправляння зі стресовими ситуаціями. На основі факторного аналізу було визначено 33 найпоширеніші індикатори, які увійшли до трьох основних копінг-стратегій (по 11 пунктів у кожній): вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та уникнення [4].

Індикатор копінг-стратегій можна вважати одним з найбільш вдалих інструментів дослідження базисних стратегій поведінки людини. Ідея цього опитувальника полягає в тому, що всі поведінкові стратегії, які формуються у людини в процесі життя, можна поділити на три великі групи:

Стратегія вирішення проблем – активна поведінкова стратегія, при якій людина намагається використовувати всі наявні у неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки – активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою і підтримкою до оточуючих: сім'ї, друзів, значущих інших.

Стратегія уникнення – поведінкова стратегія, при якій людина намагається уникнути контакту з навколишньою дійсністю, піти від вирішення проблем. Людина може використовувати пасивні способи уникнення, наприклад, втечу у хворобу або вживання алкоголю, наркотиків, може зовсім «піти від вирішення проблем», використавши активний спосіб уникнення – суїцид.

Стратегія уникнення – одна з провідних поведінкових стратегій при формуванні дезадаптивної поведінки. Вона спрямована на подолання або зниження дистресу людиною, яка знаходиться на більш низькому рівні розвитку. Використання цієї стратегії зумовлено недостатністю розвитку особистісно-середовищних копінг-ресурсів і навичок активного вирішення проблем. Однак вона може носити адекватний або неадекватний характер залежно від конкретної стресової ситуації, віку і стану ресурсної системи особистості.

Найбільш ефективним є використання всіх трьох поведінкових стратегій, в залежності від ситуації. У деяких випадках людина може самостійно впоратися із труднощами, в інших – їй потрібна підтримка оточуючих, а ще вона просто може уникнути зіткнення з проблемною ситуацією, заздалегідь подумавши про її негативні наслідки.

Інструкція. На бланку питань представлено кілька можливих шляхів подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись з твердженнями, Ви

зможете визначити, які із запропонованих варіантів зазвичай Вами використовуються.

Спробуйте згадати про одну з серйозних проблем, з якою Ви зіткнулися за останній рік і яка змусила вас неабияк турбуватися. Опишіть цю проблему в кількох словах.

Тепер, читаючи наведені нижче твердження, оберіть один з трьох найбільш прийнятних варіантів відповідей для кожного твердження: повністю згоден (3), згоден (2), не згоден (1).

Текст методики.

1. Дозволяю собі поділитися почуттям з другом 3 2 1
2. Намагаюсь все зробити так, щоб мати можливість найкращим чином вирішити проблему 3 2 1
3. Здійснюю пошук всіх можливих рішень, перш ніж щось зробити 3 2 1
4. Намагаюся відволіктися від проблеми 3 2 1
5. Приймаю співчуття і розуміння від когось 3 2 1
6. Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим побачити, що мої справи кепські 3 2 1
7. Обговорюю ситуацію з людьми, так як обговорення допомагає мені почувати себе краще 3 2 1
8. Ставлю для себе ряд цілей, що дозволяють поступово справлятися з ситуацією 3 2 1
9. Дуже ретельно зважую можливості вибору 3 2 1
10. Мрію, фантазую про кращі часи 3 2 1
11. Намагаюся різними способами вирішувати проблему, поки не знайду найкращий 3 2 1
12. Довіряю свої страхи родичу або другу 3 2 1
13. Більше часу, ніж зазвичай, проводжу насамоті 3 2 1
14. Розповідаю іншим людям про ситуацію, так як тільки її обговорення допомагає мені прийти до її вирішення 3 2 1
15. Думаю про те, що потрібно зробити, щоб виправити становище 3 2 1
16. Зосереджуюсь повністю на вирішенні проблеми 3 2 1
17. Обмірковую про себе план дій 3 2 1
18. Дивлюся телевізор довше, ніж зазвичай 3 2 1
19. Іду до когось (друга або фахівця), щоб він допоміг мені відчувати себе краще 3 2 1
20. Борюся за те, що мені потрібно в цій ситуації 3 2 1
21. Уникаю спілкування з людьми 3 2 1
22. Переключаюсь на хобі чи займаюся спортом, щоб уникнути проблему 3 2 1.
23. Іду до друга за порадою – як виправити ситуацію 3 2 1
24. Іду до друга, щоб він допоміг мені краще відчути проблему 3 2 1
25. Приймаю співчуття, взаєморозуміння друзів 3 2 1
26. Сплю більше звичайного 3 2 1
27. Фантазую про те, що все могло б бути інакше 3 2 1
28. Уявляю себе героєм книги або кіно 3 2 1

29. Намагаюся вирішити проблему 3 2 1
30. Хочу, щоб люди залишили мене насамоті 3 2 1
31. Приймаю допомогу від друзів або родичів 3 2 1
32. Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще 3 2 1
33. Намагаюся ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсивно під впливом зовнішнього спонукання 3 2 1

Обробка результатів.

Відповіді досліджуваного зіставляються з ключем. Для отримання загального бала за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що відносяться до цієї стратегії.

Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33 бали.

Ключ.

Шкала «вирішення проблем»	Пункти: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33
Шкала «пошук соціальної підтримки»	Пункти: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32
Шкала «уникнення проблем»	Пункти: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30

Інтерпретація результатів.

Норми для оцінки результатів тесту:

Рівень	Вирішення проблем	Пошук соціальної підтримки	Уникнення проблем
Дуже низький	<16	<13	<15
Низький	17-21	14-18	16-23
Середній	22-30	19-28	24-27
Високий	>31	>29	>27

Опитувальник копінг-стратегій: скорочена форма

(Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF), Addison, C., Campbell-Jenkns, B., Sarpong, D., Kibler, J., Singh, M., Dubbert, P., 2007)

Інструкція. Всі люди реагують на стресові ситуації по-різному. Згадайте найбільш стресову ситуацію, що трапилась з Вами прогяом останнього місяця Уважно прочитайте кожне твердження і подумайте, як саме Ви спрявлялися з окресленою Вами стресовою ситуацією [3].

Оцініть кожне твердження за шкалою a) ніколи (0 балів), b) іноді (1 бал), c) нерідко (2 бали), d) часто (3 бали), e) дуже часто (4 бали).

Текст методики.

1. Я вирішував проблеми відповідно до ситуації.
2. Я намагався побачити позитивні сторони проблеми.
3. Я розповідав про свої почуття задля того, що зменшити стрес.
4. Я шукав когось, хто може вислухати.
5. Я поводився так, ніби нічого не сталося.

6. Я сподівався, що станеться диво.
7. Я зрозумів, що сам відповідальний за свої проблеми.
8. Я проводив багато часу насамоті.
9. Я розробив план дій та чітко слідував йому.
10. Я дивився на проблему із різних точок зору та намагався знайти кращий варіант її розв'язання.
11. Я давав вихід своїм емоціям.
12. Я говорив про свої відчуття.
13. Я намагався забути про проблему.
14. Я хотів щоб ситуація вирішилася якнайшвидше.
15. Я звинувачував себе.
16. Я уникав сім'ю та друзів.
17. Я не тікав від проблеми.
18. Я запитав себе про те, що мені насправді важливо і зрозумів, що все не так погано як спочатку здавалося.
19. Я відкрито виражав свої емоції.
20. Я розмовляв з близькою мені людиною.
21. Я не хотів багато думати про проблему.
22. Я хотів би щоб ця ситуація ніколи не трапилась.
23. Я критикував себе за те, що сталося.
24. Я уникав спілкування з людьми.
25. Я знав, що треба робити тому подвоїв свої зусилля по розв'язанню проблеми.
26. Я переконав себе, що все не так погано, як здається.
27. Я прийняв свої почуття і відпустив їх.
28. Я звернувся до родича за порадою.
29. Я уникав думок про ситуацію.
30. Я сподівався, що якщо зачекаю, то проблема вирішиться сама по собі.
31. В тому що сталося є моя провина і я це визнаю.
32. Я на деякий час усамітнився.

Обробка та інтерпретація результатів.

Обробка результатів відбувається додаванням балів за шкалами та визначенням їх середніх значень.

Шкали першого порядку:

Шкала	Пункти
Вирішення проблем	1,9,17,25
Когнітивне реструктурування	2,10,18,26
Вираз емоцій	3,11,19,27
Соціальний контакт	4,12,20,28
Уникнення проблем	5,13,21,29
Прийняття бажаного за дійсне	6,14,22,30
Самокритика	7,15,23,31
Соціальне уникнення	8,16,24,32

Шкали другого порядку:

Адаптивний копінг сфокусований на проблемі (опанування з проблемою) = Вирішення пролем + Когнітивне реструктурування

Адаптивний копінг сфокусований на емоціях (опанування з емоціями) = Соціальний контакт + Вираз емоцій

Недаптивний копінг сфокусований на проблемі (неопанування з проблемою) = Уникнення проблем + Прийняття бажаного за дійсне

Неадаптивний копінг сфокусований на емоціях (неопанування з емоціями) = Соціальне уникнення + Самокритика

Шкали третього порядку:

Взаємодія зі стресором = Адаптивний копінг сфокусований на проблемі + Адаптивний копінг сфокусований на емоціях

Уникнення стресору = Недаптивний копінг сфокусований на проблемі + Недаптивний копінг сфокусований на емоціях.

Література до розділу

1. Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение Л. И.Вассерман, О. Ю. Щелкова / СПб. – М.: Изд. Центр «Академия», 2004. – 736 с.
2. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М.Мануйлов . – М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. – С. 442–444.
3. Addison C. Psychometric evaluation of Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) / C.Addison, B.Campbell-Jenkns, D.Sarpong, J.Kibler, M.Singh, P.Dubbert. – In The Jackson Heart Study cohort. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2007. – Vol. 4(4). – P.. 289–295.
4. Amirkhan J. H. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator / J. H.Amirkhan //. Journal of Personality and Social Psychology. – 1990. – Vol. 59. – P. 1066–1075.
5. Brands I.M.H. Psychometric properties of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in patients with acquired brain injury / I.M.H.Brands, S.Köhler, S.Z.Stapert, D.T.Wade, C.M. Van Heugten // Psychol Assess. – 2014. – Vol. 26. –P. 848–856.
6. Dekel R. Secondary Traumatization among Wives of War Veterans with PTSD / R.Dekel, Z.Solomon. – In Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management. Edited by Figley CR, Nash WP. New York: Routledge, 2006. – P.137–157.
7. Hall R.C. Global assessment of functioning. A modified scale / R.C. Hall // Psychosomatics. – 1995. – Vol. May-Jun; 36(3). – P.267–275.
8. Heim E. Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? / E.Heim // Psychother. med. Psychol. – 1988. – Vol. 38. – P. 8–18.
9. Murphy B. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment / B.Murphy, H.Herrman, G.Hawthorne, T.Pinzone, H.Evert // Psychological Medicine. – 1998. –Vol.28. – P. 551–558.

2.5 Діагностика спрямованості на посттстресове відновлення

Шкала задоволеності життям

(Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985**)**

Опис методики. Шкала, створена для вимірювання загальної когнітивної оцінки людиною задоволеністю власним життям. Досліджуваний зазначає наскільки він згоден або не згоден із кожним із п'яти пунктів методики, використовуючи для цього 7-бальну шкалу (де 7 – цілком згоден і 1 – абсолютно не згоден). Структура суб'єктивного благополуччя складається із двох компонентів – емоційного (афективного) та когнітивного (Diener, 1984; Veenhoven, 1984). Увага дослідників прикута переважно до афективної складової, натомість когнітивний компонент, тобто задоволеність життям часто лишається малодослідженим. Дана методика (SWLS; E.Diener, R. A.Emmons, R. J.Larsen, S.Griffin, 1985) [4] розроблена саме для визначення загальної когнітивної оцінки суб'єктом власного благополуччя (а не певної із його галузей – фінансового благополуччя чи гарного самопочуття). Рекомендована у якості додаткового інструменту психодіагностики осіб із емоційними проблемами і психопатологіями. Російськомовна адаптація та валідизація – Д.Леонтьєв, Є. Осін (2003) [1].

Інструкція. Нижче подано п'ять тверджень, з якими Ви можете погодитись чи не погодитись. Використовуючи 7-бальну шкалу визначте, наскільки Ви згодні із кожним із запропонованих тверджень. Намагайтесь бути максимально щирим, пам'ятайте, що правильних і неправильних оцінок тут не існує.

7 – цілком згоден
6 – згоден
5 – частково згоден
4 – складно відповісти
3 – частково не згоден
2 – не згоден
1 – абсолютно не згоден

Текст методики:

____Моє життя майже ідеальне
____Умови мого життя чудові
____Я задоволений своїм життям
____Нині я отримав від життя все, що хотів
____Якби я міг прожити своє життя заново, я не змінив би майже нічого

Обробка результатів:

31-35 балів	Повністю задоволений життям
26-30 балів	Задоволений життям
21-25 балів	Частково задоволений
20 балів	Нейтральне ставлення до життя
15-19 балів	Більше незадоволений життям, ніж задоволений

10-14 балів	Незадоволений життям
5-9 балів	Абсолютно незадоволений своїм життям

Інтерпретація результатів:

30-35 – дуже високий показник

Досліджувані, які отримали таку кількість балів, люблять своє життя і відчувають, що справи у них йдуть добре. Їхнє життя не досконале, але вони відчувають, що цього достатньо для отримання задоволення від кожного прожитого дня, навіть якщо доводиться долати проблеми чи боротися із повсякденними негараздами. Такі люди мають високий рівень соціальної підтримки, стабільну високу самооцінку та благополуччя у всіх сферах власного функціонування.

25-29 – високий показник

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, загалом задоволені власним життям. Їхнє життя не досконале, але вони відчувають сили, необхідні для подолання життєвих труднощів, в свою чергу проблеми не сприймаються як фатальні та мотивують для подальшого особистісного зростання.

20-24 – середній показник

Середнє значення задоволеності життям характерне для більшості людей в економічно розвинених країнах. Досліджувані переважно задоволені своїм життям, однак є галузі, які потребують суттєвого поліпшення, а деяка незадоволеність зумовлена саме необхідністю незначних життєвих змін.

15-19 – показник дещо нижчий за середній

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, зазвичай мають проблеми в одній або двох галузях функціонування, відчувають бажання щось змінити у житті, але часто не знають як це зробити. Тимчасова незадоволеність життям є нормальним і поширеним явищем, вона стимулює людину змінюватися та розвиватися, однак якщо такі результати спостерігаються у досліджуваного протягом 2-3 місяців – це може бути свідченням хронічної незадоволеності життям та потребувати психологічного втручання.

10-14 – низька задоволеність життям

Досліджувані із такою кількістю балів по суті не задоволені своїм життям. Вони мають декілька галузей, де їхні справи йдуть дуже погано. Зазвичай такий показник спостерігається як реакція на нещодавні критичні події – смерть родича чи друга, розлучення, втрата роботи. Людина відчуває себе нещасною, має низьку працездатність і потребує психологічної допомоги.

5-9 – абсолютна незадоволеність своїм життям

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, як правило, вкрай незадоволені своїм нинішнім життям. У деяких випадках це реакція на деякі недавні критичні події, насамперед такі як смерть дружини (чоловіка), дитини чи близького друга, втрата роботи, інвалідність. В інших випадках, це реакцієя на хронічні проблеми, зокрема, алкоголізм, наркоманію, психічні хвороби. Незадоволеність виражена у всіх сферах життя. Людина потребує психологічної, а часто й психіатричної допомоги.

Зазвичай SWLS використовується у комплексі з методикою MLQ, оскільки дозволяють визначити різні аспекти благополуччя. SWLS – задоволеність життям

як показник суб'єктивного благополуччя, а MLQ – сенс життя, як найважливіший індикатор благополуччя психологічного.

Опитувальник сенсу життя

(The Meaning in Life Questionnaire, MLQ 2006)

Опис методики. Опитувальник, спрямований на визначення двох вимірів сенсу життя: наявність сенсу (чи вважає людина, що її життя має сенс) та пошук сенсу (наскільки людина мотивована на розуміння сенсу свого життя) [6]. Досліджувані оцінюють кожне із запропонованих 10 тверджень за 7-бальною шкалою від 1 (Абсолютно згоден) до 7 (Абсолютно незгоден).

На думку авторів методики сенс життя є потенційним посередником між релігійністю та психологічним здоров'ям, які визначають загальну задоволеність життям разом із оптимізмом та адекватною самооцінкою. Натепер дана методика застосовується у логотерапії [5] та роботі із психотравмою, адже посттравматичне відновлення полягає у пошуку нового сенсу життя.

Інструкція. Будь ласка, знайдіть час, щоб думати про те, що робить ваше життя змістовним, що для Вас важливе та значуще. Оцініть наступні твердження за нижче вказаною шкалою. Пам'ятайте, що це дуже суб'єктивні питання, тут немає правильних чи неправильних відповідей.

1	2	3	4	5	6	7
абсолютно згоден	переважно згоден	частково згоден	складно відповісти	більше незгоден	переважно незгоден	абсолютно незгоден

Текст методики

_____1. Я розумію, сенс мого життя
_____2. Я шукаю щось, що робить моє життя змістовним
_____3. Я завжди намагаюсь досягти своїх життєвих цілей
_____4. Моє життя має чітко визначену мету
_____5. Я чітко розумію мету свого життя
_____6. Я отримую задоволення від досягнення своїх життєвих цілей
_____7. Я завжди шукаю те, що робить моє життя значущим
_____8. Я шукаю своє життєве покликання
_____9. Моє життя не має чіткої мети
_____10. Я шукаю сенс свого життя

Обробка результатів

Пункт 9 має зворотній ключ (де абсолютно згоден – 7 балів, а абсолютно незгоден – 1 бал).

Шкала Наявність сенсу – пункти 1, 4, 5, 6, і 9

Шкала Пошук сенсу – пункти 2, 3, 7, 8, і 10

Обчислюється сума балів за кожною шкалою (від 5 до 35).

Опитувальник неприємностей і підйомів

(The Hassles and Uplifts Scale, A. DeLongis; S. Folkman; R. Lazarus, 1988)

Опис методики. Однією з перших діагностичних методик, спрямованих на визначення впливу повсякденних неприємностей на благополуччя людини була Шкала А. Каннера (Hassles Scale, 1981), яка складалася із 117 питань. Згодом методику удосконалено й розроблено більш короткий опитувальник Шкала неприємностей та підйомів (The hassles and uplifts scale, A. DeLongis, 1988). Дані шкали можна поєднувати задля кращої характеристики інтенсивності дії стресорів [3].

Неприємності – це те, що викликає роздратування (засмучує або обурює людину). Підйоми – це події, що сприяють покращенню самопочуття, приносять радість і задоволення. Деякі неприємності та підйоми відбуваються регулярно у житті людини, інші – достатньо рідко, одні практично не впливають на загальне благополуччя, інші – мають сильний вплив та суттєво порушують функціонування людини.

Опитувальник містить пункти, що стосуються повсякденного життя. Протягом дня люди стикаються з подіям, які можуть бути неприємними, такими що сприяють підвищенню рівня функціонування, втім існують й події, які одночасно є неприємностями та підйомами.

Інструкція. Будь ласка, згадайте, скільки неприємних і приємних переживань завдали Вам пункти даного опитувальника протягом останнього місяця. Визначте на лівій стороні аркуша (під «Неприємності») наскільки неприємною була для Вас та чи інша турбота. Потім на правій стороні аркуша (під «Підйоми») наскільки приємними були для Вас ці турботи. Необхідно оцінити кожен із запропонованих пунктів. Якщо окреслений пункт турбував Вас понад 1 раз на місяць, зазначьте це.

Наскільки неприємним для Вас був цей пункт?	Наскільки приємним для Вас був цей пункт?
НЕПРИЄМНОСТІ	ПІДЙОМИ
0=події не було	0=події не було
1=до деякої міри, незначно	1=до деякої міри, незначно
2=суттєво	2=суттєво
3=дуже сильно	3=дуже сильно

Текст методики.

0 1 2 3	**1**	Ваша дитина (діти)	0 1 2 3
0 1 2 3	**2**	Ваші батьки або батьки чоловіка/дружина	0 1 2 3
0 1 2 3	**3**	Інші родичі	0 1 2 3
0 1 2 3	**4**	Ваш чоловік (дружина)	0 1 2 3
0 1 2 3	**5**	Час, проведений із сім'єю	0 1 2 3
0 1 2 3	**6**	Здоров'я і самопочуття членів сім'ї	0 1 2 3
0 1 2 3	**7**	Секс	0 1 2 3
0 1 2 3	**8**	Близькість (гарні дружні стосунки)	0 1 2 3
0 1 2 3	**9**	Сімейні обов’язки	0 1 2 3

0	1	2	3	**10**	Друг (друзі)	0	1	2	3
0	1	2	3	**11**	Колеги по роботі	0	1	2	3
0	1	2	3	**12**	Клієнти, покупці, пацієнти тощо	0	1	2	3
0	1	2	3	**13**	Ваш працедавець	0	1	2	3
0	1	2	3	**14**	Характер виконуваної Вами роботи	0	1	2	3
0	1	2	3	**15**	Навантаження на роботі	0	1	2	3
0	1	2	3	**16**	Безпека на роботі	0	1	2	3
0	1	2	3	**17**	Виконання роботи вчасно та результативно	0	1	2	3
0	1	2	3	**18**	Достатньо грошей на необхідні товари	0	1	2	3
0	1	2	3	**19**	Достатньо грошей на освіту	0	1	2	3
0	1	2	3	**20**	Достатньо грошей на несподівані ситуації	0	1	2	3
0	1	2	3	**21**	Достатньо грошей на відпочинок	0	1	2	3
0	1	2	3	**22**	Фінансова допомога тому, хто не живе з Вами	0	1	2	3
0	1	2	3	**23**	Інвестиції, капіталовкладення	0	1	2	3
0	1	2	3	**24**	Паління	0	1	2	3
0	1	2	3	**25**	Вживання алкоголю	0	1	2	3
0	1	2	3	**26**	Психотропні ліки	0	1	2	3
0	1	2	3	**27**	Ваша зовнішність	0	1	2	3
0	1	2	3	**28**	Контрацепція	0	1	2	3
0	1	2	3	**29**	Фізичні вправи	0	1	2	3
0	1	2	3	**30**	Надана Вам медична допомога	0	1	2	3
0	1	2	3	**31**	Ваше здоров'я	0	1	2	3
0	1	2	3	**32**	Ваші фізичні здібності	0	1	2	3
0	1	2	3	**33**	Погода	0	1	2	3
0	1	2	3	**34**	Новини	0	1	2	3
0	1	2	3	**35**	Ваше довкілля (клімат, забрудненість повітря тощо)	0	1	2	3
0	1	2	3	**36**	Політична та соціальна ситуація	0	1	2	3
0	1	2	3	**37**	Ваші сусіди	0	1	2	3
0	1	2	3	**38**	Комунальні послуги	0	1	2	3
0	1	2	3	**39**	Домашні тварини	0	1	2	3
0	1	2	3	**40**	Приготування їжі	0	1	2	3
0	1	2	3	**41**	Робота по господарству	0	1	2	3
0	1	2	3	**42**	Ремонт	0	1	2	3
0	1	2	3	**43**	Робота у саду, городі	0	1	2	3
0	1	2	3	**44**	Турбота про автомобіль	0	1	2	3
0	1	2	3	**45**	Турбота про документи	0	1	2	3
0	1	2	3	**46**	Домашні розваги	0	1	2	3
0	1	2	3	**47**	Кількість вільного часу	0	1	2	3
0	1	2	3	**48**	Відпочинок та розваги поза домом	0	1	2	3
0	1	2	3	**49**	Вживання їжі (вдома)	0	1	2	3
0	1	2	3	**50**	Церква	0	1	2	3

0 1 2 3	**51**	Правові питання	0 1 2 3
0 1 2 3	**52**	Організованість	0 1 2 3
0 1 2 3	**53**	Соціальні зобов'язання	0 1 2 3
0 1 2 3	**54**	Інше _____	0 1 2 3

Обробка результатів.

Визначається частота і сила неприємностей та частота та сила (сумарний бал підйомів. Отримані показники фіксуться у таблиці:

Кількість подій за шкалою Неприємності	
Кількість подій за шкалою Підйоми	
Інтенсивність подій за шкалою Неприємності	
Інтенсивність подій за шкалою Неприємності	

Кількість подій – підраховується сума пунктів опитувальника по кожній зі шкал, які отримали бали вище 0.

Інтенсивність подій – визначається середнє значення показників за кожним пунктом, вищім за 0 балів за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів. Чим вищій сумарний бал за шкалою неприємностей, тим більша імовірність виникнення психологічних проблем. Якщо шкала неприємностей суттєво перевищує шкалу підйомів – можливий розвиток стресового стану. Особливу увагу слід звернути на те, якщо при наявності приємних подій, вони не приносять людині відчутного задоволення.

Можна порівняти результати методики у однієї людини протягом тижня (якщо заповнювати її щоденно) та визначити загальний вплив на її стан неприємних і приємних подій.

Опитувальник посттравматичного зростання

(Post Traumatic Growth Inventory)

Опис методики. Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим. Складається з 21 твердження з шістьма можливими варіантами відповідей. Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя [7].

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, II, 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: [2]

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, виявилося, 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.

Література до розділу

1. Леонтьев Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия [Електронний ресурс] / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Материалы III Всероссийского социологического конгресса, Москва, 21-24 окт. 2008 / Ин-т социологии РАН ; Рос. общ-во социологов. – М., 2008. – Режим доступу: https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/78753837
2. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности / М.Ш. Магомед-Эминов – М.: Психоаналитическая ассоциация, 1998. – 496 с.
3. DeLongis A. The impact of daily stress on health and mood: Psychological social resources as mediators / A.DeLongis, S.Folkman, R.Lazarus // Journal of Personality and Social Psychology. – 1988. – Vol. 54. – P. 486–495.
4. Diener E. The Satisfaction with Life Scale / E.Diener, R. A.Emmons, R. J.Larsen, S.Griffin // Journal of Personality Assessment. – 1985. – Vol. 49. – P. 71–75.
5. Strack K, M. A measure of interest to logotherapy researchers: The Meaning In Life Questionnaire / K. M. Strack //. The International Forum for Logotherapy. – 2007. – Vol. 30. – P. 109–111.
6. Steger M. F. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life / M.F.Steger, P.Frazier, S.Oishi, M.Kaler // Journal of Counseling Psychology. – 2006. – Vol. 53. – P. 80–93.
7. Tedeschi R. G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma / R.G.Tedeschi, L.G.Calhoun // Journal of Traumatic Stress. – 1996. – Vol. 9. – P. 455–471.

Розділ 3. Методичні підходи до організації тренінгів постстресового відновлення

3.1 Тренінг посттравматичного зростання

Тренінг посттравматичного зростання проводиться з особами, які зазнали фізичної та психологічної травми, насамперед це стосується людей із ампутованими кінцівками та онкохворих. Посттравматичне зростання корелює із психологічною пружністю, соціальною адаптованістю і позитивними емоціями. Відповідно, у результаті тренінгу відбувається когнітивне переосмислення травми, визначаються її позитивні впливи на світосприйняття людини та будується новий життєвий план.

Ключовими темами тренінгу є: переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла.

Згідно із даними K.McRae, J.J.Gross, J.Weber, E. R.Robertson, P.Sokol-Hessner, R. D.Ray, J. Gabrieli [26], переосмислення сенсу життя і пріоритетів у жінок і у чоловіків відбувається по-різному, зокрема, емоційна реактивність жінок часто ускладнює цей процес, натомість чоловіки без зайвих емоцій раціональніше переусвідомлюють свої життєві перспективи. Тобто, на тренінгах для жінок, даній проблемі слід приділити більше уваги, враховувати їх попередній досвід емоційного реагування, давати можливість відкрито виразити свої емоції щодо травми і лише тоді спрямовувати зусилля на когнітивне переосмислення сенсу життя.

Існують також і вікові особливості переосмислення сенсу життя (P.Opitz, L.C.Rauch, D.P.Terry, H.Urry [27]). Молоді люди віком до 25 років легше трансформують негативні емоції у позитивний життєвий досвід, швидше адаптуються до свого зміненого тіла, оволодівають способами релаксації і зняття психофізичного напруження. Найскладніше життєві пріоритети переосмислюються у віці 55-65 років. Ці дані також слід враховувати при організації тренінгів посттравматичного зростання.

Переосмислення сенсу життя охоплює три сфери: Я (негативні настановлення щодо себе «Я нещасний», заперечення власного тіла «Я каліка»тощо), світу та найближчого оточення («Світ жорстокий», «Я приречений на неуспіх») і майбутнього («Майбутнє безнадійне», «У мене немає майбутнього»).

Із переосмисленням сенсу життя тісно пов’язане одне із найпопулярніших нині у вітчизняній психотерапії поняття **майндфулнесс** (Mindfulness). У зв’язку із відсутністю однозначного його перекладу різними мовами, ми проаналізуємо його детальніше.

У перекладі з англійської «mindfulness» означає «уважність, усвідомленість»[15]. Спочатку це слово використовувалося для перекладу з палі буддійського терміну «саті» (санскр. «Смріті» тиб. Drenpa). Дослідник мови палі Томас Вільям Ріс Девідс (1843-1922) вперше перекладений «саті» у 1881 р. як

[15] http://www.linguee.ru/английский-русский/перевод/mindfulness.html

усвідомленість, активний, пильний розум. Таким чином, у палійських текстах слово «саті» українською мовою зазвичай перекладають як «пильність», але насправді воно має більш широкий сенс у буддійській психології. Зазначимо, що «саті» має й інші переклади: концентрована увага (M. Sayadaw), інтроспекція (H. Guenther), вторинна усвідомленість тощо[16]. Слово «mindfulness» часто використовується в англомовній буддійській літературі і його значення суттєво відрізняється від сучасного, популярного у психології та психотерапії. Буддійські прийоми культивування «саті» (усвідомленості) були адаптовані західною клінічною психологією і психіатрією у 70-80-х рр. XX століття, і добре відповідають контексту західної психотерапії, практичної психології і навіть нейронауки. Сьогодні мова йде про існування самостійного «mindfulness approach» (майндфулнесс-підходу) у психотерапії.

Фундатор програми зниження стресу шляхом усвідомленості (англ. Mindfulness-Based Stress Reduction), засновник і директор Клініки роботи зі стресом Медичного центру Університету Массачусетсу Дж. Кабат-Зінн (Jon Kabat-Zinn) визначає майндфулнесс як безоціночну обізнаність, що виникає в результаті свідомого спрямування уваги на досвід, що розгортається у даний момент. У своїй праці «Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness» він стверджує: «Майндфулнесс може розглядатися як такий, що триває від одного моменту до іншого, не базована на міркуваннях обізнаність, що створюються завдяки спрямуванню уваги особливим чином: тобто на поточний момент, максимально без емоційно, але щиро» [19].

Інший дослідник, автор тренінгів асертивності, професор університету Торонто С.Бішоп дав наступне визначення: «Майндфулнесс – це самоскерування уваги на те, щоб вона базувалася на поточному досвіді з метою посилення розпізнавання психічних подій, що мають місце у даний момент ... йому притаманні такі якості як цікавість, відкритість, прийняття» [6]. Ключовими аспектами майндфулнесс є саморегуляція уваги (здатність бути уважним протягом тривалого часу та володіти навичками самоспостереження, даний аспект використовується як медитативна техніка, коли людина зосереджується на відчуттях власного тіла та на своєму диханні); орієнтованість на досвід (прийняття кожного моменту власного досвіду, під прийняттям мається на увазі відкритість до сприймання реальності у кожний конкретний момент, іншими словами, життя «тут-і-зараз»); часова стабільність і ситуативна специфічність (здатність до саморозвитку при збереженні своїх базових психологічних якостей).

Найкоротше визначення майндфулнесс дане фахівцями Інститут медитації та психотерапії[17], а саме: поінформованість про теперішній момент із його прийняттям.

[16] https://en.wikipedia.org/wiki/Mindfulness
[17] http://www.meditationandpsychotherapy.org/

3.2 Методики діагностики майндулнесс як риси особистості

Деякі науковці розглядають майндфулнесс як рису особистості (K.W.Brown, R.M.Ryan, J. D.Creswell, 2007 [8]) є фундаментальною якістю свідомості, тривалий час психологи приділяли увагу вивченню її змісту – мисленню, пам'яті, емоцій, а не контексту, у якому окреслені феномени виражаються. Однак майнфулнесс не є лише гіпотетичним конструктом, створено низку психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення даного феномену.

Найвідомішою серед них є *Шкала MAAS (Mindful Attention Awareness Scale*, K.W. Brown, R.M. Ryan, 2003)[18] – методика складається із 15 тверджень, призначених для оцінки вираженості ключової особливості диспозиційної майндфулнесс, а саме, здатності чітко усвідомлювати те, що відбувається з людиною у кожний конкретний момент у різних аспектах її повсякденного життя. Валідизація методики відбувалася на вибірках студентів коледжів і пацієнтів, хворих на рак. Час виконання методики – 10 хвилин [7].



Шкала FMI (Freiburg Mindfulness Inventory, H.Walach, N.Buchheld, V.Buttenmuller, N.Kleinknecht, S. Schmidt, 2006)[19] – скорочена версія опитувальника містить 14 тверджень, які охоплюють усі аспекти майндфулнесс згідно із буддійською традицією; методика застосовується лише для осіб, які практикують усвідомлені медитації. Повна версія методики містить 30 тверджень, спрямованих на визначення результативності майндфулнесс інтервенцій та усвідомленості як риси особистості [35].

Опитувальник KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, R.A.Baer, G.T.Smith, K.B.Allen, 2004)[20] – методика із 39 пунктів, спрямована на визначення ефективності Діалектичної бегевіоральної терапії[21]. Опитувальник є багатовимірною шкалою взаємопов'язаних чотирьох навичок практикування майндфулнесс (спостереження за теперішнім досвідом, вербальний опис результатів спостереження, усвідомлена участь, тобто концентрація уваги на поточній діяльності, безоцінне прийняття) [4]. Скорочена версія опитувальника (KIMS-Short), складається із 20 пунктів, створена у Німеччині у 2011 р. (V.Höfling, G.Ströhle, J.Michalak, T.Heidenreich) і визначає два аспекти шкали «спостереження» повної версії, а саме: спостереження за зовнішніми та внутрішніми стимулами. Натепер скорочена форма методики успішно застосовується для визначення ефективності Майндфулнесс базованої когнітивно-поведінкової терапії [17].

Шкала CAMS-R (Revised 12-item Cognitive and Affective Mindfulness Scale, G.Feldman, A.Hayes, S.Kumar, 2007)[22] – одновимірна шкала, яка складається із 12-

---

[18] http://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/mindful-attention-awareness-scale
[19] http://www.mindfulness-extended.nl/content3/wp-content/uploads/2013/07/Freiburg-Mindfulness-Inventory.pdf
[20] http://www.ruthbaer.com/academics/KIMS.pdf
[21] підхід допомагає зменшити ризик занадто інтенсивної емоційної реакції на стресові ситуації і знижує небезпеку суїцидальної, агресивної або аутодеструктивної поведінки.
[22] http://www.asapnj.camp9.org/resources/Documents/A%20Puig%20%20CAMS-R%20SCALE%20MINDFULNESS.pdf

ти пунктів, спрямованих на вимірювання 4-х аспектів майндфулнесс у повсякденному житті – уваги, усвідомленості, фокусуванні на теперішньому та прийнятті (безоціночного ставлення) [13]

Майндфулнесс опитувальник FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire, R.A.Baer, G.T.Smith, E.Lykins, 2006, 2008)[23] – методика побудована шляхом факторного аналізу п'яти самостійний майнфулнесс опитувальників. Містить 39 пунктів, які утворюють п'ять шкал: спостереження, опис, усвідомлена діяльність, безоцінночне ставлення до власного досвіду, своїх думок і переживань, нереактивність стосовно внутрішнього досвіду [5].

Шкала TMS (Toronto Mindfulness Scale, M.A.Lau, S.R.,Bishop, Z.V.Segal, 2006)[24] – двофакторна шкала, спрямована на визначення стану усвідомленості людини, коли вона знаходиться у стані сидячої медитації чи під час заповнення нею опитувальника. Складається із 13 тверджень, що утворюють дві шкали: 1) Допитливість (здатність особи відображувати свій безпосередній досвід як компонент зацікавленості людини у відкритті власного внутрішнього світу) і 2) Децентрація (усвідомлення людиною свого життєвого досвіду та власних переживань) [23].

Шкала PHLMS (Philadelphia Mindfulness Scale, L.Cardaciotto, J.D.Herbert, E.M.Forman, 2008) – розроблена для вимірювання щоденної усвідомленості, визначає майндфулнесс як рису особистості. Шкала складається із 20 тверджень та є двовимірною тобто дозволяє визначити два показники: усвідомлення кожного конкретного моменту та його прийняття [10].



Наприкінці 90-х початку 2000-х рр.. в Європі та США на межі психології, нейронаук, філософії та релігієзнавства було утворено нову міждисциплінарну галузь, умовно названу споглядальною наукою (contemplative science). Основним предметом дослідження у даній області галузі є техніки споглядання і медитації, звідси майндфулнесс підхід є одним із різновидів споглядальних, медитативних практик.

[23] https://goamra.org/wp-content/uploads/2014/06/FFMQ_full.pdf
[24] http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/Lau_et_al_TMS.pdf

3.3 Психотерапевтичні програми майнфулнесс підходу

Натепер у контексті майндфулнесс підходу виділено наступні терапевтичні програми: майндфулнесс базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнесс базована когнітивна терапія (MBCT), терапія прийняття та відповідальності (ACT), діалектична поведінкова терапія (DBT), деактивація внутрішньої напруги (MDT), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнесс-релаксація, модель внутрішньосімейних систем.

Майндфулнесс базоване зниження стресу (MBSR) – програма зниження стресу на основі усвідомлення, створена у медичному центрі Массачусетського університету у 1970-х рр. проф. Дж. Кабат-Зінном і являє собою поєднання майндфулнесс медитацій, усвідомлення власного тіла та йоги. Програма призначена для будь-яких осіб, які страждають від наслідків стресів, але, насамперед, створювалася для пацієнтів із різними хронічними захворюваннями.

Пізніше коло її застосування значно розширилося, основним клієнтами Програми нині є військові, поліцейські і власне медичні працівники (M.Sharma, S.E.Rush, 2014 [33];).

Згідно зі даними журналу Time (2014 р.), усвідомлена (майндфулнесс) медитація популярна серед людей, які зазвичай, не практикують медитацію. У навчальній програмі започаткованій Дж. Кабат-Зінном в Університеті штату Массачусетс, за час існування медичного центру було підготовлено близько 1000 сертифікованих інструкторів MBSR, які працюють майже у кожному штаті США і понад 30 країнах світу. Великі корпорації на кшталт General Mills навіть виділяють окремі приміщення для співробітників, аби ті мали можливість займатися усвідомленою медитацією.



Нині Програма MBSR офіційно визнана в якості ефективного допоміжного засобу у лікуванні різноманітних розладів. Понад 250 лікарень і клінік у всьому світі пропонують програми MBSR і їхня кількість зростає з кожним роком. Метод MBSR викладається й на медичних факультетах Стенфорда і Гарварда[25].

В основі даного підходу лежить низка ідей:

1) Людина в своєму звичайному стані переважно не усвідомлює події, які трапляються з нею, функціонуючи в режимі «автопілота».

2) Всі люди здатні скеровувати і утримувати увагу на те, що відбувається в їхній психіці. Цю здатність можна істотно розвинути, шляхом поступової, регулярної практики.

3) Усвідомлення того, що відбувається у кожен момент суттєво збагачує життя, робить його насиченішим та ефективнішим.

4) Безоціночне, постійне спостереження за тим, що відбувається в думках дозволяє більш адекватно та об'єктивно сприймати власне життя, а розуміння

[25] https://en.wikipedia.org/wiki/Mindfulness-based_stress_reduction

своїх шаблонів психологічних реакцій на зовнішні і внутрішні стимули, автоматично зумовлює збір додаткової інформації про світ, прийняттю досконаліших рішень, що дозволяє краще контролювати своє життя та досягати поставлених цілей.

Стандартна програма MBSR триває 8-10 тижнів Заняття проходять в групах (від 10 до 40 учасників), одностатевих або змішаних (в залежності від характеру розладів учасників), 1 раз на тиждень, тривалість заняття – 2-2,5 години.

В один із вихідних днів протягом курсу проводиться заняття тривалістю цілий день. На кожному занятті вивчається певна вправу, даються теоретичні відомості по темі усвідомленості (mindfulness). Передбачається, що учасники практикують медитації щодня вдома, по 45-60 хвилин під аудіозаписи.

Використовуються наступні практики (J.D. Creswell, 2016) [11]:

1. Сканування тіла (Вправа «Сканер»). При уявному скануванні тіла людина, лежачи, зосереджується на відчуттях в кожній його частині.

2. Формальна сидяча медитація (усвідомлення дихання; усвідомлення і спостереження за звуками; усвідомлене спостереження за думками, емоціями; «відкрита присутність» (безоб'єктна розслаблене увага).

3. Неформальні вправи (усвідомлене виконання будь-яких дій: простих побутових дій, спілкування тощо).

4. Усвідомлена практика вправ йоги (розроблено декілька комплексів хатха-йоги; пози спрощені, зручні для того, щоб в них знаходитися тривалий час і тому зручні для практики усвідомленості).

Нині наявний великий масив наукових даних, присвячених ефективності програми MBSR. Окремі мета-дослідження (тобто аналіз результатів інших досліджень) оперують базами у кілька сотень публікацій. Хоча багато досліджень не відповідають строгим вимогам доказової медицини (відсутні контрольні групи, MBSR не єдина змінна в дослідженні, «невипадковий» характер відбору учасників, неадекватний статистичний аналіз результатів тощо). Водночас, існує достатньо фактів, що підтверджують ефективність MBSR (S.G.Hofmann, A.T.Sawyer, A.A.Witt, 2010) [18]:

- Значне скорочення рівня больових відчуттів і підвищення здатності справлятися з болем, яка не може бути подолана;
- Значне зменшення тривоги, депресії та агресивності;
- Зростання здатності розслаблятися;
- Підвищення життєвої енергії;
- Зростання самооцінки;
- Формування навичок управління стресом.

У хворих на онкологію, MBSR терапія призводить не лише до психологічних змін, а й позитивних змін онкомаркерів (S.E.Rush, M.Sharma, 2016) [32]. Доведено ефективність застосування даного методу при комплексній терапії ПТСР (L.Hilton, A.R.Maher, B.Colaiaco, 2016) [16]. Проводяться вивчення MBSR як засобу профілактики хвороби Альцгеймера (E.Larouche, C.Hudon, S.Goulet, 2015) [22].

Останніми роками все більшої популярності набувають *Майндфулнесс Інтернет та Смартфон додатки*. Наприклад, смартфон-додаток Headspace встановлений у понад 2 мільйонів активних користувачів у всьому світі. Попри те, що подібні програми отримали визнання у професійній майндфулнесс спільноті, їх безпечність для масового користування доведено не було, а тому людям, без відповідної очної підготовки із MBSR ними можна користуватися вкрай обережно (J.D. Creswell, 2016) [11].

Майндфулнесс базована когнітивна терапія (MBCT) – психотерапія, призначена для надання допомоги у запобіганні рецидивів депресії, особливо у пацієнтів з великим депресивним розладом і хворих на наркоманію. У практиці MBCT використовуються як традиційні для когнітивно-поведінкової терапії техніки, так і майндфулнесс медитації. Когнітивні техніки полягають насамперед у психоосвіті пацієнтів щодо їх хвороби, її фізичних і психологічних наслідків, натомість медитація дозволяє зосередитися на усвідомленні всіх вхідних думок та почуттів, приймати, але не реагувати на них. Цей процес отримав назву децентрації, спрямованої на звільнення людини від самокритики, румінації і дисфоричного настрою, що виникають як реакція на негативні моделі мислення (J.Piet, E.Hougaard, 2011) [29].

MBCT базується на багаторівневій теорії психіки за назвою «Взаємодіючі когнітивні підсистеми» (P. Barnard, J. Teasdale, 1991). Ключовим положенням теорії є те, що психіка має декілька режимів, які відповідають за когнітивний і емоційний прийом та обробку нової інформації. Відповідно, схильність людини до депресії зумовлена мірою, якою вона базується лише на одному із режимів психіки, ненавмисно блокуючи інші. Два основні режими психіки – «діяти» та «бути». Перший режим – орієнтований на досягнення мети – активується тоді, коли людина усвідомлює відмінності між тим як є і тим, як має бути. Другий режим не спрямований на досягнення конкретних цілей, а зосереджений на прийнятті реальності, без потреби у її зміні. Центральним компонентом теорії є метакогнітивна обізнаність, тобто здатність людини відчувати негативні думки і почуття як психічні події, які проходять через розум, а не є її безпосередньою частиною. Особи із вираженою метакогнітивною обізнаністю здатні уникнути депресії і негативних моделей мислення у стресових життєвих ситуаціях. Метакогнітивна обізнаність по суті є здатністю до децентрації (вміння сприймати думки і почуття як нетривалі і об’єктивні явища свідомості). Згідно із даною теорією, психічне здоров'я пов'язане зі здатністю людини абстрагуватися від одного режиму і легко переключатися на інший. Основним у профілактиці рецидивів депресії є розвиток режиму «буття», що дозволяє стабілізувати емоційний стан особи. Згідно із іншими авторами MBCT, які базувалися на техніках майндфулнесс медитації, лікування депресії і наркоманії насамперед полягає у зосередженості на теперішньому, а не на минулих чи прогнозованих майбутніх стресорах (J.N.Felder, S.Dimidjian, Z.Segal, 2012) [12].

MBCT програма – це групова інтервенція, яка триває 8 тижнів. Протявом цих восьми тижнів є тижневий курс, який триває дві години і один цілий день занять після п’ятого тижня курсу. Багато завдань виконуються поза очними

зустрічами, коли учасники практикують усвідомлені медитації і культивують майндфулнесс у повсякденному житті.

Дослідження показали, що МВСТ програма є найбільш ефективною у роботі з особами, які мають в анамнезі щонайменше три або більше епізодів депресії. Результатом МВСТ є підвищення самоусвідомлення, децентрації, прийняття себе та оточуючих, а також зниження впливу на поведінку людини неадаптивних копінг-процесів (P.La Cour, M.Peterson, 2015) [21].

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) – емпірично базована психологічна інтервенція, форма когнітивно-поведінкової психотерапії і клінічного бігевіорального аналізу (СВА), спрямована на зміну стратегій поведінки шляхом підвищення психологічної гнучкості. Створена у 1982 р., вона спочатку отримала назву «всебічне дистанціювання», але наприкінці 80-х рр. XX ст. її ефективність було емпірично доведено й змінено назву на сучасну (R.D.Zettle, 2005) [36].

Даний вид психотерапії виник у результаті емпіричних пошуків засобів підвищення ефективності терапії. Дослідження статистичних клінічних даних дозволило S.Hayes з колегами зробити припущення, що психічний розлад і страждання є швидше правилом, ніж винятком в житті сучасної людини. У



пошуках відповіді на питання, що робить людей особливо схильними до страждання, вчені прийшли до наступного висновку: в ході еволюції у людини розвинулася так звана «розумова машина», яка за рахунок своєї здатності розпізнавати проблему, шукати причину й усувати її, полегшила пристосування людини до навколишнього середовища. Це позитивно підкріплює поведінку, спрямовану на розв'язання проблем і гіпергенералізується, тобто переноситься на області, у даному випадку на область внутрішнього світу, де подібна стратегія не ефективна. Це призводить до уникнення почуттів, постійного копання в минулому або тривоги з приводу майбутнього задля запобігання негативних почуттів, що й власне, призводить до розвитку психічного розладу (S.C.Hayes, J. B. Luoma, F.W. Bond, 2006) [15].

АСТ створена у контексті прагматичної філософії (функціонального контекстуалізму), базується на реляційній теорії фреймів (RFT) та універсальній теорії мови і пізнання. Базисна метафора контекстуалізма є поточна дія, зрозуміла в своїх структурно-функціональних деталях і у стосунках з тією системою, частиною якої вона є. Це читання книги, поїдання бутерброда, викладання в класі тощо. Такі події – конкретні практичні акти, які виробляються кимось у певних цілях у деякому контексті. «Контекст» в даному сенсі – це не просто фізичний, але історичний контекст – контекст-як-історія, а не контекст-як-місце (E. J. Fox, 2007) [14]. Використовуючи метафори, парадокси та експерименти, учасники терапії вчаться будувати ефективний контакт з думками, почуттями, спогадами і фізичними відчуттями, яких вони боялися і уникали. Це дозволяє їм змінити ставлення і прийняти ці явища, розвинути розуміння власних

цінностей і почати практикувати поведінку, спрямовану на реалізацію бажаних змін.

В основі терапії лежить ідея прийняття переживань, що описуються як «важкі» або «негативні» і уважного спостереження за ними з метою створення дистанції по відношенню до таких переживань.

Мета терапії – навчити людину здатності прийняття, відпускання і готовності відчувати сильні почуття для досягнення важливих для неї цілей. При цьому слід розрізняти природні страждання (горе, страх невдачі, сумніви) і самосворені (що виникають внаслідок уникнення певних почуттів і думок), а також те, чи почуття насправді є, чи вони лише уявні, ймовірно небезпечні для життя людини.

У роботі з думками АСТ йде іншим шляхом, ніж КПТ: вона прагне не змінити нефункціональні думки, а спрямована на створення дистанції до них, так званий феномен дифузії (F.J. Ruiz, 2012) [31].

Центральним моментом в АСТ є виявлення власних цінностей та прийняття зобов'язання реалізовувати їх у житті, незалежно від змінюваних думок і почуттів. При цьому необхідно розрізняти дії щодо втілення цінностей в життя і переслідування конкретних цілей (які можуть не досягатися або досягнення яких не призведе до очікуваного задоволення). Важливо також усвідомлення людиною механізмів, які перешкоджають реалізації її цінностей (орієнтація на очікування інших, уникнення через страх неуспіху, перебільшена залежність від почуттів, застрягання на пошуку причин і неприйняття неуспіху).

При неготовності взяти на себе відповідальність за поліпшення власного життя важливо відповісти на питання, які наслідки для життя матиме ця неготовність. Кроками, що допомагають в реалізації відповідальності, є створення внутрішнього помічника, формулювання конкретних цілей і дій, готовність відчувати негативні почуття (іноді зумисно протиставляти себе ними), готовність відмовлятися від негнучких думок, насамперед про свою нещасливість та жорстокість світу, розвиток здатності вибачати (відпускати) себе і інших.

Узагальнено модель АСТ-терапії можна представити у вигляді різнополюсної англомовної абревіатури: FEAR і ACT.

На одному полюсі FEAR:

- **F**usion with your thoughts (заплутаність думок);
- **E**valuation of experience (оцінка досвіду);
- **A**voidance of your experience (уникання власного досвіду);
- **R**eason-giving for your behavior (визначення причин своєї поведінки).

На іншому полюсі АСТ:

- **A**ccept your reactions and be present (прийняття своїх реакцій, життя тут-і-тепер);
- **C**hoose a valued direction (вибір ціннісного напрямку);
- **T**ake action (вживання заходів, діяльність).

Даний вид терапії зазвичай використовує шість основних принципів, щоб допомогти учасникам розвивати психологічну гнучкість (H.Robb, 2007) [30]:

1. Когнітивна дифузія – навчання методам зниження тенденції матеріалізувати думки, образи, емоції і спогади.

2. Прийняття – розвиток навичок прийняття своїх думок без боротьби із ними.

3. Зв'язок із даним моментом – усвідомлення того, що відбувається тут і зараз, розвиток відкритості, допитливості та сприйнятливості.

4. Спостереження за собою – розвиток трансцендентного відчуття себе, безперервності свідомості, яке є незмінною.

5. Цінності – виявлення того, що є найважливішим для істинного Я.

6. Вчинені дії – постановка цілей відповідно до цінностей та відповідальне їх досягнення.

ACT застосовується для широко кола проблем, таких як тривожні розлади, депресія, ПТСР, хронічні болі, розлади харчової поведінки. Модель добре адаптується для застосування в коучингу і бізнес-тренінгах (L. G. Öst, 2008) [28].

Діалектична поведінкова терапія (DBT) – модифікована форма когнітивно-поведінкової психотерапії, розроблена наприкінці 70-х рр. XX ст. американським психологом М. Лінехан для лікування пацієнтів, які страждають на межові розлади особистості та осіб із хронічними суїцидальними тенденціями. Даний підхід допомагає зменшити ризик занадто інтенсивної емоційної реакції на стресові ситуації і знижує небезпеку суїцидальної, агресивної або аутодеструктивної поведінки (M.M.Linehan, H.E.Armstrong, A.Suarez, D.Allmon, H.L Heard, 1991) [24]. Діалектична поведінкова психотерапія є одним з напрямків «третьої хвилі» поведінкової психотерапії. Вона називається «діалектичною», оскільки пацієнту пропонується усвідомити існування багато різних точок зору на ситуацію, яку він суб'єктивно сприймає, як «нестерпну» і «безвихідну». Завдяки діалектичному підходу до ситуації, пацієнт може спокійно зважувати всі «за» і «проти», а потім обирати той погляд на проблему, який дозволить йому поводитися найбільш ефективно. Слово «діалектична» в назві методу також підкреслює, що в ньому пацієнта навчають знаходити оптимальну лінію поведінки з допомогою зіставлення різних (іноді суперечливих) поглядів і думок.

DBT терапія поєднує стандартні когнітивно-поведінкові техніки емоційної регуляції та тестування реальності (здатність розрізняти психічні образи і зовнішні об'єкти, фантазію і зовнішню реальність) із поняття толерантності до дистресу, прийняття і майнфулнессу. Даний вид терапії є першим експериментально доведеним ефективним засобом у лікуванні межових розладів особистості (M.M. Linehan, L.Dimeff, 2001) [25]. Нині DBT успішно застосовується у контексті психологічної допомоги особам після черепно-мозкових травм, із розладами харчової поведінки та розладами настрою.

Оскільки головною проблемою пацієнтів, які страждають на межові розлади особистості, є емоційна нестійкість і дуже інтенсивні емоційні реакції на стрес, діалектична терапія охоплює розвиток певних навичок, що допомагають контролювати негативні емоції і поводитись оптимальним способом. До цих навичок відносяться:

Ні-судження – допомагає пацієнтові стати неупередженим спостерігачем того, що відбувається навколо нього, а також того, що відчуває він сам. Події та емоції сприймаються як факт, при цьому вони не оцінюються з точки зору «добре / погано» або «правильно / неправильно». Такий підхід дозволяє зменшити інтенсивність емоційної реакції на ситуацію, а також не відчувати провину або неповноцінність з приводу власної емоційної реакції на те, що відбувається.

Уміння описувати ситуацію в термінах не-суджень необхідно для того, щоб людина могла спокійно пояснити оточуючим, в чому полягає її проблема і що бажано зробити для її вирішення.

Залучення в дію – допомагає людині цілковито зосередитися на завданні, яке вона вирішує у конкретний момент.

Уміння фокусувати увагу на одному об'єкті – зменшує небезпеку виникнення надмірно інтенсивних емоцій і допомагає конструктивному підходу до проблеми.

Оцінка за критерієм ефективності – що пацієнтові слід робити, аби відчувати себе краще.

Самозаспокоювання – пацієнт ставиться до себе дбайливо й доброзичливо, не виявляючи аутодеструктивних тенденцій.

Для полегшення запам'ятовування того, що слід робити в проблемній ситуації, в діалектичній терапії використовуються різні абревіатури, за змістом пов'язані із завданням, яке пацієнт повинен вирішити.

Прийоми поведінки в стресових ситуаціях:

ACCEPTS (метод допомагає пацієнтові використовувати прийоми відволікання у ситуації, яка викликає у нього занадто інтенсивні негативні емоції):

A – Активність: робити те, що приносить задоволення.

C – Допомагати іншим людям.

C – Порівнювати себе з людьми, які знаходяться в більш важкій ситуації або згадати власний минулий досвід подолання складніших проблем.

E – Спробувати викликати у себе позитивні емоції, наприклад, використовуючи почуття гумору.

P – Тимчасово відсторонитися від проблеми. Протягом деякого часу намагатися зайнятися чимось іншим.

T – Змусити себе думати про щось, не пов'язаним з проблемою.

S – Зайнятися чимось, що допомагає відчути інші інтенсивні відчуття (наприклад, прийняти холодний душ).

IMPROVE (прийоми, які слід використовувати в інтенсивній стресовій ситуації):

I – Уявити приємний образ, що сприяє релаксації, або ж уявити, що проблема благополучно вирішилася.

M – Знайти сенс в своїх відчуттях.

P – Для віруючих рекомендується використовувати молитву, а для невіруючих - промовляти «особисту мантру».

R – Розслабити м'язи, глибоко дихати, використовувати «прийоми самозаспокоєння».

O – сконцентрувати увагу на тому, що людина робить у даний момент.

V – Спробувати ненадовго відволіктися і відпочити.

E – Спробувати підбадьорити себе. Сказати собі «Я здатний впоратися з цією проблемою».



PLEASE MASTER (список прийомів, які сприяють фізичному та емоційному здоров'ю):

P – У разі поганого самопочуття слід застосувати необхідні методи лікування.

E – Слід дотримуватися здорової дієти і помірності в їжі.

A – Не вживати наркотичні засоби або ліки без призначення лікаря.

S – Уникати недостатнього або надлишкового сну.

E – Фізичні вправи допомагають виробленню ендорфінів, що сприяють позитивним емоціям.

Навички ефективного спілкування – прийоми не специфічні для діалектичної терапії, вони також використовуються в інших терапевтичних методиках, призначених для розвитку комунікативних умінь.

DEARMAN (список прийомів, що використовуються для ефективності прохання):



D – Опишіть вашу проблему.

E – Висловіть, що Ви відчуваєте, і допоможіть співрозмовнику зрозуміти, чому Вам необхідна допомога.

A – Поводьтесь впевнено, чітко пояснюючи співрозмовнику, чого саме Ви хочете.

R – Зміцніть Вашу позицію, вказавши, які позитивні наслідки матиме виконання Вашого прохання.

M – Сконцентруйте Вашу увагу на проблемі і ігноруйте всі, що може Вас відволікти.

A – Намагайтеся здаватися впевненим в собі навіть якщо насправді ви не впевнені в собі.

N – За необхідності «торгуйтеся» для того, щоб прийти до зручного для Вас компромісу.

GIVE (ці прийоми допомагають підтримувати гарні стосунки з оточуючими):

G – Будьте ввічливим, не використовуйте вербальну або фізичну агресію, не забувайте про принцип не-судження.

I – Якщо співрозмовник говорить, виявляйте зацікавленість у його словах. Підтримуйте зоровий контакт, задавайте питання.

V – Покажіть співрозмовникові, що Ви розумієте його проблему і співчуваєте йому (за допомогою слів, виразу обличчя і жестів).

E – Під час розмови залишайтеся спокійні, посміхайтеся, використовуйте гумор.

FAST (цей набір прийомів допомагає людині зберігати самоповагу у проблемній ситуації):

F – Будьте справедливі до себе і до співрозмовника.

A – Не вибачайтесь більше одного разу, якщо Ви вчинили неправильно.

S – Не відмовляйтеся від своєї системи цінностей і від того, у що Ви вірите. Не дозволяйте іншим людям змушувати Вас робити те, що не відповідає вашим моральним цінностям.

T – Не говоріть неправди. Брехня не тільки шкодить взаєминам, але і зменшує Вашу повагу до самого себе

Етапи терапії:

На першому етапі необхідно усунути патерни поведінки, які становлять загрозу для життя пацієнта (суїцидальної або аутодеструктивної поведінки), а також установки, що перешкоджають проведенню психотерапії і знижують якість життя пацієнта. На цьому етапі терапевт також прагне покращити поведінкові навички пацієнтів.

Другий етап призначений для поліпшення стану пацієнта, після того, як він подолав важкі порушення поведінки, але тим не менш, знаходиться в стані «тихого відчаю». На цій стадії особлива увага приділяється проблемам, пов'язаним із травматичними подіями, колись пережитими пацієнтами.

Третій етап зводиться до вирішення пацієнтом за допомогою терапевта проблем повсякденного життя.

Метою четвертого етапу є подолання почуття неповноцінності і розвиток здатності відчувати постійну задоволеність життям.

Натепер організацією навчання фахівців та супервізії із діалектичної поведінкової терапії займається Society for Dialectical Behaviour Therapy (https://www.sfdbt.org/).

Деактивація внутрішньої напруги (MDT) – психотерапевтичний підхід, спрямований на зміну дисфункціональних емоцій, неадаптивних форм поведінки і когнітивних процесів шляхом систематичного виконання низки психокорекційних процедур. MDT-методологія розроблена американським психологом J. A. Apsche на основі теорії когнітивних модусів А. Бека. Даний підхід складається із ключових елементів когнітивно-поведінкової терапії, діалектичної поведінкової терапії, терапії прийняття та відповідальності, майндфулнесс і буддійської медитації. Автори підходу доводять ефективність його застосування у психокорекції численних підліткових розладів, опозиційних розладів у молоді та розладів, пов’язаних із проявом фізичної агресії, ПТСР, сексуальних девіацій у дорослих (J.A.Apsche, C.K.Bass, B.Backlund, 2012) [2].

MDT-методологія включає контрольний лист, клінічний аналіз випадку концептуалізації і дотримання ключових принципів оцінки MDT у Керівництві із MDT для професіоналів. Проводити MDT-терапію може лише сертифікований фахівець, який постійно удосконалює свої знання на кусах MDT і надає допомогу під супервізією досвідченішого психолога.

Планування та реалізація MDT ґрунтується на процедурі систематичної оцінки, спрямованої на виявлення, уточнення і формулювання основних переконань → страхів → думок і почутів → послідовності поведінки. Насамперед

проводиться напівструктуроване клінічне інтерв'ю з метою формування основи подальшого психометричного тестування і психотерапевтичної роботи. Напівструктуроване інтерв'ю містить питання про сім'ю, випадки токсикоманії, медичної бездоглядності, фізичного і сексуального насильства, освітніх, емоційних, поведінкових та міжособистісних проблем. Також з'ясовуються очікування щодо лікування і готовності до співпраці (J.A.Apsche, S.R.Ward, M.M. Evile, 2003) [3].

Потім за опитувальником сили страху (Strength of Fears Questionnaire), який складається із 60 пунктів, кожен з яких оцінюється за 4-х бальною шкалою, визначаються основні страхи людини: особистісні реактивно-екстернальні (стосуються інших), особистісні реактивно-інтернальні (стосуються власного Я), середовищні, фізичні та страх насильства. Вважається, що у випадку психотравми, особливо виражними будуть страхи саме у категорії, до якої відноситься психотравма. Другою методикою, яку заповнює людина є опитувальник базових переконань (Compound Core Beliefs Questionnaire)[26], який складається із 96 пунктів, що оцінюються за 4-х бальною шкалою. Опитувальник спрямований на визначення психологічних особливостей особи та ймовірних «мішеней» для психотерапії. Окреслені методики використовуються для заповнення терапевтом контрольних листів Triggers, Fears, Avoids, and Compound Core Beliefs Correlation (TFAB) і Conglomerate of Beliefs and Behaviors (COBB). Ситуаційний аналіз пов'язує проблемні переконання, страхи і поведінку з тригерами, щоб визначити процеси, що мають бути деактивовані. Форма TFAB дозволяє пов'язати тригери зі страхами базовими переконанням людини, натомість форма COBB пов'язує кожне глибинне переконання із певною поведінкою. Після визначення базової проблеми, терапевт вносить дані у Functional Treatment Development Form (FTDF) – форму, необхідну для реєстрації особливостей психотерапевтичного процесу і його результатів. На противагу негативним, руйнівним переконанням окреслюються позитивні альтернативні переконання, компенсаторні стратегії, які підкріплюються шляхом процесу валідизації – висвітлення – перенаправлення (VCR).

Валідизація – висвітлення – перенаправлення (VCR) функціонально альтернативних переконань відрізняє MDT від інших когнітивно-поведінкових підходів. Під час валідизації терапевт досліджує часину істини у сприйманнях або переконаннях клієнта і розглядає їх як відповіді, адекватні його життєвому досвіду. У висвітленні зміст відповідей клієнта приймається та заохочується. Під час перенаправлення терапевт схиляє клієнта до прийняття альтернативних переконань і мотивує його на досягнення позитивних життєвих цілей.

На початкових етапах MDT-терапії використовуються техніки уяви та релаксації для фасилітації процесів мислення, а потім учасники навчаються тому, як збалансувати свої сприймання, інтерпретацію інформації і внутрішні стимули. Техніка уяви використовується для зменшення зовнішньої емоційної дисрегуляції, яка зумовлює агресію, негативне ставлення до себе тощо.

[26] http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.504.4690&rep=rep1&type=pdf

Окрім власне бегевіорального, MDT-терапія містить й психодинамічний компонент. На думку N. Calleja (2014), це виявляється насамперед у дослідженні поведінки не тут-і-тепер, а травматичних переживань дитинства. Відповідно оцінювати означений підхід як поведінковий неможливо [9].

Моріта терапія – цілецентрований, орієнтований на відповідь психотерапевтичний метод, вперше запропонований лікарем, філософом, керівником університетської школи медицини у Токіо Сьомою Моріта (1874-1938) у працях 1917 р. (за іншими джерелами – 1919 р.), створений на основі положень дзен-буддизму у поєднанні з психологічними ефектами сенсорної депривації. Здійснюється за допомогою вербальних інструкцій і слідування цілям терапії – навчити клієнта приймати власні невротичні симптоми як частину свого життя. Після смерті С. Моріта в 1938 р., його студенти і колишні пацієнти продовжили реалізовувати даний метод у стаціонарних умовах. Після Другої світової війни, серед Моріта-терапевтів популяризувалося амбулаторне лікування, хоча Моріта терапію продовжували також здійснювати й у госпіталях (в стаціонарних умовах).



Моріта терапія полягає в ізоляції людини на деякий час від усіляких контактів з іншими людьми. Людина протягом 1-2 тижнів перебуває у стані повної бездіяльності, після чого настає час трудотерапії (T.Kora, 1965) [20].

Сучасні Моріта-терапевти, представники The Morita School of Japanese Psychology[27] пропонують своїм клієнтам на початку лікування дати відповідь на три питання стосовно їхніх проблем: 1) Що я отримав? 2) Що я дав? 3) Причиною яких складностей я є? Пошук відповідей на ці запитання зближує Моріта терапію із майндфулнессом, оскільки передбачає усвідомлену сконцентрованість на проблемі задля чіткого її розуміння.

Загалом Моріта терапія спрямована на адаптацію людини до екстремальних соціокультурних змін, що відбувалися в Японії впродовж останніх 90 років. Метод також з'явився й у США наприкінці 1940-х рр. Класичний фрейдизм не приймав цю форму психотерапії, так як вона не вивчала безпосередньо несвідомі процеси; певну симпатію до Моріта терапії висловлювали неофройдисти, зокрема К.Хорні.

Хакомі терапія – форма майндфулнесс центрованої соматичної психотерапії, створена Роном Курцем у 70-х рр. XX ст. «Хакомі» - це слово індіанців племені Хопі, яке означає: «Як ти розташовуєшся по відношенню до цих багатьох світів?», або за більш сучасним перекладом: «Хто ти?» Частково витоки методу Хакомі містяться в буддизмі і даосизмі, особливо в таких ідеях, як м'якість, співчуття, усвідомленість і слідування єству речей.

Р. Курц (1934-2011), фундатор Хакомі-терапії – один із видатних представників тілесно-орієнтованої психотерапії. Метод Хакомі базується на таких сучасних психотерапевтичних напрямках як система Райха, біоенергетика,

[27] http://www.moritaschool.com/read-me/

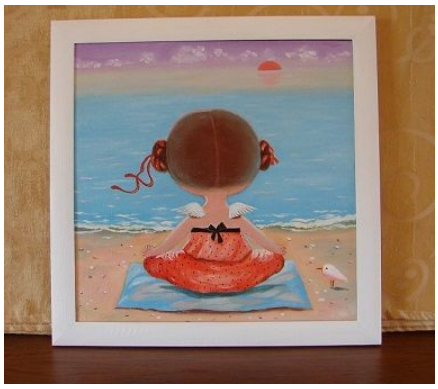
гештальт-терапія, психоморна терапія, метод Фельденкрайза, Еріксонівський гіпноз і НЛП.

Хакомі терапія базується на п’яти принципах: майндфулнесс, ненасильство, органічність, цілісність і холізм тіла та розуму.

Метод Хакомі розглядає людину як самоорганізовану систему, основою якої є спогади, переконання і образи, які виражаються у звичках і стосунках, що, зазвичай, не усвідомлюються. Хакомі – це спосіб допомогти людям знаходити і розпізнавати ці несвідомі патерни. Мета терапії полягає у тому, щоб трансформувати своє буття шляхом роботи із базовими спогадами, переконаннями і образами задля їх позитивної зміни. Хакомі залежить від усвідомленості відчуттів тіла, емоцій і спогадів. Хоча багато лікарів рекомендують медитацію усвідомленості, як додаток до основної психотерапії, Хакомі унікальна тим, що більша частина її сесій присвячена саме розвитку усвідомленості, відповідно майндфулнесс виступає базовою технікою Хакомі-терапії.

Основні положення Хакомі-терапії:

1) *Створення терапевтичних стосунків* – клієнт і терапевт будують взаємостосунки, які базуються на взаємній безпеці та ефективній співпраці, ключовим при цьому є так звана «любляча присутність» - стан цілковитого прийняття та емпатійного резонансу.



2) *Досягення майндфулнессу* – терапевт допомагає клієнтові зосередитися на розумінні власного досвіду. Згідно із Хакомі методологією, практично вся поведінка здійснюється автоматично на основі базового матеріалу (спогадів, переконань і образів), відповідно вивчення організації власного досвіду дозволить клієнту усвідомити вплив базового матеріалу на свою поведінку.

3) *Пробудження досвіду* – клієнт і терапевт безпосередньо контактують із базовими відчуттями, переконаннями та спогадами, використовуючи «експерименти у майнфулнессі» - «м’які» тілесні і вербальні техніки для безпечного доступу до теперішнього досвіду, який словесно репрезентується клієнтом, або для дослідження «індикаторів» хронічних фізичних патернів, звичних жестів, напружень тіла тощо.

4) *Обробка* – даний процес зазвичай викликає глибокі емоції і/або спогади. Якщо клієнт відчуває себе готовим, терапевт допомагає йому ще більше зануритись в них, часто використовуючи техніку «роботи з дитиною» і/ або сильні емоції. Клієнту допомагають зрозуміти його несвідомі базові переконання, застосовуючи техніку «загубленого досвіду» - форми реконсолідації пам'яті, коли «дитина» повторно переживає негативний досвід, що зумовив формування базових переконань, але відчуває підтримку та неосудне ставлення. Це дозволяє трансформувати базові переконання із негативних на позитивні.

5) *Трансформація* –завдяки психотерапії клієнт отримує новий, позитивний досвід, стає відкритішим до сприймання нової інформації як про себе, так і про світ в цілому.

6) *Інтеграція* – клієнт і терапевт працюють над включенням нового позитивного досвіду, отриманого на сенсах терапії, у контекст повсякденного життя клієнта.

Інші компоненти методу Хакомі включаючи цикл чутливості, техніки «контакт і відслідковування», «проба» і «захват», «оточений опір», розвиток більшої чутливості до клієнтів, робота із різними категоріями клієнтів описані тілесно-орієнтованим терапевтом Олександром Лоуеном.

Хакомі-терапія є ненасильницьким психотерапевтичним підходом. Ненасильство зумволюються позицією прийняття і активною увагою до природного розгортання подій. У терапії ненасильство проявляється декількома способами. Перший – робота з так званими «захистами». Р.Курц вважає за краще називати ці реакції «управління переживанням», оскільки власне слово «захисні» визначає ставлення до силі і влади, відповідно створюється враження, що клієнт заважає терапевту чи є його підлеглим. У Хакомі терапевт протистоїть зусиллям клієнта контролювати свої переживання, а навпаки, підтримує їх, щоб забезпечити безпечний і керований процес глибшого та повнішого дослідження цих переживань. Стиль, у якому клієнт управляє своїми переживаннями, - це найкраще, що він може робити, або впоратися з реальним болем і страхом у багатьох ситуаціях. Підтримуючи його, терапевт виявляє повагу до всієї особистості. Другий спосіб прояви ненасильства – це акцентування переживання, а не порада або інтерпретація. Терапевт не вирішує проблеми або розповідає клієнту про його особистість, його завдання полягає в тому, щоб допомогти клієнту досягти базових переживань, якнайповніше розкрити його особистість [1].

8 основних стратегій поведінки людини за Хакомі методологією:

№	Стратегія	Поведінкові шаблони
1	Чутливо-відсторонений	Мінімум самовиразу і контакту з іншими. Пошук розради в думках і фантазіях. Рухи людини часто скуті або незграбні, тіло худе, дуже напружене і зажате
2	Залежно-милий	Пошук підтримки. Людина легко поступається і здається; шукає допомогу, але часто погано її використовує; має дуже низькі очікування, вона зводить до мінімуму свої бажання і лекал впадає в депресію. Такі люди часто сутуляться, у них тонкі, м'які, не надто напружені тіла.
3	Самостійно-незалежний	Мобілізація власних сил і опора на себе. Бажання випробувати себе. Навіть у процесі терапії людина робить всю роботу сама. Культурний герой – ковбой, самотній стрілок. Людина прагне до ізоляції у ситуації стресу, любить працювати насамоті, активна, не очікує допомоги від інших, трохи худорлява, міцної статури, з широкими плечима.
4	Оманливий 1: Круто-щедрий	Маскування власної слабкості. Людина глибоко зацікавлена в своєму особистому іміджі, у враженні, яке вона справляє на інших. Зовні основна невпевненість пов'язана з питанням, чи поважають її і контролює вона ситуацію. Така людина буде підтримувати інших, лише

		якщо її сприймають всерйоз. Вона схильний до авантюр, нерідко креативна, схильна до асоціальної поведінки. Тіло, як правило, велике і «надуте» вгорі.
5	Оманливий 2: Зачаровучий-маніпулятивний	Приховування своїх справжніх намірів. Зачаровування інших, користування ними для отримання бажаного. Руху гнучкі і спокусливі, поведінка часто сексуально забарвлена, діапазон сексуальної активності ширше середнього; тіло м'яке і привабливе.
6	Збентежено-витривалий	Стійкість і бажання перечекати неприємності. Такі люди спираються на притаманну їм витривалість, щоб пережити і відкласти на потім скрутні ситуації, а також щоб уникнути контролю з боку інших. Люди, які використовують цю стратегію, приймають на себе тягар подій, не роблячи серйозних спроб щось змінити. Їх сила в тому, щоб терпіти. У ситуації стресу людина стає впертою, сповільнюється, готується до гіршого і відкладає неминуче. Неймовірно терпляча, вона роками працює на одній і тій же нудній роботі без підвищення. Тіло часто невисоке і кремезне, здатне витримувати різного роду «пресинг».
7	Експресивно-прив’язливий	Драматизація подій і почуттів, щоб привернути увагу і уникнути розриву стосунків. Цей шаблон відображає незадоволену потребу в увазі. Люди відкладають на потім будь-які розриви, і їм важко завершити розмову або стосунки, характеризуються тривожністю та чутливістю, часто мають екстрасенсорні здібності. Тіло зазвичай повне і сексуально привабливе, особливо у жінок.
8	Працелюбно-зайнятий	Бажання важко працювати, підтримувати постійну діяльність, ні на що не відволікатися. Цей шаблон відображає потребу в успіху і визнанні. Таким людям складно завершувати справи і взаємини. Вони можуть дуже швидко відчути розчарування та злість. Будучи нерідко годувальниками сім'ї, працьовито-зайняті пред'являють завищені вимоги до себе та інших, можуть здаватися сухими, а також надмірно діловими. При стресах працюють більш напружено. У них сильні, часто атлетичні тіла. Їх герої – люди, які досягли колосальних успіхів.

Стратегія особистості і мета Хакомі терапії

№	Стратегія	Мета терапії
1	Чутливо-відсторонений	Свобода від страху. Безпека
2	Залежно-милий	Свобода від нужди. Вдячність, турбота
3	Самостійно-незалежний	Свобода від випробувань. Добровільна

		допомога інших
4	Оманливий 1: Круто-щедрий	Свобода від використання маніпуляцій з боку інших. Розвиток вміння бути справжнім
5	Оманливий 2: Зачаровучий-маніпулятивний	Свобода від переслідування. Розвиток вміння бути справжнім, приймати себе таким як є
6	Збентежено-витривалий	Свобода робити щось для себе, свобода самовиразу
7	Експресивно-прив'язливий	Свобода покладатися на взаємні стосунки
8	Працелюбно-зайнятий	Свобода розслабитись та грати

Узагальнення технік Хакомі терапії

I. Встановлення терапевтичних відносин: (техніки: відстеження, контакт і визнання).

П. Розвиток і поглиблення маршрутів доступу.

1. Спонтанне виникнення (техніки: «вистрибування із системи», контакт, визнання).

2. Зниження шуму (техніки: підтримка, безпека і емоційне підживлення).

3. Навмисне викликання: (загальні техніки: поглиблюючі питання і питання про значення, пропозиція бути пасивним).

а) переконання (техніка: проби);

б) почуття:

- Страх (техніки: переймання управління, пошук безпеки);
- Печаль (техніка: питання про значення);
- Злість (техніка: переймання управління);
- Біль (техніки: переймання управління, питання про значення);
- Замішання (техніки: переймання внутрішніх голосів).

в) пози (техніка: вивчення в стані усвідомленості);

г) жести (техніки: опір і вивчення в усвідомленості);

д) напруги (техніки: вивчення і пошук значення);

е) образи (техніки: гештальт або фантазування).

III. Опрацювання.

1. «Дитина» (техніка: «чарівний незнайомець»).

2. Сильні емоції (техніка: підтримка спонтанної поведінки, пов'язаної з управлінням).

3. Пошук значення (техніка: питання про значення).

IV. Інтеграція і завершення (техніки: підтримка спонтанної поведінки і зв'язків між розумом і тілом, проби, надання часу і простору для того, щоб «охолонути», домашня робота, помітити завершення і встановити з ним контакт).

Навчання Хакомі-терапевтів проводить Хакомі Інститут[28] – міжнародна громадська організація, заснована у 1981 р., фахівці із Хакомі-терапії водночас є членами Асоціації гуманістичної психології, Асоціації тілесно-орієнтованих терапевтів і Національної асоціації соціальних працівників США. У 90-х рр. XX ст. Р.Курц залишив Хакомі інститут і заснував нові організації – Тренінговий центр Рона Курца і Освітню Хакомі мережу (Hakomi Educational Network), таким

[28] http://hakomiinstitute.com/

чином започаткувавши новий напрямок у методі Хакомі – переважно тілесно-орієнтований. Р.Курц стверджував, що Хакомі-терапія є найкращим засобом самопізнання, її ефективніше проводити у малих групах, а не індивідуально.

Адаптаційні практики – психотерапевтичний напрямок, заснований у 1977 р. британським лікарем, фахівцем із когнітивно-поведінкової терапії, юнгіанського аналізу та східних практик К.Шерлоком (Clive Sherlock)[29]. Поєднуючи традиційну медицину і східну філософію (насамперед Буддизм) він у 1975 р. стверджував, що медитація має бути частиною структурованих тренінгових програм для осіб із помірними емоційними та поведінковими проблемами, зокрема тих, хто страждає на біполярний розлад, велику депресію, панічні напади, обсесивно-компульсивний розлад і розлади харчової поведінки.

Назвавши свій підхід адаптаційним, К.Шерлок під адаптацією розумів психологічний процес зміни атитюдів і звичок задля гармонійного пристосування до умов поточних ситуацій. Адаптація сприяє підвищенню мотивації та кооперації з іншими людьми задля досягнення поставлених людиною цілей та виявляється у змінах емоційного, а потім і когнітивного реагування на стресові ситуації. Наприклад, нав'язливі думки, надмірна заклопотаність і румінації негативно впливають на сприймання та пам'ять, вони зумовлені насамперед емоціями, а тому є частиною депресивних, тривожних і стресових розладів.



Адаптаційні практики починаються із практикування усвідомлення (майндфулнессу). Проте адаптаційні практики працюють із фізичним аспектами основних емоцій, а тому можуть бути рекомендовані особам із вираженою депресією, тривожністю та агресивністю, незалежно від того, практикують вони майнфулнесс чи ні.

К.Шерлок порівнював дію адаптаційних практик із регулярним фізичними навантаженням, оскільки під час занять фізичним вправами зростає фізична сила, а під час терапії – сила емоційна. Чим більш емоційно стабільною є людина, тим краща її резистентність до негативних впливів різноманітних стресів.

Натепер адаптаційні практики є структурованою програмою самодисципліни. Заняття проводяться як очно, так і протягом Інтернет-сесій, Скайп і Фейсбук консультування.

Майндфулнесс-релаксація – підхід, що використовує дихальні вправи, керовану уяву та інші релаксаційні техніки задля зниження стресової напруги.

5-ти хвилина релаксація (Guided Mindfulness Meditation- 5 minutes of Relaxation)[30]

10-ти хвилинна медитація (Mindfulness Meditation - Guided 10 Minutes)[31]

15-ти хвилинна медитація (Mindfulness Meditation - Quick 15 Min Stress Relief Version)[32]

---

[29] http://www.adaptationpractice.org/
[30] https://www.youtube.com/watch?v=JGZhGkfm9BQ
[31] https://www.youtube.com/watch?v=6p_yaNFSYao

Медитація для зменшення тривоги та стресу (Mindfulness Meditation to help Relieve Anxiety and Stress)[33]

Модель внутрішньосімейних систем (IFS) – інтегративний підхід в індивідуальній психотерапії, створений Р.Шварцем (Richard C. Schwartz), поєднує системне мислення із теорію субособистостей, що суттєво відрізняються одна від одної. IFS використовує теорію сімейних систем задля того, аби зрозуміти як організована сукупність субособистостей. Субособистості виконують різні ролі, найвідомішими з яких є менеджери, вигнанці та пожежники (R. C. Schwartz, 1996) [34].

Менеджери виконують протективну, захисну роль. При взаємодії людини зі світом, «менеджери» захищають її від травматичних переживань, не останньою мірою зумовлених надмірною обізнаністю людини.

Вигнанці характеризують систему болю, травми та страхів, що зазвичай виникли ще у дитинстві. Менеджери та пожежники намагаються витіснити зі свідомості вигнанців аби захистити людину від травматичних переживань.

Пожежники виникають при спалахах вигнанців. Нерідко їх дія виражається у наркоманії, переїданні, зловживанні алкоголем і перевтомі.

Я – IFS розглядає людину як цілісність попри те, що вона складається із субособистостей. Я – це духовний центр особистості, коли людина зрозуміє власне Я, зможе інтегрувати різні свої компоненти, лише тоді вона стане гармонійною, такою, що знаходиться на високому щаблі свого розвитку.

Інтеграція субособистостей відбувається трьома шляхами: захистом, поляризацію та альянсом.

Організація та навчання фахівців із IFS проводиться Центром особистісного лідерства[34], заснованого Р.Шварцем, з 2010 р. Центр отримав ліцензію на підготовку IFS-терапевтів.

Отже, постстресове відновлення досягається численними психологічними втручаннями, найбільшої популярності серед яких набула так звана третя хвиля поведінкової психотерапії, базована на когнітивно-поведінковій терапії і техніках майндфулнессу (усвідомлення). У західній психотерапії все більшого впливу набувають медитативні буддійські практики, за допомогою яких стабілізується емоційний стан людей зі стресовими розладами. Втім, на нашу думку, нині слід приділяти більшої уваги традиційним засобам зняття емоційної напруги у наших пращурів слов'ян, але становитиме предмет наших наступних досліджень.

Література до розділу

1. Курц Р. Телесно-ориентированная психотерапия. Метод Хакоми / Рон Курц; перевод с англ. Д.А. Ивахненко – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 304 с.
2. Apsche J. A. Mediation analysis of Mode Deactivation Therapy (MDT) / J. A.Apsche, C. K.Bass, B.Backlund // The Behavior Analyst Today. – 2012. – Vol. 13(2). – P. 2–10

---

[32] https://www.youtube.com/watch?v=8v45WSuAeYI
[33] https://www.youtube.com/watch?v=Fpiw2hH-dlc
[34] http://www.selfleadership.org/

3. Apsche J. A. Mode Deactivation Therapy (MDT): Case conceptualization / J.A.Apsche, S.R.Ward, M.M. Evile // The Behavior Analyst Today. – 2003. – Vol. 4(1). – P. 47–58.
4. Baer R. A. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills / R.A.Baer, G.T.Smith, K.B.Allen // Assessment. – 2004. – Vol. 11 (3). – P. 191–206
5. Baer R.A. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples / R.A.Baer, G.T.Smith, E.Lykins // Assessment. – 2008. – Vol. 15(3). – P. 329–342
6. Bishop S.R. Mindfulness: A Proposed Operational Definition / S.R.Bishop, M.Lau, S.Shapiro, L.Carlson // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2004. – Vol. 11. – P.230–241
7. Brown K.W. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being / K.W. Brown, R.M. Ryan // Journal of Personality and Social Psychology. – 2003. – Vol. 84. – P. 822-848
8. Brown K. W. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects / K.W.Brown, R.M.Ryan, J. D.Creswell // Psychological Inquiry. – 2007. – Vol.18 (4). – P. 211–237
9. Calleja N. D. Book review: Mode deactivation therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents / N. D. Calleja // The Family Journal. – 2014. – Vol.22. – P. 135–136
10. Cardaciotto L. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale / L.Cardaciotto, J.D.Herbert, E.M.Forman // Assessment. – 2008. – Vol. 15(2). – P. 204
11. Creswell J.D. Mindfulness Interventions / J.D. Creswell // Annual Review of Psychology. – 2016. – Vol.68. – P. 240–251
12. Felder J. N. Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy / J.N.Felder, S.Dimidjian, Z.Segal // Journal of Clinical Psychology. – 2012. – Vol. 68 (2). – P. 179–186
13. Feldman G. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R) / G.Feldman, A.Hayes, S.Kumar // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 2007. – Vol. 29(3). – P. 177-190
14. Fox E. J. Constructing a pragmatic science of learning and instruction with functional contextualism / E. J. Fox // Educational Technology Research & Development. – 2007. – Vol.54 (1). – P. 5-36
15. Hayes S.C. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes / S.C.Hayes, J. B. Luoma, F.W. Bond // Behaviour Research and Therapy. – 2006. –Vol.44 (1). – P. 1–25
16. Hilton L. Meditation for Posttraumatic Stress: Systematic Review and Meta-analysis / L.Hilton, A.R.Maher, B.Colaiaco // Psychol. Trauma. – 2016. – Vol. 18. – P.120–128
17. Höfling V. A short version of the Kentucky inventory of mindfulness skills / V.Höfling, G.Ströhle, J.Michalak, T.Heidenreich // Journal of Clinical Psychology. – 2011. – Vol. 67(6). – P.639–645

18. Hofmann S.G. The effect of mindfulness based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review / S.G.Hofmann, A.T.Sawyer, A.A.Witt // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2010. – Vol.78 (2). – P. 169–183
19. Kabat-Zinn J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness / J.Kabat-Zinn. – Hyperion, 2006. – 200 p.
20. Kora T. Morita Therapy / T.Kora // International Journal of Psychiatry. – 1965. – Vol.(1:4). – P. 611–640.
21. La Cour P. Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial / P.La Cour, M.Peterson // Pain Med. – 2015. – Vol. 16(4). – P. 641–652
22. Larouche E. Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: An interdisciplinary perspective / E.Larouche, C.Hudon, S.Goulet // Behavioural Brain Research. – 2015. – Vol.1 (276). – P. 199–212
23. Lau M.A. The toronto mindfulness scale: Development and validation / M.A.Lau, S.R.,Bishop, Z.V.Segal // Journal of Clinical Psychology. – 2006. – Vol. 62(12). – P. 1445–1467
24. Linehan M. M. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients / M.M.Linehan, H.E.Armstrong, A.Suarez, D.Allmon, H.L Heard // Archives of General Psychiatry. – 1991. – Vol.48. – P.1060–1064
25. Linehan M. M. Dialectical Behavior Therapy in a nutshell / M.M. Linehan, L.Dimeff // The California Psychologist. – 2001. – Vol.34. – P.10–13
26. McRae K. The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults / K.McRae, J.J.Gross, J.Weber, E. R.Robertson, P.Sokol-Hessner, R. D.Ray, J. Gabrieli // Social Cognitive and Affective Neuroscience. – 2012. – Vol. 7. – P. 11–22
27. Opitz P. Prefrontal mediation of age differences in cognitive reappraisal / P.Opitz, L.C.Rauch, D.P.Terry, H.Urry // Neurobiology of Aging. – 2012. – Vol. 33(4). – P. 645–655
28. Öst L. G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis / L. G. Öst // Behaviour Research and Therapy. – 2008. – Vol.46 (3). – P. 296–321.
29. Piet J. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis / J.Piet, E.Hougaard // Clinical Psychology Review. – 2011. – Vol.31(6). –P.1032–1040
30. Robb H. Values as Leading Principles in Acceptance and Commitment Therapy / H.Robb // International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. – 2007. – Vol.3 (1). – P. 118–123
31. Ruiz F. J. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence / F.J. Ruiz // International Journal of Psychology and Psychological Therapy. – 2012. – Vol. 12 (3). – P. 333–358.

32. Rush S.E. Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Cancer Care: A Systematic Review / S.E.Rush, M.Sharma // Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. – 2016. – Vol. 3 (August). – P. 210–219
33. Sharma M. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review / M.Sharma, S.E.Rush // Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. – 2014. – Vol.19 (4). – P. 271–286
34. Schwartz R. C. Internal Family Systems Therapy / Richard C. Schwartz // The Family Journal. – 1996. – Vol. 4 (3). – P. 268-277
35. Walach H. Measuring Mindfulness – The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) / H.Walach, N.Buchheld, V.Buttenmuller, N.Kleinknecht, S. Schmidt // Personality and Individual Differences. – 2006. – Vol. 40. – P. 1543–1555
36. Zettle R. D.The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT / R. D. Zettle // International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. – 2005. –Vol.1 (2). – P. 77–89

Висновки

Шановні читачі!

Ви перегорнули останню сторінку нашого посібника. Ми намагалися окреслити сучасні погляди на переживання людиною кризових ситуацій, проаналізувати новітні типології стресових розладів, особливо у контексті вітчизняних соціополітичних реалій, з'ясувати особливості використання людиною копінг-стратегій у різних стресових ситуаціях та охарактеризувати чинники, які визначають спрямованість особистості на постстресове відновлення.

Окрім теоретичної частини посібник містить певний психодіагностичний інструментарій. Ми намагалися показати можливості ефективно використовувати сучасний зарубіжний досвід діагностики особистості у кризових ситуаціях, а традиційні психодіагностичні методики мають новітні редакції й можуть успішно використовуватися фахівцями у психологічній практиці.

Прикладами нового життя традиційних, перевірених часом методик є ММРІ, тест Т.Лірі, тест М.Люшера, опитувальник Амірхана які отримали нове життя відповідно в адаптованих версіях СМДО, Л.М. Собчик. ММРІ-2 (Л.Ф. Бурлачук та з колегами), методики діагностики міжособистісних стосунків, методу колірних виборів, короткій версії опитувальника копінг-стратегій.

Слід зазначити, що у західній психотерапії все більшого впливу набувають медитативні буддійські практики, за допомогою яких стабілізується емоційний стан людей зі стресовими розладами. Втім, на нашу думку, нині слід приділяти більшої уваги традиційним засобам зняття емоційної напруги у наших пращурів слов'ян, але становитиме предмет наших наступних досліджень.

Автори посібника не претендують на вичерпність поданої інформації, це лише спроба розширити уявлення фахівців про сучасні зарубіжні психологічні дослідження кризових ситуацій та підходи до їх діагностики. Детальніше про усі висвітлені у посібнику аспекти ви зможете прочитати у запропонованій вам літературі. Якщо підготовленим нами посібник стане порадником у вашій роботі, а запропоновані методики будуть успішно використовуватися на практиці, автори вважатимуть своє завдання виконаним.

Успіхів Вам і вдячність за проявлений інтерес до даного посібника!

З повагою, Валерій Зливков, Світлана Лукомська, Олена Федан

Рекомендована література

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. [3-е изд.]. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с. – (Мастера психологии).
2. Анастази А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. – [7-е изд.]. – СПб.: Питер, 2006. – 688 с. – (Мастера психологии).
3. `Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – №1. – С.3 – 18
4. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). Третье издание (исправленное и дополненное). / Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. – М.: «Консультант плюс – новые технологии», 2011. – 320 с.
5. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление / В.А.Бодров. – М.. ПЕР СЭ, 2006 – 311 с.
6. Брайт Дж. Стресс: теории, исследования, мифы: секреты болезни цивилизации : учебное пособие / Джим Брайт, Фиона Джонс. – 2-е международное издание. – Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак ; Москва : Олма-Пресс, 2003. – 352 с. – (Проект 'Психология-Best')
7. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2009. — 384 с.
8. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф.Бурлачук, С.М. Морозов.— СПб.: Питер Ком» 1999. — 528 с.
9. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика /Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010 – 192 с.
10. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. –М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
11. Выготский Л. С. Психология / Л. С. Выготский. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с. – (Мастера психологии)
12. Грановская Р. М. Защита личности: Психологические механизмы / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.
13. Дикая Л. Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л. Г.Дикая, А. В. Махнач // Психол. журн. – 1996. –Т. 17. (№ 1). –С. 19-34
14. Драгунский В. В. Цветовой личностный тест: Практическое пособие. / В.В.Драгунский – Мн.: Харвест, 1999. – 448 с. – (Библиотека практической психологии).
15. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. – 1981. - № 3. - С. 118-123
16. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2004. – № 2 . – С. 17-19
17. Клар Г. Тест Люшера. Психология цвета / Г. Клар. – М. : Питер, 1998. – 94 с.

18. Клиническая психология / [ред. М. Перре, У. Бауманн]; пер с нем. А. Желнин, И. Стефанович. – [2-е изд.]. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 1312 с. – (Мастера психологии)
19. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения / Т.Л. Крюкова. – Кострома КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.
20. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 2. – С. 75–84.
21. Люшер М. Оценка личности посредством выбора цвета / М. Люшер. – М. : Эксмо-Пресс, 1998. – 152 с.
22. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация / М.Ш. Магомед-Эминов // Вестник Московского Университета. 1996. -№4. - С. 26 - 34.
23. Малкина Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд.- во Эксмо, 2006 – 992 с.
24. Нартова-Бочавер С.К. "Coping behavior" в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20–30.
25. Рассказова Е.И. Психометрические характеристики русскоязычной версии MMPI-2 / Е.И.Рассказова, С.А.Богомаз, Л.Я.Дорфман, Д.А.Леонтьев, Ю.Ю.Неяскина, О.В.Сулимина, Е.В.Четошникова // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6, № 29. – С. 2.
26. Собчик Л.Н. Метод цветовых выборов – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2007. – 128 с.
27. Собчик Л. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л. Собчик. – СПб.: Речь, 2005. – 624 с.
28. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474 с.
29. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматичких стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журнал. – 1992. – Т.13, № 2. – С. 14–29.
30. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 400 с.
31. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. – СПб.: Издательство «Питер», 2002. – 224 с.
32. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Издательство «Питер», 2008. – 608 с. – (Мастера психологии)
33. Юнг К. Г. Психология бессознательного / К. Г. Юнг. – М.: Канон, 1994. – 253 с.
34. Эткинд А. М. Цветовой тест отношений / А.М. Эткинд. – Общая психодиагностика. Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М., 1987. – С. 221—228

35. Butcher J.N. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.) / J.N.Butcher, J.R.Graham, Y.S.Ben-Porath, A.Tellegen, W.G.Dahlstrom, B.Kaemmer. – Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 2001. – 200 p.
36. Frydenberg E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges / E. Frydenberg. – Oxford University Press, 2002. – 176 p.
37. Moos R. H. Life transitions and crises: A conceptual overview / R.H. Moos, J.A. Schaefer. – In R. H. Moos (Ed.), Coping with life crises: An integrated approach. –New York: Plenum, 1986. – P.28–33.

Інформація про авторів

Зливков Валерій Лаврентійович

Провідний науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент.



Автор понад двохсот наукових публікацій (підручники, посібники, колективні монографії, статті). За науковою редакцією В.Л. Зливкова видано чотири індивідуальні та колективні монографії (у тому числі із грифом МОН України). Монографію «Педагогічна комунікація та ідентичність педагога» відзначено Дипломом 2-го ступеня у Конкурсі на кращу монографію Національної Академії педагогічних наук України (2012 р.).

Під науковим керівництвом В.Л. Зливкова вже десять його аспірантів захистили кандидатські дисертації.

Коло наукових інтересів: спілкування в процесі професійної ідентичності; особистість викладача ВНЗ в епоху соціально-економічних трансформацій суспільства; соціально-психологічні складові впливу електронних ЗМІ на формування іміджу політичного лідера; дослідження проблеми “автентичність” в сучасній психологічній науці.

Захоплюється підводним плаванням, подорожами, виборчими технологіями.

Лукомська Світлана Олексіївна

Старший науковий співробітник, лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.



У 2003 році закінчила Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Тема кандидатської дисертації «Психологічні особливості статеворольвої поведінки підлітків з різним рівнем інтелектуального розвитку» (2009 р.).

Автор трьох колективних монографій, понад 50 публікацій, з них переважна більшість із вікової та педагогічної психології. Основною сферою наукових інтересів є дитяча психологія, а також психологія особистості, зокрема особливості її функціонування в період соціальних трансформацій. На волонтерських засадах надає психологічну допомогу учасникам бойових дій на

Сході України, здійснює організаційно-методичний супровід діяльності реабілітаційного відділення на базі Черкаського обласного госпіталю ветеранів війни. Захоплюється французькою культурою, туризмом, традиційною українською вишивкою та читанням англомовної літератури.

Федан Олена Вікторівна



Молодший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Закінчила Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова.

Автор понад 15 наукових праць в тому числі розділи колективних монографій (статті, тези).

Коло наукових інтересів: розвиток особистості майбутніх психологів та проблема автентичності; психологічні проблеми професійної орієнтації випускників шкіл в епоху соціально-політичної трансформації суспільства; розвиток особистісної ідентичності учнів старших класів.

Захоплення: краєзнавство та історія рідного краю, вирощування орхідей, мережеві комп’ютерні ігри.

Пособие посвящено анализу современных зарубежных психологических исследований кризисных ситуаций и подходов к их диагностике. Определены различные направления к исследованию кризисных ситуаций, копинг-стратегий и возможностей постстресових восстановления. Особое внимание уделено типологии стрессовых расстройств, в частности актуальном для реалий современной Украины посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). В пособии содержится информация о классификации кризисных ситуаций, типологии копинг-стратегий и факторах постстресового восстановления.

Читателям предложены новые зарубежные психодиагностические методики уже распространены и эффективны в западной науке, но еще неизвестные украинским психологам. Представлены новые аспекты уже известных, но часто недооцененных методик. Особое внимание уделено анализу современных программ постстресового восстановления, рассмотрены методики психотерапевтических интервенций для лиц, переживших психотравмирующие ситуации.

Пособие адресовано психологам, социальным работникам, студентам высших учебных заведений, волонтерам, а также всем, кто интересуется психологической диагностикой личности в кризисных условиях жизни.

The manual is devoted to the analysis of modern foreign psychological studies of crisis and approaches to their diagnosis. Determined to study various areas of crisis, coping strategies and opportunities poststresovoho recovery. Special attention is paid to the typology stress disorder, particularly important for the realities of modern Ukraine post-traumatic stress disorder (PTSD). The guide contains information on the classification of crisis situations, typology of coping strategies and factors poststresovoho recovery.

Readers are invited new foreign psychodiagnostic methods are common and effective in Western science, but unknown Ukrainian psychologists. Presents new aspects of known, but often overlooked methods. Particular attention is paid to analysis of current programs poststresovoho recovery techniques discussed psychotherapeutic interventions for people who have experienced psyhotravmatychni situation.

Manual is intended for psychologists, social workers, university students, volunteers and anyone interested in the psychological diagnosis of personality crisis in life.

Наукове видання

Валерій Лаврентійович Зливков, Світлана Олексіївна Лукомська, Олена Вікторівна Федан

Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях

Методичний посібник

Авторська редакція

Ум. друк. арк. 15,12
Видавництво "Педагогічна думка"
04053, м. Київ, вул. Артема, 52-а, корп.. 2;
тел./факс: (044) 484-30-71
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовників
розповсюджувачів видавничої продукції
Серія ДК № 3563 від 28.08.2009 р.